



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **064** DEL **22 LUG. 2020**

OGGETTO: Approvazione delle Linee di indirizzo regionali per la redazione di protocolli di collaborazione tra Servizi di neuropsichiatria infantile e Servizi per la salute mentale età adulta per una tempestiva ed appropriata presa in carico dei minori adolescenti con disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente si approvano le Linee di indirizzo regionali per la redazione di protocolli di collaborazione tra Servizi di neuropsichiatria infantile e Servizi per la salute mentale età adulta per una tempestiva ed appropriata presa in carico dei minori adolescenti con disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche

IL DIRETTORE GENERALE

AREA SANITA' E SOCIALE

TENUTO CONTO degli obiettivi e delle azioni per la tutela della salute mentale in infanzia ed in adolescenza contenuti nel Piano di azioni nazionali per la salute mentale, approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4, che evidenziano sia la fondamentale esigenza di sviluppare percorsi di transizione verso i servizi per l'età adulta attraverso la condivisione di protocolli operativi tra i servizi di neuropsichiatria infantile ed i servizi di salute mentale dell'adulto, sia la necessità di elaborare raccomandazioni per attuare interventi tempestivi nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenza attraverso una forte integrazione tra i servizi di salute mentale adulti e minori;

CONSIDERATO che la legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 "*Piano socio sanitario regionale 2019-2023*" indica tra gli obiettivi per la salute mentale la necessità di garantire il prioritario intervento sull'età giovanile (15-29 anni) stante il consistente incremento delle prese in carico per tale fascia di età da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale;

VISTO il Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 123 del 06 novembre 2019 di costituzione di un Gruppo Tecnico di Lavoro per l'elaborazione di protocolli di collaborazione tra Servizi di neuropsichiatria infantile e Servizi per la salute mentale adulti che dovranno definire le modalità per la transizione verso i servizi per l'età adulta e raccomandazioni per una tempestiva ed appropriata presa in carico dei minori adolescenti con disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche;

VISTO il Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 47 del 14 maggio 2020 di integrazione della composizione del Gruppo Tecnico di Lavoro;

CONSIDERATO che il Gruppo di lavoro per una puntuale definizione dei protocolli aziendali ha prodotto un documento che sviluppa un modello di integrazione nei percorsi di cura dei pazienti minori nella fase di passaggio all'età adulta;

RITENUTO di approvare il documento "Linee di indirizzo regionali per la redazione di protocolli di collaborazione tra Servizi di neuropsichiatria infantile e Servizi per la salute mentale età adulta" in **Allegato A**, parte integrante del presente atto;

VISTA la Legge regionale n. 23 del 19 giugno 2012;

DECRETA

1. di approvare il documento “Linee di indirizzo regionali per la redazione di protocolli di collaborazione tra Servizi di neuropsichiatria infantile e Servizi per la salute mentale età adulta” in **Allegato A**, parte integrante del presente atto;
2. di stabilire che le Aziende Ulss trasmettano i protocolli di cui al punto 1. entro il 15 novembre 2020;
3. di dare atto che dall’applicazione del presente provvedimento non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
4. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a pubblicazione ai sensi dell’art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
5. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.



F.to Dr. Domenico Mantoan



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale



Allegato A al Decreto n. **064** del **22 LUG. 2020**

pag. 1/23

**Linee di indirizzo regionali
per la redazione di protocolli di
collaborazione tra Servizi di
neuropsichiatria infantile e
Servizi per la salute mentale età adulta**



Il documento è stato redatto dal gruppo tecnico di lavoro nominato con decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n° 123 del 6 novembre 2019 e n° 47 del 14 maggio 2020.

Dr. Marco Nuti	Dirigente U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria; Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, Regione del Veneto Coordinatore del Gruppo
Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto	Direttore U.O. Cure primarie e strutture socio sanitarie territoriali Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, Regione del Veneto
Dr. Raffaele Grottola	Direttore Servizi Socio Sanitari - Azienda ULSS 9 Scaligera
Dr. Gianfranco Bonfante	Direttore DSM - Azienda ULSS 6 Euganea
Dr. Tommaso Maniscalco	Direttore DSM - Azienda ULSS 7 Pedemontana
Dr. Giovanni Zanuttigh	Responsabile UOS SPDC e Integrazione Ospedale Territorio Azienda Ulss 3 Serenissima
Dr. Dino Maschietto	Direttore UOC NPI Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
Dr. Nicola Magnavita	Direttore UOC Psichiatria Azienda ULSS 7 Pedemontana
Dr.ssa Barbara Bolzonella	UOS NPI - Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
Prof.ssa Michela Gatta	Direttore UOC NPI Azienda Ospedale-Università Padova
Dr.ssa Elena Finotti	UOS NPI Azienda ULSS 8 Berica
Dr.ssa Debora Tripodi	Responsabile UOS NPI Azienda ULSS 7 Pedemontana
Dr. Stefano Kusstatscher	Direttore UOC Rischio Clinico Azienda Zero
Mirella Cester	P.O. Rilevazione e gestione flussi di attività - U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria - Direzione Programmazione Sanitaria LEA - funzione di supporto



Sommario

Premessa	4
Introduzione	4
Percorsi di cura integrati	5
Il modello del Case Management	6
L'equipe multidisciplinare	7
Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)	9
Contesto extraospedaliero	9
a) Area Ambulatoriale	9
b) Interventi domiciliari	10
c) Residenzialità extraospedaliera	11
Contesto Ospedaliero	13
a) Pronto Soccorso	13
b) Degenza Ospedaliera	15
Formazione (congiunta operatori area età evolutiva-età adulta)	17
Bibliografia	18
Allegato 1 Scheda passaggio età evolutiva-età adulta	21
Allegato 2 Verbale equipe interservizi	23



Premessa

Il presente documento sviluppa un modello relativo all'integrazione nei percorsi di cura dei pazienti minori nella fase di passaggio all'età adulta tra i Servizi pertanto di Neuropsichiatria Infantile e quelli della Salute Mentale area adulti.

Tale documento si compone di una introduzione che esprime il rationale del documento in riferimento alla prassi clinica dei Servizi e alla letteratura nazionale ed internazionale. Vengono poi analizzati gli aspetti della presa in carico integrata e del case management. Vengono quindi individuati i setting specifici di cura: ambulatoriale, residenziale extraospedaliero ed ospedaliero per concludersi con la formazione del personale.

Introduzione

A partire dagli anni novanta si è evidenziata l'importanza di analizzare e implementare il processo di transizione dei pazienti dalla presa in carico da parte dei servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) a quella da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

L'importanza di questa fase riguarda in realtà tutte le aree della salute dell'adolescente/giovane adulto e ciò è ancora più attuale nell'area della salute mentale, per due motivi: il primo è che la transizione si inserisce nel passaggio dall'adolescenza alla giovane età adulta, entrambe cruciali nel ciclo della vita in quanto attraversate da tappe biologiche, psicologiche e sociali, offrendo da un lato maggiori possibilità terapeutiche ma dall'altro un maggior di rischio di complicanze e cronicizzazione se la patologia altera o impedisce il loro raggiungimento; il secondo è relativo all'esordio in questa fascia di età di molti disturbi psichiatrici.

Gli adolescenti nei servizi di Neuropsichiatria Infantile, ed i giovani adulti nei Dipartimenti di Salute Mentale, sono i pazienti meno trattati: anche se è nota la difficoltà di queste età ad accedere ai servizi sanitari, fa riflettere come la fascia 18-24 rappresenti solo il 5,6% di tutta la prevalenza trattata nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani nel 2017 [NSIS – Sistema Informativo salute Mentale (SISM)], e preoccupa il costante aumento degli adolescenti che accedono con quadri urgenti al Pronto Soccorso e che necessitano di ricovero ospedaliero, spesso in assenza delle strutture e dell'organizzazione adeguati. Un'efficace transizione deve essere distinta dal semplice trasferimento e può essere definita come il processo di programmazione, preparazione e passaggio di un paziente con un problema di salute mentale dalla NPI al DSM, che si conclude con la presa in carico da parte di quest'ultimo.

Numerosi studi di letteratura indicano come il tasso di pazienti "persi nella transizione" o "caduti nel gap" tra i servizi (per mancato invio da parte della NPI o per mancata presa in carico da parte del DSM o ancora per *drop-out* da parte del paziente), sembra essere elevato. La transizione si completerebbe soprattutto per i pazienti con disturbi psichiatrici gravi, in terapia psicofarmacologica, che hanno necessitato di ricovero, mentre un elevato *drop-out* si evidenzia soprattutto i pazienti con disturbi del neurosviluppo, disturbi emotivi/nevrotici, disturbi di personalità (SP Singh et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. Br J Psychiatry. 2010;197:305-12).

Quel che è certo, è che per i pazienti (ed i familiari) si tratta di una fase di transizione cruciale che può essere influenzata da cambiamenti e "transizioni" intercorrenti. Sono considerati fattori favorevoli una corretta transizione tra Servizi: il venire preparati e coinvolti, un *timing* flessibile, un programma di transizione personalizzato, la continuità delle informazioni tra NPI e DSM, un loro lavoro congiunto e una continuità relazionale (KL Broad et al. Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. BMC Psychiatry (2017) 17:380).

Bisogna inoltre considerare che in questa fascia di età si ha un progressivo mutamento dello status giuridico, con l'acquisizione della capacità di agire, e quindi il paziente, salvo i casi previsti di legge, diviene l'unico titolare del proprio consenso alle cure. D'altro canto difficilmente a ciò si accompagna una reale maggior autonomia, come dimostrano i dati internazionali sul fenomeno economico e sociale del progressivo "prolungamento dell'adolescenza" e la nascita del concetto di "*emerging adulthood*" nel mondo industrializzato (JJ Arnett Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. Am Psychol. 2000 May;55(5):469-80).



I dati presenti in letteratura supportano i seguenti principi: la transizione deve avvenire in modo coordinato, mirato, pianificato e centrato sul paziente. Tra le pratiche raccomandate emergono: un periodo di presa in carico parallela; incontri per la pianificazione della transizione; lo scambio delle informazioni; la continuità del trattamento.

Percorsi di cura integrati

Con tale concetto si intende perseguire un'ottica di integrazione e continuità dei percorsi di cura tra ambito sanitario e sociosanitario e verso l'età adulta, uniformando regole e flussi informativi. La transizione verso servizi per l'età adulta risulta importante per prevenire i drop out e per minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nel passaggio ai servizi per gli adulti.

E' necessario che i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta strutturino momenti stabili di integrazione e raccordo, che consentano di:

- programmare la transizione con largo anticipo (almeno 6 mesi), perché essa possa avvenire nel momento più adatto per la persona;
- continuare il trattamento nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile oltre i 18 anni, ove si configuri la concreta possibilità di completamento del percorso clinico-assistenziale in atto in tempi brevi in maniera tale da evitare discontinuità di cura; se l'evoluzione clinica indica una possibile evoluzione positiva nel breve periodo, tale da evitare la necessità di ricorrere ad un servizio per adulti;
- anticipare la condivisione del percorso di cura tra DSM e NPI ove si tratti di utenti di età superiore ai 17 anni con disturbi per i quali è evidente fin da subito che vi sarà poi la necessità di una presa in carico da parte dei servizi per gli adulti al compimento della maggiore età: operare in modo flessibile intorno al limite della maggiore età è utile per promuovere transizioni efficaci e per non vanificare i risultati degli interventi attuati nelle epoche di vita precedenti.

Nell'età evolutiva risulta importante e necessaria la strutturazione di modalità di integrazione funzionale tra tutti i servizi e gli ambiti coinvolti nella salute mentale degli adolescenti (servizi di NPIA, consultori, servizi di psichiatria dell'adulto, servizi per le dipendenze patologiche, in stretto raccordo con le cure primarie, i MMG/PLS, la scuola, gli ambiti educativi e sociali), in un'ottica di continuità ed integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di miglioramento dell'assistenza, di intermediazione e di coordinamento, di formazione e training comuni ai professionisti delle diverse aree, di ricerca di linguaggi e pratiche comuni, inserite in un dialogo costruttivo, che sappia includere e coinvolgere i giovani e le loro famiglie. La transizione tra servizi riguarda i minori di età in carico alla Neuropsichiatria Infantile (compresi i reparti ospedalieri) o seguiti presso Strutture Residenziali, per la continuità delle prestazioni sociosanitarie relative alla singola situazione, attraverso la definizione di una metodologia comune ai servizi specialistici presenti sul territorio delle Aziende sociosanitarie.

Per favorire la continuità assistenziale attraverso una presa in carico da parte dei servizi per adulti il passaggio istituzionale avviene con il coinvolgimento dei soggetti coinvolti nel passaggio di presa in carico tra servizi per l'età minore e servizi per l'età adulta relativamente alle loro specifiche competenze: l'utente, la famiglia, i servizi di NPI, il DSM, il MMG/PLS, i Servizi Sociali delle Aziende ULSS e dei Comuni, eventuali soggetti gestori di servizi e strutture del terzo settore coinvolte.

La transizione tra NPI e DSM necessità di:

- definizione dell'inviante e del referente per l'invio;
- utilizzo di "scheda di segnalazione" strutturata;
- segnalazione e discussione del caso da parte della NPI almeno 6 mesi prima del passaggio al DSM che deve avvenire al diciottesimo anno di età;
- stesura di una relazione completa (compresa scheda di segnalazione concordata);
- copia della cartella clinica (ove ritenuto necessario e con le modalità di richiesta definite da normativa vigente);



- comunicazione al MMG del passaggio di presa in carico da un servizio all'altro da parte del nuovo servizio titolare della presa in carico;
- accompagnamento della famiglia nel passaggio tra i due servizi, anche con l'eventuale coinvolgimento del Servizio Sociale Comunale, se ritenuto necessario;
- conferma dell'avvenuta presa in carico da parte del nuovo servizio titolare della presa in carico, se non già coinvolto nella presa in carico;

Tutte le fasi sovradescritte devono avvenire nel rispetto delle norme di tutela della privacy e nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia.

Al compimento del diciottesimo anno si possono verificare le seguenti condizioni:

- a) il passaggio in cura da NPI a DSM con le modalità concordate almeno 6 mesi prima;
- b) il passaggio per consultazione, al fine di ridefinire l'eventuale presa in carico;
- c) la necessità che il caso abbia un altro orientamento di presa in carico come nella situazioni seguite dai servizi sociali dell'area disabilità, che necessitano di una consulenza presso il servizio psichiatrico.

Il modello del Case Management

L'introduzione di nuovi modelli organizzativi all'interno dei servizi territoriali rappresenta un'importante sfida per fornire risposte efficaci ai mutevoli bisogni degli utenti che accedono ai servizi. La presa in carico, correlata a una prassi orientata alla continuità terapeutica e assistenziale, si fonda su progetti individuali, che richiedono un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multidisciplinare in grado di sviluppare un'accurata lettura della situazione, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica e assistenziale coerentemente articolata. Il percorso di presa in carico si configura pertanto come progetto caratterizzato da: elevata complessità organizzativa, rilevante specificità professionale, capacità di gestire l'integrazione socio-sanitaria.

Il case management è un processo integrato finalizzato a individuare i bisogni degli individui e soddisfarli con le risorse disponibili, partendo dal riconoscimento del principio fondamentale di unicità e complessità di ogni individuo e del suo diritto di essere protagonista del proprio percorso di cura.

Presupposto clinico, sociale e organizzativo alla base del case management è il considerare gli utenti come persone nella loro complessità, pur vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere gli utenti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

Nel case management vi è la creazione di una nuova funzione assistenziale scelta sulla base delle risorse disponibili e centrata sulle esigenze individuali del singolo utente, che coordina attivamente, collabora in prima persona alla creazione del servizio stesso e recupera preventivamente le sue potenzialità. In questo senso, perciò, il case management opera nel sistema sociosanitario in modo biunivoco: da un lato ottimizzandone le funzioni, ma dall'altro costruendosi come un importante fattore di promozione del cambiamento interno.

Le funzioni di case manager oltre che dalle figure dirigenziali sanitarie possono essere svolte dai diversi professionisti dell'équipe ma, per le loro caratteristiche professionali e disciplinari, in maniera particolare e peculiare da infermieri, assistenti sociali, educatori professionali e tecnici della riabilitazione anche in relazione al bisogno prevalente dell'utente.

Il professionista identificato coordina gli interventi sanitari e sociali riferiti al singolo utente e favorisce l'integrazione socio-sanitaria, in quanto la sua azione si svolge sia in ambito clinico sia in ambito sociale. Il case manager è il referente complessivo del progetto che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione. Questa figura deve essere assunta dalla professionalità che possiede le conoscenze e la formazione specifica e viene individuato all'interno dell'équipe come referente e gestore del



caso.

Di fatto il professionista case manager si trova in relazione con il proprio utente secondo due modalità distinte, pur se ovviamente tra loro interconnesse: la prima sarà quella tipica del ruolo professionale (per es., l'infermiere o l'assistente sociale case manager rimangono, anzitutto, l'infermiere e l'assistente sociale di riferimento per l'utente); la seconda quella tipica della funzione.

In realtà, mentre la prima è e rimane una funzione fondamentalmente del registro relazionale, interpersonale ed emozionale, intrattenuta con il paziente, la seconda si troverà a essere una relazione funzionale, organizzativa, razionale, intrattenuta piuttosto con l'équipe, all'interno, e con le diverse reti sociali, all'esterno, che non con il paziente stesso. D'altronde, l'esistenza della prima rappresenta il presupposto per l'efficace svolgimento della seconda; in qualche modo, si assume cioè che sia il paziente stesso a individuare il proprio case manager, nel momento in cui sceglie un operatore di riferimento con cui va stabilendo una relazione empatica preferenziale.

Il case manager deve realizzare un progetto coerente e realistico coinvolgendo l'utente e la comunità di appartenenza, possedendo ottime conoscenze delle risorse disponibili e anche delle modalità di attivazione. In questo appare chiara la responsabilità gestionale, la capacità manageriale e l'abilità di coordinamento e integrazione che questa figura deve dimostrare di mettere in pratica sia nel microcosmo dell'équipe assistenziale sia nel macrocosmo dei servizi.

In tal senso il case manager deve essere agente di empowerment non solo come colui che opera seguendo un chiaro bagaglio di valori e strategie, ma anche come colui che ricerca il metodo di lavoro più efficace al fine di assolvere da parte del servizio la doppia funzione di alleato dell'utente e di responsabile del suo percorso di cura.

Le funzioni specifiche che vengono riconosciute al case manager sono:

- Accompagnamento dell'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione e un'alleanza con il paziente; valutazione della richiesta di bisogno senza dispersione di risorse in quanto si ha un solo interlocutore, un referente specifico.
- Intermediazione tra l'utente e il suo ambiente di vita attraverso la mappatura del territorio e suo utilizzo attraverso la messa in comune delle informazioni, con una maggiore conoscenza delle strutture, per una migliore presa in carico del paziente e utilizzo della rete anche per altri utenti.
- Integrazione dei servizi nel percorso di cura attraverso una migliore conoscenza dei servizi per favorirne l'accesso, per superare la frammentarietà e dare maggiore coerenza agli interventi, per una migliore organizzazione del lavoro.
- Referenza del percorso di cura quale garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate.
- Monitoraggio del progetto terapeutico individuale, raccolta di informazioni, conoscenza accurata del paziente, migliore qualità dell'assistenza con confronto sugli interventi e obiettivi intermedi per la garanzia dell'efficacia e della continuità del progetto.
- Contribuisce alla valutazione del progetto attraverso la riformulazione degli obiettivi, l'adeguamento al programma con una costante verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite e l'utilizzo appropriato dei servizi.
- Advocacy: facilitatore dell'utente.

L'équipe multidisciplinare

I percorsi per la presa in carico territoriale intensiva degli utenti, nelle sue diverse declinazioni, presuppongono un modello di équipe multidisciplinare, che permetta la progettazione degli interventi e la gestione degli stessi mediante un modello integrato.

La presa in carico deve rappresentare un intervento globale, rivolto al minore e alla sua famiglia, fornito da un'équipe multidisciplinare in grado di prendersi cura dei genitori e del minore e in grado di accogliere e dare risposte ad una serie di bisogni tra loro integrati, supportando e affiancando le famiglie.



A tal proposito, si evidenzia negli ultimi anni un incremento di situazioni psicopatologiche, spesso in situazioni di comorbidità con uso di sostanze, che necessitano di progetti ad alta intensità e non di semplici interventi consulenziali o ambulatoriali. Il concetto di équipe multiprofessionale è centrale nell'economia della presa in carico territoriale intensiva. Per facilitare il compito di presa in carico dell'équipe, è necessario valorizzare tutte le professionalità coinvolte nell'assistenza all'adolescente/giovane adulto e alla rete familiare/sociale. La presa in carico territoriale intensiva necessita di strumenti adeguati come il **Piano di Trattamento Individuale (PTI) e Programma Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato (PTRI)**.

Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la formulazione di un PTI da parte del Servizio territoriale di NPIA e l'individuazione di un case manager, ove previsto. All'interno del PTI, la risposta socio-sanitaria integrata, deve 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.

L'individuazione dei livelli assistenziali differenziati deve tener conto dei seguenti fattori:

- a) gravità e tipologia del disturbo;
- b) contesti socio-familiari;
- c) fasi evolutive.

Il PTI deve sempre includere la diagnosi ICD 10 e i seguenti:

- dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, incluse informazioni anamnestiche rilevanti;
- motivo dell'invio da parte del Servizio NPI e obiettivi di intervento;
- dettagliata descrizione delle seguenti aree: psicopatologica, cura di sé/ambiente, competenze relazionali, funzionamento scolastico/lavorativo, autonomie e abilità sociali;
- compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico e del gruppo dei pari (sulla base della valutazione clinica e di eventuali strumenti di valutazione standardizzati quali Vineland, CGAS, CBCL, ecc.);
- bisogni terapeutico-riabilitativi ed assistenziali del minore e della famiglia;
- eventuale uso di sostanze o la presenza di altri comportamenti di dipendenza;
- contesto sociale con eventuali criticità inerenti l'ambito familiare e del contesto sociale di riferimento (risorse e potenzialità esistenti);

Nel caso si ritenga necessaria l'attivazione di percorsi di cura residenziali gli elementi di valutazione clinica globale contenuti nel PTI orientano sull'intensità del trattamento terapeutico riabilitativo residenziale e semiresidenziale e sul livello assistenziale e tutelare che insieme identificano la tipologia di supporto necessario.

In base a ciò l'équipe della struttura residenziale elabora, in accordo con il responsabile del PTI, un PTRI. Tale Programma deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni quali:

- Aree di intervento
 Descrive la tipologia e gli interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - interventi psico-educativi;
 - interventi abilitativi e riabilitativi;
 - Interventi farmacologici e psicoterapici;
 - interventi sugli apprendimenti;
 - interventi sul contesto familiare;
 - interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio lavorativa;
- Operatori coinvolti negli interventi;
- Durata del programma e delle verifiche periodiche.

Peraltro, affinché i percorsi di presa in carico sopra declinati siano efficaci sul piano riabilitativo, è necessario contestualizzarli facendo riferimento alla Rete territoriale ed in particolare ai rapporti con gli altri



Servizi socio-sanitari, gli Enti locali, il Terzo settore, Associazionismo e Volontariato.

In armonia con tale necessità, ove possibile, sarebbe auspicabile, come richiamato nel documento nazionale "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", che gli inserimenti residenziali dei minori con psicopatologia avvenissero preferibilmente in prossimità dei luoghi di residenza, in quanto ciò permette il raccordo tra struttura residenziale e servizio inviante e favorisce il mantenimento delle relazioni significative ed il reinserimento sociale nell'ambiente di provenienza, fatto salvo quando vi sia specificamente la necessità di un allontanamento. Tale indicazione favorisce la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale.

I PTI e PTRI vanno formalizzati mediante lo strumento dell'UVMD per declinare i tre percorsi possibili: interventi domiciliari/progetti personalizzati a scopo di monitoraggio sanitario o progetto riabilitativo, inserimenti residenziali.

Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)

Il case manager sollecita l'attivazione di una UVMD per valutare, condividere e confermare con i rappresentanti del Comune/l'assistente sociale, il medico curante (MMG o pediatra di libera scelta) oltre che l'equipe che ha in cura l'utente, il PTI.

In sede di UVMD sono valutate le proposte idonee al caso specifico e sono definite l'autorizzazione e l'impegno di spesa. Nel verbale UVMD devono essere riportati PTI e restante documentazione. Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale (verbalizzate, datate e firmate) viene definito il Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI).

In UVMD sarà definito:

- il case manager e il referente del caso qualora non coincidano (es. referente di un caso di tutela è l'assistente sociale e il case manager è il NPI o psicologo),
- indicatori per l'inserimento e definizione dell'intensità di trattamento;
- i tempi previsti di permanenza in struttura.

Il tempo di permanenza in struttura dovrebbe essere il più breve possibile compatibilmente con la necessità individuate all'interno dei PTI.

Le verifiche devono essere effettuate tramite incontri verbalizzati di equipe presso i servizi e/o visite presso le strutture residenziali. Tali verbali devono essere parte integrante della documentazione clinica dell'utente.

La tipologia della prestazione dovrà essere in conformità ai LEA vigenti.

Contesto extraospedaliero

a) Area Ambulatoriale

Qualora l'utente in carico in modalità ambulatoriale ai Servizi dell'età evolutiva, al compimento dei 17 anni, presenti una condizione con diagnosi *prevalente di tipo psichiatrico* e bisogni di cura per i quali sia prevedibile la necessità di una prosecuzione della presa in carico nella maggiore età il Servizio dell'età evolutiva procede a comunicare il caso al responsabile del Centro di Salute Mentale competente per territorio tramite la compilazione di una "Scheda Conoscitiva" (allegato 1), previo consenso dei familiari e del paziente. Il responsabile del Centro di Salute Mentale individua i referenti del caso e trasmette i nominativi all'equipe dei Servizi dell'età evolutiva:

I referenti del caso dei Servizi dell'età evolutiva, che hanno in carico il paziente fino al compimento dei 18 anni di età, organizzano un incontro per la presentazione del caso con eventuale attivazione di altri Servizi coinvolti (consultorio, Ser.D, Servizi Sociali Comune, Disabilità...). A seguito della valutazione congiunta tra Servizi dell'età evolutiva e dell'età adulta e almeno un mese prima del compimento del 18 anno viene



delineato, scritto e approvato dalle equipe il progetto terapeutico individualizzato per il paziente attraverso il "Verbale equipe interservizi per il passaggio" (allegato 2) e le modalità concrete di passaggio della responsabilità terapeutica del paziente.

Il Progetto Terapeutico Individualizzato esplicherà:

- tempi
- modalità passaggio (definire l'inviante e il referente per l'inviato)
- operatori coinvolti relativamente alle loro specifiche competenze (servizi di NPI, servizi psichiatrici adulti, MMG, Servizi Sociali Comunali, SERD)
- modalità di coinvolgimento e informazione familiari e/o tutori
- titolarità del progetto

Il Progetto Terapeutico Individualizzato viene documentato nella cartella clinica personale di ciascuno servizio.

Qualora i bisogni presentati dall'utente siano complessi e multiproblematici e si renda necessario quindi al momento del passaggio dall'uno all'altro servizio il coinvolgimento di altri servizi quali ad esempio il Ser.D, la disabilità adulta, i Servizi Sociali Comune, il MMG o altri si procederà alla attivazione di una UVMD specifica. È necessario che la riunione della UVMD costituisca il momento conclusivo di una programmazione che deve essere stata in gran parte definita in precedenza.

I referenti del caso dei Servizi per l'età evolutiva consegna al paziente una relazione completa di dimissione che previo consenso del paziente invia anche al Centro di Salute Mentale. Se opportuno per il percorso di cura è possibile prevedere un proseguimento transitorio della gestione con l'affiancamento di terapeuti e/o operatori afferenti ai due servizi. Il trasferimento della presa in carico ai Servizi dell'età adulta deve possibilmente essere eseguito nel momento più adatto per la persona anche se questo dovesse avvenire dopo alcuni mesi il compimento dei 18 anni.

Per quanto riguarda i pazienti con *disabilità complesse quali i Disturbi dello Spettro Autistico, la disabilità intellettiva associata a disturbi del comportamento o altri disturbi del neurosviluppo* che presentano comorbidità psichiatriche in carico in modalità ambulatoriale ai Servizi dell'età evolutiva, almeno 1 anno prima della maggiore età è necessario organizzare un incontro fra servizi coinvolti per il passaggio da età evolutiva ad età adulta (NPI, Età Evolutiva, Disabilità, Centro di Salute Mentale). Il Servizio dell'età evolutiva che ha in carico il minore (Età Evolutiva o NPI) procede a comunicare il caso ai responsabili degli altri Servizi competenti per territorio tramite la compilazione di una "Scheda Conoscitiva" (allegato 1), previo consenso dei familiari e del paziente. Ciascun responsabile individua un referente del caso e trasmette i nominativi all'equipe del Servizio dell'età evolutiva che ha in carico il minore.

I referenti del caso dei Servizi dell'età evolutiva, che hanno in carico il paziente fino al compimento dei 18 anni di età, organizzano un incontro per la presentazione del caso, in tale incontro verranno definite le modalità della valutazione interdisciplinare finalizzata alla definizione del progetto di cura e le risorse disponibili ed attivabili.

b) Interventi domiciliari

Il livello di presa in carico intensiva territoriale più semplice si declina nel concetto di domiciliarità. A tal fine possiamo identificare almeno due modalità:

- monitoraggio socio-sanitario nel contesto di appartenenza;
- attuazione di progetti riabilitativi personalizzati a partenza dal domicilio dell'utente, finalizzati all'implementazione delle autonomie.

Nel primo caso l'obiettivo è di valorizzare il rapporto con l'utente ed i suoi familiari nel contesto di appartenenza, con il duplice vantaggio di favorire continuità di cure, ove necessario, e migliorare l'alleanza



terapeutica con l'equipe. Tale funzione può essere assolta sia dalla figura dell'educatore professionale che da quella dell'infermiere in associazione alla figura dell'operatore socio-sanitario, qualora adeguatamente formati in tal senso.

Nel secondo caso l'obiettivo è di permettere strategie riabilitative personalizzate effettuate in contesti rassicuranti, quale il domicilio dell'utente. Tale funzione, prettamente riabilitativa, viene svolta dalla figura dell'educatore sanitario.

c) Residenzialità extraospedaliera

Principi generali

Le strutture residenziali extraospedaliere (d'ora in poi "struttura residenziale") sono dedicate al trattamento di minorenni con disturbi neuropsichici che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi, associati ad interventi di supporto socio-sanitario ed inclusione sociale nei contesti di vita del minore. Rappresentano una importante componente della rete dei servizi di salute mentale infanzia e adolescenza. Un minorenne con un disturbo neuropsichico che determina difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multiprofessionali, è preso in carico dall'équipe multiprofessionale competente per territorio che elabora un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale; nell'ambito di detto progetto può essere previsto il temporaneo inserimento in una struttura residenziale per un trattamento terapeutico riabilitativo; l'indicazione all'inserimento in una struttura residenziale deve avvenire esclusivamente a cura dei servizi di neuropsichiatria infantile competenti per territorio. Si sottolinea altresì che il citato progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" con il minorenne, con la partecipazione della famiglia e il coinvolgimento della rete educativa/scolastica, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione al trattamento. Il Servizio inviante segue e monitora, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di case manager), l'andamento degli interventi. L'inserimento residenziale è collegato alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi maggiormente intensivi, non erogabili ambulatorialmente o nei quali vi sia anche l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale. Ciò implica la necessità di individuare specifici criteri di inserimento per le due tipologie di percorsi e di indicare i possibili raccordi laddove il percorso di cura ne preveda l'avvicendamento. Si ritiene importante evidenziare alcuni aspetti che stanno alla base di tali percorsi:

i. Contrasto dell'istituzionalizzazione

E' noto come l'istituzionalizzazione, specie se prolungata, possa avere ricadute negative sul percorso di crescita e sviluppo dei minorenni e sulla loro integrazione nel contesto di appartenenza. La permanenza nelle strutture va pertanto limitata al tempo indispensabile a garantire la terapeuticità necessaria. Elemento importante per contrastare l'istituzionalizzazione è la presenza di criteri di appropriatezza relativi all'inserimento e alla sua durata, la connotazione puntuale dei percorsi di cura in rapporto alle caratteristiche del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato adottato e la presenza di strutture territoriali, semiresidenziali e di ricovero, per gestire adeguatamente tutte le fasi del percorso. La temporaneità dell'intervento svolto con modalità residenziale implica la continuità della presa in carico della famiglia con il duplice obiettivo di sostegno e verifica in itinere del mantenimento delle risorse atte a permettere il rientro del minore nella famiglia di origine.

ii. Le fasce d'età

L'inserimento in struttura residenziale terapeutica è più frequente in età adolescenziale, ma può avvenire anche in altre epoche della vita. Nelle strutture residenziali extraospedaliere non è in genere opportuna la contemporanea presenza di utenti con età molto diverse; qualora questo avvenga, devono essere previste modalità organizzative che consentano la gestione con moduli differenziati per età, perché i bisogni e le risposte necessarie sono molto differenti.



iii. L'integrazione socio-sanitaria

Nei minorenni con disturbi neuropsichici, nella maggior parte dei casi, sono necessari interventi sanitari (terapeutico riabilitativi) e interventi sociali (educativo pedagogici, sostegno alle famiglie ecc.), con una prevalenza variabile fra gli uni e gli altri. Tale necessità si propone anche quando i minori sono inseriti in strutture residenziali (DGR 84/2007). Le strutture residenziali terapeutico-riabilitative sono a gestione sanitaria e le strutture residenziali educative sono a gestione sociale; in queste ultime gli eventuali interventi sanitari sono garantiti dalle Aziende Sanitarie Locali anche tramite protocolli di collaborazione con i servizi salute mentale infanzia adolescenza.

iv. Rapporti con il Tribunale per i Minorenni

L'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche di minorenni può essere richiesto sia nell'ambito di un progetto di tutela, sia a fronte di provvedimenti penali a carico di un minore con disturbi psichiatrici. In tali casi deve essere attivata una interlocuzione tra lo IAFC e la Magistratura minorile al fine di individuare, tramite una valutazione congiunta, gli interventi più appropriati ed efficaci per ogni singolo caso, con l'eventuale collaborazione dei servizi sociali.

L'inserimento residenziale è collegato alla presenza di bisogni assistenziali che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi non erogabili né ambulatorialmente né in regime semiresidenziale, e nei quali vi sia l'indicazione all'allontanamento temporaneo dal contesto familiare o sociale. L'intervento residenziale dovrebbe rappresentare una delle possibili risposte terapeutiche al bisogno di alcuni degli utenti dei servizi e deve essere parte di un sistema completo di servizi fortemente integrato con la comunità locale. L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto con modalità residenziale deve sempre rappresentare un intervento temporaneo. La residenzialità non dovrebbe in alcun caso divenire l'unico intervento in corso o prolungarsi eccessivamente. A tale riguardo la letteratura esistente è infatti ricca di esempi degli effetti negativi dell'istituzionalizzazione a lungo termine.

Di norma, per giungere all'inserimento residenziale terapeutico è necessario che nell'ambito della presa in carico siano stati già attuati tutti gli appropriati interventi a minore intensità assistenziale, incluso quello psicofarmacologico. Tali interventi devono risultare insufficienti o non efficaci ed essere ampiamente documentati in cartella. L'indicazione all'inserimento in una struttura residenziale avviene a cura della neuropsichiatria infantile territoriale nell'ambito della presa in carico e del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato.

Criteri per l'inserimento in comunità (Rep. Atti n. 138/CU del 13 novembre 2014 e Rep. Atti n. 70/CU del 25 luglio 2019):

- a) deve essere presente un disturbo neuropsichico diagnosticato secondo il sistema di codificazione vigente;
- b) devono essere presenti gravi compromissioni del funzionamento personale, sociale e familiare;
- c) deve essere presente la necessità di trattamenti terapeutico-riabilitativi frequenti, intensivi, multipli e coordinati;
- d) gli appropriati interventi erogabili in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, incluso quello psicofarmacologico, devono non essere sufficienti;
- e) vi è l'indicazione ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita.

NB: La sola presenza del criterio e), in assenza di quanto indicato nei punti a), b), c), d) non è sufficiente e dovrebbe orientare verso un percorso di residenzialità socio-educativa, con supporto sanitario specialistico variabile a secondo delle necessità.



Criteria di appropriatezza clinico-organizzativa per percorsi residenziali terapeutico-riabilitativi (DGR 1026/2015):

- a) *Percorsi residenziali terapeutici ad alta intensità terapeutico riabilitativa*
- Condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, luoghi idonei all'accoglienza di situazioni post ricovero o in programmi di post - acuzie.
 - Compromissione di funzioni e abilità di livello grave, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo o nei quali altre tipologie di trattamento residenziale non siano stati sufficienti.
 - Contemporanea presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale, che concorrono a determinare, a mantenere o aggravare il disturbo psicopatologico.
 - Condizioni psicopatologiche sufficientemente stabilizzate. Presenza di multiproblematicità e complessità clinica.
- b) *Percorsi residenziali terapeutici a media intensità terapeutico riabilitativa*
- Compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, non risolte attraverso precedenti interventi, nelle attività di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse.
 - Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale
- c) *Percorsi residenziali terapeutici a bassa intensità terapeutico riabilitativa*
- Condizioni psicopatologiche discretamente stabili. Moderata compromissione di funzioni e abilità di base relative alla sfera del Sé e alle attività sociali complesse, non risolte attraverso precedenti interventi.
 - Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale.

Inserimento, Monitoraggio, Dimissione e rapporto con altri servizi/enti

L'equipe curante, valutata la necessità di un inserimento in comunità, attiva la rete dei servizi/operatori coinvolti (es. NPI, EE, CF, Comune, CSM, SERD, ecc.) al fine di proporre e condividere un Piano di Trattamento Individuale (PTI) nel quale vengano definiti i bisogni complessivi del minore e della famiglia e motivata l'opportunità di inserimento residenziale. Nei casi in cui il minore sia ricoverato e si ritenga opportuno l'inserimento in comunità direttamente dalla sede ospedaliera sulla base di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, l'equipe si attiverà al fine dell'avvio delle procedure previste. Sarà cura dell'equipe coinvolgere nel consenso al trattamento il minore, la famiglia e l'ambiente (es. scuola). In tale sede il rappresentante dell'equipe multidisciplinare che ha in cura il ragazzo/a propone le strutture disponibili ad accogliere, individuate in base ai bisogni specifici del ragazzo. In tale sede viene determinato il case-manager (che avrà il compito di seguire, coordinare e monitorare l'andamento degli interventi), e vengono assegnati i vari compiti e definiti i tempi delle successive azioni.

Contesto Ospedaliero

a) Pronto Soccorso

Le Linee Indirizzo SINPIA su urgenze-emergenze psichiatriche propongono che presso le unità di Pronto Soccorso venga istituito un triage appropriato per i minorenni con acuzie psichiatrica a seguito del quale venga assegnato un codice colore che consenta l'attivazione dei percorsi assistenziali più appropriati anche se allo stato attuale trova una diffusione marginale nella psichiatria dell'età evolutiva.

Il Triage rappresenta una metodologia di lavoro, di competenza infermieristica, volta a rilevare la sussistenza di segni o sintomi riconducibili a condizioni di rischio che richiedono una priorità di valutazione.

A titolo esemplificativo si riporta di seguito una tabella, rappresentata nell'adattamento della classificazione di Rosenn ripresa da Edelshonn, che riporta la descrizione dei principali quadri clinici e il codice colore da



attribuire (tabella 1).

Tabella 1 Triage nelle acuzie psichiatriche dell'età evolutiva

TRIAGE PSICHIATRICO	QUADRO CLINICO
Codice Rosso INTERVENTO IMMEDIATO	Situazioni con potenziale pericolo di vita e rischio per sé e/o per gli altri Agitazione psicomotoria (APM) estrema (tentato suicidio con grave APM e ideazione suicidaria persistente, psicosi acuta con APM grave, gravi agiti autolesivi, stato confusionale acuto, condizioni di violenza acuta, aggressività, panico, discontrollo degli impulsi ecc) Grave compromissione delle funzioni vitali e cognitive (es per ingestione di alcol e/o sostanze stupefacenti, o in seguito a tentativo di suicidio, ecc.).
Codice Giallo INTERVENTO ENTRO 15 MINUTI	Disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti Agitazione psicomotoria grave/moderata con manifesta aggressività verbale che permane anche in PS, irrequietezza fisica, gestualità accentuata Recente violenza verso sé o altri e/o pregressi accessi in PS per comportamenti violenti (es. tentativi di suicidio o atti auto lesivi senza ideazione suicidaria persistente) Quadri clinici a rilevante componente organica, secondaria a disturbi o traumatismi psichici gravi (disturbo della condotta alimentare con grave decadimento delle condizioni cliniche generali, sintomi psichiatrici rilevanti in grave abuso fisico/sexuale o trascuratezza estrema ecc.) Disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti. Pazienti in genere sufficientemente collaboranti
Codice Verde INTERVENTO DILAZIONATO	Situazioni che necessitano di pronto riconoscimento e risk assessment ma che non richiedono un intervento immediato Disturbi psichiatrici minori con/ senza agitazione lieve (es. stato di ansia, somatizzazioni, attacchi di panico) in particolare se con anamnesi psichiatrica nota quali fobia scolare, manifestazioni reattive a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportano danni per sé e/o per gli altri Sospetto disturbo somatoforme (es. pz con ripetuti accessi in PS per sintomatologia fisica con pregressi esami strumentali negativi ed evidenza di fattori psicosociali associati)
Codice Bianco	Difficoltà prettamente psicosociali con disturbo psichico non grave e senza caratteristiche di emergenza, situazioni in cui il motivo della richiesta sembra essere legato ad una richiesta di aiuto.

Secondo questo modello, In fase di triage il paziente minore di età è accolto dall'infermiere triagista per la valutazione del livello di urgenza e per l'attribuzione del codice di triage; questo attiva il Medico del Pronto Soccorso (PS) il quale lo prende in carico.

Valutate le condizioni di emergenza/urgenza medica, si avvia la diagnosi differenziale con condizioni mediche che possono essere responsabili della sintomatologia presentata dal minore generalmente anche per il tramite di consulenze specialistiche, ove necessario.

Nel caso in cui il medico del Pronto Soccorso ritenga necessaria una consulenza specialistica per sintomatologia di sospetta pertinenza psichiatrica dovrà procedere con la richiesta di consulenza neuropsichiatrica infantile, da parte di NPI ospedaliero o territoriale e, qualora assente, dallo psichiatra.

Qualora non si evidenzia la necessità di un trattamento in regime di ricovero ospedaliero ma bensì un quadro



patologico tale da essere trattato a livello ambulatoriale il minore viene dimesso con prosecuzione della valutazione psicodiagnostica presso l'UOC IAF di competenza. L'intervento dello psichiatra rappresenta un mero intervento d'urgenza che non costituisce una presa in carico. La piena titolarità del caso risulta essere sempre del Servizio UOC IAF. Qualora si evidenzia la necessità di ricovero ospedaliero verrà valutato, a seconda del caso clinico, il ricovero in Pediatria con presa in carico della NPI (letti NPI ove presenti) o in SPDC. Per completezza di esposizione si riporta la classificazione di Rosen delle emergenze psichiatriche adolescenziali che propone quattro classi di gravità (tabella 2).

Tabella 2 Classificazione di Rosenn (1984), riadattata da Gail (2006) e quadri clinici (Sinpia 2018)

Classe	Descrizione classe di gravità	Quadri clinici
Classe 1	È riferita a situazioni in cui è presente un potenziale pericolo di vita o che comportano un rischio per il soggetto e/o altri; include:	tentativo di suicidio (TS), agiti autolesivi, grave rischio suicidario, stato confusionale acuto, condizioni di violenza acuta (aggressività, agitazione psicotica, panico, discontrollo degli impulsi), grave abuso fisico e trascuratezza estrema, condotte alimentari disfunzionali con grave scadimento delle condizioni cliniche generali, grave rischio di agiti violenti e/o di agitazione psicomotoria, psicosi acuta con deliri e allucinazioni uditive di comando
Classe 2	Comprende disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti.	Ideazione suicidaria senza pianificazione e con adesione al contratto, rischio autolesivo, Disturbo dell'umore grave, Disturbo del comportamento grave, Sintomi psichiatrici rilevanti in abuso fisico/sexuale e/o traumi., Intensa angoscia/severi attacchi di panico, sintomi di conversione e somatoformi. Il livello di collaborazione dei pazienti e dell'ambiente e la presenza o meno di una presa in carico specialistica pregressa sono elementi rilevanti per la definizione del percorso di cura e della necessità o meno del ricovero.
Classe 3	Comprende situazioni che necessitano di un pronto riconoscimento, ma che non necessitano di un intervento immediato	Situazioni che necessitano di adeguato percorso diagnostico-terapeutico, ma non di intervento immediato Disturbi psichiatrici minori, in particolare se con anamnesi psichiatrica nota quali fobia scolare, manifestazioni reattive a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportano danni per sé e/o per gli altri; Disturbo somatoforme (es. pazienti con ripetuti accessi in PS per sintomatologia fisica con pregressi esami strumentali negativi ed evidenza di fattori psicosociali associati); Abuso di sostanze occasionale in assenza di sintomatologia psichiatrica persistente
Classe 4	Si riferisce a situazioni che richiedono un intervento psichiatrico non urgente: l'emergenza è soggettiva e posta come domanda pressante a persone o strutture in grado di rispondere.	Difficoltà psicosociali percepite come urgenti con eventuale disturbo psichico lieve

b) Degenza Ospedaliera

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento progressivo nel numero dei pazienti in età pediatrica e degli adolescenti che giungono al Pronto Soccorso per urgenze psichiatriche e parallelamente è aumentato



anche il numero degli adolescenti per i quali si rende necessario il ricovero per motivi psichiatrici. A questo aumento numerico corrisponde anche una maggiore varietà e complessità dei quadri clinici di esordio degli scompensi psichiatrici in età evolutiva. Particolare attenzione meritano le problematiche della gestione dell'esordio delle patologie mentali gravi (schizofrenia, disturbi di personalità gravi, pazienti multiproblematici e disturbi affettivi gravi) e ai nuovi casi (pazienti non ancora conosciuti dai servizi per minori).

Collaborazione tra servizi di neuropsichiatria infantile e di psichiatria adulti circa le modalità di gestione dei pazienti nel setting ospedaliero.

La pratica clinica e le evidenze scientifiche (Calderoni, Ferrara, Sarti et al. 2008; Furre, Falk, Sandvik et al 2017) sostengono quanto sia opportuno ricoverare il minore che necessiti di contenimento terapeutico in luoghi appropriati all'età, sia strutturalmente sia dal punto di vista organizzativo-funzionale. In tal senso la DGR 242 del 22 febbraio 2012 prevede, tra l'altro, l'unità operativa per l'assistenza psichiatrica ospedaliera in età evolutiva per il ricovero delle urgenze psichiatriche in età evolutiva (minori/adolescenti) che rappresenta la componente ospedaliera del percorso di cura, dedicato specificamente ai soggetti in età evolutiva (minori/adolescenti) con disturbo psichiatrico in fase acuta accertato o in via di definizione diagnostica. Il ricovero avviene su invio da parte dei Servizi per l'Età Evolutiva, dal Pronto Soccorso o da altre UO ospedaliere, sentito il medico NPIA del Reparto, oppure in regime di TSO minori.

In merito al ricovero di minori in Ospedale per urgenze psicopatologiche acute, la programmazione ospedaliera regionale vigente, approvata con DGR 614/2019 prevede un totale di 28 posti letto negli ospedali HUB di Padova, Verona, Vicenza e Treviso come di seguito declinato:

- 8 p.l. Azienda ULSS 2 "Marca trevigiana"
- 4 p.l. Azienda ULSS 8 "Berica"
- 8 p.l. AOPD
- 8 p.l. AOUIVR

La rete sopradescritta deve seguire la logica del modello HUB e Spoke motivo per cui dovranno essere definiti protocolli interaziendali per l'utilizzo di posti letto di cui sopra. Il ricovero del minore segue l'ordinamento vigente. *"Qualora non fosse possibile un ricovero ordinario presso una degenza di NPIA, può essere opportuno verificare la possibilità di effettuare un ricovero in appoggio in ambito pediatrico o, in alcuni utenti con gravi disturbi psichiatrici in adolescenza nei quali il ricovero sia inderogabile e non effettuabile né in NPIA, né in pediatria, in appoggio in SPDC, purchè a fronte della presenza di specifiche condizioni strutturali e organizzative aggiuntive"* (Rep. Atti n.70/CU del 25 luglio 2019). Dal punto di vista logistico-strutturale e funzionale, in caso di ricovero di minore in SPDC vengono attivate tutte le misure possibili al fine di ottimizzare la degenza, realizzando la permanenza solo per il tempo strettamente necessario al trattamento della fase di acuzie e garantendo la maggior sicurezza possibile; per quanto riguarda il percorso di cura in reparto e il programma alla dimissione, questi vengono concordati in stretta sinergia con l'equipe NPI, attivata sin dall'inizio del ricovero (sia che il caso sia già noto sia che si tratti di un caso non in carico ai servizi di NPI-EE), la quale garantisce consulenze in reparto a cadenza ravvicinata (almeno ogni 2 giorni). Ogni realtà provinciale declinerà quanto sopra secondo protocolli operativi definiti in seno alle rispettive unità operative.



Formazione (congiunta operatori area età evolutiva-età adulta)

Nei contesti di cura della salute mentale la centralità del paziente, attorno al quale si definiscono progetti terapeutici personalizzati porta i singoli operatori a dover riflettere su come gli obiettivi generali di ogni area (ad esempio farmacoterapia, intervento psichiatrico, psicoterapia individuale e/o di gruppo, psicoeducazione individuale e dei familiari) possano essere declinati sulla base di difficoltà e resilienza osservate in una persona, che risulta al centro di ogni riflessione. Quindi il confronto all'interno dell'équipe, che porta ad individuare l'indirizzo clinico e riabilitativo da seguire con il singolo paziente e/o con il gruppo è fondamentale: riunioni d'équipe, formazioni interne e supervisioni sono gli spazi in cui ciò avviene, con modalità e obiettivi diversi.

La formazione di base e la formazione permanente degli operatori sono punti chiave del lavoro d'équipe e muovono nella logica di dare coerenza e significato agli interventi e definirne i confini operativi. Le riunioni di equipe multidisciplinare sono l'occasione per gli aggiornamenti sul percorso terapeutico di ogni paziente e per una valutazione attenta e di analisi che integra, coordina, e verifica, sul piano della realtà operativa, il lavoro individuale con quello dell'équipe.

Affrontando i singoli casi, vengono poi analizzate e studiate strategie di intervento che possano essere efficaci, che corrispondano al programma terapeutico concordato all'inizio della presa in carico e che puntino a convergere sugli obiettivi prefissati. La supervisione in particolare favorisce sia l'area dei contenuti sia quella dei processi, ossia la valutazione e correzione degli aspetti tecnici e strategici da un lato, e la validazione degli stati emotivi vissuti e delle dinamiche interattive, dall'altro.

In questo modo le occasioni di supervisione diventano terreno fertile per la crescita del gruppo di lavoro sia in termini di capacità relazionale e interattiva, sia in termini di competenza tecnico-professionale.

I protocolli aziendali devono prevedere attività formative, tra le altre, incentrate su:

- La presa in carico nelle varie fasi di vita: significato, similitudini e differenze;
- Il progetto di vita nelle patologie psichiatriche e nella disabilità: legislazione, applicabilità, basi scientifiche, metodologie, equipe, integrazione risorse;
- ADHD life span: traiettorie evolutive, inquadramento clinico, intervento abilitativo e farmacologico;
- I disturbi del comportamento: strumenti diagnostici e di analisi funzionale da utilizzare per l'inquadramento clinico, intervento psicoeducativo e farmacologico;
- Lo spettro della schizofrenia: diagnosi ed intervento precoce;
- Il disturbo bipolare: le diverse caratteristiche cliniche dall'infanzia all'età adulta;
- La comorbidità psichiatrica dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità intellettiva: strumenti da utilizzare per l'inquadramento diagnostico ed il monitoraggio, specificità dell'intervento farmacologico;



Bibliografia

- Beesdo K., Knappe S., Pine D. S. (2009). «Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implication for DSM-V.» *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3): 483-524.
- Beesdo K., Pine D. S., Lieb R., Wittchen H. U. (2010). «Incidence and Risk Patterns of Anxiety and Depressive Disorders and Categorization of Generalized Anxiety Disorder.» *Archives of General Psychiatry*, 67(1): 47-57.
- Birraux A. (1993). *L'adolescente e il suo corpo*. Roma: Borla.
- Burke J. D., Loeber R., Lahey B. B., Rathouz P. J. (2005). «Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys.» *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11): 1200-1210.
- Calderoni D., Ferrara M., Sarti M., Nardocci F. «More with less: minori e ricovero psichiatrico». *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 2008, 28: 149-166.
- Corbitt E. M., Widiger T. A. (1995). «Sex differences among the personality disorders: an exploration of the data.» *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2: 225-238.
- Costello E. J., Copeland W., Angold A. (2011). «Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?» *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10): 1015-1025.
- Costello E. J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A. (2003). «Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence.» *Archives of General Psychiatry*, 60(8): 837-844.
- De Girolamo G., Dagani J., Purcell R., Cocchi A., McGorry P. D. (2011). «Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles.» *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1): 47-57.
- Fuchs M., Kemmler G., Steiner H., Marksteiner J., Haring C., Miller C., Hausmann A., Sevecke K. (2016). «Child and adolescent psychiatry patients coming of age: a retrospective longitudinal study of inpatient treatment in Tyrol.» *BMC Psychiatry*, 16(1).
- Furre A, Falk RS, Sandvik L, Friis S, Knutzen M, Hanssen-Bauer K. Characteristics of adolescents frequently restrained in acute psychiatric units in Norway: a nationwide study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017 Jan 12;11:3. doi: 10.1186/s13034-016-0136-1. PMID: 28096898; PMCID: PMC5234258.
- Gumbiner J., Flowers J. (1997). «Sex differences on the MMPI-1 and MMPI-2.» *Psychological Reports*, 81: 479-482.
- Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R., Walters E. E. (2005). «Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.» *Archives of General Psychiatry*, 62 (6): 593-602.
- Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Walters E. E. (2005). «Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.» *Archives of General Psychiatry*, 62: 617-627.
- Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T. E., Harrington H., Milne B. J., Poulton R. (2003). «Prior Juvenile Diagnoses in Adults with Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort.» *Archives of General Psychiatry*, 60(7): 709-717.



- M., Grant D. (2013). «Anxiety in Adolescence.» In *Handbook of Adolescent Health Psychology*, di Benuto L. T., Woodward Tolle L. O'Donohue W. T. Springer.
- McGorry P. D. (2007). «The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system.» *Med J Aust*, 187: S53-S56.
- Merikangas K. R., Avenevoli S., Costello E. J., Koretz D., Kessler R. C. (2009). «The National Comorbidity Survey Adolescent Supplement (NCS-A): I. Background and Measures.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(4): 367-369.
- Merikangas K. R., Nakamura E. F., Kessler R. C. (2009). «Epidemiology of mental disorders in children and adolescents.» *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1): 1-20.
- Moffitt T. E., Caspi A., Harrington H., Milne B. J., Melchior M., Goldberg D., Poulton R. (2007). «Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32.» *Psychological Medicine*, 37: 441-452.
- Organization, World Health. 2006. *Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers*.
- Pietropolli Charmet G., Maggiolini A. (2004). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Milano: Franco Angeli.
- Pine D. D., Cohen P., Gurley D., Brook J., Ma Y. (1998). «The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents with Anxiety and Depressive Disorders.» *Archives of General Psychiatry*, 55: 56-64.
- Pine D. S., Cohen E., Cohen P., Brook J. (1999). «Adolescent Depressive Symptoms as Predictors of Adult Depression: Moodiness or Mood Disorder?» *The American Journal of Psychiatry*, 156(1): 133-135.
- R., Huttenlocher P. (1994). «Synaptogenesis in human cerebral cortex.» In *Human behavior and the developing brain*, di Fischer K. W. Dawson G., 137-152. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Roberts R. E., Attkisson C. C., Rosenblatt A. (1998). «Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents.» *The American Journal of Psychiatry*, 155(6): 715-725.
- Signorini G., Singh S. P., Boricevic-Marsanic V., Dieleman G., Dodig-Ćurković K., Franic T., et al. (2017). «Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe.» *The Lancet Psychiatry*, (9): 715-724.
- Singh S. P., Tuomainen H., de Girolamo G., Maras A., Santosh P., McNicholas F., et al. (2017). «Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services.» *BMJ Open*. 7.
- Stanley Hall G. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Vol. II. New York, D. Appleton and company.
- V., Dunn. (2017). «Young people, mental health practitioners and researchers co-produce a Transition Preparation Programme to improve outcomes and experience for young people leaving Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS).» *BMC Health Services Research*, 17(1), 293.
- Van Droogenbroeck F., Spruyt B., Keppens G. (2018). «Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013.» *BMC Psychiatry*, 18(1).
- Mental Health and development targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2010.

Allegato A al Decreto n. **064** del **22 LUG. 2020**

pag. 20/23



Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis [published correction appears in Lancet. 2011 Aug 6;378(9790):486]. Lancet. 2011;377(9783):2093- 2102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6

Guzman-Parra J, Aguilera Serrano C, García-Sánchez JA, et al. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2016;22(3):233- 241. doi:10.1177/1078390316644767

Squeglia, Lindsay M et al. "Neural Predictors of Initiating Alcohol Use During Adolescence." The American journal of psychiatry vol. 174,2 (2017): 172-185. doi:10.1176/appi.ajp.2016.151215



Allegato A al Decreto n. **064** del **22 LUG. 2020**

pág. 21/23

Allegato 1 Scheda passaggio età evolutiva-età adulta

SCHEDA CONOSCITIVA

Passaggio età evolutiva-età adulta

Unità Operativa _____ operatore di riferimento _____
telefono _____

MMG _____ telefono _____

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Data nascita _ / _ / _ Sesso: M F

Luogo nascita _____ Prov _____ Nazione _____

Codice fiscale _____ Stato civile _____

Residenza _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Telefono _____ Mail _____

Domicilio (se diversa dalla residenza) _____

Situazione abitativa con famiglia origine SI NO specificare altro _____

FREQUENTA SCUOLA SI NO specifica _____ **SCOLARITA'** _____

CERTIFICAZIONE PER SOSTEGNO SCOLASTICO SI NO **BES** SI NO

LEGGE 170/2010 SI NO **ATTIVITA' LAVORATIVA:** SI NO

PRECEDENTI UVMD specificare _____

INTERVENTI TUTELA SI NO specificare _____

INVALIDITA CIVILE solo richiesta invalido % ind. accompagnamento

FAMIGLIA

Genitori naturali adottivi conviventi/sposati separati/divorziati

Padre (nome e cognome) _____ data nascita _____

Professione _____

Madre (nome e cognome) _____ data nascita _____

Professione _____

Fratelli e sorelle (numero e anno di nascita) _____



DIAGNOSI PSICHIATRICA (ICD10):

TERAPIA FARMACOLOGICA

in atto _____

pregressa _____

Reazione avverse da farmaco _____

STORIA CLINICA:

Patologie cliniche concomitanti SI NO _____

Familiarità psichiatrica: SI NO

Rete familiare ottima buona moderatamente deficitaria gravemente deficitaria

Funzionamento psicosociale ottimo buono moderatamente deficitario gravemente deficitario

Uso di sostanze SI NO

Dipendenze SI NO

Seguito al Ser.D SI NO

Tentativi di Suicidio SI NO

Autolesionismo SI NO

Ricoveri per patologia psichica SI NO

Percorsi comunitari residenziali SI NO

Percorsi comunitari semi residenziali SI NO

Servizio educativo domiciliare SI NO

Psicoterapie individuali SI NO

Psicoterapie di gruppo SI NO

Circuito giudiziario SI No

Valutazione funzionamento intellettivo data _____ scala _____ valore _____

Data e Firma _____



Allegato A al Decreto n. **064** del **22 LUG. 2020**

pag. 23/23

Allegato 2 Verbale equipe interservizi

VERBALE EQUIPE INTERSERVIZI

Passaggio età evolutiva-età adulta

DATA _____

Nome Cognome utente _____

Soggetti presenti

COGNOME	NOME	QUALIFICA	FIRMA

Presentazione dell'utente, descrizione delle azioni intraprese, servizi e operatori coinvolti

AZIONI	CHI	QUANDO

Referenti caso e case manager (ove previsto) _____

Operatori coinvolti _____

PTI/PTRI _____

Data e Firma _____

