ORGANO UFFICIALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

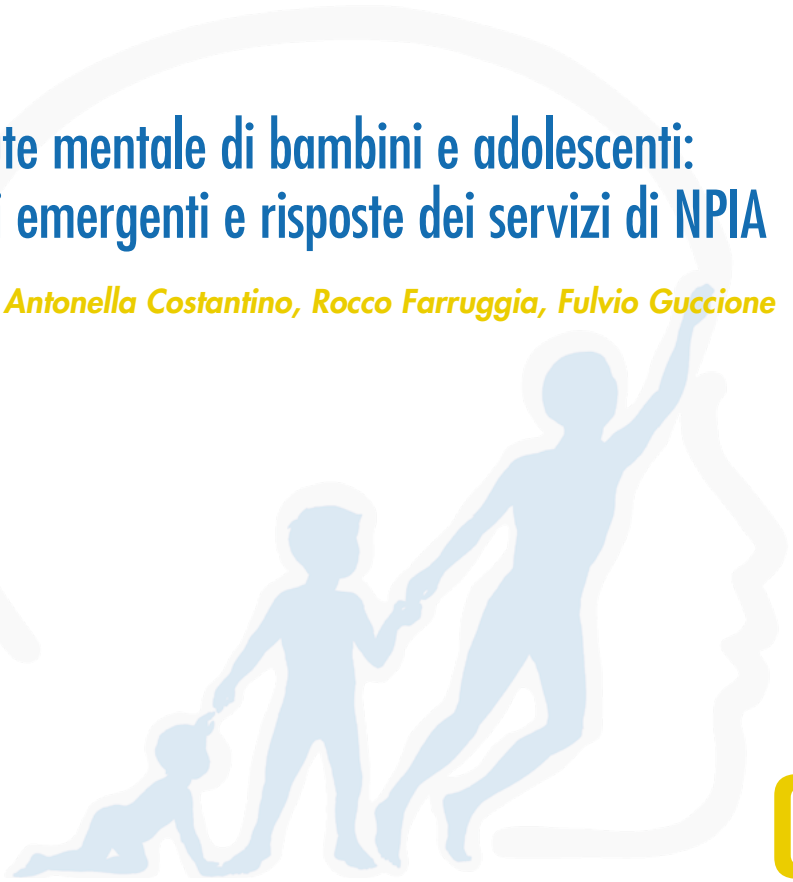
www.sinpia.eu

Giornale di NEUROPSICHIATRIA dell'ETÀ EVOLUTIVA

CENSITA IN PSYCINFO E ELSEVIER NURSING DATABASE EMCARE

La salute mentale di bambini e adolescenti: bisogni emergenti e risposte dei servizi di NPIA

a cura di Antonella Costantino, Rocco Farruggia, Fulvio Guccione



PACINI EDITORE MEDICINA

03/ VOL. 39 2019

Periodico quadrimestrale - Dicembre - ISSN 2611-2884 (Online)

Giornale di
NEUROPSICHIATRIA
dell'ETÀ EVOLUTIVA

ORGANO UFFICIALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

CENSITA IN PSYCINFO E ELSEVIER NURSING DATABASE EMCARE

DIREZIONE

Direttore Editoriale
Antonella Costantino (Presidente SINPIA)

Direttore Scientifico
Carmela Bravaccio

Comitato di Redazione

Vice-Presidente
Renzo Guerrini

Coordinatori Sezioni Scientifiche
Rocco Farruggia
Fulvio Guccione
Andrea Guzzetta
Vincenzo Leuzzi
Stefania Millepiedi

Associati
Mauro Camuffo
Elisa Fazzi
Oliviero Fuzzi
Marco Lamberti
Alessandro Mariani
Massimo Molteni
Annalisa Monti
Nardo Nardocci
Roberta Penge
Renata Rizzo
Carmela Tata
Pierangelo Veggiotti

Segreteria Scientifica (Napoli)
Maria Pia Riccio
Gaetano Terrone
Simone Pisano

Comitato di Consulenza - Advisory board
Umberto Ballottin (Padova)
Pier Antonio Battistella (Padova)
Paola Bucci (Napoli)
Sara Calderoni (Pisa)
Maria Paola Canevini (Milano)
Giangennaro Coppola (Napoli)
Giancarlo Costanza (Catania)
Paolo Curatolo (Roma)
Francesca Darra (Verona)
Giordano D'Urso (Napoli)
Jessica Galli (Brescia)
Vincenzo Guidetti (Roma)
Lucia Margari (Bari)
Antonio M. Persico (Messina)
Francesco Pisani (Parma)
Armido Rubino (Napoli)
Renato Scifo (Catania)
Giuseppina Sgandurra (Pisa)
Alessandro Simonati (Verona)
Stefano Sotgiu (Sassari)
Aglaia Vignoli (Milano)
Benedetto Vitiello (Torino)
Alessandro Zuddas (Cagliari)

Copyright by
Società Italiana di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)

EDIZIONE

Pacini Editore Srl
Via Gherardesca, 1 - 56121 Pisa
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Direttore Responsabile: Patrizia Alma Pacini

PACINI EDITORE MEDICINA

03/ VOL. 39 2019

INDICE

La salute mentale di bambini e adolescenti: bisogni emergenti e risposte dei servizi di NPIA

a cura di A. Costantino, R. Farruggia, F. Guccione

Editoriale
La salute mentale di bambini e adolescenti: bisogni emergenti e risposte dei servizi di NPIA
Mental health of children and adolescents: emerging needs and responses of NPIA services
R. Farruggia, F. Guccione, R. Scifo, S. Costa, A. Costantino 139

L'area dei disturbi psichiatrici nelle linee di indirizzo nazionali sui disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza
Psychiatric area in the national recommendations on child and adolescent neuropsychiatric disorders
R. Farruggia, F. Guccione, A. Costantino 140

Linee di indirizzo su emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva: monitoraggio e risposte organizzative
Emergency psychiatric guidelines in childhood and adolescence: monitoring and organizational response
V. Ancona, S. Costa, M. Landi, R. Leonetti, R. Lo Parrino, R. Farruggia 144

Il modello torinese: il *progetto "Ponte"*, laboratorio di connessioni inter-istituzionali tra ospedale e territorio
The Turin model: the "Bridge" project, a laboratory of inter-istitutional connections between hospital and territory
O. Pirro, A. Anichini 151

I nuovi reparti di NPIA. Criticità e risposte ai bisogni: l'esperienza di Varese
The new inpatient wards of NPIA. Criticalities and responses to needs: the Varese experience
G. Rossi 155

La gestione dell'emergenza psichiatrica in età evolutiva e dei ricoveri in Pediatria nella ASST Lariana
The management of psychiatric emergency in child and adolescent, and the organization of the admissions in Pediatrics department, within the ASST Lariana
P. Conti 160

La comunità terapeutica per adolescenti nella filiera dei bisogni: l'esperienza trentina
The therapeutic community for teenagers in the industry of needs: the Trento experience
M. Agrimi, S. Calzolari 166

Valutazione di esito nei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza con gli strumenti della famiglia CANS
CANS outcome evaluation in child and adolescent neuropsychiatric services
S. Benzoni, A. Chinello, A. Didoni, A. Di Troia, A. Parascenzo, F. Peronace, A. Costantino 176

Glossario delle attività, caratteristiche del sistema informativo e "cruscotto" di indicatori per i servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Glossary of activities, characteristics of the information system and "dashboard" of indicators for children and adolescents neuropsichiatric community services
M. Camuffo, F. Guccione, A. Mariani, A. Costantino 182

Un modello di screening per l'individuazione precoce di disturbi psichiatrici nei minori migranti in centri di accoglienza
A screening model for the early detection of psychiatric ailments in migrant minors in reception centers
A. Pellico, M. Massimino, F. Sanzaro, E. Sbona, M.L. Alfieri, G. Bozzanca, C. Tata, R. Cafiso 195

Criteri d'accesso e classi di priorità nei servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile
Access criteria and priority classes in the territorial services of child neuropsychiatry
F. Guccione, R. Farruggia, R. Scifo 199

Compiti, ruolo e organizzazione dei servizi di NPIA in Sicilia
Tasks, roles and organization of services of child and adolescence neuropsychiatry in Sicily
R. Scifo 207

Abstract 213

Ringraziamento ai Revisori 237
Istruzioni per gli autori 238

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Pacini Editore srl informano i lettori e gli utenti della Rivista Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva che gli articoli pubblicati rispecchiano esclusivamente la ricerca e l'opinione degli autori firmatari dei contenuti. Tali articoli quindi non rappresentano e non vogliono in alcun modo costituire indicazioni o linee guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza stessa. Questo a differenza dei testi e contenuti che esplicitamente siano dichiarati di ufficiale matrice istituzionale e pubblicati nelle apposite rubriche della Rivista dedicate alle Linee Guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
La Rivista Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva viene inviata a soci abbonati, medici, operatori sanitari, solo ed esclusivamente per l'aggiornamento professionale, informare e promuovere attività e prodotti/servizi strettamente inerenti e attinenti alla professione degli utenti, garantendo sempre una forte affinità tra il messaggio e l'interesse dell'utente. Si prega i prendere visione della Privacy Policy al seguente link: http://www.pacinimedicina.it/privacy-policy-informativa-privacy/. Per comunicazioni/informazioni: info@pacinieditore.it
L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni. Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: https://www.clearedi.org/topmenu/HOME.aspx. I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 e adeguamenti al Regolamento UE GDPR 2016 (General Data Protection Regulation) a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati. I dati sono utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione. Ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare o cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo al Titolare del Trattamento: Pacini Editore Srl - Via A. Gherardesca 1 - 56121 Pisa. Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web http://www.pacinieditore.it/privacy/.
Aut. Trib. di Milano n. 425 dell'14/11/198. Pubblicato online nel mese di febbraio 2020. Rivista registrata presso "Registro pubblico degli Operatori della Comunicazione" (Pacini Editore srl - n. di registrazione n. 6269 - 29/8/2001).

EDITORIALE

La salute mentale di bambini e adolescenti: bisogni emergenti e risposte dei servizi di NPIA

Mental health of children and adolescents: emerging needs and responses of NPIA services

R. Farruggia, F. Guccione, R. Scifo, S. Costa, A. Costantino

Nuove emergenze si stanno delineando in età evolutiva: sia le richieste di ricovero ospedaliero, che le domande di valutazione ai servizi territoriali di neuropsichiatria infantile negli ultimi anni sono aumentate in maniera esponenziale. Le più recenti indagini epidemiologiche indicano una netta accentuazione dei disturbi del neurosviluppo e della psicopatologia in età adolescenziale. Risulta, pertanto, indispensabile offrire una risposta coerente, adeguata e celere da parte dei servizi di neuropsichiatria infantile tra ospedale e territorio.

Questo numero speciale del *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* raccoglie i diversi contributi su questi temi che sono stati presentati al Congresso Nazionale delle Sezioni di Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi e di Psichiatria dell'Età Evolutiva della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) tenutosi a Bologna il 25 e 26 ottobre 2019.

Il Convegno "*La salute mentale di bambini e adolescenti: bisogni emergenti e risposte dei servizi di NPIA*" aveva tre obiettivi di fondo:

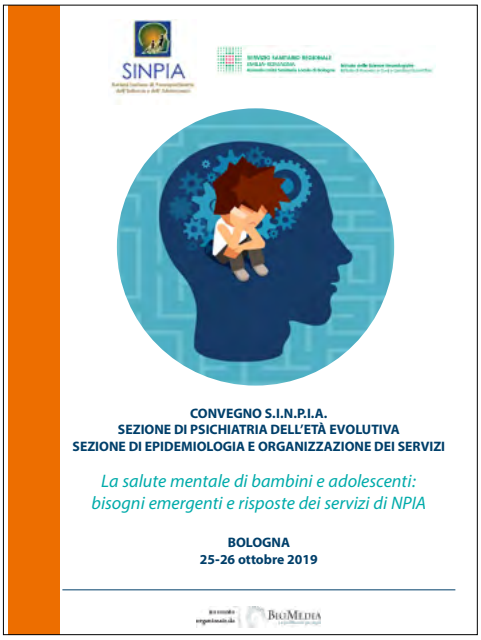
- presentare le "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici per infanzia e adolescenza" dalla Conferenza Stato-Regioni nel luglio 2019;
- fare il bilancio sulle "Linee di Indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva" della SINPIA (2018) a due anni dalla pubblicazione;
- offrire elementi di riflessione sul tema dell'organizzazione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza alla luce delle più recenti modificazioni normative.

Le relazioni in plenaria e i diversi contributi giunti da tutta Italia possono essere considerati uno stimolo ed una riflessione innovativa in risposta ai bisogni emergenti, al fine di proporre e confrontare modelli operativi per i servizi territoriali ed i reparti ospedalieri, individuando le reali priorità, proponendo specifici criteri per l'individuazione delle liste d'attesa e proponendo esperienze di eccellenza sulle modalità di presa in carico nell'emergenza-urgenza psichiatrica.

Le tematiche affrontate dai colleghi nelle relazioni e negli abstract vanno dall'urgenza, alla valutazione, agli interventi intensivi diurni, metodologie di intervento su quadri patologici specifici, passando per contributi relativi a modelli organizzativi.

Ne emerge un quadro variegato, ma soprattutto molto ricco in cui spiccano la capacità di innovare, sperimentare modelli nuovi e adattare i sistemi organizzativi, di valutazione e terapia alle nuove sfide che la clinica quotidiana propone.

È proprio il compito di una Società scientifica organizzare occasioni di dibattito e confronto fra i diversi operatori: il cammino dovrà proseguire con una ulteriore sfida: proporre ambiti di approfondimento e di valutazione di tipo metodologico e di esito, ad esempio attraverso il lavoro di specifici "Gruppi di lavoro" specificamente dedicati a molti dei temi di questo numero della rivista.



L'area dei disturbi psichiatrici nelle linee di indirizzo nazionali sui disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza

Psychiatric area in the national recommendations on child and adolescent neuropsychiatric disorders

R. Farruggia[1], F. Guccione[2], A. Costantino[3]

[1] Coordinatore Sezione Scientifica "Psichiatria dell'Età Evolutiva" SINPIA; [2] Coordinatore Sezione Scientifica "Epidemiologia ed Organizzazione dei Sevizi" SINPIA; [3] Presidente SINPIA, Direttore UONPIA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Il documento "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia ed adolescenza" è stato approvato in Conferenza Stato Regioni unificata il 25 luglio 2019, documento prodotto dalla Direzione Generale Prevenzione con la Direzione Generale Programmazione del Ministero della Salute, con i rappresentanti delle Regioni e delle diverse professioni e servizi. Il documento evidenzia la rilevanza della salute mentale dell'infanzia e adolescenza, diversa da quella dell'adulto, con la maggior parte dei disturbi determinati da un complesso intreccio tra predisposizione genetica, vulnerabilità neurobiologica e variabili ambientali.

Le Linee di indirizzo rappresentano un piano di intervento strategico pluriennale ampio e diffuso che consenta di affrontare progressivamente i nodi trattati dal documento e di giungere a garantire effettivamente i livelli essenziali di assistenza (LEA) in tutti i contesti regionali in modo omogeneo, anche attraverso la riconversione di risorse già esistenti nel sistema. Più nello specifico viene indicato come necessario:

a. recepire le Linee di indirizzo per i disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA), con piano applicativo regionale;
b. definirne il monitoraggio periodico, strutturando modalità per l'analisi delle attività esistenti, delle azioni intraprese nell'ambito del piano applicativo e degli esiti;
c. focalizzare le azioni a partire dalle Linee di intervento prioritarie, per estenderle poi progressivamente agli altri aspetti rilevanti evidenziati nelle Linee di indirizzo.

Il documento evidenzia, in particolare, l'opportunità di individuare "Percorsi differenziati per tipologia ed intensità di cura" per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva in quanto questi possono presentare quadri molto variabili per bisogni, complessità e livello di intensità assistenziale necessaria, correlati solo in parte alla diagnosi clinica, per i differenti impatti sul quadro funzionale, per le frequenti comorbilità associate e il ruolo dei diversi contesti di vita.

Ai fini della programmazione sanitaria, dell'analisi delle criticità esistenti e dei possibili interventi prioritari, il documento evidenzia quindi l'utilità di raggruppare i disturbi NPIA in 4 aree principali che, quando non sia presente comorbilità eterotipica rilevante, possono presentare caratteristiche sufficientemente omogenee sia per tipologia di disturbi e prevalenza che per necessità programmatorie, livelli assistenziali coinvolti (territoriale, ospedaliero, semiresidenziale, residenziale) e ambiti di integrazione longitudinale e trasversale e nello specifico:

1. disturbi neurologici;
2. disturbi neuropsichici che determinano disabilità complesse;
3. disturbi specifici;
4. disturbi psichiatrici.

Per quanto riguarda l'area dei disturbi psichiatrici, che approfondiremo in questo articolo, la dimensione epidemiologica riportata è la seguente:

- i disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza hanno prevalenze rilevanti, tra il 9 e il 13% della popolazione, benché con livelli di gravità e interferenza con il funzionamento nella vita quotidiana molto variabili;
- il 50% dei disturbi psichiatrici dell'adulto hanno origine nell'infanzia e nell'adolescenza, e fino ad un recente passato si trattava dei disturbi NPIA che meno accedevano ai servizi, sia per effetto dello stigma sia per un'organizzazione aspecifica dei percorsi di

CORRISPONDENZA
A. Costantino, UONPIA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - E-mail: antonella.costantino@policlinico.mi.it

accesso, che ha penalizzato in modo particolare l'area dei disturbi psichiatrici e l'adolescenza;
- elementi specifici sono l'elevata prevalenza complessiva, il ruolo estremamente rilevante dei fattori di rischio e dei fattori protettivi a seconda delle diverse fasi dello sviluppo, l'efficacia degli interventi di promozione della salute mentale (in particolare quando attuati nei primi anni di vita o in modo mirato nelle situazioni ad alto rischio), la variabilità delle traiettorie evolutive in base alla tempestività della diagnosi e alla appropriatezza e specificità degli interventi, l'impatto rilevante delle forme gravi, se non adeguatamente trattate, sulla qualità di vita attuale e futura del soggetto e della sua famiglia e sui costi sanitari e sociali di lungo periodo.

Sotto il profilo delle risposte ai bisogni dei bambini e degli adolescenti con disturbi psichiatrici si sottolineano i seguenti aspetti:
- sono presenti rilevanti difficoltà relative all'intercettazione precoce dei disturbi gravi, che frequentemente giungono ai servizi a distanza di anni dai primi sintomi, sia per quanto riguarda l'infanzia che per quanto riguarda l'adolescenza, la risposta alle acuzie psichiatriche in adolescenza e la possibilità di messa in campo di interventi educativo terapeutici tempestivi, intensivi e mirati, che oggi sappiamo possono modificare in modo significativo la storia naturale di questi disturbi;
- sono necessari in genere prevalentemente interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di presa in carico territoriali, strutturati per criteri di priorità e intensità differenziata a seconda della tipologia di disturbo, del quadro funzionale, della fase dello sviluppo, della situazione familiare e sociale, del contesto di riferimento, che in alcune situazioni di maggiore complessità e gravità possono includere interventi domiciliari, semiresidenziali, residenziali e di ricovero ordinario;
- I disturbi psichiatrici gravi dell'adolescente trovano attualmente una risposta più articolata ed efficace, pur presentando ancora rilevanti criticità:
  - mancanza di posti letti di NPIA per i ricoveri delle acuzie, con necessità di ricorrere a ricoveri in contesti inappropriati;
  - scarsità di interventi di semiresidenzialità terapeutica o abilitatiti/educativi domiciliari, che rappresentano una importante risposta preventiva o alternativa alla residenzialità terapeutica e a volte anche al ricovero, e conseguente difficoltà a garantire la continuità tra intervento ospedaliero e territoriale, indispensabile per assicurare appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura e verifica degli esiti;
  - scarsità di interventi residenziali terapeutici;
  - rilevanti difficoltà nella transizione ai servizi per l'età adulta.

Le Linee di indirizzo evidenziano l'utilità di strutturare modalità di integrazione funzionale tra tutti i servizi e gli ambiti coinvolti nella salute mentale degli adolescenti, in un'ottica di continuità ed integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, che possa inoltre condurre ad una definizione formale di una *stepped care* per intensità di cura "discendente" con i consultori, le cure primarie e i servizi educativi, e una Stepped care "ascendente" con i servizi specialistici di NPIA, di Psichiatria e delle dipendenze patologiche, fondata sulla contiguità funzionale dei percorsi, sulla collaborazione e sulla strutturazione delle transizioni.

Tab. I. Modello organizzativo "a matrice" di percorso di intensità di cura.

Intensità di cura	Disturbi neurologici	Disabilità complesse	Disturbi specifici	Disturbi psichiatrici
Servizi territoriali NPIA	Sì	Sì	Sì	Sì
Centri di riferimento	Sì	Sì	Sì	Sì
Interventi semiresidenziali terapeutici	No	Sì	No	Sì
Interventi residenziali terapeutici	No	Sì	No	Sì
Day hospital/Day service	Sì	Sì	No	Sì
Ricovero ordinario ospedaliero	Reparti di NPIA rep. di pediatria con letti tecnici di NPIA	Reparti di NPIA Rep. di pediatria con letti tecnici di NPIA		Reparti di NPIA con macroaree di psichiatria infanzia e adolescenza
Interfacce operative	PLS /MMG pediatria osped. UUOO osped.	PLS /MMG serv. riabilitazione servizi sociali scuola	PLS Scuola	PLS /MMG / consultori dipendenze serv. sociali/ giustizia min. psichiatria adulti

PLS: Pediatra di libera scelta; MMG: Medico di Medicina Generale; UUOO: Unità Operative

Tab. II. Disturbi psichiatrici: Obiettivo 1 – Azioni relative.

1. Attivazione di percorsi formativi mirati per il personale della rete emergenza-urgenza
2. Definizione di protocolli e procedure condivise intraaziendali e interaziendali tra tutte le UO coinvolte nella gestione della emergenza-urgenza psichiatrica in adolescenza (UO di NPIA, PS/DEA, UO Pediatria, UO Psichiatria, rianimazione, Dipartimento dipendenze, area consultoriale, Direzione sanitaria, Direzione servizi infermieristici e tecnici, ecc.) e sviluppo di mirate iniziative formative e di aggiornamento integrate.
3. Adeguamento su scala nazionale del numero e tipologia dei posti letto di ricovero ordinario di **NPIA** in strutture di degenza in cui devono essere garantite, con soluzioni logistiche e organizzative adeguate, specifiche aree per la gestione delle acuzie psichiatriche in adolescenza. La degenza in NPIA, soprattutto quella correlata all'emergenza psichiatrica, deve essere considerata un'attività clinica ad alta intensità assistenziale, e deve prevedere un'adeguata presenza di personale stabile e formato, in particolare sulla gestione dell'aggressività, sul *risk assessment* e sulle tecniche di *de-escalation*. Oltre al medico ed al personale infermieristico, devono essere garantite almeno le figure dello psicologo, dell'educatore professionale, dell'assistente sociale.

UO di NPIA: Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; PS: Pronto Soccorso; DEA: Dipartimento Emergenza ed Accettazione

Tab. III. Disturbi psichiatrici: Obiettivo 2 – Azioni relative.

1. Attivazione presso ciascun Servizio territoriale di NPIA di percorsi che consentano di intervenire in modo appropriato sulla pre e post acuzie e di prevenire il passaggio da pre acuzie ad acuzie tramite strutture e **percorsi terapeutici semiresidenziali** e sviluppo di percorsi terapeutici intensivi territoriali. Un modello possibile a cui ispirarsi è quello delle intensive outreach teams.
2. Attivazione di un numero adeguato di **strutture residenziali terapeutiche di NPIA in ciascun ambito regionale,** finalizzate a garantire interventi terapeutico-riabilitativi intensivi, complessi e coordinati, non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale o di DH, ove vi sia anche l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale. Come definito dall'accordo "*Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*", (Rep. Atti n. 138/CU/2014), le strutture terapeutiche residenziali dovranno essere graduate per intensità assistenziale e garantire adeguata differenziazione e specializzazione dei percorsi. Le strutture ad alta intensità assistenziale dovranno essere strettamente interfacciate con quelle ospedaliere di degenza ordinaria, per le quali possono fungere da strutture per la post-acuzie. In particolare, appare opportuno che in ogni regione, o consorzio di regioni limitrofe nel caso di regioni con pochi abitanti, per garantire la necessaria vicinanza ai contesti di vita, vi sia almeno una Struttura residenziale terapeutica pubblica ad alta intensità quale *benchmark* per quelle convenzionate. Di particolare importanza l'introduzione di modalità di monitoraggio delle ammissioni e dimissioni, della durata degli inserimenti, delle espulsioni, dei ricoveri ospedalieri, degli esiti dei trattamenti.

In tema di organizzazione dei servizi per il governo clinico dei percorsi di intensità di cura per tutte le aree viene quindi proposto un modello organizzativo "a matrice" (Tab. I).

Il documento si conclude con l'indicazione di obiettivi e azioni prioritarie, per ciascuna delle 4 aree NPIA, sulla base della analisi della situazione esistente a livello nazionale.

Per quanto riguarda i disturbi psichiatrici vengono indicati i seguenti obiettivi prioritari e le azioni relative (Tabb. II, III).

Obiettivo 1

Garantire la gestione di base dell'acuzie psichiatrica in età evolutiva in modo omogeneo ed appropriato nell'ambito nella rete dell'emergenza-urgenza.

Garantire la gestione specialistica e la necessità di ricovero in alcuni punti di secondo livello.

Obiettivo 2

Garantire risposte appropriate per la gestione della pre- e post acuzie psichiatrica in adolescenza e per la prevenzione delle acuzie.

SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Il documento delle Linee di indirizzo nell'affrontare la criticità dei sistemi informativi regionali esistenti, caratterizzati da una estrema variabilità nelle modalità di raccolta, analisi e diffusione dei dati, evidenzia la opportunità di prevedere uno specifico sistema informativo nazionale per l'ambito dei disturbi NPIA, finalizzato a rendere possibile la continuità di cura tra i diversi servizi della rete della NPIA e consentire una adeguata raccolta di informazioni, indispensabili sia a livello epidemiologico e conoscitivo (integrata con i registri specifici di malattia) che a livello programmatorio.

PROSPETTIVE FUTURE

Un aspetto molto critico del documento, che per il resto ha contenuti pienamente condivisibili e a cui la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha fortemente contribuito, è lo stralcio, avvenuto su richiesta di alcune regioni, di standard di riferimento.

La definizione di standard per i servizi e le strutture dedicate alla presa in carico e trattamento dei disturbi psichiatrici è fondamentale per la programmazione.
Alla luce dei dati epidemiologici e di accesso e, per poter garantire risposte appropriate per la gestione delle urgenze-emergenze psichiatriche:

- per i reparti ospedalieri, per la gestione delle acuzie psichiatriche è ipotizzabile che siano necessari 7 letti di ricovero ordinario di NPIA per 100.000 abitanti di età compresa tra 0 e 17 anni;
- per garantire risposte appropriate per la gestione delle pre- e post acuzie psichiatrica in adolescenza e per la prevenzione delle acuzie, si può prevedere l'attivazione presso ciascun servizio territoriale di NPIA di almeno una struttura semiresidenziale;
- per le strutture terapeutiche residenziali di NPIA presso ciascun ambito regionali è ipotizzabile la necessità di 10-21 posti residenziali terapeutici per 100.000 abitanti di età compresa tra 0 e 17 anni.

Infine per quanto riguarda il tema della emergenza psichiatrica le sezioni di Psichiatria dell'Età Evolutiva e di Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi della SINPIA, facendo seguito alla pubblicazione delle "Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva" (SINPIA, 2018), daranno avvio nel corso del 2020 alla implementazione di Gruppi di lavoro dedicati alla continuità territorio-ospedale e ai percorsi di cura semiresidenziali e residenziali per i disturbi psichiatrici, alla definizioni di classi di priorità per i servizi NPIA territoriali, a popolazioni cliniche particolari quali i minori migranti sia ai minori con ritiro sociale, al rapporti tra la NPIA e l'area Giuridica minorile.

Bibliografia di riferimento

Conferenza Stato Regioni, Rep. Atti n. 4/CU del 24/01/2013 - *"Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale".*

Conferenza Stato Regioni, Rep. Atti n.138/CU del 13/11/2014 - *"Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza".*

Conferenza Stato Regioni, Rep. Atti n. 70/CU del 25/07/2019 - *"Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza".*

Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA). *Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva.* (approvate in Consiglio Direttivo della SINPIA il 15 febbraio 2018) (www.sinpia.eu).

Linee di indirizzo su emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva: monitoraggio e risposte organizzative

Emergency psychiatric guidelines in childhood and adolescence: monitoring and organizational response

V. Ancona[1], S. Costa[2], M. Landi[3], R. Leonetti[3], R. Lo Parrino[3], R. Farruggia[4]

[1] Neuropsichiatra Infantile, UOSD Interventi Precoci in Età Evolutiva, DSM ASL Roma 2; [2] Neuropsichiatra Infantile, UOSD Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, AUSL Bologna; [3] Neuropsichiatra Infantile, UFCSMIA Firenze AUSL Toscana Centro; [4] Neuropsichiatra Infantile, Coordinatore Sezione Scientifica "Psichiatria dell'Età Evolutiva" SINPIA

Riassunto

Nel presente lavoro vengono illustrate le risposte organizzative di tre realtà regionali (Emilia Romagna, Lazio e Toscana) per la gestione della pre-acuzie e acuzie psichiatrica in adolescenza con particolare riferimento alla applicazione delle Raccomandazioni 6 e 7 delle "Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva" (SINPIA, 2018).

In tutte e tre i modelli organizzativi viene evidenziata la centralità dell'intervento educativo in tutto il percorso di presa in carico dell'adolescente.

Parole chiave: Gestione pre-acuzie e acuzie psichiatrica adolescenza

Summary

This work illustrates the organizational response of three regional realities (Emilia Romagna, Lazio and Tuscany) for the management of pre-acute and psychiatric acute in adolescence with particular reference to the application of Recommendations 6 and 7 of the "Emergency Psychiatric Guidelines in Childhood and Adolescence" (SINPIA, 2018).

The centrality of the educational intervention is highlighted in the three organizational models explaining how the adolescent is took in charge.

Key words: Management pre-acute and psychiatric acute adolescence

PREMESSA

Con l'approvazione delle "Linee di Indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva" nel febbraio 2018 la Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha inteso fornire una serie di raccomandazioni clinico-organizzative di riferimento per operatori, gestori/organizzatori di servizi, decisori, familiari e utenti, che consentano una più appropriata gestione delle acuzie psichiatriche in adolescenza.

Il tema della gestione della pre- e post-acuzie psichiatrica in adolescenza e per la prevenzione dell'acuzie rientra anche tra gli obiettivi prioritari per l "disturbi psichiatrici" contenute nelle "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici per infanzia e adolescenza" approvate in Conferenza Stato-Regioni nel luglio 2019.

Nel presente lavoro verranno illustrate le risposte organizzative di tre realtà regionali (Emilia Romagna, Lazio e Toscana) con particolare riferimento alla applicazione della Raccomandazione n. 6 *"Nell'ambito dei percorsi per acuzie psichiatrica in età evolutiva, deve essere garantita la continuità di cura ospedale-territorio"* e della Raccomandazione n. 7 *"Nelle situazioni di sub-acuzie, pre acuzie e post acuzie psichiatrica in età evolutiva deve essere garantito un percorso di presa in carico appropriato per intensità e specificità"* delle "Linee di

CORRISPONDENZA

Rocco Farruggia, Coordinatore Sezione Scientifica "Psichiatria dell'Età Evolutiva" SINPIA, via Duchessa di Galliera, 42 - 00151 Roma - E-mail: roccofarruggia@inwind.it

indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva" (SINPIA, 2018).

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Percorsi per le situazioni di sub-acuzie, pre acuzie e post acuzie psichiatrica in età evolutiva

Secondo le Linee di indirizzo SINPIA (2018) sull'emergenza-urgenza psichiatrica (Raccomandazione n. 7) il percorso assistenziale deve poter prevedere l'attivazione di risposte con livelli di intensità assistenziale differenziati erogate in coerenza con i bisogni clinici emergenti (criterio dell'appropriatezza clinica) nonché con la capacità di potervi accedere (criterio della compatibilità clinica), da parte dei minori a cui esse sono destinate.
Nella regione Emilia-Romagna, la attuazione di investimenti in nuove risposte nasce a partire dall'analisi dei dati epidemiologici che si mostrano un cambiamento che va letto come una sfida: dal 2011 al 2018 sono aumentati del 41% gli utenti delle Unità Operative (UO) di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) in particolare nella fasce di età preadolescenza e adolescenza.
Il piano regionale pluriennale per l'adolescenza della Regione 2018-2020 afferma che: "prendersi cura della salute degli adolescenti non significa soltanto garantire il diritto alle prestazioni sanitarie ma richiede attenzione alle specificità dell'età, degli ambienti di vita, del ruolo della famiglia. Gli interventi da mettere in campo devono essere mirati, tempestivi, specifici, condotti con un approccio transculturale e devono tener conto dei fattori protettivi e dei fattori di rischio presenti, della capacità supportiva della famiglia."
È stato quindi creato un tavolo di lavoro costituito da professionisti di tutte le AUSL della Regione provenienti dalle tre aree dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: NPIA, psichiatria adulti e Servizio dipendenze patologiche (Ser-DP); il tavolo ha identificato alcuni obiettivi che sono stati indicati alle Direzioni Generali come strategici:
1. *Stepped care*, accesso facilitato, presa in carico graduata a seconda delle esigenze per gli adolescenti: prevede una èquipe di professionisti delle tre aree del Dipartimento di Salute Mentale (NPIA, Ser-DP, Centro di Salute Mentale) specificamente formati per il lavoro con gli adolescenti ed in rete fra loro e con risorse degli enti pubblici ed il terzo settore.
2. Progetti pilota in alcuni Pronto Soccorso (PS): il progetto si propone di attivare un percorso dedicato agli adolescenti e ai giovani adulti che accedono al PS nelle ore notturne nei fine settimana, in rete con i servizi territoriali sanitari e sociali, per intercettare disagio e problematiche psicopatologiche non note/non segnalate, offrire un primo trattamento ed eventualmente attivare servizi e offerte del territorio.
3. Residenza a trattamento intensivo (RTI): costituzione di una RTI per ogni Area Vasta della Regione ed implementazione delle strutture già esistenti.
4. Procedura aziendale su percorso urgenza/emergenza offerta alle AUSL come base per un percorso aziendale per l'età evolutiva ed i giovani adulti.
5. Comunità di prossimità: collaborazione con il terzo settore.
Questi due ultimi due punti vengono descritti di seguito.

Procedura gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche dell'infanzia e dell'adolescenza

Nella procedura offerta come strumento di lavoro per le singole realtà aziendali, vengono innanzitutto specificati gli obiettivi della valutazione in situazione di urgenza (IACAPAP 2015-SINPIA 2018):

a) Determinare se il paziente è a rischio imminente di fare del male a sé o agli altri.
b) Stabilire la presenza di uno o più disturbi psichiatrici.
c) Escludere i fattori che possono aver causato o contribuito all'avvio di questi problemi e alla loro persistenza (genetica, sviluppo familiare, sociale, medico).
d) Valutare il normale livello di funzionamento dei pazienti e la misura in cui ciò è stato compromesso dalla malattia.
e) Identificare le aree di forza e i potenziali supporti all'interno della famiglia e l'ambiente sociale più ampio.
f) Identificare gli obiettivi del trattamento.
g) Determinare se è necessario un ricovero ospedaliero psichiatrico.

Al termine della valutazione clinica, se non emergono elementi sanitari e prevalgono gli aspetti psico-sociali dev'essere attivato il servizio sociale ed evitata la sanitarizzazione di problematiche non sanitarie (vanno previsti protocolli locali ad esempio per collocamento urgente).
Sono inoltre definiti i luoghi ed i tempi della risposta con una differenziazione fra:

a) Richiesta urgente che proviene in orari di apertura dei servizi territoriali: se il caso è in carico si rivolge al servizio dov'è in carico che se possibile riceve paziente, esegue domiciliare o indirizza al PS; se il *caso non è in carico:* va al PS (può essere individuato un PS dedicato nel territorio aziendale con accordi con 118 per accompagnamento da qualsiasi territorio a quel PS). Viene indicata l'opportunità di prevedere orari e modalità reperibilità diurna NPI e medici SerDP (in caso non sia possibile consulenza da parte personale specifico di NPIA/SerDP va prevista modalità di comunicazione con rete definita alla NPIA/SerDP per la giornata successiva).
b) In caso di richiesta urgente che perviene in orario serale-notturno o nei giorni festivi, questa giunge:

- ai Centri di Salute Mentale (CSM) se aperti nelle 24 ore;
- ai PS con consulenza psichiatria adulti (va prevista modalità di comunicazione con rete definita alla NPIA/SerDP per la giornata successiva).

Comunitas educativa integrata "di prossimità"

Per chiudere il circuito dell'assistenza residenziale con un gradiente sempre più basso di intensità, qualora il paziente, una volta risolta la fase clinica acuta non potesse rientrare a casa, per evitare il prolungarsi di ricoveri in regimo ordinario per motivi sociali, viene prevista la possibilità di instaurare una collaborazione col terzo settore nella valorizzazione delle risorse della realtà territoriale locale.
Si è pensato di proporre un percorso simile "accreditamento" con riflessione condivisa su:

- curriculum formativo personale;
- condivisione formazione e supervisione su: criteri di gravità, costruzione del progetto di lavoro (flessibilità e personalizzazione) strategie di prevenzione e gestione della crisi, dimissione concordata (comunità solidali);
- condivisione indicatori di qualità/processo.

Formazione di psicopatologia dell'adolescenza per educatori professionali

Come elemento pratico per sostenere concretamente l'avvio e la attuazione dei progetti sopraelencati si è pensato utile realizzare un corso di formazione per educatori professionali sugli aspetti della psicopatologia adolescenziale, in particolare nelle situazioni di urgenza.
La figura dell'educatore professionale che abbia una formazione specifica in psicopatologia viene considerata infatti uno snodo importante per facilitare o realizzare i diversi percorsi nei diversi *setting* del lavoro con gli adolescenti: dall'aggancio, all'accompagnamento/realizzazione di percorsi di cura territoriali, semiresidenziali o anche in sede di ricovero.
I temi che saranno discussi nel corso sono i quadri clinici più frequenti nelle situazioni di urgenza psichiatrica in età evolutiva (disturbi di personalità e disturbi della condotta, tentato suicidio, autolesione, scompenso psicotico).
La cornice di fondo è la specificità dell'età evolutiva ed in particolare dell'adolescenza, sia per la diagnosi, sia per la progettazione ed attuazione dell'intervento terapeutico.
Le giornate sono state pensate in modo articolato prevedendo una parte teorica al mattino e una laboratoriale (presentazione metodologia di lavoro e discussione di casi) al pomeriggio.
Nella parte laboratoriale verrà discussa la teoria relativa all'intervento educativo in psicopatologia di urgenza e al lavoro di équipe coi sanitari, saranno poi presentati gli interventi effettuati con ragazzi/e con i quadri clinici presentati nelle mattinate, mostrando anche video e le realizzazioni concrete fatte assieme agli utenti.
Questa scelta intende valorizzare l'apporto disciplinare specifico della pedagogia speciale in merito alla relazione con l'adolescente con disturbi psicopatologici, ambito di studi e ricerche che non è spesso considerato nell'ambito sanitario, ma che invece può qualificare la appropriatezza dell'intervento, fornendo un arricchimento multidisciplinare e strumenti educativi specifici che vanno ad integrare quelli clinici psichiatrici.

REGIONE LAZIO

Modelli terapeutici dedicati agli adolescenti: dalle cure di prossimità all'intervento precoce

Per rispondere in modo appropriato alla complessità e criticità dei compiti evolutivi in adolescenza e per garantire unitarietà e qualità negli interventi di prevenzione e di presa in carico dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, la ASL Roma 2 ha previsto al suo interno un'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) "Interventi Precoci in Età Evolutiva" specificamente rivolta all'intercettazione precoce degli utenti con manifestazioni di disagio psicopatologico, all'implementazione di interventi terapeutici mirati, nonché alla promozione di azioni di cambiamento sinergiche e alla sensibilizzazione e formazione degli interlocutori (famiglia, insegnanti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici dei Dipartimenti Emergenza e Accettazione (DEA) ospedalieri, medici dei reparti di pediatria) che in modo elettivo entrano in contatto con i ragazzi e possono adeguatamente e tempestivamente riconoscere segnali di sofferenza. Il lavoro di formazione/ informazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i dirigenti scolastici ha portato ad una graduale modifica nel corso degli anni dell'invio in pre-acuzie. Nel corso del 2018 presso il Centro Diurno Terapeutico (CDT) adolescenti il 35% dei minori ricoverati in regime semiresidenziale proviene dai reparti di ricovero ordinario di NPI, mentre sono stati intercettati in fase di preacuzie il 48% dei minori.
La UOSD interventi precoci in età evolutiva della ASL Roma 2 risponde ai bisogni della popolazione giovanile attraverso le seguenti linee di attività:

Spazio Incontro "Scholè"

Lo Spazio Incontro "Scholè" è un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria per la promozione della salute mentale in età evolutiva. Obiettivi del progetto sono: coordinare gli interventi educativi rivolti ad adolescenti in situazioni di disagio psichico e sociale, costruire progetti individuali integrati tra servizi, favorire l'uscita dell'adolescente dal disagio psichico, migliorarne l'inserimento

sociale. Lo Spazio Incontro "Scholè" è aperto a quanti possono giovarsi di uno spazio integrato dove sperimentarsi nell'acquisizione di nuove competenze e nel rafforzamento di interessi e curiosità culturali; al tempo stesso accoglie ragazzi che presentano un profilo di funzionamento fragile e che potranno accedere a spazi esperienziali accoglienti e significativi, dove grazie al contesto gruppale "tra pari" si realizza il miglioramento delle proprie competenze sociali e relazionali.
Il progetto intende valorizzare e convogliare le risorse presenti sul territorio, creando un crocevia, tra i bisogni rilevati e le risorse stesse, assicurando azioni sinergiche a beneficio dei ragazzi. Inoltre, importante segnalare l'azione per il riconoscimento precoce dei segnali di disagio psicopatologico che consentirà di attivare interventi tempestivi ed adeguati.

Ambulatorio interventi precoci

L'ambulatorio interventi precoci prende tempestivamente in carico i minori in fase di pre-acuzie, dato che l'intervento in fase precoce può realmente modificare la storia clinica dei giovani utenti, permettendo la ripresa di un buon funzionamento sociale, un miglioramento della qualità di vita del minore e del nucleo familiare. L'obiettivo trasversale del servizio è la creazione di una rete di prossimità con i Medici di Medicina Generale e le scuole, per segnalare situazioni a rischio verso un singolo punto di accesso della domanda incrementando le competenze per il riconoscimento precoce, così da permettere la tempestività dell'intervento.
Il servizio ambulatoriale implementa sia interventi di valutazione sia, in caso di necessità, progetti terapeutici individuali (PTI) che garantiscano una personalizzazione dell'intervento di cura.
In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta è caratterizzata dall'articolazione di attività educative e di risocializzazione con quelle riabilitative e cliniche, presenti e fondamentali: i criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi terapeutici riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità di cura sono correlati a:

1. a numerosità e l'intensità degli interventi necessari;
2. il mix di diverse tipologie di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede);
3. la numerosità e l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, scuola, socialità).

Nel PTI di ciascun minore sono previste le seguenti attività:

- attività psicoeducative strutturate individuali, di gruppo o della famiglia;
- laboratori strutturati a supporto dei processi cognitivi, delle capacità espressive e di socializzazione con il gruppo dei pari;
- interventi educativi di gruppo di tipo espressivo, a supporto delle competenze cognitive, ludiche o motorie, in sede o fuori sede;
- interventi in gruppo a supporto dei processi di mentalizzazione;
- supporto all'inserimento scolastico in percorsi coerenti con la formazione precedente, personalizzati per tempi ed obiettivi, concordati con le istituzioni scolastiche e in sinergia con il PTI;
- interventi domiciliari nel contesto familiare e ambientale a supporto dell'aderenza del minore al progetto terapeutico.

In particolare, in caso di ridotta compliance o compromissione del funzionamento familiare si prevede la realizzazione di *interventi domiciliari*.

Interventi domiciliari

L'intervento domiciliare si declina nei contesti di vita del minore (scuola, famiglia) con caratteristiche di flessibilità e incisività utile nella gestione degli esordi e in tutti i casi di intensa chiusura relazionale e di ritiro sociale da determinare l'impossibilità di accesso ai servizi territoriali.
L'intervento domiciliare realizzato da operatori dell'equipe dedicata ambulatoriale, con specifiche competenze in ambito adolescenziale, ha l'obiettivo di facilitare la presa in carico del paziente con scarsa compliance e l'attuazione di un intervento terapeutico personalizzato con un forte e specifica connotazione proattiva.
L'accesso al domicilio, inoltre, rappresenta uno strumento fondamentale di conoscenza della quotidianità intradomestica del paziente nonché un diverso modo di "fare terapia" con lo stesso. L'abitazione diventa, in questo modo, luogo di "setting privilegiato" nonché possibile luogo d'azione dell'intervento terapeutico e riabilitativo.

Percorso di cura in regime semiresidenziale presso il centro diurno terapeutico per adolescenti "Navigando i confini"

Il centro diurno terapeutico per adolescenti "Navigando i confini" della ASL Roma 2 accoglie quotidianamente 12 utenti i cui progetti si articolano, in base alla fase clinica attraversata, nel seguente modo:

- pazienti in dimissione protetta dai reparti di NPI: frequenza giornaliera;
- pazienti in fase di stabilizzazione clinica: 3 accessi a settimana (associati a ripresa scolastica);
- pazienti in fase di riabilitazione: 2 accessi a settimana (associati a ripresa scolastica);
- pazienti in fase di dimissione: 1 accesso a settimana (associato a frequenza scolastica).

Punti di forza di questo modello di intervento sono:

- accessibilità e flessibilità degli interventi;
- diagnosi precoce, presa in carico e continuità delle cure;

- personalizzazione dei progetti terapeutici e di inclusione sociale;
- monitoraggio e verifica degli esiti;
- azione di prevenzione della cronicità del disturbo mentale e conseguente contenimento dei costi sociali e sanitari.

REGIONE TOSCANA

La presa in carico territoriale nello scompenso: l'ambulatorio intensivo come modello di intervento a garanzia della continuità di cura ospedale territorio

L'adolescenza richiede un approccio specifico e percorsi di cura svolti da équipe multi professionali composte da professionisti preparati all'accoglienza, diagnosi e trattamento (Leonetti, Landi, Lo Parrino, Landi, 2013; Leonetti, Landi, Lo Parrino, 2012; Leonetti, Landi, Lo Parrino, 2017).
È noto che la precocità e l'appropriatezza dell'intervento (approccio *early detection* ed *early intervention*, ampiamente applicato nei diversi ambiti della medicina) sono in grado di modificare la storia clinica del disturbo, riducendone il rischio di cronicizzazione e migliorando quindi le prospettive di vita dei giovani pazienti e delle loro famiglie. Per le psicosi, ad esempio, numerose evidenze mostrano come una *duration of untreated psychosis* (DUP) di minore durata si associ a un decorso più favorevole della malattia.
Oltre che tempestivo ed età-specifico, l'intervento nello scompenso psichico in adolescenza, in quanto intervento complesso, deve configurarsi, *sino dai primi momenti*, come un intervento **integrato multiprofessionale e multidimensionale**, rivolto sia all'adolescente che ai suoi genitori, *intensivo* e *flessibilmente modificabile con l'evolversi del quadro clinico*, in un cui l'azione sinergica e simultanea dei singoli operatori è sostenuta da un pensiero di gruppo coordinato e coerente.
L'accoglienza deve svolgersi in un contesto il meno stigmatizzante possibile (Leonetti, 2012).
Le urgenze psichiatriche in età evolutiva sono rilevate in letteratura in costante aumento ininterrottamente da diversi anni.
Il modello di trattamento utilizzato presso il nostro servizio presso l'ASL Toscana Centro è un *modello a équipe unica* che risulta particolarmente utile nella gestione di pazienti in condizioni di gravità, specie laddove è elevato il rischio di agiti pericolosi. Come sottolineato da Bateman e Fonagy, "spetta all'équipe il compito di lavorare insieme per integrare tutti gli aspetti del trattamento in una complessiva coerenza" (Bateman e Fonagy, 2006).
L'équipe è costituita da figure professionali diverse, con competenze differenziate: neuropsichiatra infantile, psicologo, educatore professionale, infermiere e prevede un dirigente medico responsabile (*team leading*) Il trattamento, pur tenendo in maniera prioritaria e costante il focus sulla relazione tra paziente e terapeuti, include sino dal momento del primo contatto con il servizio, i genitori, e si estende oltre la famiglia, all'ambito di vita allargato dell'adolescente in difficoltà.
Viene individuato così un sistema di cura unico per l'età 12-18, con fisionomia centralizzata e in grado di dare una risposta strutturata, secondo un approccio public health e in accordo con le indicazioni derivanti da Linee Guida e *best practice*. Tale sistema prevede una équipe multiprofessionale (medico NPI, psicologo, educatore professionale, infermiere) e un punto unico di accesso per una presa in carico la più appropriata ed omogenea possibile, indipendentemente dalla zona di residenza dei pazienti.

Accoglienza, valutazione e *assessment*, prima gestione della crisi

Questa prima fase del percorso clinico non può avere solo funzioni *di valutazione* senza essere anche *intervento terapeutico* e non può costituire intervento orientato terapeuticamente se non si preoccupa anche di comprendere meglio il funzionamento dell'adolescente e del suo sistema relazionale di riferimento.
L'*accesso* al servizio può avvenire da un percorso territoriale o da un percorso ospedaliero.
L'appropriatezza dell'invio è assicurata dall'azione sinergica fra il personale esperto del front office aziendale, che ha il contatto diretto con le famiglie che formulano la richiesta e il Responsabile delle Unità Funzionali che effettua una rapida disamina della domanda, secondo i principi del *triage*.

Percorso territoriale

Per i soggetti non conosciuti è il Responsabile dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza che effettua la segnalazione al servizio rilevando il carattere di urgenza della richiesta pervenuta al front office aziendale. Se un paziente è già in carico all'Unità Funzionale, è il neuropsichiatra infantile o lo psicologo referente del caso che effettua la segnalazione direttamente al servizio tramite apposita scheda.

Percorso ospedaliero

La Regione Toscana è una delle 9 regioni che dispone di posti letto dedicati all'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva: 2 posti letto presso Ospedale Anna Meyer di Firenze e 4 posti letto presso Fondazione Stella Maris di Pisa.
Anche per i ragazzi ricoverati pressi i presidi ospedalieri fiorentini, presso l'AOU Meyer (DEA, Neurologia e Psichiatria) o la Fondazione Stella Maris di Pisa la richiesta viene inoltrata al front office aziendale e da questo

Tab. I. I ricoveri effettuati presso gli ospedali dall'ambulatorio acuti.

	Totale	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N. totale ricoveri	116	12	10	7	9	9	26	32	11
Ricoveri Meyer	104	9	9	6	5	9	25	31	10
Ricoveri Stella Maris	8	2	1	1	1		1	1	1
SPDC	4	1			3				

tempestivamente trasmessa al servizio come sopra (Tab. I).
La fase della dimissione ospedaliera e del periodo immediatamente successivo ad essa vengono considerati sempre con estrema attenzione. Infatti la transizione ospedale-territorio può costituire di per sé un rischio clinico se non ben programmata e concordata.
Fra il servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'AOU Meyer e il nostro servizio è stata pertanto definita una specifica procedura che consente un passaggio organizzato e "sicuro" (*handover*) dal setting di cura ospedaliero a quello territoriale, garantendo la continuità del percorso assistenziale.

Prima visita

Data la delicatezza di questo momento si pone attenzione affinchè i primi operatori con cui il paziente entra in contatto siano quelli che continueranno ad occuparsene nelle fasi successive (Tab. II).
Per la prima visita è previsto un tempo massimo di attesa di 10 giorni. Essa viene svolta in modalità multi professionale secondo il modello del *day service* (più spesso medico e psicologo o psicologo) e secondo un'agenda predefinita, per tre giorni alla settimana (lunedì, mercoledì, venerdì). In tali giorni è assicurata la copresenza di tutte le figure professionali operanti nel servizio (*micro-équipes multidisciplinari*).
Vengono accolti insieme l'adolescente e i genitori. Durante l'incontro viene presentato il servizio e vengono esplicitate sinteticamente, ma nel modo più chiaro possibile, le modalità di lavoro.
L'atteggiamento degli operatori è di ascolto attento, empatico e rispettoso delle problematiche portate dai ragazzi e dai genitori, e incoraggiante la collaborazione e la condivisione, per quanto possibile, del piano d'intervento proposto.
Alla fine della visita, dopo una brevissima riunione di staff, viene fatta una immediata proposta al ragazzo e ai genitori del percorso da intraprendere e vengono programmati i primi incontri di gestione della crisi e di *assessment*.

Intervento diagnostico-terapeutico

Il processo di *assessment* coinvolge l'adolescente e i genitori e si sviluppa in maniera simultanea alla messa in atto degli interventi urgenti necessari (farmacoterapia, interventi educativi domiciliari intensivi, lavoro psicologico con la coppia parentale). L'elemento valutativo tiene presenti non solo le condizioni psichiche del soggetto, ma anche il contesto socio-familiare (funzione parentale riflessiva, comprensione/negazione delle problematiche del figlio, esercizio di una efficace tutela, organizzazione del quotidiano). Può prevedere un periodo di osservazione in ambiente dedicato (centro diurno sanitario) strutturato in spazi individuali e di gruppo con la possibile partecipazione ad attività espressive di varia natura.
Come già sottolineato, la valutazione clinica è anche una *valutazione di "rischio"* (di condotte agite suicidarie, autolesive, di dirompenza, di scompenso psicotico). *In situazioni di scompenso grave e di non tenuta del contesto ambientale, con rischi per la sicurezza del paziente, si procede al ricovero ospedaliero urgente.*

Restituzione della valutazione e definizione del Progetto Terapeutico-Riabilitativo (PTRI)

L'esito della valutazione viene restituito all'adolescente e ai suoi genitori in un incontro dedicato (per lo più separatamente).
Se il paziente non necessita di ulteriori interventi terapeutici-evenienza, quest'ultima, non frequente- avviene la dimissione, di cui è informata l'Unità Funzionale inviante.
Altrimenti si procede alla definizione del *Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato* (PTRI), condiviso con gli invianti, che può prevedere vari passaggi

Tab. II. Dati di attività ambulatorio acuti del periodo 2011-2018.

	Totale	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N. totale richieste	659	64	56	46	67	62	123	101	140
Maschi	319	31	28	21	33	29	57	46	74
Femmine	340	33	28	25	34	53	66	55	66
Età media	15,22	15,23	15,14	15,21	15,28	15,14	15,17	15,49	15,11

Tab III. Gli invii in comunità.

	Totale	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N. casi in comunità	29	9	5	4	5	1	3	1	1
Comunità terapeutiche	16	3	4	3	5	1			
Comunità educative	13	6	1	1			3	1	1

condivisi: dal lavoro con il ragazzo per la riapertura di opportunità sociali (scuola, percorso occupazionale, coetanei) perdute con la crisi, all'inserimento in centri diurni o comunità educative o terapeutiche. Successivamente, completato l'*assessment* e risolta l'acuzie, il servizio dimette il paziente per la continuazione degli interventi necessari presso l'Unità Funzionale inviante.

Il centro diurno

Aperto quattro giorni alla settimana, propone attività educative individuali e di piccolo gruppo che tengono conto dei bisogni diversificati di ciascun ragazzo/a. Si tratta di uno spazio educativo di accoglienza contenitivo ma non costrittivo, all'interno del quale gli adolescenti possono iniziare a ri-sperimentarsi con tutto il corredo emozionale in attività concrete condivise, capaci di promuovere esperienze di autonomia e di adattamento sociale temporaneamente perdute o in stallo, incidendo così, in tempo reale, nel processo evolutivo.

La comunità terapeutica

In situazioni di particolare complessità, all'interno del progetto terapeutico-riabilitativo integrato può rendersi necessario l'inserimento dei giovani pazienti, in fase post-acuta e per un tempo definito, in una struttura residenziale (Tab. III). Una comunità terapeutica per adolescenti a media intensità è attivamente presente nella rete assistenziale fiorentina da un anno circa.

La disponibilità di una struttura residenziale in zona permette di curare con particolare attenzione gli inserimenti e condividere puntualmente, fra équipe della comunità e équipe territoriale, il programma di presa in carico sostenere con interventi dall'esternola gestione di situazioni di crisi che si verifichino in comunità, evitando in tal modo il rischio di *drop out* e "espulsioni" garantire la continuità del progetto di cura alla dimissione del minore dalla struttura.

Bibliografia di riferimento

Bateman A, Fonagy P. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.

Carandang CG, Gray C, Marval-Ospino H, et al. *Child and adolescent psychiatric emergencies.* In: Rey JM, ed. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

Drug Misuse and Dependence. *UK Guidelines on Clinical Management*. Department of Health (England) and the devolved administrations (2007) 33 Allegati B e C.

Costa S, Farruggia R, Guccione F. *Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2018;38:57-72.

Farruggia R, Costa S. *La situazione organizzativa dei Servizi di NPIA in risposta all'Urgenza-Emergenza psichiatrica in età evolutiva in Italia: dati preliminari.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2016;36:38-47.

Landi M, Landi N, Lo Parrino R. *Specificità della presa in carico terapeutica del bambino e del contesto educativo.* In: Martinetti MG, Stefanini MC, a cura di. *Approccio evolutivo alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Firenze: SEID Editori 2012.

Leonetti R, Landi M, Lo Parrino R, et al. *La risposta allo scompenso psichico nei percorsi di cura per gli adolescenti dell'Azienda Sanitaria di Firenze.* Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici (rivista online di Psichiatria) n. 7, 16 Agosto 2013.

Leonetti R, Landi M, Lo Parrino R. *Complessità dell'adolescente nella società attuale: necessità di risposte multiple e integrate nell'organizzazione dei servizi*. In: Diavoletto A, Rigon G, a cura di. *Psichiatria dell'adolescente. Aspetti clinici e metodologici della transizione.* Canterano (RM): Aracne Editrice 2017, pp. 181-191.

Leonetti R. *I percorsi di cura per gli adolescenti nell'organizzazione dei servizi dell'Azienda Sanitaria.* Firenze: Minori Giustizia 2012, pp.437-445.

Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM). Conferenza Stato Regioni, Rep. Atti n. 4 /CU del 24/01/2013.

Rey JM, ed. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), Sezione di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi. "*Proposta di Modello Organizzativo per la rete dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza".* 2007 (approvata in Consiglio Direttivo della SINPIA il 15 febbraio 2007), www.sinpia.eu.

Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA). *Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva* (approvate in Consiglio Direttivo della SINPIA il 15 febbraio 2018), www.sinpia.eu.

Il modello torinese: *il progetto "Ponte"*, laboratorio di connessioni inter-istituzionali tra ospedale e territorio

The Turin model: the *"Bridge" project*, a laboratory of inter-istitutional connections between hospital and territory

O. Pirro[1], A. Anichini[2]

[1] Neuropsichiatra infantile, Direttore SC NPI ASL Città di Torino; [2] Neuropsichiatra infantile, SCU AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Riassunto

L'inarrestabile aumento della psicopatologia adolescenziale complessa, specchio di uno sfaldamento progressivo del tessuto sociale, rappresenta oggi una forte criticità e al tempo stesso una sfida per i curanti. Attraverso un *excursus* sui cambiamenti che hanno attraversato negli ulti anni la scena clinica, gli autori presentano, in sintesi, la sperimentazione di un modello di rete fondato su collaborazioni multidisciplinari a più livelli (nella gestione clinica, nella ricerca e nella formazione) che mettono al centro la continuità delle cure. L'articolazione dei servizi in una ottica integrata, tra pubblico e privato sociale, ha come fondamento la flessibilità e la personalizzazione degli interventi; sostiene le reti familiari e scolastiche e valorizza la semi-residenzialità, declinata secondo differenti gradienti di intensità di cura. Il presente lavoro rilancia la necessità di una ricerca e di un confronto su scala nazionale, con valutazione degli esiti e per la costruzione di modelli omogenei di intervento.

Parole chiave: Psicopatologia adolescenza, Multidisciplinarietà, Continuità delle cure, Semi-residenzialità

Summary

The unstoppable increase in complex adolescent psychopatology, mirror of progressive disintegration of the social fabric, represents today a strong criticality and the same time a challenge for the carers. Trough an excursus on the changes that crossed the clinical scene over the last few years, the autors present,in summary, the experimentation of a network model based on multidisciplinary collaborations at multiple levels (in clinical management, research and training) that bring focus on the continuity of care. The articulation of the services in an integrated persective, between the public and social private sector, has its foundation the flexibility and customization of the interventions; supports family and school networks and anhances semi-residency, declined according to different degrees of intensity of care. This work raises need for research and comparison on a national scale, with evaluation of the results and construction of homogeneous interventions models.

Key words: Adolescent psychopathology, Multidisciplinarity, Continuity of care, Semi-residential care

"*La nostra esperienza di solitudine equivale a una vertigine soprattutto perché parte dalla presenza di un vuoto che si sostituisce a ciò che offriva un significato al mondo, un fondamento simbolico alle relazioni con gli altri*"
"*Cuori allo schermo*" Marc Augé

CORRISPONDENZA
Antonella Anichini, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino - E-mail: aanichini@cittadellasalute.to.it

Le profonde trasformazioni sociali in atto e l'aumento esponenziale della psicopatologia adolescenziale, pongono nuove sfide rispetto alla comprensione della richiesta d'aiuto e alla programmazione degli interventi nella rete dei Servizi che cooperano alla salute mentale in età evolutiva. Per ricostruire il percorso occorre riferirsi ai fatti avvenuti nel 2006 in seguito ad un rifiuto di ricovero di un minore di 13 anni, presso l'Ospedale Infantile Regina Margherita (OIRM) di Torino, che venne accompagnato in manette dalle Forze dell'Ordine per gravissimo episodio di agitazione, crisi pantoclastica ed etero-aggressività, in seguito ricoverato presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) (ASO Molinette). Tale ricovero però faceva seguito ad un altro ricovero, nel medesimo SPDC ASO Molinette di Torino, di una minore di 11 anni, destando grande clamore mediatico. Gli organismi Regionali e Comunali, attraverso i relativi Assessorati alla Sanità, Salute e Rapporti con le Aziende Sanitarie, istituirono un Tavolo Tecnico di lavoro che portò alla famosa DGR (Delibera Giunta Regionale Regione Piemonte) 66 del novembre 2006 che, da allora, regola i rapporti interistituzionali tracciando un percorso complesso, articolato e ben delineato. La suddetta DGR introduceva inoltre il concetto di "filiera" nella logica programmata di continuità ospedale-territorio, di "progetto personalizzato" di "dimissioni protette". Ancora la stessa DGR ha disegnato le "risorse residenziali e semiresidenziali", declinandole sulla base dei contesti loco-regionali e del principio di disponibilità, per contrarre o ridurre l'ospedalizzazione e le istituzionalizzazioni, lavorando in forte integrazione con i servizi sociali. Per finire, si prevedeva un incremento di posti ospedalieri in OIRM, da 12 a 18 (realizzatosi solo da circa due anni) e la costituzione di Centri Diurni Terapeutici Socio-Riabilitativi (realizzatosi solo tre anni) fa che al 30/062020 saranno tre in Città di Torino.

Per dare adeguate risposte a bisogni emergenti di cura, la Struttura Complessa Universitaria (SCU) di Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell'OIRM di Torino, in collaborazione con Strutture Complesse (SS.CC.) NPI ASL Città di Torino, grazie ad un finanziamento della Compagnia di Sanpaolo, ha anche avviato a decorrere dal 2009 il progetto "un ponte tra ospedale e territorio", orientato a sperimentare nuove risposte terapeutiche: una équipe multidisciplinare, utilizza una struttura diurna, Casa-Oz, anello di congiunzione e "setting di cura integrata" tra Servizi dell'età evolutiva, in cui gli stessi educatori (Cooperativa Mirafiori, in reparto) e gli stessi insegnanti (docenti della Scuola in ospedale) che hanno conosciuto i ragazzi, possono continuare a interagire durante e dopo una presa in carico ospedaliera, rispettivamente con laboratori espressivi, di didattica e sostegno scolastico (individuale, in *co-learaning* e in piccoli gruppi). La finalità è quella di costruire nuove traiettorie di trattabilità di questi adolescenti, rinforzando "le parti sane", attivando "nuove connessioni" che creano continuità nelle cure, promuovendo salute mentale, intesa come possibilità di accedere ad una mente vitale, creativa e relazionale. Attraverso i laboratori espressivi (cinema, arte, teatro fumetto, fotografia, musica) e la supervisione psicodinamica in ottica gruppale, si aprono sentieri nuovi per avvicinare i ragazzi con psicopatologia complessa al linguaggio della psiche, stimolandone la funzione riflessiva e il piacere di pensare con l'altro. Il netto incremento della richiesta di ricoveri (degenza o *day hospital*) di adolescenti, registratosi soprattutto negli ultimi quattro anni, con una larga prevalenza di condotte agite, tentativi di suicidio, condotte autolesive, ritiro sociale, abbandono o rifiuto scolastico, disturbi alimentari, unitamente allo sfaldamento delle reti di supporto solidali, ha reso necessari ricoveri che si prolungano oltre il dovuto con grave danno per i ragazzi che si trovano in tal modo tagliati fuori dal loro contesto abituale di vita. Nel corso degli anni si è sperimentata l'importanza di contare sull'appoggio di "contesti di cura" adeguati e diversificati, collegati fra loro e declinati secondo le diverse necessità che vanno a costituire "un ambiente protetto" [1] riducendo il circuito delle condotte distruttive. Sappiamo come l'adolescente "al limite" tende a spostare il conflitto dallo spazio interno a quello esterno, dalla mente al corpo, dal pensiero all'agito; occorre aiutarlo a riconoscere piuttosto che a negare le perdite, a compensarle anche tramite investimenti oggettuali alternativi per rinforzare e restaurare la stima di sé [2]. Si è colta così l'opportunità di una casa-ambiente Casa-Oz (facente parte delle reti dell'ospedale, quale struttura diurna che offre accoglienza e accompagnamento ai bambini malati e alle loro famiglie) in cui "adulti competenti" (medici, educatori, insegnanti, volontari) possono accompagnare i ragazzi nelle fasi di reintegrazione nel mondo esterno, nell'ottica di offrire loro un "ventaglio di possibilità" per vivere buoni incontri in situazioni adeguatamente programmate [3]. Il progetto va nella direzione di consolidare l'alleanza "tra la cultura educativa e la psicoanalisi" come afferma Charmet [4] e che da sempre caratterizza l'intervento del neuropsichiatra infantile. In questa direzione il presente lavoro utilizza il gruppo come strumento elettivo di intervento in adolescenza e fa riferimento al modello setting psicodinamico multiplo proposto e ampiamente sperimentato da Biondo [5], ovvero "un *setting* caratterizzato da una molteplicità di interventi integrati fra loro che intervengono sui fattori, individuali e gruppali, della componente adolescente e adulta che si intrecciano nei contesti educativi,con una supervisione del gruppo multidisciplinare, spazio di pensabilità e cabina di regia degli interventi offerti. In questa direzione di pensiero riportiamo le parole chiave delle raccomandazioni del documento AGIA (Autorità Garante per l'Infanzia e dell'Adolescenza) 2017 che, come è evidente, non sono altro che le fondamenta del nostro

Progetto:

- **Multidisciplinarietà:** modello integrato che favorisce incontro tra culture professionali capaci di dialogare tra loro;
- **Casa:** accrescere le risposte al disagio psichico e ai disturbi psichiatrici attraverso "luoghi di mezzo" (centri diurni, centri diurni terapeutici…), flessibili e diversificati;
- **Gruppi educativi e inclusione scolastica e sociale:** occorre sostenere percorsi di autonomia – attraverso il riconoscimento e la valorizzazione delle risorse e dei punti di forza delle persone – attraverso l'attenzione a sostenere la capacitazione – attraverso il supporto all'inclusione educativa e sociale ed il radicamento territoriale – attraverso strategie di prevenzione e contrasto all'istituzionalizzazione e la priorità ad interventi least restrective;
- **Comunità educante/patto di comunità:** formazione comune e scambio interdisciplinare che coinvolga le scuole;
- "il dialogo" tra sistema sanitario e socio-educativo;
- **Continuità delle cure:** offrire continuità longitudinale e tra Servizi.
- I destinatari del progetto sono ragazzi di età compresa tra 11 e i 18 anni dimessi dal reparto di degenza di NPI, in fase di ripresa evolutiva; seguiti presso il *day hospital* NPI; segnalati dalla Struttura Complessa (SC) di NPI, dall'Educativa Territoriale e dai Servizi Sociali e dalla ASL Città di Torino. I partecipanti al progetto vengono adeguatamente selezionati, sulla base di rigorosi criteri clinici (sono esclusi i gravi disturbi del comportamento, le situazioni acute in fase di scompenso). L'estensione alla fascia d'età della scuola media è dettata da una progressiva maggiore anticipazione della patologia psichiatrica e della sua complessità. I *peer educator, scout* e volontari di Casa-Oz, interessati e disponibili a effettuare un percorso di volontariato, mettendosi "in gioco", partecipando ai laboratori proposti, insieme agli altri ragazzi, con la supervisione degli educatori. Le modalità di partecipazione alle attività sono di tipo "cooperativo", non competitivo e vi è condivisione della responsabilità del gruppo. In ottica inclusiva possono partecipare anche gli ospiti di Casa-Oz: ai fini di una maggiore integrazione possono essere inseriti nei gruppi educativi e nelle attività di laboratorio proposte, nel rispetto della composizione del gruppo (età, caratteristiche psicopatologiche, ecc.). Ad oggi il progetto è stato utilizzato da 200 adolescenti, nell'80% dei casi vi è stato un reinserimento sociale e scolastico; nel 10% dei casi è stato anche possibile costruire un "ponte con l'età adulta" sia attraverso il lavoro condiviso con la psichiatrica sia attraverso l'offerta di stage lavorativi.

Il nostro modello ha sviluppato negli anni una ricca sperimentazione nel lavoro "di" e "in" rete formato da legami e routine ben sperimentate e creative. Ha punti attrattori come il setting di gruppo e i diversi laboratori come spazi vitali in cui si incontrano il "fare e il pensare insieme". È una rete aperta sulla comunità e abbastanza definita dalla collaborazione continuativa tra i suoi partner sia attraverso la mediazione interistituzionale che attraverso la progettazione e la ricerca interistituzionale. A questo proposito si segnala in particolare "il ponte" con la scuola tenuto conto che la possibilità di mantenere un aggancio saldo degli adolescenti in esame alla scuola di appartenenza costituisce un fattore essenziale per la buona riuscita del percorso di cura, il progetto ha dato origine ad un gruppo di studio multidisciplinare, la commissione "Ci pensiamo!" che, sulla base di esperienze pilota lavora per rinforzare collaborazioni interistituzionali (sanità, servizi socio-educativi, privato sociale, scuola e gruppi di volontariato) finalizzate alla prevenzione della dispersione scolastica, a progettare una formazione per gli insegnanti affinché possano accogliere adolescenti con disagio mentale. È stato così ratificato il Protocollo d'intesa interistituzionale, "Un Ponte tra ospedale e territorio" esteso a tutta l'area metropolitana i cui partner sono Struttura Complessa a direzione Universitaria (SCU) NPI OIRM, SC NPI ASL Città di Torino Area metropolitana; referenti dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR), dell'Ufficio Scolastico Territoriale (UST) e dell'Ufficio Scolastico per le Necessità Educative Speciali (UTS NES); referenti Servizi Sociali, Servizi educativi e la Scuola in ospedale; il Protocollo è finalizzato a fare alleanze per una comunità inclusiva. Il progetto "Un ponte tra Ospedale e territorio" è stato inserito nei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; in particolare nei PDTA relativi rispettivamente 1) alla gestione multidisciplinare integrata dell'anoressia nervosa in adolescenza; in regime ambulatoriale, di day hospital e ricovero; 2) al trattamento del rifiuto scolare e ritiro sociale; 3) alla gestione della psicopatologia acuta in adolescenza in DEA-OBI (Pronto Soccorso e Degenza temporanea intensiva), *day hospital* e ricovero ordinario. Tra le prospettive future al momento si prevede la valutazione degli esiti di trattamento, la valutazione della sostenibilità anche attraverso la metodologia dello *Social Return On Investment* (SROI). Lo SROI è un procedimento strutturato con il fine di comprendere, determinare e gestire il valore degli *outcome* sociali, economici e ambientali determinati dalle attività del progetto in esame. Lo strumento, utilizzato su larga scala, è utile sia per la pianificazione strategica che per la rilevazione la comunicazione dell'impatto sociale generato, che a sua volta può attrarre degli investimenti. Esso fornisce un'analisi dettagliata di come il valore viene creato ed è in grado di assegnare quantificare da un punto di vista economico

il valore sociale generato: ciò può facilitare il percorso di uscita dalla fase esperienziale a quella istituzionale, convalidando i risultati consolidati. I punti critici consistono nella attuale difficoltà di individuare degli indicatori di processo e di esito specifici, per questi interventi innovativi, oltre che la necessità di introdurre dei qualificatori economici e dei sistemi di misurazione finanziaria. L'obiettivo finale dovrebbe essere di definire modelli di confronto utili a costruire e diffondere buone prassi oltre che definire modalità lessicali uniformi e condivisi (basti pensare ai diversi modi di definire i centri diurni a livello nazionale) in modo da costruire una piattaforma comune per i successivi passaggi di confronto a livello politico per la prioritaria allocazione delle risorse per gli interventi nei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva.

Bibliografia

1. Gentile CM. *Gruppo, costruzione della conoscenza e prevenzione del disagio scolastico.* Koinos Gruppo e Funzione Analitica 2002 anno XXIII N. 1-2, pp. 119-139.
2. La Grutta S, Lo Baido R. *Gli adolescenti, il gruppo, la scuola.* Koinos Gruppo e Funzione Analitica, 2002 anno XXIII N 1-2, pp. 178-194.
3. Anichini A, Massaglia P, Rainò E. *"Un ponte": progetto multidisciplinare per il reinserimento sociale degli adolescenti ricoverati in NPI.* Bergasse 19 2010;12.
4. Charmet PPG. *Prefazione.* In: Biondo D, a cura di. *Fare gruppo con gli adolescenti. Fronteggiare le "patologie civili" nei contesti educativi.* Milano: Franco Angeli 2008.
5. Biondo D. *Fare gruppo con gli adolescenti. Fronteggiare le "patologie civili" nei contesti educativi.* Milano: Franco Angeli 2008.

I nuovi reparti di NPIA. Criticità e risposte ai bisogni: l'esperienza di Varese

The new inpatient wards of NPIA. Criticalities and responses to needs: the Varese experience

G. Rossi

Struttura Complessa di NPIA, ASST Sette Laghi Varese

Riassunto

I reparti di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza sono dedicati a problemi neurologici e psichiatrici, ma l'aumento negli ultimi anni di interventi dedicati a pazienti affetti da disturbi psichiatrici in età evolutiva, e di ricoveri ospedalieri per i casi acuti, mette in evidenza la limitatezza delle risorse e di disponibilità di posti letto ospedalieri dedicati sul territorio nazionale. L'apertura di 2 nuovi reparti in Lombardia colma solo in parte l'esigenza di posti per minori che richiedano ricoveri in urgenza. L'indicazione al ricovero psichiatrico riguarda soprattutto adolescenti che presentino rischio suicidario per tentativi attuati, scompensi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi del comportamento, disturbi dell'alimentazione gravi, disturbi di personalità, in linea con le classi di rischio individuate dalle Linee di Indirizzo della SINPIA. Vengono presentate le modalità di gestione di alcune problematiche, in particolare agitazione psicomotoria con aggressività, e discussi alcuni nodi critici: la contenzione, la dimissibilità, le difficoltà di invio ad interventi post-acuzie, sia a programmi territoriali che di inserimento in comunità terapeutica.

Parole chiave: Ricovero, Adolescenti, Disturbi psichiatrici

Summary

The neuropsychiatric wards for childhood and adolescence are dedicated to neurological and psychiatric problems, but the increase in recent years of interventions dedicated to patients suffering from psychiatric disorders in developmental age, and of hospital admissions for acute cases, highlights the limited resources and availability for inpatiens on the national territory. The opening of 2 new departments in Lombardy fills only in part the need for places for minors who require emergency wards. The indication for psychiatric hospitalization concerns above all adolescents who have a suicidal risk due to attempts made, psychotic disorders, mood disorders, behavioral disorders, severe eating disorders, personality disorders. The methods of management of some problems are presented, in particular psychomotor agitation with aggressiveness, and some critical issues are discussed: the containment, the dimissibility, the difficulties of sending to post-acute interventions, both to territorial programs and to insertion in therapeutic community.

Key words: Inpatients, Adolescents, Psychiatric disorders

INTRODUZIONE

Il ricovero ospedaliero in reparti di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza (NPIA) ha diverse indicazioni, prevalentemente la diagnosi e cura dei disturbi neurologici e psichiatrici in acuzie, ma anche delle disabilità complesse e delle malattie rare, in qualche realtà anche in ottica riabilitativa.

La richiesta più pressante negli ultimi anni riguarda tuttavia i disturbi psichiatrici in adolescenza, e le criticità del ricovero in acuzie, temi che sono l'oggetto di questa riflessione. L'appello per la Neuropsichiatria della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) del 2016 [1] ricorda che nel 2015 "si è registrato un aumento massiccio dei disturbi psichiatrici in adolescenza (in costante aumento: + 21% degli

CORRISPONDENZA

Giorgio Rossi, Ospedale Del Ponte, piazza Biroldi, 21100 Varese - Tel. +39 0332 299352 - E-mail: giorgio.rossi@asst-settelaghi.it

accessi in Pronto Soccorso (PS), + 28% dei ricoveri in un anno) ed un generale importante aumento del disagio sociale". Ancora l'appello della SINPIA ricorda che "in relazione al ricovero, a differenza di quanto avvenuto per altre discipline, si è già determinato negli anni un significativo sottodimensionamento del numero di letti di ricovero ordinario per gli utenti con disturbi neuropsichici in età evolutiva, sia a livello nazionale che regionale". "Si è erroneamente ritenuto che in alcune situazioni si possa fare a meno del ricovero ospedaliero per le patologie neuropsichiche dell'età evolutiva, o che si possano sempre utilizzare letti di specialità diverse dalla NPIA. Esistono invece moltissime situazioni nelle quali il ricovero ordinario, generalmente breve, è indispensabile per fini diagnostici e/o terapeutici e richiede competenze specialistiche che possono essere gestite solo nell'ambito di reparti NPIA" "solo un terzo dei ricoveri ordinari riescono ad avvenire in reparto di neuropsichiatria infanzia e adolescenza, mentre gli altri avvengono in reparti non adatti, compresi quelli psichiatrici per adulti, con il rischio di percorsi di cura inefficienti e inefficaci, e di cronicizzazione". L'apertura dei reparti di Varese e Milano copre solo parzialmente il bisogno.
Considerata l'esperienza precedente e attuale dei reparti di NPIA, sarebbe necessario che nei criteri di accreditamento per la costruzione e l'apertura risultasse prevista la divisione in due ali funzionalmente distinte per adolescenti psichiatrici da un lato e bambini e casi neurologici dall'altro; che fosse prevista in fase di costruzione la cura della sicurezza strutturale degli ambienti: vetri antisfondamento, porte che impediscano la fuga, arredi leggeri oltre che ignifughi, pensati per evitare agiti autolesivi o eterolesivi (specchi, docce, sanitari, porte, tavoli sedie, armadi, quadri elettrici, con pannelli infrangibili e antieffrazione), sistemi antiincendio a prova di misuso (estintori a disposizione del personale, lance chiuse, pulsanti antipanico di apertura posti in luoghi sicuri a disposizione del personale e non dei ragazzi, eccetera), sistemi di videosorveglianza dei luoghi di accesso e almeno di alcune stanze, almeno due stanze singole con arredi imbullonati, eventuale "camera morbida" (eventuale perché più difficile da ottenere). Per il personale dovrebbe essere ottenuto un livello infermieristico di alta assistenza e non media, dato l'impegno assistenziale richiesto.

LA REALTÀ DEL REPARTO E DEL SERVIZIO TERRITORIALE NPIA DI VARESE

Il reparto è aperto dal 1 ottobre 2018. La struttura di Degenza di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza è dotata di 10 posti letto per le degenze ordinarie, distribuiti su 4 camere singole e 3 doppie, e 2 posti letto di DH, in camera doppia. Le infermiere svolgono la loro attività a partire dal ring centrale, con predisposta videosorveglianza dei corridoi e di due stanze di degenza. Sono presenti 3 locali per prestazioni mediche o psicologiche, una sala giochi e soggiorno polifunzionale, una cucina-tisaneria. Il reparto è organizzato per dare risposta alle urgenze psichiatriche (soprattutto tentativi di suicidio, psicosi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi del comportamento) e neurologiche (epilessia, malattie dell'encefalo e del sistema nervoso periferico), oltre ai casi neurologici e psichiatrici che necessitino di ricoveri diagnostico/terapeutici d'elezione per loro complessità. Sul reparto sono attivi oltre al Direttore 10 NPI, con guardia attiva h 24 sul reparto, sul punto di pronto intervento pediatrico (prossimo PS), sui reparti del Del Ponte e con consulenza sull'Ospedale di Circolo. Tutti i medici svolgono anche attività ambulatoriale territoriale e post-acuzie per i pazienti ricoverati. 3 psicologhe sono dedicate all'attività diagnostica e di sostegno psicologico sui degenti. Le infermiere sono 2 per turno, una operatrice socio sanitaria (OSS) le affianca durante il giorno. È disponibile attività educativa ed occupazionale svolta da personale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) (una educatrice), da personale su progetto regionale dedicato all'urgenza in adolescenza e dai volontari del Ponte del Sorriso. Il Del Ponte è sede anche di Scuola di Specialità in NPI, con offerta formativa congiunta dell'Università dell'Insubria, dell'Università di Brescia e dell'Università Milano Bicocca. È presente un servizio di elettroencefalografia ed epilettologia. Sono attivi 4 poli territoriali. È operativa una struttura semplice di riabilitazione e una struttura semplice dedicata ai disturbi dell'apprendimento.

ATTIVITÀ SUI PS

Dal 1 ottobre 2018 al 30 settembre 2019 sono effettuati al Punto di Primo Itervento Pediatrico (PPIP) del Del Ponte 923 accessi per acuzie psichiatriche (28 codici rossi, 486 gialli, 404 verdi e 5 bianchi, diversi pazienti hanno effettuato più di un accesso, dato non valutato), le consulenze NPI sul PPIP sono state 780, le consulenze in Pediatria 380, in TIN 41, su altri reparti/PS Ospedale di Circolo 45.
Degli accessi in PPIP o PS degli Ospedali del Territorio Insubria (Varese e Como), 55 sono stati ricoverati in urgenza, 12 accolti in pediatria, 2 in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), e trasferiti entro massimo 4 giorni in NPIA. Uno dei due pazienti è stato accolto in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) in SPDC di altra ASST dell'Insubria, a causa della sua opposizione aggressiva al ricovero, con i genitori consenzienti, TSO sciolto al suo scadere dopo l'arrivo in NPIA. Nessun

paziente di Varese è stato dimesso da SPDC o altro reparto per acuzie psichiatrica, tutti sono stati trasferiti in NPIA.
245 soggetti sono stati dimessi dal PPIP, 190 pazienti presi in carico psicoterapeutica, di sostegno e/o farmacologica.

ATTIVITÀ DEL REPARTO

Nei primi 8 mesi di attività, sono stati ricoverati 135 pazienti, con una degenza media di 18, 54 giorni: elevata rispetto ai criteri dei *diagnosis-related group* (DRG), ma influenzata dalle prescrizioni di indimissibilità da parte del Tribunale per i Minorenni, dall'impossibilità di un collocamento post-ricovero, per inadeguatezza dei sistemi familiari o decadimento della potestà, o mancata accoglienza da parte di comunità, o da necessità cliniche, come l'attesa di efficacia di antidepressivi e del litio per pazienti suicidari, o degli antipsicotici per i pazienti psicotici più gravi, o per il raggiungimento di un *body mass index* (BMI) accettabile per le pazienti anoressiche (tra 15 e 16). Il *case mix* vede al primo posto i disturbi di personalità e del controllo degli impulsi (34 casi), che hanno la degenza media più alta (31 giorni).
L'orientamento diagnostico viene acquisito sulla base del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Quinta edizione* (DSM-5), con l'integrazione parziale del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM-2), sull'uso dei test proiettivi e di *rating scales*. Il sostegno o l'intervento psicoterapeutico breve è prevalentemente su base psicodinamica, ma viene svolto anche un intervento di gruppo settimanale di tipo cognitivo, psico-educativo per il potenziamento dell'efficacia interpersonale e della regolazione emotiva, e interventi psicoeducativi individuali. La presa in carico post-ricovero può prevedere un intervento psicodinamico, cognitivo o di terapia familiare.
La gestione dei disturbi e comportamenti problematici in reparto è orientata da Percorsi Diagnostici e Terapeutici Aziendali, il più frequentemente utilizzato dedicato in particolare alla agitazione psicomotoria, con riferimento al percorso redatto nel 2012 [2].

Agitazione psicomotoria

In generale e rispetto alla prevenzione dell'*escalation* a comportamenti violenti il *background*, la direzione ricercata e gli obiettivi sono: formazione continua, sviluppo del gruppo di lavoro, favorire la comprensione e il miglioramento delle dinamiche tra operatori e tra operatori-pazienti-familiari, evitare il *burn-out*. Il personale partecipa alle periodiche riunioni sui casi (mensili), oltre ai 2 *briefing* quotidiani e agli incontri periodici con psicologa dedicati all'elaborazione delle dinamiche tra pazienti e operatori e tra operatori. Viene ricercata e richiamata la necessità del mantenimento di un clima positivo, accogliente, calmo. Compatibilmente con le condizioni cliniche, i pazienti vanno coinvolti nelle attività ricreative organizzate in reparto. La valutazione del rischio e del livello di agitazione viene effettuata con le scale Broset e *Modified-Overt Aggression Scale* (M-OAS), come previsto anche nei Gruppi di Approfondimento Tecnico (GAT) dedicati, del 2018 [3 4].
Nel corso del primo anno di attività, gli interventi di de-escalation sono stati pluriquotidiani e di diverso livello, ma sono stati effettuati almeno 165 interventi di *de-escalation* per agiti aggressivi minori su persone od oggetti, con 325 interventi farmacologici per os (per ansia, agitazione, irritabilità, aggressività verbale, minacce) e 240 interventi farmacologici in muscolo (l'atteggiamento del personale in direzione della *de-escalation* viene sempre mantenuto, ma quando l'aggressività a persone od oggetti ha superato il punto di non ritorno ed è giudicata non più contenibile con la *de-escalation*, si procede con la terapia parenterale).

Terapia farmacologica

La gestione dei casi di agitazione/aggressività che richiedono intervento immediato comportano una prima fase di somministrazione parenterale, generalmente intramuscolare (im). Si suggerisce il ricorso ad uno spettro limitato di farmaci, possibilmente *label,* con cui i prescrittori abbiano acquisito familiarità. Per la posologia e le modalità di somministrazione si fa riferimento alla scheda tecnica, come risultante da CODIFA. Per la rapidità di raggiungimento del picco ematico, pur considerando una maggior durata d'azione rispetto al lorazepam, prima scelta è delorazepam (En) IM/EV *label* in e.e., fl da 2 mg: 0,02-0,05 mg/kg. Da 1 a 6 mg (indicato salire di 2 mg ogni 2 ore). Midazolam: *off label* per indicazione*, label* per età: EV/IN/IM 0,08-0,2 mg/kg (sino a 0,3 mg/kg dose di carico prevista per sedazione in terapia intensiva per minori tra 1 e 15 anni e per ultra 15enni e adulti); prima scelta in caso di necessità di sedazione rapida per agitazione grave (punteggio 6 alla Scala Broset o aggressione a persone od oggetti); prima scelta in caso di paziente aggressivo di importante forza fisica.
Nei casi di grave agitazione/aggressività con necessità di effetto sedativo più rapido, prevederne l'utilizzo ev o in se le condizioni del paziente lo consentono (per esempio se catetere venoso fosse già posizionato, o se il personale valutasse di essere in grado di procedere per la somministrazione ev o in) per il contenimento della aggressività. Il midazolam deve essere gestito in collaborazione con l'anestesista, per il rischio di sedazione respiratoria; il medico di reparto può comunque somministrarlo in attesa del suo arrivo. Nei casi di

agitazione intensa, o di psicosi con agitazione/rifiuto terapia per os, si associano alle benzodiazepine (BDZ) neurolettici IM, prima scelta clorpromazina (IM/EV; fl 50 mg: 1⁄2 - 1 fl.), perché *label in età evolutiva*: anche per le "*psicosi tossiche (amfetamine lsd, cocaina etc.)*". Associare o far seguire a somministrazione di BDZ in caso di quadri di psicosi con o senza agitazione, anche di natura tossica.
Per quanto abbondantemente utilizzata per la sedazione nei protocolli degli anestesisti, viene stigmatizzato l'uso della ketamina nei pazienti della NPIA: può indurre psicosi, da piuttosto regolarmente esperienze dissociative, può indurre la ricerca successiva della stessa a scopo voluttuario, senza contare che se l'ingresso in reparto è recente, bisogna escludere che il soggetto l'abbia già assunta, per il rischio di overdose (rischio ancora maggiore in PS con pazienti agitati).

La contenzione

Data la delicatezza dell'argomento, gli viene dedicato più spazio, anche se la pratica della contenzione non è certo il fulcro di un intervento ospedaliero. Già il documento della Conferenza delle Regioni del 2010 [5] ha trattato esplicitamente il tema della contenzione meccanica in età evolutiva, ripreso anche nel GAT di Regione Lombardia del 2018 [3], con la sottolineatura di quanto esso sia ancora più critico che nell'età adulta per le specificità connesse a tale fase della vita sia dal punto di vista dello sviluppo che normativo e della imprescindibile attenzione alla tutela dei diritti del minore. La contenzione fisica, nelle urgenze psichiatriche in età evolutiva deve essere considerata procedura eccezionale ancor più che nell'adulto: pertanto non solo necessita di essere attentamente valutata dal punto di vista delle indicazioni – e per quanto possibile prevenuta – ma anche di essere attentamente e intensamente monitorata nella eventuale applicazione, a mio giudizio ancor più di quanto avviene nell'ambito della psichiatria dell'adulto.
La contenzione è prevista come misura estrema, quando le altre misure di contenimento non sono risultate sufficienti, ed il paziente presenta un elevato grado di agitazione psicomotoria e di pericolosità, per sé e/o per gli altri; la aggressione/distruzione di oggetti si considera grave per i possibili danni a sé e/o agli altri, e la probabilità di passaggio alla aggressione alle persone. La contenzione non è un atto terapeutico, ma va inserito in una cornice terapeutica : l'atteggiamento mentale della *de-escalation* va mantenuto, la relazione con il paziente va salvaguardata (e chi ha un ruolo diagnostico-terapeutico non partecipa alla contenzione, può partecipare alla tranquillizzazione preventiva e successiva alla contenzione); il paziente viene rispettato. La procedura è validata dalle Direzioni della ASST. Sono previste note informative per i familiari, così come il loro assenso o dissenso, fermo restando che se si procede alla contenzione si valuta lo stato di necessità (art. 54 c.p.). Appena possibile e successivamente nella riunione mensile di formazione sul campo viene attuato un incontro di *debriefing* con gli operatori coinvolti e con il personale presente alla formazione. Più eventi formativi all'anno sono dedicati all'argomento prevenzione e gestione dell'agitazione psicomotoria, oltre che della contenzione. Il Registro della contenzione viene trasmesso alla Agenzia di Tutela della Salute (ATS) in formato WORD (numero contenzioni, motivo, TSO, danni a persone o cose, durata).
Nel primo anno di attività del reparto, la contenzione meccanica è stata utilizzata 12 volte, in tutti i casi in attesa di efficacia della terapia farmacologica somministrata, per il perdurare degli attacchi verso persone od oggetti (consideriamo in questo caso preferibile la contenzione ad una collutazione fisica prolungata, a maggior rischio di infortuni del minore e/o del personale, con eventuali vissuti del paziente di relazione di lotta, o anche di erotizzazione, o eventuale rivissuto di maltrattamenti fisici o abusi sessuali, a mio giudizio più probabile in una lotta che in una contenzione). La durata minima della contenzione è stata di 30', la massima di 2 ore. In una occasione è avvenuta con la collaborazione della polizia. In nessuno caso di notte. Un membro dello staff deve essere sempre presente a fianco del paziente durante la contenzione. Se il paziente si addormenta per la sedazione, viene applicato saturimetro.

Umanizzazione delle cure

Deve fare da trama di fondo per la vita di reparto, per il benessere di tutti e per il completamento e supporto degli interventi più tecnici e validati. Per questo viene data importanza ed attenzione al clima emotivo, che va continuamente ristabilito in direzione positiva, cosa non semplice in un luogo in cui il discontrollo e le difficoltà di regolazione delle emozioni sono continue. Sono attivati quindi non solo a scopo occupazionale, ma anche di regolazione emozionale, attività di teatro, pittura, arteterapia, arpa, musica, yoga, *mindfulness* (limitata), gioco.

Criticità

Nonostante l'impegno ad evitarli o gestirli diversamente, diversi sono gli elementi critici con cui chi lavora in un reparto NPIA deve confrontarsi. Innanzitutto la scarsità di posti letto disponibili. La violenza di alcune condotte degli adolescenti, cui sono dedicate linee guida *del National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) [6]: soltanto per gli eventi avversi segnalati (in realtà non tutti gli eventi sono segnalati), si sono rilevati 2 casi di violenza su altro paziente, 16 casi di violenza su operatore, 2 tentativi di suicidio in reparto, diversi casi

di aggressività/distruzione di oggetti. Eventi avversi o *near miss* sono anche 20 episodi di fuga/tentativo di fuga. Il totale della segnalazioni è oltre un terzo di tutte le segnalazioni dell'intero ospedale. Rispetto alla violenza, rimane da definire il ruolo del ricovero nei casi di disturbi della condotta calloso anemozionali, prognosticamente antisociali/psicopatici, considerando che nel GAT dedicato del 2018 per la Psichiatria si suggerisce che le persone affette da disturbo antisociale di personalità non debbano essere ricoverate in SPDC. Considerata la violenza di alcune condotte, i rapporti con le forze dell'ordine dovrebbero essere più garantiti, se non protocollati. Rapporti con la giustizia: la prescrizione di ricovero da parte del trattamento medico (TM) contrasta con quanto atteso dallo Stato con il regime DRG, risultando diverse situazioni dimissibili solo dopo mesi, in attesa di collocazioni successive, con il rischio di iatrogenicità del ricovero prolungato; nonostante gli sforzi tecnici e di umanizzazione delle cure, la vita di reparto non è la vita quotidiana attesa per un adolescente. Fragilità del sistema post-acuzie: la capacità di organizzare prese in carico successive (e preventive) al ricovero è resa debole dalla diminuzione delle risorse disponibili e dall'aumentare delle richieste, dalla scarsa tenuta in generale delle comunità terapeutiche (ed educative). In sostanza, come descritto e scritto più volte da più parti, è la rete di interventi dedicati alle sofferenze adolescenziali (tacendo del resto) che va curata, i reparti ne costituiscono un nodo importante, ma non sufficiente a gestire la complessità.

Bibliografia

1. SINPIA. *Linee indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica età evolutiva.* 15/2/18.
2. Percorso per la Gestione dell'Agitazione Psicomotoria in Area Critica e nei Reparti di Degenza nell'adulto e in età evolutiva. *Programma di Azioni Innovative per la Salute Mentale. Regione Lombardia*. Edizione 2012. www.researchgate.com
3. Indicazioni regionali per la riduzione della contenzione meccanica nei reparti di Psichiatria e di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza lombardi. GAT 2018.
4. Procedura relativa alla esecuzione degli accertamenti sanitari obbligatori (ASO) e dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO) in ambito regionale. GAT 2018.
5. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 2010/081/Cr07/C7. *Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione.*
6. National Institute for Health and Care Excellence. *Clinical Guidelines*. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings.* London: British Psychological Society 2015.

La gestione dell'emergenza psichiatrica in età evolutiva e dei ricoveri in Pediatria nella ASST Lariana

The management of psychiatric emergency in child and adolescent, and the organization of the admissions in Pediatrics department, within the ASST Lariana

P. Conti

Direttore UOC NPIA ASST Lariana, Como

Riassunto

Obiettivi. Per far fronte all'incremento dei soggetti che accedevano in Pronto Soccorso, era stato redatto un documento finalizzato ad affrontare il fenomeno (procedura aziendale). Il documento individua il percorso della gestione del paziente psichiatrico nel Pronto Soccorso Pediatrico. Uno degli obiettivi era anche arrivare a ridurre l'accesso dei pazienti sotto i 18 anni di età in servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

Metodo. È stata creata una équipe dedicata costituita da due neuropsichiatri infantili, tre psicologi, due educatori professionali, che prestano la loro attività ordinaria presso l'ambulatorio di neuropsichiatria infantile collocato all'interno dell'ospedale.

Risultati. Negli ultimi due anni abbiamo ottenuto dei buoni risultati, infatti sono stati ricoverati nel reparto di Psichiatria solo tre pazienti e nel reparto di Pediatria circa quaranta pazienti per ciascun anno.

Conclusioni. Il lavoro quotidiano con i pediatri ha sottolineato l'importanza degli incontri di discussione caso. Il Progetto è all'inizio, ma i risultati sono positivi ed il ricorso all'ospedalizzazione è diventato uno degli strumenti di intervento.

Parole chiave: Ricoveri in pediatria, Dimissioni protette, Affiancamento educativo

Summary

Aims. *Facing the increasing amount of subjects coming to the emergency room, we wrote a document about the management of them. The document describes the psychiatric patients management in pediatric department. The final document's aim is going to reduce the presence of patients under 18Th years in the psychiatric departement.*

Methods. *Has been created an "équipe" whose component are 2 neuropsychiatrist, 3 psychologist, 2 educators; All of these operators work in the Neuropsychiatric outpatients unit in the Hospital.*

Results. *In the last two years we had positive results; in fact we had admitted in the psychiatric department only 3 patients, and in the pediatric department 40 for each year.*

Conclusion. *The daily work with pediatricians has highlighted the importance of clinical meeting. The project is just beginning. The results are positive. The hospitalization has become one of the tools of interventions.*

Key words: Admissions in pediatric department, Special dimissions, Educational intervention in hospital

Violenti, i miei 15 anni. Rudi.

La realtà picchia, entra, si piazza e fa fuori le illusioni.

"La mia storia con Mozart"

Eric-Emmanuel Schmitt

CORRISPONDENZA

Patrizia Conti, via Napoleona 60, 22100 Como - E-mail: patrizia.conti@asst-lariana

INTRODUZIONE

Di che si soffre a quindici anni? [1]
Proprio di questo: di avere quindici anni, di non essere più un bambino e di non essere ancora uomo, di nuotare in mezzo a un fiume dopo essersi lasciato una sponda alle spalle e non aver ancora raggiunto l'altra, di finire sott'acqua, bere, riaffiorare, lottare contro le minacce della corrente con un corpo nuovo che ancora non si conosce, solo, soffocato.
C'è un contenitore, un corpo che cambia e non contiene più emozioni, azioni e sentimenti in continuo tumulto; e c'è un muro alzato contro gli adulti e i clinici, contro coloro che chiedono e non intuiscono, che criticano senza indicare una via, che impongono e non ascoltano.
Questi sono i ragazzi che giungono nei Pronto Soccorso (PS) pediatrici e nei Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA) e sono in continuo aumento [2].
La rabbia e l'aggressività dei nostri pazienti in PS, le richieste di interventi immediati e di contenimenti urgenti, crea muri e incomprensioni anche tra colleghi, confusione e disorganizzazione (di chi è il paziente? Chi deve occuparsene?), mentre il ragazzo continua a ad agitarsi, a chiedere a suo modo aiuto ed i genitori attoniti ed impotenti o agitati e rivendicativi anch'essi aspettano.
Siamo in un'emergenza che riguarda pazienti, clinici, sistema di gestione e di prevenzione.
Ma cosa è l'emergenza?

- L'emergenza si manifesta con la rottura dell'equilibrio personale e sociale, ha un carattere esplicitamente relazionale, le cui radici sono nel funzionamento di tutto il nucleo familiare.
- condizione drammatica caratterizzata da *grave alterazione in acuto del pensiero, dell'umore, del comportamento, della relazione, e mette a rischio l'incolumità del soggetto o di un'altra persona*.
- La crisi si allarga all'ambiente di vita (famiglia, scuola, gruppo dei pari) che viene contaminato dai vissuti catastrofici, dagli agiti, dalle manifestazioni patologiche che non si riesce a gestire e contenere.

Il mancato incontro tra crisi e servizi di cura non consente di intervenire prima che essa si scateni.
Una volta scatenata l'emergenza si colloca all'intreccio di 3 dimensioni [3]:

- dimensione clinica, urgenza vera e propria in continuo aumento con affollamento dei PS;
- dimensione familiare in cui la famiglia diviene un sistema incapace di comprendere, gestire e contenere; un sistema in crisi esso stesso e bisognoso di intervento;
- dimensione socio ambientale e istituzionale, che ha fallito nella capacità di intercettare il disagio;

Il lavoro che descrivo ha cercato di rispondere all'emergenza tenendo conto delle tre dimensioni in essa implicate.

MATERIALI E METODO

Il punto di partenza

Nel territorio dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana vi sono tre grandi comunità terapeutiche per adolescenti per un totale di 91 posti letto di residenzialità.
Questo ha contribuito all'incremento degli accessi di minori in condizione di emergenza nei PS pediatrici e DEA e all'incremento di ricoveri impropri in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) con un notevole dispendio economico per gli affiancamenti individualizzati (nel 2016 sono stati spesi 80.000 euro). Era già attiva una procedura aziendale sulla gestione dell'emergenza psichiatrica in età evolutiva che tuttavia non rispondeva alle esigenze ed il sistema era scosso da molte criticità:

- gestione in PS inappropriata: confusione gestionale, permanenza eccessiva in PS con "disturbo" agli altri pazienti;
- aumento dei ricoveri di minori con problemi psichiatrici, senza l'attitudine a stabilizzarli in PS e dimetterli, quando possibile;
- ricoveri in SPDC inappropriati per età;
- reparti di pediatria poco attrezzati.

A fronte di questo, sono state individuate possibili risorse su cui puntare: un reparto di pediatria generale che aveva la disponibilità ad organizzare due posti letto per ricoveri di minori con problematiche neuropsichiatriche ed un servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza presente e ben radicato nella realtà ospedaliera.
Su sollecitazione della Direzione Sanitaria è stato costituito un gruppo di lavoro incaricato di rivedere la procedura in modo che divenisse realmente un indirizzo clinico organizzativo a cui riferirsi.
Il gruppo di lavoro comprende operatori di DEA, Unità Operativa Complessa (UOC) Pediatria, UOC Psichiatria, Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UOC NPIA), Direzione Assistenziale e delle Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS) per il personale del comparto.

- medici: pediatri, psichiatri, NPIA;
- psicologi;
- infermieri: di psichiatria e pediatria;
- educatori professionali.

Il percorso

La revisione ci ha impegnati per quasi un anno con incontri mensili in cui pian piano la complessità del fenomeno è stata articolata in percorsi clinici e procedure, ma è divenuta evidente l'assoluta necessità di costruire un piano formativo che accompagnasse il gruppo verso una condivisone di saperi e modelli medici a volte lontani l'uno dall'altro.

Obiettivi:

- costruzione di percorsi chiari efficaci e appropriati, età specifici, disponibili per i minori residenti nel territorio di riferimento di ASST Lariana;
- attivazione di un processo di formazione continuo e monitoraggio a supporto dell'integrazione degli interventi delle diverse discipline coinvolte;
- individuazione di spazi di accesso e ricovero idonei.

L'ASST lariana comprende due Presidi Ospedalieri (PO) ciascuno con PS pediatrico, DEA, SPDC e reparto di Pediatria. La UOC NPIA è invece unica per tutta ASST Lariana con articolazioni nei due PO.
Il PS pediatrico del *PO Sant'Antonio Abate a Cantù* è stato designato quale punto di accesso per le emergenze psichiatriche in età evolutiva e sul quel presidio è stata attivata la pronta disponibilità del medico NPIA 24/24 ore, con la turnazione di tutti i medici della UOC NPIA.
Il reparto di pediatria di Cantù, inoltre, è stato identificato come luogo dedicato al ricovero dei minori con patologia psichiatrica, *su due letti di appoggio.*
Il ricovero in SPDC, improprio per età, viene riservato ai casi non gestibili in pediatria, che vengono stabilizzati e trasferiti in pediatria.
È stata organizzata una *dimissione protetta* verso gli ambulatori di NPIA territoriale con un progetto di intervento domiciliare intensivo per il primo mese dopo il ricovero.

La procedura

La revisione della procedura, ha preso ispirazione dalle linee di indirizzo delle Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) [4] ed è l'atto formale della messa in rete dei servizi coinvolti nella gestione dei minori con manifestazioni psichiatriche, dal PS, ai reparti, alle dimissioni sul territorio; è stata licenziata dalla Direzione Sanitaria e pubblicata sul sito dell'ASST Lariana il 20 settembre 2018. Si è arrivati al punto di arrivo del percorso del gruppo allargato, ma al *punto di partenza per la realizzazione quotidiana di un processo* che vede pediatri, neuropsichiatri e psichiatri confrontarsi, scontrarsi, condividere scelte e riflettere. Luogo deputato alla discussione dei casi in *apres coup, a* "*bocce ferme*" è la formazione sul campo, che ci vede tutti insieme, lontani dall'emergenza, affrontare le incomprensioni, ascoltare le ragioni e i punti di vista l'uno dell'altro. Nella procedura, infatti, sono stati formalizzati quattro incontri all'anno di discussione casi nella formazione con Educazione Continua in Medicina (ECM).
Illustrerò rapidamente la procedura che identifica le fasi della gestione dell'emergenza, dall'accesso in PS, al triage, alla tranquillizzazione con *de-escalation*, alle indicazioni per i ricoveri, ma mi soffermerò sul lavoro della NPIA a supporto del ricovero dei nostri pazienti in pediatria.

Dal PS Pediatrico - DEA al ricovero

Il minore in stato di emergenza *arriva al PS pediatrico di Cantù*, il pediatra di guardia chiama il medico NPIA di pronta disponibilità, che arriva in PS e valuta se stabilizzare il minore e dimetterlo o ricoverarlo in pediatria, sempre in accordo con pediatra di guardia.
Se il minore *arriva nel PS pediatrico dell'ospedale Sant'Anna a Como* (stessa ASST) durante l'orario di servizio, viene valutato dal medico NPIA dell'ambulatorio intraospedaliero. Negli altri orari viene valutato dallo psichiatra di guardia che, se ritiene necessario ricoverarlo, trasferisce il paziente a Cantù con apposito trasporto interno.
Solo in caso il minore sia in stato di grave scompenso, non è collaborante ed ha più di 16 anni, viene temporaneamente ricoverato nel *SPDC dell'Ospedale Sant'Anna a Como*, con affiancamento individualizzato e appena possibile trasferito in pediatria a Cantù.

Il ricovero in pediatria

La gestione dei minori nel P.S e nel reparto di pediatria di Cantù, rappresenta Il fulcro organizzativo della procedura, per cui è stata posta particolare attenzione nel definire un modello di lavoro efficace allargato alle professionalità più idonee a realizzarlo.
Sono stati individuati dei "paletti", atti a organizzare/contenere gli accessi.

- Il ricovero è dedicato solo a minori *residenti* nell'area di competenza di ASST Lariana.
- i minori di altre zone che accedono in PS vengono stabilizzati in regime di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e *trasferiti negli ospedali della ASST di appartenenza*.
- I minori non accompagnati devono essere affiancati 24 h/24:
  a. *un educatore professionale* è stato trasferito dalla psichiatria alla NPIA per incrementare il pool di educatori che affiancano il minore al mattino dalle *10.00 alle 14.00 dal lunedì al venerdì*. Effettuano un lavoro di osservazione, maternage in reparto;
  b. per l'affiancamento in tutte le altre ore, la notte ed il fine settimana è stata formalizzata una convezione con una *cooperativa di* operatori socio-sanitari (*OSS).*
- All'interno dell'ambulatorio di NPIA, collocato dentro il PO Sant'Antonio Abate di Cantù, è stata costituita *un'équipe dedicata* (Tab. I) alla gestione dei minori ricoverati nel reparto di pediatria, che porta avanti comunque anche la normale attività del polo territoriale. Si tratta dell'équipe formata sull'adolescenza che garantisce anche la *dimissione protetta e la continuità di cura tra ospedale e territorio.*

Tab. I. L'équipe della NPIA dedicata ai ricoveri in pediatria.

Gli operatori lavorano in ambulatorio NPIA ed intervengono solo se vi sono ricoveri
2 NPIA, strutturati
3 psicologi, sul progetto emergenza urgenza
2 educatori, strutturati
I minori che accedono in PS non in codice giallo/rosso, vengono inviati in ambulatorio con richiesta urgente e visti in regime ambulatoriale anche lo stesso giorno

L'intervento dell'équipe dedicata all'adolescenza della NPIA tra ospedale e territorio

Nelle precedenti esperienze su minori ricoverati in pediatria, avevamo verificato che gli interventi in consulenza risultavano poco efficaci per:

- gestire il paziente con continuità;
- contenere le preoccupazioni degli operatori del reparto rispetto agli agiti;
- costruire un gruppo di lavoro allargato che attraverso la formazione in itinere sulla gestione quotidiana dei casi potesse maturare linguaggi condivisi, fiducia reciproca, collaborazione, tolleranza;
- ordinare i rapporti tra pediatria e NPIA e renderli fruibili ed efficaci.

Il *gruppo di lavoro* dedicato al reparto e all'adolescenza, è formato da 2 NPIA, 3 psicologi, 2 educatori. Gli altri 2 medici NPIA del Polo Territoriale, in caso di bisogno, intervengono a sostegno del gruppo.
L'obiettivo dell'intervento durante la degenza, definito e condiviso con i pediatri, è la gestione, dell'evento critico che ha portato al ricovero, sia su minori noti, che sconosciuti.
Il lavoro dell'équipe, quindi, non è volto alla valutazione psicodiagnostica che verrà effettuata alle dimissioni in regime ambulatoriale. È prioritaria la gestione delle condizioni cliniche che hanno determinato lo stato di emergenza, sia che si tratti di scompenso psicotico, che comportamentale con discontrollo dell'impulsività, che di ideazione suicidaria che di malnutrizione in pazienti con disturbo della condotta alimentare. Il ricovero è l'ultimo atto di un evento traumatico per la famiglia, è una interruzione burrascosa dei ritmi quotidiani ed è su questo che vertono colloqui, interventi farmacologici e osservazioni educative, sulla narrazione degli eventi, sulla ricostruzione di legami con ciò che li ha generati, su possibili progetti di cura futuri. Durante il ricovero vengono poste le basi per la dimissione protetta e per la successiva presa in carico, e per la riattivazione del progetto di vita possibile [5 6].
Ma ritorniamo all'inizio, quando il minore viene ricoverato, Il primo contatto non è necessariamente con il medico NPIA, (occupato in ambulatorio) ma con uno dei componenti dell'équipe, quello in quel momento disponibile, che si fa portavoce delle problematiche con il NPIA e gli altri e nel giro di 24 ore viene definito il progetto per il ricovero.
Vengono dettagliati in cartella giorni e orari degli interventi (osservazione educativa, colloqui con i genitori, con il minore, le richieste di esami ematochimici e strumentali, eventuali terapie farmacologiche).
La presenza dei membri dell'équipe NPIA in pediatria è comunque quotidiana, con scambi frequenti sulla gestione, sulle criticità rispetto agli altri pazienti, sulla condivisione dei differenti punti di vista etc. Un grande aiuto alla ricomposizione delle incomprensioni è la presenza in reparto dell'educatore, figura "cerniera" tra NPIA e pediatria, che riesce a dare risposte alle richieste e perplessità e alle situazioni di "emergenza" durante il ricovero.
L'intervento dell'équipe NPIA è anche garanzia della continuità assistenziale e di cura tra ospedale e territorio (Tab. II).

DISCUSSIONE

Nel lavoro di quasi 2 anni si è costruito un rapporto di fiducia reciproco, il paziente non è più guardato attraverso l'etichetta diagnostica "è uno psichiatrico", ma attraverso l'ascolto dei suoi racconti, e la lettura dei significati dei gesti e delle manifestazioni all'interno di una storia di vita.
L'ambiente così è diventato più protetto, non per le sbarre alle finestre, ma per le buone relazioni e l'attenzione spontaneo che infermieri e medici prestano ai ragazzi; una protezione data dall'ambiente sufficientemente buono, che gestisce al suo interno ansie e preoccupazioni senza farle pesare ai pazienti.
Perché l'ambiente rimanga "sufficientemente buono" l'équipe deve avere spazi per elaborare la paura, la rabbia, le incomprensioni e rendere vitalizzanti gli interventi sui minori e le relazioni tra operatori. I quattro incontri all'anno di discussione casi, con ECM, sono stati integrati al bisogno da riunioni in reparto.
Contrariamente a quanto ci si aspettava, sempre meno

Tab. II. Intervento dell'équipe di NPIA in Pediatria.

Diagnosi, gestione evento critico, attivazione presa in cura territoriale, prevenzione di ulteriori accessi in PS/DEA
Definizione di un progetto di dimissione protetta o territoriale classico
Confronto *quotidiano* con i medici pediatri (NPIA/psicologhe)
Supporto *quotidiano* al personale infermieristico (educatore/psicologhe)
Interventi *immediati* in reparto in situazioni di emergenza (il primo operatore dell'équipe disponibile)

le incomprensioni sono incentrate sulla gestione degli agiti, che vengono contenuti attraverso la relazione di *maternage* che gli infermieri del reparto per loro formazione tendono ad attuare, e se necessario con i farmaci. Vengono gestiti pazienti borderline con ideazione suicidaria, agiti aggressivi e anoressie anche gravi, perché nella tranquillità del reparto di pediatria prendono il sopravvento "le spinte regressive" e i ragazzi godono del "rifornimento affettivo" che spesso è a loro mancato.
Negli incontri sui casi è stato possibile così mettere a fuoco le tematiche che creavano tensioni e rifletterci insieme per superare le incomprensioni (Tab. III).

Perché il paziente viene ricoverato? Quale il progetto dell'intervento in pediatria

È emersa la necessità di infermieri e medici di essere maggiormente coinvolti nella storia del minore e della sua famiglia, di capire le motivazioni del ricovero ed i progetti futuri; i pazienti sono sempre più del reparto e non della NPIA. È nato il desiderio di conoscerli e di avvicinarsi, di raccontare episodi e sensazioni e partecipare agli interventi. Molti colloqui con genitori e pazienti sono stati fatti a quattro mani con pediatra e neuropsichiatria. Sono sorti tanti perché: perché non va a scuola? perché non mangia? perché si arrabbia? perché si taglia? e sono nate tante possibili risposte. Non è stato facile conciliare le risposte e la curiosità con il rispetto della privacy, imparare l'utilità di *mantenere una "distanza" emotiva senza essere freddi, tollerare le oscillazioni dei nostri pazienti* (ieri lo ho fatto oggi no, allora gli sono antipatico).

Il concetto di guarigione

La dimissione non coincide mai con la guarigione, un punto su cui è stato necessario lavorare a lungo. In pediatria un minore arriva con una malattia, viene somministrata la terapia e guarisce.
Nella malattia psichica la guarigione che non è la *restitutio ad integrum*, ma è il miglior adattamento possibile alla realtà, è uno stato mutevole nel tempo e legato alle caratteristiche del soggetto. L'adattamento di un ragazzino con disturbo borderline di personalità è differente da quello con disturbo della condotta alimentare o con ritiro depressivo grave. Il ricovero allora ha la funzione di gestire la crisi, rivedere la terapia farmacologica, offrire un intervento a maggiore intensità di cura o più protettivo, per poter continuare il trattamento ambulatoriale e in comunità o centro diurno.
Il primario pediatria ha osservato che Il ricovero è come la somministrazione dell'antibiotico in bolo a cui deve seguire il trattamento stabile fino alla terapia di mantenimento.

Tab. III. Criticità nel lavoro condiviso NPIA Pediatria.

Negli incontri di discussione casi abbiamo individuati gli elementi di distanza ed incomprensioni
Perché il paziente è ricoverato? Quale il progetto durante il ricovero?
Quale il ruolo e l'intervento di pediatri ed infermieri?
La gestione delle regole è difficile se troppo rigide
Il tempo del ricovero e della cura può essere imprevedibile
La guarigione che non è *restitutio ad integrum*

Il concetto di tempo della cura

I nostri pazienti hanno bisogno di più tempo degli altri, e pian piano stiamo riuscendo a calibrare il tempo del paziente e quello del reparto. I tempi delle risposte ai farmaci o al contenimento delle ideazioni suicidarie o alla normalizzazione dei parametri ematochimici nei pazienti con disturbi della condotta alimentare, non sono prevedibili. Ma l'attesa è cura, è accompagnare minore e genitori verso la stabilizzazione. L'attesa è anche il tempo per rimodulare gli interventi, se serve. La crisi depressiva con tentato suicidio è reattiva, oppure è l'esordio di un disturbo bipolare? Le manifestazioni di sfiducia per i pazienti che restano immobili, es. il disturbo del comportamento alimentare (DCA) che non prende peso, evocavano la ricerca di un reparto più specializzato.
Gradualmente abbiamo aperto nuove chiavi di lettura e la cultura del cercare il senso degli "empasse" e la loro motivazione è diventata patrimonio dell'équipe e spesso è stato l'OSS o il medico o l'educatore a indicarla.

La gestione delle regole in reparto

Da un decalogo di regole fisse lette al momento del ricovero (ha bisogno di regole è maleducato) si è passati ad una cultura di maggiore elasticità, modulata sul paziente. (Era in ansia per la telefonata della madre e l'ho fatto fumare).

Le dimissioni protette

È un progetto di cura intensivo garantito dalla NPIA nel primo mese di rientro a casa con interventi domiciliari e prestazioni plurisettimanali in ambulatorio erogate dall'équipe che lavora in ospedale e sull'adolescenza. Questo ha consentito di ridurre i tempi di ricovero (Tabb. IV-V).

CONCLUSIONI

La determinazione nel ridurre i ricoveri in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e realizzare, all'interno dell'ASST Lariana, un luogo più adatto ai minori con problemi neuropsichiatrici ha trovato nell'attivazione delle procedura aziendale e nel processo di ricovero nel reparto di pediatria dell'Ospedale di Cantù una risposta soddisfacente.
La spinta fondamentale è stata *l'interesse del primario*

Tab. IV. Qualche dato.

Si è verificata riduzione dei ricoveri in SPDC
2016
SPDC 28 pz 338 giornate degenza
Pediatria 15 pz 144 giornate degenza
2017
SPDC 19 pz 87 giornate degenza
pediatria 37 pz 223 giornate degenza
2018
SPDC 5 pz 92 giornate degenza
Pediatria 47 pz 244 giornate degenza

Tab. V. Dimissioni protette.

Sono aumentati i progetti di dimissioni protette
2018 2019
3 minori 7 minori

Pediatria che sin dalla partenza del progetto ci ha creduto molto, continua a sostenerlo e ne parla come fonte di crescita e anche di divertimento. Nell'ultima riunione insieme alla capo sala ci ha detto che sta imparando nuove competenze, che sta maturato nuove capacità di controllo e di gestione dei pazienti.
Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) ha garantito gli strumenti necessari per la realizzazione del progetto attraverso l'incremento del personale, la gestione dei rapporti con le Direzioni, il ricovero in SPDC, e la supervisione sui casi negli incontri trimestrali.
La presenza *dell'ambulatorio di NPIA all'interno dell'ospedale,* ha favorito la presenza quotidiana sui cari ricoverati, in assenza di personale della neuropsichiatria assegnato al reparto.
Il ricovero dei minori con problemi psichiatrici su letti di appoggio nel reparto di pediatria dell'ospedale territoriale, ha comportato un intenso lavoro di supporto e integrazione dell'équipe della NPIA con i medici e gli infermieri della pediatria.
Gli interventi di consulenza non sono sufficienti perché non favoriscono la reale integrazione di saperi e la maturazione di un équipe di lavoro con una cultura condivisa.
Dalla nostra esperienza sono necessari:

- l'interesse del primario pediatra e della direzione sanitaria;
- il coinvolgimento di una équipe della NPIA che oltre al medico NPIA comprenda psicologi ed educatori;
- riunioni di discussione casi di almeno due ore a cadenza trimestrale;
- se possibile supervisione.

È un'esperienza positiva con molti vantaggi:

- su pazienti sconosciuti il ricovero diventa il primo passaggio per la presa in carico attraverso la dimissione protetta;
- su pazienti noti è un intervento all'interno della presa in carico in cui assicurare un ambiente più protetto ed una maggiore intensità di cura in periodi di scompenso, oppure, se ci riusciamo, per evitare che la crisi si verifichi;
- garantisce la continuità della presa in carico.

L'ospedalizzazione diventa uno degli strumenti di cura che la UOC NPIA può offrire nel percorso di presa in carico.
La realizzazione di questo progetto, isorisorse per ASST, è stata:

- un elemento di attenzione e cura per il paziente e la sua famiglia;
- un'occasione di maturazione professionale per gli operatori di tutte le discipline coinvolte;
- un'opportunità di crescita per l'équipe allargata in cui imparare gli uni dagli altri per arrivare ad un modello culturale e di lavoro innovativo.

Bibliografia

1 Schmitt EE. *La mia storia con Mozart.* Roma, Edizioni E/O 2005.

2 Rigon A, Gasparotto E, Grandi L, et al. *Emergenze psichiatriche in età adolescenziale: studio comparativo tra soggetti italiani e stranieri.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2018;38:14-7.

3 Zilli L, Traverso A, Toffoli E, et al. *La gestione dell'emergenza psichiatrica: l'esperienza ospedaliera dell'Unità di Psichiatria Infantile di Padova.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2017;37:185-9.

4 Costa S, Farruggia R, Guccione F. *Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva.* Giornale di Neuropsichiatria e dell'Età Evolutiva 2018;38:57-72.

5 Bonfiglio B. *Psicoanalisi e urgenze psichiatriche.* Rivista di Psicoanalisi 2016;2:419-34.

6 Chiari P. *Inconssci che si incontrano: l'esperienza psicoanalitica in situazioni di crisi.* In: Bastianini T, Ferruta A, a cura di. *La cura psicoanalitica contemporanea.* Roma: Giovanni Fioriti Ed. 2018.

Giornale di NEUROPSICHIATRIA dell'ETÀ EVOLUTIVA 2019;39:166-175

La comunità terapeutica per adolescenti nella filiera dei bisogni: l'esperienza trentina

The therapeutic community for teenagers in the industry of needs: the Trento experience

M. Agrimi, S. Calzolari

UONPI territoriale, APSS, Trento

Riassunto

Nel tentativo di strutturare risposte sempre più pertinenti alla sofferenza psichica adolescenziale, il presente lavoro vuole descrivere come, nel territorio della Provincia Autonoma di Trento, a partire da una programmazione politico-sanitaria dedicata alla fragilità in età evolutiva, si è dato avvio alla costituzione di una filiera di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari rispondenti ai bisogni emergenti della nuova "psicopatologia" adolescenziale. La cornice metodologica è rappresentata dalla necessità di costruire modelli di intervento tempestivi, flessibili e personalizzati, integrati già dalla fase dell'acuzie, col successivo progetto terapeutico, di presa in carico territoriale, quest'ultimo comprendente anche il passaggio attraverso un progetto di residenzialità e valenza terapeutica.

Parole chiave: Adolescenza, Comunità terapeutica, Organizzazione dei servizi

Summary

In attempt to formulate answers more relevant to the mental suffering of adolescents, the present work tries to describe how, starting from a political-sanitary organization dedicated to the fragility of the evolutive age, an industry of local sanitary and social-sanitary services has been constituted in the territory of the autonomous province of Trento, in order to answer the emerging needs of the new teenaged "psychopathology". The methodological framework is represented by the need to construct working models of this type of quick response therapy that are flexible and can be personalized and furthermore incorporated at an early stage with a subsequent therapy project at a local level, which consists of a territorial acceptance, but also a transition through both a residential project and a therapeutic significance.

Key words: Adolescence, Therapeutic community, Services organization

Ogni cambiamento psichico si confronta, in qualunque periodo della vita, con rinunce e perdite; si accompagna ad una varietà di affetti intrecciati, anche contraddittori (angoscia, senso di vuoto, nostalgia, impotenza, accanto ad un senso di liberazione e conquista) ed esige un lavoro elaborativo, non esente da interruzioni, sospensioni, ritorni all'indietro.

L'adolescenza, più che qualsiasi altra tappa del ciclo vitale, ha posto il problema della normalità e della patologia. Infatti questa fase evolutiva ha da sempre evocato i temi della discontinuità, della rottura, dell'incertezza esistenziale e della separazione. L'eco di questa incertezza è rilevabile anche all'interno della storia della neuropsichiatria infantile, nel continuo accostamento e confronto tra processo adolescenziale e problematiche psicopatologiche.

All'interno del dibattito teorico e clinico la specificità del processo evolutivo in atto ha spinto alcuni autori a considerare l'adolescenza come un **tempo psicotico "fisiologico"**, momento che dovrà integrare "normalmente" un vissuto simile alle psicosi; al fianco di questa concezione altri autori ritengono che l'equazione adolescenza-patologia non sia più sostenibile e si interrogano, davanti alla frequenza degli esordi psicotici in questo periodo della vita, sulla possibilità che la crisi dell'adolescenza possa funzionare da ***trigger*** **rispetto allo scompenso psicotico**.

CORRISPONDENZA

Michela Agrimi, via Milano 49, 38122 Trento - E-mail: michela.agrimi@apss.tn.it

Un elemento che accumuna i diversi orientamenti teorici e l'esperienza nella pratica clinica vede nell'adolescente problematico un individuo il cui sviluppo precedente non gli ha permesso la strutturazione di un IO sufficientemente integrato; la congiunzione tra le pressioni determinate dalla reviviscenza pulsionale, dai compiti richiesti dal nuovo "status sociale", dalle aspettative imposte dalla realtà esterna, possono risultare così schiaccianti da mettere in scacco la coesione dell'apparato psichico. In queste condizioni la crisi dell'adolescenza può perdere le sue potenzialità maturative ed evolvere verso un accesso acuto (Recamier, 1986) determinato dallo stato di impreparazione e dall'incapacità dell'IO di legare un livello di istintualità accresciuta e travolgente rispetto alle risorse disponibili.
Inoltre, nei casi di patologia psicotica o borderline, in adolescenza spesso le caratteristiche di rottura con la famiglia o che la famiglia si rompa emozionalmente o concretamente sulla patologia del figlio, fa sì che questi ragazzi vengano espulsi in maniera diretta o indiretta o, in ogni caso, la famiglia diviene il luogo meno adatto per la cura.
Dunque l'area dell'adolescenza rappresenta una fase decisiva per la costruzione dell'Identità adulta e per la stabilizzazione della Personalità. Essa rappresenta una grande occasione di maturazione e di cambiamento in campo corporeo, cognitivo e affettivo, ma nello stesso tempo costituisce un periodo di rischio in quanto le vulnerabilità evidenziatesi nel corso dell'infanzia possono emergere e organizzarsi; allo stesso tempo i nuovi compiti evolutivi comportano processi di distacco dalle figure familiari dell'infanzia e crisi di sviluppo.
Tale quadro evolutivo rende complesso il riconoscimento delle situazioni di rischio e degli stessi quadri psicopatologici, che non rappresentano né il semplice proseguimento della psicopatologia infantile, né i prodromi di una psicopatologia dell'età adulta.
Gli adolescenti che non sono capaci di utilizzare il proprio apparato psichico per affrontare le angosce connesse alle trasformazioni adolescenziali, esprimono le loro difficoltà prevalentemente attraverso l'azione, utilizzando **l'ambiente come uno "spazio psichico allargato"** (Jeammet 1992).
Questi adolescenti hanno alle spalle un'infanzia contrassegnata da un ambiente con difficoltà di mentalizzazione, modalità relazionali mal funzionanti sia in senso interpersonale che intra-familiare.
Il fallimento della funzione di scudo protettivo genitoriale determina situazioni traumatiche croniche che lasciano come residuo **limiti del Sé mal funzionanti e difficoltà di autoregolazione delle emozioni**.
Pertanto, per quanto precedentemente espresso, nelle situazioni di disagio adolescenziale, è evidente come sia fondamentale considerare il "**carattere**", per così dire, "**gruppale**" della crisi: alla frattura del senso di continuità del Sè dell'adolescente, consegue in genere, il destrutturarsi del quadro famigliare e, contemporaneamente, si assiste ad un coinvolgimento dell'ambiente di vita dell'adolescente con la perdita e/o l'impossibilità di accedere ai consueti riferimenti extra-familiari (coetanei), di poter appartenere alle normali routine e consuetudini sociali (scuola, sport ecc.).
Ciò che, in un **servizio pubblico**, qualifica e rende protettiva la presa in carico di queste situazioni, è il **lungo e faticoso lavoro di "tessitura"** tra gli operatori operanti a diverso titolo sul caso, il ri/costruire quindi "legami" e "nodi" che si sono interrotti, supportando e favorendo, in una dinamica gruppale ed ecologica, un'attività di scambio e condivisione intorno al malessere presentato, andando ciò a configurarsi come il un vero e proprio **"processo" terapeutico** (al di là dei vari interventi individuali che vengono messi in atto).
Come è noto varie sono le agenzie coinvolte nella cura del minore: esse riflettono ambiti diversi, ma compatibili. Si rende necessario pertanto che gli operatori non solo siano in " rete", ma che siano in grado di costituire, di volta in volta, un **"aggregato funzionale"**, che poi, esaurita la sua funzione "curante", si sciolga.
Nel nostro lavoro con gli adolescenti sono frequenti problematiche di diverso ordine e gravità: ciò che comunque è fondamentale conoscere è la **specificità** inerente la **fenomenologia** clinica in età adolescenziale, in termini di *durata, intensità, labilità identitaria, tipologia delle manifestazioni, coinvolgimento del corpo*. Nelle zone d'ombra tra normalità e patologia, tra il "lavorio" normale di una crescita che comporta cambiamento e separazione e la presenza di un'angoscia di sviluppo che fissa modalità di funzionamento patologiche, si gioca la **possibilità dell'intervento**, che può assumere perciò una **valenza preventiva**, allorché può evitare la stabilizzazione di comportamenti e aspetti disfunzionali e patologici. La presa in carico dell'adolescente nella nostra ottica dunque, comprende il **sintomo** come compromesso, comunicazione, richiesta, con cui l'adolescente **si nasconde, ma nel contempo si rivela, sposta il problema, ma lo segnala**.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DEDICATI AL DISAGIO ADOLESCENZIALE

In ambito clinico dunque, è ormai consolidata la posizione che sostiene la *specificità del disagio e della psicopatologia adolescenziale* e che ritiene siano necessari parametri diagnostici e tecniche di intervento altrettanto specifici e sufficientemente flessibili da consentire una *valutazione* non classificatoria, ma *dinamica* del complesso processo in atto, dei suoi aspetti di

vulnerabilità, ma anche delle potenzialità trasformative in senso evolutivo.
La pregressa ed, in parte, ancora attuale organizzazione dei Servizi dedicati ai minori con problematiche nell'area psicologica e psichiatrica in Trentino, caratterizzata dalla presenza di ambulatori con Neuropsichiatra Infantile (NPI), psicologi e personale della riabilitazione diffusi in ogni valle principale, è stata per anni un modello funzionale e vincente. Questo modello è messo oggi in discussione dalle modificazioni occorse nella società e dai conseguenti cambiamenti di presentazione delle patologie a livello epidemiologico (aumento della patologia psichiatrica adolescenziale e del disagio adolescenziale in senso lato).
Inoltre, l'attuale organizzazione di tipo ambulatoriale, non è idonea a gestire alcune **patologie emergenti**, soprattutto quelle psichiatriche, che richiedono **tempi di risposta brevi, interventi intensi anche se limitati nel tempo, la collaborazione stretta e continua con la rete del sociale, la presenza di strutture intermedie**. Il rischio è quello della frammentazione delle risposte, della mancanza di una regia unica, di una impreparazione del singolo davanti alle situazioni più difficili e complesse.
In questo ambito clinico l'organizzazione stessa diventa il "**sistema curante**" fondamentale. Su queste premesse è indispensabile un'elevata capacità dei professionisti di diverse discipline di lavorare insieme, in modo integrato sul principio della condivisione del modello di cura, nel rispetto delle specifiche competenze.
Tale modello di lavoro richiede elevate competenze relazionali e di comunicazione all'interno dell'equipe (allargata) curante. Il **non ottimale funzionamento** del dispositivo di cura può determinare il **fallimento** del progetto terapeutico.
L'attenzione alla Salute Mentale nei confronti degli adolescenti e della popolazione giovanile in generale, rappresenta un tema molto presente nei documenti internazionali e nelle azioni previste a livello nazionale e provinciale.
Nel **2013** l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** ha formalmente approvato *due* documenti strategici per la costruzione di policy e il sostegno alla programmazione nell'Area della Salute mentale.
Il *primo* documento, *Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020*, focalizza l'attenzione sul problema, ritenuto dall'OMS per troppo tempo trascurato ed invita al cambiamento di tutti quegli atteggiamenti che favoriscono lo stigma e la discriminazione, ma invita anche al potenziamento dei servizi per promuovere una maggiore efficienza nell'uso delle risorse.
Fra i *sei principi* trasversali in cui si articola il Piano c'è la sollecitazione ad adottare un approccio orientato a tutte le fasi della vita, ossia una prospettiva di strategia politica e di pianificazione dei servizi di salute mentale che tenga conto dei bisogni sanitari e sociali relativi a tutte le fasi della vita, prima e seconda infanzia, adolescenza, età adulta e vecchiaia.
Il secondo documento è il *Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale, Health 2020.* Questo documento si inserisce nel contesto della più ampia programmazione di politica sanitaria della Regione Europea.
Fra le azioni proposte, di particolare importanza riveste quella volta ad attivare servizi territoriali mirati per le diverse fasce d'età, in grado di offrire interventi precoci e assistenza continua ai giovani con un esordio psichiatrico o con un grave disturbo mentale.
I documenti a livello nazionale e provinciale recepiscono le indicazioni contenute nei documenti sopracitati e le declinano in concrete indicazioni di politica sanitaria.
Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2013 (PANSM), è stato elaborato con lo scopo di rilanciare le azioni prioritarie necessarie nell'ambito sia dell'età adulta, che dell'infanzia e dell'adolescenza.
Il PANSM individua *quattro raggruppamenti* omogenei di bisogni prioritari, fra cui, l'"*area degli esordi - intervento precoce*" e quella dei "*disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*". Inoltre, sollecita le Regioni e le Province autonome ad attivare in tali settori progetti specifici e differenziati capaci di intercettare gli attuali bisogni di salute, ma anche di rinnovare l'organizzazione e l'integrazione dei servizi, le modalità di lavoro, i programmi clinici offerti.
Dal PANSM sono derivati *3 atti applicativi* dei quali si cita solo il secondo in relazione alla specificità e rilevanza che riveste per l'organizzazione del sistema di servizi rivolti all'età evolutiva. Si tratta del documento "*Le strutture residenziali e semi-residenziali terapeutiche per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*" approvato nella Conferenza Unificata a novembre 2014.
Anche il **Piano per la Salute del Trentino 2015-2025,** approvato dalla Giunta Provinciale di Trento nel dicembre **2015**, indica tra i principali obiettivi di salute la realizzazione del pieno potenziale di salute, sviluppo e benessere dei bambini e degli adolescenti, adottando un approccio di lavoro finalizzato all'intero ciclo di vita. Tale prospettiva viene ulteriormente specificata nel **Piano della Fragilità dell'età evolutiva, approvato con Deliberazione della Giunta provinciale n. 432 del 2016**.
La Deliberazione afferma la necessità di affrontare, con forte priorità, le problematiche degli adolescenti portatori di disagio psichico o con sofferenza psichiatrica, attraverso una modalità operativa innovativa.
I *punti di forza* di questa nuova prospettiva vengono individuati:

- nella *tempestività* della presa in carico;
- nella *multidisciplinarietà* dell'intervento;
- nella *copertura* dell'intero *territorio* provinciale e nella

stretta *condivisione* con le *reti del sociale e delle comunità accoglienti oltre che con i servizi sanitari confinanti.*

Sulla base delle considerazioni sopra sinteticamente descritte, vengono proposte, fra le altre, le *seguenti progettualità* riguardanti l'area dell'adolescenza:

- "affrontare le situazioni di adolescenti in fase di importante criticità psichiatrica, psico-sociale, comportamentale per i quali sia indicato il ricovero Ospedaliero";
- "governo della residenzialità e della semiresidenzialità a vario tasso di protezione e di intervento, dal socio-educativo (con retta maggiorata) al terapeutico";
- "creazione di un ambulatorio integrato multi professionale di 2° livello sull'adolescenza".

Per quanto riguarda l'ambito di intervento prioritario nell'emergenza/urgenza psichiatrica, in linea con quanto rilevato a livello nazionale e descritto nelle **Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva** [Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) 2018] la situazione attuale in Trentino è la seguente:

- non esistenza di strutture NPI specificatamente dedicate ad accogliere le situazioni di urgenza psichiatrica in età evolutiva (posti letto di ricovero ordinario, *Day Hospital*);esistenza di posti letto di ricovero ordinario, afferenti per competenza alla Unità Operativa (UO) NPI, ospedaliera, in "letti tecnici" collocati presso l'UO, Pediatria Ospedale S. Chiara di Trento, per patologie neurologiche e psichiatriche e per soggetti in età compresa fra 0-14 ed, eccezionalmente, utilizzabili per situazioni di emergenza/urgenza psichiatrica con l'obbligo di assistenza h 24 da parte di un famigliare;
- presenza di una buona prassi per il ricovero di situazioni di urgenza psichiatrica con la Psichiatria adulti (SPDC) per minori > 16 anni;
- modalità localmente diverse nell'affrontare le situazioni di emergenza-urgenza anche attraverso il ricovero presso strutture ospedaliere dedicate extra provinciali.

È essenziale comprendere, affinché il processo assistenziale sia coerente e la progettazione della rete dei Servizi sia integrata e coesa rispetto ai bisogni emergenti di cura di questi pazienti, che **emergenza e crisi** non sono sinonimi: l'*emergenza* rimanda a situazioni in cui l'elemento psicopatologico è in gioco accanto a problematiche psico-sociali; la *crisi* si riferisce ad un blocco, ad uno stallo evolutivo aperto a differenti possibilità evolutive.

Dare all'emergenza dignità di processo significa trasformarla in "crisi" affinché possa essere compresa e curata attraverso un'esperienza di trasformazione e potenziamento delle risorse relazionali e cognitive del soggetto e dell'ambiente.

Nella psichiatria dell'età evolutiva e dell'adolescenza, la risposta all'emergenza, per definizione dunque complessa, comporta la necessità di interventi multipli: richiede che la domanda sia prontamente ascoltata, che il tempo di valutazione sia prolungato e che l'orientamento terapeutico sia globale con interventi pluridisciplinari che tengano conto degli aspetti sintomatologici, personali, familiari, sociali, farmacologici e delle strategie da adottare per superare l'evento critico.

In quest'ottica l'intervento sull'emergenza non è pensabile se non all'interno della **continuità tra prevenzione-trattamento della crisi e presa in carico della post-crisi**; che l'intervento terapeutico e riabilitativo deve essere parte di un **sistema complesso** e completo di Servizi di NPI, fortemente **integrato**; che la **continuità assistenziale ospedale-territorio** è indispensabile per assicurare *appropriatezza e completezza della diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura e verifica degli esiti.*

In considerazione delle evidenze clinico-organizzative sopra descritte e della normativa di riferimento, imperativo è il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- inserire l'emergenza psichiatrica in età evolutiva nel continuum di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- garantire la continuità assistenziale Territitorio-Ospedale-Territorio attraverso l'uso appropriato del ricovero, delle risorse disponibili presso le strutture residenziali, e la predisposizione del progetto multidimensionale di presa in carico alla dimissione;
- rafforzare l'integrazione delle reti sanitaria e socio-sanitaria sul piano degli interventi multi-professionali.

È dunque necessaria un'estesa sinergia per rimuovere i seguenti punti di debolezza:

- ridotta capacità dei servizi territoriali nell'intercettare, prevenire e contenere la crisi;
- carenza di posti letto dedicati;
- insufficiente accessibilità alle strutture residenziali e semi-residenziali dedicate.

PROGETTO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE ADOLESCENZE COMPLESSE (SMAC)

Una delle progettualità specificate nel Piano della Fragilità dell'età evolutiva, approvato con Deliberazione della Giunta provinciale n. 432 del 2016, ha previsto la "*creazione di un ambulatorio integrato multi professionale di 2° livello*" e pertanto, con un obiettivo specifico annuale, nel 2017 la Provincia Autonoma di Trento ha assegnato all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, il compito di avviare e implementare l'attività del Servizio Multidisciplinare

Adolescenze Complesse (di seguito denominato SMAC).
Lo SMAC si configura come **servizio sanitario specialistico di secondo livello**, dotato di una équipe multidisciplinare, che opera in modo integrato con la rete dei servizi territoriali preposti all'assistenza e alla cura di giovani adolescenti a livello dell'intero territorio provinciale.
I suoi interventi si sostanziano in una pluralità di azioni riferite a situazioni di importante disagio giovanile, caratterizzate da un **alto livello di complessità/gravità/criticità sintomatologica-comportamentale, a rischio di blocco evolutivo, in presenza di un contesto familiare e psicosociale particolarmente problematico, che richiede interventi tempestivi, strutturati e integrati**.
Lo SMAC si caratterizza dunque, coerentemente con la sua mission, per la **flessibilità e l'elasticità riguardo a tempi, luoghi di erogazione e tipologia d'intervento**.
Sul nostro territorio attualmente gli adolescenti con fascia di età compresa tra i 14 e i 19 anni (con possibile estensione per alcune situazioni in una fascia di età che va dai 12 ai 21 anni), che richiedono una presa in carico da parte dei servizi sanitari, possono essere classificati secondo 3 livelli di gravità, ad ognuno dei quali corrisponde uno specifico percorso assistenziale.
Nel definire i tre livelli è anche rilevante la valutazione della **presenza e della tenuta della rete familiare**.
Livello 1. Disturbi emotivi che non implicano compromissione del percorso evolutivo: l'adolescente sa descrivere il proprio stato di malessere e lo associa anche a delle difficoltà interne. Non c'è compromissione importante del percorso evolutivo. La sintomatologia è ascrivibile ai disturbi di area ansioso-depressiva, o a difficoltà di apprendimento.
Livello 2. Disturbi emotivi con sintomatologia franca e con parziale blocco del percorso evolutivo: l'adolescente sa descrivere in maniera generica le proprie difficoltà interne; c'è compromissione del percorso evolutivo con bocciature reiterate, ritiro sociale, difficoltà di relazione con i pari. La sintomatologia è importante e va dalla presenza di comportamenti autolesivi o attacchi di panico, di matrice ansioso depressiva, a comportamenti occasionali inerenti l'area delle dipendenze e dei disturbi della personalità oppositivi antisociali.
Livello 3. Disturbi emotivi con sintomatologia acuta e grave con blocco del percorso evolutivo: l'adolescente non è in grado di riconoscere il proprio stato di malessere ed è indirizzato verso i servizi da soggetti esterni (familiari, comunità, servizi sociali, tribunale). C'è compromissione profonda del percorso evolutivo (ritiro scolastico e sociale, fughe dai contesti di protezione, comportamenti delinquenziali, uso di sostanze) con necessità di pensare iter specifici e misurati di aggancio al territorio (scuola, realtà ricreative, ecc.). La sintomatologia è seria e si caratterizza per presenza di stati psicotici acuti, stati dissociativi e/o derealizzazione anche a seguito di abuso di sostanze, suicidarietà, atti lesivi e autolesivi.
La Tabella I visualizza in maniera sintetica i livelli di gravità e le modalità di risposta/ presa in carico. Come appare dalla Tabella la risposta/presa in carico dei livelli 1 e 2 è attualmente già garantita dai servizi territoriali, mentre quella del livello 3 richiede un modello di gestione innovativo che si configura come una "**funzione organizzativa**" dedicata denominata SMAC.
Ampliando la descrizione dei possibili destinatari è utile fornire alcune esemplificazioni che derivano dalla pratica operativa quotidiana:

- giovani che anche a fronte di importanti investimenti istituzionali e professionali, presentano frequenti insuccessi progettuali in precedenti prese in carico;
- giovani che manifestano esordi psicopatologici precoci e che non hanno ancora in corso progetti terapeutici strutturati presso i servizi di competenza;
- giovani già in carico ai servizi di competenza e la cui situazione presenta delle problematicità non più gestibili ai livelli di gravità 1 e 2;
- minori accolti nelle comunità residenziali che presentano comportamenti problematici non gestibili ai livelli 1 e 2;
- minori che accedono ai Pronto Soccorso degli ospedali, con particolare riferimento al Santa Chiara di Trento;
- minori ricoverati in ospedale per eventi acuti psicopatologici che richiedono la progettazione di percorsi territoriali in grado di consentire la tempestiva presa in carico;
- famiglie dei minori di cui ai punti precedenti.

Il personale attuale, organizzato in èquipes multidisciplinari, è composto da: neuropsichiatri infantili, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica.
Per facilitare l'integrazione con la rete dei servizi sociali territoriali è previsto il coinvolgimento di un'assistente sociale del Servizio Politiche Sociali della Provincia.
La richiesta di attivazione dello SMAC può essere inoltrata:

- **dai servizi sanitari territoriali e ospedalieri** presenti nell'ambito provinciale, quali le Unità Operative (UUOO) di Neuropsichiatria infantile territoriali, di Psicologia, di Psichiatria, il centro per i disturbi del comportamento alimentare, il servizio per le dipendenze, il servizio di alcologia, l'UO di Neuropsichiatria infantile ospedaliera in quanto direttamente coinvolta dalla situazione di criticità o in quanto attivata dal Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Chiara;
- **dai servizi sociali delle comunità di Valle e delle città capoluogo;**
- **dalle comunità residenziali socio-educative e da quelle socio-sanitarie**;

Tab. I. Livelli di gravità e modalità di risposta/presa in carico.

Livelli di gravità	Sintomatologia	Consapevolezza	Interruzione percorso evolutivo	Supporto familiare/sociale	Risposta/ presa in carico
Livello 1	Lieve	Sì	No	Sì	Ambulatoriale territoriale anche monoprofessionale
Livello 2	Moderata Grave	Sì No	No Parziale	Sì Parziale	Ambulatoriale territoriale multiprofessionale
Livello 3	**Grave**	**No**	**Grave**	**Parziale o assente**	**SMAC**

- dall'Ufficio Servizio Sociale Minori (USSM) presso il Tribunale per i Minori di Trento.

Lo SMAC, essendo un centro di riferimento di 2° livello, non prevede l'attivazione per accesso diretto dell'utente o del famigliare, né un invio su indicazione da parte degli istituti scolastici o dei Centri di Informazione e Consulenza scolastici (CIC).
La modalità di attivazione può avvenire sia telefonicamente che via mail. Agli invianti viene richiesta la compilazione di un modulo di invio, che servirà per elaborare un primo inquadramento della situazione.
I principali step che caratterizzano l'intervento dello SMAC possono essere così sintetizzati:

- raccolta iniziale dei dati attinenti la situazione segnalata;
- prima valutazione sulla base dei dati raccolti;
- elaborazione di un progetto di presa in carico ove valutato necessario;
- elaborazione di un progetto consulenziale ove valutato necessario;
- verifica di quanto posto in essere ed eventuale modifica della progettualità;
- rinvio all'inviante ove non si ravvisino gli estremi di competenza dello SMAC.

Lo SMAC opera, una volta definiti i primi step di intervento, in tutti i luoghi che la singola situazione suggerisce (ambulatorio, domicilio, scuola, comunità residenziale dove il minore è accolto, luoghi sociali di aggregazione ecc.).
Lo SMAC opera sempre e comunque in stretto contatto e in sinergia con il Servizio/Strutture invianti e le altre realtà se del caso progressivamente coinvolte nella situazione.
La titolarietà ultima della situazione rimane al Servizio/strutture invianti mentre lo SMAC, a fronte di una eventuale **presa in carico**, svolge i suoi compiti per un **tempo limitato**, in un range ricompreso orientativamente tra i pochi giorni e i 6 mesi.

SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI RESIDENZIALI

Obiettivo dei servizi residenziali è quello di assicurare tutte le attività necessarie alla crescita e allo sviluppo del minore di età soddisfacendo i suoi bisogni di cura, di relazione, di educazione, di formazione, i bisogni sanitari e riabilitativi.
Qualora la famiglia di origine sia di pregiudizio al minore, l'intervento residenziale assume anche il significato di tutela che viene esercitato con mandato dell'autorità giudiziaria.
Nel nostro territorio esistono, già da tempo diverse realtà di accoglienza residenziale per minori così suddivise:

STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI RESIDENZIALI

- Casa Famiglia e Gruppo Famiglia (Comunità Murialdo) (età 6-18);
- Gruppo Appartamento (APMM Coop. Progetto '92 – Villaggio SOS – Istituto Casa Mia) (età 10- 18);
- Centro per l'Infanzia (età 0-10).

SERVIZI DI PRONTA ACCOGLIENZA

Centro di pronta accoglienza (età 13-18)
In tali strutture sono accolti anche bambini e adolescenti che presentano *bisogni* di tipo *socio-sanitario*: alla base di tale bisogno vi è un disagio di tipo emotivo-relazionale, che si esprime attraverso difficoltà relazionali e comportamentali.
A tali bisogni si risponde, nella prevalenza dei casi, sia attraverso una presa in carico sanitaria, ma anche attraverso un progetto educativo personalizzato rispetto ai bisogni di cura emergenti. In particolari situazioni clinico-organizzative, l'attuazione di tale progetto individualizzato necessita che vi sia l'aumento delle risorse educative, attraverso l'assegnazione alla struttura, in

accordo con il referente sanitario, di una Retta Integrativa.
Ciò permette la messa in campo di interventi educativi specifici ma occasionali, a valenza terapeutica.

STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

Comunità Campotrentino (APMM) (età 12-18)
Comunità Villa San Pietro-Nucleo "Il Soffio" (CODESS) (età 13-22)
La comunità terapeutica per adolescenti è una struttura sanitaria di *"dimensioni famigliari"* per il **trattamento volontario globale psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale di soggetti in età evolutiva agli esordi psicopatologici, non trattabili a domicilio e che hanno bisogno di effettuare un percorso terapeutico/riabilitativo attraverso una presa in carico residenziale e un periodo di "separazione permeabile"dall'abituale contesto di vita**.
Inoltre, secondo quanto indicato dal *Ministero della Salute nell'accordo Conferenza Unificata del 2014*, per ogni fase del percorso è opportuno poter differenziare livelli di cura con intensità terapeutico-riabilitativa adeguata alle necessità.
Avremo pertanto:

- livello base (**bassa intensità**);
- livello per utenti complessi (**media intensità**);
- livello per utenti complessi ad elevata instabilità clinica (**alta intensità**).

I **criteri** sulla base dei quali si possono articolare le tipologie di intensità sono correlati a:

- numerosità e intensità degli interventi necessari;
- mix di diverse tipologie di interventi;
- numerosità ed intensità degli interventi di rete sociale.

Di primaria importanza per la riuscita dei progetti educativo/terapeutici è la costruzione di collaborazioni con tutti i soggetti (sanità, scuola, territorio)che si occupano dei ragazzi, dando vita ad una "rete curante" che ha il compito di diventare la cornice che contiene le parti funzionali e disfunzionali degli adolescenti, sostenendone sia il processo trasfomativo individuale, sia quello di renderne manifeste le potenzialità ed i livelli di autonomia e di favorirne la reintegrazione nella realtà sociale. La comunità terapeutica dunque, è un micro-sistema complesso in continuo movimento, come l'adolescenza.
L'intervento comprende sia la dimensione del rapporto fra IO e gruppo, sia quella del rapporto fra comunità e società.
Con un obiettivo della Provincia Autonoma di Trento nel 2007 fu dato avvio alla progettazione e realizzazione di una comunità terapeutica, quale struttura capace di attivare un intervento terapeutico-riabilitativo multidimensionale, promuovendo non solo una funzione contenitiva, ma soprattutto trasformativa sulle dinamiche intrapsichiche e relazionali sottostanti il malessere psichico.
Questa comunità rimarrà attiva dal 2009 al 2011.

COMUNITÀ DI CAMPOTRENTINO

Nel 2011 a seguito della **Delibera della Giunta Provinciale n. 2617** che ha emanato le nuove direttive in tema di integrazione socio-sanitaria, la struttura di Campotrentino diviene l'unica comunità socio-sanitaria per minori della PAT.
Questa realtà di accoglienza, precedentemente esistente come socio-assistenziale, subisce dunque una ridefinizione della propria mission e della propria tipologia di struttura andando a promuovere, **dal 2011 ad oggi**, pur mantenendo la sua originaria connotazione educativa, **interventi educativo-terapeutici per minori con caratteristiche psicologiche, comportamentali e di personalità che potrebbero evolvere verso problematiche psichiatriche**.
La struttura può ospitare fino a 9 minori in regime residenziale e 3 in regime semi residenziale.
La vita comunitaria si rende concreta in una forma di residenzialità partecipata, che permette di attuare interventi precoci in adolescenti ad alto rischio psicopatologico, in cui è necessaria una presa in carico strutturata, per decomprimere anche momenti di alta tensione famigliare, che innescano circuiti di disagio. Al tempo stesso vengono promosse esperienze di vita e di relazione con il fine che, almeno in parte, esse possano riparare pregresse esposizioni ad eventi disorganizzanti e potenzialmente traumatici (**media intensità**).
L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM EE) valuta l'appropriatezza della situazione alla richiesta di ingresso in comunità, governandone pertanto accessi e successivamente le dimissioni.

COMUNITÀ VILLA SAN PIETRO - NUCLEO "IL SOFFIO"

È una struttura ad **alta intensità assistenziale**.
È stata istituita rispondendo ad uno specifico obiettivo provinciale per l'assistenza sanitaria in età evolutiva (**delibera 498/2019**) che prevede l'avvio di una comunità provinciale ad alta intensità per minori che presentino condizioni di grave compromissione funzionale psicopatologica.
La procedura di inserimento è stata definita a seguito della **delibera n. 363 del 15 marzo 2019**, che ha effettuato una revisione del fabbisogno provinciale di posti letto residenziali terapeutico- riabilitativi nell'area della salute mentale.

La popolazione che accede alla struttura comprende:
- minori e giovani adulti *(età 13-22)* per i quali è stata formulata diagnosi e inquadramento clinico da parte della UONPI e delle UUOO di Psichiatria;
- **minori e giovani adulti in contingente situazione di alta instabilità (psicologica, relazionale, sociale), che comporti gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, che concorrono a determinare, mantenere o aggravare il disturbo psicopatologico**.

I pazienti vengono in fase stabile del loro quadro clinico e **non** in acuzie.
I **criteri di esclusione** sono:
- situazioni in acuzie psicopatologica con elevata pericolosità per sé e per gli altri con necessità di ricovero;
- diagnosi di comportamenti dipendenti;
- diagnosi prevalente di disturbi del comportamento alimentare;
- grave disabilità intellettiva;
- disturbo dello spettro autistico con compromissione cognitiva e del linguaggio.

La struttura può ospitare fino a **10 utenti**.
L'**accesso** alla stessa avverrà **tramite l'UVM EE**, integrata con il personale dello SMAC.
Nel caso in cui si tratti di minori la segnalazione all'UVM-EE per la richiesta di inserimento, deve essere effettuata dal medico dell'UO NPI che ha in carico il caso a livello territoriale, in collaborazione con gli altri servizi sanitari e/o sociali attivi sul caso.
Possono accedere alla Struttura utenti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale (SSP), ma anche provenienti da altre strutture sanitarie non provinciali.
La **dimissione** avviene a seguito di valutazioni positive su indicazione dell'equipe della struttura e in accordo con UVM-EE.
La durata dell'inserimento dovrà essere commisurata agli obiettivi terapeutici finalizzati al recupero e, quando possibile, al reinserimento nell'ambiente di provenienza.

REVISIONE DELL'UVM ETÀ EVOLUTIVA

Il *Piano Provinciale della Fragilità in età evolutiva del 2016*, come sopra già ricordato, costituisce l'atto di indirizzo provinciale per la programmazione e gestione degli interventi per affrontare le problematiche prevalenti nelle diverse fasce di età, in una prospettiva multidisciplinare e di integrazione dei servizi.
Annualmente la Giunta Provinciale approva le direttive in materia di servizi socio- sanitari delle diverse aree di fragilità (per il 2018 delib. GP n. 295/2018), che, per quanto riguarda l'età evolutiva, definiscono gli **indirizzi programmatici annuali e le modalità di accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali socio sanitari**, individuando nella UVM EE la funzione di riferimento per la valutazione e la definizione del progetto di intervento più appropriato per il minore.
Con l'**Obiettivo 1D - Età evolutiva** del 2018 pertanto, la PAT, *dopo aver definito i criteri e le priorità di accesso* e considerata l'importanza di un **governo clinico al collocamento dei pazienti nelle strutture residenziali**, chiede alla APSS di:
- consolidare l'operatività del Servizio SMAC;
- sviluppare un set di indicatori per la rilevazione dei risultati raggiunti in termini di ricaduta sul percorso di presa in carico dell'adolescente e della famiglia;
- analizzare il processo UVM Età evolutiva per elaborare una **proposta di revisione** coerente con la rete dei servizi e la funzione SMAC.

La finalità è quella di creare un **nuovo modello organizzativo** in grado di **migliorare l'efficacia di intervento della funzione UVM nelle fasi valutative, progettuali e di monitoraggio dei percorsi dei minori, comprendendo anche le fasi di transizione verso l'età adulta, in tutti gli ambiti territoriali**, anche avvalendosi di interventi formativi ad hoc per le équipe multidisciplinari coinvolte in UVM.
Per prima cosa si è ritenuto utile **classificare le tipologie di problemi**, documentati nei pregressi verbali UVM, in tre categorie, che rappresentano sostanzialmente la totalità delle situazioni valutate:
- disabilità e autismo;
- patologia organica grave;
- psicopatologia, dipendenze e situazioni con necessità di tutela sociale.

Nello specifico qui analizziamo l'ultima tipologia.
In questa categoria sono state comprese *le situazioni di adolescenti con problemi di tipo psicopatologico, minori con particolari necessità di tutela sociale e sanitaria, compresi i casi di abuso, maltrattamento, presenza di dispositivi di allontanamento familiare.*
Nella proposta viene mantenuto il ruolo centrale dei PUA (Punto Unico di Accesso) come primo filtro delle segnalazioni/richieste di attivazione dell'UVM EE. Sulla base delle informazioni contenute nella segnalazione l'équipe del PUA effettua una prima valutazione che consente di orientare la gestione della richiesta verso uno dei 3 percorsi.
Gli elementi innovativi della proposta sono:
- *strutturare una fase valutativa pre UVM centralizzata* per valutare l'appropriatezza delle richieste, per approfondire le informazioni e consentire di disporre in UVM di tutte le informazioni utili alla valutazione ed alla definizione del progetto, di convocare gli interlocutori necessari e di rendere più efficace la seduta UVM;
- *individuare un team multidisciplinare* stabile per gestire la fase pre UVM e supportare la gestione della

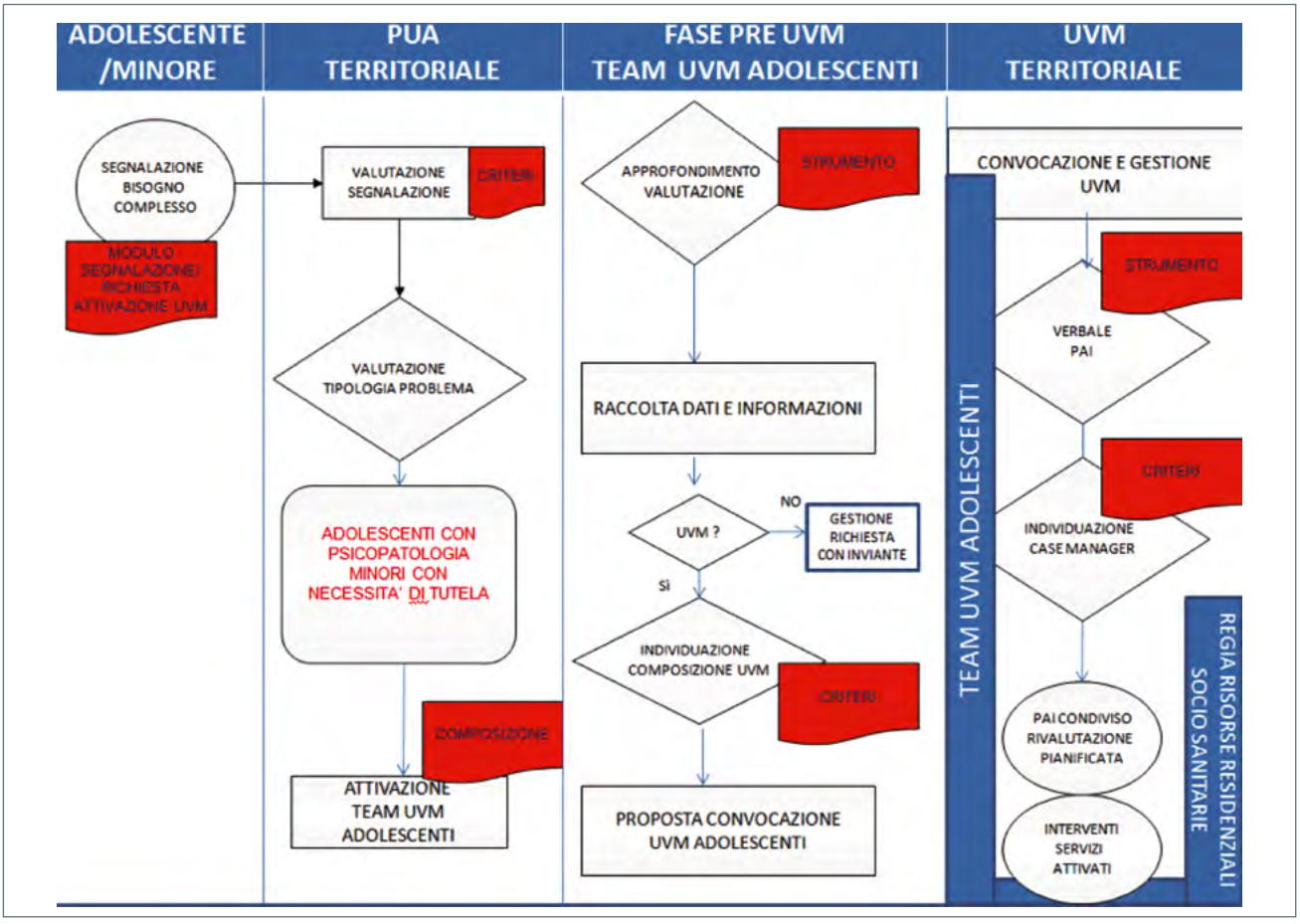


Fig. 1. Diagramma di flusso Nuovo Modello UVM EE.

UVM territoriale, in particolare nei territori nei quali la casistica è minima e non consente di maturare l'esperienza necessaria;

- *integrare le funzioni del servizio SMAC* con il percorso UVM, nella fase pre UVM, nel supporto alla UVM territoriale, nell'accompagnamento verso le comunità residenziali quando individuate dal progetto UVM, nel monitoraggio della tenuta del progetto (Fig. 1).

La proposta di composizione del team multidisciplinare prevede la presenza di:

- *medico coordinatore UVM* delle cure primarie individuato come referente per l'area adolescenti;
- professionista sanitario con ruolo di *coordinatore di percorso*;
- *professionisti di SMAC:* sono stati individuati 1 psicologo, 1 tecnico della riabilitazione psichiatrica, 1 neuropsichiatra, per garantire le competenze disciplinari necessarie per gestire le diverse situazioni e fasi; a seconda della tipologia della richiesta; con delega del Servizio, uno di questi professionisti garantirà la propria presenza in UVM;
- *medico psichiatra,* per facilitare/gestire la fasi di transizione con la salute mentale adulti;
- *assistente sociale*, il cui ruolo è fondamentale per gestire le connessioni con gli assistenti sociali territoriali, favorire un'uniformità valutativa e di approccio, mantenere una continuità informativa tra team multidisciplinare e UVM territoriale per la componente sociale. Si ritiene importante che questo professionista abbia esperienza operativa di lavoro sociale con i minori e che il suo mandato di rappresentanza e di raccordo con i servizi sociali territoriali sia condiviso e formalizzato.

Tale modello attualmente è attivato in modo sperimentale.

Bibliografia di riferimento

Brolis R, Maccani P, Perino A. *L'integrazione socio-sanitaria in pratica*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore 2018.

Delibera Giunta Provincia Autonoma di Trento 15 marzo 2019, n. 363, L.P.16/2010 Tutela della salute in provincia di Trento, artcolo 21. Servizi socio-sanitari nell'ambito

dell'area salute mentale. Verifica del fabbisogno provinciale e indicazioni di programmazione ai fini dell'accreditamento di posti letto presso la struttura Villa San Pietro di Arco gestita da Codess cooperativa sociale onlus.

Delibera Giunta Provincia Autonoma di Trento 25 marzo 2016, n. 432, Piano della fragilità dell'età evolutiva: problematiche sanitarie e socio-sanitarie e modalità di intervento.

Documento interno "Progetto di attivazione del Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse" a cura di E. Bravi, S. Calzolari, R. De Stefani, versione 31.08.2016.

European Menthal Health Action Plan 2013; http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2447_allegato.pdf

Ferruta A, Foresti G, Vigorelli M, (a cura di). *Le comunità terapeutiche, psicotici, borderline, adolescenti, minori*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2012.

Il PPANSM è stato elaborato dal Ministero della Salute in collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni e approvato in Conferenza Unificata a gennaio 2013; http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf

Jeammet P. *Psicopatologia dell'adolescenza*. Trad. it. Roma: Borla 1992.

Legge Provincia Autonoma di Trento 23 luglio 2010, n.16, Tutela della salute in provincia di Trento.

Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva (redatte dalle Sezioni Scientifiche di Psichiatria e di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi, ed approvate in CD Sinpia il 15 febbraio 2018), SINPIA, 2018.

Mingarelli L, Tonazzo D, (a cura di). *I ruoli in Comunità Terapeutica per adolescenti, organizzazione di vita e cura*. Torino: Ananke Lab. 2018.

Racamier P-C. *Lo psicoanalista senza divano. La psicoanalisi e le strutture psichiatriche.* Milano: Raffaello Cortina Editore 1996.

WHO'S Comprehensive Mental Healht Plan 2013-2020 WHO'S Comprehensive Mental Health Plan 2013-2020; http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)

Valutazione di esito nei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza con gli strumenti della famiglia CANS

CANS outcome evaluation in child and adolescent neuropsychiatric services

S. Benzoni*, A. Chinello°, A. Didoni°, A. Di Troia°, A. Parascenzo°, F. Peronace°, A. Costantino*

* Neuropsichiatra Infantile, ° Psicologo, Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Riassunto

Gli autori approfondiscono il tema della valutazione di esito in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Evidenziano la necessità che essa avvenga tenendo conto delle diverse dimensioni coinvolte, dei diversi punti di vista di utente, contesto e operatori e dei punti di forza dell'utente e del contesto, e che possa essere orientata alla individuazione delle priorità per gli interventi e alla costruzione di concordanza e partecipazione. Descrivono *Transformational Collaborative Outcomes Management* (TCOM), un nuovo modello multidimensionale e multiassiale per la valutazione di esito, che utilizza un set di strumenti detti *Child and Adolescent Needs and Strengths scales* (CANS) per la valutazione di esito. Illustrano infine i primi step della validazione e sperimentazione italiana di CANS.

Parole chiave: Valutazione di esito, Salute mentale in infanzia e adolescenza, *Transformational Collaborative Outcomes Management, Child and Adolescent Needs and Strenghts scales*

Summary

The issue of outcome evaluation in childhood and adolescent neuropsychiatry is discussed. Authors highlight the need for it to take place taking into account the different dimensions involved, the different points of view of the user, context and operators, the strengths of the patient and the context. Outcome evaluation should be oriented towards identifying priorities for interventions and construction of concordance and participation. Authors describe Transformational Collaborative Outcomes Management (TCOM,) a new multidimensional and multiaxial model for outcome evaluation, which uses a set of tools called Child and Adolescent Needs and Strengths scales (CANS). Finally, they illustrate the first steps of the Italian validation and testing of CANS.

Key words: Outcome evaluation, Child and adolescent mental health, Transformational Collaborative Outcomes Management, Child and Adolescent Needs and Strengths scales

COMPLESSITÀ DELLA VALUTAZIONE DI ESITO IN AMBITO NEUROPSICHIATRICO INFANTILE

La valutazione di esito rappresenta una questione di rilievo cruciale per i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per i servizi di riabilitazione e psicosociali.

In generale la valutazione di esito ha lo scopo di monitorare i risultati delle azioni messe in campo per utenti e famiglie nel contesto reale e nel tempo. L'obiettivo più tipico dovrebbe essere misurare l'efficacia "operativa" di interventi per i quali vi sono già dati di efficacia "teorica" in ambito sperimentale; tuttavia essa potrebbe essere rivolta anche ad analizzare direttamente l'efficacia di interventi per i quali non sono ancora disponibili valutazioni sperimentali; ad effettuare valutazioni comparative tra gruppi di popolazione; a individuare i fattori dei processi assistenziali che determinano esiti più favorevoli; a confrontare i risultati di diversi programmi di intervento, o diversi erogatori, professionisti o Enti ed infine a stimare quali volumi minimi di attività siano associati ad esiti migliori delle cure per consentire una migliore allocazione delle risorse.

Tuttavia è noto come, in ambito sanitario e psicosociale,

CORRISPONDENZA

Stefano Benzoni, via Andrea Massena 3, 20100 Milano - E-mail: stefano.benzoni@policlinico.mi.it

gli esiti non siano connessi in modo lineare agli interventi trattamentali, ma siano fortemente influenzati da fattori familiari, sociali, economici, educativi, culturali e dell'ambiente di vita in senso lato. Ciò è particolarmente rilevante per le situazioni cliniche complesse e multiproblematiche, nelle quali sono presenti molteplici aree di difficoltà, e sulle quali insiste una molteplicità di interlocutori istituzionali e operatori di diverse professioni, con prospettive di lettura e "priorità" differenti [1].

La contemporanea presenza di più componenti e di più interlocutori determina continue interazioni reciproche non lineari, che richiedono modalità di valutazione e di intervento che tengano adeguatamente conto di tali interazioni [2], con modelli e strumenti specifici. Nelle situazioni di complessità, separare e scomporre le parti degli interventi per valutarne i singoli effetti può ad esempio portare all'annullamento dell'effetto che si voleva misurare [3].

Il coinvolgimento di più ambiti richiede una multidimensionalità nella valutazione, con attenzione costante ad esplorare adeguatamente tutte le aree coinvolte (cliniche, sociali, dei bisogni di cura, della soddisfazione, dell'uso dei servizi, dei costi). Allo stesso tempo, la presenza di una pluralità di soggetti (utenti, familiari, operatori, istituzioni, ecc.) con sguardi, valori, ruoli e responsabilità diversi, richiede che la multidimensionalità si intrecci con la multiassialità dei diversi punti di vista, perché ciascuno possa contribuire alla definizione degli obiettivi e al raggiungimento dei risultati attesi.

In un'ottica partecipativa, quest'ultima rappresenta un elemento essenziale della valutazione iniziale tra utente, famiglia e servizi, per poter individuare e concordare adeguatamente le priorità degli interventi e monitorarne gli esiti. In questo senso una pratica partecipativa è già una strategia per promuovere esiti positivi, poiché comporta un coinvolgimento attivo dell'utente e dei familiari nella scelta delle azioni trasformative e una condivisa dei loro obiettivi.

In ambito clinico, l'attenzione verso la presenza di bisogni multipli si è finora concentrata sull'identificazione delle diverse tipologie di sintomi, attraverso l'utilizzo di strumenti psicometrici classici volti alla misurazione di costrutti specifici (l'ansia, la depressione, la qualità di vita, gli apprendimenti, il linguaggio, la capacità di *coping* dell'ambiente, il trauma, il discontrollo degli impulsi ecc.), mentre l'attenzione verso i diversi punti di vista, che pure è aumentata negli ultimi anni, ha cercato di declinare tali scale in versioni differenziate per l'utente, il genitore, l'operatore, che valutano separatamente e in parallelo quanto sta accadendo.

Questo duplice approccio è particolarmente problematico nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, fondamentalmente per quattro ordini di motivi.

Il primo è che una certa storia clinica non è spiegata dall'evoluzione dei sintomi all'interno del sistema di cura, ma dal modo in cui i "problemi" dell'utente (tra cui vi sono anche sintomi) impattano sulla sua vita, indipendentemente dalle misure trattamentali in atto. La maggior parte dei trattamenti in questo ambito non risolve integralmente il "problema" clinico sottostante e non elimina radicalmente i bisogni che lo caratterizzavano, ma – quando è efficace – consente all'utente una migliore gestione o funzionamento personale, anche in persistenza di quel bisogno. Le valutazioni psicometriche classiche tendono a mascherare questa dimensione latente dei bisogni, e ciò rende la valutazione intrinsecamente parziale quando non decisamente fuorviante.

In secondo luogo l'attenzione degli operatori dei diversi servizi coinvolti si concentra sull'identificazione dei bisogni, dei sintomi, delle criticità e delle inadeguatezze, mentre manca ad oggi un'attenzione e strumenti di valutazione dei punti di forza e dei fattori protettivi, se si eccettua quanto attivato recentemente dal progetto PIPPI in ambito psicosociale (*https://www.minori.it/it/il-programma-pippi*).

Poter misurare e monitorare i punti di forza dell'utente e del contesto è invece di grande importanza, poiché – specie nelle situazioni cliniche complesse – è su di essi che dovrebbe basarsi la strutturazione degli interventi [4]. Inoltre se non si misurano i punti di forza di un utente non è possibile valutare se ed in che modo il trattamento proposto non interferisca con essi, rispettando il primo principio di ogni terapia che dovrebbe essere quello di non nuocere.

Il terzo aspetto riguarda il fatto che la maggior parte degli strumenti psicometrici in uso sono poco sensibili al modo in cui i fattori contestuali, etnici e culturali, influiscono su una certa "dimensione clinica" o costrutto, e dunque sulla sua evoluzione nel tempo.

Infine è evidente che una valutazione condotta secondo le pratiche abituali lascia sostanzialmente irrisolto il problema di come coniugare le diverse "letture" e i diversi punti divista dei professionisti, dei genitori e dell'utente. La lettura di uno stesso fenomeno e la valutazione delle sue modificazioni nel tempo può essere infatti molto differente tra utente, famiglia e operatori, sia perché ciascuno di essi considera rilevanti aspetti diversi, sia perché alcuni sintomi emergono maggiormente in alcuni contesti e non in altri, sia perché ciascuno può presentare una sopravvalutazione o sottovalutazione della situazione. Inoltre anche tra i professionisti di una medesima equipe le informazioni circa la traiettoria clinica possono essere discordanti. Ad esempio, è frequente trovarsi in situazioni in cui l'intervento che mettiamo in atto migliora un'area sintomatologica o un dominio di funzionamento e ne peggiora un altro. Come superare dunque queste difficoltà?

GLI STRUMENTI DELLA FAMIGLIA CANS

Negli ultimi decenni, tra Canada e Stati Uniti si è sviluppato un nuovo modello teorico pratico per la valutazione multidimensionale e multiassiale di esito, noto come TCOM (*Transformational Collaborative Outcomes Management* - Gestione Trasformativa e Collaborativa degli Esiti), che fornisce una cornice concettuale per l'organizzazione di sistemi complessi nel campo delle offerte sanitarie e sociosanitarie connesse al "cambiamento personale" [5], e si basa su tre principi:

- il sistema dell'assistenza a bambini e adolescenti dovrebbe essere considerato una "impresa trasformativa" e non un'industria di servizi. Gestire le offerte trasformative è fondamentalmente diverso da gestire Servizi, e implica metodi di valutazione, priorità e approcci differenti;
- il sistema dell'assistenza a bambini e adolescenti è complesso e basato su un vasto numero di adulti che sono coinvolti nella cura del bambino e che hanno differenti prospettive che operano simultaneamente non di rado con priorità contrastanti, ed è pertanto necessario essere in grado di gestire la conflittualità e di costruire concordanza (la concordanza descrive la costruzione partecipata di un accordo tra utente, famiglia e operatori su se, come, quando e per quale scopo verranno effettuati interventi, permettendo quindi una migliore aderenza a ciò che è stato concordato insieme);
- la conoscenza complessiva dei bisogni e dei punti di forza dell'utente e degli interventi più appropriati e prioritari è più ampia della conoscenza individuale di ciascun soggetto coinvolto nel sistema di cura. È necessario gestire attivamente la "conoscenza complessiva" in modo tale che essa possa divenire parte integrante del percorso di cura dei singoli.

Questa conoscenza complessiva (o *visione condivisa*) assume la forma di una relazione collaborativa tra professionisti, utenti e famiglie che – se opportunamente gestita attraverso set di strumenti dedicati – consente di promuovere la partecipazione, assumere decisioni in base a criteri condivisi e trasparenti e valutare l'evoluzione della situazione nel tempo.

Uno degli aspetti di particolare interesse di TCOM è proprio la collaboratività a tutti i livelli, e le modalità per la costruzione della concordanza che ne derivano. Non solo gli strumenti che compongono TCOM sono completamente gratuiti, ma si trasformano, crescono e sono validati attraverso un lavoro collaborativo di massa.

TCOM utilizza una famiglia di strumenti *open source* e di facile utilizzo, nota come CANS (*Child and Adolescent Needs and Strengths Scales*) che si compone di diverse tipologie di scale dedicate a specifiche popolazioni cliniche (CANS 0-5; CANS 5-17: HEADS-ED, CAT).

Si tratta di strumenti concepiti con un approccio teorico innovativo che è definito "*communimetrico*" [6], poiché ha come scopo principale facilitare la comunicazione dei bisogni e dei punti di forza di un bambino/adolescente nel sistema di cura tra tutti gli interlocutori rilevanti e individuare conseguentemente priorità condivise per l'intervento, per implementare percorsi di cura efficaci che aiutino gli utenti a cambiare aspetti rilevanti della propria vita. L'andamento nel tempo di questa "comunicazione" costituisce la valutazione di esito per quell'utente [7].

Possiamo immaginare questi strumenti come l'output di una tipica riunione di equipe o "di rete" tra professionisti diversi e – nei casi in cui è possibile – tra essi, la famiglia e l'utente. L'insieme di punteggi che scaturisce dalla valutazione dovrebbe dunque essere espressione di questa interazione collaborativa e ne traduce la "visione condivisa".

Ogni *item* degli strumenti TCOM è incluso perché ha un ruolo significativo nelle decisioni relative al trattamento. I punteggi attribuibili per ciascun item sono compresi tra 0 e 3, e le modalità di attribuzione sono differenti per le due aree oggetto di valutazione, l'area dei bisogni e quella dei punti di forza. Nell'area dei bisogni, l'*item* vale 0 se descrive un bisogno che non emerge; 1 se il bisogno è presente, ma non richiede azioni immediate. Rilevanti ai fini della pianificazione degli interventi sono i punteggi 2 e 3: il punteggio 2 indica bisogni che rendono necessario un intervento *as usual*, senza criteri di urgenza, mentre il punteggio 3 implica una situazione nella quale il bisogno richiede un'azione immediata.

L'inclusione in CANS della valutazione dei punti di forza, la loro chiara differenziazione rispetto ai bisogni e l'estensione alla valutazione del contesto rappresenta un passaggio particolarmente interessante e innovativo, anche se si tratta di un'area che richiede ancora molto approfondimento. I criteri per punteggiare i punti di forza sono: 3 implica l'assenza di quel punto di forza; 2 è un punto di forza presente, ma che richiede interventi mirati per poter essere utilizzato; 1 rappresenta un punto di forza che può aiutare l'utente; 0 rappresenta un punto di forza centrale che è trainante e può essere di importante supporto alla costruzione di un piano di intervento.

L'aspetto fondamentale della logica che guida i punteggi è che essa riguarda una gerarchia di azioni possibili per ogni item, non la "gravità" o intensità del costrutto latente in esso rappresentato. Per ogni item-bisogno il punteggio non dice se il bisogno è intenso in astratto, ma indica con quale intensità, "concretamente" esso richieda un'azione (se immediata, *as usual*, differita o nessuna azione). La "punteggiatura" complessiva dello strumento – che avviene collettivamente in équipe – risulta dunque un processo di costruzione di una relazione collaborativa che tiene conto del punto di vista di tutti

i soggetti coinvolti intorno all'utente (e quando possibile del punto di vista dell'utente e della famiglia) ed ha la forma di una griglia di priorità d'azione. Essa "racconta" la situazione di un utente in rapporto alle azioni cliniche necessarie e alla loro gerarchia, e l'evoluzione nel tempo di questa griglia costituisce la valutazione di esito per quel caso.
L'adozione degli strumenti della famiglia CANS permette il monitoraggio e il miglioramento di qualità sia a livello dei singoli utenti che dei programmi e dei sistemi di cura.
A livello del singolo utente, consente: la descrizione sistematica e globale delle aree di bisogno e dei punti di forza, dell'utente e del contesto; la gestione trasparente dei processi decisionali; la costruzione della concordanza tra operatori circa i processi decisionali migliori; la partecipazione attiva dell'utente e della famiglia all'individuazione delle aree di bisogno e delle priorità di intervento, con la conseguente promozione della concordanza tra operatori e utenti (coinvolgimento attivo nel percorso di cura, che influisce sull'efficacia dei trattamenti); la valutazione degli esiti trasformativi.
A livello dei programmi e dei sistemi di cura consente: la descrizione accurata dei bisogni e dei punti di forza della popolazione; la promozione di pratiche cliniche basate sulla partecipazione e la collaborazione tra professionisti e utenti; la gestione e il monitoraggio dei processi decisionali e l'individuazione delle aree prioritarie di intervento; una più adeguata stratificazione dei bisogni dell'utenza e degli interventi necessari la valutazione sistematica degli esiti dei programmi e processi; l'individuazione degli aspetti critici di un certo programma o del sistema di cura, per il miglioramento di qualità; la progettazione e sviluppo di studi clinici di esito in popolazioni omogenee; la gestione attiva di quella parte del rischio professionale che è legata alla concordanza tra utenti e clinici rispetto agli obiettivi e ai percorsi di cura.
Attualmente gli strumenti della famiglia CANS trovano ampio utilizzo negli Stati Uniti, dove rappresentano lo strumento di monitoraggio nell'80% degli utenti che entrano nel sistema di servizi pubblici per la salute mentale infantile e adolescenziale. Sono inoltre strumenti di ampio utilizzo anche in Canada (*https://praedfoundation.org)*.

L'IMPLEMENTAZIONE DI CANS IN ITALIA

A partire da queste esperienze, dal 2015 un team multiprofessionale presso la UONPIA della Fondazione IRCCS Policlinico di Milano ha intrapreso la traduzione, validazione, formazione e sperimentazione dell'approccio TCOM al contesto Italiano.
La traduzione e l'adattamento alla realtà italiana di CANS 0-5, CANS 5-17 e CAT è stata sottoposta a *peer review* attraverso *focus groups* con professionisti locali e *back translation* da parte degli autori americani.
La validità di costrutto di CANS era già stata dimostrata dalla correlazione con misure ottenute da altri strumenti (es. *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (CAFAS), e *Child Behavior Checklist* [9]). La letteratura aveva infatti già evidenziato la validità e l'affidabilità dello strumento CANS nella realtà americana, all'interno anche di differenti contesti clinici [10-13], tuttavia si rendeva necessario uno studio atto alla convalida della coerenza tra gli operatori sanitari nell'uso dello strumento CANS nell'adattamento effettuato per la realtà italiana.
Lo studio condotto dall'equipe italiana (in corso di pubblicazione), su un campione di 270 operatori sottoposti a training, attesta che la versione tradotta ha caratteristiche di affidabilità tra diversi operatori (*inter-rater reliability*) in tutto assimilabili a quelle della versione originale dello strumento e dunque può essere implementata in ambito clinico e di ricerca, secondo i medesimi criteri.
L'elaborazione italiana ha modificato le modalità di rappresentazione grafica dei risultati, introducendo l'utilizzo dello schema polare, che è più immediato soprattutto per famiglie e utenti e rende più facile la visualizzazione dei cambiamenti dei bisogni e punti di forza durante il trattamento (Fig. 1). Questo tipo di rappresentazione grafica può inoltre facilitare la rappresentazione dell'evoluzione nel tempo non solo dei singoli utenti ma di definite popolazioni cliniche.
L'esperienza di implementazione nel contesto Italiano, partita dal territorio lombardo, è di fatto solo agli inizi ma l'interesse è crescente e diffuso in molte realtà diverse e l'uso di CANS si sta diffondendo sul territorio nazionale nell'ambito di servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'sdolescenza, consultori, servizi sociali e altri servizi per i minori, sotto il coordinamento dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA), della Fondazione IRCCS Policlinico di Milano. Si tratta di un ampio progetto collaborativo che mira a valutare nel tempo i bisogni, punti di forza ed esiti di bambini e adolescenti con situazioni neuropsichiatriche che implicano elevato rischio di allontanamento dalla famiglia e istituzionalizzazione o ricovero ospedaliero, ovvero che sono già collocati in residenzialità educativa o terapeutica, tra cui in particolar modo i minori stranieri non accompagnati, gli adolescenti con disturbi psichiatrici, i minori con disabilità complessa e quelli nell'ambito della tutela e della giustizia minorile.
In accordo con quanto già sperimentato in contesti internazionali, anche l'esperienza italiana sta evidenziando che gli strumenti del TCOM non solo sono di particolare utilità nell'identificare i bisogni e i punti di forza degli utenti [8], consentendo l'integrazione di tutte

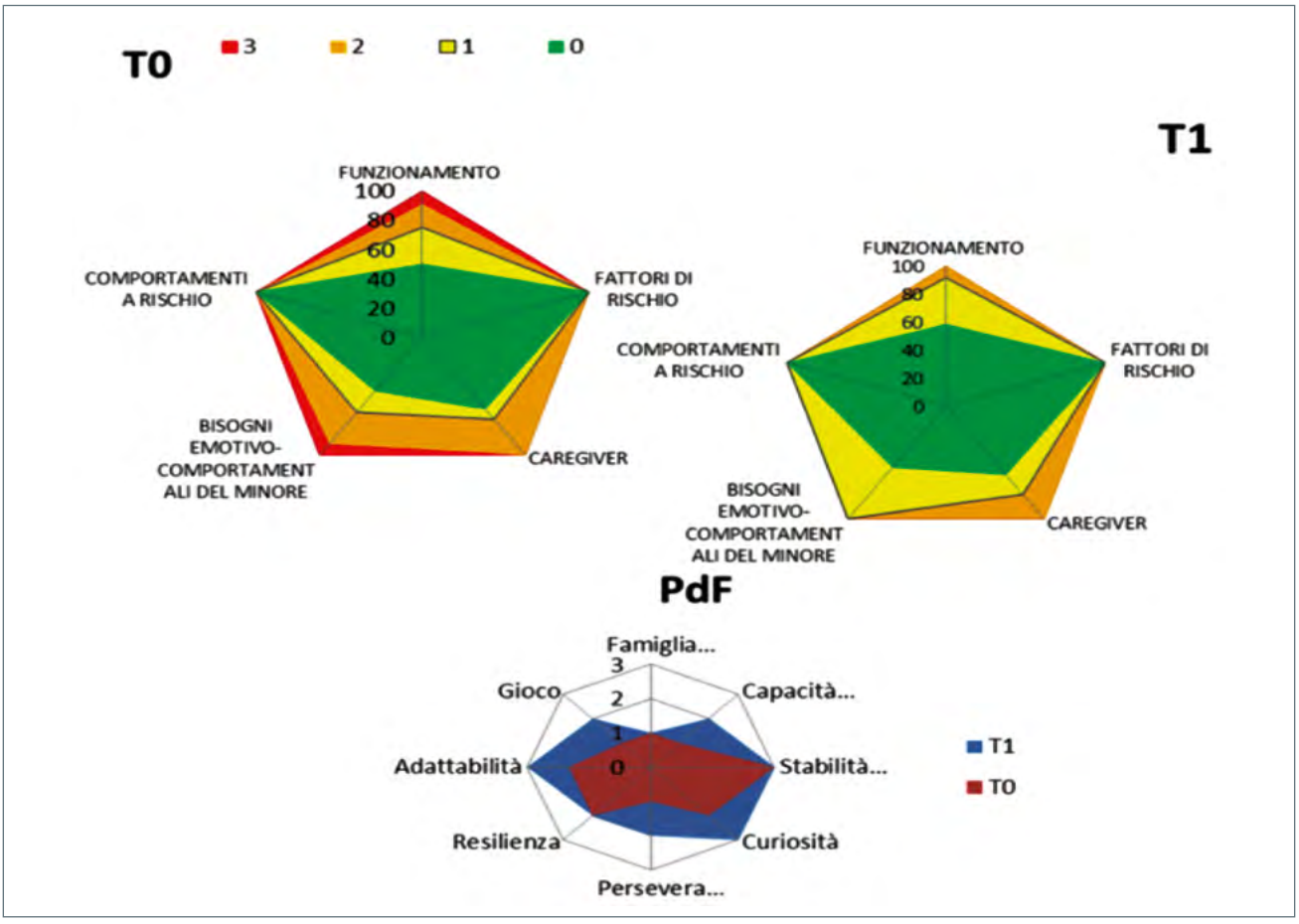


Fig. 1. Rappresentazione polare a t0 e t1 dei bisogni e dei punti di forza di un utente in base a CANS. Le aree rosse sono quelle che richiedono la massima priorità di intervento. Nella rappresentazione dei punti di forza, il pieno rappresenta punti di forza positivi e che possono rappresentare un cardine dell'intervento, il vuoto rappresenta punti di forza mancanti o critici.

le informazioni in un unico strumento che permette l'identificazione di aree prioritarie d'intervento, ma soprattutto possono rappresentare un potente facilitatore nel costruire concordanza tra operatori, con la famiglia e l'utente e con il contesto di vita, diminuendo la frammentazione e potenziando il buon funzionamento della rete territoriale.

A ciò si aggiunga che si tratta al contempo di modalità maggiormente sostenibili rispetto ad altri strumenti e quindi hanno una maggiore probabilità di poter essere progressivamente introdotte come strumenti di *routine* per la valutazione degli esiti nella pratica clinica, valutazione che è indispensabile per poter poi attuare una adeguata programmazione di sistema e un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata nelle situazioni di complessità.

Conflitto di interessi

S. Benzoni dichiara di avere avuto rapporti di finanziamento con Fondazione Cariplo.

Bibliografia

1 Garralda ME. *ICD-1-comparison with DSM-5 and implications for child & adolescent psychiatric disorders*. Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents 2016, pp. 15-35.

2 Lyons JS, Walton BA. *Implementation of a common assessment tool and quality management process across child service systems: Child and Adolescent Needs & Strength (CANS)*. Newman C, Liberton C, Kutash K, et al., eds. *The 20th annual research conference proceedings: a system of care for children's mental health: expanding the research base*. Stampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health 2008, pp. 110-116.

3 Costantino MA. *La valutazione di esito nella pratica clinica in situazioni di complessità*. Ricerca & Pratica 2015;31:14-21.

4 Griffin G, McEwen E, Samuels BH, et al. *Infusing protective factors for children in foster care*. Psychiatr Clin North Am 2011;34:185-203.

5 Lyons JS. *Knowledge creation through total clinical*

outcomes management: a practice-based evidence solution to address some of the challenges of knowledge translation. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;18:38.

6 Lyons JS. *Communimetrics: a communication theory of measurement in human service settings*. Springer Science & Business Media 2009.

7 Anderson RL, Lyons JS, Giles DM, et al. *Reliability of the child and adolescent needs and strengths-mental health (CANS-MH) scale*. J Child Fam Stud 2003;12:279-89.

8 Cordell KD, Snowden LR, Hosier L. *Patterns and priorities of service need identified through the Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) assessment*. Child Youth Serv Rev 2016; 60:129-35.

9 Lyons JS, Weiner DA, Lyons MB. *Measurement as communication in outcomes management: the child and adolescent needs and strengths (CANS)*. In: Marius ME, ed. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 2044, pp. 461-476.

10 Leon SC, Uziel-Miller ND, Lyons JS, et al. *Psychiatric hospital service utilization of children and adolescents in state custody*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:305-10.

11 Lyons JS, Howard KI, O'Mahoney MT, et al. *The measurement & management of clinical outcomes in mental health*. John Wiley & Sons 1997.

12 Lyons JS, Libman-Mintzer LN, Kisiel CL, et al. *Understanding the mental health needs of children and adolescents in residential treatment.* Professional Psychology: Research and Practice 1998;29:582.

13 Lyons JS, Uziel-Miller ND, Reyes F, et al. *Strengths of children and adolescents in residential settings: prevalence and associations with psychopathology and discharge placement*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:176-81.

Glossario delle attività, caratteristiche del sistema informativo e "cruscotto" di indicatori per i servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Glossary of activities, characteristics of the information system and "dashboard" of indicators for children and adolescents neuropsichiatric community services

M. Camuffo[1], F. Guccione[2], A. Mariani[3], A. Costantino[4]

[1] Neuropsichiatra Infantile, Direttore U.O.C. Neuropsichiatria Infantile A.USL Toscana Sudest, Responsabile UFSMIA Grosseto, Grosseto; [2] Neuropsichiatra Infantile, Coordinatore Sezione Scientifica "Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi" SINPIA, S.C. di Neuropsichiatria Infantile ASL NO; [3] Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, Segretario Direttivo Nazionale SINPIA; [4] Neuropsichiatra Infantile, Presidente SINPIA, Direttore UONPIA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Riassunto

I servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza necessitano, oggi più che mai, di sistemi informativi che consentano il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica. Al fine di riavviare il percorso che dovrebbe portare ad un sistema di monitoraggio nazionale, gli Autori riprendono il glossario delle attività ed approfondiscono le caratteristiche che un appropriato sistema informativo dovrebbe possedere, per consentire l'applicazione di un "cruscotto" di indicatori specifico, ridotto nell'estensione ma sufficiente per una valutazione del funzionamento ed un confronto con altri servizi simili.

Parole chiave: Servizi territoriali, Glossario attività, Sistema informativo, Indicatori

Summary

Today, more than ever, Children and Adolescents Neuropsichiatric community Services need information systems that allow monitoring and detection of epidemiological data and activity. In order to restart the path that should lead to a national monitoring system, the Authors propose a data glossary, the characteristics that the information system must possess and a specific "dashboard" of indicators, reduced in extension but sufficient for an evaluation of the functioning and a comparison with other similar services.

Key words: Territorial services, Data glossary, Information system, Indicators

PREMESSA

Oggi più che mai i servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza hanno la necessità di dotarsi di un sistema informativo che consenta il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica e delle attività [1]. Solo l'acquisizione informatizzata dei flussi di dati provenienti dall'utenza e dalle diverse figure professionali, la loro misurazione e la loro utilizzazione all'interno di un sistema di indicatori riproducibili, accurati e soprattutto specifici per le caratteristiche peculiari degli utenti e dei loro bisogni, nonché delle risorse impiegate, dei percorsi di cura e delle prestazioni erogate possono garantire un adeguato monitoraggio degli interventi in corso, orientarne i cambiamenti e consentire un confronto costruttivo con altre realtà organizzative simili [2-5]. Di converso, l'assenza di dati raccolti in modo sufficientemente omogeneo e completo non solo impedisce la costruzione di una batteria di indicatori che rappresenti effettivamente l'attività dei servizi in modo credibile e attendibile, a tutti i livelli della gestione del servizio sanitario, ma spiega, almeno in parte, l'estrema fragilità contrattuale del settore in

CORRISPONDENZA
Mauro Camuffo, via Uranio 45, 58100 Grosseto - E-mail: mauro.camuffo4@gmail.com

termini di valorizzazione delle attività da parte delle Regioni e di definizione dei budget interni alle aziende, e vanifica la rilevazione dei carichi di lavoro e la programmazione delle attività [6].

Già in passato numerosi sono stati i tentativi di proporre al variegato mondo delle strutture che svolgono funzioni di tutela della salute neuropsichica dell'infanzia e dell'adolescenza sistemi di indicatori utili a misurare l'operato dei professionisti, monitorare i singoli servizi in modo continuativo e consentire comparazioni tra organizzazioni diverse. Ma la probabile prematurità della proposta (vedi quella di un "Sistema di macroindicatori per la valutazione dei servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza") [7], la complessità del sistema (vedi il "Progetto Cruscotto per analizzare i sistemi di salute mentale delle regioni, Settore Infanzia e Adolescenza", con 20 indicatori di primo livello e 21 di secondo livello, utilizzabile per valutare l'attività complessiva di tutti i servizi, compresi i servizi privati e accreditati, le cliniche universitarie, le divisioni ospedaliere e le strutture residenziali e semiresidenziali) [8], la loro imposizione "dall'alto" (vedi gli "Indicatori per la Salute Mentale" proposti dalla Regione Toscana al MES dopo il 2° turno Delphi; 2014) e forse anche la difficoltà ad accordarsi sulle soglie (o standard) di riferimento ne hanno condizionato la diffusione e l'applicazione sistematica e di routine.

Premessa indispensabile alla strutturazione di un sistema informativo che consenta la raccolta di indicatori confrontabili è condividere la definizione di quali informazioni rilevare, con quali procedure e per quali unità organizzative, a maggior ragione in un quadro in cui, in assenza di tale definizione univoca, assistiamo al diffondersi di un ampio ventaglio di software utilizzati (Caribel SM, HTH, NPInet, Smail, Dedalus, GPI ecc.) e di informazioni raccolte da servizi sovrapponibili per mandato, anche all'interno della stessa regione se non della stessa azienda sanitaria. La costruzione di un sistema informativo specifico non può quindi prescindere dalla condivisione di un glossario che, contenendo definizioni comuni dei dati di servizio e delle tipologie di attività, presenti alcune caratteristiche essenziali. Un glossario condiviso e comune dei dati di servizio e delle attività "*permetterebbe infatti di raccogliere informazioni, confrontabili su tutto il territorio nazionale, che differenzino chiaramente gli interventi in presenza dell'utente da quelli in sua assenza e da quelli necessari per il funzionamento complessivo dei servizi. Ciò consentirebbe di strutturare il nucleo centrale di un sistema informativo omogeneo che includa la diagnosi principale e la diagnosi multiassiale, il livello di gravità ecc.; di giungere a ipotizzare tempi medi di riferimento, partendo dalle effettive attività svolte nei servizi; di calcolare, conseguentemente, i costi delle prestazioni; di avviare processi di accreditamento professionale tra pari; di mettere a punto un sistema specifico di indicatori; di definire (confrontando ipotesi teoriche, situazione effettiva nei servizi e dati di esito) profili diagnostici e terapeutici e conseguenti assorbimenti di risorse; di ipotizzare e individuare sistemi di finanziamento maggiormente rispondenti alle necessità dell'utenza dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*" [6].

GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi del presente lavoro sono, fondamentalmente, due: da una parte delineare, nel modo più chiaro e semplice possibile, il glossario delle attività di un servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e le caratteristiche che il suo sistema informativo deve possedere, anche per alimentare un sistema di indicatori specifico, ridotto nell'estensione ma sufficiente per una valutazione del funzionamento; dall'altra riavviare la discussione ed il confronto tra servizi su informazioni, quantitative ma anche qualitative, che, seppure fondamentali per la gestione, la programmazione e il *budgeting*, continuano a restare patrimonio di pochi e a non tradursi, in campo nazionale, nella ricerca e nella letteratura scientifica che pure meriterebbero.

IL SERVIZIO TERRITORIALE

Ci si riferisce qui al Servizio Territoriale per i Disturbi Neuropsichici dell'Infanzia e dell'Adolescenza, indipendentemente dalle denominazioni locali (Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile, Polo territoriale di NPIA ecc.), ambulatoriale e pubblico, ricordando che il termine servizio è usato per indicare l'insieme coordinato delle diverse unità organizzative operanti in un'area specifica (in alcune realtà, unità organizzativa e servizio possono coincidere), l'unità organizzativa rappresenta l'entità organizzativa omogenea minima di erogazione delle attività, degli interventi e delle prestazioni, mentre il termine struttura sta ad indicare il complesso delle risorse disponibili all'interno di un servizio o di un'unità organizzativa (attrezzature, edifici, personale) e delle modalità organizzative ("primo asse della qualità") [6]. In questa fase, sono esclusi i servizi privati accreditati, i servizi ospedalieri e le cliniche universitarie di Neuropsichiatria

Infantile, nonché le strutture terapeutiche residenziali e semi-residenziali, che richiedono ulteriori verifiche, poiché è verosimile che abbiano necessità di dati e indicatori ulteriori o differenti, e per i quali si rimanda ad un eventuale approfondimento e ad un documento di raccordo con la presente proposta.
Il Servizio Territoriale si colloca nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale [1], è multiprofessionale, e quindi dotato della necessaria variabilità di figure professionali, ed ha un mandato che comprende la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici della popolazione in età 0-17 anni e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino/adolescente, nelle sue varie linee di espressione (emotiva, socio-relazionale, cognitiva, linguistica, sensoriale e motoria) e nei suoi rapporti con il contesto di vita e con gli eventuali agenti psicosociali ed ambientali di stress.

IL GLOSSARIO DEI DATI DI SERVIZIO

Si propone un glossario dei dati di servizio, che il sistema informativo deve rilevare per alimentare il sistema degli indicatori, che rappresenta un estratto del "Glossario delle Unità Organizzative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle attività correlate" proposto ai Servizi italiani nel 2002 [6].
Il glossario, in particolare, deve:

1. definire le attività specifiche in modo adeguatamente differenziato per ogni tipologia di unità organizzativa;
2. essere adattabile alle estreme variabilità organizzative;
3. includere voci specifiche anche per le attività effettuate non in presenza dell'utente o necessarie per gestire il servizio nel suo insieme;
4. includere il massimo dettaglio e allo stesso tempo il minimo numero di voci, in base ai diversi tipi di attività e al consumo relativo di risorse;
5. includere sotto la stessa voce attività che siano omogenee per tipologia e possibile tempo di durata, eventualmente differenziabili attraverso un codice si-no;
6. descrivere in modo semplice e chiaro le singole voci, evidenziando criteri di inclusione ed esclusione;
7. definire in modo preciso le modalità di conteggio, in particolare per le attività effettuate da più operatori insieme;
8. essere facilmente integrabile con un sistema di codifica diagnostica, che possa includere tutte le comorbilità;
9. essere facilmente ampliabile alla periferia secondo esigenze locali o regionali.

Sono escluse voci su cui non esiste tuttora un accordo diffuso o che, pur rilevanti dal punto di vista epidemiologico non è necessario imputare per costruire gli indicatori proposti (Tab. I).

IL SISTEMA INFORMATIVO

I requisiti

Il "Manuale di accreditamento professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza" [9] ci ricorda che il sistema informativo deve possedere una serie di requisiti "minimi" per fornire dati attendibili ed utili e diventare uno strumento di miglioramento continuo di qualità; in particolare deve:

1. essere informatizzato;
2. avere un responsabile, della promozione e del controllo della tempestività della rilevazione, della completezza, della riproducibilità e dell'accuratezza delle informazioni originali e delle codifiche, della supervisione della registrazione digitale e dell'analisi statistica, della formazione per l'utilizzo, della gestione della privacy ecc.;
3. essere sostenuto da pratiche uniformi e/o procedure scritte per quanto riguarda le modalità di verifica della completezza e della qualità dei dati;
4. permettere di individuare i singoli utenti in modo univoco e con modalità compatibili con i sistemi informativi locali o regionali;
5. assicurare la gestione dei dati sensibili in accordo con le norme di tutela della privacy, attuali e future;
6. consentire di fornire in modo completo, accurato e tempestivo, i dati richiesti dall'Azienda, dalla Regione e dallo Stato;
7. rendere possibile l'accesso e l'analisi dei dati anche in sede decentrata, senza necessariamente passare attraverso gli operatori del sistema informativo aziendale, con dati già accorpati per un loro proficuo utilizzo;
8. restituire tempestivamente le informazioni elaborate in forma facilmente comprensibile e tale da permettere riflessioni clinico-organizzative, sotto forma di indicatori o con elaborazioni illustrate da grafici, dando la possibilità di confronto con periodi precedenti ed auspicabilmente con servizi simili;
9. consentire la produzione di una relazione annuale, portata a conoscenza del personale del servizio e discussa;
10. essere accettato, vissuto ed attivamente utilizzato da tutti gli Operatori coinvolti come una risorsa reale ed uno strumento indispensabile del proprio lavoro.

Tab. I. Glossario.

Attività	Corrisponde al processo (output), quindi al comportamento degli operatori sanitari che a partire dalle strutture/risorse (input) conduce all'esito; comprende gli atti professionali tipici, distinguibili in attività clinica rivolta al paziente (attività > interventi > prestazioni) e attività di supporto.
Attività clinica	Rappresenta il nucleo principale delle attività di un servizio, comprendendo tutta l'attività di diagnosi, cura e riabilitazione che è possibile attribuire in modo univoco ad un singolo utente (dotata cioè di etichetta nome-utente), nonché le attività necessarie al coordinamento del piano di cura; include, quindi, qualunque atto effettuato per un utente e rilevabile come intervento/prestazione; può essere differenziata in attività diretta e indiretta ed essere effettuata da uno o più operatori, presso unità organizzative del servizio o presso altre sedi; tutte le prestazioni sono registrate sotto il nome dell'utente; ciò vale anche per gli interventi di gruppo (registrati per ogni utente), di equipe, con la scuola, con i genitori ecc.; le prestazioni effettuate da più operatori contemporaneamente sono registrate come unica prestazione tranne quando si tratti di attività che sono effettuate in parallelo per motivi organizzativi ed in cui ciascun operatore mette in campo competenze specifiche chiaramente differenziate; per ogni voce sono possibili informazioni aggiuntive (operatore/i che effettua/no la prestazione, prima prestazione/prestazione successiva, presenza/assenza utente, individuale/di gruppo, ordinaria/urgente, prestazione mancata, tempo impiegato, sede).
Cartella clinica (apertura di)	La cartella clinica ambulatoriale viene formalmente aperta in tutti i casi di primo contatto con il servizio, tranne quando si tratti di prestazione di consulenza ed esista la cartella di un altro servizio su cui registrare la consulenza effettuata; raccoglie tutti gli episodi di cura effettuati per quell'utente.
Compromissione funzionale	Va a descrivere quanto i diversi disturbi da cui è affetto l'utente interferiscono sul funzionamento complessivo della persona; per essere confrontabile, richiede il ricorso a idonee scale o questionari.
Conclusione	Si considera concluso l'intervento (di diagnosi o di trattamento) quando si verifica una delle condizioni seguenti: il servizio, in accordo con l'utente e/o con la famiglia, considera concluso l'intervento (dimissione); mancano i presupposti per il proseguimento (non necessità di altre visite dopo la prima o mancanza di collaborazione o superamento dell'età); l'utente o la famiglia decidono di interrompere l'intervento (interruzione attiva); scade il termine convenzionale: per gli interventi ambulatoriali assenza dell'utente, non concordata con il servizio, superiore a 12 mesi o al periodo stabilito (interruzione passiva); trasferimento/decesso utente; altro.
Consulenza	Valutazione specialistica svolta nei confronti di soggetto in carico ad altro servizio sanitario (reparto di degenza ospedaliero, PS) o socio-assistenziale, a carattere occasionale.
Contatto	Soggetto che riceve dal servizio almeno una prestazione nel corso dell'anno; contatti = consulenze + utenti nell'anno (le "teste" diverse che entrano nel servizio nel periodo considerato).
Diagnosi	Va indicata al termine degli interventi che hanno condotto alla sua definizione e controllata al momento della conclusione del trattamento o di verifiche in itinere; deve essere codificata secondo l'ICD-10; è possibile utilizzare in associazione i Codici Z; la "diagnosi principale", per convenzione, è la diagnosi che assorbe la maggior parte delle risorse consumate dalla presa in carico, ma devono essere codificate tutte le diagnosi presenti, con data di inizio e data di fine.
Episodio di cura	Corrisponde all'episodio attivo, ovvero all'insieme delle attività diagnostiche e/o terapeutiche e/o riabilitative effettuate per un utente che ha richiesto l'intervento del servizio per un problema di salute fino al momento della conclusione; viene attivato un nuovo episodio di cura per ogni ritorno del paziente al servizio dopo la conclusione di un precedente episodio di cura.
Esito	Le condizioni di salute dell'utente e/o il grado di soddisfazione dello stesso o dei familiari a seguito di uno specifico intervento sanitario (ciò che si ottiene/outcome); è considerato il "terzo asse della qualità"; si possono distinguere gli esiti finali dagli esiti intermedi e dalla soddisfazione nei confronti del servizio; possono essere utilizzati strumenti estremamente sintetici (ad es. CGI-I) e/o strumenti multidimensionali e/o strumenti che considerano i diversi punti di vista di utenti/famiglia/operatori.
Gravità	Grado di severità (peso) della specifica patologia.
Intervento	È l'atto professionale complesso; rientra tra le attività (quindi è parte del processo) ed è composto da una o più prestazioni.
Inviante	Il soggetto/l'istituzione inviante, che determina la richiesta di primo contatto con il servizio; il dato non è modificabile all'interno dello stesso episodio di cura.
Motivo dell'invio	Motivo espresso da chi richiede il primo contatto con il servizio; il dato non è modificabile all'interno dello stesso episodio di cura.
Multiprofessionale	È l'intervento effettuato su un utente da almeno due operatori di discipline diverse nello stesso episodio di cura, contemporaneamente o in momenti diversi.
Nuovo utente	Soggetto che entra in contatto con il servizio per la prima volta in assoluto e per cui viene aperta una nuova cartella clinica.
Presa in carico	Atto con cui si decide che alle prime visite/colloqui seguiranno (ed effettivamente seguono) altri interventi, per definizione diagnostica o trattamento o altre attività; coincide con la stesura del PTRI.
Prestazione	È l'atto professionale semplice; rientra tra le attività (quindi è parte del processo) ed è costitutivo dell'intervento o corrisponde ad esso.

continua

Tab. I. Glossario *(segue).*

Processo	Qualsiasi azione specialistica relativa all'assistenza sanitaria (ciò che si fa/output); è considerata il "secondo asse della qualità", quello che si riferisce al comportamento degli operatori sanitari, distinto da "struttura" e da "esito".
Progetto	Si riferisce al Progetto-Terapeutico-Riabilitativo-Individualizzato, redatto dopo la fase diagnostica, in collaborazione con la famiglia e prima dell'avvio del trattamento, con l'indicazione degli obiettivi; può essere monoprofessionale o, prevalentemente, multiprofessionale.
Ripresa in carico	Ritorno al servizio di un utente già noto e che ha una cartella aperta, per il quale viene attivato un nuovo episodio di cura; deve avvenire in un momento successivo alla conclusione di tutti gli interventi relativi alla presa in carico precedente.
Trattamento	Si intendono tutte le attività di tipo terapeutico o riabilitativo che il servizio effettua per un utente, sia direttamente, anche se all'esterno dell'unità organizzativa, sia indirettamente; è quindi concetto più ampio di terapia.
Utente	Soggetto tra 0 e 17 anni per il quale esiste una cartella clinica aperta presso il servizio ed a cui sono rivolte le attività; si registrano a suo nome anche tutte le prestazioni indirette effettuate in sua assenza nel suo interesse.
Utente alto utilizzatore	Utente per il quale sono state effettuate, per convenzione, almeno 18 prestazioni nell'anno.
Utente in carico	Utente del quale è stata decisa la presa in carico da parte del servizio; per convenzione, utente per il quale sono state effettuate almeno 3 prestazioni nell'anno.
Utente nell'anno	Utente che ha ricevuto dal servizio almeno una prestazione nell'anno, indipendentemente dall'attivazione di un trattamento.
Utente lungo-assistito	Utente in carico nell'anno in corso e nell'anno precedente.

Le informazioni

Le informazioni che il sistema informativo deve raccogliere e rendere disponibili per elaborazioni e confronti [9] devono comprendere:

1. la prevalenza dei contatti (indipendentemente dalla componente organizzativa con cui il contatto è avvenuto, in modo che gli utenti non vengano contati più volte);
2. la prevalenza degli utenti in carico;
3. l'incidenza dei nuovi utenti;
4. il tipo, la quantità e, possibilmente, la durata delle prestazioni effettuate, anche in rapporto alle condizioni di salute che le hanno attivate;
5. il numero di interventi riabilitativi e terapeutici per utente;
6. il carico di lavoro del personale;
7. l'entità delle attività ambulatoriali, domiciliari e di altro tipo, permettendone il confronto tra sedi diverse e nel tempo;
8. il numero di conclusioni, concordate o non concordate, attive e passive;
9. il tipo e la quantità delle prestazioni e le professionalità che le hanno erogate, in rapporto agli specifici percorsi attivati (Tab. II).

Le prestazioni

Stante la variabilità delle prestazioni comprese nei nomenclatori tariffari regionali e considerato che alcune attività indispensabili per i percorsi clinici degli utenti non compaiono in alcuni di essi, l'elenco più oltre riportato è tratto dal "Glossario delle Attività Territoriali" a cura della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) [10], nel tentativo di consentire un denominatore comune ed un confronto interregionale. La lista non vuole essere esaustiva ma onnicomprensiva, nel senso che eventuali altre tipologie di intervento dovrebbero essere riconducibili ad una delle voci della lista stessa (Tab. III).

Le diagnosi

Le diagnosi sono riferite all'ICD-10 (preparandosi all'applicazione dell'ICD-11), il sistema di classificazione diagnostico utilizzato dai servizi territoriali italiani da oltre un ventennio, e possono essere suddivise in gruppi diagnostici che nascono dal raggruppamento di diagnosi affini tra loro, come in Tabella IV. Il sistema deve sempre riportare la diagnosi principale, garantendo l'inserimento della codifica anche di tutte le altre diagnosi presenti in comorbilità e delle eventuali patologie associate, con data di inizio e data di fine di ciascuna.

GLI INDICATORI

Il "cruscotto" di indicatori proposto (gli indicatori come "spie sul cruscotto della macchina dell'organizzazione") [2] comprende esclusivamente indicatori sistematici (rilevati dal sistema informativo di routine), ottenuti da dati aggregati (attraverso l'analisi di dati relativi a più soggetti o procedure), e di struttura (ciò che è dato/*input*: le risorse disponibili all'interno di un servizio), di processo (ciò che si fa/*output*: le attività degli operatori sanitari, in particolare le dimensioni specifiche delle loro prestazioni) o di esito (ciò che si ottiene/outcome: le condizioni di salute del paziente e/o il grado di soddisfazione dello stesso, o dei familiari, o della popolazione, a seguito di uno specifico intervento sanitario) [7 11].

Tab. II. Informazioni che il sistema informativo deve raccogliere.

A	Dati anagrafici dell'utente	Individuato in modo univoco e con modalità compatibili con i sistemi informativi locali o regionali.
B	Data richiesta	Data in cui viene richiesta l'apertura di un nuovo episodio di cura.
C	Data primo contatto	Corrisponde alla effettiva data di apertura di un nuovo episodio di cura; nel primo episodio di cura, corrisponde anche alla data di apertura della cartella clinica.
D	Inviante	• D1 accesso diretto • D2 famiglia • D3 scuola • D4 pediatra/medico di famiglia • D5 pediatria ospedaliera • D6 NPI ospedaliera • D7 altri servizi ospedalieri • D8 tribunale • D9 servizi sociali • D10 altro
E	Motivo dell'invio	• E1 problemi affettivo/relazionali • E2 problemi comportamentali • E3 difficoltà scolastiche • E4 difficoltà di linguaggio • E5 sintomi neurologici • E6 sintomi psichiatrici • E7 problemi psico-sociali • E8 controllo sviluppo pm • E9 richiesta tribunale • E10 richiesta servizi sociali • E11 altro
F	Sede primo contatto	
G	Operatore che effettua il primo contatto	
H	Diagnosi	Secondo l'ICD-10 (con possibilità di transcodifica in ICD9-CM), con data di inizio e data di fine; deve poter essere indicata, tra le diagnosi attive, la diagnosi principale.
I	Presa in carico	Sì/No
L	Data presa in carico	
M	Tipologia di presa in carico	• M1 presa in carico • M2 monitoraggio periodico • M3 certificazione
N	Progetto	• N1 monoprofessionale • N2 multiprofessionale
O	Certificazioni	• Certificazione ai sensi L. 104/1992 • Certificazione ai sensi L. 170/2010 • Certificazione per BES • Altro
P	Data certificazione	Data inizio e data fine validità
Q	Prestazione erogata	(Tab.III)
R	Data prestazione	
S	Operatore che effettua la prestazione	
T	Conclusione episodio di cura	• T1 concordata • T2 interruzione attiva • T3 interruzione passiva (dopo 12 mesi senza prestazioni) • T4 trasferimento • T5 decesso • T6 altro
U	Data conclusione	
V	Esito (CGI-I)	• V1 molto migliorato • V2 migliorato • V3 lievemente migliorato • V4 stabile (nessuna modifica) • V5 lievemente peggiorato • V6 peggiorato • V7 molto peggiorato • V8 non valutabile

Tab. III. Attività.

Attività clinica rivolta all'utente		
A	Prima visita	
B	Visita/colloquio successivi	Visita di controllo
C	Valutazione psicodiagnostica	Con somministrazione di test e/o scale di valutazione
D	Valutazione funzionale	Valutazione standardizzata
E	Psicoterapia	• E1 individuale • E2 congiunta • E3 familiare • E4 di gruppo
F	Intervento abilitativo/riabilitativo	• F1 Logopedia • F2 Fisioterapia • F3 Neuropsicomotricità • F4 altro
G	Intervento educativo	
H	Intervento socio-assistenziale	
I	Screening	
L	Accertamento medico-legale	
M	Consulenza	Ad altri servizi socio-sanitari
N	Incontro di programmazione e verifica d'equipe incentrato sul caso	Incontro operativo multiprofessionale sul caso senza scuola
O	Incontro di programmazione e verifica sul caso con altri servizi	Incontro operativo multiprofessionale con altri servizi
P	Incontro di programmazione e verifica sul caso con la scuola	iIncontro operativo multiprofessionale con la scuola
Q	Relazione/certificazione	Relazione anche connessa a: • DF, PDF, PEI, • riconoscimento invalidità civile, • certificazione ai sensi L.104/1992 e L.170/2010, BES, • richiesta Tribunale
Attività di supporto		
R	• Direzione e coordinamento • Attività di programmazione e monitoraggio • Partecipazione a runioni con altri servizi • Ricerca ed altre attività di studio • Attività di tipo amministrativo • Adempimenti periodici di tipo statistico • *Front office* e rapporti con utenti (anche telefonici)	

Si tratta quindi di indicatori finalizzati prevalentemente al monitoraggio (offerta e consumo) oltre che alla valutazione (ad es. appropriatezza). Sono rappresentati da un tasso (se riferiti alla popolazione) o da una proporzione (se riferiti solo a dati interni); i tassi sono costruiti sulla popolazione residente 0-17 anni per 10.000. L'arco temporale considerato va dall'1 gennaio al 31 dicembre; la popolazione di riferimento è quella del territorio su cui opera il servizio (Istat GEODEMO, 1 gennaio dell'anno); le fasce d'età sono distribuite come segue: 0-2 anni (prima infanzia), 3-5 anni (seconda infanzia), 6-10 anni (età scolare), 11-13 anni (preadolescenza), 14-17 (adolescenza), > 18 anni (maggiore età) (Tab. V). È evidente che, con un sistema informativo che raccoglie informazioni sistematiche e di routine, è possibile alimentare un gran numero di ulteriori indicatori, sia di processo (ad es. indicatore di conclusioni concordate/non concordate, indicatore di variazione di carico, indicatore di porta girevole, indicatore di ripresa in carico ecc.), sia "di efficienza" (ad es. n. medio utenti in carico per operatore, durata media delle prestazioni, n. medio prestazioni per utente in carico, indicatori di case-mix ecc.), sia di carico istituzionale (ad es. n. medio prestazioni per utenti in carico certificati ai sensi della L.104/92 o della L.170/2010 o per altri Bisogni Educativi Speciali, proporzione utenti in carico congiuntamente al servizio sociale, proporzione di prestazioni per utenti in carico congiuntamente al servizio sociale, proporzione di utenti in carico con il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria, proporzione di prestazioni effettuate per affidi, adozioni, collocazioni, inserimenti ecc.), sia di invio (ad es. proporzione di utenti inviati dalla scuola, dalla pediatria ospedaliera, dai pediatri/medici di famiglia, indicatore di accesso diretto, indicatore di attrazione, indicatore di fuga, indicatore di ricorsi al PS, proporzione

Tab. IV. Gruppi diagnostici.

	ICD-10	ICD9-CM
A. Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	F20-F29	295, 297, 298 (escl. 298.0)
B. Sindromi affettive	F30-F39	296.0, 296.1, 296.4-8, 296.2-3, 296.9, 298.0, 300.4, 309.0, 309.1, 311
C. Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi e altre sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni funzioni fisiologiche e a fattori somatici	F40-F48; F51F59	300 (escl.300.4), 306, 307.4, 307.8, 307.9, 308, 309.3, 309.4, 309.8, 309.9, 316
D. Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare	F50; F98.2; F98.3	307.1, 307.5
E. Disturbi di personalità specifici	F60	301, 302, 312
F. Disabilità intellettiva (ritardo mentale)	F70-F79	317, 318, 319
G. Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio	F80	315.03.00
H. Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche	F81	315.0, 315.1, 315.2
I. Disturbi evolutivi specifici della funzione motoria	F82	
J. Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico	F84	299
L. Sindromi ipercinetiche	F90	314
M. Sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	F91-F99	307.2, 307.9, 312, 313
N. Epilessia	G40	345
O. Emicrania e sindromi cefalalgiche di altro tipo	G43-G44	346
P. Malattie della giunzione mioneurale e del muscolo	G70-G73	358.00.00
Q. Paralisi cerebrali infantili	G80-G83	343
R. Disturbi metabolici, idrocefalo e altre malattie del sistema nervoso	E70-E90 G00-G99 (esclusi i precedenti)	270-278, 331.3, 331.4, 348-349
S. Disturbi visivi e ipovisione	H53-H54	368,37
T. Ipoacusia	H90-H91	389
U. Malattie sistema muscolo-scheletrico	M00-M99	710-739
V. Malformazioni congenite, deformazioni e anomalie cromosomiche (inclusa Sindrome di Down)	Q00-Q99	740-759
Z. Altro		

di accessi d'urgenza, indicatore di invii in convenzionalità esterna, indicatore di inserimento in istituti o comunità a valenza sanitaria ecc.), oltre che di esito (ad es.; grado di severità della patologia dopo un trattamento; livello di compromissione funzionale; livello di soddisfazione dell'utente, dei familiari, degli stakeholders ecc., la cui valutazione, per essere confrontabile, richiede il ricorso ad idonee scale o questionari) [12-19].

CONCLUSIONI

I dati raccolti e il sistema di indicatori alimentato con tali dati sono in grado di fornire una gran mole di informazioni sull'utenza reale che raggiunge il servizio, sulla distribuzione diagnostica, sulla quota di diagnosi ancora sospese o non appropriate, sulla quantità di prestazioni erogate, sulle prestazioni fornite ad utenti specifici (minori con disabilità, minori con bisogni particolari, minori migranti ecc.) o all'utenza con bisogni riabilitativi, sull'assorbimento di risorse da parte delle diverse tipologie diagnostiche e dei debiti istituzionali, sui carichi di lavoro, sulle risorse ancora disponibili, sul grado di collaborazione con i fornitori esterni ed interni e sul livello di multiprofessionalità dell'attività; in definitiva, informazioni sulla capacità di risposta, sull'appropriatezza delle prestazioni e sull'efficienza, essenziali per capire come si sta funzionando e verso dove è opportuno indirizzare le attività e migliorarle. Solo utilizzando indicatori pertinenti, affidabili, accurati e semplici da rilevare diventa di fatto possibile individuare le strategie più adeguate per rispondere al mandato rispettando i valori del servizio ed acquisire fondamentali elementi di valutazione economico-finanziaria dei processi, quali la stima a monte delle risorse necessarie per una specifica attività o la definizione a valle dell'offerta di prestazioni legata all'effettiva disponibilità delle risorse presenti, oppure ancora la programmazione di specifici PDTA e la verifica in corso d'opera del loro grado di realizzazione.
In più, l'utilizzo dello stesso sistema di indicatori da parte di servizi diversi, in aree territoriali diverse, permetterebbe finalmente confronti attendibili e non auto-referenziali e la definizione delle soglie (i valori di riferimento) necessarie perché "… un indicatore diventi un'informazione

Tab. V. Cruscotto degli indicatori.

1	
Definizione	**Personale operante nel servizio**
Misura	Tasso per 10.000
Numeratore	Numero di operatori (tempo-pieno equivalenti), per figura professionale, che lavorano nel servizio
Denominatore	Popolazione di riferimento <18 anni
Note	Le figure professionali sono: neuropsichiatri infantili altri medici psicologi logopedisti fisioterapisti terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva tecnici della riabilitazione psichiatrica educatori professionali terapisti occupazionali infermieri OTA/OSS assistenti sociali amministrativi altro
Finalità	Verificare che le risorse strutturali disponibili siano adeguate alle esigenze della popolazione di riferimento e che l'organizzazione sia aderente al compito istituzionale
2	
Definizione	**Contatti nell'anno**
Misura	Tasso x 10.000 (o percentuale)
Numeratore	Numero di soggetti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con il servizio
Denominatore	Popolazione di riferimento <18 anni
Note	L'indicatore misura la *prevalenza (trattata)*
Finalità	Valutare la quota della popolazione che almeno una volta nel corso dell'anno ha avuto effettivo bisogno delle competenze del servizio; al numeratore vanno inclusi sia gli utenti nell'anno che le consulenze (utenti + consulenze = contatti)
3	
Definizione	**Nuovi utenti nell'anno**
Misura	Tasso x 10.000 (o percentuale)
Numeratore	Numero dei nuovi utenti nell'anno
Denominatore	Popolazione di riferimento <18 anni
Note	Per nuovi utenti si intendono coloro che non hanno avuto con il servizio alcun contatto in precedenza; l'indicatore misura l'*incidenza (trattata)*; in un servizio giovane, il numero di nuovi utenti che entrano è maggiore di quelli che escono; progressivamente dovrebbe essere raggiunto un equilibrio; in un sistema in equilibrio, misura la quota dei "nuovi ammalati" nel periodo di tempo
Finalità	Valutare la capacità del servizio di accogliere nuove richieste, quindi la sua accessibilità, la conoscenza da parte del territorio della sua esistenza e delle sue funzioni, il filtraggio operato dai prescrittori di visita specialistica, la qualità della collaborazione con i fornitori esterni
4	
Definizione	**Utenti con almeno 3 contatti nell'anno**
Misura	Tasso x 10.000 (o percentuale)
Numeratore	Numero di utenti che hanno avuto almeno 3 contatti nell'anno con il servizio
Denominatore	Popolazione di riferimento <18 anni
Note	Per molti sistemi informativi, almeno 3 contatti nell'anno rappresenta la soglia per stabilire la *presa in carico*
Finalità	Valutare la capacità di risposta del servizio e il suo carico di utenti (utenti in carico)
5	
Definizione	**Utenti nell'anno per età/sesso**
Misura	Tassi età-sesso specifici x 10.000
Numeratore	Numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con il servizio, per ciascuna fascia d'età e per sesso

continua

Tab. V. Cruscotto degli indicatori (*segue*).

5	
Denominatore	Popolazione di riferimento <18 anni (differenziata per fasce d'età e per sesso)
Note	I tassi età-sesso specifici sono raccolti separatamente per maschi e femmine secondo la seguente divisione in fasce d'età: 0-2 anni, 3-5 anni, 6-10 anni, 11-13 anni, 14-17 anni, >18 anni. Anche questo indicatore misura la *prevalenza (trattata)*
Finalità	Analizzare in termini di età e sesso la popolazione che ha avuto bisogno del servizio nell'anno
6	
Definizione	**Utenti in trattamento riabilitativo nell'anno**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero utenti in trattamento riabilitativo nell'anno presso il servizio
Denominatore	Numero utenti con almeno un contatto nell'anno con il servizio
Note	Sono inclusi i trattamenti riabilitativi di logopedia, fisioterapia e neuropsicomotricità dell'età evolutiva e altri interventi abilitativi-riabilitativi solo se formalizzati
Finalità	Analizzare l'efficienza del servizio e il carico di lavoro riabilitativo assorbibile, consentendo una migliore programmazione ed una migliore organizzazione delle risorse disponibili
7	
Definizione	**Numero medio di interventi erogati dal servizio per ciascun utente nell'anno**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero complessivo di interventi erogati dal servizio nell'anno
Denominatore	Numero utenti con almeno un contatto nell'anno con il servizio
Note	Gli interventi erogati sono quelli compresi in Tab. III
Finalità	Analizzare l'efficienza del servizio e il carico di lavoro affrontato
8	
Definizione	**Interventi erogati dal servizio nell'anno, per tipo di attività**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero di interventi erogati dal servizio nell'anno, differenziati per tipo di attività
Denominatore	Numero complessivo di interventi erogati
Note	Il denominatore dell'indicatore corrisponde al numeratore dell'indicatore 7; gli interventi sono quelli compresi nella Tab. III
Finalità	Analizzare l'efficienza del servizio e il carico di lavoro, differenziato per tipo di attività, consentendo una migliore programmazione ed una migliore organizzazione delle risorse disponibili
9	
Definizione	**Utenti con disabilità certificata ai fini dell'inclusione scolastica**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero utenti con disabilità certificata ai fini dell'inclusione scolastica, che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con il servizio
Denominatore	Numero utenti con almeno un contatto nell'anno con il servizio
Note	Il denominatore dell'indicatore corrisponde al numeratore dell'indicatore 2.
Finalità	Evidenziare la quota di utenti in carico certificati ai sensi della L.104/1992; valori elevati possono essere presenti in servizi di recente istituzione o sottodimensionati, o in servizi a cui afferiscono prevalentemente coloro che non possono farne a meno; il carico di lavoro conseguente va a determinare e influenzare in modo significativo la quota di risorse disponibile per altre attività
10	
Definizione	**Utenti in contatto con il servizio nell'anno per gruppo diagnostico**
Misura	Tasso x 10.000 (o percentuale)
Numeratore	Numero utenti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con il servizio, per gruppo diagnostico
Denominatore	Popolazione di riferimento <18 anni
Note	I gruppi diagnostici sono quelli indicati in Tab. IV
Finalità	Analizzare la distribuzione dell'utenza che si rivolge al servizio nell'anno per gruppo diagnostico di appartenenza
11	
Definizione	**Utenti alti utilizzatori**
Misura	Proporzione

continua

Tab. V. Cruscotto degli indicatori (*segue*).

11	
Numeratore	Numero di utenti del servizio che hanno ricevuto più di 18 prestazioni nell'anno
Denominatore	Numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con il servizio
Note	Il denominatore dell'indicatore corrisponde al numeratore dell'indicatore 2
Finalità	Monitorare la risposta del servizio alla quota di utenti alti utilizzatori ed il conseguente assorbimento di risorse, anche al fine di programmare e verificare le attività; analizzare la risposta che il servizio deve fornire all'utenza cronica e grave
12	
Definizione	**Interventi erogati per gruppo diagnostico**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero interventi erogati per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva differenziati per gruppo diagnostico
Denominatore	Numero complessivo interventi erogati
Note	Si veda la Tab. IV per i gruppi diagnostici
Finalità	Analizzare l'efficienza del servizio e il carico di lavoro, differenziato per gruppo diagnostico, consentendo una migliore programmazione ed una migliore organizzazione delle risorse disponibili
13	
Definizione	**Interventi erogati per età-sesso**
Misura	Tassi età-sesso specifici x 10.000
Numeratore	Numero interventi erogati differenziati per fasce d'età e per sesso
Denominatore	Popolazione di riferimento <18 anni
Note	I tassi età-sesso specifici sono raccolti separatamente, per maschi e femmine, secondo la seguente suddivisione in fasce d'età: 0-2 anni, 3-5 anni, 6-10 anni, 11-13 anni, 14-17 anni, >18 anni
Finalità	Analizzare l'efficienza del servizio e il carico di lavoro, differenziato per età e sesso dell'utenza, consentendo una migliore programmazione ed una migliore organizzazione delle risorse disponibili
14	
Definizione	**Interventi multiprofessionali**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero interventi multiprofessionali sugli utenti nell'anno
Denominatore	Numero di utenti che hanno avuto almeno 3 contatti nell'anno con il servizio
Note	Gli interventi multiprofessionali sono quelli effettuati su un utente nello stesso episodio di cura da almeno due operatori di discipline diverse, contemporaneamente o in momenti diversi
Finalità	Misurare la quota di interventi multiprofessionali erogati agli utenti in carico nell'anno
15	
Definizione	**Utenti di nazionalità non italiana in contatto con il servizio nell'anno**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero di utenti di nazionalità non italiana con almeno un contatto con il servizio nell'anno
Denominatore	Numero di utenti con almeno un contatto con il servizio nell'anno
Note	Il denominatore dell'indicatore corrisponde al numeratore dell'indicatore 2.
Finalità	Analizzare la quota di utenti di nazionalità non italiana che accede al servizio nell'anno
16	
Definizione	**Proporzione di utenza grave**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero di utenti in carico con valori alla scala di gravità superiore ad un certo valore soglia
Denominatore	Numero di utenti in carico nell'anno
Note	Valuta la gravità dell'utenza seguita; richiede l'uso condiviso da parte degli operatori delle stesse scale di gravità
Finalità	Analizzare la risposta del servizio agli utenti in situazione di gravità; la gravità degli utenti in carico può rappresentare una variabile significativa relativa al carico di lavoro, allo stile di lavoro e alle scelte programmatiche in atto
17	
Definizione	**Indicatore di soddisfazione**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero utenti in carico > 8 anni d'età – Numero genitori utenti in carico – Numero invianti che danno un giudizio da buono ad eccellente all'assistenza ricevuta

continua

Tab. V. Cruscotto degli indicatori (*segue*).

17	
Denominatore	Numero utenti in carico nel periodo considerato
Note	Grado di soddisfazione dell'utenza (dei genitori, degli invianti) misurato con scale di valutazione costruite in modo metodologicamente corretto, confrontabili tra loro, somministrate a campioni rappresentativi e in modo sistematico; è dato dal rapporto tra utenti soddisfatti e utenti che hanno risposto allo strumento di valutazione (almeno il 90% degli utenti in carico nel periodo considerato)
Finalità	Misurare il grado di soddisfazione complessivo; individuare i motivi di insoddisfazione per adottare gli opportuni interventi correttivi
18	
Definizione	**Proporzione utenti trattati farmacologicamente**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero di utenti in carico ai quali è stato prescritto trattamento psicofarmacologico dagli specialisti del servizio nell'anno
Denominatore	Numero di utenti con almeno 3 contatti nell'anno
Note	Il denominatore dell'indicatore corrisponde al numeratore dell'indicatore 4; vanno esclusi, al numeratore, gli utenti epilettici in terapia antiepilettica o con altre terapie non strettamente riferite all'utilizzo di farmaci psicotropi
Finalità	Valuta la quota di utenti effettivamente trattata con farmaci psicotropi per prescrizione degli specialisti del servizio
19	
Definizione	**Indicatore di attività psicoterapeutica**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero di sedute di psicoterapia nell'anno
Denominatore	Numeri di utenti con almeno 3 contatti nell'anno
Note	Il denominatore dell'indicatore corrisponde al numeratore dell'indicatore 4; sono inclusi tutti i trattamenti psicoterapeutici condotti da Neuropsichiatri Infantili e/o Psicologi, purchè formalizzati
Finalità	Descrive la capacità del servizio di attivare interventi terapeutici non farmacologici mirati e, in definitiva, il suo stile di lavoro
20	
Definizione	**Proporzione di domanda "inappropriata"**
Misura	Proporzione
Numeratore	Numero di diagnosi di nulla di patologico (codice Z dell'ICD10) o similari nell'anno
Denominatore	Numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno con il servizio
Note	Il denominatore dell'indicatore corrisponde al numeratore dell'indicatore 2
Finalità	Valutare l'azione di filtro operata da altre istituzioni sociosanitarie e l'eventuale necessità di agire su di esse, riorientando la domanda; controllare che l'inevitabile domanda inappropriata non ecceda (standard da definire) e che venga fatto un uso appropriato delle limitate risorse disponibili

utile, cioè… possa modificare le decisioni" nella direzione di un miglioramento della qualità professionale [4]. Gli Autori si augurano che la loro proposta costituisca il primo mattone di un sistema informativo nazionale che tutti i servizi si sentano interessati a costruire.

Bibliografia

1 Conferenza Unificata Stato-Regioni. *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*. Intesa sancita 25-7-2019.

2 Morosini P, Perraro F. *Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità.* Torino: Centro Scientifico Editore 1999.

3 Morosini P. *Indicatori di valutazione e miglioramento della qualità professionale.* Rapporti ISTISAN 2004; 04/29 Rev.

4 Costantino MA, Camuffo M, Morosini PL. *Miglioramento continuo di qualità: breve sintesi sullo stato dell'arte e due proposte.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2004;24:48-55.

5 Monti A, Costantino MA, Millepiedi S. *Impatto economico e finanziario della Legge 170/2010 sul Sistema Sanitario: analisi prospettica dei costi*. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2013;33:211-21.

6 Costantino MA, Camuffo M, Bieber G. *Proposta metodologica per la costruzione di un glossario delle unità organizzative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle attività correlate.* Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2002;69: 233-47.

7 Camuffo M, Costantino MA, Morosini PL. *Proposta di un sistema di macro-indicatori per la valutazione dei servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.* Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2002;69:249-71.

[8] Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale. *Progetto Cruscotto: un sistema di indicatori per analizzare i Sistemi di Salute Mentale delle Regioni – Settore Infanzia e Adolescenza* 2010.

[9] SINPIA-QUASM. *Manuale di accreditamento professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.* 1ª revisione a cura di Erlicher A e Costantino A. 2008; www.sinpia.eu.

[10] SINPIA. *Glossario dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle attività correlate* 2005; www.sinpia.eu.

[11] SINPIA. *Proposta di un sistema di indicatori per i servizi di NPI* 2005; www.sinpia.eu.

[12] Camuffo M, Acchiappati MM, Fabbrizzi R, et al. *Sistema di indicatori e attività di un Servizio di Salute Mentale dell'età evolutiva.* Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2010;77:653-62.

[13] Camuffo M. *Una UFSMIA toscana a confronto con le UONPIA dell'Emilia Romagna: uguali i modelli, simili i limiti?* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2012;32:162-70.

[14] Camuffo M, Costanino MA. *La valutazione (routinaria) degli esiti nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.* Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici 2003; Vol. 7, 16 agosto 2013.

[15] Camuffo M, Dei S. *Attività e utenza di un servizio territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2017;37:1-12.

[16] Guccione F, Mariani A, Maspoli M, et al. *L'osservatorio epidemiologico di Neuropsichiatria Infantile della Regione Piemonte – dodici anni di attività da NPInet a SMILE.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2015;35:87-105.

[17] Guccione F, Mariani A, Ragazzo F. *Alla ricerca di specifici indicatori epidemiologici in Neuropsichiatria Infantile: l'esperienza della Regione Piemonte nel 2015.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2017;37:17-32.

[18] Guccione F, Mariani A, Maspoli M, et al. *La Rete di Assistenza neurologica, psicologica, psichiatrica e riabilitativa per l'Infanzia e l'Adolescenza.* Assessorato Tutela alla Salute e Sanità Regione Piemonte 2017.

[19] Guccione F, Mariani A, Pirro O, et al. *Report delle attività e dell'utenza della rete dei servizi di neuropsichiatria infantile nella regione Piemonte nel 2016.* Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2018; 38:147-63.

Un modello di screening per l'individuazione precoce di disturbi psichiatrici nei minori migranti in centri di accoglienza

A screening model for the early detection of psychiatric ailments in migrant minors in reception centers

A. Pellico[1], M. Massimino[1], F. Sanzaro[1], E. Sbona[1], M.L. Alfieri[2], G. Bozzanca[2], C. Tata[2], R. Cafiso[2]

[1] Progetto "In e Out, intervento integrato transculturale per l'assistenza psichiatrica", Dipartimento Salute Mentale ASP di Siracusa; [2] Dipartimento Salute Mentale ASP di Siracusa

Riassunto

Il problema del disagio psichico nella popolazione migrante rappresenta un fenomeno di interesse crescente per il rischio maggiore legato ai traumi della migrazione. Il seguente studio vuole esaminare un gruppo di popolazione rappresentata da minori migranti di varia età, giunti sul territorio nazionale, accompagnati o in modo autonomo, o nati in loco, con l'obiettivo di trovare modalità che possano far emergere precocemente segnali di rischio per sviluppi psichiatrici e accellerare la presa in carico dei servizi onde evitare emergenze psichiatriche dei minori migranti, ricadute di malattia con rischio di cronicizzazione, comorbidità complesse, stigmi sociali e compromissione del funzionamento sociale e lavorativo in età adulta.

Parole chiave: Minori stranieri non accompagnati, Tratta di minori, Disturbo post-traumatico da stress, Test di screening

Summary

The problem of mental distress in the migrant population represents a phenomenon of growing interest due to the greater risk associated with the trauma of migration. The following study aims to examine a population group represented by migrant minors of various ages, who have come to Italy, accompanied or autonomously, or born locally, with the aim of finding ways that can cause early warning signs of risk for developments psychiatric and accelerate the taking charge of services in order to avoid psychiatric emergencies of migrant children, relapses of disease with risk of chronicization, complex comorbidities, social stigmas and impairment of social and working functioning in adulthood.

Key words: Unaccompanied foreign minors, Trafficking in minors, Post traumatic stress disorder, Screening test

INTRODUZIONE

Il problema del disagio psichico nella popolazione migrante si presenta come un fenomeno di crescente interesse nella ricerca e nella pratica clinica, sia per la presenza dei migranti nel nostro territorio, sia per il rischio maggiore legato alle problematiche della migrazione cui sono sottoposti: sradicamento, rottura delle reti familiari, difficoltà di integrazione ecc. Davanti a questo fenomeno si registra ancor oggi una difficoltà di adeguamento degli strumenti di analisi e delle pratiche di lavoro a persone provenienti da culture profondamente diverse. Il concetto stesso di malattia mentale è spesso difficilmente traducibile, così come le eziologie, le visioni della salute e della malattia.

Per tali motivi si ritiene necessario approfondire le conseguenze psichiche dello sradicamento sociale e delle difficoltà relazionali e materiali cui la persona migrante deve far fronte nel nuovo ambiente di vita. In particolare, si reputa che il conoscere, il saper affrontare e, ove possibile, il prevenire le emergenze psichiatriche dei minori migranti diventano fattori indispensabili per evitare ricadute di malattia, sviluppo di comorbidità complesse, stigmi sociali, cronicizzazione e compromissione del

CORRISPONDENZA

Carmela Tata, UOC di NPIA , Modulo Dipartimento Salute Mentale ASP Siracusa - E-mail: carmelatatadott@gmail.com

funzionamento sociale e lavorativo anche in età adulta con elevati costi umani, sociali ed economici.
Il seguente studio vuole esaminare un gruppo di popolazione rappresentata da minori migranti di varia età, giunti sul territorio nazionale, accompagnati o in modo autonomo, o nati in loco, con l'obiettivo di verificare la prevalenza di problematiche psichiatriche al fine di valutare se siano opportune la presa in carico presso i Servizi di Salute Mentale e la programmazione di interventi volti alla riduzione dei fattori di stress post-migratorio ed all'ampliamento dei fattori protettivi di prevenzione di psicopatologie in età evolutiva.

MATERIALI E METODI

I dati presentati sono stati estrapolati dal progetto obiettivo "IN e OUT, intervento integrato transculturale per l'assistenza psichiatrica" dell' Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Siracusa. Sono stati valutati 187 soggetti (115 adulti e 72 minori), che includono migranti residenti nei centri di prima accoglienza e soggetti stranieri minori non accompagnati dei centri di seconda accoglienza. Sono stati valutati da un gruppo di lavoro costituito da diverse figure professionali: neuropsichiatra infantile, psichiatra, psicologo e mediatore culturale. È stato proposto e raccolto il consenso informato e sono stati effettuati raccolta anamnestica, colloquio, compilazione *di List of Migration Experiences* (LiMEs) [1] e di *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) [2 3] nei minori.
Il LiMEs è stato usato per indagare l'eventuale occorrenza di fattori traumatici o stressanti nelle fasi del percorso migratorio, prima della partenza e durante il viaggio, ed eventi potenzialmente ri-traumatizzanti e difficoltà di vita in fase post migratoria, in Italia. È costituito da una checklist di 59 item raggruppati in 11 fattori concettuali: traumi generici, traumi intenzionali, guerre/conflitti, traumi subiti dai familiari e preoccupazione per i familiari, condizioni legate alla povertà, difficoltà di adattamento culturale/sociale, scarso accesso all'assistenza, problemi per le pratiche legali, problemi di/sul lavoro, discriminazione, *migration blues*.
L'SDQ è stato utilizzato per individuare la presenza di eventuali problemi emozionali e comportamentali. È un questionario costituito da 25 item che indagano il comportamento degli ultimi sei mesi. Gli item sono raggruppati in cinque sottoscale: problemi emozionali, problemi di comportamento, iperattività/disattenzione, rapporti problematici con i pari, il comportamento pro sociale. Possono essere fornite le risposte: "non vero", "parzialmente vero", "assolutamente vero". Il punteggio totale sulle difficoltà viene calcolato dalla somma delle prime quattro sottoscale. Sono stati utilizzati i questionari di compilazione da parte dei genitori per i bambini dai 2 ai 10 anni ed i questionari di self-report per gli stranieri minori non accompagnati dagli 11 ai 17 anni [4].

RISULTATI

Il campione analizzato è costituito da 72 minori di età compresa fra 6 mesi e i 17 anni (età media 11,9 anni), di cui 57 maschi e 15 femmine, provenienti da 16 Paesi: Senegal, Siria, Gambia, Mali, Guinea, Togo, Egitto, Somalia, Eritrea, Nigeria, Costa D'avorio, Sierra Leone, Pakistan, Guinea Conacrie, Marocco. Sei sono nati in Italia (Fig. 1). 43 sono i minori non accompagnati. I motivi della partenza riportati sono: "motivi familiari" nell'11,1% dei casi, "conflitto armato" nel 23,6%, "povertà" nell'11,1%, "leva obbligatoria" nel 4,1%, "problemi politici" nel 2,7%, "studio" nel 2,7%; "rischio infibulazione" (1,3%),"catastrofe naturale" (1,3%), "violenza familiare" (1,3%), "lavoro" (1,3%).
23 soggetti hanno mostrato o riferito la presenza di sintomatologia clinica di pertinenza neuropsichiatrica (31,9%). Fra questi i sintomi riportati sono: sintomi della sfera emozionale (39,1%), alterazioni del ritmo sonno/veglia (26%), enuresi secondaria (8,6%), cefalea (8,6%), disfluenza verbale (8,6%), disturbi del comportamento (8,6%), altri sintomi (26%) fra cui pensieri intrusivi ricorrenti, clonie palpebrali, tic motori, difficoltà di concentrazione, cutting, ritardo del linguaggio. Il 34,7% riportava sintomi in associazione.

LiMEs

Il 69,4% dei soggetti valutati hanno riportato almeno un item positivo per il fattore concettuale "Traumi generici"; il 75% per il fattore "traumi subiti dai familiari e preoccupazioni per i familiari"; il 73,6% per "difficoltà di adattamento culturale/sociale"; il 72,2% per il fattore "guerre e conflitti"; il 70,8% per "condizioni legate alla povertà"; il 65,3% per "problemi per le pratiche legali";

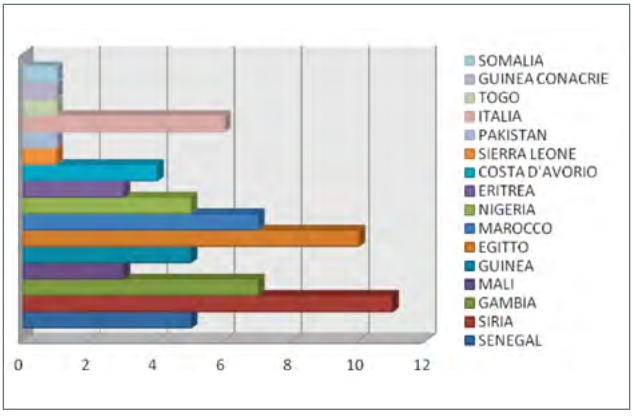


Fig. 1. Paesi di provenienza.

il 63,8% per "scarso accesso all'assistenza"; il 51,3% per il fattore "traumi intenzionali"; il 47,2% almeno una positività per il fattore "discriminazione"; il 38,8% per "*migration blues*".
All'interno dei fattori "Traumi generici", "traumi intenzionali" e "guerre e conflitti" gli eventi più frequentemente riportati sono stati, rispettivamente: "situazione di conflitto armato" (56,9%); "trovarsi vicino alla morte" (51,4%)"; "abuso fisico" (36,1%), "essere prigioniero" è riportato nel 31,9%.
Gli eventi considerati dai fattori "traumi generici, traumi intenzionali, guerre/conflitti, traumi subiti dai familiari preoccupazioni per i familiari" sono più frequentemente riportati nella fase del viaggio, ad eccezione dei soggetti provenienti dalla Siria che riportano tali eventi nella fase prima del viaggio.
In fase post-migratoria l'evento riportato con maggiore frequenza è stato "preoccupazione per la famiglia rimasta a casa" (48,6%).

SDQ

Dalla valutazione con il questionario SDQ è emersa la presenza di una maggiore frequenza di sintomi emozionali rispetto alle altre categorie esaminate. Sono stati presi in considerazione sia i soggetti che hanno ottenuto dei punteggi collocabili nella fascia "caso limite", sia quelli con punteggi collocati nella fascia "anormale". Il 22,2% dei soggetti si è collocato nelle fasce "caso limite o anormale" alla sottoscala "sintomi emozionali"; il 12,5% alla sottoscala "rapporti problematici con i pari"; l'11,11% alla sottoscala "problemi di comportamento"; il 4,1% alla "iperattività/disattenzione"; l'8,3% alla scala "totale sulle difficoltà".
Il 12,5% dei soggetti che ha ottenuto punteggi significativi alla scala "sintomi emozionali", ha avuto punteggi significativi anche in quella "rapporti problematici con i pari" ed il 12,5% ha avuto punteggi significativi alla sottoscala "rapporti problematici con i pari" ed a "problemi di comportamento".
Nel 6,5% dei soggetti che presentano positività alla sottoscala sintomi emozionali, ha presentato anche positività alla scala iperattività/disattenzione". L'88,9% ha mostrato un adeguato comportamento pro-sociale.

DISCUSSIONE

La popolazione esaminata è caratterizzata da soggetti stranieri minori accompagnati e non accompagnati, provenienti da paesi non europei, e nati in Italia residenti nei centri di prima e seconda accoglienza siti nella provincia di Siracusa. I dati ricavati mostrano un'elevata frequenza di esposizione ad eventi traumatici in fase pre-migratoria e migratoria: situazioni di conflitto armato, abuso fisico, trovarsi vicino alla morte, prigionia, rapimento, tortura, essere testimone di violenza nei confronti di altre persone, morte violenta di familiari o amici, perdita o separazione da persone della famiglia. In fase post-migratoria sono stati prevalentemente esposti a problemi legati alle pratiche legali, scarso accesso all'assistenza ed a discriminazione. I bambini e gli adolescenti reclutati hanno mostrato al questionario SDQ prevalentemente la presenza di sintomi emozionali e di rapporti problematici con i pari.
In letteratura scientifica è stata evidenziata la presenza di disturbi psichiatrici e psicologici in soggetti esposti ad eventi traumatici in fase pre-migratoria e fattori stressanti in fase post-migratoria [5 6].
È stato riportato che i minori migranti, accompagnati, non accompagnati e nati nel Paese di arrivo, mostrano un alto rischio per problemi psicosociali e di salute mentale [7], che i livelli di depressione ed ansia sono generalmente più alti fra i giovani migranti rispetto ai pari nativi e che i sintomi da disturbo post-traumatico da stress aumentano con il numero di eventi traumatici esperiti in fase pre-migratoria e migratoria [8]. È documentata in letteratura un'elevata prevalenza di tentativi di suicidio e di difficoltà con i pari nei migranti di prima generazione non europei [9] e di comportamenti auto-lesivi non suicidari e tentativi suicidari in adolescenti immigrati [10].
È stato inoltre rilevato un alto rischio di schizofrenia e di disturbi psicotici ed evidenziato il ruolo esercitato da fattori socio-ambientali in tali patologie [11], in particolare quando il luogo in cui i migranti vivono ha una bassa densità di popolazione del proprio gruppo etnico di appartenenza [12 13]. Un recente studio di Krautheim et al. [14] ha rilevato che le dinamiche di outgroup cui sono esposti i migranti, associate a fattori di rischio genetici come la presenza di A-allele di rs1006737 di CACNA1 ed ambientali (*Childhood interpersonal trauma*), sono correlate al funzionamento della corteccia ventrale anteriore del cingolo; ipotizzando che il rischio di manifestare la schizofrenia possa essere agevolato da questo meccanismo fisiopatologico.
Nonostante l'elevata frequenza di esposizione ad eventi traumatici in fase pre-migratoria e migratoria ed a difficoltà di vita in fase post-migratoria, i nostri dati mostrano che solo il 31,9% dei soggetti valutati manifesta una sintomatologia clinica, ed alla valutazione attraverso il questionario SDQ solo l'8,3% mostra un punteggio significativo nel "totale sulle difficoltà". Questi risultati fanno ipotizzare il possibile ruolo svolto dalla resilienza. Viene inteso con questo termine "la capacità di un sistema dinamico di adattarsi con successo alle perturbazioni che minacciano il funzionamento, la vitalità o lo sviluppo del sistema" [15]. Lo studio di revisione di Betancourt e Khan, effettuato sui processi protettivi ed i meccanismi di resilienza dei bambini colpiti dalla

guerra, ha evidenziano che tale meccanismo può essere favorito da caratteristiche individuali del soggetto, come l'intelligenza, il *locus* di controllo interno, buone abilità di *coping*, determinate caratteristiche temperamentali e da fattori ambientali. I fattori ambientali che hanno mostrato di esercitare un ruolo significativo sono le relazioni di attaccamento, il supporto sociale, la salute mentale dei genitori, la scuola e le istituzioni religiose [16]. Molti studi sulla salute mentale dei minori migranti hanno posto l'attenzione sui fattori sociali e della comunità nel Paese ospite, sottolineando che l'esposizione dei bambini migranti alla discriminazione ed all'esclusione sociale agisce limitando il controllo sulla vita quotidiana ed ostacolando il mantenimento di un coerente senso di identità e propositi. Pertanto per i giovani migranti l'integrazione sociale e le norme comunitarie e religiose agirebbero da fattori protettivi, mitigando i fattori stressanti [8].

CONCLUSIONI

I dati esaminati sono dati preliminari derivanti da una valutazione di screening per patologie neuropsichiatriche. Sono quindi necessarie ulteriori indagini circa le diagnosi scaturite dell'approfondimento clinico della sintomatologia presentata. Quanto riscontrato tuttavia suggerisce la presenza di bisogni di salute specifici nei minori migranti accompagnati e non accompagnati, di prima e di seconda generazione, che rendono opportune l'effettuazione di uno screening neuropsichiatrico, la presa in carico presso servizi di salute mentale e la programmazione di interventi volti alla riduzione dei fattori di stress post-migratorio ed all'ampliamento delle condizioni che agiscono da fattori protettivi per la prevenzione di psicopatologie in età evolutiva nel paese di arrivo.

Bibliografia

1 Aragona M, Pucci D, Roma P, et al. *Il LiMEs (List of Migration Experiences): costruzione e validazione di uno strumento per valutare le esperienze traumatiche e le difficoltà di vita in contesti migratori.* In: Aragona M, Geraci S, Mazzetti M, a cura di. *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Bologna: Pendragon 2014, Cap 11.

2 Goodman R. *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note.* J Child Psychol Psychiatry 1997;38:581-6.

3 Goodman R. *The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden.* J Child Psychol Psychiatry 1999;40, 791-801.

4 Goodman R, Meltzer H, Bailey V. *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version.* Eur Child Adolesc Psychiatry 1998;7:125-30.

5 Keller A, Joscelyne A, Granski M, et al. *Pre-migration trauma exposure and mental health functioning among Central American migrants arriving at the US border.* PLoS One 2017;12:e0168692.

6 Li SS, Liddell BJ, Nickerson A. *The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers.* Curr Psychiatry Rep 2016;18:82.

7 ISSOP Migration Working Group. *ISSOP position statement on migrant child health.* Child Care Health Dev 2018;44:161-70.

8 Curtis P, Thompson J, Fairbrother H. *Migrant children within Europe: a systematic review of children's perspectives on their health experiences.* Public Health 2018;158:71-85.

9 McMahon EM, Corcoran P, Keeley H, et al. *Mental health difficulties and suicidal behaviours among young migrants: multicentre study of European adolescents.* B J Psych Open 2017;3:291-9.

10 Plener PL, Munz LM, Allroggen M, et al. *Immigration as risk factor for non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents in Germany.* Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2015;9:34.

11 Dykxhoorn J, Kirkbride JB. *Psychoses sans frontieres: towards an interdisciplinary understanding of psychosis risk amongst migrants and their descendants.* Epidemiol Psychiatr Sci 2019;28:146-52.

12 Das-Munshi J, Bécares L, Boydell JE, et al. *Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC).* Br J Psychiatry 2012;201:282-90.

13 Schofield P, Thygesen M, Das-Munshi J, et al. *Ethnic density, urbanicity and psychosis risk for migrant groups - a population cohort study.* Schizophr Res 2017;190:82-7.

14 Krautheim JT, Straube B, Dannlowski U, et al. *Outgroup emotion processing in the vACC is modulated by childhood trauma and CACNA1C risk variant.* Soc Cogn Affect Neurosci 2018;13:341-8.

15 Masten AS. *Global perspectives on resilience in children and youth.* Child Dev 2014;85:6-20.

16 Betancourt TS, Khan KT. *The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience.* Int Rev Psychiatry 2008;20:317-28.

Criteri d'accesso e classi di priorità nei servizi territoriali di Neuropsichiatria infantile

Access criteria and priority classes in the territorial services of child neuropsychiatry

F. Guccione[1], R. Farruggia[2], R. Scifo[3]

[1] Neuropsichiatra Infantile, Coordinatore Sezione Scientifica "Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi" SINPIA; [2] Neuropsichiatra Infantile, Coordinatore Sezione Scientifica "Psichiatria dell'Età Evolutiva" SINPIA; [3] Neuropsichiatra Infantile, Segretario Sezione Scientifica "Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi" SINPIA

Riassunto

I servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile, tutt'ora, non sono dotati di un sistema per l'individuazione di specifici criteri d'accesso e di classi di priorità. Questa carenza determina significative criticità organizzative. Il presente lavoro offre spunti di riflessione e proposte organizzative finalizzate a colmare tale lacuna.

Parole chiave: Neuropsichiatria infantile, Classi priorità

Summary

The territorial services of Child Neuropsychiatry, still do not have a system for identifying specific access criteria and priority classes. This deficiency determines significant organizational criticalities. This work offers reflections and organizational proposals aimed at filling this gap.

Key words: Child neuropsychiatry, Priority classes

PREMESSA

L'erogazione delle prestazioni sanitarie entro tempi appropriati rispetto alle necessità di cura e alle patologie rappresenta uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da fornire.

Questa tematica è di grande rilevanza in tutti i paesi che possiedono un sistema sanitario universalistico che metta al centro i bisogni del cittadino. In Italia questo tema è tutt'ora al centro di importanti dibattiti politici, tanto che costituisce una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ed è stata normata sin dal 2001 con specifici decreti ministeriali (DPCM 29/11/01, Allegato 5, e DPCM 16/4/02 e mod.).

Il legislatore infatti, ha ritenuto opportuno fornire specifiche indicazioni, nella consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa utili a rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza.

Mentre la maggior parte delle discipline mediche e chirurgiche si sono dotate da tempo di criteri per la definizione delle classi di priorità, viceversa ad oggi la Neuropsichiatria Infantile non possiede, per ragioni che andremo a declinare, di uno specifico modello operativo per definire criteri di accesso univoci sul territorio nazionale. Ciò ha determinato difficoltà organizzative e gestionali che necessitano di una approfondita revisione.

Una delle maggiore criticità, sia per il cittadino che per l'organizzazione dei servizi sanitari, è rappresentata dalle Liste d'attesa. L'amministrazione delle liste d'attesa è una sfida complessa che coinvolge i diversi versanti della domanda e dell'offerta delle prestazioni, i modelli organizzativi, le aspettative dei cittadini e il divario sempre esistente tra fabbisogno e risorse a disposizione.

La problematica dell'amministrazione delle Liste

CORRISPONDENZA
F. Guccione - E-mail: fulvioguccione@gmail.com

d'attesa è stata affrontata a livello nazionale – "*Uno dei punti critici di tutti i sistemi sanitari e la possibilità di rendere disponibili le informazioni specifiche di carattere quali-quantitativo sui tempi di attesa rappresenta, per la sanità pubblica, un elemento rilevante, ai fini della trasparenza nei confronti del cittadino e degli operatori sanitari*" (Min. Salute Dip. Qualità: 4° Rapporto Nazionale su tempi di attesa nei siti web delle Regioni P.A. e S.S.N. febb 2011) – ed anche in alcune realtà regionali "*La sua gestione può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e metodi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, con particolare riferimento a quelli operanti sul versante prescrittivo avendo ben chiaro che l'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*" (DGR 2-2481 Piemonte).

È noto che i pazienti hanno la sensazione che i tempi di attesa per una visita specialistica, un'indagine diagnostica o un intervento chirurgico siano eccessivamente lunghi e temono che tale attesa influisca negativamente sulla loro salute.

Le azioni da svolgere per la riduzione delle liste d'attesa devono prendere in considerazione molteplici aspetti di carattere organizzativo legislativo e sanitario e devono prevedere il contributo alla loro soluzione di diverse figure professionali operanti in ambiti che dovrebbero essere:

- complementari;
- condivise con gli operatori del settore;
- condivise con gli stakeholder.

La gestione delle liste di attesa viceversa può trovare più facile soluzione se si individuano quindi strumenti e metodi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, con particolare riferimento a quelli operanti sul versante prescrittivo avendo ben chiaro che l'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare:

- il reale "bisogno di salute";
- di ridurre la "inappropriatezza";
- di rendere compatibile la "domanda di salute" con la garanzia dei LEA.

La soluzione del problema però non può essere meramente "quantitativa", interessare quindi solo il versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il "bisogno espresso" con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prescrizioni che si declina in un appropriato ricorso alle prestazioni (appropriatezza prescrittiva), in un corretto uso delle risorse (appropriatezza organizzativa) per rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza (appropriatezza clinica).

L'implementazione di un modello organizzativo che garantisca un tale approccio potrà influire positivamente sulle liste d'attesa e sull'economicità del sistema, in quanto l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza consentono, oltre al corretto utilizzo delle risorse nel contesto di una maggiore efficacia-efficienza delle prestazioni, una migliore performance delle singole prestazioni e dei tempi di attesa.

SPECIFICITÀ DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Per quanto attiene la Neuropsichiatria infantile, in passato non si era ritenuto opportuno individuarne specifiche classi di priorità, poiché questa specialità, era stata collocata tra le discipline ad "accesso diretto", per cui il cittadino poteva effettuare richiesta di visita in autonomia, senza l'impegnativa del medico prescrittore. Questa scelta che aveva l'obiettivo di garantire l'accesso agevolato al sistema sanitario ad una fascia particolarmente fragile della popolazione, non è esente da importanti punti di debolezza che determinano effetti "a cascata" a livello organizzativo:

a) lascia alla percezione del paziente o del familiare, la valutazione del bisogno, in un contesto manifestamente specialistico e così rischia di favorire l'inappropriatezza della domanda. L'effetto "a cascata" organizzativo è un allungamento delle lista d'attesa e la difficoltà di identificare la richiesta d'intervento in base ad appropriatezza ed urgenza;
b) priva i servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) di una norma sul modello organizzativo, provocando come effetto "a cascata" di trovarsi, *e spesso si trovano*, in "affanno organizzativo", perché costretti a strutturare graduatorie non sempre eque, legate alla temporalità della domanda, piuttosto che alla reale necessità epidemiologica;
c) l'emanazione di numerose normative su specifiche patologie (ad es. i disturbi specifici dell'apprendimento) che indicano tempistiche vincolanti e specifici percorsi diagnostici mettono in primo piano la risposta a necessità amministrative piuttosto che a necessità clinico/assistenziali, in quanto i disturbi psichici in età evolutiva possono connotare gradi diversi di gravità e di complessità, a seconda del contesto ambientale, del grado di resilienza del soggetto e delle risorse genitoriali;
d) ulteriore elemento di problematicità è rappresentato dal fatto che oltre a ricomprendere patologie delle aree neurologiche, psichiatriche e riabilitative, la NPIA gioca un ruolo determinante nelle aree della tutela sociale e giudiziaria con la conseguente necessità di fornire risposte cliniche secondo tempistiche

definite dagli invianti (p.es. scadenze vincolanti della giustizia minorile).

La specificità dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva è stata sottolineata inoltre nelle recenti "*Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*" (Conf. Un. Int. St/Reg - Rep. Atti 70/CU 25/7/19), in particolare i disturbi del neurosviluppo che hanno un'elevata prevalenza complessiva (tra il 10 e il 20% della popolazione 0-17), che sono disturbi long life, con un impatto rilevante sulla popolazione infantile e sulla futura popolazione adulta e con elevati costi emotivi, sanitari e sociali e che – viceversa – le nuove conoscenze nell'ambito delle neuroscienze permettono diagnosi tempestive e interventi terapeutici e riabilitativi efficaci.

Le Linee di indirizzo citate evidenziano inoltre: "*la definizione di criteri di priorità per l'accesso ai percorsi diagnostici e, soprattutto, agli interventi terapeutici e riabilitativi, deve tenere conto delle specificità per età e per disturbo e del quadro epidemiologico e di organizzazione dei servizi locale, garantendo, soprattutto nei servizi territoriali un adeguato equilibrio tra percorsi diagnostici e terapeutici, e percorsi prioritari e mirati alle situazioni con maggiori elementi di rischio*". Un obiettivo delle linee di indirizzo è rappresentato quindi dalla necessità di migliorare l'appropriatezza della domanda e della risposta garantendo interventi tempestivi, adeguati per intensità e frequenza e appropriati con implementazione delle risposte territoriali con modelli di intervento organizzati per linee di priorità ad intensità differenziata.

La specificità dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva determina quindi una particolare attenzione nello stabilire:

a) i "giusti" tempi di attesa;
b) l'appropriatezza degli invii;
c) l'efficacia degli interventi.

Per questo risulta necessario individuare criteri trasparenti per l'accesso ai servizi di NPIA.

Alla luce di questa situazione, le sezioni congiunte di Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi e di Psichiatria della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha, da tempo, aperto un dibattito finalizzato ad individuare modelli operativi che prevedessero la definizione di classi di priorità uniformi su tutto il territorio nazionale, con lo scopo di privilegiare i reali specifici e proritari bisogni dell'utenza e abbattessero conseguentemente le inappropriatezze della domanda.

In assenza di pratiche basate sull'evidenza, la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale ha fornito un decalogo di specifiche raccomandazioni per la risoluzione del problema. In particolare esorta a differenziare le liste d'attesa sulla base delle priorità cliniche e non sull'ordine di presentazione dei richiedenti. Consiglia poi di coinvolgere i cittadini nella definizione e applicazione delle classi di priorità, favorendo la comprensione dell'importanza dell'equità dell'accesso differenziato in base al bisogno. Inoltre in assenza di dati scientifici certi sul risultato clinico finale, la validazione dei criteri di attribuzione di priorità dovrebbe essere condotta con processi di verifica della concordanza dei giudizi dei clinici sulle priorità. L'esperienza in ambito pediatrico nella definizione dei criteri di prioritizzazione è scarsa, riferibile quasi esclusivamente a contesti sanitari diversi da quello italiano… *Inoltre le Società scientifiche dovrebbero identificare criteri di priorità per le principali specialità pediatriche sulla base dei quali assicurare maggiore tempestività nelle prestazioni in presenza di più urgenti bisogni di salute. In alcuni contesti clinici come, per esempio, i disturbi neurocomportamentali, personale non medico formato a indirizzare l'utente verso il servizio più appropriato alla sua necessità può esercitare un'utile funzione di triage promuovendo l'appropriato uso delle risorse. Le scelte sui criteri di priorità clinici vanno rese trasparenti, esplicite e soprattutto condivise con gli utenti (i genitori) e le associazioni che li rappresentano.*

Alcuni assessorati regionali e qualche struttura complessa di NPIA, consapevoli del problema, si erano da tempo dotati di strumenti utili in ambito locale.

Per questo il primo passo effettuato dalla Sezione di Epidemiologia, è stato quello di effettuare una rilevazione dei modelli operativi utilizzati.

CLASSI DI PRIORITÀ MODELLI OPERATIVI

Le Neuropsichiatrie dell'infanzia e dell'adolescenza della Regione Lombardia si sono dotate, sin dal 2015, di un sistema per la definizione delle classi di priorità riportato in Tabella I.

L'aspetto interessante di questo modello operativo è rappresentato dal fatto che per ogni richiesta di intervento viene attribuito uno specifico punteggio anche attraverso l'utilizzo della *Children's Global Assessment Scale*.

La Regione Sicilia nel Tavolo Tecnico interaziendale in applicazione al D.A. del 12-08-2010 indica nei raggruppamenti d'attesa omogenei (RAO), per la Neuropsichiatria Infantile con le modalità riportate in Tabella II.

Anche la regione Val D'Aosta nel 2017 per la NPIA ha definito le priorità riportate nella Tabella III.

La SC di NPI dell'ASL città di Torino ha provveduto ad organizzarsi autonomamente ed a condividere con gli *stakeholders* lo schema organizzativo riportato in Tabella IV.

Infine il gruppo di coordinamento di Neuropsichiatria Infantile in seno all'assessorato alla sanità della Regione Piemonte sin dal 2015, dopo numerosi incontri

Tab. I. Classi di priorità della Regione Lombardia.

Regione Lombardia - Classi Di Priorità	
Sintomatologia	**Punteggio**
A) Cefalea con sintomi d'accompagnamento	Cod. Rosso (Pt. 7)
B) Cefalea insorta da meno di sei mesi	Cod. Rosso (Pt. 7)
C) Regressione o arresto (non semplice ritardo) dello sviluppo neuromotorio e/o del linguaggio,	Cod. Rosso (Pt. 7)
D) Convulsioni o sospette crisi epilettiche nelle ultime 24 ore	Cod. Rosso (Pt. 7)
E) Perdita di coscienza: se in giornata: pronto soccorso, altrimenti codice rosso	
F) Deficit motori, della coordinazione o dell'equilibrio insorti improvvisamente a qualsiasi età	Cod. Rosso (Pt. 7)
G) Disturbi sensoriali e Dolore localizzato sul decorso di un nervo	Cod. Rosso (Pt. 7)
H) Disturbi della vista	Cod. Rosso (Pt. 7)
I) Tremori insorti acutamente o accentuatisi di recente	Cod. Rosso (Pt. 7)
J) Urgenza aspecifica dichiarata dal genitore o urgenza percepita dall'operatore di Fronte Office	Cod. Rosso (Pt. 7)
A) Idee deliranti, allucinazioni, grave incoerenza o deragliamenti del linguaggio, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico,	Cod. Rosso (Pt. 7)
B) Disturbi del comportamento grave, eteroaggressività, agitazione psicomotoria o iperattività, pericolo per sé o per gli altri.	Cod. Rosso (Pt. 7)
C) Idee di tipo suicidario, rischio suicidario in genere. tentativi di suicidio	Cod. Rosso (Pt. 7)
D) Grave ritiro sociale (assenza da scuola da > 2 settimane, con uso prolungato di audiovideo/pc, mancanza di comunicazione intrafamiliare)	Cod. Rosso (Pt. 7)
E) Comparsa di gesti auto aggressivi (tagliarsi, provocarsi ferite, assumere sostanze pericolose compiere azioni pericolose	Cod. Rosso (Pt. 7)
F) Gravi alterazioni del comportamento alimentare, anoressia, bulimia, gravi restrizioni selettive, a comparsa acuta o insidiosa, ma recente.	Cod. Rosso (Pt. 7)
G) Recenti alterazioni del tono dell'umore in senso depressivo o maniacale con alterazione del funzionamento sociale. (valutare anche punto C da parte del medico)	Cod. Rosso (Pt. 7)
H) Urgenza dichiarata dal genitore o urgenza percepita dall'operatore di front Office	Cod. Rosso (Pt. 7)
A) Cefalea esordita da oltre sei mesi,	4
B) Bambino di età inferiore a 3 anni, inviato dal pediatra o su richiesta dei genitori per qualsiasi genere di disturbo	4
C) Grave ritardo di linguaggio o neuropsicomotorio in bambino di età superiore a 2 anni	4
D) Sospetto autismo:	4 5
E) Bambino ipercinetico sopra i 6 anni:	4
F) Disturbi del comportamento, di media entità, persistenti	4
G) Disturbi ossessivo compulsivi:	4
H) Attacchi di panico, fobie	4
I) insuccessi scolastici ad esordio acuto e recente.	4
J) Disturbi del sonno	4
K) Episodi lipotimici (almeno 2)	4
A) Lieve ritardo di linguaggio o neuropsicomotorio in bambino di età superiore a 2 anni	1
B) Disturbo del comportamento (oppositività, provocazioni …) di lieve entità,	1
C) Attacchi di panico, fobie scolari, ansia esorditi da più di un anno, senza modificazioni recenti.	1
D) Mutismo selettivo (con sviluppo di linguaggio adeguato nei contesti selezionati).	1
E) Encopresi	1
F) Valutazione disturbo dell'apprendimento in bambino con età inferiore ai 9 anni compiuti	1
G) Episodio lipotimico (1 episodio)	0
A) Sintomi somatoformi ricorrenti (	0
B) Disturbi fonologici – dislalie isolate senza altre forme di ritardo neuro psicomotorio associate.	0
C) Enuresi	0
D) Valutazione disturbo dell'apprendimento in ragazzino con età superiore ai 9 anni compiuti	0

Tab. II. Classi di priorità della Regione Sicilia.

Regione Siciliana		
Classe di priorità	**Attesa max. da garantire**	**"Parole Chiave" indicate dal gruppo di lavoro**
Urgenze (U)	24/48 ore	Cefalea ingravescente con diplopia o vomito mattutino
Breve (B)	10 gg.	Definizione di crisi epilettica senza perdita di coscienza
Differibili (D)	30 gg	Emicrania
Programmabili (P)	180 gg.	- Deficit apprendimento, Disprassia motoria, Ritardo linguaggio - Dislessia, Follow-up in prematuri, sindromi genetiche

Tab. III. Classi di priorità della Regione Valle D'Aosta.

Regione Valle D'Aosta - Classi priorità							
U Emergenza neurologica	**U Emergenza Psichiatrica**	**D Neurologia 30gg**	**D Psichiatria 30gg**	**D DSA 30gg**	**P Neurologia 180gg**	**P Psichiatria 180gg**	**P DSA/linguaggio 180gg**
Cefalea di elevata intensità, ad esordio acuto+sintomi neurologici e/o risvegli notturni, rapidamente ingravescente	Sintomi **acuti di marcata intensità**	**Cefalea** lentamente ingravescente	Sospetto **autismo** (es. **M-Chat** positiva)	Sospetto DSA o richiesta di rinnovo certificazione DSA	**Cefalea** cronica non progressiva	Sintomi cronici di minore intensità	Tutti i casi che non rientrano nella situazione D
Cefalea in soggetto con patologia neurologica con aumentato rischio di ipertensione endocranica		sospetto prima **crisi** afebbrile isolata durata < 10 min sint. aspecifica	Sintomi **ingravescenti** (es. attacchi di panico, rifiuto scolastico > 2 settimane, dist. depressivo acuto, d comportamento		**Epilessia** ben controllata in terapia	Disturbi dell'attenzione	
Epilessia: prima crisi afebbrile, crisi ripetute, crisi febbrile focale		Ricomparsa di **crisi** in soggetto con epilessia +/- terapia antiepil.			S. genetic., s. neurocutanee stabili, rit. psicomot, dist. neurosen		
Segno/sint. Neurol.a **Comparsa Acuta o Subacuta** (es. atassia, dist. cammino, ipostenia, mov. invol		Età < 24 mesi: ritardo dello sviluppo motorio, microcefalia, macrocefalia, torcicollo					

Tab. IV. Classi di priorità Asl Città di Torino.

Asl Città di Torino SC di NPI (Direttore Dott. O. Pirro)	
Classe di priorità	**Sintomatologia**
Classe U (urgente) da effettuarsi nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore dalla richiesta	Ipertensione endocranica in atto e di patologia ad insorgenza acuta del Sistema Nervoso quali: • Cefalea intensa di recente insorgenza con vomito o risvegli notturni • Segni neurologici focali di recente insorgenza critici e non • Alterazioni dell'equilibrio di recente insorgenza • Alterazioni del tono e della forza muscolare di recente insorgenza • Disturbi del movimento (eccetto tic) di recente insorgenza. Disturbi psichiatrici di recente insorgenza con grave sofferenza soggettiva o importante alterazione della capacità di adattamento ai contesti. Importanti variazioni dell'umore e del comportamento di recente insorgenza quali: • Disturbi di natura dispercettiva in esordio con importante isolamento o con condotta etero o auto aggressiva. • Attacchi di panico gravi e subentranti comparsi nell'ultima settimana • Gravi alterazioni dell'umore in esordio con rischio suicidiario. • Comportamenti dirompenti in fase acuta con crisi di aggressività che alterino significativamente le possibilità di… • Disturbi del comportamento alimentare con importanti condotte eliminatorie o calo ponderale grave. • Gravi reazioni acute postraumatiche da stress Nel primo anno di vita distorsione del rapporto madre-bambino che ponga in grave pregiudizio la salute del bambino.
Classe B (Breve) Da effettuarsi entro 10 giorni dalla richiesta	Sintomi neurologici con dolore o alterazioni funzionali di minor portata, ma meritevoli comunque di attenzione quali: • Cefalea plurisettimanale di recente insorgenza • Segni neurologici focali non critici e preesistenti da sei mesi • Disturbi del movimento (eccetto tic, ma incluso sospetto s. Tourette) Disturbi psichiatrici preesistenti che non creino pregiudizio per la salute del Paziente, pur comportando un certo stato di sofferenza o di disadattamento ai contesti usuali, quali: • Disturbo con alterato giudizio critico di realtà e/o stato dispercettivo che non sia tale da interferire significativamente con i rapporti sociali o non comportino agitazione psicomotoria • Fobia scolare • Disturbo ossessivo compulsivo di recente insorgenza • Alterazioni dell'umore di media- bassa intensità • Disturbi del comportamento alimentare propriamente detti • Sospetto Disturbo Pervasivo di Sviluppo • Disturbo post-traumatico da stress di recente comparsa e media intensità Nel primo anno di vita: • Arresto dello sviluppo psicomotorio • Riferito sospetta alterazione dei diametri cranici di non recente comparsa. • Sospetta alterazione del tono muscolare che non abbia ancora ricevuto inquadramento diagnostico Disturbi psicosomatici del primo anno di vita (anoressia, insonnia, spasmi affettivi) con compromissione rapporto md/bno
Classe D (differibile) Da effettuarsi entro 30 giorni dalla richiesta	Sintomi neurologici cronici e perduranti da tempo che non creino elevata sofferenza nel Paziente quali: • Cefalea episodica o di modesta entità preesistente da oltre sei mesi senza altri sintomi correlati • Manifestazioni ticcose • Disfunzionalità delle prestazioni cognitive e neuropsicologiche e del linguaggio (ritardo mentale, disturbi specifici e aspecifici dell'apprendimento, delle prassie e del linguaggio, ecc.) Quadri psichiatrici minori compensati grazie al buon contenimento fornito dal contesto, o disturbi del comportamento: • Disturbi con iperattività e/o oppositività • Disturbi d'ansia medio- lievi, fobie ecc. • Quadri reattivi e disturbi postraumatici lievi Valutazioni programmate o routinarie nel primo anno di vita quali: • Valutazioni dello sviluppo e delle competenze psico e neuromotorie da parte di Enti Istituzionali (adozione, ecc.) • Sospetto ritardo dello sviluppo psicomotorio già valutato dal Curante come di grado lieve

Tab. V. Classi di priorità della Regione Piemonte.

Regione Piemonte Proposta classi di priorità in NPI (non pubblicato)	
Attesa massima da garantire	**Sintomatologia**
Tipo U (72 ore)	**Area Neurologica**
	• Convulsioni recenti di durata superiore ai 10m. • Convulsioni neonatali • Cefalea ingravescente con diplopia o vomito mattutino in soggetto precedentemente asintomatico • Cefalea da trauma cranico recente entro 24h • Lipotimia e/o sincope recente entro 24 h
	Area Psichiatrica
	• Soggetti con sintomatologia psicopatologica grave con compromissione delle funzioni cognitive e pericolosità per sé e per gli altri • Comportamento suicidario, allucinazioni, delirio, stati dissociativi e di derealizzazione. • Stati acuti che necessitano di intervento urgente: attacchi di panico, comportamento violento o aggressivo, stati di shock post-traumatico, minacce suicidarie verbali e agitazione psicomotoria
Tipo B (10 gg)	**Area Neurologica**
	• Ipotonia, sospetta malattia metabolica o neuromuscolare • Convulsione febbrile complicata in soggetto di età inferiore all'anno • Scompenso in trattamento antiepilettico • Deficit motorio di recente insorgenza • Paresi faciale a lenta risoluzione • Condizioni di recente insorgenza: sospetto disturbo generalizzato dello sviluppo, compromissione capacità cognitive
	Area Psichiatrica
	• Stati ansiosi non acuti, • Bambino o adolescente difficile da gestire ma non pericoloso per sé e per gli altri
Tipo D (30 gg)	**Area Neurologica**
	• Emicrania • Cefalea cronica • Sindrome vertiginosa cronica • Disturbo del comportamento alimentare
	Area Psichiatrica
	• Soggetti con sintomatologia psicopatologica di gravità intermedia • Disturbi dell'umore e del comportamento in assenza di sintomatologia conclamata • Area tutela: Richiesta di presa in carico da parte dell'autorità giudiziaria/servizi sociali: sospetti pregiudizio, maltrattamento abuso
Tipo P (180 gg)	• Soggetti con sintomatologia psicopatologica lieve che richiedono interventi differibili • Follow up in prematuri - sindromi genetiche • Disturbi d'apprendimento • Disprassia motoria • Ritardo del linguaggio • tutte le restanti condizioni

ha prodotto uno schema organizzativo qui riportato, a tutt'oggi non ancora recepito formalmente (Tab. V).

CONCLUSIONI

L'individuazione di classi di priorità per la definizione delle liste d'attesa nelle Strutture di Neuropsichiatria Infantile territoriali rappresenta oggi una necessità impellente sia per garantire una risposta adeguata e corretta nei confronti dell'utenza che per una migliore funzionalità dei servizi. Per questo motivo le Sezioni congiunte di Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi e di Psichiatria dell'età evolutiva della SINPIA oltre ad aver effettuato una raccolta delle esperienze intraprese in questo ambito a livello nazionale ha condiviso la necessità di individuare in tempi brevi un unico modello operativo attraverso la costituzione di un gruppo

di lavoro che, in tempi brevi, realizzi una specifica *consensus conference*.

Bibliografia e riferimenti normativi

1 Accordo della Conferenza Stato Regioni seduta del 14/02/2002 Accordo della Conferenza Stato Regioni seduta del 11/07/2002.

2 D.Lgs. n.124 del 29/4/1998 Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012. Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa. http://www.salute.gov.it/imgs/ C_17_pubblicazioni_1571_allegato.

3 Intesa tra Governo, le Regioni e le PA sul "Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008".

4 Mariotti G. Consiglio Direttivo SIQuAS. *Raccomandazioni su tempi e liste di attesa*. QA 2009;19:129-34.

5 Mariotti G, Monterosso M. *Priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali: l'esperienza della Provincia di Trento*. Politiche Sanitarie 2012;13:39-47.

6 Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi e liste di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale http://www.salute.gov.it/imgs/C_17

7 Shaffer D, Gould MS, Bird H, et al. *A children's global assessment scale (CGAS)*. Arch Gen Psychiatry 1983;40:1228-31.

8 Valletta E, Fornaro M, La Fauci G. *Liste e tempi di attesa per le prestazioni in Pediatria: i bambini e i pediatri sono interessati?* Quaderni-acp-2012;196:250-5

Compiti, ruolo e organizzazione dei Servizi di NPIA in Sicilia

Tasks, roles and organization of services of child and adolescence neuropsychiatry in Sicily

R. Scifo

Neuropsichiatra Infantile, Segretario Sezione SINPIA Sicilia

Riassunto

La sezione siciliana della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha avuto mandato di costituire il Tavolo Tecnico Regionale per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA). Dopo una prima convocazione esitata in primo documento nel 2015, il Tavolo Tecnico ha ricevuto nel 2018 nuovo mandato ufficiale, con obiettivi specifici di definizione dei criteri riorganizzativi della NPIA regionale, dopo rimodulazione della rete ospedaliera regionale, autorizzazione di realizzazione di nuovi atti aziendali sanitari per la rete territoriale e soprattutto ridefinizione delle dotazioni organiche. Nel 2019 il Tavolo Tecnico ha depositato il proprio documento, che viene qui presentato, confrontandolo con la realtà attuale e tracciando il percorso di declinazione prossima, all'interno della cornice definita dalle recenti Linee di indirizzo nazionali approvate in Conferenza Unificata Stato-Regioni.

Parole chiave: Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Tavolo Tecnico, Servizio Sanitario Territoriale

Summary

The Sicilian division of SINPIA received mandate to constitute the Regional Technical Board for Child and Adolescence Neuropsychiatry. After a first meeting in 2015 with production of the first document, in 2018 the Technical Board received a new official mandate with specific aims concerning the production of reorganization criterias for sicilian child/adolescence neurology and psychiatry, after the remodeling of regional hospital network and redefinition of company documents of Regional Territorial Health System, including staffing plans. In 2019 the Technical Board has filed own new document, here presented, facing it with current reality and tracing the path of next declination inside the framework of new national guidelines.

Key words: Child and adolescence neuropsychiatry, Technical Board, Territorial Health System

PREMESSA

Nel 2015 l'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, con nota del dirigente dell'Ufficio Tutela Fragilità, istituiva il Tavolo Tecnico per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA), affidandone alla segreteria regionale della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) la individuazione dei membri. Venivano scelti rappresentanti dirigenti di principali strutture complesse territoriali, ospedaliere e universitarie.

La prima convocazione vedeva concorde il tavolo nella stesura di documento base per linee guida assessoriali finalizzate alla riorganizzazione e potenziamento dei servizi NPIA.

Considerata la complessità e la criticità dei compiti, si rende necessario un modello organizzativo che contempli un'articolazione dei servizi in strutture a competenze distrettuali, sovradistrettuali e interdistrettuali a direzione unica, in modo da coniugare l'unitarietà di programmazione e l'omogeneità delle prestazioni con il decentramento distrettuale e una forte integrazione sociosanitaria.

La premessa al documento consegnato dal tavolo tecnico all'Assessorato riporta:

"I Servizi di NPIA sono strutture operative multiprofessionali, deputate alla prevenzione, diagnosi, cura e ri/abilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e adolescenza (da

CORRISPONDENZA

Renato Scifo - E-mail: renato.scifo@aspct.it

0 a 18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale)".

DOCUMENTO DEL TAVOLO TECNICO REGIONALE DELLA NPIA IN SICILIA (15-4-2015)

In Sicilia persiste ancora una estrema disomogeneità e precarietà di collocazione e di organizzazione ed una generale carenza di risorse che impedisce spesso la realizzazione degli obiettivi indicati.
Il Piano Sanitario Regionale (PSR), nel capitolo risorse per la NPIA, sottolinea la differenza di risorse dedicate alla NPIA nelle varie Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) della Sicilia, con conseguente diseguaglianza nelle opportunità di cure per gli utenti, con, pertanto, definizione di regole univoche per tutta la regione.
Il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) nel capitolo "personale" recita: "constatata l'esiguità del personale coniugata all'esigenza di costituire equipes dedicate all'adolescenza, si ritiene necessario per il 2014, incrementare gli organici del Dipartimento Integrato di Salute Mentale e in particolare delle Unità Operative (UUOO) di NPIA".

Modello organizzativo

La Direzione della Struttura di NPIA deve essere affidata ad un dirigente medico direttore di struttura, specialista in NPIA col compito di coordinamento di tutte le articolazioni interne: ogni Azienda Sanitaria Provinciale deve avere almeno un'Unità Operativa Complessa (UOC) di NPIA che si articola al proprio interno in Unità Operative Semplici (UOS) territoriali, centri semiresidenziali e residenziali, strutture riabilitative ambulatoriali e ambulatori dedicati di 2° livello, operando secondo modello "Hub&Spoke".

Organizzazione dipartimentale

Nelle aziende territoriali la NPIA, nelle sue articolazioni, UOC territoriale e, ove presente, ospedaliera (solo ASP Catania con UOC NPIA territoriale e UOC ospedaliera di Acireale), è una delle tre aree, assieme alla Salute Mentale (SM) adulti e alle dipendenze patologiche, che va a costituire il Dipartimento Integrato di SM (come da Piano Strategico SM).
Le strutture NPIA delle aziende ospedaliere e universitarie (in Sicilia 3: Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione (Arnas) Di Cristina-Ospedale dei Bambini Palermo, Policlinico Messina e Policlinico Catania) si aggregano nel dipartimento più affine alla disciplina, secondo quanto previsto da ciascuna azienda.
Le strutture NPIA delle aziende ospedaliere e universitarie (in Sicilia 3: Di Cristina-Ospedale dei Bambini Palermo, Policlinico Messina e Policlinico Catania) si aggregano nel dipartimento più affine alla disciplina, secondo quanto previsto da ciascuna azienda.

Strategie operative

La rete dei servizi di NPIA deve poter garantire: l'attuazione di interventi neuropsichiatrici integrati territorio-ospedale-università, consentendo identificazione tempestiva del disturbo rispondendo al bisogno del minore nel suo ambiente naturale di vita.; l'integrazione operativa coi principali ambiti sanitari che si occupano della salute del bambino: Pediatra di libera scelta (PLS), Unità Ospedaliere (UO) di Pediatria, di Neonatologia, Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN), dipendenze patologiche, SM adulti, consultori; l'integrazione operativa con i servizi socio assistenziali degli enti locali, con il sistema scolastico, il ssistema giudiziario (tribunali per i minorenni), i centri di riabilitazione ex art. 26 e le organizzazioni del terzo settore.
Le Unità Operative Semplici (UUOOSS) come da Presidio Ospedaliero (PO) Materno Infantile devono essere 1 ogni 100.000 abitanti (1 ogni 19.000 per popolazione 0-18 anni).
Ambulatori dedicati di 2° livello con funzione di approfondimento diagnostico-terapeutico e di presa in carico di singole patologie che richiedono specifiche competenze o strumentazioni non in dotazione alle singole UUOOSS (es. elettroencefalogramma, test specifici): epilessia e cefalea età evolutiva, abuso e maltrattamento, disturbi spettro autistico, disturbo da deficit attenzione/iperattività (ADHD) e disturbi dirompenti condotta, psicopatologia adolescenziale, disturbi comportamento alimentare (DCA), ecc.

Dotazione organica

- un operatore ogni 6000 abitanti o 1 ogni 1.200 (0-18) e in dettaglio: presenti 627, dovrebbero essere 857;
- 1 NPIA ogni 25.000 ab. (206);
- 1 psicologo ogni 35.000 ab (147);
- 1 pedagogista ogni 70.000 (73);
- 1 terapista neuropsicom ogni 50.000 (103);
- 1 logopedista ogni 60.000 (86);
- 1 assistente sociale ogni 65.000 (79);
- 1 infermiere ogni 90.000 (57).

Strutture ospedaliere

Struttura complessa finalizzata alla diagnosi e cura delle patologie neurologiche e psichiatriche acute e/o di elevata complessità e per le situazioni di emergenza/urgenza neuropsichiatriche. Nel documento "Livelli essenziali di assistenza" (LEA) la NPIA è collocata tra le discipline di media assistenza che prevedono 16 posti letto per UOC con 2,61 unità di personale per posto letto.

La riorganizzazione della rete ospedaliera siciliana, con apposito Decreto Assessoriale, dopo approvazione del Ministero della Salute, vede la seguente distribuzione per la NPIA:

- n. 4: 3 complesse (UOC Arnas-Di Cristina Palermo, UOC PO Acireale ASP Catania e UOC Policlinico Messina), 1 UO semplice (Policlinico Catania) con posti letto parametrati agli organici presenti:
  - 12 posti letto Palermo, 10 posti letto Acireale, 14 posti letto Messina, 7 posti letto Catania (ancora non attivi, solo 2 *day hospital* (DH);
  - Tot.: 41 posti letto (attualmente 34).

Coprono prestazioni extraprovinciali e sono unico argine al grave problema della mobilità passiva extraregionale.

IL NUOVO TAVOLO TECNICO REGIONALE NPIA

Dopo una latenza di circa 3 anni, in cui avvenuto cambio di governo regionale e la descritta rimodulazione della rete ospedaliera con uscita dal blocco del turn over e via libera a nuovi atti aziendali e connesse dotazioni organiche, veniva riconvocato il Tavolo Tecnico NPIA, questa volta attraverso specifica delibera assessoriale con pubblicazione in Gazzetta Ufficiale regionale e definizione specificata di mandato: (D.A. 2028/2018 del 06/11/2018):

- valutazione della attuale rete assistenziale di neuropsichiatria infantile;
- valutazione del fabbisogno dei setting assistenziali connessi alla disciplina, tenuto conto anche dei relativi LEA;
- individuazione di criteri scientifici finalizzati alla corretta erogazione dei servizi assistenziali.

Il Tavolo è costituito da: Giovanna Gambino (Garante regionale disabilità), Giovanna Mendolia (Dir. DSM ASP Trapani), Pino Porrello (Dir. UOC NPIA ASP Palermo), Renata Rizzo (Dir. UO NPIA Policlinico Università Catania), Renato Scifo (Dir. UOC NPIA Osp. ASP Catania, segretario SINPIA Sicilia)), Carmela Tata (Dir. UO NPIA Augusta-ASP Siracusa), Francesca Vanadia (Dir. UOC NPIA Arnas Civico Palermo), Antonio Vetro (Dir. UOC NPIA ASP Agrigento).

Documento Tavolo Tecnico NPIA Assessorato Regionale Salute Regione Siciliana

Premesso che in data 18/2/2019 venivano presentate in Conferenza Stato-Regione le Linee di Indirizzo nazionali sui Disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e adolescenza, con parere positivo dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, che ne affidava al Tavolo Tecnico regionale NPIA lo sviluppo per il Sistema Sanitario Regionale (SSR).

Si produce questo primo documento, volto a ribadire compiti, ruolo e organizzazione delle rete dei servizi di NPIA in Sicilia, descrivendo in dettaglio l'attuale situazione di dotazione organica nei diversi ambiti territoriali, la condizione dei posti letto dedicati e la tipologia dei servizi prestata.

Si evidenziano le attuali macroscopiche deficitarietà che renderebbero impossibili le attuazioni dei LEA di pertinenza, lo sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), oggetto di specifiche Linee Guida regionali (es. autismo, DCA), lo sviluppo di altri PDTA di secondo livello, emergenziali visti i dati epidemiologici (psicopatologia adolescenziale, ADHD, encefalopatie epilettiche, ecc.), la fondamentale azione su percorsi ad alto valore di prevenzione secondaria (disturbi del neurosviluppo, paralisi cerebrali infantili, ecc.). Risulterebbe altresì impossibile strutturare una non più procrastinabile rete dell'emergenza-urgenza psichiatrica dell'età evolutiva, prevalentemente adolescenziale, ma non solo, necessitante forte integrazione ospedale-territorio all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), e completamento con adeguata rete di semiresidenzialità e residenzialità dedicate.

La NPIA deve garantire almeno dei nuovi LEA (Decreto Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017) quanto agli articoli:

- art. 25 (assistenza socio-sanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo);
- art. 27 (assistenza socio-sanitaria ai minori con disabilità);
- art. 32 (assistenza semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbo neuropsichiatrico e del neurosviluppo);
- art. 58 (minori sottoposti a provvedimenti penali);
- art. 60 (persone con disturbo dello spettro autistico).

La direzione della struttura di NPIA deve essere affidata ad un dirigente medico, direttore di struttura, specialista in neuropsichiatria infantile con il compito di coordinamento di tutte le articolazioni interne. La direzione delle strutture universitarie deve essere affidata ad un docente del settore scientifico disciplinare di Medicina (SSD MED 39):

- la presa in carico del minore avviene in equipe multiprofessionale il cui coordinamento è del medico specialista in NPIA;
- le diverse professionalità impegnate nelle Strutture di NPIA devono essere specificamente formate rispetto alla età evolutiva;
- la riabilitazione in età evolutiva, ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età-specifici, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto.

In età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psicosociale, per cui,

nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, sensoriali, cognitive, ecc).
Deve essere prevista l'attività di rete, integrazione e coordinamento con le diverse strutture sanitarie, sociali ed educative coinvolte.
Le strutture di NPIA delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere-universitarie si aggregano nel dipartimento più affine alla disciplina, secondo quanto previsto negli atti aziendali di ciascuna Azienda.
Nelle ASP la NPIA, nelle sue articolazioni, UOC territoriale e, ove presente, UOC ospedaliera, va a costituire "l'area dipartimentale di NPIA" del dipartimento integrato di salute mentale o Sipartimento Salute Mentale Adulti (SMA)/Dipendenze Patologiche (DP)/NPIA, ed è una delle tre aree del dipartimento oltre quella delle dipendenze patologie e della psichiatria adulti come da Piano Strategico Salute Mentale.
Nelle ASP ove è presente la sola UOC territoriale, l'area dipartimentale coincide con questa, mentre se è presente anche una UOC ospedaliera di NPIA, entrambe fanno parte dell'area dipartimentale e il direttore di una delle due UOC assume la funzione di coordinatore dell'area su nomina del Direttore Generale (DG).
La direzione dell'area non comporta alcun onere aggiuntivo a carico delle aziende.
L'area dipartimentale garantisce, il coordinamento tecnico-funzionale, la programmazione e l'uniformità degli interventi in tutto il territorio di ciascuna ASP.
È possibile attivare Dipartimenti interaziendali funzionali di NPIA (ASP- Azienda Ospedaliera (AO) - Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) o AO-AO di livello differente ecc.) per la definizione di percorsi assistenziali e di ricerca coordinati e per gradi di intensità di cura (preacuzie-acuzie-post acuzie) in un *continuum* di presa in carico del paziente nel rispetto della sua centralità.
Predisposto il progetto, che ne prevede il funzionamento, va sottoscritto e deliberato da ciascuna azienda coinvolta e autorizzato dall'Assessore regionale alla salute.
Il dipartimento interaziendale è proposto come modello organizzativo di attività sanitarie che consente l'applicazione di sistemi innovativi di gestione e di percorso del paziente con patologia di NPIA.
Il dipartimento interaziendale funzionale non sostituisce quello aziendale ma nell'ambito della disciplina pone l'utente come elemento centrale del percorso di cura facilitandone l'accesso.
La struttura territoriale di NPIA rappresenta il fulcro organizzativo del sistema della rete dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza nel quale la funzione di governo è essenziale. Essa rappresenta la principale sede per la "presa in carico" del bambino e per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute dello stesso e della sua famiglia.
In ognuna delle 9 ASP della Sicilia va attivata una struttura complessa di NPIA territoriale che si può articolare in:

a) UUOOSS territoriali;
b) ambulatori di 2° livello;
c) srutture semiresidenziali;
d) strutture residenziali.

Strutture semiresidenziali

Tra le tipologie possibili si indicano:

- centri diurni per i disturbi dello spettro autistico, come normati dalle specifiche nuove Linee Guida Regionali 2019;
- centri diurni diagnostico-terapeutici per la seconda infanzia e pre-adolescenza, finalizzati alla diagnosi ed al trattamento per cicli intensivi, di breve durata, dei disturbi di sviluppo;
- centri diurni per adolescenti con gravi disturbi psicopatologici, finalizzati a contenere al massimo il ricovero ospedaliero e/o l'inserimento c/o comunità, prevenendone la necessità, mediante trattamento terapeutico intensivo o riducendone la durata permettendo dimissioni protette.

Le strutture semiresidenziali hanno valenza sovra distrettuale e devono essere attivi almeno 6 ore al giorno per 5 giorni la settimana. Sono articolazione interna dell'area dipartimentale di NPIA.

Strutture residenziali

Accolgono adolescenti e pre-adolescenti con disturbo psicopatologico o gravi patologie della comunicazione, relazione e socializzazione che necessitano di interventi intensivi, complessi e coordinati a ciclo continuo.
L'intervento terapeutico e riabilitativo, svolto con modalità residenziale, deve essere parte di un sistema complesso, fortemente integrato con la comunità locale. Il progetto terapeutico deve andare oltre la stretta residenzialità, che deve essere limitata nel tempo ed orientata al proprio superamento. Il piano terapeutico deve essere elaborato in stretto raccordo con le strutture territoriali di NPIA invianti.
Le strutture residenziali hanno valenza sovra distrettuale e devono essere attivi h 24 per 7 giorni la settimana. Sono articolazione interna dell'area dipartimentale di NPIA.

Strutture ospedaliere di NPIA

Sono strutture complesse, finalizzate alla diagnosi e alla cura delle patologie neurologiche e psichiatriche acute e/o di elevata complessità, e delle situazioni di emergenza-urgenza neuropsichiatriche.

Sono collocate all'interno di un presidio di una ASP, o di una Azienda Sanitaria Ospedaliera (ASO), di un Policlinico o di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), afferiscono ad un'area vasta, sono dotate di posti letto autonomi con idonea e specifica dotazione organica. Possono avere articolazioni interne di UUOOSS, di secondo livello, pertinenti con i PDTA attivati all'interno della UOC.
La struttura ospedaliero-universitaria di NPIA è una struttura complessa, finalizzata alla diagnosi, alla cura, alla didattica ed alla ricerca in conformità del D.Lgs. 21.12.1999 n. 517 ed al Nuovo Patto per la Salute 2014/2016.
Tenuto conto:

- della dotazione di posti letto delle UOC ospedaliere non ancora parametrata secondo lo standard dei 16 posti;
- del livello di complessità assistenziale di tipo neurologico e psichiatrico per emergenza/urgenza con percorsi clinico-assistenziali di base, di secondo e di terzo livello, che saranno sviluppati dalle stesse Unità Operative Complesse (UUOOCC) (in modo da realizzare a livello regionale una rete integrata, complementare e sinergica;
- dell'istituzione di DH terapeutico;
- del *Day Service* con istituzione dei pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) di specialità, tutt'ora assenti;
- dell'ampio bacino di assistenza (tutto il territorio siciliano).

Sarebbe opportuno, anche in funzione del periodo di osservazione biennale previsto dal Piano regionale di rimodulazione,dell'ospedalità, verificare le dotazioni organiche con superamento dei parametri minimi che il vecchio piano regionale prevedeva per i 16 postl letto e cioè:

- 0,58 dirigenza medica/posto letto;
- 1,30 infermiere professionale/posto letto;
- 0,18 operatori socio sanitari (OSS)/posto letto.

Tali parametri, infatti, risultano insufficienti per l'organizzazione di una UOC ospedaliera che eroghi buona ed adeguata assistenza sanitaria.
Il suddetto personale dovrebbe essere integrato con le figure multidisciplinari necessarie alla diagnosi e cura delle patologie neuropsichiatriche, secondo gli standard previsti da decreti specifici.

Area psichiatrica di urgenza-emergenza

Per la gestione dell'emergenza psichiatrica, risulta necessario definire all'interno dei reparti di NPIA ambienti predisposti, sia strutturalmente che logisticamente, per contenere le manifestazioni acute più gravi, al fine di garantire la sicurezza al minore stesso che le presenta e nel rispetto degli altri minori ricoverati per differenti patologie.

La copresenza in alcune strutture ospedaliere di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) dei DSM territorialmente competenti, può permettere l'organizzazione di modelli di ricovero, sempre logisticamente e strutturalmente diversificate, che vedano la sinergia funzionale delle equipe NPIA e di Psichiatria, per fasce di età adolescenziale che possono andare dai 15 ai 22 anni circa, accomunati per fenomenologie cliniche, proteggendo i ricoverati in età infantile da una promiscuità pericolosa e inopportuna, così come gli stessi da una promiscuità con utenza psichiatrica di età avanzata in condizione di acuzie.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE DEL TAVOLO TECNICO REGIONALE NPIA

Risulterebbe altresì molto funzionale ed efficiente nell'ottimizzazione dei costi e nella semplificazione degli accessi per l'utenza, lo sviluppo, a seconda delle risorse strutturali organizzative presenti, creare Protocolli d'intesa Interaziendali per PDTA di bacino e creazione di una Carta dei Servizi unica regionale per la NPIA, con individuazione dei centri di riferimento; il tutto secondo modello "Hub&Spoke" che realizzi una vera integrazione territorio-ospedale.
In contemporanea l'altro Tavolo Tecnico Regionale dedicato alla stesura del nuovo Piano Unitario Regionale per l'Autismo, con componente delegato SINPIA (Segr. regionale R. Scifo), componente NPIA universitaria, Centro Autismo Policlinico Messina. (prof. A. Persico, socio SINPIA), Garante Regionale Disabilità (dott.ssa G. Gambino, socia SINPIA), ha portato alla emanazione del Decreto Assessoriale del 12/7/2019:

- revisione Linee Guida del 2007, implementazione obbligo budget ASP dedicato: da minimo 0,1% a 0,2%;
- revisione dotazione organiche da inserire in dotazioni aziendali per servizi dedicati: centri diagnosi e trattamento intensivo precoci, centri diurni, centri residenziali, rete territoriale con miniequipe dedicate.

Obiettivo strategico per i DG, pena loro decadenza

Prossimi obiettivi:

- inclusione documento Tavolo Tecnico NPIA in nuovi atti aziendali ASP e in Linee Guida regionali per organizzazione rete territoriale;
- prossimi lavori Tavolo Tecnico: recepimento Linee Emergenza-Urgenza psichiatrica SINPIA e strutturazione PDTA regionale col servizio 118 e tutti i DSM e aziende ospedaliere;
- presentazione dei PDTA redatti dai Gruppi tematici SINPIA e pubblicazione quali indicazioni assessoriali

per PDTA aziendali [Autismo, DCA, disturbi specifici apprendimento (DSA), cefalea, encefalopatie epilettiche/epilessia, ADHD, abuso, neonato a rischio].

Bibliografia e riferimenti normativi

Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (Atti n. 70 - Conferenza Unificata Stato Regioni 25/7/2019).

Piano Regionale Unitario Autismo, GURS parte In. 32 del 12/7/2019.

Decreto dirigenziale 24 settembre 2009 di recepimento delle "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale".

D.A. 31 gennaio 1997 di approvazione del progetto regionale "Tutela della salute mentale".

D.A. 2 marzo 1998 - Determinazione del numero e della competenza territoriale dei DSM "Piano della salute 2011-2013".

D.A. 25 aprile 2012 - Piano strategico per la salute mentale.

D.A. 7 gennaio 2014 - Approvazione dei programmi terapeutico-riabilitativi residenziali per i minori e dei requisiti strutturali ed organizzativi delle strutture dedicate.

POCS, Decreto 23 aprile 2014 in S.O. n. 2 GURS n. 24 del 13/06/2014: Programma Operativo Consolidamento e Sviluppo 2013-2015.

D.A. 1 febbraio 2007 - Linee guida di organizzazione della rete assistenziale per persone affette da disturbo autistico; Nuovo D.A. Linee Guida Autismo 2019 (in via di pubblicazione).

D.A. 10 gennaio 2011 (GURS 9/11) - Standard organizzativi di riferimento dei servizi dedicati per le persone affette da disturbo autistico.

PSR 2013-1015: Punto 16.3 pag. 160. La neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Servizi per l'assistenza, risorse, modello organizzativo.

PANSM - Piano d'azione nazionale per la salute mentale del 24.01.2013.

L. 104/92: legge quadro per l'assistenza, integrazione sociale e diritti alle persone con handicap.

L. 162/ 98: modifiche alla L. 104/92, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap.

L. 170/2010: legge per l'individuazione e tutela dei sogg. con disturbo specifico di apprendimento.

L. DPCM 185 del 23/02/2006: regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno com sogg. in situazione di handicap.

L. 328/2000, art. 14, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

L. 285/97: disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.

L. 184/83: legge speciale sull'adozione, disciplina dell'adozione e affidamento dei minori.

L. 149/2001: modifiche alla l 184/83.

L. 476/98: ratifica ed esecuzione della convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale.

DPCM 29/11/2001: Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Nuovi LEA.

DPCM 1/04/2008: trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte all'interno del circuito dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile al SSN.

Accordo della conferenza unificata stato regioni del 20/08/08 concernente la l'ordinamento penitenziario e la giustizia minorile.

D.A. 21 dicembre 2012 "Il Piano della riabilitazione".

"Linee di indirizzo regionali in materia di dotazione organica".

DPCM 14/02/01: atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sanitarie.

D.A. 23 marzo 2012 gurs.17 del 27/4/2012: Linee guida regionali abuso maltrattamento sui minori.

D.A. 14 gennaio 2015 (S.O. gurs n. 4 del 23 gennaio 2015): riordino della rete ospedaliera.

D.A. 7 gennaio 2014 (in gurs n. 5 parte I del 31/01/2014): requisiti strutturali ed organizzativi delle strutture residenziali per adolescenti.

Conferenza stato-regioni del 13.11.2014 "interventi residenziali e semiresidenziali in età evolutiva".

Abstract

ID: 6322

Urgenze psichiatriche in adolescenza: ricoveri in Alto Adige 2014-18

L. Bassani[1], M. Lamberti[1], B. Berlese[1], A. Conca[2]

[1] Reparto psichiatria età evolutiva, Osp. Tappeiner, Merano; [2] Reparto psichiatria, Osp. San Maurizio, Bolzano

Razionale e obiettivi

L'emergenza psichiatrica in adolescenza è un bisogno di salute largamente inevaso in Italia: il 20% dei ricoveri per adolescenti con disturbi psichiatrici avviene presso reparti psichiatrici per adulti (SPDC), e il tasso di ospedalizzazione è dell'1,9/1.000 ab. (12-17 anni) [1]. L'Alto Adige dispone di 12 posti letto dedicati esclusivamente alle patologie psichiatriche in adolescenza (10-18 anni). È nostro obiettivo analizzare i ricoveri effettuati per urgenze psichiatriche in adolescenza sul territorio alto atesino.

Metodi

Sono stati esaminati numero, reparto di accoglienza, modalità di accesso, età e sesso dei ricoveri svolti dal 01.01.14 al 31.12.18 presso il reparto psichiatrico per adolescenti di Merano e i 4 SPDC dislocati sul territorio alto atesino. Sono stati esclusi i pazienti non residenti in Alto Adige e i ricoveri programmati. I ricoveri svolti in regime di urgenza (accesso tramite PS o su trasferimento urgente dagli ambulatori territoriali) sono stati comparati con i dati di popolazione residente in Alto Adige. Risultati Sono stati effettuati 844 ricoveri in regime di urgenza (tasso medio di ricovero: 2,76/1.000 ab. 10-18 anni). Il tasso medio di ricovero cresce con l'età (10-12 anni: 0,42/1.000 ab.; 13-15 anni: 3,29/1.000 ab.; 16-18 anni: 4,58/1.000 ab.). Per le donne il tasso medio di ricovero cresce dai 13 ai 17 anni (2,38 - 4,04 - 5,60 - 6,33 - 7,28/1.000 ab.) e per i maschi si mantiene stabile (1,98 - 2,94 - 2,89 - 2,86 - 3,51/1.000 ab.). Il 94,5% dei ricoveri è stato svolto nella struttura dedicata agli adolescenti. Il 56,6% dei ricoveri è avvenuto tramite accesso al PS, il 43,4% su invio urgente degli ambulatori NPI territoriali.

Discussione e conclusioni

In Alto Adige, l'ampia disponibilità di posti letto dedicati all'urgenza psichiatrica in adolescenza fa riscontrare un tasso medio di ricovero superiore alla media nazionale. Il tasso medio di ricovero è influenzato dall'età e dal genere. La presenza sul territorio di un reparto psichiatrico dedicato agli adolescenti abbassa sensibilmente il numero di ricoveri presso gli SPDC. La forte integrazione con gli ambulatori NPI territoriali permette di diminuire il numero di accessi tramite i PS. Ai pazienti di età inferiore ai 18 anni dovrebbe essere riservato un reparto psichiatrico specialistico vicino al luogo di residenza del paziente e parte di un sistema integrato di servizi di NPI.

Bibliografia

1 SINPIA. *Linee indirizzo per l'emergenza – urgenza psichiatrica età evolutiva*. pag. 2-3.

ID: 6378

Utilizzo di questionari web-based nella personalizzazione della terapia farmacologica in soggetti con Disturbo di Spettro Autistico e comorbidità psichiatriche

E. Lanzarini[1 5], F. Fiori[2 3 4], A. Parmeggiani[1 5], P.J. Santosh[2 3 4]

[1] Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Ospedale S. Orsola Malpighi, Bologna; [2] Department of Child and Adolescent Psychiatry, King's College London, London, UK; [3] Centre for Interventional Paediatric Psychopharmacology and Rare Diseases, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; [4] HealthTracker Ltd, UK; [5] Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna

Razionale

I Disturbi di Spettro Autistico (ASD) sono caratterizzati da sintomi "core" e da una più alta prevalenza di comorbidità psichiatriche e comportamentali rispetto alla popolazione generale. Allo stato attuale, nessun farmaco è approvato per il trattamento dei sintomi "core", mentre solo Aripiprazolo e Risperidone sono stati approvati per il trattamento farmacologico dell'irritabilità associata ad ASD. Nonostante ciò, l'utilizzo di psicofarmaci per il trattamento delle comorbidità neuropsichiatriche in questa popolazione è molto diffuso. Lo scopo del presente studio è quello di valutare l'efficacia dei farmaci psicotropi in una coorte di pazienti affetti da ASD e comorbidità neuropsichiatriche. Inoltre, si vuole valutare quali siano i farmaci più efficaci per il trattamento di sintomi specifici.

Metodi
Lo studio coinvolge 50 soggetti in età evolutiva (74% maschi, età media 14,7 ± 2,4 anni, range 9-19) affetti da ASD e seguiti presso il "Centre for Interventional Pediatric Psychopharmacology and Rare Diseases", Maudsley Hospital di Londra (UK). Tutti i pazienti hanno ricevuto un trattamento farmacologico per problematiche psichiatriche e comportamentali. Utilizzando una scala di valutazione "web based" compilata da personale clinico sono state raccolte informazioni sulla risposta ai farmaci di 22 sintomi e la comparsa di eventuali effetti collaterali ("Profile of Treatment Response - POTR"). Per ogni farmaco considerato è stato calcolato un indice di efficacia (EI) in base al rapporto tra beneficio ed effetti collaterali. Sono stati considerati solo i farmaci utilizzati da almeno il 20% del campione.

Risultati
Propranololo e Melatonina ottengono il miglior rapporto rischio/beneficio per il trattamento delle problematiche comportamentali associate a disregolazione autonomica e problemi del sonno rispettivamente. Aripiprazolo è efficace per irritabilità, aggressività, sintomi psicotici e tics, mentre l'efficacia del Risperidone per gli stessi sintomi non viene compensata della significativa incidenza di effetti collaterali. Sertralina e Fluoxetina sono efficaci per i sintomi di ansia, depressione ed autolesionismo. Sertralina è inoltre efficace per il trattamento di ossessioni e compulsioni. Guanfacina è efficace per i sintomi di ADHD e disturbi del sonno, mentre Metilfenidato e Atomoxetina raggiungono un punteggio borderline per la maggior incidenza di effetti collaterali. Buspirone ha un'efficacia borderline per il trattamento di sintomi ansiosi.

Conclusioni
L'utilizzo sistematico da parte di personale clinico di strumenti di valutazione della terapia farmacologica permette di personalizzare la terapia del singolo paziente per ottenere il miglior controllo dei sintomi con la minor incidenza possibile di effetti collaterali.

ID: 6390

Progetto giovani in pronto soccorso

B. Puggioli, L. Giamboni

UOSD Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva, Osp. Maggiore, Bologna

Introduzione
Sono numerose le ricerche che ormai da diversi anni si interessano alle azioni violente dei giovani contro se stessi e/o gli altri (Chabert, 2000; Carbone 2009a; Delamour, Marcelli, Keller, 2009; Pommereau, Brun, Moutte, 2005). Gli studi proposti in Italia da Carbone (2005, 2009a, 2012), in cui viene sperimentato un modello d'intervento al Pronto Soccorso (PS), mettono in evidenza che gli adolescenti spesso non si rivolgono ai servizi di salute mentale, ma errano a lungo utilizzando un'escalation di sintomi e di condotte rischiose nel tentativo di comunicare il proprio disagio. Gli interventi di promozione della salute non trovano di norma attuazione nei contesti ospedalieri di emergenza-urgenza, tuttavia quando gli accessi riguardano giovani con episodi acuti di uso di sostanze stupefacenti e alcol è opportuno utilizzare l'occasione per interventi sui comportamenti di rischio finalizzati al cambiamento di stili di vita non salutari e/o all'avvio di percorsi clinici specifici.

Obiettivo
Il progetto che viene presentato si propone di sfruttare la situazione di crisi nel setting del Pronto Soccorso per agganciare i ragazzi, attivare le risorse del paziente, e a volte della sua famiglia, affinché il giovane trovi l'occasione per raccontarsi e dare parole alle emozioni.

Metodo
Nello specifico, il progetto propone un aggancio con proposta di valutazione per i giovani pazienti (fascia 14-25 anni) che si recano al PS per episodi acuti di intossicazione da alcol e altre sostanze stupefacenti; sintomatologia collegata a disturbi psicopatologici (es. attacchi di ansia, crisi comportamentali…); esiti di traumi, risse, incidenti in cui sia rinvenibile una componente psico sociale.
Le attività individuate si modulano in una iniziale aggancio del target di popolazione al PS (all'accoglienza in Triage) effettuato da un Educatore Professionale con successiva proposta di una valutazione psicologica (all'interno di un percorso condiviso con gli operatori del PS). Successivamente uno Psicologo effettua una breve valutazione alla quale può seguire la proposta di un ciclo breve di incontri e/o l'invio ad altri Servizi a seconda delle difficoltà identificate. Le possibilità che si aprono sono le seguenti: per i casi di disagio psicologico senza uso sostanze con screening psicopatologico negativo: psicoterapia breve a ciclo di 3-4 incontri; per i casi con solo uso occasionale sostanze: corso informativo sugli stili di vita (3-4 incontri) cui può seguire chiusura o invio a ambulatorio tossicologia o a SerDP; casi con problemi psicopatologici o con uso non occasionale sostanze: invio, accompagnato dall'Educatore, ai Servizi Specialistici competenti per età.

ID: 6427

Spazio Incontro Scholè: Una realtà innovativa di integrazione territoriale sociosanitaria rivolta a minori di età compresa tra gli 11-21 anni come crocevia tra elementi aggreganti e culturali e riferimento per il disagio giovanile

V. Ancona[1], R. Castaldo[1], F. Cristini[1], S. Cuva[1], L. Salvio[1], M. Anzalone[2], M. Franco[2]

[1] UOSD Interventi Precoci in Età Evolutiva Dipartimento Salute Mentale ASL Roma 2; [2] UOC SERD Dipartimento delle Fragilità ASL Roma 2

Spazio Incontro Scholè ha come target principale gli adolescenti e i giovani di età compresa tra gli 11-21 anni residenti nel territorio del VII Municipio di Roma Capitale. Nasce da una coprogettazione che ha visto impegnati gli Assessorati alle Politiche sociali e quello alle Politiche scolastiche e giovanili del succitato Municipio e la UOSD Interventi Precoci in Età Evolutiva del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma 2 e il Dipartimento Tutela delle Fragilità. Tale esperienza vede come elementi rilevanti le azioni e le strategie mirate all'intercettazione precoce del disagio in quanto si va a definire come spazio ad alta fruibilità, a bassa soglia nell'ingresso, privo della connotazione di "servizio di salute mentale" e pertanto con maggiori possibilità di essere accessibile da preadolescenti ed adolescenti. Spazio Incontro Scholè si articola su tre poli di interesse: uno con una valenza prettamente culturale e sociale, un altro orientato sui temi della didattica partecipata e della formazione e un terzo connotato da una dimensione di "ascolto e accoglienza" dei bisogni dei ragazzi. Ogni giorno sono attivi 2 laboratori dalle ore 16 alle 17:30, la cui progettualità prevede una partecipazione allargata attraverso l'integrazione e la messa in rete delle associazioni che insistono sullo stesso territorio municipale; ciò permetterà l'instaurarsi di rapporti di comunicazione e scambi di esperienze con l'esterno. Lo Spazio Incontro Scholè ha inoltre la funzione di raccordo con alcuni Istituti Scolastici del territorio al fine di promuovere sinergie di interventi e progettualità. Scholè, che nasce come progetto pilota, si trova in una struttura dentro Villa Lazzaroni nel quartiere Appio latino, recuperando una struttura che è stata completamente ristrutturata ed arredata grazie alla collaborazione di IKEA Italia, che ha messo a disposizioni arredi ad hoc pensati per rendere l'ambiente "gradevole, accogliente e confortevole"; è presente un ampio giardino per le attività esterne.

Bibliografia

International Union for Health Promotion and Education, Verso una scuola che promuove salute. *Linee Guida per la promozione della salute nelle scuole, 2011.* Traduzione italiana (a cura di, AA.VV.).

Albano F, Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. *Documento di studio e proposta "La salute mentale degli adolescenti"*, marzo 2018.

AAVV. *L'associazionismo per la salute mentale: l'esempio di TULIP. Interventi di prevenzione e ascolto dei segnali precoci di disagio mentale.* Torino: Centro Scientifico Editore Cocchi.

Meneghelli A. *La prospettiva preventiva nelle politiche di salute mentale. L'esempio di Programma 2000.* Psichiatria Oggi 2005.

ID: 6428

Sindrome da ritiro sociale prolungato in adolescenza: un modello di presa in carico integrata tra Ospedale e Territorio

V. Ancona[1], R. Agus[2], B. Bellini[2], R. Castaldo[1], S. Cuva[1], M. De Angelis[2], G. Perotti[2], I. Ardizzone[2]

[1] Dipartimento Salute Mentale UOSD Interventi Precoci in Età Evolutiva ASL Roma 2; [2] Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale, UOC Neuropsichiatria Infantile, Policlinico Umberto I di Roma

Il ritiro sociale prolungato è un fenomeno di crescente interesse da parte dei clinici e della ricerca scientifica. I primi casi descritti in letteratura provenivano dal Giappone e venivano indicati come Hikikomori, termine che identificava la tendenza a trascorrere la maggior parte della giornata a casa, disattendendo impegni sociali, scolastici e lavorativi per almeno 6 mesi. Il fenomeno è presente anche in Italia e, sebbene non siano ancora disponibili dati epidemiologici ufficiali, si stima che siano coinvolti circa 50.000 – 100.000 adolescenti. L'obiettivo del presente lavoro è quello di tradurre la nostra esperienza clinica in un modello di presa in carico integrata tra Ospedale e Territorio. Il progetto si basa sulla necessità di costituire una rete tra le Istituzioni che sempre più si trovano a confrontarsi con adolescenti ritirati mediante un protocollo condiviso che prevede: una fase diagnostica in cui si effettuano colloqui clinici ed una batteria testologica specifica; successivamente viene proposto un progetto terapeutico psicoterapico e, ove necessario, farmacologico. Gli interventi di psicoterapia consigliati sono di tipo sia individuale che familiare, spesso domiciliare, laddove il paziente si rifiuti di uscire di casa. È altresì favorita l'implementazione delle abilità sociali e di mentalizzazione attraverso gruppi terapeutici. Nella

fase di presa in carico si ritiene inoltre di fondamentale importanza la collaborazione tra operatori sanitari e le scuole, al fine di un reinserimento graduale dei ragazzi. I pazienti fin ora giunti alla nostra osservazione presentano Disturbi dell'umore Disturbi d'Ansia nell'ambito di organizzazioni di personalità evitanti, narcisistiche e schizoidi. Tale sintomatologia appare funzionale a preservare un'immagine ideale del sé: la solitudine e l'isolamento vengono ricercati attivamente dai pazienti, a fronte di una tendenza ad avere una visione paranoica e persecutoria dell'altro, rispetto al quale si assiste ad una ipermentalizzazione. Allo stato attuale, pochi dati sono disponibili in letteratura per un corretto inquadramento epidemiologico, clinico e terapeutico, né esistono linee guida. La presa in carico di questi pazienti è complessa e vede necessaria la collaborazione di centri specializzati in salute mentale in età evolutiva, del territorio e delle istituzioni scolastiche.

Bibliografia

Aguglia E, Signorelli MS, Pollicino C, et al. *Hikikomori phenomenon: cultural bound or emergent psychopathology?* Giornale Italiano di Psicopatologia 2010;16:157-64.

Malagón A, Alvaro P, Córcoles D, et al. *Hikikomori: a new diagnosis or a syndrome associated with a psychiatric diagnosis?* Int J Soc Psychiatry 2010;56:558-9.

ID: 6429

Analisi utenza con sindrome di Down seguita dai servizi territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) Regione Emilia-Romagna

L. Bruno[1], S. Kaleci[1], M. Cappai[2], P. Soli[2], A. Saponaro[2]

[1] NPIA Dip.to Salute Mentale-DP Ausl Bologna; [2] Dir. Gen. Cura alla persona, Salute e Welfare Regione Emilia Romagna

Razionale e obiettivi

La sindrome di Down (SD) tra le più frequenti malattie rare [1] rappresenta una patologia complessa ben nota ai servizi di NPIA. I bambini e gli adolescenti con SD sono seguiti da questi servizi con una presa in carico multidimensionale e multiprofessionale. Obiettivo dello studio è descrivere la casistica con SD afferente ai servizi NPIA territoriali della Regione Emilia-Romagna (RER) e misurarne l'impegno quantitativo e qualitativo clinico assistenziale.

Metodo

È stata condotta un'analisi descrittiva della casistica con diagnosi di SD sui dati estratti dal sistema informativo regionale SINPIAER (Circolare 3/2011) anni 2011-2017. Sono stati analizzate le caratteristiche dell'utenza con SD e i dati di attività dei servizi NPIA nel triennio 2015-2017.

Risultati

Gli utenti con SD rappresentano l'1% circa dell'utenza complessiva dei servizi NPIA, anni 2011-2017. Nel triennio 2015-2017: il tasso di prevalenza degli utenti 0-17 anni con SD seguiti dai servizi NPIA risulta mediamente 7,5 per 10.000, in linea con i dati della letteratura; le fasce di età più rappresentate sono 0-2 anni (19,4%) e 6-10 anni (26,3%); vi è una differenza per genere (maschi 56%); gli utenti con cittadinanza straniera rappresentano circa il 22%; l'ingresso nei servizi NPIA avviene entro i primi 3 anni di vita mentre l'uscita può essere anche oltre i 17 anni (circa 5,5%) fino alla conclusione del percorso scolastico; il numero delle prestazioni per utente è di circa 30 prestazioni e la fascia di età 3-5 anni è quella che ha ricevuto il maggior numero di prestazioni (circa 48%); oltre il 60% degli utenti è stato seguito con trattamenti multiprofessionali e circa il 90% è stato seguito in maniera continuativa (anni 2011-2017).

Discussione e conclusioni

Lo studio conferma l'impegno quantitativo e qualitativo dei servizi territoriali NPIA della Regione Emilia-Romagna per i bambini e gli adolescenti con Sindrome di Down, attraverso una presa in cura duratura, continuativa e multiprofessionale fin dai primi anni di vita.

Bibliografia

[1] *Prevalenza e incidenza delle malattie rare: dati bibliografici*. I Quaderni di Orphanet, Numero 2, Gennaio 2019.

ID: 6431

Parent training (PT) nell'autismo: utilità ed efficacia nell'esperienza integrata tra Servizi del Dipartimento Salute Mentale (DSM-DP) dell' AUSL di Bologna

S. Belmonte[1], M. Deluca[1], F. Resca[2], M. Villanova[2], M.A. Bertone[2], M. Manfredini[2], S. Chiodo[1]

[1] UOC Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza, Attività territoriale, DSM-DP, Ausl Bologna; [2] UOSD Disturbi del Neurosviluppo, DSM-DP, Ausl Bologna

Obiettivi e razionale

L'aumento dell'incidenza delle diagnosi di autismo e

la crescente difficoltà nel rispondere in modo uniforme alle richieste di interventi intensivi ha posto la necessità di reperire modelli terapeutici sostenibili, volti anche alle famiglie che ricevono tale diagnosi, che comporta un forte impatto emotivo. Nel 2016 è stata svolta una formazione sul *Parent Training* nell'autismo offerta sia ad operatori del Servizio di Neuropsichiatria territoriale che dell'UOSD Disturbi del Neurosviluppo – Centro specialistico PRIA dell' AUSL di Bologna. Dopo questa formazione è stato deciso di applicare tale intervento.

Metodi
Criteri di inclusione: genitori di bambini sotto i 6 aa con basso funzionamento cognitivo/verbale, in attesa di trattamento educativo diretto, in carico al Servizio territoriale NPIA di Bologna con diagnosi di autismo (F 84.0) formulata presso il Centro specialistico secondo il protocollo PRIA regionale. Sono stati esclusi genitori che hanno evidenziato durante la valutazione importanti aspetti disfunzionali e genitori stranieri che non parlano fluentemente la lingua italiana. Il percorso prevede:-5 o 6 incontri di gruppo (piuttosto che i 9 previsti dalla versione manualizzata), della durata di 2 ore, a cadenza quindicinale. Massimo 8/9 coppie di genitori con due conduttori NPI-Questionari di valutazione del cambiamento (autovalutazione di 12 aree da 0 a 10) e di gradimento somministrati al termine del ciclo di incontri.-schede cartacee del materiale presentato.

Risultati
Dal 2016 alla prima metà del 2019 hanno partecipato 70 famiglie. Drop out tra il 15 e il 22%. Gradimento raccolto dai questionari: tra "molto buono" e "abbastanza buono". Tutti consiglierebbero il PT ad altri genitori. Cambiamento: > 80% riporta un cambiamento nel rapporto con il proprio figlio. In tutte le aree si registra un cambiamento positivo (> = 5). Le aree più significative (> = 7) sono:" modo di osservare e affrontare i problemi con il figlio ", "modo di comunicare con il figlio"; "giudizio sui Servizi di NPI".

Discussione e conclusioni
L'esperienza riportata conferma che un intervento di gruppo sui genitori, con caratteristiche psico-educative, anche se breve, ha effetti positivi sulla percezione del ruolo genitoriale ed incrementa la fiducia verso i servizi e quindi l'alleanza terapeutica.

ID: 6432

Il 'Gruppo di Continuità'. Un percorso di integrazione multiprofessionale sulla psicopatologia in adolescenza (14-25 anni) nel Distretto Pianura Ovest della AUSL Bologna

E.M. Congedo[1], D. Ognibene[2], D. Rambaldi[3], G. Basile[4], S. Belmonte[4], A. Bicocchi[4], M. Bregoli[5], C. Davoli[6], S. Di Caro[3], K. Fraticelli[1], L. Mattioli[2], A. Sangalli[1], M. Bernardini[7], S. Trebbi[4]

[1] C.S.M., DSM-DP AUSL Bologna; [2] ASP-Seneca Minori; [3] Ser-DP AUSL Bologna; [4] NPIA AUSL Bologna; [5] Spazio Giovani; [6] S.Sociale Calderara di Reno; [7] Servizio L.O.O.P.

Obiettivi e razionale
Sulla scia delle indicazioni del documento della RER 'Linee di Indirizzo Regionali "Progetto Adolescenza" del 2013' che rilevava "la frammentarietà della risposta ai bisogni della fascia adolescenziale (…) per la mancanza di una strategia d'intervento condivisa e integrata", nel maggio 2016 nel Distretto Pianura Ovest si è formato un Gruppo di lavoro costituito da diverse professionalità (Educatori, Psicologhe, Psichiatri, Assistenti Sociali, Infermieri della NPIA, CSM, SerDP, Spazio Giovani ed ASP Seneca). Il 'Gruppo di Continuità' ha lavorato su due livelli: 1) Un livello clinico operativo: discussione di casi clinici per mappare le risorse esistenti, rilevare i bisogni della rete, migliorare l'integrazione fra i professionisti e facilitare la presa in carico in percorsi non dispersivi; 2) Un livello di Integrazione Istituzionale: promuovere un confronto periodico con il Tavolo Adolescenza del Distretto e i Servizi Sociali e Sanitari sui temi della prevenzione, delle criticità organizzative e delle proposte formative.

Metodi
La presentazione di casi clinici prevede la presenza del referente del caso che espone la storia dell'utente, la modalità ed il contenuto della richiesta d'aiuto, le problematiche emerse nella gestione, le dinamiche familiari. Segue una fase di discussione, il Gruppo mette in rete risorse dei servizi ed elementi di valutazione clinica multiprofessionale e condivide poi ipotesi progettuali, segue quindi una restituzione con un tentativo di sintesi e di proposta operativa. Si propone un successivo incontro a distanza di 1-2 mesi per un feedback.

Risultati
Negli incontri, a cadenza mensile, sono stati discussi, nel triennio 2016-2019, circa 40 casi clinici afferenti ad aree dalla psicopatologia molto ampia (isolamento

sociale, ritiro scolastico, abuso di sostanze, crisi evolutiva con elevata conflittualità familiare, comportamenti devianti, autolesionismo, esordi psicotici, etc.). Si è mantenuto un collegamento con i Servizi invianti, si è data centralità alla porta d'ingresso dello Spazio Giovani, si è mantenuta una integrazione in rete con i progetti trasversali attivati nel territorio del Distretto.

Discussione e conclusioni

L'integrazione in équipe multidisciplinare si è rivelato uno strumento utile a ridurre il rischio di una frammentazione delle risposte e degli interventi. La forte motivazione al compito e l'atmosfera di attiva collaborazione, ha permesso di fare dell'eterogeneità dei linguaggi e dei presupposti teorici dei vari professionisti, un punto di forza più che un ostacolo all'integrazione. Appare utile proseguire nello sforzo di trovare un modello integrato e condiviso che affronti la sfida posta dalla multiproblematicità e complessità della psicopatologia nell'adolescente.

ID: 6445

Girando come i girasoli La disregolazione in età prescolare: parent training e intervento educativo in piccolo gruppo

M.G. Costanzo[1], S. Conti[1], L. De Luca[1], M. Marchignoli[1], T. Caroli[2], A. De Agostini[2]

[1] UOS NPIA Area Sud AUSL Bologna; [2] Cooperativa Libertas

Razionale e obiettivi

L'idea del gruppo nasce dall'esigenza di rispondere ai bambini che afferiscono numerosi e in età sempre più precoce al servizio di NPIA per problematiche comportamentali, iperattività, difficoltà ad aderire alle regole, ridotta quantità e intensità del gioco (con possibile comorbidità con problemi di linguaggio, difficoltà di organizzazione delle funzioni cognitive, deficit delle funzioni esecutive).
Obiettivi: Nei genitori aumentare il senso di competenza aiutandoli a capire come interagire con il proprio bambino, riducendo le interazioni negative, incrementando quelle positive. Nei bambini ridurre gli aspetti di inattenzione e iperattività, favorire l'adesione alle regole, ridurre i comportamenti disfunzionali, favorire l'integrazione di aspetti emotivi, imparare a collaborare e aiutarsi l'un l'altro.

Metodi

Conduttori: Parent training 1 NPI e 1 psicologo; gruppo psicoeducativo 2 educatori; colloqui iniziali con le famiglie NPI. Numero partecipanti min. 3 max. 5. Durata del gruppo: 8 incontri per i genitori, 16 incontri per i bambini. È previsto un incontro con i genitori ed una osservazione del bambino precedenti l'inserimento in gruppo ed un incontro conclusivo di restituzione ai genitori relativo al percorso educativo svolto. Modello di riferimento: Cognitivo comportamentale per Parent training. Tecniche cognitive e psicoeducative all'interno di una cornice teorica biopsicosociale per il gruppo bambini. Il lavoro è strutturato in modo chiaro (cerchio di accoglienza, gioco motorio, free time, attività a tavolino, gioco libero, cerchio di saluto) per creare una routine pur mantenendo una attenta osservazione alle proposte dei bambini.

Risultati

Ottenuti dall'analisi dei questionari forniti a genitori e insegnanti (IPDDAI, IPDDAG, Questionario del senso di competenza) Nei genitori: Maggiore soddisfazione, Riduzione stress, Incremento senso di competenza, Comprensione della reciprocità delle relazioni e degli effetti della propria condotta. Nei bambini: Aumento dei tempi di attenzione, Riduzione dell'instabilità, Maggiore rispetto delle regole e di adesione alle richieste, Verbalizzazione spontanea di emozioni.

Conclusioni

L'intervento parallelo su bambini e genitori, in questa fascia d'età, favorisce la limitazione della tensione nelle relazioni disfunzionali facilitando una reciproca autoregolazione e rappresenta a nostro avviso uno strumento terapeutico oltre che preventivo, limitando lo stabilizzarsi e l'aggravarsi della sintomatologia.

Bibliografia

"Bambini disattenti e iperattivi: Parent training" Vio, Spagnoletti. Ed. Erickson 2013 "Coping Power nella scuola dell'infanzia" Giuli, Bertacchi, Muratori. Ed. Erickson 2016

ID: 6451

I progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP) secondo il Modello del Budget di Salute: fotografia di un intervento sperimentale svolto su un gruppo di adolescenti affetti da Disturbo dello Spettro Autistico

S. Di Biasi [1], D. Di Pietro [2], P. Garzia [3], D. Andropoli [4], G. Carratelli [4], O. Gabrielli [5], M. Marzio [5], M. Mira [6], A. Prosperi [6], M.P. Tersigni [7], S. Galiffa [7]

[1] TSMREE Ospedale Luigi Spoverini Ariccia; [2] TSMREE Anzio Asl Roma 6; [3] TSMREE Ospedale Spolverini Di Ariccia; [4] TSMREE Pomezia Asl Roma 6; [5] TSMREE Frascati Asl Roma 6; [6] TSMREE Velletri Asl Roma 6; [7] TSMREE Ciampino Asl Roma 6

Razionale-obiettivi
Il budget di salute è uno strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individuali volti a soddisfare bisogni socio-sanitari complessi. L'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con Disabilità lo descrive come "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale". Il Progetto terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) ne è l'applicazione e permette attraverso la coprogettazione Asl-Cooperative Sociali-Famiglia, la realizzazione di percorsi terapeutici personalizzati intergrati.
In questo lavoro presentiamo i primi dati sperimentali dei PTRP attivati nel corso dell'anno 2019 presso i TSMREE della Asl Roma 6. I progetti sono differenziati o in PDTA, Percorsi diagnostico-terapeutici per i Disturbi dello Spettro Autistico e PTRP per situazioni psicopatologiche e psicosociali con grave compromissione del funzionamento sociale. L'obiettivo è quello di descrivere un modello innovativo di intervento ad alta integrazione socio-sanitaria personalizzato e realizzabile nel Territorio.

Risultati-conclusioni
Nel corso dell'anno 2019 sono stati attivati 170 progetti: 122 PDTA e 48 PTRP. Presso il TSMREE di Ariccia è stato sperimentato un intervento psicoeducativo in un piccolo gruppo di 5 adolescenti (13-17 anni) affetti da Disturbo dello Spettro Autistico (DSA) ad alto funzionamento cognitivo e sintomatologia ansioso-depressiva significativa. L'intervento di gruppo svolto da psicologi e tecnici informatici ha utilizzato la Radio-Web come strumento per facilitare la comunicazione reciproca, l'interazione sociale, il riconoscimento e la condivisione delle emozioni. Attraverso la gestione di servizi di *podcasting* su piattaforma digitale, i ragazzi hanno migliorato le loro capacità di pianificazione, *problem-solving*, flessibilità e rinforzato l'autostima. Si ipotizza che per gli adolescenti DSA questo nuovo modello di intervento favorisca una evoluzione prognostica positiva, riducendo il rischio psicopatologico (riduzione marcata di ansia sociale, ritiro ed isolamento, ideazione sucidaria, tentativi di suicidio ed autolesionismo).

ID: 6452

La presa in carico dell'adolescente con patologia psichiatrica nella regione Marche: una proposta di piano diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)

M. Duca, B. Pirri, P. Pierandrei, E. Selvetti, L. Corpaci, M. Pincherle

UOC Neuropsichiatria infantile, Ospedale civile Macerata

Razionale e obiettivi
Creare una rete integrata di servizi di NPIA di psichiatria dell'età evolutiva all'interno della regione Marche. A fronte di un continuo aumento della domanda infatti si rileva un'elevata disomogeneità nelle risposte e nell'organizzazione dei servizi di NPIA nelle diverse regioni italiane.

Materiale e metodi
Nell'ambito di un percorso formativo eseguito nel 2018 rivolto agli operatori del settore materno infantile dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale della regione Marche, sono state considerate e raffrontate le linee guida di presa in carico di minori con patologia psichiatrica delle regioni Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte e Toscana e sulla base di queste è stata fatta una proposta attuabile sul nostro territorio.

Risultati
Lo schema organizzativo fa riferimento alla fascia d'età 14-25 anni e prevede la realizzazione di una rete costituita da diversi referenti quali: ASUR; Ospedale pediatrico e clinica psichiatrica; Centro Autismo di Fano per Marche Nord; Il Privato Accreditato (Beata Corte di Caccamo e Utopia di Cagli); I Servizi Sociali dei Comuni; la Magistratura; I referenti degli Istituti Scolastici. In particolare si ipotizzano 4 Unità Operative Semplici Territoriali funzionanti come servizi ambulatoriali (una sede per Area Vasta), un'Unità Operativa Complessa che opera secondo il modello Hub/Spoke. Per attuare tale progetto sono necessari almeno 5 medici, 5 psicologi, 5 assistenti sociali, 5 infermieri e 5 educatori psichiatrici. Nella dimensione ospedaliera è prevista la reperibilità degli specialisti presso ogni provincia anche tramite la telemedicina e sarebbero previsti 2-3 posti letto sotto i 14 anni presso l'Ospedale Pediatrico Regionale Salesi di Ancona e 10 sopra i 14 anni a Senigallia. Si auspicherebbe, oltre le comunità terapeutiche attualmente esistenti da implementare, anche l'organizzazione di strutture semiresidenziali per un minimo di 20 posti e comunità a valenza socio-pedagogica.

Discussione e conclusioni

L'emergenza legata al disagio psichico in età evolutiva costituisce un problema sociale che necessita di interventi efficaci ed appropriati. La Regione Marche non dispone oggi di una rete integrata di servizi di NPIA. È quindi necessaria la strutturazione di una rete clinica di NPIA che sia in grado di svolgere un'azione di prevenzione e cura precoce del disturbo psichico in età pediatrica ed adolescenziale con lo scopo di migliorare la qualità della vita ed il benessere dei giovani ed evitare cronicizzazioni in età adulta.

Bibliografia

Rapporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Emilia Romagna, 2014.

Documento gruppo di lavoro sulla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. DG Welfare, Regione Lombardia 2017 Regione Piemonte www.sinpia.eu/regionali/sezione/cat/37/page/documenti

ID: 6454

Prognosi a medio e lungo termine del rifiuto scolare in infanzia e in adolescenza

G. Rosso, M. Levi, E. Rainò, C. Davico, A. Anichini, B. Vitiello

SCU di Neuropsichiatria Infantile dell'OIRM - Città della Salute e della Scienza di Torino, Università degli Studi di Torino

Razionale e obiettivi

Il rifiuto scolare è una manifestazione caratterizzata dall'irrazionale paura di recarsi a scuola, spesso accompagnata da disturbi somatici e ritiro generalizzato. Tale fenomeno è associato a disturbi d'ansia, dell'umore e di personalità. Rappresenta una sfida che richiede una presa in carico multidisciplinare. La prognosi può essere severa; non esistono in letteratura dati a riguardo nella popolazione italiana. Esponiamo i risultati preliminari di uno studio clinico il cui scopo è valutare la prognosi dei ragazzi con rifiuto scolare grave, refrattario a interventi ambulatoriali. La ricerca è stata condotta presso il Day Hospital Psichiatrico della S.C.U di NPI dell'O.I.R.M. di Torino, che da anni si occupa di questo fenomeno.

Metodi

Dei 178 pazienti seguiti dal DH per rifiuto scolare, ne sono stati selezionati 68 (18 - 26 anni), in carico tra il 01/01/2008 e il 31/12/2016, di cui vengono descritte le caratteristiche anamnestiche, psicopatologiche e familiari. Di questi, 37 hanno accettato la partecipazione allo studio (avvenuta tramite colloquio e somministrazione di test o telefonicamente). Sono stati somministrati un questionario socio-demografico per valutare il funzionamento sociale e occupazionale (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*) e test psicometrici self report per valutare i disturbi d'ansia (*Self-rating Anxiety Score*) e l'autoefficacia (*General Self Efficacy*).

Risultati

Dalle analisi statistiche sono emerse le seguenti correlazioni (p-value < 0,05): chi è stato preso in carico per oltre di un anno ha avuto un *outcome* più frequentemente positivo di ritorno a scuola; anche la presa in carico precoce è correlata a migliore *outcome*; la ripresa della socializzazione e il ritorno a scuola si influenzano a vicenda; i disturbi d'ansia in età adulta si ritrovano prevalentemente nel sesso maschile e in chi non ha una relazione sentimentale; il funzionamento sociale e occupazionale sono migliori in chi non ha usufruito di ausili scolastici, in chi è tornato a scuola o ha ripreso la socializzazione. L'autoefficacia è migliore in chi non ha subito *life events* negativi, in chi non è seguito dallo psichiatra o non assume farmaci.

Discussione e conclusioni

Si conferma l'efficacia della presa in carico in DH del rifiuto scolare. La precocità e la durata dell'intervento risultano cruciali in termini prognostici. Vi è forte correlazione tra socializzazione e ripresa scolastica: questo indica che il percorso svolto in DH consente una "risoggettivazione" del paziente, dunque la ripresa del suo percorso evolutivo.

Bibliografia

Gallé-Tessonneau M. *Des critères de repérage aux stratégies de prise en charge du refus scolaire:une revue de littérature internationale systématique*. Pratiques psychologiques 2017;23:1-19.

ID: 6456

Ideazione e comportamenti suicidari in adolescenti ad Ultra-High Risk (UHR) di psicosi: risultati da uno studio longitudinale di 2 anni

L. Pelizza[1 2], M. Poletti[1], S. Azzali[1], S. Garlassi[1], F. Paterlini[1], I. Scazza[1], L.R. Chiri[1 2], S. Pupo[1 3], A. Raballo[1 4]

[1] Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia; [2] Azienda USL di Parma; [3] Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; [4]Università degli Studi di Perugia

Obiettivi

Il rischio di suicidio in soggetti a rischio ultra-elevato di psicosi (*Ultra-High Risk* [UHR]) è stato raramente oggetto di valutazione in adolescenza, ma è di ovvia importanza per ragioni di ordine prognostico e clinico-assistenziale. Scopo di questa ricerca è valutare prospetticamente l'ideazione e le condotte suicidarie in una popolazione clinica di adolescenti UHR. Metodi - In questo studio sono stati esaminato 112 *help-seekers* adolescenti, di età compresa fra i 13 ed i 18 anni (50% maschi, 83,9% caucasici), reclutati nell'ambito del progetto ReARMS ("Reggio Emilia At-Risk Mental States"), i quali sono stati monitorati per un periodo di tempo della durata di 2 anni. Per la valutazione del rischio suicidario, sono stati esaminati i punteggi di specifici e convergenti items derivati dal *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS: item 7.3) e dalla *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II: item 9), assieme alla prevalenza iniziale ed all'incidenza longitudinale dei tentativi di suicidio e dei suicidi completati.

Risultati

Al baseline, il campione in esame è risultato composto da 40 adolescenti UHR, 32 con *First Episode Psychosis* (FEP] = primo episodio di psicosi) e 40 nonUHR/FEP (ovvero adolescenti che, alla vautazione iniziale, non soddisfacevano i criteri diagnostici di UHR o FEP della CAARMS). L'analisi statistica ha rilevato che 67,5% degli adolescenti UHR manifestava ideazione suicidaria al baseline. I tentativo di suicidio pregressi all'ingresso nello studio prima dell'iscrizione è risultato essere significativamente più elevato nel gruppo UHR rispetto agli individui non-UHR/FEP (17,5% *vs* 2,5%). La severità dell'ideazione suicidaria (item 9 della BDI-II) diminuiva significativamente dopo due anni di follow-up.

Conclusioni

I risultati di questa ricerca indicano un'elevata prevalenza di ideazione suicidaria tra gli adolescenti UHR che richiedono un primo contatto ("help-seeking") con i servizi specialistici della Neuropsichiatria Infantile. Ciò supporta un monitoraggio di routine del rischio di ideazione e condotte suicidarie in questa popolazione a rischio di adolescenti. Inoltre, un trattamento specialistico, *evidence-based*, sugli stati mentali UHR, come quello proposto nel programma ReARMS (ovvero psicoterapia individuale cognitivo-comportamentale, psicoeducazione familiare, case management orientato precocemente alla *recovery*), pare contribuire in maniera significativa alla riduzione della severità dell'ideazione suicidaria al termine del follow-up.

ID: 6457

Screening per il rischio di psicosi negli help-seeker adolescenti: applicazione della versione italiana del 16-item Prodromal Questionnaire (iPQ-16) nei servizi di neuropsichiatria infantile

L. Pelizza[1 2], S. Azzali[1], F. Paterlini[1], S. Garlassi[1], I. Scazza[1], L.R. Chiri[1 2], S. Pupo[1 3], A. Raballo[1 4]

[1] Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia; [2] Azienda USL di Parma, [3] Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; [4] Università degli Studi di Perugia

Obiettivi

Il 16-item Prodromal Questionnaire (PQ-16) è uno strumento versatile utilizzato per lo screening di routine dei soggetti a rischio ultra-elevato ("Ultra-High Risk") di psicosi. Scopo di questo studio è esaminare le proprietà psicometriche della versione italiana del PQ-16 (iPQ-16) in una popolazione clinica di 72 help-seeker adolescenti (di età compresa fra i 13 ed i 18 anni), reclutati all'interno dei servizi di neuropsichiatria infantile, nell'ambito del programma ReARMS ("Reggio Emilia At-Risk Mental States"), al fine di analizzarne le sue potenzialità come screener per un'utilizzo di routine.

Metodi

I partecipanti che hanno completato l'iPQ-16 sono stati successivamente intervistati con il *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS) per confermare o meno lo stato di primo episodio di psicosi (*First Episode Psychosis* [FEP]) o quello UHR. Abbiamo quindi esaminato gli indici di accuratezza diagnostica dello strumento (sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo), nonché la validità concorrente tra i punteggi dell'iPQ-16 e quelli della CAARMS, utilizzando l'alfa di Cronbach e la kappa di Cohen. Abbiamo anche testato la validità dei valori soglia (cut-off) ottimali dell'iPQ-16, attraverso l'analisi delle curve ROC (*Receiver Operating Characteristics*) rispetto alle diagnosi CAARMS (ovvero FEP, UHR o nessuna diagnosi). È stata infine valutata la validità predittiva ad 1 anno dei *cut-off* dell'iPQ-16 risultati ottimali.

Risultati

Nel complesso, le proprietà psicometriche dell'iPQ-16 sono risultate essere soddisfacenti. L'iPQ-16 ha, infatti, mostrato un'elevata coerenza interna (alfa di Cronbach = .827), un'accuratezza diagnostica accettabile (77% di sensibilità, 72% di valore predittivo positivo) e un'elevata validità concorrente (Cohen's k = 0,309). L'analisi delle curva ROC del punteggio

totale dell'iPQ-16 ha evidenziato un cut-off ottimale ≥ 10.

Conclusione
L'iPQ-16 è risultato essere uno strumento affidabile e valido per lo screening di routine degli adolescenti a rischio di psicosi nei servizi pubblici di neuropsichiatria infantile.

ID: 6458

Adolescenti a rischio ultra-elevato ("Ultra-High Risk" [UHR]) di psicosi in un servizio pubblico di neuropsichiatria infantile: prevalenza, psicopatologia e tasso di transizione a psicosi

L. Pelizza[1 2], S. Azzali[1], S. Garlassi[1], F. Paterlini[1], I. Scazza[1], L.R. Chiri[1 2], M. Poletti[1], S. Pupo[1 3], Raballo Andrea[1 4]

[1] Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia; [2] Azienda USL di Parma; 3Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; 4Università degli Studi di Perugia

Obiettivi
Gli studi sula identificazione precoce degli adolescenti a rischio ultra-elevato (*Ultra-High Risk* [UHR]) di psicosi sono scarsi in letteratura. In Italia, inoltre, l'intervento precoce nella psicosi in adolescenza è decisamente meno diffuso rispetto ad altri paesi europei. Scopi della ricerca sono: (1) valutare la rilevanza clinica della diagnosi UHR (secondo il *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* [CAARMS]); (2) descrivere la severità clinica dei sintomi positivi, negativi, generali e di base ("Basic Symptoms" [BS]) in una popolazione clinica di adolescenti UHR rispetto a soggetti di pari età con primo episodio psicotico (First Episode Psychosis [FEP]) o non-FEP/UHR (ovvero ad individui che non soddisfacevano i criteri diagnostici FEP o UHR della CAARMS); (3) indagare la validità predittiva a 1 anno dei criteri UHR in relazione a quelli BS. Metodi - Il campione è composto da 79 *help-seeker* adolescenti (di età compresa tra i 13 ed i 18 anni), reclutati nei servizi di neuropsichiatria infantile nell'ambito del programma ReARMS (Reggio Emilia At-Risk Mental States). Tali soggetti sono stati valutati con la CAARMS, la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) e la SPI-CY (*Schizophrenia Proneness Inventory Child-Youth version*).

Risultati
Sia gli adolescenti UHR (n = 25) che FEP (n = 11) hanno dimostrato di avere punteggi più elevati nelle sottoscaler della PANSS rispetto ai soggetti non-FEP/UHR (n = 43). I partecipanti UHR avevano, inoltre, punteggi significativamente inferiori nella sottoscala "Sintomi Positivi" della PANSS rispetto ai pazienti FEP, ma il loro punteggio delle sottoscale "Sintomi Negativi" e "Psicopatologia Generale" della PANSS, così come il loro funzionamento socio-occupazionale globale (misurato con la SOFAS [*Social and Occupational Functioning Scale*]), sono risultati essere simili a quelli degli individui FEP. Rispetto ai partecipanti non-FEP/UHR, sia gli individui FEP che quelli UHR hanno mostrato di avere punteggi più severi nei sintomi di base inerenti i disturbi del pensiero e della percezione, soddisfacendo in misura più frequente anche i criteri diagnostici dei BS. Dopo 12 mesi, 2 soggetti UHR su 20 (10%) sono transitati verso un quadro di psicosi conclamata. Entrambi soddisfacevano anche i criteri psicometrici dei BS.

Conclusione
Occorre focalizzare la ricerca sulla valutazione di sistemi combinati di identificazione del rischio psicotico che utilizzino contemporaneamente i criteri UHR e BS, al fine di migliorare l'accuratezza diagnostica nella previsione di una loro futura conversione a psicosi. Questa ricerca suggerisce comunque che la CAARMS e/o la SPI-CY risultano essere strumento adeguati per la rilevazione del rischio psicotico nei servizi italiani di neuropsichiatria infantile.

ID: 6460

Consulenze di psichiatria dell'età evolutiva al pronto soccorso: valutazione ed invio

L. Giamboni, D. Poggioli, L. Gamberini, A. Cassetti, S. Costa

UOSD Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, DSM-DP, AUSL di Bologna

Razionale e obbiettivi
Le urgenze psichiatriche in età evolutiva appaiono secondo la letteratura in costante aumento ormai da diversi anni. Si ritiene che oggi i disturbi mentali siano alla base di circa il 25% delle consultazioni pediatriche di base e del 5% degli accessi in pediatria d'urgenza. In Italia l'aumento delle consulenze psichiatriche nell'ambito dell'emergenza pediatrica è del 38% dal 2001 al 2004 e il ricovero di adolescenti è aumentato del 12% dal 2008 al 2012.Tra i quadri clinici maggiormente rappresentati ci sono i disturbi di ansia, l'ideazione suicidaria

e i disturbi del comportamento. Il 15-20% delle visite esita in un ricovero e oltre il 50% in una necessità di presa in carico a livello territoriale.Obbiettivo del lavoro è analizzare la casistica afferita nel corso di 1 anno e 8 mesi presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

Metodi
Abbiamo preso in esame le consulenze effettuate in urgenza presso il Pronto Soccorso Pediatrico e Generale e presso il Reparto di Pediatria dell'Ospedale Maggiore di Bologna, effettuate nell'anno 2018 e fino ad agosto 2019.Sono stati raccolti i quadri clinici ed il percorso diagnostico terapeutico messo in atto.

Risultati
Le consulenze effettuate sono 77, in media una alla settimana. L'età media è di 13,5 anni.Dalla casistica emergono i seguenti motivi di accesso: 22 con agitazione psicomotoria (28,6%), 14 con agito autolesivo (18,2%), 3 con scompenso psicotico (3,9%), 10 con disturbo di ansia (13%), 7 con disturbo dell'umore (9%), 16 con sintomi somatici (20,8%), 5 con altre problematiche (6,5%). In 24 casi (31,2%) è stata effettuata valutazione ed eventuale presa in carico presso il Day Service di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, 7 pazienti (9%) sono stati ricoverati presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura; 37 pazienti (48%) sono stati segnalati o rinviati al servizio NPI competente per territorio, 9 pazienti (11,8%) sono tornati a casa senza necessità di cure ulteriori.

Discussione e conclusioni
L'urgenza psichiatrica in età evolutiva rappresenta una importante opportunità per un aggancio significativo di ragazzi e delle loro famiglie alla salute mentale. I dati raccolti sono similari a quelli trovati in letteratura per quanto riguarda i quadri clinici; riguardo all'esito, rispetto alla letteratura, si evidenziano tassi minori di ricovero dal Pronto Soccorso, anche grazie alla collocazione ospedaliera del Day Service, che consente una immediata presa in carico delle situazioni di crisi dell'età evolutiva, realizzando dunque un intervento integrato ed in rete fin dall'accesso in urgenza.

ID: 6461

Percorso per i Minori Stranieri Non Accompagnati nel Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'AUSL di Bologna

L. Giamboni, G. Magnani, A. Pellicciari, S. Costa, S. Chiodo

Neuropsichiatria Infantile, DSM-DP, AUSL di Bologna

Razionale e obbiettivi
Per i minori stranieri non accompagnati esistono diversi fattori di stress che portano a forti pressioni psichiche e fisiche, spiegando così l'elevata incidenza dei disturbi psichiatrici in questa popolazione. Tra i disturbi maggiormente descrittivi sono i disturbi da stress post-traumatico, la depressione, i disturbi d'ansia e i disturbi della condotta. L'Equipe Territoriale Integrata dedicata ai MSNA si occupa di creare un percorso di cura socio-sanitaria e vede la partecipazione del Servizio NPIA, dei Servizi Sociali e dei referenti educativi delle Comunità di accoglienza dei MSNA. Nelle situazioni di urgenza viene attivata consulenza specialistica dell'UOSD di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva (PPEE).

Metodi
Abbiamo preso in esame le segnalazioni di MSNA effettuate al Servizio di NPIA nel corso del 2018, con attenzione ai casi arrivati in urgenza in SPDC.

Risultati
Nel corso del 2018 sono stati presi in carico dal Servizio di NPIA 42 MSNA. L'80% del campione è di genere maschile. L'età media è di 17 anni.Dei MSNA in esame, 18 sono prosecuzioni di prese in carico degli anni precedenti, mentre sono 24 i nuovi accessi. Tra le diagnosi maggiormente rappresentate nel campione vi sono: PTSD (22%), Sindrome Ansioso-Depressiva (15%), Disturbo della Condotta (17%), Sindrome da Disadattamento (10%), Sindrome Ansiosa Generalizzata (5%), Disturbo di Personalità Borderline (5%), Disabilità Intellettiva lieve (10%). Tre MSNA (7%) non mostravano psicopatologie. Per quanto riguarda le urgenze, 13 ragazzi sono stati ricoverati presso SPDC e successivamente è stata valutata la presa in carico da parte dell'UOSD PPEE.

Discussione e conclusioni
Il numero dei MSNA seguiti dai servizi di NPIA nel corso del 2018 è pari all'8,7% della popolazione accolta a Bologna. Tale dato è in accordo con le percentuali di

disagio psichico segnalate in letteratura per la popolazione generale dei minori stranieri non accompagnati. L'ETI e il maggiore confronto con gli operatori sociali ed educativi sembra aver permesso un'individuazione precoce dei segnali di disagio, con diminuzione dei tempi di accesso e la creazione di un linguaggio condiviso che consente di diminuire il numero di accessi impropri. Sul piano diagnostico, accanto al PTSD, segnaliamo in casistica una presenza significativa di Sindromi ansiose (20%), dato elevato rispetto alla letteratura. Dai dati emersi e dal lavoro svolto viene confermata la vulnerabilità psicologica specifica per i minori stranieri non accompagnati, che richiede un'attenta valutazione psicopatologica e la possibilità di predisporre progetti di presa in carico in rete con il Servizio Sociale.

ID: 6465

Ambulatorio prime visite psicopatologia dell'adolescenza

A. Cassetti, S. Costa, I. Apicella, L. Gamberini, L. Giamboni, E. Infante, A. Mancaruso, D. Poggioli

Azienda USL di Bologna, Dipartimento Salute Mentale, UO Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva

Razionale e obiettivi

L'ambulatorio prime visite psicopatologia è operativo da fine 2017 presso l'UO di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva (PPEE) nell'ambito di un progetto di collaborazione con il Servizio Territoriale di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) dell'Azienda USL di Bologna con l'obiettivo di fornire una valutazione in tempi ristretti e con criteri di appropriatezza alle richieste di adolescenti con sospetto disturbo psicopatologico. Metodi: Tra le richieste di prima visita afferenti vengono selezionati i casi con sospetto disturbo psicopatologico ed età ≥ a 14 anni. Una Psicologa ed una Neuropsichiatra Infantile attuano raccolta anamnestica e valutazione psicodiagnostica al termine della quale viene redatta una relazione clinica e proposto un piano terapeutico. I ragazzi vengono invitati insieme ai genitori fin dal primo appuntamento per condividere con loro motivazioni e obiettivi della valutazione. Questa viene condotta in tre sedute mediante colloqui e somministrazione di questionari (ad esempio SDQ, SVSD, YRS, MMPI-A, MAST, SAFA, PID-5), test proiettivi (Favole della Duss, TAT, CAT), disegni e Test di Rorschach se indicato. Ai genitori vengono somministrati i questionari SDQ e CBCL.

Risultati

Viene analizzata una casistica di 38 pazienti valutati nel periodo gennaio 2018 – giugno 2019: rapporto M/F: 18/20, età media: 15 anni e 7 mesi; tempo medio di attesa tra la richiesta di prima visita e primo appuntamento: 12,75 giorni (4 giorni - 30 giorni). In tutti i casi emerge un quadro clinico collocabile nell'asse I dell'ICD-10, in particolare Disturbi d'ansia e sindromi nevrotiche, Disturbi della condotta depressivi, Disturbi di personalità. Piano terapeutico: 13 hanno usufruito di un percorso di psicoterapia breve (5 o 10 incontri associati a colloqui con i genitori) al termine del quale sono stati dimessi o passati al Servizio di NPIA; 20 sono stati presi in carico presso l'UO PPEE (intervento intensivo con colloqui clinici, terapia farmacologica, inserimento nello spazio educativo, colloqui con i genitori), 4 sono stati inviati al Servizio di NPIA.

Conclusioni

L' ambulatorio dedicato alla psicopatologia in adolescenza permette di rispondere con appropriatezza ed in tempi brevi (entro pochi giorni in casi urgenti) alle richiesta di prima visita. Tutti i ragazzi valutati hanno ricevuto una diagnosi in asse I nel sistema ICD-10, indicando l'efficacia della selezione mirata per l'invio. Dei 38 pazienti della casistica solo 4 (circa il 10%) è stato inviato al Servizio di NPIA, snellendo le procedure di presa in carico e riducendo i tempi di attesa anche per ciò che concerne il trattamento.

ID: 6467

Ambulatorio di psicofarmacologia in età evolutiva: modello clinico di intervento

L. Gamberini, S. Costa, D. Poggioli, A. Talamo

UO Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, Area Dipartimentale NPIA

Introduzione

La prescrizione di psicofarmaci in età evolutiva è controversa poiché, oltre ad un problema di monitoraggio clinico, pone questioni etiche e medico-legali. La preoccupazione e talvolta diffidenza di genitori e ragazzi rispetto alla proposta terapeutica, il rischio di effetti collaterali e il possibile utilizzo di farmaci *off-label*, rende il percorso di cura farmacologico complesso e articolato. Tuttavia, di fronte a quadri psicopatologici con sintomatologia invalidante e ad alto impatto sul funzionamento adattivo del ragazzo è indicato, nell'ambito di un progetto terapeutico multimodale e integrato, valutare un supporto di tipo farmacologico.

Razionale e obiettivi
Nel 2016 è stato istituito un ambulatorio di psicofarmacologia collocato all'interno del Day Service di Psichiatria e Psicoterapia dell'età Evolutiva. Viene presentato il modello di intervento per i minori con sintomatologia di tipo psicopatologico per i quali viene richiesta dal referente clinico territoriale una consulenza farmacologica. Nella maggior parte dei casi i pazienti all'accesso hanno già in atto un percorso terapeutico, all'interno del quale si inserisce l'intervento farmacologico, mentre talvolta la gravità dei sintomi è tale da imporre subito una terapia (es. scompenso psicotico, grave DOC o severo quadro depressivo).

Materiali e metodi
All'ingresso i pazienti vengono sottoposti a due questionari autosomministrati scelti fra CBCL MAST, SVSD, TMA, scala per DOC, MMPI-A, PID sulla base dell'orientamento clinico; per ognuno inoltre viene realizzato un profilo di funzionamento sociale mediante scala C-GAS. Tali strumenti vengono riproposti periodicamente al fine di valutare l'efficacia della terapia farmacologica, sia rispetto ad una riduzione dei sintomi nel tempo, sia rispetto alla qualità di vita dei pazienti.

Risultati
La casistica (dal 2016 a settembre 2019) è composta da 70 pazienti (51 maschi e 19 femmine) con diagnosi di disturbo psicopatologico (diagnosi prevalenti: disturbo d'ansia e dell'umore e i disturbi del comportamento con o senza ritardo mentale). L'età è compresa fra i 6 e i 18 anni. Sono stati analizzati: il disturbo psicopatologico, la terapia erogata, il tempo medio di trattamento e l'esito valutato con scala CGAS. Conclusioni: la costituzione di una ambulatorio specialistico di psicofarmacologia per l'età evolutiva consente di dare una risposta specifica e qualificata a pazienti, famiglie e colleghi dei Servizi Territoriali di NPIA.I risultati mostrano come l'intervento farmacologico, inserito all'interno di un progetto di trattamento globale e con un' attenzione a favorire la spinta evolutiva e la ripresa di un normale percorso evolutivo, risulti efficace in particolare nei quadri clinici legati ai disturbi ansioso-depressivi.

ID: 6468

La psicoterapia breve nel Servizio di Neuropsichiatria Infantile: percorso di formazione, ricerca, azione

A. Cassetti[2], S. Costa[2], M. Costanzo[1], L. Gamberini[2], L. Gessaroli[1], L. Giamboni[2], G. Magnani[1], E. Parma[1], I. Apicella[2], G. Basile[1], A. Mancaruso[2]

[1] Azienda USL di Bologna Dipartimento di Salute Mentale, UO Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Area territoriale; [2] Azienda USL di Bologna Dipartimento di Salute Mentale, UO Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva

Introduzione
La psicoterapia è strumento terapeutico efficace per i pazienti ed utile per i terapeuti per indirizzare il percorso di cura, al contempo risulta difficile trovare il tempo per questo intervento all'interno del Servizio Sanitario Pubblico. Al fine di qualificare il trattamento "curricolare" svolto nel lavoro clinico quotidiano è stato avviato un gruppo di lavoro misto con Medici NPI e Psicologi della UO di NPIA Territoriale e della UO di Psichiatria dell'Età Evolutiva.

Metodo
Sono stati scelti due interventi manualizzati: Bellak, Psicoterapia della crisi, in 5 sedute e Luborsky, Psicoterapia breve, in circa 10 sedute. Sono stati quindi discussi e concordati i criteri per la scelta dei pazienti, l'avvio di un ciclo di psicoterapia e la valutazione di esito (Scala Honosca). Il gruppo si è quindi periodicamente incontrato per discutere e condividere l'andamento dei percorsi di trattamento. Il percorso è stato condiviso con i genitori.

Risultati
Il gruppo di lavoro è risultato composto da 11 clinici. I pazienti sono 12, 6 maschi e 6 femmine, l'età media è 15 anni e mezzo. Le diagnosi sono: Disturbi d'ansia 58%, Disturbi della condotta 25%, Disturbi di personalità 17%; presenti problematiche sociali nel 25% dei casi. In 4 casi (33%) c'è parallelo utilizzo di farmaci. Il numero medio di sedute è di 8 (range da 5 a 11) con frequenza solitamente quindicinale; in due casi il trattamento è stato interrotto (16%). Il punteggio medio iniziale della Scala Honosca è 13, 8 e quello finale 7,4. Nel 58% dei casi risulta un miglioramento della scala Honosca di almeno 5 punti; in 11 casi (91%) è stato possibile chiudere il trattamento al termine di 10 sedute o passare ad un monitoraggio periodico mensile. L'analisi statistica mostra una relazione significativa fra miglioramento e genere femminile e assenza della diagnosi di disturbo della condotta.

Conclusioni
La costituzione di un gruppo di colleghi motivati ad intraprendere un percorso di formazione e discussione di casi di psicoterapia breve ha portato a due risultati: fornire ai pazienti un trattamento che, per quanto il campione sia limitato, appare efficace per pazienti con disturbi psicopatologici in adolescenza in un arco tempo ristretto; nei pazienti si rileva un aumento della consapevolezza rispetto alle dinamiche relazionali; valorizzare le competenze tecniche e professionali dei clinici coinvolti, aumentando il senso di efficacia (migliore focalizzazione degli obiettivi dei colloqui) e realizzazione professionale. La maggiore attenzione al paziente risulta collegata alla funzione di supporto del gruppo.

ID: 6471

Trattamento di gruppo per genitori di ragazzi con disturbi di personalità

E. Infante, A. Mancaruso, I. Apicella, L. Gamberini, L. Giamboni, A. Cassetti, D.G. Poggioli, S. Costa

UOSD Psichiatria e Psicoterapia dell' Età Evolutiva, DSM-DP AUSL Bologna

Introduzione
L'UO di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva accoglie i casi di urgenza dell' Area Metropolitana di Bologna con accesso diretto dal Pronto Soccorso o invio da parte del servizio territoriale.
Fra i quadri psicopatologici risulta molto rappresentato il Disturbo di Personalità (DP).
Caratteristica fondamentale dell'attività clinica presso il DS-PPEE è il trattamento intensivo multidimensionale: ogni minore con difficoltà importanti, viene preso in carico da un gruppo di lavoro con un referente principale. L'intervento terapeutico che segue la valutazione si articola in: colloqui clinici individuali; terapia di gruppo, sia nello spazio educativo che con i clinici; terapia farmacologica; sostegno alla funzione genitoriale, articolato in incontri con la coppia e in percorsi psicoeducativi di gruppo.
Il lavoro con i famigliari è parte fondamentale e integrante del percorso di cura con l'obiettivo di modificare le modalità attraverso le quali la famiglia elabora l'impatto con le fragilità del proprio figlio tramite un intervento di tipo psicoeducativo volto a creare consapevolezza circa la natura della patologia e condividere modalità più adeguate a fronteggiarla.
Le linee-guida dell'*American Psychiatry Association* (DATA) indicano che il trattamento del Disturbo Border di Personalità è possibile in un'ottica di approccio integrato e individua nell'intervento per le famiglie uno degli elementi fondamentali, sottolineando l'utilità di fornire loro informazioni sulla diagnosi, sul decorso del disturbo, sulla risposta al trattamento e sui fattori patogenetici noti.

Scopo del lavoro
In questo lavoro si presenta l'esperienza del percorso psicoeducativo per genitori di ragazzi in carico al servizio di NPI con aspetti di disregolazione emotiva.

Materiale e metodo
Ogni gruppo di 12-14 persone è composto dai famigliari di circa 7 ragazzi. Il percorso, organizzato in 13 incontri a cadenza settimanale, è gestito e condotto da due psicologhe. Il riferimento teorico è alla DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) adolescenti.
I temi trattati vanno dal Funzionamento dei DP, alla Validazione, dalla Gestione della crisi alle Strategie di attribuzione e Abilità di efficacia interpersonale.

Risultati
L'analisi dell'efficacia, al termine dell'ottavo ciclo, valutata attraverso un' intervista al clinico di riferimento e ad una piccola intervista ai genitori, mostra un buon esito del trattamento:
- miglioramento segnalato dai clinici nel 72% dei casi (maggiore compliance, modificazione della relazione famigliare), percezione dei familiari di aver acquisito maggiori strategie per la gestione della situazione nel 60%, qualità percepita del servizio 95% (soddisfazione nei confronti del Servizio).

ID: 6472

Disturbi internalizzanti in adolescenza: percorso di valutazione e trattamento breve

E. Infante, A. Cassetti, I. Apicella, L. Giamboni, A. Mancaruso , L. Gamberini, D.G. Poggioli, S. Costa

UOSD Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, DSM-DP, AUSL Bologna

Razionale e obiettivi
Il percorso di valutazione e trattamento psicoterapico breve riguarda i casi di psicopatologia in adolescenza che presentano una sintomatologia prevalentemente ansiosa con tratti depressivi e tendenza al ritiro sociale.

Obiettivo
L'obiettivo del lavoro è descrivere gli strumenti di valutazione e trattamento.

Descrizione del percorso

Valutazione: prevede: raccolta anamnestica personale e familiare e somministrazione di test (questionari, test proiettivi) per la valutazione degli aspetti sintomatologici e di personalità e la definizione della diagnosi. Al termine della valutazione viene elaborato un progetto di trattamento. In alcuni casi si valuta anche l'opportunità di una terapia farmacologica.
Nei quadri d'ansia viene proposto un ciclo di psicoterapia breve.
Trattamento: Da febbraio ad oggi sono stati avviati al trattamento psicoterapico 5 pazienti (3 maschi 2 femmine), età media 15 anni e 6 mesi, tutti con diagnosi di Disturbo misto ansioso-depressivo e riduzione o completa interruzione della frequenza scolastica. In tre casi si è reso necessario trattamento farmacologico con antidepressivo e ansiolitico.
Modello di Trattamento psicoterapico: l'approccio utilizzato è ad impronta cognitivo-comportamentale e consente di fornire una risposta non solo sull'origine del disturbo ma, soprattutto, sui meccanismi che lo mantengono nel tempo e ne rendono difficile la guarigione. I principi base sono l'instaurazione di un' alleanza terapeutica, la partecipazione attiva del paziente, concentrarsi sul problema, utilizzare la psicoeducazione per la prevenzione delle ricadute, strutturarsi in un tempo limitato, utilizzare tecniche per modificare il modo di pensare, l'umore e il comportamento.
Il percorso è strutturato in 10 sedute a cadenza settimanale: durante le prime sedute si procede con l'analisi della sintomatologia da un punto di vista fisiologico, cognitivo, emotivo e comportamentale e l'individuazione delle paure; nelle successive si procede a stilare una lista dei problemi che si vorranno trattare, al fine di strutturare un'efficace progetto di intervento.
Le tecniche utilizzate per il trattamento variano in base alle caratteristiche del paziente e alla sintomatologia specifica, tuttavia elemento comune è l'utilizzo della psicoeducazione, utile a rendere consapevole il paziente circa la propria sintomatologia e i meccanismi che la mantengono.

Conclusioni

Ad oggi due dei cinque trattamenti sono conclusi, uno è in fase di conclusione, in tali pazienti si rileva la riduzione della sintomatologia ansiosa e la ripresa della regolare frequenza scolastica.
La creazione di un percorso specifico per i disturbi internalizzanti in adolescenza consente la possibilità di attuare una appropriata valutazione ed avviare un efficace trattamento integrato anche con psicoterapia fornendo risposte in tempi ristretti.

ID: 6478

Percorso psicopatologia: linee di riferimento per il trattamento dei disturbi psicopatologici presso un Servizio di NPIA, classi di priorità e modelli di intervento

A. Cassetti[2], S. Chiodo[1], G. Magnani[1]

[1] Azienda USL di Bologna Dipartimento di Salute Mentale, UO Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Area territoriale; [2] Azienda USL di Bologna Dipartimento di Salute Mentale, UO Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva

Razionale e obiettivi

Con l'obiettivo di innovare i modelli di valutazione e presa in carico al fine di garantire un sistema efficace e sostenibile a fronte dell'aumento dell'utenza, un gruppo di lavoro con operatori del Servizo di NPIA ha elaborato un percorso per il trattamento dei disturbi psicopatologici. Metodi:Il percorso considera in particolare la fascia d'età 6 -17 anni distinguendo disturbi internalizzanti ed esternalizzanti.I criteri di inclusione per l'avvio del percorso sono rappresentati da punteggi sopra soglia clinica in questionari di screening (SDQ) somministrabili dai pediatri.
Valutazione: gli strumenti indicati sono: colloqui clinici, test psicometrici standardizzati, test proiettivi.
Trattamento: tipologia di interventi previsti: supporto, relazione terapeutica per minore e famiglia, colloqui psicoterapici, eventuale trattamento farmacologico, collegamento con il pediatra e la scuola, discussione di casi; possibilità di effettuare visite domiciliari (clinico con infermiere oppure Educatore Professionale); mappatura e attivazione risorse territorio, interventi educativi diurni. Nei casi con disturbi complessi con forti componenti disfunzionali familiari, può essere attivato il Servizio Sociale. La priorità di intervento viene definita sulla base della gravità della sintomatologia (utilizzando la CGAS e la CGIs).
Disturbi internalizzati:
1) CGAS e CGI-S grave: ciclo di colloqui clinici a valenza terapeutica individuali, colloqui con i genitori (dopo tre mesi rivalutazione clinica e riformulazione progetto terapeutico); 2) CGAS e CGI-S intermedio-lieve: ciclo di intervento educativo/terapeutico, controlli clinici con il minore e i genitori. Disturbi esternalizzanti: 1) Casi di intensità medio grave: ciclo di trattamento educativo individuale o di gruppo, ripetibile dopo rivalutazione clinica, ciclo di incontri psicoeducativi per i genitori, colloquio clinico mensile nei primi 3 mesi poi semestrale,

controllo evolutivo annuale. Possibilità di inclusione in gruppi terapeutici specifici: trattamento di gruppo cognitivo-comportamentale secondo modello del *Coping Power*; 2) casi di intensità lieve: un controllo evolutivo clinico all'anno, possibilità di un ciclo di trattamento educativo di gruppo, non ripetibile. Criteri di dimissione: dopo prima valutazione diagnostica se non soddisfa criteri diagnostici ICD10; al termine del ciclo di intervento rivalutazione e se persiste intensità lieve, invio al medico curante con indicazioni per la prosecuzione del monitoraggio e dimissione, così come se non soddisfa più i criteri diagnostici secondo ICD10.

Conclusioni
Questo tentativo di definizione di percorsi di valutazione e trattamento omogenei sulla psicopatologia verrà applicato e diffuso tra gli operatori del Servizio di NPIA per valutarne in seguito gli effetti in termini di implementazione di efficacia e qualità del Servizio, grado di soddisfazione degli utenti e dei familiari.

ID: 6486

L'adolescente in difficoltà: indagine retrospettiva sui problemi emergenti in un ambulatorio di terzo livello

R. Bortoletto[2], V. Vantaggiato[2], A. Simonati[3], L. Criscuolo[1]

[1] Neuropsichiatria Infantile, Dip. di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona, Verona; [2] Neuropsichiatria Infantile, Dip. di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-infantili, Università di Verona; [3] Neurologia e Neuropsichiatria Infantile, Dip. di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona

Razionale e obiettivi
Le richieste di valutazione e presa in carico per disturbi psicopatologici/psichiatrici in età adolescenziale sono notevolmente aumentate negli ultimi anni. Questo studio, condotto nella nostra pratica assistenziale, è finalizzato ad esaminare le più comuni modalità di espressione del disagio giovanile.

Metodi
Questa indagine qualitativa retrospettiva è stata condotta presso la Neuropsichiatria Infantile, UOC Neurologia B, AOUI di Verona. Il campione esaminato è costituito da 62 pazienti di età compresa tra 14-16 anni, giunti alla nostra attenzione dal gennaio 2017 al settembre 2019. Abbiamo analizzato le caratteristiche demografiche e anamnestiche del campione attraverso lo studio delle cartelle cliniche.

Risultati
Il campione è costituito prevalentemente da giovani donne (61% F, 39% M). Il 45% dei pazienti vive con un solo genitore, divorziato o vedovo, o in una famiglia di origine straniera; il 48% ha presentato una difficile regolazione precoce dei ritmi alimentari e del sonno; il 70% ha sperimentato eventi stressanti durante l'infanzia; solo nel 19% dei casi c'è familiarità per patologia psichiatrica. Il principale motivo di consultazione è stato la cefalea (mista, a espressione psicosomatica [55%]), sintomo equamente rappresentato in entrambi i sessi. Il 24% delle richieste è stato per ritiro scolastico/sociale, che spesso rappresenta la *extrema ratio* di altri disturbi (ansia, attacco di panico, depressione), prevalentemente nel sesso femminile (67%). Condotte autolesive e idee suicidarie compaiono nell'11% dei casi, coinvolgendo esclusivamente le ragazze.

Discussione e conclusioni
La realizzazione dei compiti evolutivi fase-specifici dell'adolescenza comporta sempre più frequenti difficoltà. Il corpo, che cambia in maniera imprevedibile e che è investito di numerose aspettative, talora disilluse, diviene portavoce del malessere interiore dei giovani. Questo disagio si estrinseca attraverso una sintomatologia eterogenea, da disturbi psicosomatici lievemente invalidanti (cefalea) fino a quadri di maggiore gravità come ritiro e condotte autolesive. I nostri risultati mostrano una maggiore vulnerabilità nel sesso femminile, sia per numero di accessi sia per gravità della sintomatologia, con un maggior numero di casi di ritiro scolastico/sociale rispetto al passato. Nonostante quest'ultimo sia un fenomeno in aumento, gli studi sul coinvolgimento femminile sono scarsi. I limiti principali del nostro studio consistono nel suo disegno qualitativo retrospettivo, limitato ad un solo servizio ambulatoriale locale, con un campione non sufficientemente grande da consentire conclusioni definitive e generalizzate. I risultati dello studio sottolineano l'importanza della correlazione tra fattori di rischio propri del soggetto (difficile regolazione, eventi stressanti) e fattori ambientali cronicizzanti uno stato di malessere come condizioni favorenti l'esordio della sintomatologia.

ID: 6488

La psicopatologia negli ipo e non vedenti e l'efficacia della psicoterapia psicodinamica in un sottogruppo di adolescenti con questa condizione

E. Antonaci[1], S. Signorini[2], A. Grimaldi[2], S. Parravicini[1], M.M. Mensi[2], U. Balottin[1]

[1] Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia; [2] Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile, Fondazione Istituto Neurologico Nazionale IRCCS C. Mondino (Pavia)

Razionale e obiettivi

Cecità e ipovisione sono state messe in relazione con psicopatologie durante l'età evolutiva, in particolare in adolescenza, ma non sono stati condotti studi in merito su campioni estesi. Lo scopo di questa ricerca è di indagare questo fenomeno e di valutare l'efficacia della psicoterapia psicodinamica in un sottogruppo di questi pazienti ipo/non vedenti adolescenti.

Metodi

Hanno partecipato allo studio 22 pazienti tra i 3 e i 16 anni e i loro genitori. Nel campione sono presenti, secondo il giudizio clinico, quadri di: psicosi (n = 1), problemi relazionali (n = 1), problemi comportamentali (n = 1), fragilità emotive (n = 5). I genitori di questi pazienti hanno compilato la *Child Behaviour Checklist* (CBCL) nelle forme 1 ½-5 anni e 6-18 anni. Quattro di questi pazienti hanno effettuato un percorso psicoterapico di almeno 6 mesi comprensivo di una fase di psicoterapia individuale e una di gruppo. È stato utilizzato il metodo *Change After Psychotherapy* (CHAP) per indagare la modificazione di sintomi, la comprensione di sé, la capacità adattiva e di risolvere i conflitti di base (escludendo i fattori extra terapeutici). I pazienti e i genitori hanno compilato il questionario YSR (Youth Self Report) e CBCL 6-18 rispettivamente, all'inizio e al termine dell'intervento psicoterapico.

Risultati

Se consideriamo i 22 pazienti sono presenti sintomi internalizzanti (in generale ansioso-depressivi e sintomi clinici di ansia) in almeno in un quarto dei soggetti studiati. Tale percentuale arriva a un terzo (e sfiora la metà per i sintomi d'ansia) nei soggetti adolescenti secondo madri e padri. La psicoterapia psicodinamica sembra aver indotto un cambiamento soprattutto della comprensione del sé, con una correlazione statisticamente significativa tra il parere del clinico e quello delle madri che avevano notato una riduzione dei problemi totali nei loro figli dopo il trattamento.

Discussione e conclusioni

I dati di questo studio sono in linea con il dato di letteratura di una maggiore incidenza di psicopatologia nei pazienti ipovedenti e ciechi rispetto alla popolazione generale, soprattutto tra gli adolescenti. I clinici dovrebbero promuovere il trattamento psicoterapico anche in assenza di risultati immediati, per limitare il più possibile l'eventualità che le fragilità presentate dagli adolescenti possano evolvere in blocchi evolutivi o una riduzione dell'autostima (fonti dimostrate di bassa qualità della vita e cause di rischio di insuccesso per i trattamenti riabilitativi).

Bibliografia

Garaigordobil M, Bernarás E. *Self-concept, self-esteem, personality traits and psychopathological symptoms in adolescents with and without visual impairment*. Span J Psychol 2009;12:149-60.

ID: 6503

La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in emilia-romagna

M. Cappai[1], L. Desideri[2], G. Luppi[3], P. Soli[4], M. Ferri[1], L. Barbieri[1]

[1] Regione Emilia-Romagna, Bologna; [2] Azienda USL di Bologna; [3] Azienda USL di Piacenza; [4] Azienda USL di Modena

Michela Cappai, Lorenzo Desideri, Gianpaolo Luppi, Paolo Soli, Mila Ferri, Luca Barbieri

Servizio Assistenza Territoriale – Direzione Generale Cura alla persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna Razionale

A seguito della definizione "statutaria" della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) sancita con la Deliberazione regionale n.911/2007 la Regione Emilia-Romagna ha definito un'organizzazione dei servizi territoriali e ospedalieri (La rete di assistenza Neurologica, Psicologica, Psichiatrica e Riabilitativa per l'Infanzia e l'Adolescenza in E-R) rivolti alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento dei disturbi neuropsichiatrici, articolata in Unità Operative (UONPIA) sia territoriali (prevalenti) che ospedaliere, con particolari tipologie di strutture e processi clinico assistenziali.

Macro obiettivi

La missione della NPIA risiede nella qualificazione dei percorsi organizzativi, assistenziali e clinici dei minori utenti delle UONPIA, in relazione sia alla condizione di disabilità sia alle caratteristiche specifiche delle patologie,

anche in integrazione con le istituzioni scolastiche e/o sociali.

Metodi
È attiva una specifica programmazione regionale dei percorsi clinico organizzativi e assistenziali nelle seguente aree: Disturbi psichiatrici e del Neurosviluppo (Spettro Autistico, ADHD, Esordi Psicotici, Disturbi Gravi di personalità, Disturbi del Comportamento Alimentare, Psicopatologia Infanzia e Adolescenza), Disturbi specifici dello sviluppo (DSA) e Ritardo Mentale, Sindromi organiche (Sordità, epilessia, gravi disabilità neuromotorie). Inoltre esiste una programmazione regionale che coinvolge altre istituzioni come la Scuola (Protocollo di intenti fra Assessorato Politiche per la Salute e Ufficio Scolastico regionale,) il Centro Giustizia Minorile (Protocollo d'intesa tra la regione Emilia-Romagna e il CGM) e l'ente Locale (Affidamento familiare e accoglienza in comunità, Maltrattamento e Abuso, Prestazioni socio sanitarie per minorenni definiti casi complessi").

Risultati
Al fine di supportare le attività di programmazione della Regione Emilia-Romagna e in risposta alla forte richiesta di rendicontare e tracciare le attività svolte dai servizi territoriali è attivo dal 2011 il Flusso Informativo SINPIAER che ha il compito di raccolta dei dati in coerenza con quanto già previsto nei flussi informativi della Regione Emilia-Romagna, monitoraggio delle attività dei servizi di NPIA delle AUSL, con analisi del volume di prestazioni, attività sull'utenza e sui pattern di trattamento; valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza che accede ai servizi della NPIA delle AUSL, supporto informativo alla redazione di report specifici.

Discussione e conclusioni
Il monitoraggio epidemiologico, tra i pochi della realtà nazionale, evidenzia che i Servizi NPIA della RER hanno in carico una media del 8,5% della popolazione residente 0-17 anni. Gli utenti seguiti dai servizi al 31/12/2018 risultano 59897, con un incremento percentuale del 46% rispetto al 2011. Di questi 14968 sono casi nuovi ai servizi.

Bibliografia
DGR 911/2007: Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali.

Circolare 3/2011 SINPIAER Flusso Informativo per i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza- Specifiche tecniche.

NPIA, La rete delle reti http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione.

ID: 6504

Programma regionale psicopatologia infanzia, adolescenza e giovani adulti (0-25) in regione Emilia-Romagna

M. Cappai[1], F. Francia[1], G. Luppi[4], L. Desideri[2], P. Soli[4], M. Ferri[1], L. Barbieri[1]

[1] Regione Emilia-Romagna; [2] Azienda USL di Bologna; [3] Azienda USL di Piacenza; [4] Azienda USL di Modena

Razionale
Nel campo della salute e della sofferenza mentale si è registrato in questi decenni un costante incremento delle forme di disagio e di disfunzioni invalidanti, un parallelo progresso della comprensione scientifica della strutturazione multifattoriale neuro-psico-socio patologica di molti disturbi mentali e una conseguente modifica in sanità della dinamica della domanda e dell'offerta. L'area del disagio psichico in età evolutiva ha subito in particolare una radicale metamorfosi delle forme qualitative e dell'incidenza quantitativa dei disturbi neuropsichiatrici. La Regione Emilia-Romagna per rispondere a questi nuovi bisogni ha emanato:

- Circolare regionale n.1 del 7 febbraio 2017 Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti. Raccomandazioni Regionali;
- Circolare regionale n.3 del 6 marzo 2018 Psicopatologia dell'età evolutiva Target 0-13. Raccomandazioni regionali Il Piano Regionale Prevenzione 2015-2019 comprende il progetto "Percorsi di prevenzione e cura di salute mentale per adolescenza e giovani adulti".

Macro obiettivi

- rinnovamento e potenziamento dell'offerta di cura per le urgenze cliniche e le emergenze sociali nella fascia 14-25 anni;
- implementazione, rafforzamento e riconversione delle competenze professionali nella clinica dell'infanzia nella fascia 0-13 anni.

Metodi
Il corretto sviluppo dei macro-obiettivi del "Programma Regionale Psicopatologia Infanzia, Adolescenza e Giovani Adulti (0-25)" e gli obiettivi specifici da essi derivanti saranno monitorati, supportati e verificati dai tre organismi regionali dell'area Salute Mentale (Coordinamento regionale dei Direttori DSM-DP; Coordinamento regionale dei Direttori UONPIA; Coordinamento regionale dei responsabili aziendali del Programma dipendenze patologiche). Il coordinamento tecnico- scientifico del Programma Regionale è affidato al DSM-DP dell'ASL di

Piacenza. L'articolazione tecnico-organizzativa prevede per ogni azienda sanitaria un team di referenti clinico gestionali afferenti alle UONPIA, ai CSM e ai SERDP delle ASL come riferimento per i necessari adattamenti locali.

Risultati

Primi obiettivi raggiunti negli anni 2018-2019:

- formazione regionale CD 0-3 R in tutte le UONPIA: partecipanti 410, 400 h di formazione tot ali di cui 80 laboratoriali, 10 edizioni;
- formazione regionale CD 0-5: partecipanti 200, edizione centralizzata;
- predisposizione proposta Linee Indirizzo sulla gestione della U/E psichiatrica territoriale, ospedaliera-residenziale;
- revisione requisiti specifici DGR 911/2007 delle RTI-M e RTP-M.

Discussione e Conclusioni

Le ragioni clinico-epidemiologiche, di mutata dinamica della domanda-offerta nei servizi per la salute mentale, di contesto sociale e di politica sanitaria hanno definito la necessità di attivare un vasto Programma di riorganizzazione dei servizi di psichiatria e psicopatologia nella fascia 0-25 anni, la cui implementazione dovrà trovare applicazione pratica in tutte le Aziende sanitarie entro il 2020.

Bibliografia

Deliberazione Assemblea Legislativa 180/2018. *Piano regionale pluriennale per l'adolescenza 2018/2020.*

Sestante (Rivista scientifica di valutazione nella salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri) n° 07, giugno 2019. *Bambini e Adolescenti. Identità, rischio e patologia: buone prassi*

ID: 6508

Psichiatria e neurologia nell'encefalite limbica curabile da anticorpi anti NMDAR: una sfida diagnostico-terapeutico-assistenziale tra ospedale e territorio

A. Pini[1], S. Chiodo[3], C. Scaduto[1], M. Giannotta[1], P. Visconti[1], A. Posar[2], M. Santucci[2], M. Maffei[4], M. Zanello[5], A. Paioli[9], C. Ghizzi[6], N. Battisti[10], F. Andreetta[11], F. Caramelli[7], D. Cordelli[8], D. Poggioli[13], C. Pizzoli[12], G. Caricati[3], A. Santi[3], S. Costa[13]

[1] UOC di NPI IRCCS ISNB, [2] UOC di NPI IRCCS ISNB e UNIBO; [3] UONPIA Attività Territoriali BO; [4] UOC di Neuroradiologia IRCCS ISNB; [5] Terapia Intensiva, IRCCS ISNB; [6] Pediatria O. Maggiore. BO;[7] Rianimazione Pediatrica AOU BO; [8] UOC di NPI AOU BO; [9] UA Riabilitazione O. Bellaria BO; [10] MRI IRCCS ISNB; [11] IRCCS Fondazione Istituto Neurologico "C. Besta", MI; [12] UO Disturbi del Neurosviluppo, BO; [13] UO Psichiatria e Psicoterapia dell'EE, BO

Introduzione

Nel contesto delle encefaliti limbiche autoimmuni, quella dovuta ad anticorpi anti recettori-N-Metil-D-Aspartato esordisce di solito con sintomi psichiatrici. La malattia è curabile e generalmente a buona prognosi, ma il carico diagnostico terapeutico e assistenziale sia durante le prime fasi che durante il lungo periodo di recupero è estremamente intenso e complesso. Presentiamo due casi esemplificativi giunti alla nostra osservazione negli ultimi 2 anni.

Casi clinici

Una ragazza di 16 anni e una bambina di 9 anni sono giunte al PS Pediatrico accompagnate dai genitori perché da alcuni giorni vi era un progressivo cambiamento del comportamento con alternanza di riso e pianto immotivati, ossessività, agitazione psicomotoria, allucinazioni associate a febbricola. La consulenza specialistica NPI in PS poneva il sospetto di encefalite limbica. L'EEG mostrava anomalie lente nelle regioni fronto-temporali e il liquor mostrava un aumento delle proteine e della cellularità. Venivano iniziate immunoglobuline e idrocortisone endovena. Comparivano poi distonie focali e, inoltre, compromissione del sensorio, della deglutizione e turbe del ritmo cardiaco oltre a estrema agitazione che richiedevano sedazione farmacologica profonda e ricovero in rianimazione per effettuare Rituximab endovena. La ricerca di anticorpi NMDAR ha confermato la diagnosi. Progressivamente in entrambe le pazienti i sintomi strettamente neurologici sono regrediti completamente e si è aperta una lunga fase con evidenza di alterazione delle funzioni esecutive, alterazioni del

tono dell'umore, povertà cognitiva. In questa fase la sintomatologia è stata molto diversa tra le due pazienti, essendo prevalentemente esternalizzante nella bambina che tutt'ora, a distanza di 4 mesi dall'esordio della encefalite, necessita sia a casa che al Centro diurno di almeno 2 adulti. La ragazza di 16 anni a distanza di 2 anni dalla fase acuta, presenta solo residue difficoltà nella memoria di lavoro e nell'attenzione.

Conclusioni

La encefalite NMDAR è una causa curabile di psicosi acuta in età evolutiva e va tenuta in considerazione nella diagnostica differenziale. Oltre al confronto multiprofessionale, l'effettuazione di un EEG è estremamente utile, ma il processo diagnostico-terapeutico è estremamente complesso, richiede tempo e tecnologie avanzate e coinvolge molte figure professionali. La fase di recupero neuropsichiatrico è estremamente lenta e comporta una presa in carico integrata ospedale-territorio molto complessa. Una diagnosi tempestiva è molto importante per iniziare nel più breve tempo possibile la terapia e evitare recidive.

Bibliografia

[1] Zuliani L, Nosadini M, Gastaldi M et al. *Management of antibody-mediated autoimmune encephalitis in adults and children: literature review and consensus-based practical recommendations*. Neurol Sci 2019;40:2017-30.

ID: 6513

Coping power program e biosistemica: un approccio integrato

S. Chiodo, L. Fusaro, V. Guidotti, C. Grassilli, L. Massi, M. Condò, L. De Luca

Azienda USL di Bologna UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Servizi Territoriali Area di riferimento Tecniche e modelli di intervento corporei per il bambino e la relazione adulto-bambino/disturbi del comportamento.

Introduzione

I disturbi della condotta costituiscono un importante problema clinico, per cui vengono richiesti sempre più approfondimenti presso i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Il *Coping Power Program* (Lochman et al, 2012) è un intervento multimodale specifico per la gestione dell'aggressività di bambini in età scolare. Partendo dall'esperienza triennale maturata con il *Coping Power*, in linea con quanto affermato da Downing (1995) sulle potenzialità derivanti dall'integrazione del lavoro corporeo con la clinica tradizionale, abbiamo integrato alle tecniche cognitivo-comportamentali previste alcune attività laboratoriali derivate dall'approccio biosistemico. La finalità è fornire ai bambini strumenti di autoregolazione emotiva attraverso una metodologia che integri la dimensione cognitiva, emotiva, relazionale e corporea.

Materiali e metodi

Nei tre percorsi attivati sono stati coinvolti 18 bambini di età compresa tra i 7 e i 10 anni che presentavano comportamenti aggressivi e difficoltà di regolazione della rabbia. I bambini sono stati valutati prima e dopo il trattamento per mezzo dei questionari CBCL (Achenbach,2001) e PSI (Abdin, 1995), compilati dai genitori.

Risultati e discussione

L'osservazione clinica ha evidenziato come il lavoro corporeo abbia favorito nei bambini una migliore percezione di sé e dei propri sentimenti, espressi attraverso la voce, il respiro e i movimenti, ed un maggiore utilizzo della respirazione come strategia per modulare la rabbia. Inoltre, dall'analisi delle CBCL si è osservato un miglioramento significativo nelle scale relative ai comportamenti esternalizzanti (*Rule Breaking Behavior*: punti T da 65,3 a 57,7, $p < 0,001$; *Aggressive Behavior*: punti T da 70,2 a 60,2; Scala Totale "Esternalizzazione": punti T da 69,3 a 59,5, $p < 0,001$) e nei PSI si è osservata una diminuzione dello stress genitoriale relativo al "bambino difficile" (pre: 80° percentile; post: tra il 50° e l'80° percentile), evidenziando un miglioramento dei bambini anche nel contesto di vita.

Bibliografia

Abidin RR. *Parenting Stress Index: Professional Manual*. 3ed. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. 1995. (Italian adapt., *PSI Parenting Stress Index*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 2008).

Achenbach TM. *Child Behaviour check list for Ages 6-18*. ASEBA 2001.

Downing G. *Il corpo e la parola*. Astrolabio Ubaldini Edizioni 1995.

Lochman JE, Wells K, Lenhart LA. *Coping Power. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti*. Erikson Ed. 2012.

ID: 6514

Profilo neurocognitivo di adolescenti Ultra High Risk: aspetti specifici di un fenotipo specifico?

C. Morabito[1], E. Filosi[2], M.M. Mensi[1,2], M. Iorio[2], U. Balottin[1 2], S. Molteni[1]

[1] Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia, Pavia; [2] Unità operativa di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Fondazione Mondino, Pavia

Razionale e obiettivi

Negli ultimi anni, numerosi studi si sono concentrati sull'individuazione di marker clinici ultimi per aumentare la capacità predittiva dei criteri utilizzati per l'identificazione precoce del rischio di sviluppare psicosi (UHR). I deficit cognitivi rappresentano caratteristiche nucleari della schizofrenia (van Os and Kapur, 2009) e diversi studi in adulti hanno valutato il valore predittivo dei domini cognitivi sulla transizione a psicosi e sull'outcome funzionale, con risultati eterogenei (Lam et al., 2018), mentre mancano dati sui soggetti UHR in età infantile. Questo poster illustra i risultati del confronto tra le caratteristiche neuropsicologiche di soggetti UHR, soggetti psicotici (EOP) e soggetti non-UHR affetti da altre patologie psichiatriche.

Metodi

Il lavoro è parte di uno studio di coorte longitudinale con una fase di reclutamento di 3 anni di pazienti consecutivamente afferiti alla Neuropsichiatria Infantile della Fondazione Mondino di Pavia per patologia psichiatrica. Sono esclusi soggetti con pregressa diagnosi di patologia psicotica, disabilità intellettiva, uso di sostanze e patologie neurologiche/traumi che possano mimare sintomi psicotici. Al baseline i pazienti sono stati sottoposti ai seguenti test neuropsicologici:

- WISC-IV o WAIS-IV;
- Trial Making Test A e B;
- BVN 12-18;
- Figura Complessa di Rey-Osterrieth;
- Wisconsin Card Sorting Test.

La distribuzione delle variabili indipendenti tra i 3 gruppi è stata analizzata tramite il test di Kruskal-Wallis; allo stesso fine, ma per un'analisi tra 2 gruppi, è stato utilizzato il test di Mann-Whitney. Valori di $P < 0,05$ sono considerati significativi.

Risultati

Da dicembre 2017 a maggio 2019, lo studio ha reclutato adolescenti (n = 91), di età compresa fra i 12 e i 17 anni.

In base ai risultati della CAARMS-I, i soggetti sono stati stratificati in 3 gruppi: non-UHR (n = 37), UHR (n = 38) e EOP (n = 16). Dalle analisi è emerso che le prestazioni neurocognitive dei soggetti UHR non differiscono significativamente da quelle dei pazienti non a rischio in nessuno dei test effettuati; ciononostante, gli adolescenti UHR riportano maggiore compromissione alla sottoscala "*subjective experience of cognitive change*" della CAARMS-I.

Discussione e conclusioni

Nonostante l'assenza di alterazioni cognitive oggettivamente misurabili, i pazienti UHR riportano alterazioni soggettive nei domini della memoria, concentrazione, attenzione e forma del pensiero.
Ciò potrebbe essere spiegato dalla scarsa sensibilità dei test utilizzati, o si potrebbe ipotizzare che le alterazioni percepite da questi pazienti siano parte della loro psicopatologia, senza essere rilevabili oggettivamente. Questo potrebbe indicare la possibilità di uno spazio di intervento volto a migliorare le competenze cognitive in fase precoce.

Bibliografia

Lam M, Lee J, Rapisarda A, et al. *Longitudinal cognitive changes in young individuals at ultrahigh risk for psychosis.* JAMA Psychiatry 2018;75:929-39.

Van Os J, Kapur S. *Schizophrenia.* Lancet Lond Engl 2009;374:635-45.

ID: 6516

Il *Teacher Training*: un modello di intervento per il trattamento dei bambini con ADHD nell'azienda AUSL di Bologna. Effetti sull'autoefficacia degli insegnanti nelle interazioni con bambini ADHD

L. De Luca, C. Grassilli, L. Fusaro, L. Massi, M. Condò, L. Gamberini, S. Chiodo, N. Manfredi

Azienda USL di Bologna UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Servizi Territoriali

Introduzione

Il Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività (ADHD) è caratterizzato da disattenzione, impulsività ed iperattività motoria tali da interferire con il funzionamento del bambino, soprattutto in ambito scolastico. Gli insegnanti sono spesso i primi a individuare tali difficoltà e forniscono raccomandazioni ai genitori sulla gestione

del comportamento dei bambini (Sciutto et al., 2016); tuttavia le loro conoscenze in tale ambito sono spesso scarse. Studi dimostrano che le credenze degli insegnanti sull'ADHD e sui suoi trattamenti possono influenzare il comportamento degli studenti ed il loro *outcome* sociale ed accademico, insieme a caratteristiche personali, quali: pazienza, conoscenza di tecniche di intervento comportamentale, abilità nel collaborare con team multidisciplinari, utilizzo di gesti nella comunicazione, atteggiamento positivo verso studenti con BES (Scherman et al., 2008).A tal proposito, negli ultimi decenni si sono affermati interventi multimodali per il trattamento dell'ADHD che includono, oltre all'intervento farmacologico e a training di autoregolazione per il bambino, percorsi di *Parent* e *Teacher Training*, entrambi classificati "empiricamente validati" (Pelham et al.,1998).In linea con le indicazioni internazionali, il servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Azienda Usl di Bologna dal 2011 svolge percorsi di *Teacher Training* i cui obiettivi sono: informare sul disturbo, aumentare il senso di efficacia personale degli insegnanti, accrescere la consapevolezza degli insegnanti circa i punti di forza del bambino con ADHD.

Materiali e metodi

Il corso di formazione è rivolto ad un massimo di cinquanta insegnanti di scuola primaria e secondaria di I e II grado di Bologna e provincia; prevede cinque incontri di un'ora e mezza ciascuno dove, attraverso lezioni frontali, esemplificazioni cliniche ed esercitazioni pratiche, si forniscono strumenti per la gestione psicoeducativa e didattica del bambino in classe. Agli insegnanti è richiesto di compilare tre questionari all'inizio e alla fine del corso: un questionario sulla conoscenza e le attribuzioni sull'ADHD ("L'alunno iperattivo in classe", Di Pietro, 2001) e due questionari sulla valutazione dell'efficacia personale percepita a scuola ("EPS" e "ECPS", "La Valutazione dell'Autoefficacia", Caprara, 2001).

Risultati e discussione

Nel corso degli anni, il percorso di *Teacher Training* ha registrato una sempre maggiore partecipazione da parte delle scuole, dimostrando di rispondere a bisogni concreti delle istituzioni scolastiche. Dall'analisi qualitativa dei risultati dei questionari pre e post emerge, da parte degli insegnanti, un maggior senso di autoefficacia professionale percepito nella gestione del bambino in classe. Tali risultati confermano l'importanza di un lavoro integrato con la scuola, per fornire strategie di intervento e migliorare il senso di autoefficacia dell'insegnante.

Bibliografia

Pelham WE, Wheeler T, Chronis A. *Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder.* J Clin Child Psychol 1998;27:190-205.

Sherman J, Rasmussen C, Baydala L. *The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a review of the literature.* Educational Research 2008;50:347-60.

ID: 6521

Confronto tra funzionamento familiare percepito e funzionamento familiare osservato dal clinico in una casistica di pazienti adolescenti affette da disturbo del comportamento alimentare.

E. Vai[1], C. Rogantini[1], M. Chiappedi[2], L. Capone[2], E. Antonaci[1], U. Balottin[1,2], M.M. Mensi[2,1]

[1] Department of Brain and Behavioural Sciences, University of Pavia;
[2] Child Neuropsychiatry Unit, IRCCS Mondino Foundation, Pavia

Razionale e obiettivi

Numerosi studi hanno messo in evidenza l'esistenza di un funzionamento familiare problematico nell'anoressia nervosa.Tra questi, il lavoro di Cerniglia e collaboratori (Cerniglia, Cimino, Tafà, Marzilli, Ballarotto, & Bracaglia, 2017) ha analizzato i profili familiari attraverso il questionario Faces-IV, evidenziando problemi nel rispettare i confini interpersonali, scarsa tolleranza ai conflitti e bassi livelli di soddisfazione. Uno studio del 2017 (Balottin, Mannarini, Mensi, Chiappedi, & Gatta, 2017) ha inoltre dimostrato, tramite Lausanne Trilogue Play clinico (LTPc), l'esistenza di un funzionamento familiare disfunzionale e significativamente peggiore rispetto al gruppo di controllo di pazienti con disturbi d'ansia o dell'umore. Relativamente a come i due genitori percepiscono la loro famiglia, nella revisione di Holtom-Viesel & Allan (Holtom-Viesel & Allan, 2014) sono emerse differenze nella soddisfazione e nella percezione familiare in alcuni studi, mentre in altri non è emersa una differenza significativa.
Gli obiettivi del nostro studio sono stati quindi:
Confrontare il funzionamento familiare percepito dai genitori, tramite Faces-IV, e quello osservato tramite LTPc;
Confrontare le percezioni dei genitori nelle sottoscale del Faces-IV.

Metodi

Sono state reclutate 17 famiglie di pazienti affette da anoressia nervosa o disturbo alimentare NAS con

condotte restrittive: ai genitori è stato chiesto di compilare il questionario Faces-IV, mentre tutta la famiglia ha effettuato una seduta di gioco strutturato tramite LTPc secondo Malagoli-Togliatti & Mazzoni.

Risultati
È stato correlato il profilo di punteggi ottenuti all'LTPc con i punteggi ottenuti da entrambi i genitori nelle varie scale del Faces-IV: è stata evidenziata una correlazione negativa statisticamente significativa tra la rigidità percepita dalla madre al Faces-IV e il totale familiare del livello organizzazione. Per quanto riguarda il confronto tra le percezioni genitoriali la coesione bilanciata, la flessibilità bilanciata, l'ipercoinvolgimento, la disorganizzazione, la ratio della flessibilità e la comunicazione risultano correlate positivamente nella coppia genitoriale.

Discussione e conclusioni
Per quanto riguarda la correlazione tra LTPc e Faces, nell'LTPc è necessario adattarsi continuamente ai vari ruoli, quindi è evidente come eccesivi livelli di rigidità correlino con bassi valori di organizzazione. Tuttavia, La presenza di una sola correlazione significativa tra scale Faces e livelli dell'LTPc sottolinea la scarsa affidabilità delle percezioni genitoriali e la necessità di utilizzare l'LTPc per la valutazione delle dinamiche della famiglia. Relativamente alla concordanza tra i genitori, entrambi percepiscono livelli intermedi di flessibilità bilanciata, coesione bilanciata e livelli bassi di ipercoinvolgimento. I punteggi di disorganizzazione e comunicazione risultano più discrepanti, ma comunque positivamente correlati tra loro.

Bibliografia

Balottin L, Mannarini S, Mensi MM, et al. *Triadic interactions in families of adolescents with anorexia nervosa and families of adolescents with internalizing disorders*. Front Psychol 2017;7:2046.

Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, et al. *Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopahology*. Psychol Res Behav Manag 2017;10 305-12.

Holtom-Viesel A, Allan, S. *A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorders diagnoses in comparison to control families*. Clin Psychol Rev 2014;34:29-43.

ID: 6522

Lo stato mentale a rischio nei disturbi del comportamento alimentare

C. Rogantini[1], E. Filosi[2], S. Molteni[1], M. Orlandi[2], E. Vai[1], E. Antonaci[1], U. Balottin[1 2], M.A. Chiappedi[2], M.M. Mensi[1 2]

[1] Dip. di Scienze del sistema nervoso e del comportamento, Università di Pavia, Italia; [2] UO di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Fondazione Mondino, Pavia, Italia

Razionale e obiettivi
In letteratura viene frequentemente riportata la presenza di un'associazione tra disturbo del comportamento alimentare (DCA) e psicosi (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006). A nostra conoscenza, tuttavia, non sono presenti studi che indagano l'individuazione di segni precoci di rischio per psicosi in questa categoria di soggetti in età evolutiva, condizione che permetterebbe di intervenire preventivamente rispetto alla possibile evoluzione verso una franca psicosi. Scopo del presente studio è la valutazione dello stato mentale a rischio di psicosi in un campione di soggetti adolescenti affetti da DCA e il confronto del profilo clinico del gruppo di pazienti ad alto rischio per psicosi (DCA-HR+) con quello non a rischio (DCA-HR-).

Metodi
Sono state reclutate 22 pazienti con diagnosi di Anoressia Nervosa o di DCA Non Altrimenti Specificato, espressa secondo i criteri DSM-5. È stato effettuato un *assessment* di base mediante la somministrazione di questionari autosomministrati, tra cui EDI3. La valutazione dello stato mentale a rischio è stata effettuata tramite l'intervista semistrutturata CAARMS (*Comprehensive Assessment of At Risk Mental States*). Le analisi statistiche sono state eseguite mediante il programma *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics Version 22). La significatività statistica è espressa in p-value (valori statisticamente significativi $< 0,05$).

Risultati
L'intervista CAARMS ha evidenziato dodici pazienti HR+ (54,5%) e dieci HR- (45,5%). Tutte le pazienti HR+ soddisfano i criteri per sintomi psicotici attenuati. Tali gruppi differiscano inoltre in maniera statisticamente significativa ($p < 0,05$) per il punteggio totale EDI3-EDRC-Rischio di disturbo alimentare ($p = 0,036$) EDI3-IC Inadeguatezza ($p = 0,043$) e EDI3-IPC Problemi interpersonali ($p = 0,024$).

Discussione e conclusioni
Sintomi psicotici attenuati sono dunque particolarmente frequenti in soggetti con DCA. Inoltre la correlazione

positiva tra HR+ e punteggi più elevati nei tre item del questionario EDI3 indica una più grave psicopatologia clinica delle pazienti risultate HR+. Tali risultati potrebbero dunque essere indicativi di una maggiore severità del disturbo alimentare nei soggetti a rischio psicotico. In sintesi, da questi dati preliminari si potrebbe ipotizzare che i sintomi psicotici attenuati in un soggetto affetto da DCA possano rappresentare un indicatore di gravità psicopatologica di malattia e di significativa complessità del disturbo, ipotesi non nuova in letteratura, dove tuttavia esistono dati discordanti. Inoltre, lo scopo di un'identificazione precoce di tali soggetti porterebbe dunque ad un esordio potenziale più tardivo di psicosi e la possibilità di iniziare un trattamento disease-modifying o di attuare particolari strategie preventive sullo stile di vita prima che alcun segno clinico si manifesti (Spada, et al., 2016).

Bibliografia

Blinder B, Cumella E, Sanathara V. *Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders*. Med 2006;68:454-62

Spada G, Molteni S, Pistone C, et al. *Identifying children and adolescents at ultra high risk of psychosis in Italian neuropsychiatry services: a feasibility study*. Child Adolesc Psychiatry 2016;25:91-106.

ID: 6525

L'intervento psicoterapico di tipo psicodinamico breve nei disturbi psichiatrici acuti in adolescenza: studio di efficacia

M. Orlandi[1], C. Rogantini[2], L. Capone[1], M.M. Mensi[1], I. Melanie[2], M. Chiappedi[1]

[1] Neuropsichiatria Infantile, Fondazione Mondino, Pavia; [2] Dip. di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia

Razionale e obiettivi

Per anni la psicoterapia e le terapie psicanalitiche non sono state annoverate tra i trattamenti *evidence-based*, ma soprattutto non è mai stata indagata l'efficacia di tali trattamenti nella popolazione adolescente. Lo scopo della presente ricerca è di indagare l'efficacia della psicoterapia psicodinamica breve, basata sulla Terapia Breve di Individuazione, in un gruppo eterogeneo di pazienti adolescenti tramite l'utilizzo di scale osservazionali compilate dal clinico.

Metodi

Hanno partecipato allo studio 85 adolescenti di età compresa tra i 12 e i 18 anni coinvolti in un progetto regionale per la presa in carico della fase acuta e post acuta della psicopatologia dell'adolescente. Tutte le diagnosi sono state confermate utilizzando l'intervista semi-strutturata *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS). Le diagnosi più frequentemente rilevate sono state i disturbi ansioso-depressivi (internalizzanti), disturbi riconducibili alla condotta e al comportamento (esternalizzanti), diagnosi con caratteristiche miste e psicosi. Durante la fase diagnostica iniziale il clinico aveva il compito di compilare la *Clinical Global Impression Scale* (*CGI Severity Scale*) per stabilire la gravità della patologia, e la *Children Global Assessment Scale* (CGAS) per formulare una valutazione del funzionamento globale. A questo punto aveva inizio la seconda fase, nella quale ogni paziente veniva sottoposto a un intervento secondo il modello della psicoterapia breve di individuazione di Senise (durata minima: 8 sedute). Al termine del percorso di psicoterapia il clinico che aveva preso in carico il paziente provvedeva a compilare nuovamente i questionari per rivalutare la gravità della patologia e il miglioramento del funzionamento globale.

Risultati

Dalle analisi è emersa una differenza statisticamente significativa tra i punteggi dei questionari compilati al T0 e al T1. Inoltre, il miglioramento è indipendente dal genere e dal tipo di diagnosi del paziente.

Discussione e conclusioni

Lo studio conferma che gli adolescenti affetti da disturbi psichici, che si sottopongono ad un ciclo breve di psicoterapia, ottengono benefici sia sul versante della riduzione dei sintomi, sia su quello del funzionamento globale. Nonostante il miglioramento sia più evidente con l'aumentare del numero di sedute, anche un ciclo di otto produce benefici riscontrabili. Il fatto che non sia influenzata da fattori come il tipo di diagnosi o il genere dimostra che la psicoterapia psicodinamica interviene sulla patologia, indagando i vissuti emotivi interni del paziente e, perché sia efficace, richiede una solida alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta.

Bibliografia

Aliprandi M, Pelanda E, Senise T. *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente*. Milano: Feltrinelli 1990.

Nemirovski Edlund J, Carlberg G. *Psychodynamic psychotherapy with adolescents and young adults: Outcome in routine practice*. Clin Child Psychol Psychiatry 2016;21:66-80. https://doi.org/10.1177/1359104514554311

Midgley N, O'Keeffe S, French L, et al. *Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base*. Journal of Child Psychotherapy 2017;43:307-29. https://doi.org/10.1080/0075417X.2017.1323945

SI RINGRAZIANO I REVISORI:

Umberto Ballottin
Pier Antonio Battistella
Paola Bucci
Sara Calderoni
Mauro Camuffo
Maria Paola Canevini
Giangennaro Coppola
Antonella Costantino
Giancarlo Costanza
Paolo Curatolo
Francesca Darra
Giordano D'Urso
Rocco Farruggia
Elisa Maria Fazzi
Oliviero Fuzzi
Jessica Galli
Fulvio Guccione
Renzo Guerrini
Vincenzo Guidetti
Andrea Guzzetta
Marco Lamberti
Vincenzo Leuzzi
Lucia Margari
Alessandro Mariani
Stefania Millepiedi
Massimo Molteni
Annalisa Monti
Filippo Muratori
Nardo Nardocci
Roberta Penge
Antonio M. Persico
Francesco Pisani
Renata Rizzo
Armido Rubino
Renato Scifo
Giuseppina Sgandurra
Alessandro Simonati
Stefano Sotgiu
Carmela Tata
Pierangelo Veggiotti
Aglaia Vignoli
Benedetto Vitiello
Alessandro Zuddas

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Il G*iornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* pubblica editoriali, articoli scientifici originali, articoli brevi, review e casi clinici attinenti alla Disciplina. I contributi devono essere inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista, ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca. Il Giornale pubblica inoltre numeri monografici e forum tematici.

La Redazione accoglie solo i testi conformi alle norme editoriali generali e specifiche per le singole rubriche. La loro accettazione è subordinata alla revisione critica di esperti, all'esecuzione di eventuali modifiche richieste ed al parere conclusivo del Direttore.

Norme per l'invio dei manoscritti di cui si fa richiesta di pubblicazione

per posta elettronica all'indirizzo:
landreazzi@pacinieditore.it
allegando (come "attachment") i file, redatti secondo le modalità di seguito specificate. Le dichiarazioni degli Autori indicate ai successivi punti 1 e 2 dovranno essere allegate in originale oppure spedite per posta ordinaria alla Segreteria di Redazione, Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva c/o Pacini Editore S.r.l., Via Gherardesca 1, 56121 Pisa

1) Dichiarazione sottoscritta dagli Autori: "I sottoscritti Autori del lavoro … trasferiscono, nel caso della pubblicazione nel Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva, tutti i diritti d'Autore all'Editore. Essi garantiscono l'originalità del contenuto, che è conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca, e la non contemporanea valutazione del lavoro presso altre Riviste. Gli Autori affermano di essere in possesso delle necessarie autorizzazioni nel caso si tratti di sperimentazioni o di ricerche che coinvolgono l'uomo, svolte secondo i principi riportati nella Dichiarazione di Helsinki (1975, rev. 2000) e di aver ottenuto il consenso informato per la sperimentazione e per l'eventuale riproduzione di immagini. Gli Autori dichiarano, nel caso si tratti di studi su cavie animali, che sono state rispettate le relative leggi nazionali e le linee guida istituzionali. Gli Autori dichiarano di essere gli unici responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo".
2) Conflitto di interessi. Gli Autori devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti, donazioni o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Aziende i cui prodotti sono citati nel testo. Questa dichiarazione verrà trattata dal Direttore come una informazione riservata e non verrà inoltrata ai revisori. I lavori accettati verranno pubblicati con l'accompagnamento di una dichiarazione, allo scopo di rendere nota la fonte e la natura del finanziamento.

L'Editore fa presente che ogni autore o coautore di articoli pubblicati nella rivista è responsabile del materiale inviato e ogni autore o coautore si impegna a rispettare pienamente il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati): Articolo 9. Trattamento di categorie particolari di dati personali - È vietato trattare dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

Norme generali per la preparazione dei manoscritti
Il testo, in lingua italiana o inglese, dovrà essere redatto salvando i file in formato .RTF, .DOC o .DOCX. Non utilizzare, in nessun caso, programmi di impaginazione grafica (es. Adobe Indesign™). Non formattare il testo in alcun modo (evitare stili, bordi, ombreggiature ...); utilizzare solo gli stili di carattere come corsivo, grassetto, sottolineato. Non inviare il testo in PDF.

Il testo, in lingua italiana o inglese, dovrà essere corredato di:
a) Titolo del lavoro (in italiano e in inglese).
b) I nomi degli Autori e l'Istituto o Ente di appartenenza.
c) La rubrica cui si intende destinare il lavoro (decisione che è comunque subordinata al giudizio del Direttore).
d) Il nome, l'indirizzo, il recapito telefonico e l'e-mail dell'Autore cui sono destinate la corrispondenza e le bozze.
e) 3-5 parole chiave (in italiano e in inglese).
f) Riassunto (in italiano e in inglese) che non deve superare i 2000 caratteri spazi inclusi per ciascuna lingua.

g) Bibliografia: va limitata alle voci essenziali identificate nel testo con numeri arabi ed elencate al termine del manoscritto nell'ordine in cui sono state citate. Devono essere riportati i primi tre Autori, eventualmente seguiti da "et al". Le riviste devono essere citate secondo le abbreviazioni riportate su Pubmed. Esempi di corretta citazione bibliografica per:
articoli e riviste:
Aarons GA, Brown SA, Hough RL, et al. Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:419-26.
libri:
Carratelli TJ, Ferrara M, Monniello G, et al. Adolescenti e ricovero psichiatrico. Milano: F. Angeli 1998.
capitoli di libri o atti di Congressi:
Milla PJ. Electrogastrography in childhood: an overview. In: Chen JDZ, McCallum RW, eds. Electrogastrography Principles and Applications. New York: Raven Press Ltd 1994, pp. 379-396.
h) Ringraziamenti, indicazioni di grants o borse di studio, vanno citati al termine della bibliografia.
i) Le note, contraddistinte da asterischi o simboli equivalenti, compariranno nel testo, a piè di pagina.

Le tabelle, numerate progressivamente con numeri romani e corredate di relativa didascalia, dovranno essere inserite alla fine del dattiloscritto, mentre i richiami alle stesse dovranno essere inserite all'interno del testo per permettere il corretto posizionamento nell'impaginato.
Le immagini dovranno essere fornite in file separati, salvate in formato .jpeg, .tiff, .pdf o .ppt. e con risoluzione di 300 dpi.
Le didascalie possono essere inserite alla fine del testo ma i richiami alle figure dovranno essere inserite all'interno del testo per permettere il corretto posizionamento nell'impaginato. Non verranno accettate immagini inseriti in file di .DOC.
Tabelle e figure desunte da altre fonti dovranno sempre essere accompagnate dal permesso scritto del detentore del copyright (solitamente l'Editore) e la fonte originale sempre citata.
I farmaci vanno indicati col nome chimico. Solo se inevitabile potranno essere citati col nome commerciale (scrivendo in maiuscolo la lettera iniziale del prodotto e inserendo il nome della relativa casa farmaceutica, la città e il paese di appartenenza).
Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio (entro e non oltre 3 gg. dall'invio) delle sole prime bozze del lavoro.

Norme specifiche per le singole rubriche
1. Articoli originali: riguardano contributi originali di carattere epidemiologico, clinico o di ricerca di base. Devono essere suddivisi nelle seguenti parti: Introduzione, Materiale e Metodi, Risultati, e Discussione. Di regola non devono superare i 40.000 caratteri spazi inclusi, compresi riassunto, tabelle, figure e voci bibliografiche (massimo 35 voci). Il riassunto, in lingua italiana e inglese, non deve superare le 2000 battute (spazi inclusi) per ciascuna lingua. È richiesta la suddivisione nelle seguenti 4 sezioni: Introduzione (Introduction), Metodi (Methods), Risultati (Results), Discussione (Discussion). Nella sezione Introduzione va sintetizzato con chiarezza l'obiettivo (o gli obiettivi) del lavoro, vale a dire l'ipotesi che si è inteso verificare; nei Metodi va riportato il contesto in cui si è svolto lo studio (struttura ospedaliera, centro specialistico …), il numero e il tipo di soggetti analizzati, il disegno dello studio (randomizzato, in doppio cieco …), il tipo di trattamento e il tipo di analisi statistica impiegata. Nella sezione Risultati vanno riportati i risultati dello studio e dell'analisi statistica. Nella sezione Discussione va riportato il significato dei risultati soprattutto in funzione delle implicazioni cliniche.

2. Articoli brevi: questo spazio è riservato a brevi comunicazioni relative a dati clinico-sperimentali e a dati preliminari di ricerche in corso di particolare interesse. Il testo non dovrà superare i 20.000 caratteri spazi inclusi comprese tabelle e/o figure e una decina di voci bibliografiche.

3. Articoli di aggiornamento (review): sono intesi come sintesi e revisioni critiche su argomenti di particolare interesse. Di regola non devono superare i 40.000 caratteri spazi inclusi, compresi, tabelle, figure e voci bibliografiche (massimo 35 voci).

4. Casi clinici: comprendono lavori brevi (massimo 20.000 caratteri spazi inclusi) nei quali vengono descritte esperienze cliniche originali tratte dalla propria pratica medica.

I dati personali dell'Autore saranno gestiti dall'Editore, nel pieno rispetto della vigente normativa sulla tutela della Privacy, ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679. Ai sensi degli articoli 15-20 del GDPR l'Autore potrà esercitare specifici diritti, tra cui quello di ottenere l'accesso ai dati personali in forma intelligibile, la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione degli stessi. L'Autore avrà inoltre diritto ad ottenere dall'Editore la limitazione del trattamento, potrà inoltre opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati. Nel caso in cui l'Autore ritenga che i trattamenti che Lo riguardano violino le norme del GDPR, ha diritto a proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi dell'art. 77 del GDPR. Titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 4.1.7 del GDPR è Donatella Paoletti per Pacini Editore Srl., con sede legale in 56121 Pisa, Via A Gherardesca n. 1. Per esercitare i diritti ai sensi del GDPR di cui al punto 6 L'Autore potrà effettuare ogni richiesta di informazione al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy@pacinieditore.it. Per ulteriori approfondimenti fare riferimento al sito web http://www.pacinieditore.it/privacy/