

Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n. **del**

Approvazione “Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all’uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto)”.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con L.R. 11 novembre 2004, n.1;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale n.1 del 6 settembre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2013, il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri con deliberazione del 1 dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell’arch. Giovanni Bissoni quale Sub Commissario nell’attuazione dei piani di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*”;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994 n.18, e successive modificazioni recante “*Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali*”;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni recante “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale;

VISTO il decreto legge c.d. “Balduzzi” 13 settembre 2012 , n.158 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189 ed in particolare, l’articolo 1 sul riordino dell’assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l’art.4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.66 del 12 febbraio 2007 concernente “*Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge 311/2004*”;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente per oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato –Regioni ai sensi dell’art.1, c.180, della Legge n.311/2004 sottoscritto il 28 febbraio 2007, Approvazione Piano di Rientro*” e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l’autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l’adeguamento ai requisiti organizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l’accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento dei reparti con bassa performance organizzativa
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l’emergenza, l’urgenza e l’elezione;

VISTO l’art.2 commi da 67 a 105 della legge 23 dicembre 2009 n.191 ed in particolare l’art.88, che prevede la gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il decreto legge c.d. “Spending Review” 6 luglio 2012, n.95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135;

VISTA la legge regionale 3 marzo 2003, n.4 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: “*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e soci sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*”;

CONSIDERATO, che la Legge Regionale n.4/03 rappresenta, insieme al Piano Sanitario Regionale ed agli atti di autonomia aziendale, un fondamentale strumento di programmazione dell’offerta di servizi, principalmente indirizzato ad assicurare livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, consentire la libera scelta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario, garantendo uno standard omogeneo di qualità;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.247 del 25 luglio 2014 recante “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n.U00251 del 30 luglio 2014 Adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2011 n.8 e smi recante “Modifica dell’Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie»”;

CONSIDERATA la normativa dell’Unione Europea sul problema della salute mentale e in particolare il “Patto europeo per la salute e il benessere mentale” le cui conclusioni (2011/C 202/01) indicano l’importanza per la salute mentale degli adolescenti;

CONSIDERATA la Determinazione Regionale n. B02807/2013 recante “Approvazione “Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici - Gestione della procedura. Area Clinica Patologie della Dipendenza”;

CONSIDERATA la nota prot. n. 400803 GR/11/14 del 11/07/2014 avente ad oggetto “Gestione integrata dei pazienti con probabile patologia psichiatrica e patologia da uso di sostanza”;

CONSIDERATO che con Determinazione n.G00839 del 30/01/2014 è stato istituito un gruppo di lavoro tecnico-scientifico su “*Minori con disturbi da uso di sostanza o con comportamenti di addiction*”;

CONSIDERATO l’Accordo 26 novembre 2009 ai sensi dell’art.9 del Decreto Legislativo 1997, n.281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: “*Linee di indirizzo per l’assistenza dei minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria*”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4.1.2010;

TENUTO CONTO che la Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l’Accordo concernente il *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza;

CONSIDERATO che l’Accordo concernente il “*Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*” (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

CONSIDERATO che il suddetto Piano è stato recepito dalla Regione Lazio con il Decreto del Commissario ad Acta n. 287 del 16 settembre 2014;

TENUTO CONTO, altresì, che il PANSM individua in tre distinte sezioni le azioni programmatiche, per ciascuna delle quali vengono definiti: gli obiettivi le azioni gli indicatori:

1. Tutela della salute mentale in età adulta
2. Tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza
3. Integrazione e coordinamento con altre aree;

CONSIDERATO che il Piano indica che “è opportuno raggruppare i bisogni emergenti di salute sopra elencati individuandone alcune aree omogenee di intervento e, nel contempo, offrire indicazioni metodologiche utili a delineare una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia di bisogni prioritari da focalizzare”;

CONSIDERATO inoltre che lo stesso piano sollecita una più precisa “differenziazione della domanda di salute” e del possibile percorso assistenziale del paziente attraverso modelli clinici organizzativi di collaborazione/consulenza tra DSM, MMG, TSMREE, PLS, servizi psicologici e sociali e scuola, di assunzione in cura e di presa in carico attraverso una valutazione multidimensionale e di intervento attraverso la definizione di un *Piano di Trattamento Individuale* (PTI) con l’identificazione di un “case manager”, il recupero dei casi “persi di vista” e una maggiore attenzione alla partecipazione delle famiglie e alla collaborazione con gli Enti Locali, con la Scuola e con la rete sociale;

CONSIDERATO l’Accordo della Conferenza Unificata n. 138/CU del 13 novembre 2014 recante “*Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza*”;

CONSIDERATO che per la salute mentale dell’infanzia e dell’adolescenza è di fondamentale importanza garantire, tra l’altro, “l’intervento integrato ospedale-territorio e il raccordo con la rete dei servizi pediatrici” e “il raccordo con i competenti servizi per l’età adulta, sia per i figli minori di pazienti psichiatrici gravi o di tossicodipendenti”;

TENUTO CONTO che devono essere garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza e che la presa in carico dei disturbi psichici dell’infanzia e dell’adolescenza, in concomitanza con problemi legati all’uso delle sostanze, richiede una differenziazione dei percorsi di assistenza con la necessità costante di garantire un intervento multidisciplinare d’equipe appropriato, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l’intervento di rete con i contesti sociale ed educativo e che quindi devono essere definiti protocolli sui percorsi integrati di presa in carico e cura tra i servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze patologiche”;

PRESO ATTO dell’incremento di disturbi connessi all’uso di sostanze in età adolescenziale con conseguente aumento delle richieste di interventi sanitari, per consulenza o per emergenza, sia in ambito territoriale sia ospedaliero;

Segue decreto n.
IL PRESIDENTE
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

CONSIDERATO che nell'attuale organizzazione i minori che fanno uso di sostanze sono seguiti o da servizi TSMREE o da Servizi per le Dipendenze ovvero transitati da Pronto Soccorso o reparti ospedalieri, senza poi essere presi in carico in modo integrato tra i servizi per il trattamento del disturbo di base;

CONSIDERATO che tra i dati disponibili evidenziano un aumento degli accessi ai Pronto Soccorso, anche in concomitanza all'abuso di sostanze o alcool, e che solo nel 2013 gli accessi effettuati da minori sono stati 365.957 (pari al 7,7% del totale), di cui avevano una diagnosi principale (DPR) psichiatrica 3.215 casi (0,9%);

CONSIDERATO che con il miglioramento della presa in carico assistenziale si avrà un miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e, quindi, della salute dei minori;

PRESO ATTO che i dati sulla diffusione del fenomeno di consumo tra adolescenti mettono in luce un costante allontanamento dall'uso di sostanze con il progredire dell'età. Parallelamente si assiste ad un abbassamento dell'età di primo uso, che vede coinvolti minori sin dalla prima adolescenza;

RITENUTO OPPORTUNO analizzare gli aspetti clinici ed epidemiologici, la domanda di trattamento nella Regione Lazio e conseguentemente disegnare un percorso di presa in carico del minore con uso di sostanze;

RITENUTO quindi necessario emanare un Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto);

VISTO il documento approvato dal gruppo di lavoro di cui alla Determinazione n. Determinazione n.G00839 del 30/01/2014 dal titolo "*Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto)*" (All.1) che è parte integrante del presente Decreto del Commissario ad Acta

DECRETA

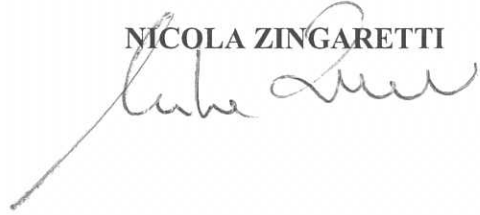
Per le motivazioni indicate in premessa e che si intendono integralmente recepite:

- di approvare l'Allegato 1 che è parte integrante del presente Decreto recante: "*Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto)*";
- di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3, comma 1, dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

- di notificare il presente provvedimento, a cura del Direzione proponente, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere per i provvedimenti di competenza.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nicola Zingaretti', is written over the printed name. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the left.

Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto)

INDICE

1. RAZIONALE E FINALITÀ
2. ASPETTI CLINICI ED EPIDEMIOLOGICI
 - 2.1. Uso di sostanze nei minori
 - 2.2. Plasticità cerebrale e fenomeno di sensibilizzazione
 - 2.3. Salute mentale in età evolutiva
3. DOMANDA DI TRATTAMENTO NELLA REGIONE LAZIO
 - 3.1. Ricoveri di minori con psicopatologia e/o abuso di sostanze
 - 3.2. Trattamenti ambulatoriali di minori con psicopatologia e/o abuso di sostanze
4. PERCORSO DI PRESA IN CARICO DI MINORI CON USO DI SOSTANZE
 - 4.1. Fasi del percorso
 - 4.1.1. Intake e individuazione del Rischio / Problema
 - 4.1.2. Consenso e Segnalazione a servizio specialistico
 - 4.1.3. Diagnosi: Consulenza o Invio a servizio specialistico
 - 4.1.4. Piano di Trattamento Individuale (PTI): Gestione congiunta e monitoraggio
 - 4.1.5. Dimissioni e follow-up
 - 4.2. Esempificazione di percorsi

ALLEGATI

1. Scheda di Consenso informato per Consulenza/Invio
2. Scheda di Segnalazione (con richiesta di consulenza/invio)
3. Scheda profilo valutativo patologie della dipendenza
4. Scheda profilo valutativo psicopatologie età evolutiva
5. Scheda diagnosi congiunta livello di gravità
6. Modulo di Piano di Trattamento Individuale (PTI)
7. Scheda di dimissione e programma di follow-up

1. RAZIONALE E FINALITA'

Si è assistito negli ultimi anni all'incremento di disturbi connessi all'uso di sostanze in età adolescenziale. Tale fenomeno ha determinato un aumento delle richieste di interventi sanitari, per consulenza o per emergenza, sia in ambito territoriale sia ospedaliero. È molto frequente che minori con uso di sostanze siano seguiti esclusivamente da servizi per la **Tutela della Salute Mentale e la Riabilitazione dell'Età Evolutiva**, ovvero da Servizi per le Dipendenze, ovvero che siano transitati da Pronto Soccorso o reparti ospedalieri, senza poi essere presi in carico per il trattamento del disturbo di base.

E' accaduto spesso che le famiglie o i minori si siano rivolti, di volta in volta, a svariati servizi, senza che gli stessi avessero potuto costruire percorsi integrati di presa in carico. Il luogo ed il servizio a cui è stata espressa la prima domanda di intervento ha spesso determinato la tipologia della risposta di trattamento, indipendentemente dalla esaustiva valutazione delle diverse componenti cliniche interagenti. I singoli casi sono stati pertanto trattati, seguendo una logica settoriale, quali disturbi da uso di sostanza ovvero quali disturbi collegati alla specifica fase adolescenziale. Inoltre, la limitata competenza dei servizi al di fuori del proprio ambito professionale (adolescenti/dipendenza) ha talvolta determinato un reciproco re-invio di casi tra servizi, nessuno dei quali autonomamente sufficiente a gestire casi complessi.

L'adolescente che abusa di sostanze illecite e di alcol rappresenta un problema clinico complesso per i professionisti chiamati ad affrontarlo oltreché una emergenza individuale e familiare. In questi casi, infatti, qualsiasi servizio si deve confrontare con le variabili proprie dell'età adolescenziale che vengono complicate e spesso stravolte dagli effetti che le sostanze producono.

A partire dalla condivisione dei saperi scientifici e dell'epidemiologia, nonché dalle esperienze sul campo avviate da alcuni professionisti, si è declinato il percorso clinico-organizzativo finalizzato alla messa in rete delle conoscenze, delle competenze cliniche e dei servizi.

2. ASPETTI CLINICI ed EPIDEMIOLOGICI

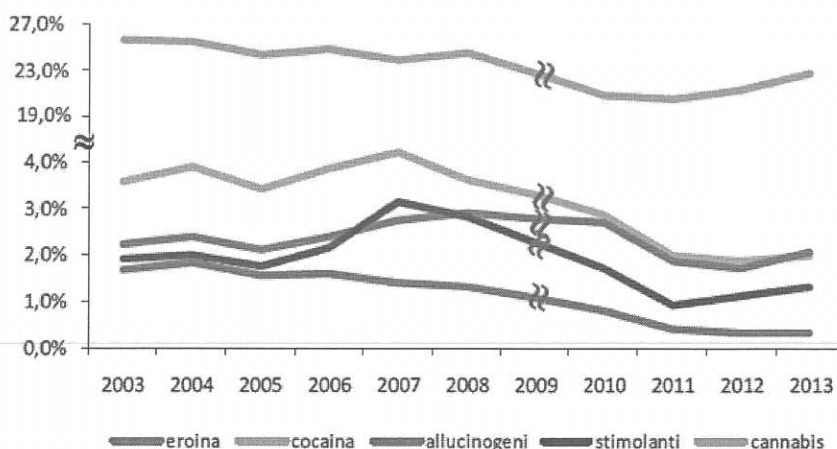
2.1 USO DI SOSTANZE NEI MINORI

L'assunzione di sostanze stupefacenti negli adolescenti si colloca tra le esperienze di esplorazione e di ricerca di novità tipiche di questa fase evolutiva.

I dati sulla diffusione del fenomeno di consumo tra adolescenti mettono in luce un costante allontanamento dall'uso di sostanze con il progredire dell'età. Parallelamente si assiste ad un abbassamento dell'età di primo uso, che vede coinvolti ragazzi sin dalla prima adolescenza. Dai dati nazionali (Relazione al Parlamento e Rapporto ESPAD 2013) emerge che circa il 22% della popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni consuma almeno una sostanza nel corso dell'ultimo anno. Considerato che il 3,88% consuma contemporaneamente più di una sostanza, si hanno le seguenti prevalenze di uso: cannabis pari al 21,43%, allucinogeni 2,08%, cocaina 2,01%, stimolanti 1,33%, eroina 0,33%.

Nello stesso periodo di riferimento i dati sui consumi tra la popolazione generale (15-64 anni) evidenziano che solo il 4,06% dichiara di consumare sostanze nell'ultimo anno.

Figura 4: Consumo di sostanza stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003-2013



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Gli studi clinici hanno evidenziato che i periodi a maggior rischio per l'uso di droga sono correlati ai complessi fenomeni di transizione della vita degli adolescenti quali la crescita, lo sviluppo sessuale e l'evoluzione psico-comportamentale. Se in queste particolari situazioni si ha un contatto ripetuto con le sostanze, si possono ampliare i rischi di un abuso delle stesse, sebbene risulti che la maggior parte dei giovani non prosegue automaticamente con il consumo di sostanze.

Un'eventuale continuazione dell'uso/abuso/dipendenza, sembrerebbe maggiormente collegata alla sovrapposizione di molteplici fattori, individuali, ambientali e di disponibilità delle sostanze stesse. In altri termini, l'eventuale comparsa di una condizione di patologia della dipendenza si caratterizza come la risultanza dell'interazione tra sostanza, individuo ed ambiente in cui ognuno dei tre elementi in gioco può avere un peso differente di caso in caso. La comprensione del quadro patologico deve pertanto prendere in considerazione non solo gli aspetti neurobiologici indotti dalla sostanza, ma anche gli aspetti psicologici individuali, le relazioni oggettuali e le

sollecitazioni ambientali, compresi il sistema valoriale e normativo.

Ogni individuo filtra e rielabora gli effetti delle sostanze in relazione alla sua rappresentazione della realtà, alle sue aspettative, alle caratteristiche di personalità e al proprio funzionamento neurobiologico, determinato anche dal patrimonio genetico.

Analogamente anche l'ambiente contribuisce a determinare fattori di rischio o di protezione nei confronti dello sviluppo della dipendenza: la disponibilità di sostanze, la rappresentazione sociale delle sostanze e del loro uso, le pressioni del gruppo dei pari, la cultura ed il sistema dei valori di riferimento, il contenimento affettivo e lo stile educativo familiare e degli adulti significativi, il ruolo delle istituzioni scolastiche, i modelli predominanti sullo stile di vita, ecc.

Un aspetto tipico dell'adolescenza è la ridotta previsione delle conseguenze delle proprie azioni, che può contribuire in questa fase di vita a sottovalutare i rischi di uso. Non appare quindi casuale che l'abuso di sostanze, spesso diversamente mescolate tra loro, sia rintracciato quale fattore diretto o indiretto delle principali cause di morte in età adolescenziale: gli incidenti stradali, l'omicidio e il suicidio.

2.2. LA PLASTICITÀ CEREBRALE e FENOMENO DI SENSIBILIZZAZIONE

Il cervello, sin dalla nascita, è impegnato ad evolvere e a raffinare le proprie funzioni, dando luogo a quel fenomeno di specializzazione funzionale denominato "Plasticità Neuronale". Questo consiste nella produzione o eliminazione delle diverse vie (connessioni) e aree di comunicazione (sinapsi interneuronali), nella graduale maturazione e specializzazione delle diverse fibre nervose (mielinizzazione) e nella modulazione della produzione dei diversi mezzi di comunicazione tra un neurone e l'altro. Pertanto, il fenomeno della "Plasticità Neuronale" si traduce, a livello cerebrale, nella produzione di specifici neurotrasmettitori, nell'aggiustamento dei sistemi deputati alla loro neutralizzazione e, infine, nella definitiva strutturazione dei diversi recettori attraverso i quali interagiscono i neurotrasmettitori stessi. Quindi le diverse droghe ne modificano la produzione e l'azione, alterando così i processi neurobiologici propri dell'adolescenza, giungendo in alcuni casi a bloccarli. È ipotizzabile, pertanto, che l'assunzione di queste sostanze in dosi adeguate a causare un danno, per tempi sufficientemente prolungati e in soggetti vulnerabili, possa influenzare patologicamente lo sviluppo neurobiologico del cervello dell'adolescente e quindi le sue funzioni cognitive, emotive, comportamentali e sociali.

È importante porre l'accento sul fatto che durante l'adolescenza si verificano delle grandi modificazioni nella produzione e secrezione di differenti ormoni che influiscono sull'attività dei neuroni cerebrali e viceversa. L'uso compulsivo di sostanze e, come spesso si osserva tra gli adolescenti, le "abbuffate" delle stesse nel fine settimana (es: binge drinking), sono in grado di provocare alterazioni marcate dei fini meccanismi di produzione e controllo degli ormoni. Questi meccanismi, in talune condizioni, non vengono ripristinati dalla cessazione dell'uso delle sostanze e, quindi, possono condizionare irreversibilmente lo sviluppo dell'adolescente anche sotto questo influente profilo funzionale.

Inoltre, la maggior parte degli studi di neuroscienze degli ultimi quindici anni, sugli effetti delle assunzioni ripetute di droghe, ha permesso di fare luce su alcuni meccanismi neurobiologici che si pongono alla base del fenomeno della "sensibilizzazione" alle droghe. Si è osservato che ripetute somministrazioni in animali di laboratorio di eroina, cocaina, ecstasy e perfino di nicotina, rendono più sensibile l'animale alla loro azione e ne condizionano il comportamento all'atto delle successive assunzioni delle sostanze stesse. Tale condizionamento comportamentale si osserva anche se le somministrazioni avvengono a lunghi intervalli di tempo l'una dall'altra e anche nel caso in cui si utilizzino delle dosi di droga che, se somministrate in animali "naïve", risultano inefficaci a produrre effetti psicotropi.

L'applicazione di questo modello animale sull'uomo e la sua interpretazione clinica, possono aiutare a comprendere maggiormente quello che gli autori anglosassoni chiamano "*Addiction*"

Memory”, definita quale disturbo individuale acquisito in relazione alla integrazione selettiva di “circuiti di feedback” (“*feedback loops*”) e “sistemi di confronto” (“*comparator systems*”) nell’elaborare l’informazione neuronale. In altri termini questa conoscenza può aiutare a capire perché una dose di droga possa avere un effetto di richiamo incontrollabile in tutti quegli individui che hanno smesso di assumerla: la fissazione nella memoria mantiene a lungo termine il ricordo, che è incancellabile (cronicità), e il desiderio (*craving*), che viene riaccessso da stimoli (*cue*) associati alla assunzione della sostanza (luoghi, orari, situazioni, stati d’animo, etc.). L’assunzione di alcol e di droghe nel periodo della maturazione adolescenziale, modifica la funzione di alcune tipologie di neuroni, soprattutto nel momento in cui gli stessi sono impegnati nella loro normale attività di creare, modulare e specializzare le loro diverse connessioni.

2.3. SALUTE MENTALE IN ETÀ EVOLUTIVA

L’adolescenza è un periodo della crescita in cui compare e si delinea la maggiore parte della psicopatologia che potrà poi caratterizzare l’età adulta, rispetto alla quale l’osservatorio dell’infanzia permette solo in modo molto parziale di poter prevedere quelli che potranno essere gli scenari della sofferenza mentale nel momento in cui si inneschino i processi puberali. Le ampie ricerche sui fattori di rischio degli ultimi trenta anni hanno portato alla constatazione che è possibile individuare una molteplicità di fattori di rischio, ma non è affatto possibile fare una prognosi di quello che succederà nel passaggio del soggetto attraverso l’adolescenza. Dunque l’interrogativo che si pone è perché l’adolescenza costituisca un attivatore o un particolare amplificatore dei processi connessi alla sofferenza mentale e dunque alle successive “manovre” di autocura patogena, volte a cercare di lenire tale sofferenza, e che trovano nelle problematiche connesse alle addiction uno degli esempi più significativi. Tornando, dunque, all’interrogativo del perché proprio l’adolescenza costituisca lo specifico terreno di rischio e di coltura della sofferenza mentale, le risposte non possono che essere cercate nello studio della specificità di questo stadio evolutivo. Nel paragrafo precedente sono già stati ricordati alcune specifiche caratteristiche della maturazione cerebrale in questa epoca della vita. Gli adolescenti e i giovani adulti che affrontano problemi legati all’identità e alla connessa maturazione psicosessuale mostrano, in generale, un aumento della propensione a cercare situazioni rischiose, soprattutto quando sono in presenza di pari. Allo stesso tempo con la pubertà aumenta il bisogno di una intensa socialità, il tutto coniugato con una estrema sensibilità al giudizio degli altri, sia da parte dei pari che degli adulti, unitamente ad un crescente desiderio di mostrarsi ed essere ammirati. Tutti questi aspetti sono un precipitato della maturazione ormonale e cerebrale, su cui radica la dinamica evolutiva dei sistemi comportamentali, emozionali e motivazionali che regolano la vita mentale e di relazione. La strutturazione ed il funzionamento della personalità umana è determinata da sistemi motivazionali/emozionali, oramai abbastanza individuati e circoscritti sia nella componente cerebrale che in quella comportamentale, i quali sono coinvolti nella regolazione delle relazioni tra i soggetti ed allo stesso tempo nella regolazione del funzionamento intrapsichico dei soggetti stessi. Vediamo allora, sinteticamente, il razionale della dinamica di questi sistemi motivazionali nell’ontogenesi del soggetto.

E’ oramai acquisito che l’infanzia è caratterizzata dal primato del sistema motivazionale dell’attaccamento, deputato alla regolazione delle relazioni tra la prole ed i caregivers. Successivamente, la maturazione sessuale della pubertà porta sulla scena un altro sistema motivazionale, che prenderà il primato della regolazione emozionale nella mente del soggetto adolescente: il sistema motivazionale agonistico, il sistema che regola la competizione sociale ovvero la lotta per l’acquisizione della dominanza di rango. Questo sistema è omologo a quello che si ritrova in tutte le altre specie di mammiferi, ed è deputato a regolare le relazioni tra gli adulti per l’accesso alle risorse sia sessuali che alimentari. E’ un sistema, dunque, che è espressione prioritariamente di strutture sottocorticali. Il sistema motivazionale agonistico è il

responsabile delle emozioni connesse all'autostima, all'ansia di prestazione, al sentimento di incapacità ad affermare se stessi nella vita sociale, alla vergogna, se il soggetto si riconosce incapace di raggiungere la meta relazione che si è prefisso e da cui deriva il suo senso di sconfitta (*defeat*). Se, all'inverso, il soggetto riconosce di aver raggiunto o di avere le capacità di raggiungere la meta agognata, ne deriva un sentimento di orgoglio, di superiorità, di euforico trionfo e senso di potenza. Tutte queste emozioni, considerate in un'ottica dimensionale, sono parte costitutiva della maggior parte della sintomatologia e delle sindromi psichiatriche, da quelle dello spettro ansioso a quello maniaco/depressivo, fino agli stati psicotici.

L'adolescenza, dunque, vede nell'attivarsi del sistema motivazionale agonistico, responsabile di tutte le emozioni connesse alla competizione sociale, uno dei principali responsabili della sofferenza mentale. E' per gestire questa sofferenza che i soggetti mettono in atto condotte volte a ridurre la percezioni dei sentimenti, particolarmente drammatici, connessi al terrore di non riuscire a mantenere una propria collocazione nel gruppo umano, sia questo rappresentato dai coetanei oppure dal mondo degli adulti entro cui dovranno collocarsi. Queste condotte autocurative possono andare da una dimensione più francamente evitante, che spinge il soggetto adolescente verso un ritiro difensivo dalle relazioni sociali sempre più marcato, con una componente depressiva chiaramente visibile, alla negazione della sofferenza stessa negli stati ipo o francamente maniacali. In particolare la dimensione maniacale è da considerarsi quale espressione di emozioni omologhe a quelle, di per sé positive, che si attivano nel raggiungimento della meta quando è attivo il sistema motivazionale agonistico, come sopra già accennato, quali il sentimento di primeggiare e di riuscire ad imporsi nella competizione sociale, da cui sentimenti di aumentata energia, aumentata autostima etc. Gli stati emozionali della dimensione maniacale si attivano non come conseguenza di una interazione reale, ma come effetto di un funzionamento patogeno del sistema motivazionale agonistico. Questo funzionamento patogeno è conseguenza del sistema emozionale deputato alla difesa dell'organismo, la paura, una emozione centrale nella dinamica del sistema agonistico, che spinge le persone con una particolare diatesi soggettiva ad allontanarsi dalla fonte di pericolo attraverso la ricerca di un "anestetico" dello stato emozionale negativo. Il sistema dopaminergico in questi soggetti si attiva, dunque, quale modalità volta a ricercare un "approach to safety" (Ikemoto-Panksepp 1999, Alcaro-Panksepp 2011), ovvero volta a diminuire gli affetti negativi attraverso una anticipazione di rappresentazioni positive. In particolare nella adolescenza, dove l'attivazione delle componenti sottocorticali del sistema motivazionale agonistico non usufruisce ancora della piena funzione regolativa delle strutture corticali più evolute, quelle frontali, l'attivazione di emozioni negative quali effetti delle dinamiche interattive sociali, innanzitutto della scuola e delle relazioni con i pari, possono comportare la negazione della sofferenza derivante da situazioni potenzialmente frustranti, attraverso la ricerca di stimoli che attivino il sistema dopaminergico, per mezzo del quale ristabilire un senso di sé non più sconfitto (*defeat*).

La componente individuale, così descritta, costituisce uno dei tre fattori che possono determinare il passaggio da un uso di sostanze ad un disturbo da uso di sostanze o ad una patologia da dipendenza. Gli altri due fattori in gioco, come illustrato nel precedente paragrafo, sono costituiti dalla specificità della sostanza, compresa la rappresentazione dei suoi effetti, e dall'ambiente, inteso quale contenitore di relazioni, di norme, di valori e di rappresentazioni sociali.

Una problematica specifica è costituita da adolescenti con comportamenti devianti, alcuni dei quali commettono reati per l'acquisto delle sostanze, ovvero che commettono atti di violenza, che non riconoscono gli altri come portatori di diritti e se stessi come titolari di doveri. I fattori di rischio collegabili alle condotte delinquenziali sono diversi comprendendo quelli individuali e quelli ambientali (familiari, sociali e culturali, economici). Nell'attuale società occidentale alcuni di questi sono favoriti dalla stessa complessità sociale. L'alto livello di differenziazione cui è giunta la nostra società presenta un effetto ambivalente: da un lato aumentano i potenziali di

auto-determinazione davanti ad un ventaglio di possibilità, dall'altro aumentano i rischi della confusione e dell'incoerenza, che possono portare a sperimentare una "incertezza biografica" soprattutto per i giovani. Presenzialismo, eccedenza di opportunità, marginalità e irrilevanza sociale dei giovani, frammentazione e differenziazione delle esperienze, precarietà e reversibilità delle scelte, pragmatismo, fragilità degli ancoraggi e della legittimazione dei valori e identità plurime sono i fattori sociali variamente indicati come responsabili del mutamento in atto tra le giovani generazioni. Il disagio nel percorso evolutivo è una condizione che coinvolge l'intero mondo giovanile e non più riservata a sottocategorie specifiche come quella dei "giovani a rischio".

3. DOMANDA DI TRATTAMENTO NELLA REGIONE LAZIO

Uno dei problemi clinici e sociali più importanti che sta emergendo negli ultimi anni riguarda l'aumento dei disturbi nella sfera della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, con un aumento esponenziale dei disturbi della condotta e dei disturbi di personalità, accompagnati o associati all'uso di alcool o sostanze. Il fenomeno sta acquistando dimensioni tanto rilevanti da rendere opportuno ritracciarne, dal punto di vista epidemiologico, i contorni e l'entità nella Regione Lazio.

3.1. RICOVERI DI MINORI CON PSICOPATOLOGIA E/O ABUSO DI SOSTANZE

I principali dati epidemiologici di riferimento presentati in questo lavoro provengono da uno studio effettuato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio attraverso i dati del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)¹.

La nostra regione sta operando inoltre per includere i dati di attività relativi a servizi territoriali, strutture residenziali e semiresidenziali per l'età evolutiva – informazioni complementari per importanza a quelle ospedaliere – nel nuovo Sistema Informativo per la Psichiatria di Comunità (SIPC).

Nel Lazio nell'anno 2013 **hanno avuto luogo 90 dimissioni di minori** (età ≤ 17 anni) in regime ordinario da **reparti psichiatrici pubblici per acuti** (cod. 40) (Tabella n. 1). Queste hanno incluso 54 soggetti con età=17 anni, e 30 con età=16 anni.

Di queste 90 dimissioni, 49 hanno avuto luogo in **SPDC** (strutture che di norma dovrebbero ricoverare esclusivamente soggetti maggiorenni), 15 in **Reparti psichiatrici universitari** e 25 nelle **ex Case di Cura Neuropsichiatriche**. Il numero di persone coinvolte era di 38 negli SPDC, 5 nei Reparti psichiatrici universitari e 22 nelle ex CdC Neuropsichiatriche.

Le giornate totali di degenza relative alle 90 dimissioni sono state **2.020**. Di queste, 417 (20,6%) erano state svolte negli SPDC, con una degenza media (DM) pari a 8,5 giorni; 300 (14,8%) nei Reparti psichiatrici universitari (DM=18,8 giorni); e 1.303 (64,5%) nelle Case di Cura Neuropsichiatriche (DM=52,1 giorni). Complessivamente la DM era pari a 22,5 gg.

Le dimissioni di minori in regime ordinario da tutti i reparti (non solo psichiatrici) che hanno avuto luogo nel 2013 (esclusi i trasferimenti effettuati nello stesso giorno dell'accettazione) sono state 1212. I **reparti di dimissione** più utilizzati sono stati quelli di Neuropsichiatria Infantile (cod. 33, N=569, 46,9%), Pediatria (cod 39, N=190, 15,7%), Malattie endocrine e della malnutrizione (cod. 19, N=162, 13,4%), Neurologia (cod 32, N=97, 7,6%), Psichiatria (cod 40, N=90, 7,4%). La **“Classe di diagnosi principale”** vede al primo posto 617 dimissioni con diagnosi riferibili a “Nevrosi” (50,9%), 271 riferibili all'area della “Psicosi” (22,4%), 149 definite come “Oligofrenie” (12,3%), 51 “Disturbi di personalità” (4,2%) e 34 inquadrati come “Dipendenze” (2,8%). Solo 1 dimissione è stata riferita a disturbi del comportamento alimentare (“Anoressia nervosa”, “Bulimia”, “Anoressia”).

E' interessante osservare che le 3 **classi di età** utilizzate ai fini della programmazione regionale risultano sufficientemente omogenee: 437 dimissioni riguardano la fascia di età 0-5 anni, 375 quella 6-13 anni e 400 quella 14-17.

Nella nostra regione, delle **34 dimissioni che hanno come diagnosi principale “Dipendenze”**, 31 dimissioni hanno riguardato la fascia di età 14-17 anni, con la maggior parte dei ricoveri nel reparto di “Pediatria” e per un totale di 41 giornate di degenza. (Tabella n. 2) A queste si

¹ Si ringrazia per il lavoro di elaborazione dei dati la dr.ssa Valentina Mattia.

aggiungono 26 dimissioni che hanno ricevuto come diagnosi secondaria quella di dipendenze. (Tabella n. 3).

Rispetto agli **accessi in Pronto Soccorso che hanno avuto luogo nel 2013**, quelli effettuati da minori sono stati 365.957, pari al 7,7% del totale. Di questi, avevano una diagnosi principale (DPR) psichiatrica 3.215 casi (0,9%).

Per quanto riguarda la **diagnosi principale in pronto soccorso**, si evidenzia (% anno 2012) come il **27,4% dei minori che accedono al PS con DPR psichiatrica hanno una diagnosi nel gruppo delle dipendenze**; il 63,9% presenta invece una diagnosi riconducibile al gruppo delle nevrosi. Solo il 7,6% presentava una diagnosi nel gruppo delle psicosi (delle quali circa la metà individuate come “psicosi organiche”).

Tabella n. 1 – Dimissioni nel 2013 di minori in regime ordinario da reparti psichiatrici (Cod. 40), esclusi i trasferimenti con degenza=0, per istituto e tipologia di reparto (Fonte: SIO 2013)

ISTITUTO	Dimissioni di minori (età)						N. dim ≤17 anni	Degenza (gg)		Degenza media (gg)	
	0	5	14	15	16	17		≤17 anni		≤17 anni	
SPDC								Totale	2012	Totale	2012
Fatebenefratelli Isola Tib. (Roma)											
Sandro Pertini (Roma)											
San Giovanni (Roma)					3	2	5	49	49	9,8	9,8
Sant'Eugenio (Roma)					2	1	3	11	11	3,7	3,7
Giovanni Battista Grassi (Roma)			1		1	3	5	56	56	11,2	11,2
San Camillo-Forlanini (Roma)					3	6	9	44	44	4,9	4,9
Santo Spirito (Roma)											
San Filippo Neri (Roma)					2	3	5	66	66	13,2	13,2
Sant'Andrea (Roma)						1	1	7	7	7	7
San Paolo (Civitavecchia)											
Angelucci (Subiaco)	1					1	2	25	25	12,5	12,5
San Giovanni Evangelista (Tivoli)					1	1	2	56	56	28	28
San Sebastiano Martire (Frascati)						2	2	23	23	11,5	11,5
San Giuseppe (Albano Laziale)						1	1	0	0	0	0
Belcolle (Viterbo)					2		2	25	25	12,5	12,5
San Camillo de Lellis (Rieti)						6	6	39	39	6,5	6,5
Santa Maria Goretti (Latina)						1	1	4	4	4	4
Dono Svizzero (Formia)											
Osp.Civ. F.Speziani (ex Umberto I)					1		1	3	3	3	3
Gemma de Bosis - Cassino						1	1	0	0	0	0
Santissima Trinità (Sora)						1	1	4	4	4	4
Policlinico Umberto I (Roma) - SPDC						2	2	5	5	2,5	2,5
<i>Reparti psichiatrici universitari</i>											
Policlinico Umberto I (Roma) - univ					8	7	15	276	276	18,4	18,4
Policlinico Tor Vergata (Roma)					1		1	24	24	24	24
<i>Ex CdC Np</i>											
Sant' Alessandro (Roma)											
Villa Armonia Nuova (Roma)				2	4	10	16	935	851	58,4	53,2
Villa Maria Pia (Roma)											
Samadi (Roma)						1	1	132	132	132	132
San Valentino (Roma)						1	1	18	18	18	18
Colle Cesarano (Tivoli)											
Nuova Villa Von Siebenthal (Genzano)	2				2	3	7	218	185	31,1	26,4
Villa Rosa (Viterbo)											
TOTALI	Dimissioni di minori (età)						N. dim ≤17 anni	Degenza (gg)		Degenza media (gg)	
	0	5	14	15	16	17		≤17 anni		≤17 anni	
								Totale	2012	Totale	2012
SPDC	1	0	1	0	15	32	49	417	417	8,5	8,5
Reparti psichiatrici universitari	0	0	0	0	9	7	16	300	300	18,8	18,8
CdC Np	2	0	0	2	6	15	25	1.303	1.186	52,1	47,4
TOTALE	3	0	1	2	30	54	90	2.020	1.903	22,4	21,1
PERSONE - SPDC							38				
PERSONE - Reparti psichiatrici universitari							5				
PERSONE - CdC Np							22				

Tabella n. 2 - Dimissioni nel 2013 di minori in regime ordinario (esclusi i trasferimenti con degenza=0) e diagnosi principale DIPENDENZE, per istituto, specialità di dimissione e classe di età (Fonte: SIO 2013)

istituto		DPR – Dipendenze (recanti i primi 3 caratteri della classificazione ICD9CM i codici: 303,304,305)							
Denominazione	Comune	classe di età			SPECDIM				durata degenza totale
		0-5 anni	6-13 anni	14-17 anni	Pediatria	Astanteria	Medicina generale	Neurologia	
Andosilla	Civitacastellana			1			1		1
San Camillo de Lellis	Rieti			6	6				13
Santo Spirito	Roma			1		1			0
Generale Provinciale	Anzio								
San Giuseppe	Albano Laziale								
Ercole De Santis	Genzano								
Parodi Delfino	Colleferro			2	2				5
San Sebastiano Martire	Frascati								
Angelucci	Subiaco								
San Giovanni Evangelista	Tivoli								
Civile di Velletri	Velletri								
Civile di Bracciano	Bracciano			2		1	1		0
Giovanni Battista Grassi	Roma								
Sant' Eugenio (polo 1)	Roma								
Sant' Eugenio (polo 2)	Roma								
Regina Apostolorum	Albano Laziale								
San Pietro - FBF	Roma								
San Giovanni Calibita - FBF	Roma			1		1			0
Madre Giuseppina Vannini	Roma			2		1	1		3
Villa delle Querce	Nemi								
Villa Armonia Nuova	Roma								
Paideia	Roma								
Samadi	Roma								
San Valentino	Roma								
Nuova Villa Von Siebenthal	Genzano di Roma								
Istituto Neurotraumatologico Italiano	Grottaferrata								
Santa Maria Goretti	Latina								
A. Fiorini	Terracina			1			1		1
San Giovanni di Dio	Fondi								
Dono Svizzero	Formia			1			1		0
Umberto I Generale	Frosinone			1	1				0
San Benedetto	Alatri								
Santissima Trinita'	Sora			1	1				0
Gemma de Bosis	Cassino			3	2		1		7
Sandro Pertini	Roma								
Belcolle	Viterbo								
San Camillo-Forlanini Generale	Roma								
San Giovanni	Roma			1			1		2
San Filippo Neri	Roma			1		1			0
Bambino Gesù' (polo 1 e polo 2)	Roma	1	2	6	2	6		1	8
A. Gemelli (polo 1 e polo 2)	Roma			1	1				1
Policlinico Umberto I	Roma								
Sant'Andrea	Roma								
Policlinico Tor Vergata	Roma								
Totale		1	2	31	15	11	7	1	41

Tabella n. 3 - Dimissione nel 2013 di minori in regime ordinario (esclusi i trasferimenti con degenza=0) per classe diagnosi principale e diagnosi secondaria di dipendenze (Fonte: SIO 2013).

Classe di diagnosi principale	Diagnosi secondaria: Dipendenze		
	N	%	Totale
Psicosi organiche			11
Schizofrenie/stati paranoidi			20
Psicosi affettive			82
Altre psicosi	2	1,3	158
Disturbi di personalità	8	15,7	51
Dipendenze**	3	8,8	34
Nevrosi	3	0,5	616
Anoressia nervosa; Bulimia anoressia*			89
Oligofrenie			149
Diagnosi non psych.	12	0	108.483
Totale	28	0	109.695

Tabella n. 3a - Dimissione nel 2013 di minori in regime ordinario (esclusi i trasferimenti con degenza=0) diagnosi secondaria di dipendenze suddivise per classi di età (Fonte: SIO 2013).

Classe di Diagnosi principale	Diagnosi secondaria: Dipendenze		
	0-5 anni	6-13 anni	14-17 anni
Altre psicosi			2
Disturbi di personalità			8
Dipendenze			3
Nevrosi			3
Diagnosi non psych.	2		10
Totale	2		26

3.2. TRATTAMENTI AMBULATORIALI DI MINORI CON PSICOPATOLOGIA E/O ABUSO DI SOSTANZE

I dati di seguito riportati derivano da una ricognizione effettuata nel 2014 *ad hoc* (con dati riferiti all'anno 2013) presso le Aziende Sanitarie Locali, su richiesta della Regione Lazio. Essi sono da ritenersi quale riferimento di massima, in quanto non tutte le ASL hanno seguito esattamente la stessa metodologia raccomandata ("possibile sottostima").

Il dato principale che emerge riguarda il numero di minori seguiti dai Servizi per le Dipendenze, con:

- trattamenti specialistici (131 casi);
- consulenza ed informazione presso istituti scolastici (1021 casi);
- programmi di prevenzione scolastica, ad esempio "Unplugged" (6500 soggetti raggiunti).

Presso i Servizi per adolescenti (TSMREE e Consultori adolescenti) seguirebbero in trattamento individuale 81 minori con disturbi da uso di sostanze, mentre i DSM ne avrebbero in carico 13.

Inoltre sarebbero 18 i minori, con disturbo da uso di sostanze, assistiti con trattamento residenziale.

Dalla rilevazione effettuata dal Dipartimento di Epidemiologia SSR, riferita all'anno 2012, risultano essere in carico ai Ser.T. 113 casi utenti con età inferiore ai 19 anni. Anche in questo caso non tutti i servizi rispondono al Sistema di Sorveglianza regionale, pertanto il dato riportato è sicuramente sottostimato.

Sempre dal medesimo rapporto, emerge che circa il 33% dei pazienti in trattamento presso i Ser.T. del Lazio ha dichiarato di aver fatto il primo uso di sostanze prima dei 18 anni (pari a circa 3400 soggetti) e che il 20,1 % ha iniziato l'uso continuativo sempre prima dei 18 anni (poco più di 1900 soggetti). A fronte di questo 20% dei pazienti attualmente in carico che ha iniziato l'uso patologico in minore età, l'8% del totale ha richiesto il primo trattamento specialistico entro i 19 anni (pari a 1047 soggetti).

Sembrerebbe, quindi che rispetto alle persone che hanno iniziato l'uso continuativo prima dei 19 anni (3584) e che tuttora sono in trattamento, quasi il 30% si sia rivolto ai servizi per le Dipendenze entro quella stessa fascia di età.

In sintesi, si può affermare che, a partire dai dati nazionali, la maggioranza di minori che utilizza sostanze interrompe il consumo con il crescere dell'età.

Dai dati del Dipartimento di Epidemiologia SSR del Lazio, emerge che poco meno di un terzo di coloro che ne prosegue l'uso, si rivolge ai servizi regionali prima dei 19 anni. Appare pertanto centrale riuscire a garantire un'offerta di servizi adeguata ed appropriata anche per quel 70% di soggetti che accedono tardivamente ai servizi, nonostante il precoce insorgere di patologia.

Una rilevazione ancora insufficiente riguarda i trattamenti ambulatoriali presso Consultori adolescenti, TSMREE e Neuropsichiatria Infantile. Dalla sempre più frequente richiesta di consulenza da parte di questi servizi verso i SerT, sembra comunque evidenziarsi una significativa presenza di disturbi da uso di sostanza (non solo di dipendenza) in soggetti con quadri di psicopatologia, in carico ai servizi specialistici per minori.

4. PERCORSO DI PRESA IN CARICO DI MINORI CON USO DI SOSTANZA

Dall'esperienza clinica e da analoghi percorsi di cura delineati dalla Regione Lazio, si reputa opportuno articolare il presente percorso in fasi per garantire una completezza della presa in carico. Le fasi sono da intendersi quali passaggi, di norma in successione.

Ogni servizio ospedaliero o territoriale, indipendentemente dal luogo di prima richiesta di intervento, sarà chiamato ad attivare, se necessario, gli attori chiave del presente percorso.

Quest'ultimo è da intendersi quale orientamento operativo per i servizi e per i professionisti ad essi afferenti. Resta ferma l'indubbia personalizzazione da parte di ogni Azienda Sanitaria, in relazione alle risorse e alle professionalità disponibili.

4.1. FASI DEL PERCORSO

1. Intake e individuazione del Rischio / Problema
2. Consenso e Segnalazione a servizio specialistico
3. Diagnosi: Consulenza o Invio a servizio specialistico
4. Piano di trattamento: gestione congiunta e monitoraggio
5. Dimissioni e follow-up

4.1.1. INTAKE E INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO / PROBLEMA

Finalità

Accogliere le richieste di intervento per minori con disturbi da uso di sostanze, anche con quadri clinici di acuzie, con o senza psicopatologia associata.

Valutare in prima istanza la presenza di elementi critici che possano deporre per la presenza di:

- a. Disturbo da uso di sostanze, che necessiti di trattamento specialistico dei Servizi per le Dipendenze
- b. Psicopatologia del minore e/o del nucleo familiare, che necessiti di trattamento dei servizi per la psicopatologia del minore e della famiglia.

Favorire l'aggancio con il minore e/o la famiglia per motivare il minore e/o il suo familiare ad un approfondimento diagnostico e ad eventuale successivo trattamento specialistico, anche attraverso l'informazione sulle conseguenze dell'uso di sostanze.

Soggetti coinvolti

Servizio di primo accesso
Minore e/o familiare

Descrizione

Il servizio di primo accesso individua la problematica attraverso:

- esame obiettivo,
- anamnesi prossima con minore e con accompagnatore/familiare
- eventuale accertamento laboratoristico, così come specificato per i singoli servizi, secondo le procedure descritte nei capitoli 4.2.

Per procedere alla valutazione si può fare riferimento ai criteri di cui alla Tabella 4 per individuazione di possibile uso di sostanze. La presenza di almeno un criterio è sufficiente a dare avvio al percorso di cui al presente protocollo. Per individuazione di possibile presenza di psicopatologia del minore, si farà riferimento a quanto illustrato nella Tabella 5.

Tabella n. 4

CRITERI PER INDIVIDUAZIONE DI POSSIBILE DISTURBO DA USO DI SOSTANZE

A. Criteri anamnestici

Precedenti trattamenti (documentati o riferiti)

1. Precedenti trattamenti presso servizi ambulatoriali/residenziali per le dipendenze
2. Precedenti diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze
3. Precedenti accessi in Pronto Soccorso e/o ricoveri per intossicazione acuta (compreso overdose)
4. Segnalazioni delle Autorità Giudiziaria ai sensi del TU 309/90 e succ. mod.

Anamnesi prossima (raccolta dal paziente e dagli accompagnatori, anche separatamente)

5. Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti, nell'ultimo anno
6. Episodi di intossicazione da alcol ("ubriacature") o di *binge drinking* ("abbuffata")
7. Comportamento addittivo problematico senza sostanza (ad es. *gambling*), nell'ultimo anno
8. Problemi in ambito familiare, sociale, lavorativo, economico o legale collegati all'uso di sostanze o di comportamenti addittivi senza sostanza

B. Esame obiettivo (Segni e sintomi)

Presenza di segni e sintomi primari riferibili

9. Segni di agopuntura, fino a esiti cicatriziali di ascessi e/o flebiti
10. Ipertrofia dei turbinati, fino alla necrosi / perforazione del setto nasale
11. Miosi o midriasi
12. Rinorrea e piloerezione
13. Microzoopsie

Presenza di segni e sintomi aspecifici o secondari principali (da considerare quale warning, in associazione al quadro complessivo):

- Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche
- Ideazione paranoide
- Attacchi di panico
- Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso
- Sindrome amotivazionale (*cosiddetta*)
- Rallentamento psicomotorio
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Iperemia congiuntivale
- Linfadenomegalia e/o Epatosplenomegalia
- Prurito e/o Lesioni da grattamento
- Tremore e/o Sudorazione associata a Nausea, Vomito

C. Accertamenti di laboratorio tossicologici

14. Positività all'esame su matrice urinaria delle principali sostanze, analizzabili con metodiche qualitative, tendendo presente i tempi di rilevabilità nelle urine delle sostanze: *Fonte: Università di Siena*

Amfetamine (metaboliti delle metamfetamine)	2-3 giorni
Metamfetamine	1-3 giorni (singolo uso); 3-5 giorni (uso ripetuto)
MDMA (ecstasy)	2-4 giorni
Eroina	minuti
Morfina (metabolita dell'eroina)	2 giorni
Metadone (in regime di mantenimento)	7-9 giorni
Cocaina (immodificata)	poche ore
Benzoilecgonina (metabolita della cocaina)	da 2 a 3 giorni; dosi elevate 1 settimana
Cannabinoidi	da 2 a 4 giorni (singolo uso); 3-4 settimane (uso ripetuto)
Ketamina	2-4 giorni
PCP	8 giorni
GHB	12 ore
Benzodiazepine (ansiolitici)	da 12 ore a 7 giorni

15. Positività all'esame su matrice ematica delle principali sostanze

Tabella n. 5

Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto)

Definire i criteri o i segnali di una possibile psicopatologia in un minore è, insieme, semplice e insidioso. Semplice perché il malessere psicologico dei bambini ed adolescenti si manifesta sempre negli stessi modi, ovvero con comportamenti inibitori o eccitatori. Un ragazzo può esprimere malessere chiudendosi in se stesso, con un tono dell'umore triste e un atteggiamento ritirato (introversivo) o, al contrario, con un aumento dell'attività, dell'irrequietezza e, casomai, di comportamenti aggressivi (estroversivo). Questo escludendo o non volendo menzionare i segni psicopatologici "maggiori e minori" della psichiatria classica come allucinazioni, deliri, gravi alterazioni dell'umore che, se presenti, sono indice diretto di psicopatologia.

In estrema sintesi, secondo i criteri della psicopatologia evolutiva, si possono individuare dei fattori di rischio e dei fattori protettivi e, un loro disequilibrio, viene a determinare quella alterazione più quantitativa che qualitativa definita quale patologia. Pertanto, bambini ed adolescenti "normali" nel corso del loro sviluppo possono presentare delle difficoltà quali fobie, timori immotivati, rituali ossessivi, stati dissociati che divengono patologia qualora assumano una particolare e significativa dimensionalità. Si può anche affermare che il bambino e l'adolescente hanno il "diritto" ad essere sintomatici e ad esprimere difficoltà in alcuni passaggi e momenti dello sviluppo tanto che, in periodi complessi, quali ad es. l'adolescenza, discriminare tra un "normale" sintomo o il prodromo dell'insorgenza di problematiche psicopatologiche è senz'altro difficile, unico punto di vista "normativo" è la media dei coetanei, piuttosto che un astratto concetto di "normale e patologico". Ciononostante, proprio in termini di psicopatologia dello sviluppo, si possono elencare dei fattori di rischio individuali, familiari e sociali, così come dei fattori protettivi la cui presenza o assenza indica una particolare necessità di attenzione alla crescita di quel minore.

- **Fattori di rischio**

Stato di salute precario, inserimento scolastico problematico, irregolarità dei ritmi di vita, trascuratezza generale del bambino, assenza di presa in carico sanitaria

- **Fattori protettivi**

Buono stato di salute, buon inserimento scolastico, regolarità nei ritmi di vita, cura nella persona, presa in carico sanitaria, utilizzo di diversi servizi per l'infanzia (inserimento del minore in attività sportive e/o ricreative)

- **Segnali di malessere**

- Segni fisici: contusioni, lesioni, cicatrici, vestiti inadeguati, scarsa igiene, distorsione delle abitudini alimentari – denutrizione, ipernutrizione – disturbi organici non adeguatamente curati dai genitori, rallentamento nella crescita, ingestione di sostanze tossiche.

- Segnali emotivi: tristezza, mancanza di fiducia in sé e nell'altro, stanchezza cronica, attenzione labile e scostante, stato d'ansia da eccessiva responsabilità, bisogno di contatto corporeo, contenimento, difficoltà di relazione.

- Segni comportamentali: prolungate assenze e/o frequenza scolastica discontinua, scarso rendimento scolastico, difficoltà di apprendimento, iperattività e disturbo dell'attenzione, infortuni domestici frequenti, ritardo del linguaggio e/o psicomotorio, astenia, stanchezza, svogliatezza, ricerca di attenzioni, cibo o oggetti, atteggiamento incongruo nelle relazioni affettive, alternanza di comportamenti contrapposti, ritiro dalle relazioni, scarso interesse alle attività.

- **Segnali di benessere**

Sviluppo psicofisico adeguato all'età, fiducia in sé e nell'altro, come segni comportamentali la frequenza scolastica regolare, il rendimento scolastico positivo, l'interesse per le attività e buone capacità relazionali

Qualora siano presenti criteri clinico tra quelli sopraelencati (per uso di sostanze e/o per rischio di psicopatologia), il servizio a cui si è rivolto in prima istanza il minore (od il genitore dello stesso), avvierà le fasi successive. Quindi, in relazione al quadro clinico, il servizio di primo contatto dovrà assicurare una valutazione approfondita ed un inquadramento diagnostico, che potrà essere effettuata dal servizio di primo contatto o da altri servizi, in relazione alle condizioni cliniche presentate al momento di ingresso.

Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanze (con o senza psicopatologia in atto)

Nel caso in cui la fase valutativa debba essere effettuata da altri servizi, il servizio di primo contatto dovrà curare in modo opportuno l'invio o il trasferimento del soggetto, come di seguito indicato.

4.1.2. CONSENSO E SEGNALAZIONE A SERVIZIO SPECIALISTICO

Finalità

Garantire il rispetto della normativa sul segreto professionale e del diritto alla privacy, motivando il paziente /familiari sulla necessità di approfondimento diagnostico, per eventuale avvio di appropriato trattamento specialistico.

La segnalazione al servizio specialistico è invece finalizzata ad organizzare il successivo intervento di quest'ultimo (consulenza, accoglienza per invio o per trasferimento)

Soggetti coinvolti

Servizio di primo contatto

Minore e/o familiare

Servizio specialistico selezionato per valutazione

Descrizione

Il servizio di "primo contatto" deve illustrare e motivare il paziente ed i suoi familiari sull'opportunità di un approfondimento diagnostico, che altrimenti sarebbe difficilmente richiesto una volta risolta la fase acuta. Pertanto dovrà spiegarne le ragioni e informare sulle modalità operative, al fine di condividere l'importanza e la necessità dell'approfondimento stesso

L'eventuale consenso dovrà essere formalmente accettato, con sottoscrizione dell'apposito modulo (*MODULO 1*).

Quindi il servizio di "primo contatto" segnalerà il caso al servizio specialistico individuato, specificando la presenza dei criteri alla base della richiesta, congiuntamente alla indicazione di quanto viene richiesto: consulenza o invio (*MODULO 2*).

La consulenza andrà richiesta nei casi di paziente ricoverato in regime ospedaliero, ovvero nei casi in cui si valuti più opportuno che il paziente mantenga il servizio di primo contatto quale setting unico di riferimento.

L'invio andrà richiesto in tutti gli altri casi, in cui il paziente mostri la propria disponibilità (logistica e motivazionale) a recarsi presso altro servizio. In questo caso sarà cura del servizio di "primo contatto" fissare il primo appuntamento con il servizio specialistico in presenza del paziente e curare la corretta trasmissione delle informazioni già in possesso.

4.1.3. DIAGNOSI: CONSULENZA O INVIO A SERVIZIO SPECIALISTICO

Finalità

Valutazione multidisciplinare a cui concorrono professionisti anche di diversi servizi.

Condivisione tra servizi della valutazione complessiva per la formulazione prognostica.

Definizione dell'eventuale piano di trattamento più appropriato.

Negoziare con il paziente / Familiari del piano di trattamento, anche in collaborazione tra più servizi.

Soggetti coinvolti

Servizio di primo contatto
Minore e/o familiare
Servizio specialistico selezionato per valutazione

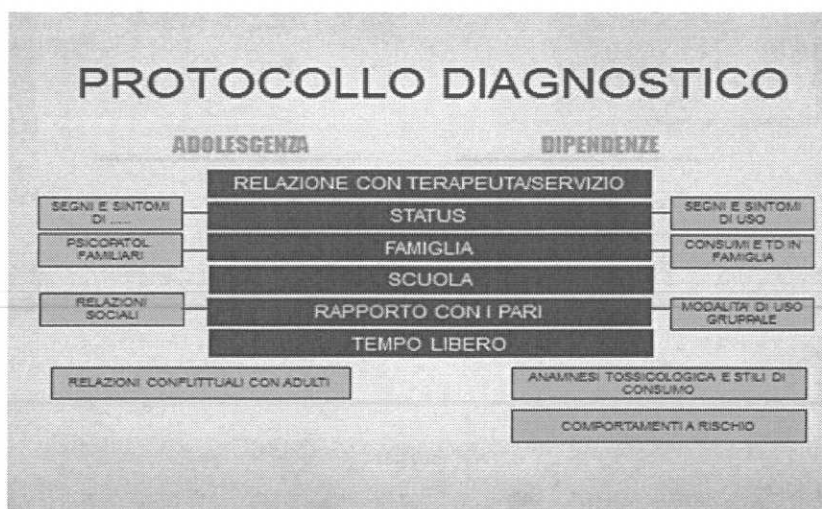
Descrizione

Nel caso di consulenza: Il servizio specialistico si recherà con proprio personale presso il servizio di “primo contatto”, per uno o più incontri/visite finalizzate alla valutazione diagnostica, secondo le modalità, i tempi e gli strumenti ritenuti più idonei.

Nel caso di invio: Il servizio specialistico curerà l'accoglienza del paziente ed il raccordo con l'inviante. Adotterà le modalità, i tempi e gli strumenti ritenuti più idonei.

In entrambi i casi, il servizio specialistico coinvolto produrrà una relazione scritta, contenente le risultanze dell'approfondimento diagnostico effettuato, secondo gli standard di settore. Per l'area delle patologie della dipendenza si adottano le indicazioni previste con *Determinazione Regionale n. B02807/2013 (MODULO 3)*. Per l'area del Materno Infantile / Neuropsichiatria Infantile si adotta il format indicato in allegato (*MODULO 4*).

Le aree oggetto di valutazione diagnostica sono raffigurate come segue:



Farà seguito un incontro tra servizi per la condivisione dei risultati diagnostici e per la definizione del successivo piano terapeutico, di cui si dovranno specificare obiettivi, modalità, intensità e tempi di attuazione.

Nel profilo diagnostico finale si dovranno indicare i livelli di gravità dei diversi aspetti del quadro patologico (*MODULO 5*).

Si definirà quindi quali servizi attueranno il Piano di trattamento (*MODULO 6*): ne discende che si potrà avere, alternativamente:

- gestione congiunta tra servizi
- trasferimento del caso dal servizio di “primo contatto” al servizio specialistico che prenderà in carico il paziente.

L'eventuale ipotesi di piano di trattamento dovrà essere successivamente condivisa con il paziente/familiari, e dovrà tenere conto anche della qualità della relazione che il paziente ha intrattenuto i vari Servizi (*compliance*).

4.1.4. PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI): GESTIONE CONGIUNTA E MONITORAGGIO

Finalità

Offerta di trattamenti con la partecipazione di tutti i servizi competenti in relazione al quadro clinico, con individuazione del Responsabile del Piano di Trattamento Individuale (*case manager*).

Garanzia dell'appropriatezza dell'intervento sia in relazione al quadro clinico, sia al grado di aderenza al trattamento stesso (*compliance*).

Monitoraggio e valutazione periodica congiunta dell'andamento del Trattamento

Soggetti coinvolti

Servizi di trattamento

Minore e/o familiare

Descrizione

Nel caso di "trasferimento" a conclusione della fase valutativo-diagnostica, il paziente sarà seguito secondo i protocolli e le metodologie proprie del servizio che lo prende in carico.

In tutti gli altri casi si organizza il trattamento congiunto, che potrà articolarsi, alternativamente in:

- trattamento in parallelo
- trattamento presso un servizio con consulenza/monitoraggio periodico da parte di altro servizio

Il *trattamento in parallelo* prevede che il paziente sia seguito, in funzione degli obiettivi di cura, da servizi differenti, i cui operatori si costituiscono come unica équipe clinica sul caso. Sarà individuato il case manager in funzione dei livelli di gravità dei diversi aspetti del quadro patologico del paziente. Periodicamente gli operatori dell'équipe congiunta, su invito del case manager, si incontrano per condividere l'andamento del programma, valutare congiuntamente i risultati raggiunti ed rimodulare gli obiettivi terapeutici ed il piano di trattamento.

Nel caso di necessità di trattamenti residenziali o semiresidenziali, la partecipazione alla spesa dell'inserimento sarà a carico dei diversi servizi coinvolti, in percentuali ugualmente suddivise.

Il *trattamento presso un servizio con consulenza/monitoraggio periodico*, prevede che il paziente sia seguito, in funzione degli obiettivi di cura, da un servizio referente di presa in carico, che si avvale, di volta in volta di periodi di consulenza e/o monitoraggio di altro servizio specialistico. In questo caso il case manager fa capo al servizio di presa in carico e convocherà, secondo timing condiviso tra servizi, il servizio per la consulenza specialistica.

L'eventuale trattamento residenziale o semiresidenziale sarà, in questo caso, a totale onere del servizio di presa in carico.

In coincidenza dei momenti di verifica, il Piano di Trattamento può essere rimodulato da una tipologia all'altra (in parallelo/consulenziale).

4.1.5. DIMISSIONI E FOLLOW-UP

Finalità

Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanze (con o senza psicopatologia in atto)

Valutazione con il paziente/familiare degli obiettivi terapeutici raggiunti.
Garanzia di una funzione di “tutela” sanitaria durante il periodo evolutivo del minore, con un piano di follow-up.

Soggetti coinvolti

Servizi di trattamento
Minore e/o familiare

Descrizione

Tutti i servizi coinvolti nel trattamento (in parallelo o con funzione consulenziale) stabiliscono la tempistica e le modalità di dimissione, condividendole con il paziente /familiari.

Vengono consegnate le prescrizioni e le opportune raccomandazioni al paziente/familiari, nonché il piano di follow-up, che può prevedere delle valutazioni congiunte tra servizi con periodicità variabile (*MODULO 7*).

I servizi devono comunicare al paziente/familiari, in ogni caso, la disponibilità per eventuale Piano di trattamento, nei casi di nuovi episodi di criticità.

MODULI ALLEGATI

1. Scheda di Consenso informato per Consulenza/Invio
2. Scheda di Segnalazione (con richiesta di consulenza/invio)
3. Scheda profilo valutativo patologie della dipendenza
4. Scheda profilo valutativo psicopatologie età evolutiva
5. Scheda diagnosi congiunta livello di gravità
6. Modulo di Piano di Trattamento Individuale (PTI)
7. Scheda di dimissione e programma di follow-up

4.2. ESEMPLIFICAZIONE DI PERCORSI

Ogni singolo paziente/familiare ha il primo contatto con la rete dei servizi sanitari o in occasione del singolo episodio critico o in funzione della consapevolezza acquisita su aspetti del quadro clinico. È quindi compito della rete dei servizi assicurare che garantirà al paziente, da qualsiasi punto si avvii il processo assistenziale, una diagnosi esaustiva e il trattamento più appropriato.

Pertanto, dopo la descrizione delle singole fasi del processo assistenziale, valide per qualsiasi servizio, si illustrano alcune tipologie di percorso realizzabili, in funzione dei punti di “primo contatto”. Tali servizi vengono aggregati nel seguente modo:

1. Servizi Ospedalieri

- Pronto Soccorso, SPDC, Reparto/ Servizio di Pediatria, Neurologia e altri Reparti/Servizi di Medicina o Chirurgia
- Reparti/Servizi di Neuropsichiatria Infantile

2. Servizi Territoriali

- Centri di Salute Mentale
- Materno Infantile/Adolescenza (rete dei Consultori, TSMREE, strutture specifiche per Adolescenti)
- Ser.T.
- Medici di Medicina Generale e Pediatri Libera Scelta

3. Servizi residenziali

- Comunità Terapeutiche per Minori/SRTR intensive ed estensive per Adolescenti

Servizi Ospedalieri

Pronto Soccorso, SPDC, Reparto/ Servizio di Pediatria, Neurologia e altri Reparti/Servizi di Medicina o Chirurgia

Cosa fa	Tempi	Documentazione
FASE 1. INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO:		
1. Rilevazione di segni e sintomi	Durante triage, osservazione, degenza	Tabella 4. Criteri per individuazione disturbo da uso di sostanze
2. Anamnesi prossima con accompagnatore/minore		
3. In caso di sospetto uso di sostanze: Analisi metaboliti urinari		
FASE 2. CONSENSO E SEGNALAZIONE:		
4. Colloquio con paziente/familiare per “consenso informato per la segnalazione a servizio specialistico”	Durante osservazione, degenza	Modulo 1. Consenso informato alla segnalazione
5. Segnalazione a servizio specialistico per richiesta di consulenza (se ricovero superiore alle 24 h) o per invio (in caso di dimissione o ricovero inferiore alle 24 ore)		Modulo 2. Segnalazione e richiesta di consulenza/invio
6. Contatto diretto con il servizio specialistico per appuntamento, in caso di invio	Prima della dimissione	

Dipartimento/Servizio di Neuropsichiatria Infantile

Cosa fa	Tempi	Documentazione
FASE 1. INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO:		
1. Anamnesi prossima con accompagnatore/minore	Durante primi colloqui osservazione	Tabella 4. Criteri per individuazione disturbo da uso di sostanze
2. Rilevazione di segni e sintomi		
3. Rilevazione di Precedenti Trattamenti	Durante trattamento diagnostico	Modulo 1. Consenso informato alla segnalazione
FASE 2. CONSENSO E SEGNALAZIONE:		
4. Colloquio con paziente/familiare per “consenso informato per la segnalazione a servizio specialistico”		
5. Segnalazione a servizio specialistico SerT per richiesta di consulenza o per invio (in relazione al quadro clinico)		
6. Contatto diretto con il servizio specialistico per appuntamento, in caso di invio	Fine del trattamento diagnostico	Modulo 2. Segnalazione e richiesta di consulenza/invio
FASE 3. DIAGNOSI: CONSULENZA O INVIO		
7. Valutazione multidisciplinare		Modulo 4
8. Redazione del proprio approfondimento diagnostico		
9. Incontro di condivisione delle valutazioni diagnostiche con il SerT, con indicazione dei livelli di gravità sui singoli aspetti di patologia		Modulo 5
10. Definizione e condivisione del Piano di trattamento tra servizi	Trattamento	Modulo 6
11. Negoziazione del Piano di trattamento con paziente /familiari		
FASE 4. PIANO DI TRATTAMENTO		
12. Eventuale trasferimento o Trattamento congiunto (in parallelo o di consulenza SerT)	Fine trattamento	Modulo 7
13. Incontri di monitoraggio		
FASE 5. DIMISSIONI E FOLLOW-UP		
14. Colloqui di dimissione con consegna di prescrizioni e/o raccomandazioni		
15. Piano di Follow-up		

Servizi Territoriali - Centro Salute Mentale

Cosa fa	Tempi	Documentazione
FASE 1. INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO: 1. Rilevazione all'anamnesi remota di Precedenti Trattamenti	Durante primi colloqui osservazione	Tabella 4. Criteri per individuazione disturbo da uso di sostanze
2. Approfondimento di attuale uso di sostanze o di comportamenti di addiction durante anamnesi prossima con accompagnatore/minore		
3. Esame obiettivo con eventuale rilevazione di segni e sintomi		
FASE 2. CONSENSO E SEGNALAZIONE: 4. Colloquio con paziente/familiare per "consenso informato per la segnalazione a servizio specialistico"	Durante trattamento diagnostico	Modulo 1. Consenso informato alla segnalazione
5. Segnalazione a servizio specialistico TSMREE e al SerT per richiesta di consulenza o per invio (in relazione al quadro clinico)		Modulo 2. Segnalazione e richiesta di consulenza/invio
6. Contatto diretto con il servizio specialistico per appuntamento, in caso di invio		
FASE 3. DIAGNOSI: CONSULENZA O INVIO 7. Valutazione multidisciplinare	Fine del trattamento diagnostico	Modulo 4
8. Redazione del proprio approfondimento diagnostico		
9. Incontro di condivisione delle valutazioni diagnostiche con il SerT e/o TSMREE, con indicazione dei livelli di gravità sui singoli aspetti di patologia		Modulo 5
10. Definizione e condivisione del Piano di trattamento tra servizi		Modulo 6
11. Negoziazione del Piano di trattamento con paziente /familiari		
FASE 4. PIANO DI TRATTAMENTO 12. Eventuale trasferimento o Trattamento congiunto (in parallelo o di consulenza TSMREE, SerT)		Trattamento
13. Incontri di monitoraggio		
FASE 5. DIMISSIONI E FOLLOW-UP 14. Colloqui di dimissione con consegna di prescrizioni e/o raccomandazioni	Fine trattamento	Modulo 7
15. Piano di Follow-up		

Materno Infantile/Adolescenza (rete dei Consultori, TSMREE, strutture specifiche per Adolescenti)

Cosa fa	Tempi	Documentazione
FASE 1. INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO:	Durante primi colloqui osservazione	Tabella 4. Criteri per individuazione disturbo da uso di sostanze
1. Rilevazione all'anamnesi remota di Precedenti Trattamenti		
2. Approfondimento di attuale uso di sostanze o di comportamenti di addiction durante anamnesi prossima con accompagnatore/minore		
3. Esame obiettivo con eventuale rilevazione di segni e sintomi	Durante trattamento diagnostico	Modulo 1. Consenso informato alla segnalazione
FASE 2. CONSENSO E SEGNALAZIONE:		
4. Colloquio con paziente/familiare per "consenso informato per la segnalazione a servizio specialistico"		
5. Segnalazione al SerT per richiesta di consulenza o per invio (in relazione al quadro clinico)	Durante trattamento diagnostico	Modulo 2. Segnalazione e richiesta di consulenza/invio
6. Contatto diretto con il SerT per appuntamento, in caso di invio		
FASE 3. DIAGNOSI: CONSULENZA O INVIO		
7. Valutazione multidisciplinare	Fine del trattamento diagnostico	Modulo 4
8. Redazione del proprio approfondimento diagnostico		
9. Incontro di condivisione delle valutazioni diagnostiche con il SerT, con indicazione dei livelli di gravità sui singoli aspetti di patologia		Modulo 5
10. Definizione e condivisione del Piano di trattamento tra servizi		Modulo 6
11. Negoziazione del Piano di trattamento con paziente /familiari		
FASE 4. PIANO DI TRATTAMENTO		Trattamento
12. Eventuale trasferimento o Trattamento congiunto (in parallelo o di consulenza SerT)		
13. Incontri di monitoraggio	Fine trattamento	Modulo 7
FASE 5. DIMISSIONI E FOLLOW-UP		
14. Colloqui di dimissione con consegna di prescrizioni e/o raccomandazioni		
15. Piano di Follow-up		

Ser.T.

Cosa fa	Tempi	Documentazione
<p>FASE 1. INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO di PSICOPATOLOGIA:</p> <p>1. Rilevazione di segni e sintomi riferibili a possibili quadri di psicopatologia in adolescenza (disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi della condotta, esordio psicotico)</p>	Durante primi colloqui osservazione	Tabella 5- Criteri per individuazione rischio psicopatologia del minore
2. Approfondimento anamnestico con accompagnatore/minore		
<p>FASE 2. CONSENSO E SEGNALAZIONE:</p> <p>3. Colloquio con paziente/familiare per "consenso informato per la segnalazione a servizio specialistico"</p>	Durante trattamento diagnostico	Modulo 1. Consenso informato alla segnalazione
4. Segnalazione al TSMREE /NPI per richiesta di consulenza o per invio (in relazione al quadro clinico)		Modulo 2. Segnalazione e richiesta di consulenza/invio
5. Contatto diretto con il TSMREE/NPI per appuntamento, in caso di invio		
<p>FASE 3. DIAGNOSI: CONSULENZA O INVIO</p> <p>6. Valutazione multidisciplinare</p>		Modulo 3
7. Redazione del proprio approfondimento diagnostico	Fine del trattamento diagnostico	
8. Incontro di condivisione delle valutazioni diagnostiche con il TSMREE/NPI, con indicazione dei livelli di gravità sui singoli aspetti di patologia		Modulo 5
9. Definizione e condivisione del Piano di trattamento tra servizi		Modulo 6
10. Negoziazione del Piano di trattamento con paziente /familiari		
<p>FASE 4. PIANO DI TRATTAMENTO</p> <p>11. Eventuale trasferimento o Trattamento congiunto (in parallelo o di consulenza TSMREE/NPI)</p>	Trattamento	
12. Incontri di monitoraggio		
<p>FASE 5. DIMISSIONI E FOLLOW-UP</p> <p>13. Colloqui di dimissione con consegna di prescrizioni e/o raccomandazioni</p> <p>14. Piano di Follow-up</p>	Fine trattamento	Modulo 7

Medici di Medicina Generale e Pediatri Libera Scelta

Cosa fa	Tempi	Documentazione
FASE 1. INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO: 1. Anamnesi prossima con genitore/minore	Durante le visite mediche di routine	Tabella 4. Criteri per individuazione disturbo da uso di sostanze
2. Rilevazione di segni e sintomi		Tabella 5- Criteri per individuazione rischio psicopatologia del minore
FASE 2. CONSENSO E SEGNALAZIONE: 3. Colloquio con paziente/familiare per motivare all'invio al servizio specialistico		
4. Contatto diretto con il servizio specialistico per appuntamento		

Raccomandazioni:

È opportuno che il Medico di Medicina Generale ovvero il Pediatra di Libera Scelta:

- effettui il colloquio anamnestico con il minore non alla presenza del familiare, che sarà presente solo durante una parte della visita;
- sconsigli il genitore ad obbligare i figli ad effettuare analisi urinarie per la ricerca di metaboliti, sia attraverso l'utilizzo di kit ("fai da te") reperibili in farmacia, sia portando campioni biologici presso laboratori analisi;
- informi il minore e/o il familiare circa i rischi per la salute da uso di sostanze;
- favorisca il dialogo tra il minore ed i genitori, nel caso di difficoltà nella gestione della conflittualità.

Servizi residenziali

Comunità Terapeutiche per Minori/SRTR intensive ed estensive per Adolescenti

In considerazione della specifica situazione legata al trattamento residenziale, che vede il minore inserito in strutture dedicate, se ne raccomanda l'accompagnamento al SerT, qualora vi sia sospetto uso di sostanze, al fine di una valutazione dell'entità del disturbo e dell'eventuale predisposizione di intervento precoce.

ALLEGATI

I Moduli allegati sono da utilizzare come possibili riferimenti, per semplificare la trasmissione di comunicazioni.

I dati riportati corrispondono al set minimo necessario per la condivisione dei percorsi di diagnosi e di cura.

I singoli servizi possono, quindi, adattare i testi, nel rispetto delle variabili da comunicare.

MODULO 1. SCHEDA DI CONSENSO INFORMATO PER CONSULENZA/INVIO

Il/la sottoscritto/a.....

Genitore/tutore del minore.....

Essendo stato informato, in relazione alle condizioni di salute del/la proprio/a figlio/a, assistito/a, dal/la dott/ssa.....,

del Servizio/Repartodella ASL /AO.....

dei rischi per la salute correlati all'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti fornisce il proprio formale consenso affinché sia assicurato un approfondimento diagnostico, attraverso:

€ richiesta di consulenza al servizio specialistico.....della ASL.....

€ invio per visita, con prenotazione di appuntamento, presso il servizio specialistico.....della ASL.....

Sono stato, altresì, informato che i dati relativi alla motivazione di richiesta di consulenza/invio sono comunicati al professionista contattato per la prestazione.

Data _____

Il Sanitario

Il Genitore/tutore

Nome e cognome

Firma

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa

Firma leggibile

MODULO 2. SCHEDA DI SEGNALAZIONE (CON RICHIESTA DI CONSULENZA/INVIO)

Al Servizio.....

Si richiede:

€ consulenza

€ appuntamento

Per il/la minore....., nato/a....., recapito.....

in carico presso lo scrivente Servizio /Reparto, per problematiche probabilmente connesse all'uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti.

Si fa presente che sono stati rilevati i seguenti elementi:

A. Criteri anamnestici

€ Precedenti trattamenti (documentati o riferiti): specifica.....

€ Anamnesi prossima (raccolta dal paziente e dagli accompagnatori, anche separatamente): specifica.....

B. Esame obiettivo (Segni e sintomi)

Presenza di segni e sintomi primari: specifica.....

Presenza di segni e sintomi aspecifici o secondari principali (da considerare quale warning, in associazione al quadro complessivo): specifica

C. Accertamenti di laboratorio tossicologici

Sostanza Referto: pos/neg.

Sostanza Referto: pos/neg.

Sostanza Referto: pos/neg.

Data _____

Il Sanitario

MODULO 3. SCHEDA PROFILO VALUTATIVO PATOLOGIE DELLA DIPENDENZA

A. Breve inquadramento socio-anagrafico attuale; storia personale, familiare, sociale, giudiziaria
B. Motivo della richiesta, origine della domanda
C. Aspettative e bisogni del paziente, motivazione al cambiamento
D. Anamnesi clinica, psicopatologica, tossicologica, internistica, ecc.
E. Rapporto con la sostanza, grado di intossicazione da sostanza e carving, attualità di consumo / positività metabolici
F. Profilo psicologico: competenze cognitive, modalità comunicative, relazioni, senso di responsabilità, auto percezione dei propri problemi e risorse, ecc.
G. Comportamento del paziente nella vita, nel servizio, interazioni con gruppo dei pari, funzionamento globale (personale, sociale), risorse e competenze residue e potenziali
H. Consuetudini, abitudini, modalità di divertimento; stile educazione e modello di apprendimento; stile abitativo
I. Trattamenti precedenti (anamnesi ed esiti)
J. Risorse familiari ed ambientali; profilo familiare
K. Modalità relazionale con il clinico (alleanza)

MODULO 4. SCHEDA PROFILO VALUTATIVO PSICOPATOLOGIE ETA' EVOLUTIVA

A. Breve inquadramento socio-anagrafico attuale; storia personale, familiare, sociale, giudiziaria
B. Motivo della richiesta, origine della domanda
C. Aspettative e bisogni del paziente, motivazione al cambiamento
D. Anamnesi clinica, psicopatologica, internistica, ecc.
E. Profilo psicologico: competenze cognitive, modalità comunicative, relazioni, senso di responsabilità, auto percezione dei propri problemi e risorse, ecc.
F. Comportamento del paziente nella vita, nel servizio, interazioni con gruppo dei pari, funzionamento globale (personale, sociale), risorse e competenze residue e potenziali
G. Consuetudini, abitudini, modalità di divertimento; stile educazione e modello di apprendimento; stile abitativo
H. Trattamenti precedenti (anamnesi ed esiti)
I. Risorse familiari ed ambientali; profilo familiare
J. Modalità relazionale con il clinico (alleanza)

MODULO 5. SCHEDA DIAGNOSI CONGIUNTA LIVELLO DI GRAVITÀ

Minore.....

Ipotesi valutazione diagnostica:

Diagnosi funzionale.....
.....

Eventuale diagnosi nosografica.....

Livello di gravità area dipendenze: € lieve , € moderato, € grave

Livello di gravità area psicopatologia: € lieve , € moderato, € grave

Servizi responsabili della valutazione diagnostica:

_____ Sanitario.....

_____ Sanitario.....

_____ Sanitario.....

Data.....

MODULO 6. PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI)

Minore.....

Trattamento

€ in parallelo, tra i servizi.....,,

€ di consulenza del servizio..... Presso.....

Descrizione del Piano di Trattamento (ambulatoriale/residenziale/semiresidenziale):

.....

Obiettivi di trattamento:.....

Durata orientativa, prevista per il trattamento.....

CASE MANAGER:.....

Equipe di trattamento:

.....

Incontri programmati per verifica Piano di Trattamento Individuale:

.....

.....

MODULO 7. SCHEDA DI DIMISSIONE E PROGRAMMA DI FOLLOW-UP

Al Genitore / Minore.....

A conclusione del Piano di Trattamento Individuale, in data, si raccomanda:

.....

Si prescrive la seguente terapia:.....

Si invita a successiva visita di controllo da effettuare tra..... mesi,

in data.....

Per qualsiasi necessità o dubbio sulle condizioni di salute, è invitato a contattare il dott/ssa..... al seguente recapito.....

Data

Il sanitario.....