



**PROGRAMMA DI AZIONI INNOVATIVE
 PER LA SALUTE MENTALE
 Scheda sintetica proposta di Programma**

1. Titolo del programma:

Prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi psichici negli adolescenti e nei giovani adulti. Interventi precoci e nuovi servizi per la salute mentale

Ente Erogatore:

DSM-D – ASST Bergamo Ovest - Treviglio

Tematica strategica :

B Sottoarea : B1- Intervento precoce/Area giovani

Responsabile Scientifico del Programma

Nome e Cognome	Dr. Emiliano Luigi Monzani
Qualifica	Direttore DSM-D
Istituzione	ASST Bergamo Ovest – Treviglio
Curriculum Professionale breve	ASST Bergamo Ovest – Treviglio (BG) • Direttore di Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze: dal 20/03/19 all'attualità. • Direttore Struttura Complessa Psichiatria 1: dal 01/02/19 all'attualità. Dirigente Medico - disciplina Psichiatria - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (già Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Cà Granda") • Dal 13/6/16 al 31/01/19: Responsabile di Struttura Semplice "Prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi psichici negli adolescenti e nei giovani adulti" • Progettazione e implementazione attività di prevenzione, diagnosi precoce e terapia dei disturbi mentali nella popolazione giovanile. • Dal 1/5/10 al 12/6/16: Responsabile di Incarico professionale di alta specializzazione "Trattamento degli esordi psicotici e delle condizioni psicopatologiche a rischio di psicosi" • Organizzazione delle attività cliniche e di ricerca scientifica di Programma 2000, primo centro italiano dedicato alla prevenzione e alla cura dei disturbi psicotici all'esordio e degli stati mentali ad alto rischio di psicosi. Organizzazione di eventi formativi nell'ambito di tale area di intervento. Dirigente Medico - disciplina Psichiatria - Azienda Ospedaliera "G. Salvini" di Garbagnate Milanese • Dal 1/2/06 al 30/4/10: Responsabile di Struttura Semplice "Centro Psicosociale e Centro Diurno" • dal 1/10/02 al 31/1/06: Responsabile di Incarico professionale di alta specializzazione "Trattamento disturbi acuti". Dal 31 dicembre 1993 al 15 settembre 2001: Dirigente Medico - disciplina Psichiatria - Azienda USSL 37 (afferita dal 1° gennaio 1998 presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda) di Milano

ASST Bergamo Ovest

Sede Legale: Piazzale Ospedale 1 - 24047 Treviglio (BG)
 CF/P. IVA 04114450168 - PEC: protocollo@pec.asst-bginvest.it



Dal 1 febbraio 1993 al 30 dicembre 1993: Dirigente Medico - disciplina Psichiatria - USSL 75/IV di Milano

Da ottobre 2011 a maggio 2012: Università degli studi di Verona
 Diploma di Perfezionamento avanzato in Implementazione e valutazione di interventi innovativi per i pazienti all'esordio psicotico ed i loro familiari nei dipartimenti di salute mentale

Da ottobre 2009 a maggio 2010: Università degli studi di Verona
 Diploma di Perfezionamento in La psicoterapia cognitivo-comportamentale negli esordi psicotici

Da ottobre 2003 a luglio 2004: Università degli Studi di Milano-Bicocca di Milano

Master Universitario di Primo Livello in Statistica per il Controllo di Qualità e l'Accreditamento in Sanità

Da ottobre 1988 a luglio 1992: Università degli Studi di Milano
 Specialista in Psichiatria

Da ottobre 1981 a aprile 1988: Università degli Studi di Milano
 Laurea in Medicina e Chirurgia

Responsabile Amministrativo del programma:

Nome e Cognome	Dott.ssa Maristella D'Adda
Qualifica	Dirigente Amm.vo UO Programmazione e Bilancio
Istituzione	ASST Bergamo Ovest Treviglio

Unità funzionali che partecipano al programma:

Unità funzionale	Istituzione	Responsabile/Referente
CPS di Bonate Sotto	ASST Bergamo Ovest	Dr. Massimo Cella
CPS di Treviglio	ASST Bergamo Ovest	Dr.ssa Anna Rosa Moro
Ambulatorio Psichiatrico di Romano di Lombardia	ASST Bergamo Ovest	Dr.ssa Anna Rosa Moro
UONPIA	ASST Bergamo Ovest Treviglio	Dr.ssa Marika Savoldelli
Ser-D	ASST Bergamo Ovest Treviglio	Dr. Massimo Corti
Consultori familiari	ASST Bergamo Ovest	Dr.ssa Loredana Colombo
PDL - MMG*	Territori ASST Bergamo Ovest	
Istituti superiori *	Territori ASST Bergamo Ovest	
* I fase del progetto: verranno avviate collaborazioni e identificati i referenti per ogni area		



Razionale del programma:

Negli ultimi 25 anni il pensiero psichiatrico più innovativo ha identificato un'importante area clinica e di ricerca costituita da giovani ad alto rischio di evoluzione psicotica o all'esordio della malattia, nei quali il riconoscimento precoce di segnali, spesso aspecifici, e l'intervento multidimensionale e mirato, può ritardare o attenuare l'insorgere della malattia, modificando o interrompendo il procedere della patologia e della disabilità. Sono sorte e si sono sviluppate iniziative o servizi rivolti all'intervento precoce con lo scopo di dare ai giovani con esordio psicotico risposte tempestive, fruibili ed adeguate alle loro esigenze, in considerazione del fatto che pressoché ovunque si registra un ritardo tra l'insorgere dei primi sintomi e l'avvio di un trattamento efficace. Il ritardo nella comprensione di tali segnali e nella messa in atto di risposte corrette, ampiamente rilevato dall'esperienza clinica e confermato dalla letteratura è collegato a svariati e numerosi fattori che spaziano dal livello culturale della società alla disponibilità al cambiamento degli operatori, alla complessità organizzativa dei Servizi e alla loro molteplicità di funzioni e compiti e, infine, allo stato delle conoscenze scientifiche che nel campo della salute mentale sono deboli e dai confini mal definiti, rendendo gli operatori più inclini ad aderire a fantasie ideologiche, intellettualistiche o persino magiche piuttosto che ad ancorarsi, stabilmente e con umiltà, alla conoscenza oggettiva e contribuire ad arricchirla.

Sull'impulso delle prime esperienze si sta sviluppando un indirizzo che riflette su una prospettiva, quella preventiva, mai esplorata adeguatamente nel campo della salute mentale e che inizia ad essere ritenuta possibile, così come lo è stato per la medicina somatica, di cui è divenuta paradigma fondamentale. Tale prospettiva si fonda su azioni che riscuotono un generale consenso e che possono essere raggruppate in:

- promozione della salute e del benessere
- riconoscimento dei fattori di rischio
- intervento precoce ed efficace senza attendere che la malattia o il disagio divengano invalidanti.

Si può ritenere quindi che l'orientamento "early intervention" vada ben al di là del significato letterale e limitativo dell'espressione "intervento precoce", ma abbia contenuti ben più ampi e si declini in molte "dimensioni": cliniche, nosografiche, terapeutiche, di organizzazione dei Servizi, di politiche e di economia sanitaria, di contrasto ai pregiudizi e allo stigma, ecc.

Il primo episodio psicotico è attualmente visto come l'esito di una traiettoria di sviluppo e, nelle fasi che precedono l'esordio, come l'evoluzione di esperienze psicotiche subcliniche che hanno preceduto la sindrome clinica. Malgrado le difficoltà epistemologiche e di metodo, la ricerca clinica e quella epidemiologica stanno per lo più ponendo la loro attenzione sugli stati o condizioni che precedono i disturbi psichiatrici maggiori, sulle strategie di individuazione e di trattamento precoce, aprendo anche un dibattito sui criteri nosologici e nosografici. E' appurato ad esempio per quanto riguarda la schizofrenia che la qualità della vita e il funzionamento sociale peggiorano anche prima dell'esordio nosograficamente definito e che i sintomi negativi precedono il comparire dei sintomi positivi. Da ciò deriva la necessità di riuscire a ricomporre la storia di ogni persona in un continuum che non preveda cesure artificiali (ad esempio di competenza, come accade tra psichiatria degli adulti e psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) che confondono la comprensione della continuità ed evoluzione dei fenomeni e ritardano tempi e modi dell'intervento. Professionisti preparati in collaborazione con famiglie informate, possono individuare i fattori di rischio e i segnali di un disturbo psicotico allo stato nascente, spesso presenti, gli uni e gli altri, già dall'età di 12/14 anni, ed avviare percorsi protettivi o trattamenti efficaci e sicuri.

L'individuazione precoce e un trattamento multimodale dei primi episodi sono una priorità poiché l'impatto psicosociale e probabilmente anche quello biologico della malattia può essere minimizzato e l'esito migliorato. Si è aperta una sfida scientifica e clinica, di alto spessore etico, giocata anche su un terreno culturale che dovrebbe essere meno improntato alla rassegnazione e più alla speranza e all'ottimismo.



Oltre ai ben noti e collaudati trattamenti farmacologici, costituiscono un ricco e convincente bagaglio quelli psicologici e psicosociali, quelli più propriamente psicoterapici, quelli psicoeducazionali e rivolti alla famiglia e, infine, quelli orientati ad una riabilitazione precoce. I Servizi deputati agli interventi precoci sembrano essere in grado di produrre importanti benefici clinici, con esiti migliori rispetto ai "trattamenti standard" anche mediante l'impiego sistematico della terapia cognitivo comportamentale e degli interventi sulla famiglia. Formulazione del caso, scoperta guidata, test di realtà, ristrutturazione cognitiva, strategie di esposizione e di coping, diventano strumenti efficaci nel perseguire gli obiettivi connessi alle dimensioni cruciali della recovery: sintomatologia, funzionamento sociale, padronanza del proprio funzionamento cognitivo e aspetti soggettivi della qualità della vita. Anche l'introduzione di interventi sistematici e strutturati rivolti alle famiglie sta ricevendo sempre maggior sostegno dagli studi sulle esperienze in atto. Questi interventi, che pure possono variare nelle loro modalità operative, hanno in comune alcune caratteristiche che costituiscono il "core" dell'intervento stesso indirizzando il trattamento verso le informazioni corrette sul disturbo e le possibilità di cura, la comunicazione interpersonale, in particolare quella famiglia-paziente, le abilità di problem solving e di conseguenza la riduzione del carico emotivo, la partecipazione attiva alla stesura e al monitoraggio dei progetti terapeutici. Si tratta di una combinazione di trattamenti psicologici evidence-based, scelti su misura per la situazione psicopatologica e in sintonia con il progetto di vita di ciascun individuo.

L'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale italiani, calati nel contesto naturale di vita e articolati in presidi, dovrebbe facilitare modalità di lavoro e approcci permeabili ai cambiamenti della struttura della Società e all'evoluzione delle conoscenze. Gli adolescenti e i giovani adulti necessitano di servizi, di modalità di approccio e di intervento adatti a loro, a bassissima soglia nei confronti delle loro richieste, amichevoli, convincenti e incoraggianti. Ciò è indispensabile a chi sta vivendo l'incomprensibile e drammatica esperienza dell'insorgenza psicotica o di altri gravi disturbi. Non è pensabile che i giovani possano accettare, per le loro difficoltà, i Servizi per bambini/adolescenti o quelli per adulti. In tutto il mondo, stiamo assistendo ad una spinta innovativa che cambia il tempo, il luogo e il modo dell'intervento:

- **il tempo:** agire tempestivamente in un'ottica preventiva, superando separazioni (UONPIA e Psichiatria degli Adulti) e considerando la persona nella sua continuità di esperienze e di relazioni;
- **il luogo:** con soglie di accesso molto basse (non stigmatizzanti e quindi più accettabili anche dai giovani);
- **il modo:** pratiche credibili, convincenti e evidence-based, cioè seriamente e consapevolmente basate sulle conoscenze.

La conoscenza, sempre più approfondita, dell'alta prevalenza dei disturbi psichiatrici gravi e degli effetti a lungo termine della loro insorgenza in età giovanile, non ha trovato ancora un corretto riscontro nei modelli organizzativi dei Servizi. Nel campo della medicina somatica l'approccio "early detection" e "early intervention" è diventato generalizzato e ha influenzato la prognosi di molti disturbi, accrescendo le aspettative dei malati, sostenendo le buone pratiche, cambiando gli esiti.

Le Linee Guida del Australian and New Zealand Royal College raccomandano:

- priorità nei servizi di salute mentale, per un'attiva presa in carico mirata ai giovani e fase-specifica di pazienti durante il periodo dei primi 3-5 anni di malattia;
- alto livello di attenzione e bassa soglia di accesso a una valutazione esperta per tutte le persone sospettate di sviluppare per la prima volta un disturbo grave;
- possibilità di presa in carico in Servizi specialistici anche se non si è raggiunta o mantenuta la soglia di disturbo comportamentale, di rischio o di disabilità;
- possibilità di trattare opportunamente le sindromi al momento presenti, come depressione, abuso di sostanze, e di prendere in considerazione per un eventuale trattamento le aree-problema, come gli stress interpersonali, scolastici, lavorativi, familiari.

Anche le Linee Guida italiane messe a punto nel 2007 dal Sistema Nazionale Linee Guida raccomandano *"programmi strutturati di identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio di schizofrenia. L'efficacia, consistente in un miglioramento del decorso della malattia, è presumibilmente mediata dalla riduzione della DUP e dalla qualità dei trattamenti che i centri dedicati sono in grado di erogare"*.



I Servizi di intervento precoce producono esiti clinici migliori rispetto a quelli generici e, inoltre, hanno un rapporto costo efficacia più favorevole. I vantaggi clinici che questi servizi comportano sono molto robusti, purché le loro prestazioni vengano erogate a lungo. I dati a lungo termine dimostrano che i vantaggi si perdono quando i pazienti sono trasferiti a servizi generici. Nel panorama della salute mentale necessitano innovazioni coraggiose e decisive che investano il modo di concepire la malattia, la cura, l'organizzazione stessa dei Servizi..

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Il territorio di competenza dell'Asst Bergamo ovest è molto vasto e diversificato.

Comprende tre Ambiti territoriali e si estende dal territorio dell'Isola Bergamasca fino ai territori dell'Ambito di Romano di Lombardia e di Treviglio.

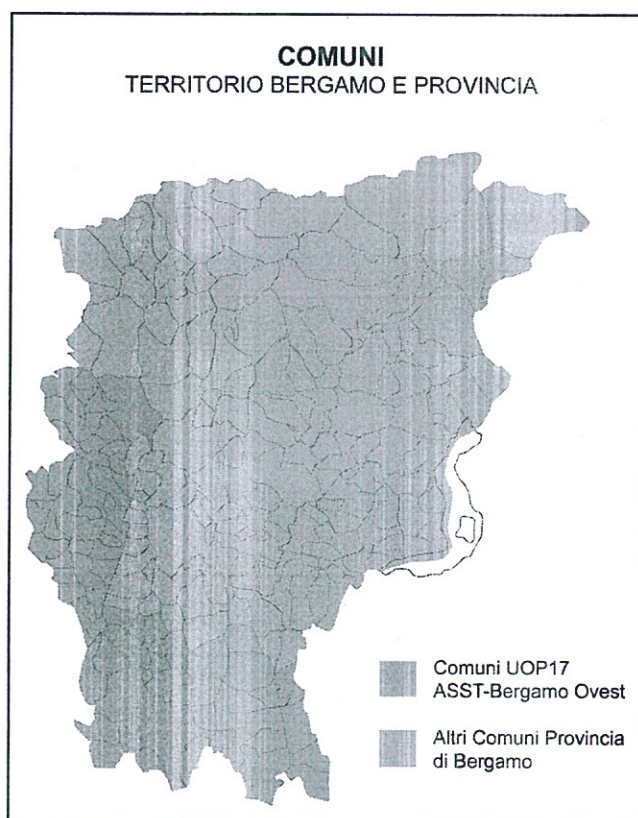
Nell'area della Bassa Bergamasca alcuni comuni di competenza confinano con le province di Crema, Cremona e Milano, pur rimanendo all'interno della provincia di Bergamo.

Il territorio della provincia copre **circa 111.460 abitanti** (dato aggiornato al 01-01-2019), con una densità di popolazione e una ricchezza di risorse e servizi diversificata in base agli Ambiti.

La popolazione che risiede nel territorio di competenza dell'Asst Bergamo ovest è di **circa 400.415** (dato aggiornato al 01-01-2019).

Attualmente le persone residenti nell'Ambito della Valle Imagna (eccetto i comuni di Almè, Paladina, Villa D'Almè e Valbrembo) sono seguite, in caso di problematiche psichiche, presso il CPS di Bonate sotto e NPI di Bonate Sotto. Pertanto confluisce nel servizio anche questa porzione di territorio che è caratterizzata da una bassa densità abitativa, con notevole dispersione degli abitanti. Si tratta di un territorio in prevalenza montuoso con grandi distanze tra piccoli nuclei abitativi e una minimale presenza di risorse e servizi facilmente accessibili.

Diversamente gli Ambiti dell'Isola di Treviglio e Romano di Lombardia presentano una discreta densità abitativa e un territorio nel quale i Servizi sono accessibili e garantiti, soprattutto nei comuni più grandi.



Handwritten signature

Handwritten signature



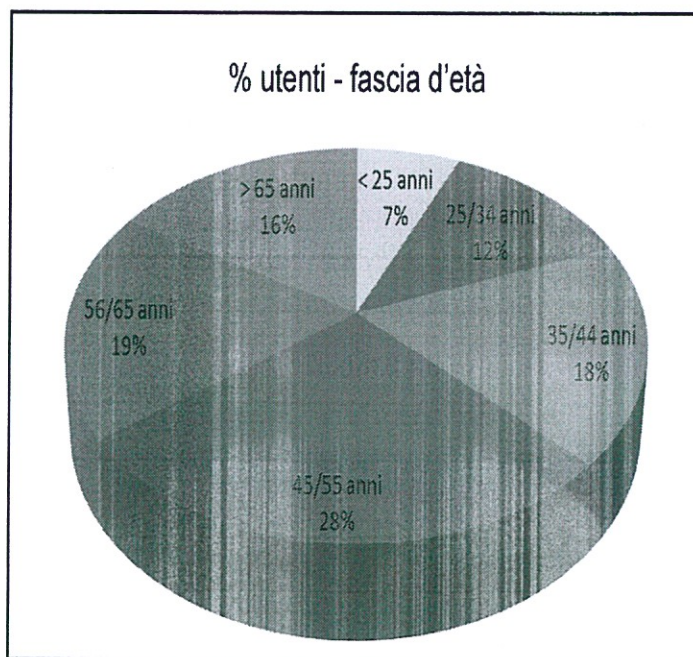
n° Abitanti Comuni Provincia di Bergamo al 01/01/2019 – dati ISTAT

	fascia d'età	M	F	tot.
Comuni Area territoriale Treviglio	15-18	3271	2950	6221
	19-24	4546	4159	8705
	altro	68091	68802	136893
	tot.	75908	75911	151819
Comuni Area territoriale Romano	15-18	1756	1656	3412
	19-24	2646	2479	5125
	altro	38622	38038	76660
	tot.	43024	42173	85197
Comuni Area territoriale Bonate Isola Bergamasca	15-18	2783	2626	5409
	19-24	4058	3758	7816
	altro	60307	60614	120921
	tot.	67148	66998	134146
Comuni Area Territoriale Valle Imagna	15-18	710	735	1445
	19-24	974	912	1886
	altro	14310	14314	28624
	tot.	15994	15961	31955
Tot. Comuni DSM UOP17 ASST BGOVEST	15-18	8520	7967	16487
	19-24	12224	11308	23532
	altro	181330	181768	363098
	tot.	202074	201043	403117
Altri Comuni provincia Bergamo non UOP17	15-18	15234	14240	29474
	19-24	22985	21048	44033
	altro	312577	325389	637966
	tot.	350796	360677	711473
Totale Comuni provincia Bergamo	15-18	23754	22207	45961
	19-24	35209	32356	67565
	altro	493907	507157	1001064
	tot.	552870	561720	1114590

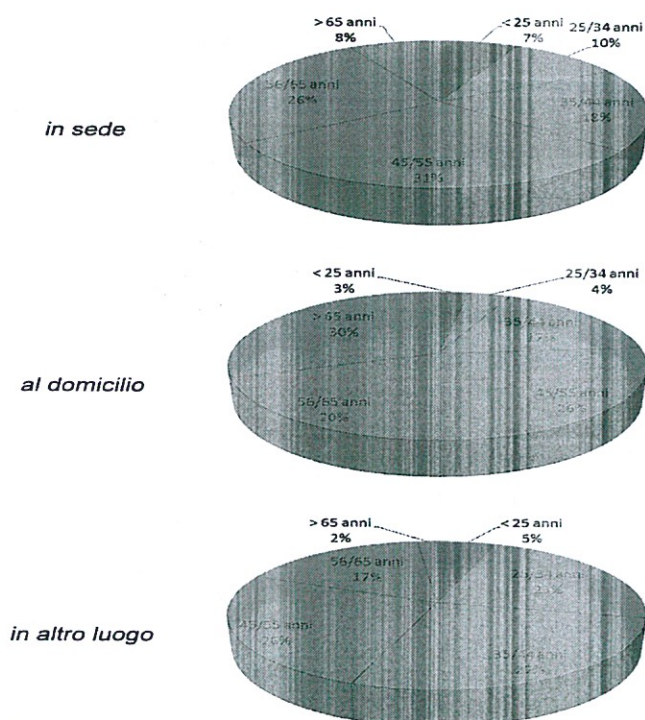


Popolazione giovanile e utilizzo dei Servizi

Nel periodo dal 1 ottobre 2018 al 30 settembre 2019 gli utenti seguiti all'interno dei Servizi psichiatrici territoriali risultano il 7% della popolazione in carico. Il dato rimanda ad una difficoltà di accesso ai Servizi da parte dei giovani e ad una scarsa varietà di offerta dedicata.



% fascia d'età - n° interventi territoriali per "sede"





Offerte di cura nel territorio dell'ASST Bergamo Ovest

Sul territorio dell'ASST Bergamo Ovest sono attivi i seguenti servizi per la cura del disagio psichico:

- Consultori familiari: sedi di Treviglio, Romano di Lombardia, Ponte San Pietro, Calusco, Dalmine, si occupano di promuovere e tutelare la salute della donna, della famiglia, della coppia, del singolo nella varie fasi della vita e afferiscono al Dipartimento RIMI.
- Poli Uonpia: sedi di Verdello, Romano di Lombardia, Bonate Sotto, si occupano di problematiche neuropsichiatriche infantili e dell'adolescente e coprono il bisogno della fascia di età dalla nascita ai 18 anni. Afferiscono al Dipartimento RIMI.
- Centri Psico Sociali e Ambulatori Psichiatrici: sedi di Romano di Lombardia, Treviglio, Bonate Sotto e Brembate Sopra, si occupano di problematiche di pertinenza psichiatrica in adulti maggiorenni. Afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.
- Ser-D: Ponte S. Pietro, Martinengo e Treviglio, si occupano di problematiche legate alle dipendenze. Afferiscono al Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze.

LA PREVENZIONE COME OBIETTIVO CARATTERIZZANTE DEL PROGRAMMA

Obiettivi del programma

Il progetto ha come focus primario l'ambito della prevenzione, dell'individuazione e del trattamento dei disturbi psichici in età giovanile a rischio di evoluzione in patologia conclamata.

Data la complessità dei fattori che intervengono nella valutazione del disagio giovanile verrà adottato un approccio multidimensionale, che coinvolga diverse agenzie istituzionali e informali, ciascuna con la propria specificità, nell'individuazione del disagio (*"stati mentali a rischio"*), nella valutazione dei bisogni e delle risorse personali/contextuali a disposizione e nell'eventuale avvio di un percorso di cura specifico.

Le azioni del progetto saranno sinergiche e prevederanno una stretta integrazione all'interno di tre macroaree di intervento:

1. Area Ambientale: paragonabile alle fondamenta del progetto, prevede azioni di prevenzione primaria.
2. Area della valutazione e dell'analisi del bisogno: attraverso azioni di screening sulla popolazione valutata come a rischio di sviluppare una patologia, e approfondimento diagnostico tramite batterie testali e colloqui clinici
3. Area della presa in carico: prevede la proposta di percorsi di cura personalizzati dei giovani con manifeste problematiche a livello psicopatologico o all'esordio di disturbi psichiatrici maggiori e pertanto di azioni di prevenzione delle ricadute e di mantenimento del ruolo.

Nei servizi di Salute Mentale italiani sono stati attivati, negli ultimi anni, diverse equipe o ambulatori per la diagnosi e la cura degli utenti con disturbi psichici ad esordio giovanile e per la presa in carico precoce di questi casi. La prevalenza trattata di soggetti di età giovanile rimane tuttavia ancora inferiore alle attese e nella pratica quotidiana dei Servizi si osserva come il sottogruppo di utenti giovani in carico sia ancora una percentuale limitata rispetto al probabile bisogno del territorio di competenza. Risulta inoltre ancora difficoltosa l'integrazione tra i Servizi di psichiatria, delle dipendenze, di neuropsichiatria infantile, di psicologia clinica e dei consultori familiari.

Rimane sempre molto difficile intercettare i bisogni dei giovani e degli adolescenti, in quanto i Servizi deputati alla cura sono spesso vissuti come connotati in modo negativo.

I modelli di intervento, infine, spesso si avviano quando il disturbo è già conclamato e né la persona né il nucleo familiare riesce più a farvi fronte con risorse proprie.

Il modello di servizio di Salute Mentale per i giovani e gli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale mira ad individuare ancora più precocemente i giovani che potrebbero sviluppare un



disturbo psichico grave. Esso si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti "*stati mentali a rischio*" e di strumenti organizzativi per raggiungere, individuare ed accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa.

Vi è pertanto la necessità di superare la separazione delle competenze tra psichiatria, neuropsichiatria infantile, servizi per le dipendenze patologiche, che caratterizza la presa in carico della fascia d'età dai 15 ai 24 anni all'interno dei servizi e per realizzare un approccio integrato nella diagnosi e nei percorsi di cura.

Gli adolescenti sono destinatari "difficili" per i programmi di promozione della salute. Essi percepiscono come lontano l'adulto e i cambiamenti prospettati sul lungo termine sono vissuti come un peso eccessivo. E' quindi necessario, se si lavora con loro, pensare a quali siano le modalità più efficaci per comunicare e creare una relazione di fiducia.

Uno degli approcci di intervento più utilizzato è il Coinvolgimento Attivo nell'individuazione delle cause del disagio, nella progettazione e Realizzazione di strategie di coping.

Obiettivi specifici

- Realizzazione di programmi di prevenzione primaria all'interno dei territori di competenza dell'ASST Bergamo Ovest nel rispetto delle diversità locali di distribuzione delle risorse e di organizzazione dei Servizi Sociali, di Ambito, della rete delle Associazioni di volontariato (culturali sportive, ricreative), degli Istituti scolastici.
- Target specifico sarà la popolazione giovanile, obiettivo degli interventi la sensibilizzazione dei contesti nei quali i giovani vivono su temi che riguardano la Salute Mentale, la lotta allo stigma, il riconoscimento dei sintomi premonitori di un disagio significativo, l'incoraggiamento della richiesta di aiuto e l'accompagnamento ai servizi per specifici gruppi a rischio (*prevenzione mirata*).
- L'individuazione degli "*stati mentali a rischio*" (rischio di esordio psicotico o di disturbo psichico grave) attraverso procedure condivise tra UONPIA e DSM-D di "assessment" e l'utilizzo di strumenti di valutazione specifici riconosciuti dalla letteratura scientifica internazionale;
- Il trattamento integrato e multicomponentiale dei soggetti per cui viene valutata la necessità di un monitoraggio clinico costante e a lungo termine dell'evoluzione psicopatologica.
- Nella presa in carico dei soggetti con probabile esordio di psicosi e di disturbo mentale grave verranno attivati trattamenti specifici prevedendo un approccio integrato volto a sostenere le capacità e le risorse sia personali che del contesto di vita (sostegno ambientale).
- Messa in campo di operatori esperti nel lavoro domiciliare, territoriale, di rete, che possano accompagnare il giovane nella ripresa di interessi, abilità, impegni, con un ambito di intervento al di fuori dei Servizi di cura (funzione di accompagnamento e sostegno nel contrasto dei sintomi prodromici di rischio psicotico).

Prima Area: prevenzione primaria e azioni di rete

Il modello dell'intervento precoce implica prima di tutto uno sguardo preventivo che si realizza attraverso l'apertura al di fuori dei Servizi con un capillare impegno di istituzione di collaborazioni con il territorio, in modo da creare una rete di riferimenti significativi, sensibili, preparati, coinvolgendo agenzie istituzionali e non istituzionali con l'obiettivo di introdurre azioni promuoventi il benessere psichico e fisico e sensibilizzare e formare al riconoscimento precoce di comportamenti e segnali che richiedono attenzione clinica.

Le scuole, i luoghi di aggregazione giovanile formali, i contesti sportivi e di ritrovo spontaneo rimangono i principali interlocutori dei programmi di prevenzione primaria; diventa fondamentale investire sull'avvio di collaborazioni, spazi di confronto, raccolta di eventuali segnalazioni e consulenza per le situazioni sentite a rischio.

Come sopra accennato, negli ultimi anni si sono accumulate evidenze della presenza di una fascia di età a rischio (15-25 anni) in cui comportamenti e sintomi si manifestano in assenza di un



episodio di malessere acuto ma per cui è verosimilmente utile un monitoraggio attento nel tempo e per cui sono già disponibili interventi poco invasivi e con evidenza di efficacia.

Un lavoro approfondito sulle problematiche dei giovani, che contempli una riflessione e un tentativo di differenziazione dei soggetti a rischio di esordio da quelli propriamente alle prese con difficoltà evolutive legate alla crescita e con buone risorse individuali e ambientali, rimane un mandato prioritario del programma.

L'identificazione precoce dei soggetti che presentano segnali di malessere e per i quali riscontriamo in aggiunta scarse risorse personali e ambientali, permette invece di intervenire opportunamente per sostenere, gestire i sintomi e il malessere sottostante, ridurre il rischio di isolamento, chiusura e di patologia non trattata.

L'intercettazione dei casi a rischio deve prevedere modalità di identificazione ancora più sensibili e specifiche di quelle attuate per gli esordi, perché per la maggior parte queste persone non sono in contatto con i Servizi di Salute Mentale, Consulitori, SerD o UONPIA, e spesso sfuggono anche alle realtà sociali solitamente invianti (MMG, PDL, scuola, vicinato, gruppo di pari, etc.).

La letteratura segnala che la precocità dell'intervento, valutata la reale necessità clinica, migliora la progressione della condizione clinica e limita la probabilità di recidive e di cronicizzazione del disagio.

Attività previste per il raggiungimento degli obiettivi

1. Formazione specifica dell'equipe nell'intercettazione e nella valutazione delle problematiche giovanili

Strumenti e Metodi

Saranno previste sessioni formative specifiche dedicate all'equipe multidisciplinare e incentrate su diverse tematiche. Previsti eventi formativi sugli aspetti epidemiologici, i diversi approcci terapeutici evidence based possibili (tecniche psicoterapeutiche e interventi psicoeducativi). Saranno pure illustrati innovativi interventi di prevenzione primaria (coalizione comunitaria) e iniziative volte all'istruzione all'uso di strumenti di valutazione scelti per l'assessment e il monitoraggio dell'andamento clinico. Altri temi approfonditi dal percorso formativo saranno quelli del mantenimento della salute fisica e del mantenimento del ruolo: inserimento e sostegno all'attività lavorativa (IPS) e sostegno allo studio (Study skills). Rilevanza sarà data ad un approccio non violento al contrasto della povertà educativa e della violenza adolescenziale (modello di Haim Omer).

I metodi previsti nella formazione sono:

- congressi aperti a specialisti del settore;
- formazione sul campo;
- formazione residenziale specifica inerente gli strumenti psicodiagnostici più innovativi nell'identificazione precoce del disagio giovanile;
- training specifici di formazione aperti anche a realtà e agenzie esterne ai servizi di cura che si occupano e/o intercettano adolescenti e giovani (es. scuole, oratori, centri di ritrovo, MMG, PDL).

2. Mappatura delle realtà istituzionali delle realtà non istituzionali

Strumenti e Metodi

La mappatura verrà attuata attraverso la consultazione di banche dati già esistenti e prevalentemente attraverso la strumentazione informatica.

Verrà inoltre creato un database contenente i dati raccolti.

La mappatura è il punto di partenza per un lavoro di sensibilizzazione rivolto alla comunità locale, di individuazione delle figure adulte che rappresentano riferimenti cardine per gli adolescenti



(insegnanti, educatori, allenatori sportivi, curati, etc.) e di promozione della collaborazione tra progetti e tra agenzie educative del territorio che hanno come destinatari adolescenti e giovani adulti.

3. Incontri di informazione con PDL e MMG

Strumenti e Metodi

In una prima fase verranno incontrati i medici dei territori di competenza dell'ASST Bergamo Ovest, nel modo più capillare possibile eventualmente anche tramite appuntamenti concordati col medico stesso con l'obiettivo di presentare il progetto e le modalità di invio. In un secondo momento verranno proposti, sulla base delle osservazioni e dei bisogni formativi dei medici incontrati, momenti informativi specifici di gruppo sull'individuazione precoce del disagio giovanile.

Gli obiettivi sono:

- ampliare le conoscenze specifiche sulla tematica in oggetto
- concordare modalità consone di invio all'equipe del progetto innovativo
- avviare prassi collaborative (protocolli, accordi tra Servizi) tra Specialisti e territorio

4. Mappatura dei luoghi d'incontro privilegiati delle fasce di età interessate suddivisa per fasce d'età

Strumenti e Metodi

Mappatura di oratori, Centri sportivi, Centri di aggregazione giovanile, Associazioni e realtà del privato sociale che gestiscono progetti indirizzati ad adolescenti tramite banche dati già esistenti, ricerche on line, sito di ATS, sito della Provincia di Bergamo, progetti pubblicizzati nelle Biblioteche dei comuni del territorio.

5. Proposte di incontri con le famiglie in merito al riconoscimento del disagio legato alla crescita vs disagio dovuto a stati mentali a rischio

Strumenti e Metodi

Verranno avviati, in collaborazione con le agenzie territoriali (scuole, Consultori familiari, biblioteche, etc), incontri formativi/informativi di gruppo sulle tematiche oggetto del progetto e incontri di confronto e interazione sulle diverse esperienze che ciascuna famiglia vive nel periodo adolescenziale dei figli. Su richiesta verranno inoltre incontrati nuclei familiari singoli su problematiche specifiche legate al disagio del figlio/a e proposti eventuali training psicoeducativi.

All'interno del programma innovativo sono previste in quest'area attività e soluzioni organizzative finalizzate a migliorare l'accessibilità da parte dei giovani a contesti "neutri", non connotati in modo sanitario, in cui personale preparato e specializzato possa intercettare il disagio, provare a fornire una forma di decodifica in chiave clinico/evolutiva e laddove il disagio si rivela a rischio di esordio in una patologia grave offrire un percorso di cura su misura in base alle esigenze del singolo.

Seconda Area: Valutazione

Si ipotizzano infine percorsi di gruppo di pari volti a rafforzare l'autostima, la capacità di coping, creando un contesto privo di giudizio nel quale possano essere ascoltati i punti di vista, nel quale l'adulto funzioni come presenza non giudicante ma di monitoraggio dei percorsi di crescita, come presenza che incoraggi la nascita di spazi di riflessione e di consapevolezza del gruppo ("peer support").



Attività previste per il raggiungimento degli obiettivi

- Individuazione di “spazi giovanili”, collocati sul territorio in contesti non connotati come Servizi sanitari, dove accogliere gli invii e attuare la parte psicodiagnostica del lavoro. Al loro interno operano professionisti con esperienza specifica e metodologia di lavoro condivisa.
- Assessment e monitoraggio degli stati mentali a rischio attraverso strumenti standardizzati auto ed etero-compilati.
- Ricerca di strumenti e modalità di aggancio in grado di incontrare le esigenze dei giovani (utilizzo di App, social, etc.) nel tentativo di incoraggiare la richiesta di aiuto.
- In base agli esiti dei colloqui di consulenza e della valutazione clinica accompagnamento degli utenti con bisogni di cura significativi all'adesione ai percorsi specialistici dedicati.

Strumenti

- ✓ Colloqui clinici di personale medico, psicologico, e in casi specifici educativo o sociale
- ✓ Strumenti di assessment specifici validati dalla letteratura internazionale (compilazione scale, somministrazione test). Successivamente viene mantenuto un monitoraggio clinico a medio/lungo termine del soggetto.

Le aree che saranno valutate in sede di assessment e di monitoraggio clinico saranno le seguenti:

- Area di valutazione globale del funzionamento;
- Area cognitiva;
- Area clinica;
- Area di valutazione del rischio di esordio;
- Area di esito;
- Area di valutazione della qualità della vita e delle relazioni familiari;
- Area del funzionamento sociale e lavorativo.

Metodologia

- Colloqui clinici (a cura di psicologi, psichiatri) volti ad un approfondimento della domanda di aiuto e delle problematiche emergenti
- Somministrazione dei test scelti per la prima valutazione (screening) volta alla definizione provvisoria di un primo inserimento in un percorso di cura, e in seguito alle batterie testali allestite per l'approfondimento diagnostico e la predisposizione del progetto terapeutico personalizzato.

Tempi previsti

- Periodo massimo di tre mesi per la valutazione e la predisposizione del progetto terapeutico personalizzato.

Fascia di età

Quest'area è rivolta a giovani dai **15 ai 25** anni di età al momento del primo contatto col progetto

Terza Area: percorsi di cura

Questa area comprende l'inserimento nei PDTA appropriati dei soggetti che nella fase di valutazione sono stati identificati come includibili nel percorso.

Attività previste per il raggiungimento degli obiettivi:

- trattamento farmacologico precoce e tempestivo dei sintomi clinici, ove indicato
- interventi psicologici individuali e/o gruppo;
- interventi familiari di mediazione e apertura di dialogo;
- trattamento delle problematiche emergenti (es. difficoltà scolastiche e relazionali, isolamento);
- interventi multidisciplinari complessi (presa in carico psicosociale);



- interventi psicoeducativi;
- attività di gruppo (contrasto con metodi non farmacologici della sintomatologia ansiosa, incremento di competenze relazionali, sostegno allo studio, promozione della salute fisica)
- azioni mirate alla prevenzione del peggioramento e della precipitazione della crisi: apertura di dialogo, mediazione familiare, eliminazione dei fattori di rischio attraverso programmi di psicoeducazione e promozione della salute (es. in caso di uso di sostanze d'abuso);

Strumenti e Metodi

- Attività psicologica,
- attività psicoeducativa e psicoterapica rivolta al soggetto seguendo gli approcci validati, dalla letteratura internazionale per gli stati mentali a rischio,
- attività clinica specifica dedicata a particolari gruppi diagnostici,
- utilizzo della mediazione culturale in caso di necessità
- attività di gruppo risocializzanti o cliniche (vedi sopra)
- intervento sui familiari

Tempi previsti

All'interno della fase III si prevede un percorso di cura della durata di norma di 2 anni per le situazioni cliniche meno gravi e per gli stati mentali a rischio, e di 3 anni per gli esordi conclamati di disturbi psichici maggiori. Allo scadere gli utenti saranno dimessi o, in caso di persistenza della gravità del quadro clinico, inviati ai Servizi specialistici più indicati (CPS e SERD) per il proseguimento della presa in carico.

Fascia di età:

All'interno di questa area possono essere inviati soggetti dai **15 ai 25 anni**.

Tale fascia di età è da considerarsi all'ingresso nel programma, l'età di uscita sarà invece dettata dalla durata dei singoli percorsi di cura.

Criteri di inclusione per l'invio alle tre aree del progetto:

- età: soggetti dai 15 ai 25 anni con ipotesi di stato mentale a rischio,
- presenza dei segnali di rischio (sintomi specifici sentinella),
- scarsità di risorse personali e contestuali per far fronte al disagio,
- condizioni peculiari di fragilità (adolescenti stranieri, genitori in carico ai servizi).

N.B.: per alcune situazioni specifiche, il criterio età, di per se quantitativo, verrà riconsiderato alla luce di una valutazione globale del soggetto e pertanto una minima porzione di pazienti potrà essere candidata al progetto pur presentando al momento dell'invio un'età > 26 anni, a condizione che sia verificata una situazione di malessere valutata dall'equipe come a rischio di esordio e pertanto idonea agli interventi specialistici del progetto.

Criteri di esclusione:

- soggetti che non risultano al momento della valutazione "a rischio" di evoluzioni negative del disagio manifestato;
- Soggetti con diagnosi di pura dipendenza patologica;
- Soggetti con ritardo mentale medio grave;
- soggetti per i quali all'anamnesi risulta una DUP molto antecedente al momento della richiesta di aiuto (>2 anni), che andranno inviati ai servizi di competenza (UONPIA – CPS-Ser-D).

Indicatori utilizzati dal programma

Per quanto riguarda il monitoraggio annuale del progetto ci si atterrà alle indicazioni che perverranno dalla DG Welfare Lombardia.



Modulistica in uso

- Scheda anamnestica di raccolta dati;
- Scheda di raccolta dati da somministrare al primo contatto;
- Banca dati contatti di rete e realtà con cui sono attive collaborazioni;
- Modulo progetto individuale (se prevista la presa in carico);
- Modulo rilevazione attività 46/SAN;
- Modulo prestazioni non riconducibili;
- Modulo di verbale per gli incontri con enti istituzionali e con realtà del territorio.

Strumenti di valutazione

- Scale di valutazione
- Indicatori Regionali.

Risultati attesi

- Ampliamento dell'offerta di cura per i pazienti nella fascia di età 15-25 anni;
- Incremento della qualità e varietà di prestazioni per i pazienti per la fascia di età 15-25 anni,
- Sarà ideata una scheda di raccolta dati anamnestici di funzionamento sociale e familiare per i giovani che entreranno in contatto con il programma,
- Costruzione di protocolli condivisi di collaborazione con gli istituti scolastici, i PDL, i MMG, i Consultori e la UONPIA per favorire l'invio e la presa in carico dei soggetti a rischio;
- Riduzione del treatment gap nella popolazione di riferimento per le principali patologie psichiatriche.

Dr. Emiliano Luigi Monzani
C. F. MNZ MNL 62C31-F205P
U.O.C. Psichiatria 1
ASST Bergamo Ovest
Ospedale di Treviglio - Tel. 0363/4241