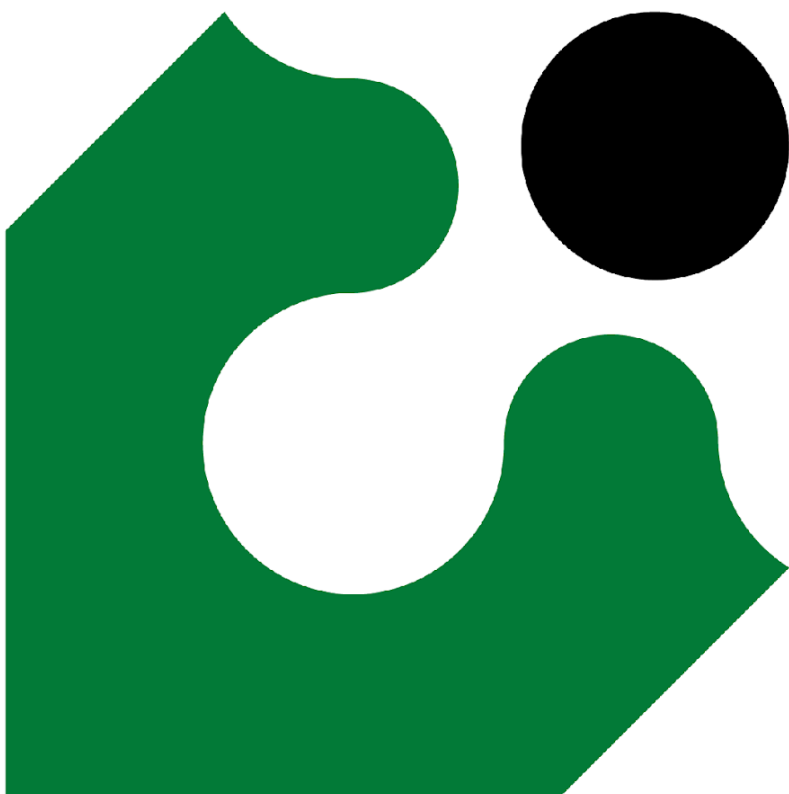


**Punto di Consultazione Giovani 14-24 anni  
nelle Case di Comunità:  
l'incontro fra NPI e SerD**

Simona Nicolini  
Emanuela Maddalena Maria Ferrario

**Corso di formazione manageriale per  
Dirigenti di Struttura Complessa**

anno 2023/2024



# Corso di formazione manageriale per Dirigente di Struttura Complessa

Codice edizione UNIMI DSC 2301/DE

Ente erogatore: Università degli Studi di Milano

## GLI AUTORI

*Dottoressa Emanuela Maddalena Maria Ferrario, Dirigente Medico, Responsabile S.S. NOA, ASST Rhodense, via Forlanini 95, Garbagnate Milanese (Mi). [emanuelaferrario@gmail.com](mailto:emanuelaferrario@gmail.com), [emmFerrario@asst-rhodense.it](mailto:emmFerrario@asst-rhodense.it)*

*Dottoressa Simona Nicolini, Dirigente Medico, Direttore Struttura Complessa NPI, ASST Valle Olona, Busto Arsizio (Va). [domqoglio@libero.it](mailto:domqoglio@libero.it) ; [simona.nicolini@asst-valleolona.it](mailto:simona.nicolini@asst-valleolona.it)*

## Il docente di progetto

*Dottoressa Francesca Ferrè, Ricercatore Universitario, Università degli Studi di Milano*

## Il Responsabile didattico scientifico

*Professor Federico Lega, Professore Ordinario, Università degli Studi di Milano*

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| INDICE   | 3  |
| INTRODUZIONE   | 5  |
| OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO                              | 6  |
| DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO                                       | 7  |
| METODOLOGIA ADOTTATA   | 8  |
| DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE | 9  |
| ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE                       | 12 |
| RISULTATI ATTESI   | 13 |
| CONCLUSIONI  | 14 |
| CONTRIBUTO PERSONALE (project work di gruppo)                              | 15 |
| RIFERIMENTI NORMATIVI  | 16 |
| BIBLIOGRAFIA   | 17 |
| SITOGRAFIA   | 18 |



## INTRODUZIONE

OMS: «La salute come una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità»; «Non c'è salute senza salute mentale», entrambe sono affermazioni che sottolineano l'importanza di considerare la salute mentale come parte integrante della salute globale di una persona.

Il contesto di tale asserzione si situa nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione delle malattie da parte dell'OMS. L'OMS riconosce che la salute mentale è cruciale per il benessere complessivo della persona e per la qualità di vita e in tal senso invita a sostenere la promozione di politiche e di iniziative volte a migliorare l'accesso ai Servizi di salute mentale in tutto il mondo ([https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1); Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030, WHO).

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) riporta come «La Salute Mentale è un aspetto fondamentale della Salute globale di una Nazione. Rappresenta uno stato di benessere in cui un individuo è in grado di realizzare il proprio potenziale, affrontare le normali sfide della vita, lavorare in modo produttivo e contribuire alla propria Comunità». Agenas promuove l'accesso equo e universale ai Servizi di Salute Mentale, garantendo cure adeguate ad ogni cittadino; collabora con le Regioni italiane per sviluppare politiche e programmi volti a migliorare la qualità dei Servizi di Salute Mentale attraverso l'implementazione di interventi basati sull'evidenza e l'innovazione; lavora per ridurre lo stigma sociale associato ai disturbi mentali, promuovendo la consapevolezza e l'inclusione delle persone affette da tali disturbi nella Società; si impegna a garantire che i Servizi di Salute Mentale siano parte dei Sistemi Sanitari Regionali.

La Salute Mentale è un'area di elevata complessità, poichè il suo perseguimento richiede l'integrazione del Sistema Sanitario con i Servizi Sociali, Socio-Assistenziali, con la rete relazionale dell'individuo, con la società. Fondamentale appare intercettare precocemente il bisogno di salute mentale creando reti di prossimità.

In questo panorama richiede e richiama un'attenzione sostenuta l'età adolescenziale e giovanile, che porta compiti evolutivi fondanti il processo di individuazione della persona e che rappresenta un'area divenuta sempre più di emergenza urgenza, connotata da un aumento di sintomi, malessere, disturbi psicopatologici e da una precocità d'insorgenza di tali manifestazioni. Il benessere della persona deve essere un bene condiviso di pertinenza sia sanitaria che sociosanitaria e socioassistenziale.

I quadri clinici presentano differenti livelli di gravità e complessità, che vanno da disturbi d'ansia, attacchi di panico, ritiro sociale, disturbi alimentari, tentati suicidi e autolesionismo, consumo ed abuso di alcool e di sostanze stupefacenti.

I dati internazionali e italiani indicano come il consumo di alcool o sostanze illecite spesso abbia inizio in età adolescenziale, per proseguire lungo un continuum che sfocia in un disturbo da uso negli anni a venire, con una latenza di malattia non trattata che in media si aggira intorno ai 7 anni (Relazione Annuale al Parlamento sul Fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia, 2022).

In Italia i consumatori a rischio di alcool fra gli 11 e i 15 anni sono 1,6 milioni (il 26,6% M e il 17,7% F); i binge drinkers 930.000, 120.000 i ragazzi che manifestano uno stato di intossicazione etilica acuta e

3.300 quelli che per questo motivo accedono al Pronto Soccorso in un anno; il 10% di tutti gli accessi in PS si riferiscono a intossicazione etilica acuta (Libro Bianco sull'Alcool, dati anno 2022).

In Lombardia nel 2021 sono segnalati oltre 6.000 accessi in Pronto Soccorso attribuibili all'alcool:

|   | <17 | 18-24 | 25-44 | 45-64 | 65-74 | >75 | Totale |
|---|-----|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| M | 301 | 619   | 1344  | 1516  | 340   | 151 | 4.271  |
| F | 423 | 358   | 557   | 544   | 99    | 57  | 2.038  |
|   | 624 | 977   | 1.901 | 2.060 | 439   | 208 | 6.309  |

(Fonte: Ministero della Salute, NSIS; Flusso EMUR anno 2021)

Secondo i dati dello Studio ESPAD riportati nella Relazione Preliminare al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia 2021, 621.000 studenti fra i 15 ed i 19 anni hanno riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (in primis cannabis e nuove sostanze psicoattive – NPS) e fra loro il 22,3% è definibile a rischio secondo il test CAST (Cannabis Abuse Screening Test). In aumento risultano anche le ospedalizzazioni direttamente droga-correlate dal 2010 al 2018, passando da 27 a 56 ricoveri ogni 100.000 residenti di età 15-24 anni. Anche le denunce dei Minori alle Autorità Giudiziarie sono in aumento, con un incremento degli ingressi negli Istituti penali in costante espansione (10% nel 2015, 17% nel 2019).

Nella fascia giovanile 15-19 anni nel 2022, rispetto ai dati 2021, si registra un aumento del consumo di sostanze stupefacenti (aumento dei consumi dal 18,7 % al 27,9%), con un aumento significativo soprattutto rispetto a cannabinoidi sintetici e NPS (metamfetamine, MDMA, ecstasy, catinoni) sostanze di nuova generazione che spesso trovano il loro principale mercato sul web. In incremento, in questa fascia di età, anche l'utilizzo di psicofarmaci senza prescrizione, 6,6 % nel 2021, 10,8 % nel 2022 (dati Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia, 2023, dati relativi al 2022).

I dati della letteratura e della pratica clinica quindi annoverano un numero rilevante di giovani fra gli 11 e i 24 anni che possono essere definiti consumatori problematici di alcool e sostanze stupefacenti, che non accedono ai Servizi per le Dipendenze e che rischiano di sviluppare un disturbo da uso di alcool o sostanze. Secondo lo studio effettuato da OISED 2023, i fenomeni delle dipendenze in Italia generano costi diretti per 8,3 miliardi di euro, di cui 7 per le dipendenze da sostanze stupefacenti e 1,3 per l'alcoldipendenza. È risultato più complesso e di difficile stima il computo dei costi indiretti, in quanto la gestione degli esiti (trattamento delle patologie attribuibili alle sostanze/alcool, incidentalità, anni di vita persi, giornate di lavoro, azioni criminose e relativi procedimenti, ...) rappresenta la voce di costo maggiore, seguita da quella sociale e da quella relativa alla gestione socio sanitaria, pubblica e del privato sociale. Tutte le azioni finalizzate a contenere gli esiti del fenomeno comportano, di conseguenza, risparmi per il Paese : per ogni euro investito in termini di presa in carico socio sanitaria si stima potrebbero esserne risparmiati 4 (Studio OISED, 2023). Alcune stime a livello mondiale indicano come il consumo dannoso di alcool sia responsabile di 132,6 milioni di disability-adjusted life years (DALYs) all'anno, ovvero il 5,1 % di tutti gli anni di vita persi/gravati da malattia. In Europa la percentuale sale al 10,8 % . In ultimo si segnala che nella popolazione più giovane (20-39 anni) la mortalità è per il 13,5 % attribuibile all'alcool (Global Status Report on Alcohol and Health, 2018, WHO).

Secondo le analisi Istat, il tasso di mortalità per cause multiple droga correlate, effettuato analizzando il complesso delle cause riportate nelle schede di morte, si attesta a 11 decessi ogni

1.000.000 di abitanti. Tale numero risulta in significativo aumento nel 2020 rispetto al 2010, registrando un +78 %; in particolare interessate risultano le fasce d'età sopra i 45 anni, suggerendo come la cronicizzazione del consumo/dipendenza possa contribuire a perdere anni di vita.

I Servizi per le Dipendenze sono ancora gravati da alto carico di cronicità e di stigmatizzazione, fattori che entrambi ostacolano l'avvicinamento delle persone più giovani a questi Servizi.

Infine, persiste una cultura sociale che sottovaluta e talora anzi incita l'eccedenza del consumo di alcool e cannabinoidi, stante l'errata percezione nella popolazione generale che si tratti di composti sostanzialmente innocui.

È nota in letteratura e studiata da tempo la correlazione nei giovani fra consumo di alcool e cannabinoidi e lo sviluppo di sintomi della sfera psichica, da lievi, quali insonnia, tendenza all'isolamento, ritiro, a più gravi, come disturbi dell'umore, disregolazione emotiva e del comportamento, sindrome amotivazionale, psicosi (Shen, 2020; Volkov et al, 2016, *Jama Psychiatry*).

Nell'adolescenza avvengono a livello cerebrale e neurologico importanti mutamenti delle aree cerebrali, soprattutto a livello prefrontale, grazie ad un rimodellamento delle sinapsi corticali con associata riduzione della materia grigia corticale ed aumento della mielinizzazione.

Il consumo di alcool e di sostanze stupefacenti, l'esposizione a stressor cronici (stress induced plasticity), che possiamo includere nella macrocategoria dei Determinanti Sociali della Salute (condizione sociale, economica, condizione abitativa, quartiere di provenienza, condizione familiare funzionale o disfunzionale, supporto emotivo della famiglia di origine, traumi, abuso o neglect, abbandono, stimolazione ambientale in senso supportivo o ostativo, scuola, gruppo dei pari... ; Ewald, Strack et al, 2019), le capacità di fronteggiamento e la dotazione individuale della persona diventano elementi che giocano un ruolo determinante nell'età adolescenziale sul rischio di sviluppare una patologia cronica nell'età adulta.

Nel periodo della pandemia Covid 19 venivano pubblicati articoli che denunciavano un aumento costante di problematiche psichiatriche tra i giovani e al contempo l'insufficiente rete territoriale per far fronte all'enormità di bisogno in crescita.

L'OMS stima che a livello mondiale il 10-20% di bambini e adolescenti soffra di disturbi mentali.

Il 10 ottobre ricorre la giornata mondiale della Salute Mentale, istituita nel 1992 dalla Federazione Mondiale per la Salute Mentale e riconosciuta dall'OMS al fine di sensibilizzare sul tema e, al tempo stesso di sfatare stigma e pregiudizi che spesso accompagnano chi soffre di patologie psichiche, tanto più se bambino o adolescente. La SINPIA e FEDERSERD, in tale giornata, sottolineano l'importanza della sensibilizzazione della prevenzione e dell'individuazione precoce dei sintomi. La domanda di interventi in questo ambito è in continua crescita, trattandosi di una vera emergenza di sanità pubblica, con una inevitabile ricaduta su aspetti sociali, umani ed economici in tutti i paesi del mondo. Il peso globale dei disturbi mentali in età evolutiva continua a crescere anche in Italia dove i disturbi neuropsichici nell'infanzia e adolescenza colpiscono quasi 2 milioni di ragazzi con manifestazioni molto diverse tra loro per tipologia, decorso e prognosi.

La SIEP (Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica) a fine 2021 (20-12-2021) riportava tutti gli effetti negativi sperimentati durante la pandemia sulla Salute Mentale di preadolescenti e adolescenti, in un momento delicato del loro sviluppo individuale e sociale. La Società Italiana di Psichiatria stima che siano almeno 700.000 i ragazzi dipendenti da web, videogiochi e social.

Nel documento si evidenzia l'aumento significativo di disturbi connessi con isolamento, depressione, timore costante e incertezza nel divenire, persistenti nel medio – lungo termine, invitando in tal

senso a non sottovalutare segni di malessere, cambiamenti di umore o sintomi ansioso-depressivi e ritenendo la tempestività di aggancio con i Servizi ciò che fa la differenza.

Nell'articolo della pagina Sanità del Sole 24 Ore, pubblicato il 21 giugno 2023, si evidenzia come crescano ansia e depressione, ma solo 1 persona su 3 riceva un trattamento adeguato. Si sottolinea come gli ultimi 3 anni abbiano contribuito alla creazione di un'atmosfera di incertezza e instabilità, segnando profondamente lo stato della salute mentale in Italia e in Europa. Questo è quanto emerso dal Headway-Mental Health Index 2.0 realizzato da The European House – Ambrosetti in partnership con Angelini Farma, presentato a Montecitorio a Roma, portando all'attenzione delle Istituzioni il tema della Salute Mentale e delle conseguenze che ha su società ed economia. Investire risorse nella Salute Mentale significa dunque investire nel benessere delle persone, nella produttività economica e in una società più inclusive. La parte della popolazione che ha più risentito della pandemia sono gli adolescenti: ansia 28%, depressione 23%, solitudine 5%, stress 55%, paura 5%.

Secondo il rapporto, ansia e depressione sono connesse anche a una diminuzione del rendimento scolastico e spesso abbandono degli studi. Almeno il 50% dei disturbi di salute mentale esordisce prima dei 15 anni e l'80% di questi si manifesta prima dei 18, in alcuni casi diventando un problema permanente per tutta la vita.

Un altro indice del rapporto riguarda la capacità dei Paesi Europei di rispondere alle esigenze delle persone con disturbi mentali all'interno della Società, in particolare nelle scuole e nei luoghi di lavoro.

In termini di impatto sulla salute mentale i punti di attenzione sono molti. In Europa i disturbi mentali e comportamentali e i suicidi pesano il 4,8% sul totale dei decessi. L'Italia occupa il 12° posto dopo la Spagna per numero di decessi.

Il rapporto ha rilevato la capacità dei Paesi a reagire a tali situazioni di difficoltà: la Finlandia è il Paese più resiliente, mentre l'Italia risulta tra le nazioni più esposte, pesando la crisi economica, guerra, flussi migratori, condizioni abitative sfavorevoli che aumentano il disagio psicologico e la depressione, tenendo in considerazione che in Italia il 20% della popolazione vive in condizioni precarie. Anche l'urbanizzazione infine, che implica minore presenza di spazi verdi che aiutano ad alleviare ansia e stress, è associata ad una maggiore incidenza di disturbi mentali. L'Italia si colloca al 21° posto su 28 Paesi.

Per quanto riguarda invece la qualità dell'assistenza sanitaria per i disordini mentali, l'Italia è nona per posizionamento dei Paesi che hanno totalizzato il punteggio più alto.

In Italia negli ultimi anni sono state disposte alcune misure come ad esempio il bonus psicologico per aiutare le persone colpite dagli effetti pandemici.

I costi complessivi legati alla salute mentale in Europa ammontano al 4% del Pil totale Europeo (oltre 600 miliardi di euro).

I Paesi Europei che hanno già attuato programmi ed una strategia nazionale incentrata sulla promozione e prevenzione della salute mentale per bambini e adolescenti sono circa il 68%.

L'articolo apparso su L'Espresso in data 21-03-21 «Generazione a rischio» a firma di vari direttori NPI, Psichiatria e Pediatria delle Regioni Lombardia, Emilia Romagna e Lazio, lanciava un allarme nel rintracciare un aumento di problemi psichiatrici in adolescenti e preadolescenti, circa il 20%, con una stima di 1 su 3 nel poter sviluppare disturbi. Sintomi alimentari, ansia, insonnia, autolesionismo e tentati suicidi, venivano riportati come i quadri più ricorrenti e diffusi in tutta la penisola. Veniva sottolineato un aumento di ricoveri in psichiatria di minorenni dal 20 al 30%, un aumento dal 30 al



50% dei ragazzi ricoverati nei reparti NPI con diagnosi d'ingresso di tentato suicidio, sottolineando la presenza di 1-2 tentati suicidi al giorno, soprattutto nella fascia 12-17 anni, ricordando che i suicidi rappresentano a livello globale la terza causa di morte tra i 15-19 anni dopo incidenti stradali e tumori, come se l'emergenza psichiatrica avesse trovato nel Covid 19 un detonatore.

Un appello, dunque, a rivolgere l'attenzione verso ragazzi portatori di un dolore silenzioso, di cui spesso i genitori sono ignari, che si insinua creando fratture che inaspriscono fino a situazioni acute che deflagrano nei Pronto Soccorso ogni giorno. I Direttori esprimevano la necessità di poter avere uno sguardo a lunga gittata e costruire in modo prioritario una strategia di politica sanitaria.

Il rapporto UNICEF del 2021 (Roma 05-10-2021) sulla Salute Mentale sottolinea come più di 1 adolescente su 7, tra i 10 e i 19 anni, conviva a livello mondiale con un disturbo mentale diagnosticato; tra questi 89 milioni sono ragazzi e 87 milioni sono ragazze. 86 milioni hanno tra i 15 e i 19 anni e 80 milioni tra i 10 e i 14 anni. L'ansia e la depressione rappresentano il 40% dei disturbi mentali diagnosticati. In Europa nove milioni di adolescenti presentano problemi di salute mentale. Secondo il principale rapporto UNICEF sulla salute mentale di bambini, adolescenti e coloro che se ne prendono cura nel 21° secolo, anche nel periodo precedente al Covid 19 i bambini e i giovani portavano il peso delle problematiche relative alla salute mentale, in un contesto di investimenti per la cura dedicati non significativo. In base a quanto emerso, bambini e giovani potrebbero portare per molti anni l'impatto Covid 19 sul loro benessere.

Stando ai primi risultati di un sondaggio internazionale in 21 Paesi, una media di 1 giovane su 5 tra i 15 e i 24 anni ha dichiarato di sentirsi spesso depresso o di avere poco interesse nello svolgimento di una attività.

Articoli comparsi a ridosso della Giornata Mondiale della Salute Mentale, Focus Salute 10-10-2023, evidenziano come sia in aumento la depressione fra gli adolescenti, 1 su 4, a cui non sono seguiti aumenti di pari passo di interventi di sostegno.

In linea con il tema del World Mental Health Day 2023, emerge la necessità di considerare gli adolescenti come una «fetta marginalizzata» della società a cui assicurare cure ad alta qualità. Una politica di sanità pubblica non può non tenere conto di dati, se consideriamo che il 20-40% degli adolescenti presenti livelli di sofferenza psichica, ma meno della metà giunge ai servizi.

La SINPIA, società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, in occasione della giornata mondiale della salute mentale, 10 ottobre 2023, ha reso una fotografia in merito a bambini e adolescenti:

- nel mondo tra il 10% e il 20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali e il 50% delle patologie psichiatriche esordisce prima dei 14 anni di età, dati OMS.
- secondo uno studio multicentrico dell'Università di Torino tra il 2018 e il 2021 in Italia si è verificato un aumento esponenziale delle visite neuropsichiatriche infantili urgenti.
- è necessario sottolineare l'importanza dell'individuazione precoce dei disturbi già in età evolutiva e della prevenzione.

Quasi un miliardo di persone nel mondo vive con almeno un disturbo mentale, circa 1 persona su 8 a livello globale. Anche tra bambini e adolescenti i numeri rappresentano un fattore di allarme: secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tra il 10 e il 20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali e il 75% delle patologie psichiatriche esordisce prima dei 25 anni. La metà presenta sintomi entro i 14 anni.

In un'analisi condotta presso l'Università di Torino si è potuto registrare un drammatico incremento soprattutto di visite riguardanti i disturbi dell'alimentazione, in particolare l'anoressia, e disturbi quali

autolesionismo e ideazioni o comportamenti suicidali in soggetti in età adolescenziale, con una prevalenza del genere femminile.

Per comprendere il fenomeno basti pensare che gran parte dei quadri depressivi esordiscono in adolescenza (1 femmina su 4 e 1 maschio su 10) ma spesso sono preceduti da altri disturbi aspecifici e di minore gravità come ad esempio quello del sonno; il 59% dei casi dei disturbi della condotta alimentare ha tra i 13 e i 25 anni di età, il 6% ha meno di 12 anni. Il suicidio rappresenta la prima causa di morte in Italia tra gli adolescenti (dato 2019). Gli esordi precoci di queste patologie sono inoltre associati a quadri più gravi e complessi (Grossmberg 2023). Il prof. Leckman, professore di psichiatria infantile, psicologia e pediatria, all'università di Yale, una tra le voci più autorevoli nel suo campo negli USA, sottolinea inoltre come in termini di suicidio esista una differenza tra maschi e femmine, nel senso che i ragazzi e giovani adulti hanno maggior probabilità di suicidarsi e che le ragazze e giovani donne sono quelle che hanno maggiori probabilità di avere un'intenzione suicida che può essere piuttosto grave.

Significativa dunque è la possibilità che si instaurino gravi e più durature conseguenze, con compromissione a vari livelli del funzionamento della persona, quali ad esempio ritiro scolastico/sociale, stili permanenti di consumo problematico o franche dipendenze, alterando o annullando il proprio progetto di vita, vero drammatico problema evidenziabile, peraltro con una chiara ricaduta in termini anche di costi sociali. A tal proposito merita particolare attenzione una quota in costante aumento tra adolescenti e giovani, i NEET (Not in Education, Employment or Training) che definisce una popolazione di ragazzi e giovani adulti non impegnata in alcuna attività scolastica, lavorativa e formativa e in una condizione di esclusione sociale, che rappresenta un'alta percentuale tra i giovani in carico ai Servizi di Salute Mentale. Uno studio australiano del 2016 individuava che il 19% dei giovani in cura presso i Servizi era in stato di NEET.

Una prima conseguenza di tale scenario si correla in maniera ambivalente, da un lato amplificando la domanda verso i Servizi più esposti ed accettati, con un più richieste di prime visite alle Unità Operative di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA), in regime prioritario, e a seguire un aumento delle liste d'attesa per la valutazione e trattamento. Dall'altro i Servizi per le Dipendenze (SerD) vengono disertati.

Una seconda ripercussione comune connessa è la facilità e rapidità di evoluzione e peggioramento della sintomatologia clinica, con il rischio di maggiori accessi in Pronto Soccorso e necessità di ricoveri, che complicano ancor più la situazione, trovandosi, la NPI in particolare, in uno stato di grave carenza di posti letto.

La riflessione sullo stato dell'arte attuale permette di individuare plurimi fattori di criticità che comprendono:

- la carenza di risorse dei Servizi.
- la necessità di rivedere e riformulare la rete dei Servizi, specialistici, assistenziali ed educativi dei servizi territoriali, ridando slancio e innovazione a reti di collaborazioni integrate fra Servizi che facilitino un dialogo condiviso su progetti a valenza mista sanitaria, preventiva, educativa e socio assistenziale.
- il bisogno urgente di rispondere alla fragilità e al disorientamento delle famiglie, anche più banalmente nel comprendere dove rivolgersi, senza necessariamente identificare il Pronto Soccorso

come luogo di cura o punto di informazione, oppure evitando l'accesso ai Servizi per timori e pregiudizi connessi allo stigma.

## OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

La creazione di percorsi integrati tra il Servizio NeuroPsichiatria dell'Infanzia ed Adolescenza (NPIA) e il Servizio per le Dipendenze (SerD), afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), e le Case di Comunità (CdC), può costituire quel rafforzamento della rete territoriale, in capo alla Direzione Socio Sanitaria (DSS), atta a promuovere azioni di prevenzione e cura nell'ambito della Salute Mentale.

In primo luogo riappropriarsi del concetto di prevenzione, rappresenta il primum movens di qualsiasi intervento, esplicitandone in tal senso il ruolo essenziale rivolto alla popolazione nei termini di promozione e tutela della salute. In secondo luogo la possibilità di identificare un luogo che assuma il ruolo di filtro rispetto alle problematiche inerenti la salute mentale, si sposa con la necessità di dare una risposta più appropriata al bisogno emergente, paragonato in varie occasioni ad una nuova pandemia, come ben ormai evidenziato quotidianamente e da più parti, soddisfacendo i criteri di efficacia, efficienza ed equità.

Il caso studio che viene proposto riguarda la fattibilità e sostenibilità del modello descritto con la Casa di Comunità (CdC) di Saronno (ASST Valle Olona), inaugurata nel 2023 e attiva con vari operatori al suo interno, fra cui assistente sociale e psicologo e con una modalità di lavoro in rete già avviata coi Comuni del territorio. L'idea quindi che attori della CdC costruiscano con i Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze da un lato e i Comuni e scuola dall'altro, avvalendosi di risorse del terzo settore che già cooperano sul territorio, appare spendibile a partire da un Distretto già funzionante.

Le finalità che ne possono derivare, nell'ottica di tale sistema, sono dunque molteplici e articolate su più fronti:

- l'intercettazione precoce di un bisogno e il suo possibile orientamento, primaria finalità che può estrinsecarsi dalla presenza del PUA (Punto Unico di Accesso) e dalla collaborazione coi MMG e PLS nelle Case di Comunità

- la diagnosi precoce e una presa in carico tempestiva, la quale può avvalersi sostanzialmente di una consultazione breve, che funga anche da filtro, potendosi raccordare con le altre realtà del terzo settore o l'invio ai servizi specialistici.

Si ipotizza in tal modo, uno sgravio del carico di lavoro delle UO NPIA, con riduzione dei tempi sia d'attesa sia d'accesso per le prime visite che per trattamenti, con una maggior appropriatezza dell'invio e rispetto a priorità che vanno ascoltate e accolte anche in ambiti differenti da quello prettamente sanitario.

Si ipotizza parimenti un maggior afflusso di adolescenti e giovani adulti consumatori di alcool o sostanze, intercettati prima dello sviluppo di patologia da dipendenza, in modo da evitare l'insorgenza di una franca patologia o permettere l'individuazione e l'invio in fasi precoci ai Servizi Specialistici per le Dipendenze di chi ne necessita, favorendo una minore latenza del tempo di patologia non trattata.

- l'intervento tempestivo, che può contare su plurimi moduli e modelli terapeutici, si avvale di un sistema di cura basato proprio sulla copartecipazione e coprogettazione con la Comunità

Educante, percorrendo un modo innovativo nel prendersi cura della persona.

Si prevede che la sinergica attivazione di tali fattori possa comportare una maggior possibilità di remissione e riduzione dell'acuzie con limitazioni all'accesso in Pronto Soccorso, e per il Sistema a lungo termine, una diminuzione del carico di patologia cronica (diminuzione di costi diretti ed indiretti della patologia, anni di vita persi e di disabilità) e del carico familiare (possibilità di consultazione alle famiglie). Tale modello di approccio e intervento appare suggestivo proprio di quella finalità ultima che è rappresentata dal reinserimento sociale e ripresa del progetto di vita della persona, ridando forma e contenuto al benessere della persona, chiamata ad essere a sua volta partecipe e inclusa nel farsi di una vita personale e sociale.

Tale configurazione, attribuendo un ruolo centrale alle Case di Comunità ed al collegamento con gli altri Enti ed il Terzo Settore, reca in sé plurimi benefici dal punto di vista della cura, individuando diverse tipologie di percorsi, orientati sia al minore/giovane adulto che ai familiari, scostandosi da tradizionali canonici modelli di trattamento, avvalendosi di équipe di specialisti che lavorino in modo congiunto e simultaneo, operando in modo che non tutto il malessere intercettato venga trattato esclusivamente come specialistico sanitario, con il vantaggio di non sottovalutare segni e sintomi sottostiglia che potrebbero evolvere in quadri di maggiore complessità.

Se da un lato dunque si può aspirare ad una consultazione che interrompa circoli viziosi, creando un valido sostegno per la famiglia con un riallineamento nel corso della crescita/evoluzione, dall'altro lato si possono contrastare stigmatizzazioni che, usufruendo di contesti meno connotati, rendano più accessibile il ricorso alla cura.

In tale ottica si inserisce l'ampio capitolo della prevenzione sia rispetto all'uso di sostanze che al disagio psicologico, che può ugualmente assumere carattere di alienazione in rapporto al progetto di vita. Si propongono quindi interventi di prevenzione secondaria del consumo a rischio, educazione sanitaria a stili di vita salutari («*less is better*») che conducano a possibilità di minor transizione a stili improntati alla dipendenza negli anni a venire.

Garantire un approccio multimodale e multidisciplinare può quindi rappresentare una via di maggior benessere per il/la ragazzo/a, inserito nel suo contesto di vita, di continuità e prossimità del sistema, nonché di riduzione dei costi, primari e secondari, per interventi da protrarre nel tempo.

Infine, l'approccio descritto permette di avvicinare i soggetti del Sistema Sanitario a logiche di azioni proattive e preventive nei confronti di popolazioni fragili quali gli adolescenti che nella fase di sviluppo e scoperta possono più facilmente essere a rischio di comportamenti che portano a dipendenze e problemi di salute mentale. Questi approcci anticipatori si concentrano sull'identificazione precoce dei rischi e sull'attuazione di interventi mirati per prevenire lo sviluppo di problemi di salute più gravi. Le logiche proattive coinvolgono strategie come la valutazione regolare dello stato di salute, la promozione di stili di vita sani e l'accesso facilitato a servizi sanitari preventivi. Inoltre, l'implementazione di programmi educativi e di sensibilizzazione può aiutare a migliorare la consapevolezza sulla gestione delle condizioni di salute e a promuovere comportamenti preventivi. Questi interventi possono ridurre il carico sul Sistema Sanitario e migliorare l'efficacia delle cure fornite alle popolazioni fragili.

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Il progetto si rivolge ad adolescenti e giovani adulti in fascia d'età 14-24 anni e familiari, al primo contatto con i Servizi Specialistici («naive»), con necessità di consultazione NPIA per sintomatologie minori o per consumo etilico / sostanze stupefacenti, scesvi da procedimenti giuridici.

Quadri clinici da considerare sono:

- \* disturbi d'ansia, attacchi di panico, disturbi del sonno
- \* tendenza all'isolamento
- \* misuse di pc, social, tecnologie
- \* consumo di alcool o sostanze stupefacenti

- Età 14-18 (Unità Operative NeuroPsichiatria Infanzia ed Adolescenza);

- Età 14-24 SerD (Servizi per le Dipendenze: SerT-Servizio per le Tossicodipendenze, NOA-Nucleo Operativo Alcolologia)

- Genitori/familiari.

## METODOLOGIA ADOTTATA

Abbiamo utilizzato alcuni rimandi a lezioni d'aula (pianificazione strategica, lineamenti di organizzazione del SSN e lombardo e sue priorità politico strategiche) per condurre:

- 1) Analisi del contesto e dei bisogni della popolazione afferente ai Servizi specialistici : individuazione delle problematiche
- 2) Analisi documentale Case di Comunità
- 3) Revisione della letteratura
- 4) Analisi SWOT
- 5) Ricerca dei dati recuperabili per i territori di provenienza
- 6) Costruzione di un modello teorico per un caso studio

1. Analisi del contesto e dei bisogni della popolazione afferente ai Servizi Specialistici : individuazione delle problematiche

I dati della letteratura e dei rapporti annuali al Parlamento indicano un numero crescente e consistente di adolescenti e giovani adulti consumatori di alcool e sostanze stupefacenti, spesso con modalità eccedentarie (binge drinkig, 930'000 il numero assoluto; il 37% ha ecceduto nell'ultimo mese; il 5% consuma cannabinoidi con modalità a rischio; studio ESPAD 2022). Nonostante i numeri consistenti, ai Servizi per le Dipendenze i ragazzi non afferiscono: il NOA di Bollate nel 2023 ha accolto 8 minori di 18 anni, di cui 6 in MAP (invio dal Tribunale, messa alla prova).

I dati relativi alla salute mentale degli adolescenti indicano un crescente costante, silenzioso, incremento di disturbi psichiatrici/psicologici, con un affluenza nei PS delle grandi città di 4/5 pz al giorno, un altrettanto aumento delle prime visite ambulatoriali in regime prioritario. Si è registrato nell'ultimo triennio un progressivo aumento di quadri clinici , ad esempio i disturbi alimentari con una stima di crescita oltre il 30% e con esordio sempre più precoce come fascia d'età, a partire dai 10 anni, o alle manifestazioni di autolesionismo aumentate del 40%.

In generale accanto a disturbi più o meno complessi e gravi, lo sguardo rivolto alla popolazione adolescenziale offre un panorama che include e racchiude anche sintomi sottosoglia o che comunque rappresentano espressione di disagio e malessere, che non devono essere sottovalutati anche per il rischio che includono di una rapida trasformazione ed evoluzione peggiorativa.

2. Analisi documentale

Riferimenti Nazionali: PNRR e DM/77 giugno 2022

Riferimenti Regionali (Regione Lombardia): Legge Regionale 22/2021; DGR 6760 2022; DGR 7592 2022; DGR 7758 2022

Nel PNRR sono elencate 6 Missioni, la sesta è la Salute

M6C1- Recovery Fund: potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale.

All'interno della Missione 6 «Salute» Componente 1 (M6C1) «Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale» cui sono stati destinati 7 miliardi di euro, sono state individuate 3 linee di investimento da attuare entro la metà del 2026:

- Investimenti 1.1 (2 miliardi di euro): “Case della Comunità e presa in carico della persona”, che prevede l'attivazione di 1.288 CdC.
- Investimento 1.2 (4 miliardi di euro, di cui 0,28 per COT): “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”, che mira alla presa in carico domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.
- Investimento 1.3 (1 miliardo di euro): “Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”, che mira all'attivazione di 381 Ospedali di Comunità.

Obiettivo è prendersi cura delle persone fin dal momento dell'accesso, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia, la responsabilità professionale e la valorizzazione delle competenze, anche con lo scopo di eliminare gli accessi impropri dagli ospedali. La realizzazione di tali obiettivi può avvenire implementando l'offerta dei presidi di prossimità territoriale al cittadino, coordinando l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, garantendo uniformità dei livelli di assistenza e pluralità dell'offerta.

Finalità perseguibili sono la continuità dei percorsi di cura dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio; il miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari; la valorizzazione e il potenziamento della rete territoriale e centralità delle cure territoriali al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita; lo sviluppo e il rafforzamento del sistema di prevenzione; l'introduzione di modelli innovativi di presa in carico per affrontare la cronicità e la fragilità; il superamento della frammentazione tra unità di offerta; la garanzia di prestazioni territoriali quali-quantitative adeguate; la riduzione della centralità dell'ospedale e contrasto all'inappropriatezza.

L'organizzazione verte sulla cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'équipe multiprofessionale: MMG/PLS, Infermiere, Specialista, Assistente Sociale, Equipe di Supporto (ostetrico, fisioterapista, logopedista).

Il Distretto diventa il fulcro portante dell'attuazione della riforma assistenziale, afferendo ad esso le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità.

L.R. 33 del 30 dicembre 2009, art.4 bis, punto 6, c: «l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronicodegenerative» (è la legge che istituisce ASST territoriali ed aziende ospedaliere e reintroduce i Distretti).

L.R. 23/2015; art 4 bis, punto 6, b «l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronicodegenerative» (ATS ed ASST non più aziende ospedaliere).

L.R. 15/2016; art 53 bis, par. 1, in particolare punti i, j: «i) la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i



venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio, nonché la previsione di spazi mirati e progetti di intervento appropriati e integrati fra ospedale e territorio, in collaborazione con gli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8 e con i diversi attori interessati, quali gli enti locali, i servizi specialistici, le famiglie e le associazioni; j) la promozione di percorsi di cura e assistenza per i pazienti con patologie emergenti nell'ambito psicologico, delle dipendenze e dei disturbi psichiatrici di tutte le età, assicurando l'accesso a specifici programmi innovativi, compresi i percorsi a tutela della salute fisica» (è la legge che riaccorpa all'interno di uno stesso Dipartimento, la Salute Mentale e le Dipendenze, fino ad allora scisse, creando il DSMD).

Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, introduce la Sanità di , la Medicina di Popolazione ed il Progetto di Salute; prevede , fra le altre, l'istituzione di Case di Comunità e cerca di dare nuova vita ai Distretti.

### 3. Revisione della letteratura

In merito allo stato della salute mentale negli adolescenti, fenomeni di consumo, stili di vita, ampiezza dei fenomeni. Modalità di intervento, analisi dei costi diretti ed indiretti del dato e dei possibili interventi.

### 4. Analisi SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

### 5. Ricerca dei dati recuperabili per i territori di provenienza

### 6. Costruzione di un modello teorico per un caso studio

Partendo da due problemi individuati apparentemente contraddittori, l'elevata affluenza ai Servizi NPIA di ragazzi che presentano sia problematiche gravi e acute sia più lievi, ma meritevoli di intervento, e la scarsa affluenza ai SerD, ci si propone di integrare la risposta all'interno delle nascenti CdC, in Servizi di Consultazione distinti e ampiamente comunicanti fra loro.

## DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Il progetto di incontro e integrazione tra servizi del DSMD e la CdC, afferenti alla DSS, si articola su due filoni che si intersecano e condizionano, richiamando la necessità di affrontare i problemi legati alla salute mentale dei giovani, percorrendo sia la strada della prevenzione che quella di piani diagnostico terapeutici, che nell'insieme possano offrire una risposta appropriata e innovativa rispetto alle possibilità di intercettazione e trattamento. In tal senso il lavoro è stato costruito su un duplice binario: da un lato ripensare, programmare e organizzare percorsi diagnostico terapeutici in condivisione con la CdC, dall'altro lato promuovere azioni di prevenzione e promozione di salute. Fondamentale all'interno di tale architettura il raccordo con scuola, Comuni e Terzo Settore. La necessità di collaborazione, cooperazione, coordinamento, con obiettivi comuni, permette una rete assistenziale che copre più bisogni. Tale gestione di collaborazioni rappresenta un'innovazione organizzativa che ben permea i concetti di rete all'interno di quelle caratteristiche di prossimità, equità e percorso diversamente dalla singola prestazione. Traendo spunti dalle lezioni d'aula, abbiamo creato un progetto che cerchi di investire dunque su una cultura organizzativa, con valori guida, creando un senso di Mission, una narrazione e riferimenti comuni, per muoversi in un'unica direzione.

### **1) PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI - CLINICA: strumenti di pianificazione efficaci ed efficienti in grado di raccordare tutte le fasi di cura**

#### FASE 1

Identificazione di referenti all'interno dei Servizi e Costruzione PDTA tra Servizi NPI, SerD, CPS e Case di Comunità, da condividere con PLS e MMG.

Tempistica: 3 mesi

Indicatori: Adesione e livello di partecipazione degli attori coinvolti

Calendario incontri

Individuazione referente per il mantenimento di incontri, comunicazioni, organizzazione

#### FASE 2

- Definizione di equipe della CdC, costituita dal personale ad essa afferente o a ponte coi servizi, annoverando figure professionali quali psicologo, assistente sociale, educatore, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, counselor.

- Creazione di un comitato promotore della organizzazione, programmazione, mantenimento di eventi, attività da condividere in rete.

- Definizione e costituzione di equipe del NOA/SerD con operatori dei Servizi per le Dipendenze formati per l'età adolescenziale/giovane adulta, identificando preferenzialmente figure quali educatore, psicologo, assistente sociale, infermiere (bando e stipula contratti libero professionali per progetto).

- Coinvolgimento pediatri e MMG nella fase iniziale di intercettazione della domanda, primo filtro e

invio équipe CdC e nelle fasi successive per visite e valutazioni da condividere eventualmente con lo specialista.

- Coinvolgimento dell'Ufficio Comunicazione e Marketing aziendale per identificare e pianificare strategie per la comunicazione e diffusione del progetto.

Tempistica: 3 mesi

Indicatori: Costituzione di un 'equipe ben definita e delineata in ruoli e competenze

Utilizzo PUA ( Punto unico di accesso previsto già nelle CdC)

Numero di visite inviate alla CdC

Tipologia di diagnosi di accesso CdC

Cambiamento del numero di accessi ai servizi specialistici e tipologia diagnostica

### FASE 3

Formazione delle équipe su:

- problematiche specifiche della popolazione giovanile, sulle modalità di ingaggio
- sulle pratiche cliniche specifiche e specialistiche, anche per professionalità
- sulle principali strategie rivolte alla prevenzione
- sulle attività di rete e le modalità di connessione fra coordinando l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali presenti sul territorio, terzo settore, rete sociale e rete sociale naturale
- identificazione di spazi all'interno delle CdC

Tempistica: 3 mesi

Indicatori: Numero di operatori formati

Identificazione degli spazi all'interno delle CdC

### FASE 4

Avvio del progetto:

- Ricezione della domanda e colloquio congiunto assistente sociale, psicologo, educatore con primo orientamento, verso una consultazione breve.
- Fase di consultazione, sviluppata in 4/5 colloqui svolti parallelamente da assistente sociale e genitori/ familiari, quando coinvolti, e psicologo/educatore col minore/utente
- Interfaccia con la scuola nel corso della valutazione
- Sintesi con la famiglia per progetto terapeutico
- Interfaccia con altri Servizi o Enti se coinvolti (Comuni, Servizi Sociali, parrocchie,...).
- Tipologie di azioni possibili:
  - \*invio al servizio NPI, SerD o altri specialistici
  - \*monitoraggio dell'equipe che ha svolto la consultazione, mediante colloqui o telemedicina
  - \*supporto ai genitori con colloqui individuali o gruppal con valenza psicoeducativa
  - \*intervento di prevenzione secondaria e promozione di stili di vita salutari (*es less is better, se guidi non bere,...*)
  - \*attivazione progetti regionali Up per crescere alla "grande"
  - \*raccordo con ass sociale comunale e realtà del terzo settore per favorire inclusione in progetti in essere o partecipazione ad attività di volontariato. Si può anche pensare alla creazione di momenti di aggregazione giovanile basate su gruppi storytelling, musica, radio. Nel territorio, con gli Uffici di Piano, sono già attivi tavoli tecnici finalizzati alla prevenzione e supporto dell'area giovanile, che vedono coinvolti i servizi sociali e specialistici, le varie associazioni, cooperative, radio che si

interfacciano sia per fare una mappatura di tutti i progetti in corso e in divenire sia per dar vita a sottogruppi che si occupino in modo più specifico di alcune tematiche che rappresentano nodi importanti per il benessere del soggetto e delle famiglie

\*raccordo con la scuola, ipotizzando percorsi di peer to peer, peer education da promuovere anche all'esterno del contesto scolastico, o proposte di percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento - PCTO, rivolte a soggetti più fragili, attraverso l'aggancio col terzo settore e comuni. All'interno di varie scuole della secondaria di primo e secondo grado sono attivi progetti con cooperative "Radici" per le superiori e "Radici Young" che lavorano sull'intercettazione del disagio ma anche promotori di iniziative per un maggior benessere, ad es. per una miglior gestione dell'ansia a scuola, o una maggior integrazione col supporto dei pari per acquisire maggior abilità sociale. Tali realtà diventano un perno importante per l'aggancio dei ragazzi ai Servizi, alla CdC, ma anche la possibilità di lavorare all'interno e all'esterno della scuola coinvolgendo il gruppo dei pari.

\*raccordo con Servizi di formazione e di inserimento lavorativo

\*raccordo con gruppi di AMA e associazionismo

La possibilità di coinvolgere l'associazionismo, i pari e il volontariato, nelle sue espressioni di attività, appare una strada importante terapeutica ma che spesso necessita mediazioni e facilitazioni che possano essere ben svolte dal lavoro di rete costruito.

È solo nella implementazione della rete che si possono realizzare interventi davvero significativi sia in risposta al malessere e disagio degli adolescenti, a rischio di marcato isolamento, sia intercettando situazioni che non accedono ai Servizi per connotazione troppo specialistica degli stessi, specie per quanto riguarda il capitolo del consumo di alcool e sostanze e delle dipendenze.

Aumentare e differenziare l'offerta di cura, attivare e integrare plurimi soggetti che diventino co-progettatori e protagonisti, insieme alle famiglie, di un percorso, appare la via percorribile per non frammentare la presa in carico del paziente e renderne partecipe la comunità educante in toto, ciascuno con la sua parte di competenza ma tutti con un contributo da portare.

Tempistica: 1 anno

Indicatori: Numero di consultazioni effettuate in un anno dal Punto di Consultazione

Quota di popolazione raggiunta

Riduzione liste d'attesa

## 2) PERCORSI E PROGETTI DI PREVENZIONE

- Rafforzamento della comunicazione, rispetto all'esistenza di filtri e consultazioni brevi, leggere, anche semplicemente di orientamento per le famiglie che spesso non sanno a chi e dove rivolgersi
- Eventi di promozione di salute, stili di vita, abitudini, informazione incentrati su gruppi offerti a genitori, con un ciclo di 3 /4 appuntamenti su tematiche scelte tra le più gettonate: uso del cellulare, social, bullismo, consumo di alcool/sostanze.
- Esperienze di recovery college, di origine inglese e utilizzati in alcuni contesti italiani: Brescia, Rovereto, Bologna, Ivrea Mantova Trento (gruppi di 15 persone).
- Ausilio dell'Ufficio Comunicazione, che aiuti a sviluppare strategie e modelli sia per comunicare con gli altri attori del progetto, sia per sviluppare modalità di comunicazione con l'utenza (es. brevi filmati, reel, ecc); un esempio è il canale @HeiMi.saluteeprevenzione.

- Incontri per favorire e implementare la rete del volontariato. Nel territorio è attiva una rete di volontari che promuovono incontri a tema sulla salute mentale, a cui sono invitati i servizi del DSMD, per diffondere e sensibilizzare l'adesione al volontariato che sostiene e accompagna i fragili di quest'area, un'area spesso poco ascoltata e riconosciuta nella sua priorità di bisogni, sperimentando una solitudine dei vari contesti familiari.

Occorre far propria la consapevolezza di ripartire dal creare una cultura che dialoghi in modo differente con le famiglie, in direzione anche opposta e contraria al clima pedagogico e sociale diffuso, utilizzando diverse modalità di approccio e comunicazione. Promuovere stili educativi e relazionali, orientare verso scelte pedagogiche che contrastino la fragilità e debolezza, dialogare in una rete di ascolto, comprensione e indirizzo rappresentano una scommessa ma anche l'impegno a cui rivolgersi nell'immediato futuro

Tempistica: 1 anno

Indicatori : Numero di consultazioni effettuate ai familiari in un anno dal Punto di Consultazione

Realtà del terzo Settore coinvolte

Numero di eventi informativi o di divulgazione organizzati

Tipologia di canali comunicativi adottati e riscontro risposta (es. Numero di visualizzazioni su canale multimediale)

## **ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

Per l'analisi dei costi di realizzazione ed implementazione del progetto, ci siamo basate sulla contrattualistica libero professionale e sulla retribuzione media in vigore al momento della stesura del lavoro. In entrambe le ASST, Valleolona e Rhodense, le Case di Comunità sono realtà già poste in essere ed in funzione, per cui non sussistono oneri aggiuntivi relativi agli spazi strutturali.

La stima dei costi può essere riassunta in

- Fondo Formazione, 6'000 € annui per équipe, da destinarsi alla formazione del personale.
- Fondo Divulgazione, 2'000 € annui per équipe, da destinarsi alla pubblicizzazione dei Punti di Consultazione attraverso la realizzazione di Open Days per i Punti di Consultazione, giornate informative territoriali locali, sviluppo, produzione e stampa di materiali informativi cartacei (es. Brochures) e di materiali multimediali, quali video o reels.
- Fondo per il Personale, 94'080 €: per i punti di Consultazione sviluppati per il SerD si quantifica nella presenza di 15 ore settimanali per figura per un totale di 48 settimane annue, n. 1 assistente sociale, n. 1 educatore professionale, n. 1 psicologo. Per il Servizio di Neuropsichiatria Infanzia ed Adolescenza, una parte del personale, infermiere e psicologo, è identificato nel personale già presente nella Casa di Comunità, una parte è in aggiunta, nella figura di n. 1 educatore professionale, presente 20 ore a settimana, e n. 1 assistente sociale, per 20 ore a settimana per 48 settimane annue. La retribuzione media nella contrattualistica libero professionale prevede un compenso lordo di 21 €/ora per l'educatore professionale, 23 €/ora per l'assistente sociale e 28 €/ora per lo psicologo. Il totale delle spese stimate per il personale è di 94'080 €.

## RISULTATI ATTESI

Attraverso la creazione di punti di Consultazione per Giovani con disagio psichico all'esordio o consumo di alcool e/o sostanze stupefacenti all'interno delle Case di Comunità ci si propone di favorire tramite azioni proattive l'accesso ai ragazzi/e che presentano un bisogno ai Servizi Sanitari. Obiettivo del presente lavoro è favorire l'accesso a ragazzi giovani, con sintomatologie lievi e non ancora strutturate in franche patologie, ma con un rischio di progressione negli anni a venire e che possono quindi beneficiare di un intervento breve, poco medicalizzato ed un'integrazione con la rete territoriale di riferimento.

Parimenti i Servizi specialistici di maggiore intensità di cura, quali le NeuroPsichiatrie Infantili e dell'Adolescenza (UONPIA), in carenza significativa di risorse, potrebbero giovare dello sgravio del carico di lavoro, con riduzione dei tempi sia d'attesa e d'accesso per le prime visite sia per trattamenti.

Si ipotizza parimenti un maggior afflusso di adolescenti e giovani adulti consumatori di alcool o sostanze, che non afferiscono ai Servizi per le Dipendenze (SerD, NOA, SerT), intercettati prima dello sviluppo di patologia da dipendenza, in modo da evitare l'insorgenza di una franca patologia o permettere l'individuazione e l'invio in fasi precoci ai Servizi Specialistici per le Dipendenze di chi ne necessita, favorendo una minore latenza del tempo di patologia non trattata.

Si prevede una maggior possibilità di remissione e riduzione dell'acuzie con limitazioni all'accesso in Pronto Soccorso.

Prevedibile per il Sistema a lungo termine una diminuzione del carico di patologia cronica (diminuzione di costi diretti ed indiretti della patologia, anni di vita persi e di disabilità) e del carico familiare (possibilità di consultazione alle famiglie).

Abbiamo effettuato una analisi SWOT (Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats), evidenziando i seguenti punti:

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Punti di forza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di Casa di Comunità inaugurata e attiva</li> <li>• Presenza di un dialogo territoriale che crea rete</li> <li>• Attenzione crescente alla salute mentale e iniziative promosse a livello territoriale</li> </ul>   | <p><b>Punti di debolezza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà nel cambio di mentalità rispetto al concetto di cronicità e fragilità, ancora preponderante rivolto all'anziano e con patologia organica cronica</li> <li>• Difficoltà nel decidere di spendere risorse a favore di progetti per la salute mentale e le dipendenze, necessitando di una maggior e più ampia conoscenza del fenomeno</li> <li>• Difficoltà nella comunicazione tra Servizi, ad iniziare dalla mappatura di quanto presente e attivo</li> </ul>  |
| <p><b>Opportunità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilità di incontri congiunti che aprano alla conoscenza e ad un dialogo fruttuoso e talentuoso</li> <li>• Possibilità di non frammentare riposte che oggi più che mai vanno integrate per un miglior risultato</li> </ul> | <p><b>Minacce</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il rischio di implosione dei Servizi</li> <li>• Il rischio di amplificare sempre più fenomeni di cui sappiamo l'esistenza e il mancato accesso ai servizi</li> <li>• Il rischio di non supportare una importante fetta di popolazione giovanile, alienata dalla società nella sua accezione più ampia, con gravi ricadute anche sui costi di gestione .Evitare di leggere le situazioni e negarne l'esistenza in termini di priorità di investimento , politico sanitario, è una grave minaccia rispetto al benessere della persona e della Collettività.</li> </ul> |

Analizzando i dati nel territorio di appartenenza, emerge quanto segue:

Dati riassuntivi adolescenti NPIA ASST Valleolona:

| SEDE                  | NUMERO adolescenti con almeno una prestazione nel 2023 | NUMERO prese in carico effettive (psicoterapie individuali o di gruppo, monitoraggi) | SINTOMATOLOGIA ACCESSO  | TIPOLOGIA PRESA IN CARICO   |
|-----------------------|--|--|---|---|
| GALLARATE/SOMMA/SESTO | 235  | 144  | sintomatologia internalizzata<br>sintomatologia externalizzata<br>autolesionismo<br>disturbo comportamentale alimentare<br>attacchi di panico<br>somatizzazione<br>esordio psicotico<br>conversione<br>ritiro sociale<br>fobia scolastica | psicoterapia individuale<br>psicoterapia di gruppo<br>sostegno psicologico<br>sostegno alla genitorialità<br>intervento educativo e riabilitativo individuale ambulatoriale<br>intervento rieducativo domiciliare<br>intervento educativo riabilitativo di gruppo<br>monitoraggio |



|         |     |     |  |  |
|---------|-----|-----|--|--|
|         |     |     | <p>sintomatologia depressiva<br/> sintomatologia ossessivo compulsiva<br/> problemi di condotta</p>  |  |
| BUSTO   | 159 | 108 | <p>sintomatologia internalizzata<br/> sintomatologia externalizzata<br/> autolesionismo<br/> disturbi comportamentali alimentari<br/> attacchi di panico<br/> somatizzazione<br/> esordio psicotico<br/> conversione<br/> ritiro sociale<br/> fobia scolastica<br/> sintomatologia depressiva<br/> sintomatologia ossessivo compulsiva<br/> problemi di condotta</p> | <p>psicoterapia individuale<br/> presa in carico di gruppo<br/> consulenze farmacologiche<br/> sostegno psicologico<br/> colloqui di monitoraggio e controllo<br/> sostegno alla genitorialità<br/> interventi educativi in sede e fuori sede<br/> rete con servizi e scuola<br/> monitoraggio</p> |
| SARONNO | 151 | 136 | <p>sintomatologia internalizzata<br/> sintomatologia externalizzata<br/> autolesionismo<br/> disturbi comportamentali alimentari<br/> attacchi di panico<br/> somatizzazione<br/> esordio psicotico<br/> conversione<br/> ritiro sociale<br/> fobia scolastica<br/> sintomatologia depressiva<br/> sintomatologia ossessivo compulsiva<br/> problemi di condotta</p> | <p>psicoterapia individuale<br/> psicoterapia di gruppo<br/> sostegno psicologico<br/> sostegno alla genitorialità<br/> intervento educativo e riabilitativo individuale ambulatoriale<br/> intervento educativo<br/> rete con servizi e scuola<br/> monitoraggio</p>                              |
| FAGNANO | 136 | 123 | <p>sintomatologia internalizzata<br/> sintomatologia externalizzata<br/> autolesionismo<br/> disturbi comportamentali alimentari</p>   |  |

|         |    |    |  |  |
|---------|----|----|--|--|
|         |    |    | <p>attacchi di panico<br/> somatizzazione<br/> esordio psicotico<br/> conversione<br/> ritiro sociale<br/> fobia scolastica<br/> sintomatologia depressiva<br/> sintomatologia ossessivo compulsiva<br/> problemi di condotta</p>  |  |
| TRADATE | 85 | 78 | <p>sintomatologia internalizzata<br/> sintomatologia externalizzata<br/> autolesionismo<br/> disturbi comportamentali alimentari<br/> attacchi di panico<br/> somatizzazione<br/> esordio psicotico<br/> conversione<br/> ritiro sociale<br/> fobia scolastica<br/> sintomatologia depressiva<br/> sintomatologia ossessivo compulsiva<br/> problemi di condotta</p> |  |

NUMERO TOTALE ADOLESCENTI CON UN ACCESSO NEL 2023: 766

NUMERO DI ADOLESCENTI CON UTILIZZO DI SOSTANZE ACCERTATO: 20

NUMERO DI ADOLESCENTI CON UNA PRESA IN CARICO PER PROBLEMATICHE STRUTTRATE: 589

Territorio Saronnese (Saronno e Tradate): 214

Territorio Bustese (Busto Arsizio e Fagnano): 231

Territorio Gallatese (Gallarate/Somma Lombardo/Sesto Calende): 144

CLASSIFICAZIONE UTILIZZATA PER STABILIRE GRADO DI GRAVITÀ:

Roseen (1984), riadattata da Gail (2006). Tale classificazione utilizza, quale criterio condiviso a livello internazionale, non tanto gli aspetti sintomatologici, quanto il rischio per sé e per gli altri e prevede 4 classi di gravità:

Adolescenti in classe I:

Comprende situazioni in cui sia presente un potenziale pericolo di vita o che comportino un rischio per la persona e/o gli altri. Include: tentativo di suicidio (TS), agiti autolesivi, stato confusionale acu-

to, 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.

Adolescenti in classe II:

Comprende disturbi di gravità elevata che richiedono interventi urgenti. Include: intensa angoscia/severi attacchi di panico, sintomi di conversione e somatoformi, esiti di gravi traumi fisici e psichici.

Adolescenti in classe III:

Comprende situazioni che necessitano di un pronto riconoscimento, ma non di un intervento immediato. Include fobia scolare, manifestazioni relative a disagio familiare o sociale, disturbi del comportamento che non comportino danni per sé e/o per gli altri.

Adolescenti in classe IV:

Si riferisce a situazioni percepite come urgenti che richiedano un intervento psichiatrico non urgente : l'emergenza è soggettiva e posta come domanda pressante a persone o strutture in grado di rispondere («falso allarme»).

Dai dati sopra descritti, possiamo trarre alcune considerazioni:

- 1) Dal 2020 al 2023 si è verificato un aumento di accesso e della presa in carico , come rappresentato dai numeri raccolti nei territori del Servizio.

|                       | 2020 (n° adol.<br>con un accesso) | 2023 (n° adol.<br>con un accesso) |
|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| SARONNO               | 115                               | 151                               |
| BUSTO                 | 53                                | 159                               |
| FAGNANO               | 33                                | 136                               |
| TRADATE               | 56                                | 85                                |
| GALLARATE-SESTO-SOMMA | 97                                | 235                               |
| TOTALE                | 354                               | 766                               |

La crescita nel triennio è stimabile intorno al 53,7%

Nel 2020, il numero di adolescenti totale con un accesso nei 7 territori della ASST Valleolona : 354

Nel 2023, il numero totale di adolescenti con un accesso nei 7 territori della ASST Valleolona : 766

- 2) secondo il trend registrato, le situazioni che rientrano nelle classi I e II sono il 60% mentre quelle che rientrano nelle classi III e IV sono il 40%.
- 3) le età sono distribuite secondo un andamento abbastanza omogeneo ove rispetto alla fascia 11-14 si registrano prevalentemente situazioni classe III e IV, mentre nella fascia 15-18 si collocano maggiormente gli adolescenti in fascia I e II, con un picco per I 15-16 anni, età dove si concentra principalmente il numero dei tentati suicidi e ricoveri.

### CASO STUDIO SARONNO

Pazienti in carico nel 2023: pazienti che hanno avuto almeno un contatto col Servizio o che espletano uno più interventi e che hanno avuto un primo accesso nel triennio

151 pz, 94 femmine e 57 maschi : fascia 11-14 n°43

fascia 15-18 n° 108

|                 | FASCIA 11-14 | FASCIA 15-18 |
|-----------------|--------------|--------------|
| CLASSI I E II   | 42%          | 55%          |
| CLASSI III E IV | 58%          | 45%          |

#### Fascia 11-14

Classi I e II : 42%. Diagnosi clinica prevalente: autolesionismo e ideazione suicidaria, DNA, ritiro, grave ansia. Consumo sostanze dato di pochi pazienti

Classi III e IV : 58%. Diagnosi clinica prevalente: ansia, umore depresso, tendenza a isolamento, frequenza discontinua scolastica, Somatizzazioni.

PS: n 4 pz ; Ricoveri: n 2 pz

#### Fascia 15-18

Classi I e II: 55%. Diagnosi clinica prevalente: Autolesionismo, ideazione e tentat suicidio, disturbi della nutrizione ed alimentazione, ritiro , grave ansia e grave agitazione. Consumo sostanze 6 pz

Classi III e VI : 45%. Diagnosi clinica prevalente: ansia, deflessione umore, fatica nella frequenza scolastica e sociale, Somatizzazioni

PS (almeno 1): n 9 pz; Ricoveri (almeno 1): n 8 pz

Per la progettazione del nostro lavoro abbiamo deciso di utilizzare i dati del territorio di Saronno, sede dell'UO NPIA, per facilitarne la concettualizzazione concentrandoci su un unico territorio di riferimento. Il modello ideato è però applicabile anche al territorio dell'ASST Rhodense, in cui esistono Case di Comunità già avviate e che risulta quello di riferimento per i dati in nostro possesso rispetto ai Servizi Dipendenze. Sebbene non sia oggetto specifico del presente caso studio, è nostra intenzione fornire alcuni dati inerenti il Servizio Dipendenze dell'ASST Rhodense, in modo da evidenziare le criticità sopra esposte e che hanno motivato l'ideazione del presente progetto (popolazione «anziana» che afferisce ai Servizi Dipendenze, spesso portatori di patologia conclamata e che presentano patologie internistiche secondarie derivanti dall'abuso continuativo, necessità di far accedere ad una consapevolezza differente rispetto ad alcool e sostanze i ragazzi che si avvicinano al mondo, possibilità di interventi educativi in rete, offerta di prevenzione secondaria, ...)

L'ASST Rhodense copre le reti territoriali di Rho, Garbagnate Milanese e Corsico, per un totale di circa 480'000 residenti dislocati in 23 Comuni nell'area che circonda la zona Ovest di Milano.

Il Servizio per le Dipendenze (SerD), all'interno del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, si compone di una Struttura Semplice Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), con due Servizi, uno ubicato a Corsico ed uno a Rho, che si occupano di persone con disturbo da uso di sostanze stupefacenti (inclusi gli oppiacei) ed una Struttura Semplice Nucleo Operativo di Alcolologia (NOA),

dedicato a persone con disturbo da uso di alcool e alla fascia di persone con disturbo da uso di sostanze stupefacenti, esclusi gli oppiacei, residenti nella rete territoriale di Garbagnate Milanese.

I dati in possesso riguardano il NOA e gli anni 2021-2023, divisi per fascia di età e sul totale dell'utenza con una presa in carico suddivisa per anno:

#### Anno 2021

|               | 15-19 | 20-24 | >25 anni | Totale utenti |
|---------------|-------|-------|----------|---------------|
| Nuovi accessi | 11    | 17    | 168      | 196           |
| Già in carico | 4     | 7     | 156      | 167           |
| Rientri       | 2     | 11    | 122      | 135           |
| Totali        | 17    | 35    | 446      | 498           |

#### Anno 2022

|               | 15-19 | 20-24 | >25 anni | Totale utenti |
|---------------|-------|-------|----------|---------------|
| Nuovi accessi | 8     | 11    | 210      | 229           |
| Già in carico | 3     | 12    | 156      | 171           |
| Rientri       | 1     | 6     | 130      | 137           |
| Totali        | 12    | 29    | 496      | 537           |

#### Anno 2023

|               | 15-19 | 20-24 | >25 anni | Totale utenti |
|---------------|-------|-------|----------|---------------|
| Nuovi accessi | 8     | 13    | 248      | 269           |
| Già in carico | 4     | 13    | 207      | 224           |
| Rientri       | 0     | 5     | 153      | 158           |
| Totali        | 12    | 31    | 608      | 651           |

Da un punto di vista quantitativo, il numero degli accessi di ragazzi e giovani adulti (fasce d'età 15-24 anni nel complesso) nel corso del triennio è risultato stabile, addirittura in calo proporzionale rispetto all'aumento di domanda riscontrato (incremento di circa il 30% nel 2023 rispetto al 2021).

Da un punto di vista qualitativo, ad una analisi delle cartelle cliniche emerge che la quasi totalità degli accessi è legata ad una problematica di tipo legale (messa alla prova, affidamenti alternativi alla carcerazione ex art 194), oltre il 90% per la fascia di età 15-18.

A seconda della specificità di progetto, didatticamente suddivisa in clinica PDTA e prevenzione, sono state individuate fasi di avanzamento con indicatori correlati per gli obiettivi di ciascuna fase, elencati di seguito:

Settore clinico, PDTA:

- Fase 1, Tempistica: Stima 3 mesi  
Indicatori: adesione e livello di partecipazione degli attori coinvolti  
calendario incontri  
individuazione referente per il mantenimento di incontri, comunicazioni, organizzazione
- Fase 2, Tempistica: 3 mesi  
Indicatori: Costituzione di un 'equipe ben definita e delineata in ruoli e competenze  
Utilizzo PUA ( Punto unico di accesso previsto già nelle CdC)  
Numero di visite inviate alla CdC  
Tipologia di diagnosi di accesso CdC  
Cambiamento del numero di accessi ai servizi specialistici e tipologia diagnostica
- Fase 3, Tempistica: 3 mesi  
Indicatori :Numero di operatori formati  
Identificazione degli spazi all'interno delle CdC
- Fase 4, Tempistica: 1 anno  
Indicatori: Numero di consultazioni effettuate in un anno dal Punto di Consultazione  
Quota di popolazione raggiunta  
Riduzione liste d'attesa

Settore Prevenzione

Tempistica: 1 anno

Indicatori: Numero di consultazioni effettuate ai familiari in un anno dal Punto di Consultazione  
Realtà del terzo Settore coinvolte  
Numero di eventi informativi o di divulgazione organizzati  
Tipologia di canali comunicativi adottati e riscontro risposta (es. Numero di visualizzazioni su canale multimediale)

## CONCLUSIONI

La creazione di un Punto di Ascolto e Consultazione all'interno delle Case di Comunità permetterebbe ai ragazzi di accedere ad un luogo privo di connotazione, riducendo il problema dello stigma. Ciò consentirebbe di aumentare la possibilità di intercettare precocemente giovani con sintomi sottosoglia, condizioni di disagio, stili di vita che condizionano in modo negativo la crescita dei ragazzi.

Da un lato quindi si realizzerebbe un'azione di prevenzione, a favore di una promozione di programma di salute; si ipotizza in tal modo la possibilità di un maggior accesso di quella popolazione di giovani che attualmente non giungono ai Servizi, in contrasto coi dati riportati dalla letteratura soprattutto per quanto concerne l'uso di sostanze e consumo di alcool.

Dall'altro lato si favorirebbe uno sgravio dei Servizi ad alta richiesta, con una riduzione significativa di accessi con caratteristiche affrontabili con altri percorsi, nonché riduzione dei tempi di attesa di valutazione e terapia per le situazioni che necessitano di un intervento sanitario tempestivo, limitando gli ingressi al Pronto Soccorso come luogo dove trovare una risposta per la cura non in condizioni di emergenza/urgenza.

Evitare peggioramenti e cronicizzazioni mostra effetti favorevoli sia in termini di cultura del benessere che rispetto a ricadute su costi sociali ed economici. «La Sanità ed i suoi servizi ha un costo ed un costo importante, ma è altrettanto vero che la non salute ha un costo molto maggiore per l'Economia del Paese. Gli Inglesi hanno appena finito di fare un'indagine ed hanno valutato quello che è il costo economico per la collettività inglese della cattiva salute o della malattia. Il costo della malattia in età lavorativa è pari al 7% del Prodotto Interno Lordo (PIL). Investire nella salute della popolazione è investire nello sviluppo e nella potenza economica di un Paese» (Presadiretta «Sanità S.p.A.», 16 marzo 2023, minuto 24.02).

Favorire una ripresa scolastica, lavorativa e sociale della persona rappresenta in sintesi l'applicazione migliore del PNRR, che sul concetto di Piano di Ripresa sviluppa una progettualità che si interseca su vari assi per la salvaguardia e promozione del bene comune a cui tutti sono chiamati a partecipare.

Il rafforzamento della rete territoriale e la sua maggior integrazione, rappresentata dall'investimento sulle CdC, consentirebbe dunque la progettazione di un modello che incarna dimensioni fondamentali per la salute mentale, prevenzione-promozione- prossimità, al fine di contribuire alla salvaguardia collettiva di un bene prezioso quale è la salute nella sua accezione più ampia.

## **CONTRIBUTO PERSONALE (project work di gruppo)**

Il progetto descritto è stato pensato e costruito congiuntamente, integrando l'esperienza lavorativa personale neuropsichiatrica infantile, quella psichiatrica relata alle dipendenze ed i contenuti d'aula proposti durante il Master di formazione.

Il lavoro è stato scritto a quattro mani nell'esposizione di ciascun capitolo, andando ad integrare le due realtà cliniche neuropsichiatrica e delle dipendenze, conoscenze, dati di letteratura, esperienze professionali e contributi personali.

Il contributo personale della dottoressa Nicolini è stato espresso nella raccolta dati inerente la popolazione adolescente in carico alla Neuropsichiatria infantile della ASST Valleolona, ATS Insubria, e l'analisi condotta rispetto alle fasce d'età, la sintomatologia presentata e la classificazione della gravità mostrata. La comparazione dei dati, confrontati e riletti nell'arco temporale 2020-2023, ha permesso di mostrare un andamento in linea con quanto espresso in letteratura, andando a costruire un caso studio nel territorio saronnese, sede lavorativa di riferimento di una delle unità operative di NPI.

Il contributo personale della dottoressa Ferrario è stato espresso nella raccolta dati inerente la popolazione afferenti al Servizio per le Dipendenze Nucleo Operativo Alcolologia della ASST Rhodense, l'analisi condotta rispetto alle fasce d'età, la comparazione dei dati sul triennio 2021-2023.



## RIFERIMENTI NORMATIVI

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2022. <https://www.pnrr.salute.gov.it/>

DM/77 G.U. Serie Générale, n.144 del 22 giugno 2022. «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»

DGR 4811 31/05/21. «Modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)»

DGR 5068 22/07/21. «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Sanità)» - (di concerto con il Vicepresidente Moratti)

DGR 5723 15/12/21 «Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6C1: Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina per l'Assistenza Sanitaria Territoriale – Localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali»

Legge Regionale 22/2021. «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) (BURL n. 50, suppl. del 15 Dicembre 2021)»

DGR 6760 25/07/22. «Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 maggio 2022, N. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" »

DGR 7592 15/12/22. «Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" - Documento Regionale di programmazione dell'Assistenza Territoriale (Primo Provvedimento)»

DGR 7758 28/12/22. « Determinazioni in ordine agli indirizzi di Programmazione per l'anno 2023 – (di concerto con gli Assessori Caparini e Lucchini)»

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 5a edizione. Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Anzillotti S., Faro G., Morè C., "Lo Specchio Velato". *La Ricerca del Ser.D. di Orbassano sul Fenomeno della Complessità Socio-Sanitaria Adolescenziale*, Mission – Open Access, n.49. , 2018, n.49  
Recuperato da <https://journals.francoangeli.it/index.php/mission-oa/article/view/5321>.
- Beckmann D., Lowman K.L., et al. *Substance-Induced Psychosis in Youth*, Child Adolesc Psychiatr Clin N A. 2020 January; 29(1): 131-143.
- Brownlie E., Beitchman J.H et al, *Early Adolescent Substance Use and Mental Health Problems and Service Utilisation in a School-based Sample*, The Canadian Journal of Psychiatry, 2019, vol. 64(2): 116-125.
- Carla Morganti, Emiliano Monzani, Mauro Percudani. *Adolescenti in bilico*. 1a edizione. Franco Angeli editore, 2018.
- Claudio Vio e Gianluca Lo Presti (2014). *Diagnosi dei disturbi evolutivi*. 1a edizione. Erickson editore, 2014.
- Eugenio Borgna. *Le figure dell'ansia*. 1a edizione nell' «Universale Economica»-Saggi. Giangiacomo Feltrinelli Editore Milano, 2005.
- Intini E., *Giornata Mondiale della Salute Mentale: in Aumento la Depressione tra gli Adolescenti*. Focus Salute, 10 ottobre 2023.
- Matteo Lancini. *Abbiamo bisogno di genitori autorevoli*. 1a edizione. Mondadori, 2017.
- Matteo Lancini. *Adolescenti navigati*. 1a edizione. Erickson editore, 2015.
- Maurizio Pompili. *Il rischio di suicidio. Valutazione e gestione*. 1a edizione. Raffaello Cortina Editore, 2022.
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli Interventi Realizzati ai Sensi della Legge 30.03.2001 n. 125 «Legge Quadro in Materia di Alcool e Problemi Alcool Correlati»*, anno 2022.
- Ministero della Salute, Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di Lavoro sull'Alcool, *Libro Bianco "Informare, Educare, Curare: Verso un Modello Partecipativo ed Integrato dell'Alcolologia Italiana*. 2022.
- OISED – Osservatorio sull'Impatto Socio-Economico delle Dipendenze, *Impatto Socio-Sanitario ed Economico delle Dipendenze in Italia, I risultati della Prima Annualità dell'Osservatorio*, anno 2023.
- Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool. *Economie e Diseconomie dell'Alcool in Italia*. Fondazione Censis, Quaderni Dell'Osservatorio, Edizioni Logica, 1996.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga, *Relazione Annuale al Parlamento sul Fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, anno 2022.
- Rose Ewald D., Strack R.W. et al, *Rethinking Addiction*, Global Pediatric Health, 2019, volume 6: 1-16.
- Solmi M., Radua J et al, *Age at Onset of Mental Disorders Worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 Epidemiological Studies*, Molecular Psychiatry, 2022, 27:281-295.
- Testi E., *Generazioni a Rischio. Non li proteggiamo*. Articolo in L'Espresso, 21 marzo 2021.
- Tucker J.A., Chandler S.D., Witkiewitz K., *Epidemiology of Recovery From Alcohol Use Disorder*, Alcohol Res., 2020, 40(3):02.

UNICEF, *La Condizione dell'Infanzia nel Mondo 2021 – Nella mia Mente: Tutelare la Salute Mentale*. Comitato Italiano per l'UNICEF, 2021.

Volkow N.D., Swanson J.M. et al, *Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation and Psychosis: A Review*. JAMA Psychiatry, published online February 3, 2016. [www.jamapsychiatry.com](http://www.jamapsychiatry.com).

WHO, *Global Status Report on Alcohol and Health, 2018*, World Health Organization, [www.who.int](http://www.who.int).

## SITOGRAFIA

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, [www.agenas.gov.it](http://www.agenas.gov.it) (consultato febbraio-marzo 2024)

Banca Dati del Consiglio Regionale della Lombardia,  
[www.normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it](http://www.normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it), (consultato febbraio-marzo 2024)

Dipartimento per le Politiche Antidroga, [www.politicheantidroga.gov.it](http://www.politicheantidroga.gov.it), (consultato febbraio-marzo 2024)

Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, [www.antidroga.interno.gov.it](http://www.antidroga.interno.gov.it), (consultato febbraio-marzo 2024)

ESPAD Survey, [www.espad.it](http://www.espad.it), (consultato febbraio-marzo 2024)

Gazzetta Ufficiale, [www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it), (consultato febbraio-marzo 2024)

GIMBE Evidence for Health, [www.gimbe.org](http://www.gimbe.org), (consultato febbraio-marzo 2024)

Iacona R., Presadiretta – *Sanità Pubblica, st.2024*, [www.raisplay.it](http://www.raisplay.it), (consultato 16 marzo 2024)

Ministero della Salute, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it), (consultato febbraio-marzo 2024)

OISED, Osservatorio sull'Impatto Socio Economico delle Dipendenze, [www.oised.it](http://www.oised.it) (consultato febbraio-marzo 2024)

Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool, [www.alcol.net](http://www.alcol.net) (consultato febbraio-marzo 2024)

PNRR Salute, [www.pnrr.salute.gov.it](http://www.pnrr.salute.gov.it), (consultato febbraio-marzo 2024)

Rapporto Headway Angelini sulla Salute Mentale, [www.angelinipharma.it](http://www.angelinipharma.it), (consultato febbraio-marzo 2024)

