



Funded by
the European Union



Verso un sistema integrato per la salute mentale e il supporto psicosociale di bambini e adolescenti

Output 1.2

Mettere la salute mentale e il benessere psico-sociale degli adolescenti in Italia al primo posto

Parte del progetto multipaese Child & Youth wellbeing and mental health first

REFORM/IM2023/025

Maggio 2025

Il progetto è finanziato dall'Unione Europea e realizzato da UNICEF, in collaborazione con la Commissione Europea, attraverso lo Strumento di Supporto Tecnico (TSI – Technical Support Instrument).

Questo documento è stato prodotto con il sostegno finanziario dell'Unione Europea. Le opinioni espresse non riflettono le opinioni ufficiali dell'Unione Europea.



Contenuto

Executive summary	4
Introduzione	5
Elenco delle abbreviazioni	6
1. Contesto	7
1.1 Focus: principali problematiche	10
2. Ricerca internazionale	17
2.1 Metodologia per la ricerca documentale internazionale	17
2.2 Panoramica dei modelli MHPSS per bambini e adolescenti	18
2.3 Modelli di erogazione dei servizi MHPSS	19
3. Analisi dei servizi di supporto MHPSS in Italia	28
3.1 Legislazione italiana sull'integrazione sociosanitaria in materia di salute mentale	28
Il sistema di Governance.....	41
3.2 Analisi multiregionale: metodologia e approccio della ricerca.....	44
4. Conclusioni	65
4.1 Raccomandazioni per il rafforzamento della salute mentale ed il benessere degli adolescenti in Italia	66
 Allegato 1 – Il contesto internazionale	69
Allegato 2 - Metodologia per la revisione sistematica	72
Allegato 3 – Tabella 1. Classificazione degli interventi in base al settore di attuazione	74
Allegato 4 - Tabella 2. Descrizione degli studi inclusi	76
Allegato 5 - Metodologia per la valutazione multiregionale	79
Allegato 6 – Intervista strutturata – In italiano.....	80
Allegato 7 – Le schede Regionali	96
Allegato 8 - Risultati dell'analisi del contenuto sulle trascrizioni delle interviste.....	125

Executive summary

Questo studio offre un'analisi approfondita dei servizi di salute mentale e di supporto psicosociale (MHPSS) rivolti a bambini e adolescenti in Italia, con particolare attenzione ai livelli attuali di cooperazione e integrazione tra i settori sanitario, sociale ed educativo. Sviluppato nell'ambito del progetto multicountry "Child & Youth Wellbeing and Mental Health First" (REFORM/IM2023/025), l'obiettivo della ricerca è quello di comprendere meglio gli approcci esistenti all'integrazione dei servizi, al fine di sostenere le autorità nazionali e locali nel rafforzamento dei quadri collaborativi per l'erogazione degli interventi MHPSS.

Basandosi su una revisione sistematica di 18 pubblicazioni contenenti 335 studi primari internazionali, lo studio identifica pratiche evidence-based e modelli centrati sui giovani e sulla comunità, attivati attraverso hub di servizi integrati. Tra i principali fattori abilitanti dell'integrazione emergono la co-localizzazione dei servizi, l'impiego di équipe multidisciplinari e iniziative di formazione congiunta. Ostacoli rilevanti includono finanziamenti frammentati, carenza di personale qualificato e scarsa comunicazione intersetoriale.

Come cornice concettuale è stato adottato il Rainbow Model of Integrated Care (Valentijn et al.), che ha guidato la valutazione multiregionale sull'integrazione dei servizi MHPSS in Italia ai livelli micro (clinico), meso (professionale e organizzativo) e macro (di sistema).

La mappatura multiregionale, condotta tramite analisi documentali e interviste, rivela un'ampia eterogeneità nei modelli organizzativi e nei livelli di integrazione tra le regioni. Sebbene la maggior parte delle regioni dichiari l'impiego di team multidisciplinari — composti da neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali ed educatori — le modalità di coordinamento interno variano sensibilmente. La cooperazione tra i settori sanitario, educativo e sociale è frequentemente menzionata, ma solo in pochi casi si traduce in meccanismi formali e stabili.

L'offerta dei servizi presenta marcate disparità territoriali: sebbene strutture fondamentali come la NPIA, i consultori familiari e i centri di salute mentale siano diffuse a livello nazionale, le differenze in termini di accessibilità e capacità erogativa risultano significative. Il finanziamento dei servizi MHPSS è prevalentemente garantito da risorse nazionali e regionali — tra cui il Fondo Sanitario Regionale, il FSE, il FESR e il PNRR — ma le strategie di investimento sono disomogenee. Permangono inoltre sfide sistemiche: carenza critica di figure professionali (soprattutto neuropsichiatri infantili), lunghe liste di attesa e persistente frammentazione tra i settori coinvolti.

Questa varietà regionale, sebbene possa ostacolare una risposta coerente a livello nazionale, costituisce al tempo stesso un'opportunità per l'apprendimento reciproco e l'innovazione. L'assenza di standard condivisi, strumenti di monitoraggio comuni e meccanismi per la scalabilità dei modelli efficaci rischia però di limitare l'impatto delle iniziative di integrazione. In questo contesto, l'analisi fornisce elementi essenziali per orientare le fasi successive del progetto, tra cui i workshop distrettuali e la progettazione di strumenti operativi volti a rafforzare l'integrazione dei servizi MHPSS.

Introduzione

La Commissione europea sostiene quattro Stati membri dell'UE nel contesto di un progetto di supporto tecnico multinazionale intitolato "Child & Youth wellbeing and mental health first". Il progetto è attualmente in fase di realizzazione in Italia, insieme a Spagna (concretamente in Andalusia), Cipro e Slovenia.

In Italia, il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Programma Mattone Internazionale Salute (proMis) sono le autorità beneficiarie e UNICEF è stato identificato per fornire il supporto tecnico.

I servizi di salute mentale e di supporto psicosociale in Italia sono affrontati da due quadri di policy: le politiche di assistenza sociale e le politiche sanitarie. Benché interconnessi, i servizi di assistenza sociale e sanitaria sono stati a lungo forniti all'interno di un panorama altamente frammentato composto da istituzioni e fornitori di servizi distinti caratterizzati da tipi di servizi distinti. Tuttavia, a partire dagli anni 2000, il sistema MHPSS italiano si è progressivamente spostato verso un approccio integrato sanitario e sociale.

*Tuttavia, le disparità tra le diverse regioni nell'erogazione dei servizi e le difficoltà di coordinamento tra i vari livelli di governo e i fornitori di servizi **costituiscono delle sfide significative** per l'attuazione di un modello standardizzato di integrazione sanitaria e sociale che garantisca, in ultima analisi, la continuità delle cure.*

Per fornire alle autorità nazionali e locali evidenze più solide sui bisogni e le opportunità nella fornitura di servizi di salute mentale agli adolescenti nelle regioni, questo studio intende:

- 1) *mappare i servizi di salute mentale e di supporto psicosociale (MHPSS) per giovani e bambini a livello internazionale, identificando i fattori abilitanti, le barriere, gli ostacoli e i meccanismi per l'integrazione, per informare e guidare la pianificazione delle fasi successive del progetto.*
- 2) *Mappare i servizi sanitari e di supporto psicosociale nazionali e regionali per giovani e bambini.*

Elenco delle abbreviazioni

ADHD/ADD	Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività Attention Deficit Hyperactivity or Attention Deficit Disorder
AGIA	Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza
BED	Binge Eating Disorder/Disturbo da Alimentazione Incontrollata
DSM	Dipartimenti di Salute Mentale
ECARO	Ufficio regionale per l'Europa e l'Asia centrale
EMUR	Epidemiologia e Monitoraggio delle Uscite Residenziali
FAMI	Fondo Asilo, migrazione e integrazione
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LEA	Livelli essenziali di assistenza
LEPS	Livelli essenziali di prestazioni sociali
MHPSS	Servizi di salute mentale e supporto psicosociale
NPIA	Neuropsichiatria Infantile
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ProMIS	Programma Mattone Internazionale Salute
SERD	Servizio per le dipendenze
SINPIA	Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
UE	Unione Europea
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia
UONPIA	Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza

1. Contesto

Il panorama della salute mentale giovanile presenta dati preoccupanti a livello mondiale. Secondo i dati dell'OMS, nel 2021 circa un settimo degli adolescenti, ovvero il 15% della popolazione tra i 10 e i 19 anni, ha sperimentato condizioni di disagio psicologico¹. Il panorama italiano sembra coincidere con le tendenze in ambito internazionale. L'indice di salute mentale rilevato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) mostra che la pandemia ha fortemente colpito la salute mentale della fascia di età 14-19 anni, che è scesa di quasi 4 punti percentuali tra il 2020 e il 2021 (OpenPolis, 2022)², con una differenza di genere a svantaggio delle ragazze³. Questa tendenza si è confermata anche nell'ultimo anno, con una marcata diminuzione dell'indice di benessere psicologico tra le giovani donne che è sceso dal 69,8% del 2022 al 67,4% del 2023⁴ (rispetto al 74,3% dei ragazzi del 2023).

La situazione attuale mostra un malessere diffuso⁵ tra i giovani in Italia che si manifesta in modi variegati, influenzando diverse dimensioni esistenziali. Dati significativi⁶ rivelano che il 10% dei giovani abbandona precocemente gli studi; circa il 12% degli adolescenti, soprattutto maschi, mostra una potenziale dipendenza dai videogiochi; il 9,1% degli studenti tra i 15 e i 19 anni ha sperimentato un isolamento sociale prolungato. Si registra anche un aumento dei casi di minori coinvolti in attività illegali online, come la pornografia infantile e la sextortion. Infine, il 25,3% degli studenti delle scuole superiori ha subito esperienze di bullismo, con il 18,1% che ammette di aver partecipato attivamente a tali azioni.



Riferimento 1 © UNICEF/UN0219185/Bell

Il progetto "#WITH YOU, Wellness Training for Health – La psicologia con te" promosso nel 2022 da Unicef Italia e Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS ha evidenziato che il 39% dei giovani soffre di sintomi ansio-depressivi.⁷

Infatti, secondo la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), tra il 2020 e il 2022 sono aumentati significativamente i ricoveri ospedalieri per disturbi psichiatrici nei giovani, inclusi i comportamenti autolesionistici e tentativi di suicidio. Anche i casi di disturbi alimentari, come l'anoressia e la bulimia, sono triplicati nello stesso periodo e gli accessi per tutti gli altri disturbi neuropsichiatrici infantili e adolescenziali sono in forte aumento, presentando quadri clinici di crescente complessità. Lo studio "Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi"⁸ promosso dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (AGIA) con l'Istituto Superiore di Sanità

(ISS) e con la collaborazione del Ministero dell'Istruzione e del Merito ha lanciato l'allarme sui disturbi neuropsichiatrici emersi durante la pandemia a rischio di cronicizzazione⁹.

La ricerca ha evidenziato un aumento dei disturbi del comportamento alimentare, autolesionismo, ideazione suicidaria, alterazioni del ritmo sonno-veglia e ritiro sociale. In ambito educativo è stato rilevato un aumento dei disturbi dell'apprendimento, dell'attenzione e del linguaggio, nonché disturbi della condotta e della regolazione cognitiva ed emotiva. Tra i soggetti più a rischio vengono indicati i preadolescenti e gli adolescenti. I preadolescenti e gli adolescenti con disabilità, quelli provenienti da contesti socioculturali ed economici svantaggiati e quelli con esperienze migratorie hanno mostrato disagi ancora più gravi.

La pandemia ha posto ulteriore evidenza sulle esigenze della salute mentale dei minori, come emerge dal rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (2021).¹⁰ La crescente domanda di assistenza tra i giovani e le loro famiglie ha evidenziato una carenza di risorse e differenze nell'organizzazione dei servizi di neuropsichiatria infantile e adolescenziale (NPIA) nelle diverse regioni d'Italia.

Infatti, secondo l'UNICEF,¹¹ già prima dell'emergenza pandemica, il 16,6% dei giovani italiani tra i 10 e i 19 anni, circa 956.000 individui, soffriva di disturbi mentali. La prevalenza di questi disturbi era più alta tra le ragazze (17,2%, corrispondenti a 478.554) rispetto ai ragazzi (16,1%, pari a 477.518), con un aumento dell'incidenza in relazione all'avanzare dell'età.

Attualmente, secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), molti bambini e adolescenti con disturbi mentali non ricevono un trattamento adeguato a causa di fattori quali la mancanza di risorse, lo stigma associato ai disturbi mentali, il mancato riconoscimento precoce dei sintomi, una mancata progettualità della presa in carico. Molti problemi psicologici non ricevono l'attenzione necessaria e non vengono adeguatamente affrontati.

I risultati della consultazione pubblica¹² promossa dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza che ha coinvolto 7.470 giovani tra i 16 e i 20 anni, prevalentemente studenti delle scuole superiori, istituti tecnici e professionali, rivelano che sebbene il 35% dei partecipanti si dichiari sereno, il 51,4% riferisce stati prolungati di ansia o tristezza, il 49,8% lamenta eccessiva stanchezza e il 44,7% difficoltà di attenzione. Un dato particolarmente rilevante è che il 62,7% dei partecipanti esprime il desiderio di poter usufruire dei servizi di uno psicologo, evidenziando una forte consapevolezza della necessità di un supporto professionale per la salute mentale.

Questa situazione solleva preoccupazioni, come evidenziato nel rapporto congiunto dell'Autorità per l'infanzia (AGIA) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), sul rischio che i disagi psicologici esacerbati dalla pandemia possano cronicizzarsi, sottolineando l'urgente necessità di interventi mirati e accessibili per prevenire conseguenze a lungo termine sulla salute mentale dei giovani. Pertanto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) enfatizza l'importanza di identificare precocemente e trattare tempestivamente i disturbi mentali riscontrati durante l'adolescenza, evitando soluzioni che prevedano l'ospedalizzazione e una medicalizzazione eccessiva¹³. A questo proposito, il 13° Rapporto di Monitoraggio del Gruppo di Lavoro della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC), oltre ad evidenziare diverse preoccupazioni sulla salute mentale dei minori in Italia, tra cui la mancanza di un sistema di monitoraggio completo,¹⁴ rileva un aumento dei casi di disturbi comportamentali e diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADD/ADHD), così come un aumento della prescrizione di psicofarmaci, psicostimolanti e antidepressivi¹⁵. Il Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza raccomanda che l'Italia garantisca che le diagnosi di ADD/ADHD siano verificate meticolosamente e che i farmaci siano prescritti solo come ultima risorsa, dopo un'attenta considerazione dell'interesse superiore del bambino¹⁶.

Per completare il quadro, va notato che:

- gli interventi per gli adolescenti con disturbi mentali tendono a essere focalizzati sulla gestione delle acuzie e sull'intervento farmacologico anziché sulla diagnosi precoce¹⁷. Questo approccio emergenziale può comportare la perdita di opportunità di prevenzione, poiché la ricerca indica che l'intervento precoce può modificare significativamente le traiettorie della malattia, ridurre la morbilità a lungo termine e migliorare i risultati educativi e professionali nei giovani¹⁸;
- In Italia, i servizi di salute mentale per gli adolescenti risultano spesso divisi tra sanità, servizi sociali e scuole, rendendo complesso il coordinamento degli interventi. Le analisi ufficiali descrivono il sistema come "*frammentato*" con una piena integrazione sociosanitaria ancora in fase di attuazione¹⁹. In pratica, vari servizi possono operare in silos, con una comunicazione limitata. Il rafforzamento della collaborazione strutturata tra i reparti psichiatrici, i servizi ambulatoriali (come le unità di neuropsichiatria e i centri comunitari) e i settori sociale e educativo potrebbe sostenere percorsi di cura più continuativi e coordinati. Il passaggio a una "*rete integrata*" è considerato essenziale per un sostegno duraturo²⁰;
- Il sistema sanitario offre una serie di diverse opzioni di supporto psicologico per i minori, adattate alle diverse fasce d'età e forme di disagio: ad esempio, l'UONPIA (Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza) fornisce assistenza psichiatrica e psicologica su misura per bambini e adolescenti, mentre i consultori familiari e i centri giovanili offrono ulteriori servizi di consulenza. Tuttavia, il passaggio dai servizi per i giovani a quelli per adulti all'età di 18 anni rimane una fase particolarmente delicata nel percorso di cura, con il rischio di una discontinuità nell'assistenza, poiché i giovani devono passare dai servizi per bambini/adolescenti ai dipartimenti di salute mentale per adulti (DSM). L'evidenza suggerisce che una percentuale significativa di adolescenti non completa con successo questa transizione: secondo SINPIA, solo circa 1 su 10 continua nei servizi per adulti²¹;
- Anche le lunghe liste d'attesa rappresentano un ostacolo considerevole. Molti giovani devono affrontare ritardi di mesi o più nell'accedere ai servizi neuropsichiatrici pubblici e alcuni possono raggiungere l'età adulta prima di ricevere cure. Questi ritardi possono ostacolare l'intervento precoce e il trattamento tempestivo²²;
- Un'altra questione chiave è il limitato coinvolgimento delle famiglie nel processo di cura. L'approccio attuale spesso si concentra sull'individuo, con meno enfasi sul coinvolgimento di genitori e tutori. Questo può portare a sentimenti di esclusione, confusione o impotenza all'interno delle famiglie, soprattutto per quanto riguarda le esperienze emotive dei giovani, i farmaci prescritti e le strategie terapeutiche. Le valutazioni ufficiali evidenziano la necessità di riconoscere le famiglie come parti integranti del processo di trattamento²³. Il gruppo di lavoro dell'Autorità Garante ha sottolineato che la famiglia e gli altri contesti di vita sono parte integrante di un efficace intervento sulla salute mentale degli adolescenti²⁴: raccomandano specificamente modelli più "*inclusivi della famiglia*", in cui i genitori sono trattati come *partner* nell'*équipe* di cura;
- La stigmatizzazione e la discriminazione continuano a limitare l'accesso ai servizi di salute mentale²⁵, in particolare tra i gruppi vulnerabili come i giovani LGBTQ+, gli adolescenti con disabilità, quelli con background migratorio, i minori non accompagnati, le minoranze etniche (compresi Rom e Sinti) e i giovani provenienti da aree socio-economicamente svantaggiate, soprattutto in alcune parti del Sud Italia e delle isole. Questi gruppi spesso affrontano sfide complesse che scoraggiano la ricerca di aiuto e riducono la disponibilità di servizi culturalmente sensibili.

- Secondo il rapporto dell'UNICEF *"Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia"*²⁶, la discriminazione e la mancanza di un supporto su misura possono esacerbare il disagio e la sfiducia. Ciò evidenzia l'importanza di servizi di salute mentale inclusivi, accessibili e privi di stigma che soddisfino le diverse esigenze di tutti gli adolescenti;
- esistono forti differenze regionali nella qualità e nella disponibilità dell'assistenza sanitaria mentale degli adolescenti²⁷, sia in termini di infrastrutture che di personale qualificato²⁸.

A fronte di queste considerazioni, va ricordato che secondo il progetto "#WITH YOU" sopra citato, solo il 18% della popolazione giovanile in Italia dichiara di godere del pieno benessere mentale, un dato in calo rispetto agli anni precedenti.

I giovani dello Youth Advisory Board (YAB), coordinato dall'UNICEF nell'ambito del PANGI (Piano d'Azione Nazionale per la Garanzia dell'Infanzia), hanno sottolineato la necessità di pianificare maggiori risorse per interventi di supporto psicologico competenti nell'identificare e affrontare i bisogni legati al benessere psicosociale e alla salute mentale degli adolescenti in modo che nessun giovane sia lasciato senza supporto nel momento di maggior bisogno.



Studi longitudinali²⁹ hanno dimostrato che gli interventi precoci possono avere un impatto significativo sulle traiettorie di sviluppo, riducendo il rischio di future psicopatologie. Pertanto, un approccio preventivo efficace richiede un'attenzione costante allo sviluppo neuropsichico e psicosociale dei giovani, coinvolgendo attivamente le famiglie, la scuola e i servizi socio-sanitari in un'ottica di promozione del benessere e della comunità.

1.1 Focus: principali problematiche

1.1.1 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

I disturbi alimentari, in particolare l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (BED - Binge Eating Disorder), sono una preoccupazione crescente per la salute degli adolescenti. Questi disturbi sono caratterizzati da comportamenti alimentari anormali, spesso accompagnati da ansie per il peso e la forma del corpo, e da una costante preoccupazione per il cibo. È importante notare una significativa disparità di genere nell'incidenza di questi disturbi, con una prevalenza significativamente più alta tra le ragazze rispetto ai ragazzi³⁰. Le conseguenze di queste patologie sono molteplici e gravi, compromettendo non solo la salute fisica, ma spesso coesistendo con altri problemi psicologici come depressione, ansia e disturbi da uso di sostanze.

Dati principali sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione



©

Molte persone non ricevono le cure di cui hanno bisogno a causa di una combinazione di ostacoli ampiamente riconosciuti i sia negli studi internazionali che nei rapporti nazionali.

Questi includono la natura egosintonica dei disturbi alimentari³¹, la paura di preoccupare i familiari³², lo stigma associato alla richiesta di aiuto³³ e la mancanza di continuità nell'assistenza³⁴.

A livello globale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito i disturbi alimentari tra le malattie mentali prioritarie per bambini e adolescenti, data la minaccia che rappresentano per la loro salute³⁵. È importante sottolineare che i disturbi alimentari presentano uno dei tassi di mortalità più alti tra tutte le patologie psichiatriche³⁶.

In Italia si stima che siano coinvolte circa tre milioni di persone, rispetto alle circa 300.000 del 2000, di cui oltre il 90% donne e più di due milioni adolescenti. Le forme più comuni di disturbi alimentari includono l'anoressia nervosa (46%), la bulimia nervosa (28%) e il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) (15%).³⁷

Dati sugli accessi al pronto soccorso³⁸ evidenziano un aumento significativo degli ingressi per disturbi alimentari che passano da 3.023 nel 2019 a 3.245 nel 2021. In particolare, gli accessi attribuibili alle donne sono passati dal 61,1% del 2019 al 72,7% del 2021. Inoltre, si osserva un numero crescente di accessi nelle fasce d'età 11-13 e 14-17 anni. Il monitoraggio delle schede di dimissione ospedaliera indica inoltre l'anoressia nervosa come la diagnosi che ha visto un aumento sostanziale (dal 48,3% del 2019 al 58,7% del 2021).

Negli ultimi decenni si è osservato un abbassamento dell'età di insorgenza, con diagnosi frequenti in età preadolescenziale: il 59% dei casi riguarda individui tra i 13 e i 25 anni, mentre il 6% ha meno di 12 anni.

La diagnosi precoce e un intervento tempestivo, appropriato e personalizzato, sono fondamentali per affrontare efficacemente questi disturbi. Per ridurre il rischio di interventi frammentati e consentire un'assistenza integrata in grado di garantire risposte tempestive e omogenee, il Ministero della Salute ha redatto alcuni documenti di indirizzo, fortemente sollecitati sia dalle associazioni familiari che dagli operatori sanitari³⁹.

Il Ministero della Salute ha inoltre affidato al Centro Nazionale per le Dipendenze e il Doping dell'Istituto Superiore di Sanità la mappatura territoriale dei centri di cura e delle associazioni che si occupano di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione⁴⁰. Realizzata in collaborazione con le rappresentanze regionali e le associazioni di settore, la mappatura fornisce informazioni aggiornate e modalità di contatto per i centri di cura.

Si segnala inoltre l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione previsto dalla Legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234 nelle more dell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza LEA⁴¹

1.1.2 Suicidio e autolesionismo

I fattori che contribuiscono al rischio di suicidio tra gli adolescenti e i giovani adulti sono molteplici e complessi. Questi includono l'uso dannoso di alcol, le esperienze di abuso durante l'infanzia, lo stigma sociale associato alla ricerca di aiuto per problemi di salute mentale, le barriere all'accesso alle cure psicologiche e ai servizi di supporto, nonché la facilità di accesso a mezzi pericolosi per la vita.

Dati principali sul suicidio e autolesionismo in Italia



Le statistiche globali dell'OMS⁴² dipingono un quadro allarmante. Ogni anno, più di 700.000 persone in tutto il mondo si tolgono la vita⁴³ e più della metà dei suicidi globali (58%) si è verificata prima dei 50 anni. A livello globale, il fenomeno continua a presentare una significativa disparità di genere, con un tasso di mortalità maschile (12,3 per 100.000 abitanti) più che doppio rispetto a quello femminile (5,9 per 100.000 abitanti).⁴⁴ Per quanto riguarda la popolazione adolescenziale, il suicidio si posiziona come la terza causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni, considerando entrambi i sessi. Solo gli incidenti stradali e la violenza interpersonale hanno superato il suicidio in termini di mortalità nella fascia di età precedentemente indicata⁴⁵.

In Italia, i dati Istat evidenziano un aumento dei decessi per suicidio nel 2021, con 3.810 casi rispetto ai 3.674 del 2020, di cui 821 femmine e 2.989 maschi, considerando la popolazione di età superiore ai 15 anni. Nella fascia di età 15-34 anni, nel 2021 sono stati registrati 529 decessi (397 maschi e 132 femmine), rispetto ai 448 casi del 2020 (365 maschi e 83 femmine).

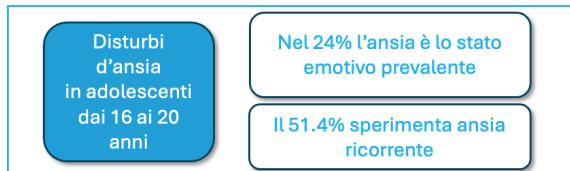
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda l'attuazione di articolate strategie di prevenzione che prevedano il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica, l'attivazione di percorsi strutturati di follow-up per le persone a rischio e programmi di formazione specifici per gli operatori sanitari e sociali⁴⁶.

1.1.3 Disturbi emotivi

I disturbi emotivi nei giovani comprendono una vasta gamma di manifestazioni, tra cui stati depressivi e ansiosi. Questi non si limitano solo ai sentimenti di tristezza o preoccupazione, ma possono anche presentarsi come maggiore irritabilità, frustrazione o esplosioni di rabbia. Un tratto distintivo di queste condizioni è la loro natura mutevole e spesso sovrapponibile: i giovani affetti da questi disturbi possono sperimentare improvvisi cambiamenti di umore e manifestazioni emotive intense e inaspettate⁴⁷.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁴⁸, nei bambini e nella prima adolescenza, queste difficoltà psicologiche possono tradursi in sintomi fisici, come disturbi gastrointestinali, mal di testa o malessere generale⁴⁹. L'impatto di questi disturbi sulla vita quotidiana degli adolescenti può essere profondo: si osservano frequentemente difficoltà nella frequenza scolastica e nel rendimento; La tendenza al ritiro sociale può esacerbare i sentimenti di isolamento e solitudine. Nei casi più gravi, la depressione può portare a pensieri e/o comportamenti suicidi.

Dati principali sui disturbi emotivi in Italia



Dati recenti dipingono un quadro allarmante: secondo le rilevazioni dell'OMS⁵⁰ aggiornate al 2021, si stima che circa il 4,4% dei bambini tra i 10 e i 14 anni soffra di disturbi d'ansia, percentuale che cresce fino al 5,5% nella

fascia di età 15-19 anni. Per quanto riguarda la depressione, le stesse stime indicano che essa colpisce l'1,4% degli adolescenti più giovani (10-14 anni), mentre la prevalenza sale al 3,5% tra i 15 e i 19 anni.

Secondo una consultazione pubblica⁵¹ condotta dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, il 24% dei giovani ha riferito l'ansia come stato emotivo prevalente, mentre il 51,4% degli adolescenti sperimenta ansia ricorrente o tristezza prolungata, a dimostrazione della persistenza del disagio emotivo nel tempo.

Per affrontare in modo efficace i disturbi emotivi negli adolescenti, sono fondamentali interventi basati su evidenze scientifiche, come la terapia cognitivo-comportamentale che ha dimostrato un'elevata efficacia nei disturbi d'ansia⁵², e gli approcci familiari, che migliorano significativamente gli esiti del recupero⁵³. Per una gestione ottimale dei disturbi emotivi in adolescenza, le linee guida cliniche raccomandano modelli di cura graduale, che adattino l'intensità dell'intervento alla gravità dei sintomi⁵⁴, interventi digitali di salute mentale per superare le barriere di accesso⁵⁵ e screening regolari dello stato emotivo in ambito di assistenza primaria per favorire una identificazione e un intervento precoci⁵⁶.

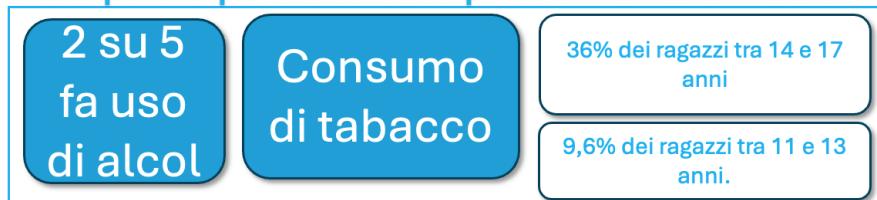
1.1.4 Comportamenti a rischio

Il periodo adolescenziale è spesso caratterizzato dall'emergere di condotte che possono compromettere la salute dei giovani. Questi comportamenti, che vanno dall'uso di sostanze a pratiche sessuali non sicure, potrebbero non essere semplici atti di ribellione, ma rappresentare tentativi disfunzionali di gestire le difficoltà emotive.

Secondo la Commissione Lancet sulla Salute e il Benessere degli Adolescenti, i comportamenti a rischio in questa fascia d'età sono spesso associati a difficoltà emotive sottostanti e a bisogni evolutivi non soddisfatti⁵⁷. Anche l'UNICEF ha osservato che i comportamenti dannosi durante l'adolescenza possono rappresentare risposte per gestire fattori di stress emotivi o ambientali, piuttosto che scelte consapevoli di comportamenti a rischio⁵⁸. L'uso di alcol, tabacco e cannabis⁵⁹ si intreccia frequentemente con altre forme di comportamenti disadattivi nell'adolescenza, molti dei quali derivano da simili fattori di stress psicosociale, come l'instabilità familiare, la pressione dei pari e l'esposizione alla violenza⁶⁰.

Secondo il "Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders" (OMS, 2024),⁶¹ nel 2019 la prevalenza del consumo di alcol tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni era del 22% a livello globale, senza differenze di genere significative. Ancora più sorprendente è la situazione riguardante il consumo di tabacco e cannabis: secondo i dati del World Drug Report (UNODC, 2024)⁶², molti fumatori adulti hanno sperimentato la prima sigaretta prima della maggiore età; inoltre, nel 2022, la percentuale di adolescenti che hanno fatto uso di cannabis (5,5%) ha superato quella degli adulti (4,4%), un dato peculiare che solleva interrogativi sulle dinamiche di accesso e sulle motivazioni che spingono i giovani a farne uso.

Dati principali sui comportamenti a rischio in Italia



In Italia, in base ai dati del rapporto HBSC-Italia 2022⁶³, quasi 2 adolescenti su 5 consumano alcol (giovani che dichiarano di aver bevuto almeno una volta negli ultimi 30 giorni) ed il 36% degli adolescenti tra i 14 ed i 17 anni consuma prodotti a base di tabacco.

Per affrontare efficacemente questi comportamenti, sono fondamentali strategie preventive complete.

La seconda edizione delle linee guida⁶⁴ AA-HAI rappresenta uno sforzo collaborativo guidato dall'OMS, in collaborazione con UNAIDS, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UN WOMEN, WFP e PMNCH. Le linee guida promuovono interventi basati su evidenze scientifiche, tra cui l'educazione al rischio, programmi di identificazione precoce e intervento, e il

coinvolgimento attivo delle famiglie e delle scuole. Approcci così articolati sono essenziali per creare ambienti di sostegno che favoriscano un sviluppo sano e riducano l'insorgenza di comportamenti a rischio tra gli adolescenti.

1.1.5 Violenza tra adolescenti

La violenza che colpisce gli adolescenti rappresenta una preoccupazione urgente per la salute pubblica, i diritti umani e lo sviluppo. Essa è influenzata da molteplici fattori interconnessi a livello personale, sociale e strutturale. L'esposizione ad esperienze infantili avverse (*Adverse Childhood Experiences - ACEs*), come abusi o violenza domestica, insieme a conflitti familiari, mancanza di sostegno genitoriale ed esclusione sociale, aumenta la vulnerabilità alla violenza (Hughes et al., 2017⁶⁵; UNICEF, 2017⁶⁶). Queste fragilità sono ulteriormente aggravate da forme di discriminazione legate al genere⁶⁷, alla disabilità, all'etnia o all'orientamento sessuale, che possono ridurre significativamente l'accesso ai meccanismi di protezione⁶⁸. Scuole, comunità e ambienti digitali⁶⁹ — contesti in cui gli adolescenti dovrebbero sentirsi al sicuro — possono diventare spazi ad alto rischio in assenza di adeguate tutele.

A livello globale, la violenza rimane diffusa. La violenza tra pari colpisce quasi 150 milioni di adolescenti tra i 13 e i 15 anni negli ambienti scolastici⁷⁰. La violenza interpersonale è tra le cinque principali cause di morte negli adolescenti tra i 15 e i 19 anni⁷¹. Creare ambienti sicuri e di supporto — sia offline che online — è essenziale per tutelare il benessere degli adolescenti. Il cyberbullismo rappresenta una minaccia diffusa: gli studi⁷² riportano tassi di prevalenza che variano dal 10% a oltre il 40%, a seconda della regione e dei criteri utilizzati.

Dati principali sulla violenza tra adolescenti in Italia



Secondo lo studio ESPAD Italia⁷³, quasi il 40% degli studenti delle scuole superiori tra i 15 e i 19 anni è stato coinvolto in risse o scontri fisici nel 2023. La prevalenza è risultata significativamente più alta nei maschi (46%) rispetto alle femmine (34%). Inoltre, il 12% degli studenti ha partecipato a episodi di violenza di gruppo, spesso rivolti verso sconosciuti o conoscenti, con il 41% dei casi che ha coinvolto sconosciuti e il 33% conoscenti.

Per quanto riguarda la violenza online, il 30% degli studenti ha ammesso di aver partecipato ad atti di cyberbullismo, con una maggiore incidenza tra i maschi. Le forme più comuni di cyberbullismo includono l'invio di insulti nelle chat di gruppo, l'esclusione o il blocco di persone da gruppi online e l'invio di messaggi offensivi.

Le evidenze sottolineano anche il legame tra cyberbullismo e disagio emotivo⁷⁴. Gli effetti vanno ben oltre il danno fisico: l'esposizione alla violenza è associata a un aumento del rischio di ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico e comportamenti a rischio⁷⁵. Vale la pena ricordare che la condivisione non consensuale di contenuti intimi è tra le maggiori preoccupazioni per gli adolescenti — in particolare per le ragazze — con livelli di allarme simili a quelli del cyberbullismo⁷⁶.

Per rispondere efficacemente alla violenza adolescenziale è necessaria un'azione integrata e multisettoriale. Il framework INSPIRE⁷⁷, sviluppato dall'OMS, dall'UNICEF e da altri partner, propone strategie basate su evidenze scientifiche, tra cui riforme legislative, sostegno alle famiglie, ambienti più sicuri e educazione alle competenze di vita. Secondo le linee guida dell'OMS, interventi educativi genitoriali basati su prove possono contribuire a

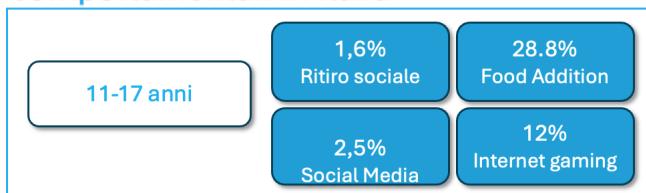
ridurre comportamenti esternalizzanti degli adolescenti, come l'aggressività, e a migliorare le relazioni genitore-figlio e la salute mentale dei genitori⁷⁸.

L'educazione alla sicurezza online svolge anch'essa un ruolo chiave nella riduzione del cyberbullismo, con le strategie preventive più efficaci che coinvolgono scuole e famiglie, oltre all'inclusione di un'educazione affettiva e sessuale completa per contrastare norme sociali dannose legate al genere e prevenire la violenza. È fondamentale che queste strategie vengano adattate e implementate nei sistemi nazionali per ridurre l'esposizione degli adolescenti alla violenza e sostenere il loro sviluppo in ambienti sicuri e inclusivi.

1.1.6 Dipendenze comportamentali

Le dipendenze comportamentali rappresentano una categoria di disturbi in cui l'oggetto della dipendenza non è una sostanza, ma un'attività o un comportamento specifico. Si tratta di condizioni in cui un comportamento, inizialmente piacevole o gratificante, diventa una necessità compulsiva, interferendo con la vita quotidiana e le relazioni. Clinicamente e neurobiologicamente, hanno aspetti simili alle dipendenze da sostanze⁷⁹.

Dati principali sulle dipendenze comportamentali in Italia



Lo studio epidemiologico⁸⁰ sulle dipendenze comportamentali nella "Generazione Z"⁸¹ condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Dipartimento per le Politiche Antidroga, ha rivelato dati

significativi sulle dipendenze comportamentali tra i giovani italiani di età compresa tra gli 11 e i 17 anni. Per quanto riguarda la Social Media Addiction, la prevalenza media nazionale si attesta al 2,5%, con una leggera differenza tra le fasce d'età 11-13 anni (2,2%) e 14-17 anni (2,7%), e una maggiore incidenza tra le donne. L'Internet Gaming Disorder mostra una prevalenza più elevata, con una media nazionale del 12%, più marcata nei ragazzi più giovani (14,3% tra gli 11-13 anni) rispetto ai ragazzi più grandi (10,2% tra i 14-17 anni), e predominante tra i maschi. La Food Addiction emerge come il fenomeno più diffuso, con una prevalenza media del 28,8%. Questo problema aumenta con l'età, passando dal 26,4% nella fascia di età 11-13 anni al 30,6% tra i 14-17 anni, con una maggiore incidenza tra le femmine. La tendenza al ritiro sociale, seppur meno frequente, interessa l'1,6% del campione, con una leggera prevalenza nella fascia d'età più giovane e tra le femmine.

I risultati di questo studio approfondito evidenziano diverse implicazioni fondamentali per le strategie di salute pubblica. In primo luogo, l'elevata prevalenza delle dipendenze comportamentali segnala l'urgenza di sviluppare programmi di prevenzione mirati. In secondo luogo, i modelli legati al genere — con una maggiore vulnerabilità delle ragazze alla dipendenza da social media e cibo, e una maggiore suscettibilità dei ragazzi al disturbo da gioco su Internet — suggeriscono la necessità di strategie di intervento sensibili al genere. In terzo luogo, le variazioni legate all'età indicano che la prevenzione dovrebbe iniziare precocemente, in particolare per i disturbi da gaming che risultano più diffusi tra gli adolescenti più giovani. In quarto luogo, le significative correlazioni con ansia, depressione e impulsività sottolineano l'importanza di approcci integrati che affrontino simultaneamente sia le dipendenze comportamentali che i fattori psicologici sottostanti. Infine, il coinvolgimento dei genitori nello studio rafforza il ruolo cruciale degli interventi familiari e dell'educazione genitoriale nello sviluppo di fattori protettivi contro queste nuove sfide al benessere degli adolescenti. Queste evidenze offrono indicazioni preziose

per la costruzione di quadri di prevenzione e trattamento completi, adeguati all'età e sensibili al genere.

1.1.7 Temi trasversali: disparità di genere e intersezionalità nella salute mentale adolescenziale

Un tema ricorrente che emerge dalle diverse problematiche presentate è la marcata disparità di genere in termini di prevalenza, manifestazione e impatto. Secondo l'OMS, a livello globale, le ragazze adolescenti presentano tassi significativamente più elevati di disturbi internalizzanti — come depressione e ansia — rispetto ai loro coetanei maschi, in particolare dopo la pubertà. La prevalenza della depressione tra le ragazze adolescenti può raggiungere il doppio di quella dei ragazzi, e i disturbi d'ansia seguono uno schema simile (OMS, 2022). I disturbi alimentari accentuano ulteriormente questa disparità, coinvolgendo circa il 95% delle ragazze adolescenti (UNICEF, 2023). Le differenze di genere si riscontrano anche nei comportamenti suicidari e di autolesionismo: le ragazze hanno maggiori probabilità di tentare il suicidio e di praticare autolesionismo non suicidario, mentre i ragazzi presentano tassi di mortalità più elevati per suicidio a causa dell'uso di metodi più letali (OMS, 2022).

Oltre a considerare il genere come fattore isolato, un approccio intersezionale rivela come le disparità di genere nella salute mentale siano aggravate da altri determinanti sociali, generando profili di vulnerabilità unici⁸². Fattori come lo status socioeconomico, l'etnia, l'identità di genere, l'orientamento sessuale, la condizione di disabilità e la localizzazione geografica interagiscono con le norme di genere, influenzando in modo significativo gli esiti della salute mentale degli adolescenti⁸³. Per esempio, le ragazze migranti possono affrontare rischi multipli di depressione derivanti sia da aspettative di genere che da stress da acculturazione⁸⁴. I ragazzi adolescenti delle aree rurali potrebbero incontrare ostacoli nell'accesso alle cure legati sia a vincoli geografici che a norme maschili che scoraggiano la richiesta d'aiuto⁸⁵. Gli adolescenti LGBTQ+ riportano costantemente tassi più elevati di depressione, ansia e pensieri suicidari, spesso determinati da esperienze di stigma, bullismo ed esclusione familiare⁸⁶.

Questa prospettiva intersezionale evidenzia che gli interventi efficaci devono superare gli approcci standardizzati per rispondere alle configurazioni specifiche di fattori di rischio e resilienza che emergono all'intersezione tra genere, identità sociali e condizioni strutturali⁸⁷. Riconoscere tale complessità consente una distribuzione più mirata delle risorse e servizi di salute mentale culturalmente sensibili. L'OMS⁸⁸ e UNICEF⁸⁹ riconoscono oggi la disparità di genere e l'intersezionalità come determinanti strutturali e ne raccomandano l'integrazione esplicita nei modelli di salute mentale per gli adolescenti, al fine di garantire interventi più equi, inclusivi ed efficaci, che rispondano alle diverse esigenze dei giovani nei loro contesti sociali.

Le sfide alla salute mentale adolescenziale si stanno intensificando in molteplici ambiti — dai disturbi alimentari ai comportamenti suicidari, dai disturbi emotivi alle dipendenze comportamentali — richiedendo un cambiamento profondo verso strategie comprensive e integrate⁹⁰. I modelli ricorrenti di disparità di genere e vulnerabilità intersezionali documentati in quest'analisi forniscono prove convincenti della necessità di interventi sistematici che affrontino i determinanti strutturali. Il preoccupante anticipo dell'esordio di alcune condizioni, come i disturbi alimentari, sottolinea l'importanza cruciale della diagnosi precoce e dell'intervento tempestivo. Le evidenze indicano con forza che una prevenzione efficace deve essere multisettoriale, sensibile al genere e culturalmente inclusiva, coinvolgendo famiglie, scuole e sistemi sanitari in una partnership coordinata⁹¹. Attraverso l'investimento in approcci integrati, è possibile costruire ambienti di sostegno in grado di tutelare e promuovere il benessere degli adolescenti, prevenendo la trasformazione delle

vulnerabilità in crisi e garantendo a tutti i giovani il diritto a uno sviluppo sano e a una vita piena⁹².

2. Ricerca internazionale

2.1 Metodologia per la ricerca documentale internazionale

Per informare e guidare la pianificazione delle fasi successive del progetto, i servizi di salute mentale e di supporto psicosociale (MHPSS) per giovani e bambini sono stati mappati a livello internazionale, attraverso un'analisi documentale della letteratura internazionale più rilevante in materia di MHPSS, al fine di identificare fattori abilitanti, barriere, ostacoli e meccanismi per l'integrazione dei servizi⁹³.

A tal fine, considerando la vasta letteratura accademica internazionale sull'argomento, è stata realizzata una revisione sistematica delle pubblicazioni scientifiche esistenti, guidata dalle seguenti domande di ricerca:

- Quali sono gli aspetti essenziali che caratterizzano i modelli di intervento integrato nella salute mentale di bambini, adolescenti e giovani?
- Quali evidenze scientifiche confermano l'efficacia degli interventi integrati di salute mentale rivolti a bambini, adolescenti e giovani adulti?

La revisione ha seguito le linee guida Cochrane (Pollock et al., 2023) per la conduzione di una overview di revisioni sistematiche. È stata sviluppata una strategia di ricerca basata su tre ambiti concettuali: (1) bisogni di salute mentale; (2) bambini, adolescenti e giovani adulti come popolazione target; (3) interventi di assistenza integrata, nei settori della sanità, dell'assistenza sociale e dell'istruzione. I termini di ricerca sono stati elaborati a partire dalla letteratura pertinente e da approfondimenti emersi in quattro interviste preliminari non strutturate condotte con due psicologi e due assistenti sociali, tutti specializzati nell'ambito pediatrico e dei giovani adulti. La ricerca è stata effettuata in quattro banche dati (Scopus, Web of Science, PubMed e Ovid) nel novembre 2024 (Allegato 1). Sono state incluse solo revisioni sistematiche, revisioni esplorative (scoping reviews) e meta-analisi sottoposte a peer review, pubblicate in inglese tra il 2013 e novembre 2024, incentrate su interventi, modelli e servizi di assistenza integrata per i bisogni di salute mentale di bambini, adolescenti e giovani adulti. La prima fase del processo di selezione ha riguardato 6.179 abstract ed è stata supportata da un algoritmo di apprendimento automatico, addestrato utilizzando criteri di eleggibilità predefiniti, per prioritizzare gli studi più rilevanti. La seconda fase, relativa alla selezione degli studi e all'estrazione dei dati, è stata condotta in modo indipendente da almeno due ricercatori. Eventuali discrepanze tra i valutatori sono state risolte tramite confronto.

Basandosi sul modello di cura integrata sviluppato da Valentijn et al. (2013),⁹⁴ la revisione si è concentrata sugli adolescenti di età compresa tra 10 e 19 anni e sui giovani adulti di età compresa tra 18 e 25 anni (Kaiyira et al., 2023),⁹⁵ esaminando l'applicabilità dell'assistenza integrata su tre livelli: macro (sistema), meso (organizzativo) e micro (clinico).

Gli studi inclusi sono principalmente revisioni sistematiche (13), 3 sono revisioni combinate (rispettivamente, 2 sistematiche e meta-analisi e 1 revisione sistematica e di scoping) e una revisione scoping. Gli anni di pubblicazione vanno dal 2016 al 2024, con un maggior numero di articoli concentrati rispettivamente nel 2020 (4) e nel 2024 (4).⁹⁶

La revisione sistematica ha preso in considerazione articoli pubblicati in inglese su riviste scientifiche peer-reviewed; pertanto, potrebbe non aver incluso iniziative che non sono mai state oggetto di indagine scientifica. D'altro canto, gli interventi descritti nei risultati potrebbero essere quelli più consolidati, che hanno già subito qualche forma di valutazione.

Solo pochi studi esplorano l'integrazione intersetoriale che coinvolge scuole e servizi sociali, nonostante il loro ruolo cruciale nella prevenzione precoce e nel supporto a lungo termine. Inoltre, poche iniziative affrontano specificamente i bisogni delle popolazioni vulnerabili, come i bambini rifugiati o coloro che presentano determinanti sociali di salute complessi.

In totale, 335 studi primari sono inclusi nelle 18 revisioni⁹⁷ con una notevole variazione di dimensioni, da un minimo di 4 studi inclusi a un massimo di 43.

I paragrafi seguenti offrono una panoramica dettagliata degli interventi di assistenza integrata mappati.

2.2 Panoramica dei modelli MHPSS per bambini e adolescenti

2.2.1 Presentazione dei target di bambini e adolescenti in termini di: età, vulnerabilità, tipologia di bisogni espressi

La revisione sistematica evidenzia la rilevante incidenza dei problemi di salute mentale tra i giovani, che rappresentano il 25% della popolazione globale (McGorry, 2022).⁹⁸ L'analisi degli interventi MHPSS dimostra la natura complessa dei bisogni di salute mentale tra bambini e adolescenti. L'analisi degli interventi MHPSS mette in luce la complessità dei bisogni legati alla salute mentale di bambini e adolescenti, nonché le modalità con cui i sistemi sanitari stanno evolvendo per rispondere a queste sfide.

Le evidenze indicano che gli interventi MHPSS si rivolgono principalmente alle fasce di popolazioni tra i 10 e i 19 anni, con alcuni programmi che si estendono ai giovani adulti fino a 25 anni (Kaiyira et al., 2023). Emerge un risultato critico riguardante le popolazioni vulnerabili, in particolare i bambini rifugiati, che affrontano tre tipologie di difficoltà: traumi nei luoghi di origine, difficoltà durante il percorso e sfide di integrazione nei paesi di accoglienza (Fazel & Stein, 2002⁹⁹). I dati dimostrano un'elevata prevalenza e¹⁰⁰ del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) tra i bambini rifugiati (Fazel et al., 2005; Ehnholt & Yule, 2006), insieme ad altri problemi di salute mentale, manifestazioni somatiche, ritiro sociale e difficoltà comportamentali tra cui disturbi somatici, astinenza e problemi comportamentali (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997¹⁰¹; Mollica et al., 1997¹⁰²).

2.2.2 Presentazione delle aree geografiche in cui sono stati realizzati interventi integrati di salute mentale

La distribuzione geografica degli interventi integrati di salute mentale mostra una marcata concentrazione nei paesi anglofoni.

Gli Stati Uniti rappresentano circa il 45% degli interventi documentati, mentre l'Australia presenta un notevole approccio sistematico attraverso la sua rete di 150 centri. Il Regno Unito, il Canada e l'Irlanda dimostrano una significativa implementazione di servizi integrati. Al contrario, paesi come i Paesi Bassi, l'Iran, l'India, la Germania, la Danimarca, il Perù e la Thailandia mostrano interventi documentati limitati, indicando sostanziali disparità geografiche nella fornitura di servizi.

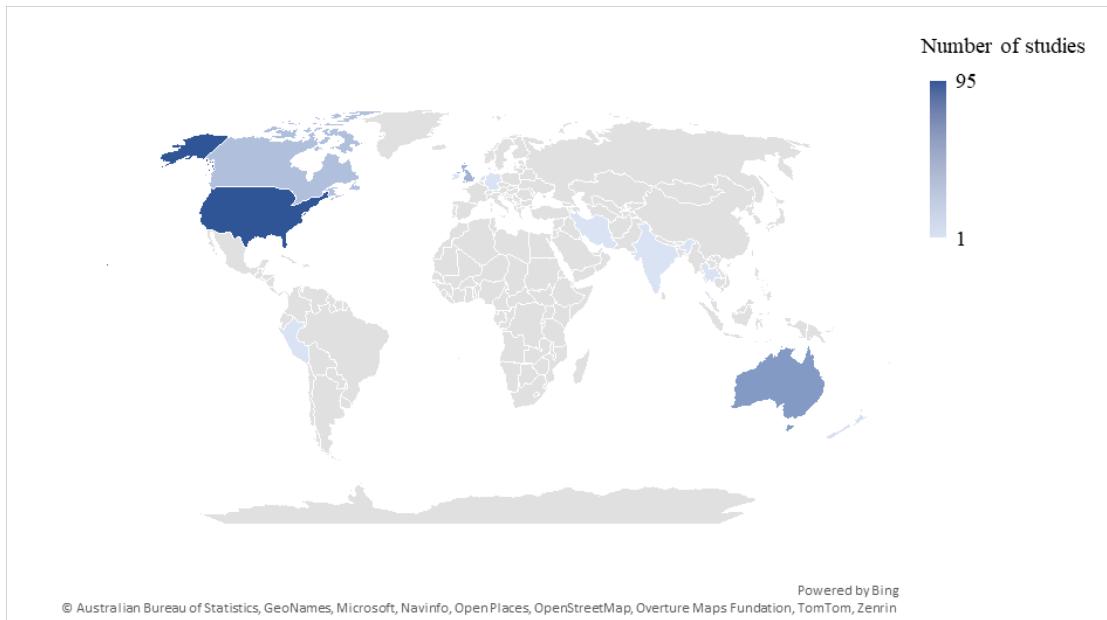


Figura 1 Aree geografiche degli interventi

2.3 Modelli di erogazione dei servizi MHPSS

2.3.1 Tipologie di interventi integrati: di assistenza i di obiettivi, approcci, professionalità coinvolte, misure divalutazione e risultati

L'analisi dei modelli di erogazione dei servizi MHPSS rivela diversi approcci all'integrazione, con alcuni elementi comuni che emergono dalle esperienze di successo. Le evidenze scientifiche individuano diverse caratteristiche chiave che contraddistinguono i modelli efficaci di assistenza integrata.

Gli approcci operativi presentano notevoli differenze, spaziando dall'integrazione nell'assistenza sanitaria di base fino a programmi specialistici radicati nelle comunità locali. Il modello australiano Headspace, avviato nel 2006, rappresenta un esempio significativo di approccio globale alla salute mentale: offre servizi integrati per giovani attraverso centri comunitari facilmente accessibili, dove l'assistenza psicologica si combina con supporto professionale, educativo e sociale fornendo servizi integrati per i giovani attraverso centri comunitari accessibili che combinano l'assistenza sanitaria mentale con servizi di supporto professionale, educativo e sociale (McGorry et al., 2007). Questo modello "a sportello unico" si è dimostrato efficace nel coinvolgere i giovani che altrimenti potrebbero incontrare ostacoli nell'accesso ai servizi di salute mentale.

La composizione delle équipe professionali risulta determinante per il successo dell'integrazione. I dati indicano che gli interventi efficaci coinvolgono tipicamente team multidisciplinari composti da psichiatri, psicologi, assistenti sociali e personale infermieristico, coordinati da case manager che facilitano l'integrazione dei servizi (Burkhart¹⁰³). Un'innovazione significativa è rappresentata dall'inclusione di operatori peer con esperienza diretta di problemi di salute mentale che forniscono supporto complementare ai servizi di assistenza professionale (Murphy et al., 2024)¹⁰⁴.

Ogni contesto operativo ha sviluppato modelli organizzativi specifici. I servizi di assistenza primaria adottano evidenziano modelli che spaziano dalla co-localizzazione di servizi distinti nello stesso luogo fisico, fino alla piena integrazione all'interno di équipe multidisciplinari (Platt et al., 2018).¹⁰⁵ I pronto soccorso, invece, hanno sviluppato approcci specializzati per la gestione delle situazioni di crisi (Otis et al., 2023),¹⁰⁶ mentre i servizi scolastici pongono

l'accento sull'identificazione precoce dei bisogni e su percorsi strutturati di invio ai servizi competenti (Sullivan & Simonson, 2016).¹⁰⁷

2.3.2 Analisi dei livelli di integrazione

Il modello di assistenza integrata proposto da Valentijn et al. (2013) offre un prezioso quadro concettuale per comprendere i diversi livelli a cui l'integrazione può realizzarsi nei servizi di cura. Questo modello, inizialmente sviluppato per descrivere l'assistenza integrata nei contesti di assistenza primaria, è stato successivamente applicato con successo ad altri contesti assistenziali.

Il modello identifica tre principali livelli di integrazione:

1. **Livello micro:** riguarda l'integrazione clinica, definita come "il coordinamento di un'assistenza incentrata sulla persona in un unico processo attraverso il tempo, il luogo e l'ambito professionale". A questo livello, il paziente è posto al centro dell'intero processo di cura, con interventi pianificati e coordinati tra diversi servizi e professionisti.
2. **Livello meso:** comprende due dimensioni:
 - a. Integrazione professionale: "partenariati interprofessionali basati su competenze, ruoli, responsabilità e responsabilità condivisi al fine di fornire un continuum completo di cura a una popolazione definita"
 - b. Integrazione organizzativa: "relazioni inter-organizzative (ad esempio, contratti, alleanze strategiche, reti di conoscenza, fusioni), compresi meccanismi di governance comuni, per fornire servizi completi a una popolazione definita"
3. **Livello macro:** si riferisce all'integrazione di sistema, che collega le politiche e crea un ambiente favorevole all'integrazione a tutti i livelli.

Il modello include anche due dimensioni trasversali di integrazione, presenti a tutti i livelli:

- Integrazione funzionale: sistemi di gestione integrati a supporto dell'erogazione degli interventi
- Integrazione normativa: lo sviluppo e il mantenimento di un quadro di riferimento comune tra organizzazioni, gruppi professionali e singoli individui

Questo modello è stato ulteriormente sviluppato da Valentijn et al. (2015)¹⁰⁸ che hanno proposto una tassonomia per l'assistenza integrata, utile per classificare le diverse iniziative di integrazione e valutarne la completezza rispetto a queste dimensioni. I livelli "micro", "meso" e "macro" sono pensati per essere intersetoriali: operano cioè in diversi ambiti del sistema sanitario, superando la frammentazione tradizionale tra specialità mediche, servizi sociali e altri settori correlati. Ad esempio, gli incontri di coordinamento tra neuropsichiatri infantili assistenti sociali rientrerebbero nel livello di integrazione "micro".

Figura 2 Il modello arcobaleno dell'assistenza integrata (RMIC), (Valentjin et al., 2013)



2.3.3 Classificazione degli interventi in base al loro settore di attuazione

L'analisi settoriale degli interventi MHPSS per bambini e giovani rivela modelli distinti di attuazione nei settori sanitario, dell'assistenza sociale, dell'istruzione e del volontariato. Esse sono riassunte nell'Allegato 2 – Tabella 1. Classificazione degli interventi in base al loro settore di attuazione.

Il settore sanitario emerge come il principale contesto di attuazione, con tre principali modalità di erogazione:

- Cure primarie pediatriche, in cui i servizi di salute mentale sono integrati all'interno dei contesti medici esistenti (Hostutler et al., 2024¹⁰⁹; Honisett et al., 2022¹¹⁰)
- Assistenza per la salute mentale basata sulla comunità, esemplificata dai centri Headspace australiani che forniscono supporto multidisciplinare (Savaglio et al., 2022)¹¹¹
- Contesti di pronto soccorso, in cui le consultazioni psichiatriche e le terapie psicologiche sono integrate per migliorare i percorsi all'interno dei servizi ospedalieri (Otis et al., 2023)

L'integrazione nel settore dell'istruzione appare meno frequente ma significativa, con due approcci principali:

- Interventi scolastici per popolazioni specifiche, come programmi per bambini rifugiati forniti attraverso riferimenti di insegnanti o aule dedicate (Sullivan & Simonson, 2016)
- Supporto alla transizione scolastica, in cui gli specialisti mettono in contatto pazienti, scuole e personale ospedaliero per assistere nelle transizioni dai contesti ospedalieri a quelli educativi (Chen et al., 2022)¹¹²

Le risorse socioassistenziali sono integrate principalmente attraverso:

- Team multidisciplinari che includono assistenti sociali e operatori sanitari
- Approcci di gestione dei casi che collegano i servizi sociali e sanitari
- Supporto per esigenze pratiche, tra cui l'alloggio, l'occupazione e la gestione finanziaria (Woody et al., 2019)¹¹³

Il ruolo del settore del volontariato è più evidente negli interventi a livello di comunità, in particolare attraverso:

- Partenariati tra settore statutario e volontariato per la fornitura di servizi

- Programmi di supporto tra pari che utilizzano l'esperienza vissuta
 - Attività di sensibilizzazione della comunità in contesti informali come caffè, parchi e centri giovanili (Savaglio et al., 2022)

2.3.4 Classificazione degli interventi secondo il quadro di Valentijn

L'analisi di queste implementazioni settoriali attraverso il quadro di Valentijn rivela vari gradi di integrazione tra le diverse dimensioni, dimostrando sia i risultati che le lacune nelle attuali pratiche di integrazione.

- **L'integrazione clinica** emerge come la dimensione più sviluppata, caratterizzata da approcci sistematici di gestione dei casi e dall'erogazione di servizi centrati sul cliente (Honisett et al., 2022).¹¹⁴ L'evidenza mostra un'implementazione diffusa di piani di cura individualizzati e meccanismi di continuità delle cure in diversi contesti.
 - **L'integrazione professionale** rappresenta la seconda dimensione più diffusa, che si manifesta principalmente attraverso accordi formali di collaborazione interdisciplinare. I dati indicano che il successo dell'integrazione dipende non solo da strutture formali, ma anche da una comprensione interprofessionale sviluppata e dal rispetto reciproco. L'evidenza suggerisce che una comunicazione efficace e la chiarezza dei ruoli facilitano significativamente la collaborazione tra agenzie (Cooper et al., 2016).¹¹⁵
 - **L'integrazione organizzativa**, sebbene meno comune, mostra sviluppi promettenti nella co-locazione dei servizi. Il modello australiano dimostra un'efficace integrazione organizzativa attraverso servizi per i giovani accessibili alla comunità (Colizzi et al., 2020).¹¹⁶
 - **L'integrazione dei sistemi** appare come la dimensione meno sviluppata, indicando un'area significativa per lo sviluppo futuro. Esempi degni di nota come il Modello di York dimostrano i potenziali benefici di un'integrazione completa tra i settori statutari e volontari (Vusio et al., 2020),¹¹⁷ sebbene tali esempi rimangano limitati.

Un riepilogo visivo dei diversi componenti di integrazione tracciati nei documenti di revisione è fornito nella nuvola di parole qui sotto.



Figura 3 Wordcloud dei diversi componenti di integrazione

Questa analisi evidenzia sia i progressi compiuti nell'implementazione dei servizi MHPSS integrati sia identifica le opportunità per migliorare l'integrazione in tutte le dimensioni

del quadro Valentijn, in particolare nel rafforzamento della collaborazione intersetoriale e dell'integrazione a livello di sistema.

2.3.5 Modelli di integrazione di successo

L'integrazione dei servizi di salute mentale per bambini e giovani ha visto uno sviluppo significativo negli ultimi anni, con diversi paesi che hanno implementato modelli innovativi ed efficaci.

Il modello australiano Headspace: il programma australiano Headspace si distingue come un'iniziativa di particolare successo. Fondato nel 2006 grazie a finanziamenti governativi, Headspace è cresciuto fino a diventare una rete di oltre 150 centri a livello nazionale (McGorry et al., 2007), fornendo un supporto completo per la salute mentale ai giovani di età compresa tra i 12 e i 25 anni. Il successo del programma risiede nel suo approccio integrato, che offre una gamma di servizi sotto lo stesso tetto: dal supporto psicologico all'assistenza sanitaria fisica, ai servizi di salute sessuale, al supporto per l'uso di sostanze e alla formazione professionale attraverso sessioni individuali e di gruppo. Questo modello di "sportello unico" si è dimostrato efficace nel ridurre le barriere all'accesso e nel migliorare il coordinamento dei servizi.

L'Australia emerge come un pioniere per quanto riguarda l'approccio basato sulla comunità. **"The Choice Project"** è un servizio australiano di salute mentale giovanile che utilizza lavoratori tra pari per promuovere un processo decisionale condiviso tramite uno strumento online. In questo intervento, i peer worker (definiti come persone che hanno vissuto un'esperienza di una problematica di salute mentale, fornendo supporto volto a favorire il cambiamento personale) accolgono i clienti prima del loro appuntamento con l'équipe multidisciplinare. I peer worker utilizzano uno strumento di supporto decisionale online, sviluppato secondo gli International Patient Decision Aid Standards, che aiuta i pazienti a completare una sezione con domande mirate per comprendere le loro esigenze e preferenze. Sulla base del questionario, viene prodotto un report che viene inviato all'équipe di assistenza, da visionare all'inizio dell'appuntamento. Questo tipo di intervento dimostra di aumentare la percezione del coinvolgimento dei pazienti nella valutazione e quindi la loro soddisfazione per le cure ricevute.

Il modello irlandese (Headstrong e Jigsaw): in Europa, i servizi irlandesi Headstrong e Jigsaw hanno implementato con successo un approccio basato sulla comunità all'assistenza alla salute mentale per i giovani di età compresa tra i 12 e i 25 anni con difficoltà di salute mentale emergenti. Questi servizi enfatizzano l'accessibilità e l'intervento precoce, integrando il supporto alla salute mentale nei contesti comunitari in cui i giovani si riuniscono naturalmente. Questo approccio è stato particolarmente efficace nel ridurre lo stigma e nell'aumentare l'adozione dei servizi tra gli adolescenti.

Modelli simili sono stati o sono in fase di sviluppo nel Regno Unito con "Youth space", in Danimarca, Israele, California e Canada (Colizzi et al., 2020).

Il modello di York (Regno Unito): nel Regno Unito, il modello di York si distingue per la sua completa integrazione nella comunità, lavorando in collaborazione sia con il settore statutario che con quello del volontariato. Il modello garantisce accessibilità e reattività attraverso un unico punto di accesso e disponibilità 24/7 per le emergenze, facilitando la navigazione del percorso di cura.

Modelli di integrazione delle cure di emergenza: In termini di integrazione delle cure di emergenza, le prove mostrano il successo in due approcci principali: l'integrazione delle consultazioni psichiatriche per migliorare il triage nell'ospedalizzazione acuta e l'integrazione delle terapie psicologiche nei servizi medici per migliorare i percorsi all'interno dei contesti ospedalieri (Otis et al., 2023). Gli autori hanno scoperto che gli

interventi integrati mostrano risultati positivi riducendo la durata della degenza sia nel pronto soccorso che nell'unità di degenza, riducendo il tasso di riospedalizzazione dopo la dimissione e il tasso di ricovero in un reparto acuto. Infatti, l'integrazione dei servizi di salute mentale nelle cure di emergenza aiuta a svolgere il triage in modo efficace e a indicare il supporto terapeutico, riducendo così la durata della degenza e i ricoveri ripetuti. Ciò sembra essere particolarmente importante non solo in termini di appropriatezza delle cure, ma anche in termini di rapporto costo-efficacia dei servizi sanitari.

2.3.6 Fattori a sostegno della collaborazione

L'efficace implementazione dell'assistenza integrata per la salute mentale dei bambini e degli adolescenti è facilitata da diversi fattori chiave che giocano a livello sistematico, organizzativo e individuale.

A livello organizzativo, la cultura del posto di lavoro è un importante facilitatore per l'implementazione di servizi di salute mentale giovanile di successo. La leadership e le buone pratiche di gestione sono necessarie come in tutte le altre attività di pianificazione ed erogazione di servizi complessi (Chiodo et al. 2022¹¹⁸; Gee et al. 2020).¹¹⁹

A livello professionale si rivela fondamentale una formazione interprofessionale di alta qualità e congiunta, insieme a una chiara definizione dei ruoli e dei protocolli di comunicazione. La formazione e la supervisione sono fondamentali per coloro che forniscono interventi e rinvii per la salute mentale nelle scuole (Gee et al., 2020; Peters, 2016).¹²⁰ Inoltre, i team che si incontrano regolarmente e hanno processi di consultazione strutturati mostrano una migliore collaborazione e coordinamento delle cure, continuità delle cure e transizioni nelle cure. La comunicazione diretta tra pediatri e psichiatri per telefono e la disponibilità di psichiatri a condurre valutazioni si rivelano utili (Sultan et al., 2018).¹²¹ I medici di base mostrano livelli di soddisfazione più elevati quando hanno un accesso accelerato alla consultazione psichiatrica (meno di 3 settimane) e opportunità di formazione specializzata nella gestione della salute mentale (Burkhart et al., 2020). La collaborazione tra i partner di rete è stata identificata come un facilitatore chiave per l'implementazione di servizi integrati per i giovani (McHugh et al., 2024).¹²²

A livello sistematico, la co-locazione dei servizi emerge come un fattore organizzativo cruciale: la condivisione degli spazi fisici e dei punti di erogazione dei servizi facilita la collaborazione professionale e riduce le barriere di accesso. L'integrazione delle risorse, compresi i sistemi informativi condivisi e i processi amministrativi comuni, migliora significativamente il coordinamento e l'efficienza dei servizi.

A livello individuale, il coinvolgimento dei giovani e delle famiglie nella pianificazione e nel processo decisionale dell'assistenza, insieme all'uso di strumenti di valutazione comuni e di chiari percorsi di riferimento, contribuiscono al successo degli interventi integrati (Savaglio et al., 2023¹²³). A livello clinico, si raccomanda l'empowerment dei giovani, un approccio centrato sul paziente e la standardizzazione dei processi. Il coinvolgimento dei care manager nel fornire alle famiglie programmi educativi strutturati rappresenta un elemento chiave per un'integrazione di servizio di successo. Questa componente educativa include attività di sensibilizzazione sulla salute mentale che migliorano la comprensione delle condizioni psicologiche, riducono lo stigma e normalizzano i comportamenti di ricerca di aiuto (Savaglio et al., 2023¹²⁴). Inoltre, la formazione di primo soccorso sulla salute mentale fornisce alle famiglie competenze pratiche per riconoscere i primi segni di disagio psicologico, rispondere in modo appropriato alle crisi e facilitare l'accesso tempestivo ai servizi specializzati (Jorm et al., 2019¹²⁵). Savaglio et al. (2023) evidenziano come questi interventi educativi contribuiscano a creare un ambiente di supporto intorno ai giovani, migliorando la capacità delle famiglie di navigare efficacemente nel sistema di cura integrato e di partecipare attivamente al processo terapeutico.

2.3.7 Ostacoli a una collaborazione efficace

Nonostante l'identificazione di modelli di successo, persistono ostacoli significativi all'implementazione di servizi di assistenza integrati, in particolare tra i giovani rifugiati che soffrono di livelli elevati di vari problemi di salute mentale (Jensen et al., 2015¹²⁶). Le barriere nell'accesso ai servizi sono aggravate da sfide specifiche legate alla cultura, alla lingua e al processo legale parallelo (Hwang et al., 2008¹²⁷). Inoltre, la paura e le minacce di deportazione possono rendere difficile l'impegno e la costruzione della fiducia (House of Lords, 2016¹²⁸). I rifugiati potrebbero anche avere aspettative diverse riguardo al loro trattamento rispetto ai loro operatori sanitari. È della massima importanza acquisire una comprensione dei modelli di ricerca di aiuto e dei percorsi di cura esistenti, comprendendo il background culturale dei pazienti, comprese le loro prospettive sulle esperienze traumatiche (Morris e Silove, 1992)¹²⁹ per migliorare l'erogazione dei servizi. Ciò dovrebbe essere fatto tenendo in debita considerazione il sostanziale corpus di prove sul sottoutilizzo dei servizi da parte dei bambini rifugiati (De Anstiss et al., 2009¹³⁰).

Sebbene in generale la domanda di servizi di salute mentale sia in aumento, i giovani, soprattutto i più vulnerabili, spesso rinunciano all'assistenza per la salute mentale, nonostante un bisogno percepito e oggettivo di assistenza per la salute mentale (Elliott & Larson, 2004¹³¹; Klein et al., 1998¹³²; Zimmer-Gembeck et al., 1997) a causa di barriere strutturali e non strutturali all'accesso ai servizi medici necessari (Ford et al., 1999; Klein et al., 1998; Zimmer-Gembeck et al., 1997¹³³; DuRant, 1991¹³⁴).

Nel complesso, la letteratura ha evidenziato oltre dieci ostacoli ricorrenti. Tra i più frequenti figurano la frammentazione nella collaborazione tra servizi, fornitori e settori, la carenza di pratiche comunicative efficaci, le criticità nei flussi operativi — in particolare nel sistema di invio e riferimento — e la scarsa strutturazione del processo di transizione dall'assistenza pediatrica a quella per gli adulti. Questi ostacoli sono stati confermati anche da analisi qualitative (Peters, 2016)¹³⁵ e interviste semi-strutturate sulle prospettive di cura coordinata per adulti emergenti con pediatra e psichiatra dell'adolescenza infantile (Hugunin et al. 2023¹³⁶). Da un punto di vista logistico, il trasporto può essere un ostacolo all'implementazione di servizi integrati per i giovani soprattutto nelle piccole città urbane o nei contesti rurali, quindi l'accessibilità, la geolocalizzazione, l'amenità delle strutture dovrebbero essere considerate (Chiodo et al. 2022¹³⁷). Le difficoltà di accesso possono essere mitigate grazie alla crescente digitalizzazione dei servizi, inclusi quelli di salute mentale; tuttavia, non si può dare per acquisita l'alfabetizzazione digitale in ambito sanitario delle giovani generazioni, degli operatori e delle reti di assistenza primaria (Barker et al. 2025¹³⁸).

Nella tabella riassuntiva che segue viene fornita una panoramica degli ostacoli e dei facilitatori all'assistenza integrata per la salute mentale per adolescenti e giovani adulti, in base al livello di impatto sistematico, organizzativo e individuale. La maggior parte dei fattori ha un impatto a livello sistematico, suggerendo che esistono molte sfide e opportunità nell'integrazione della salute mentale dei giovani su scala più ampia.

Fattore	Descrizione della barriera	Descrizione del facilitatore	Livello di impatto
Collaborazione intersetoriale	Mancanza di modelli di collaborazione inter-organizzativa; connessione inadeguata ai supporti della comunità	Collaborazione con i partner di rete	Sistematico
Condivisione delle informazioni	Sistemi di comunicazione scadenti tra i fornitori	Fascicolo Elettronico condiviso (EHR) e set di ordini di riferimento elettronico	

Percorsi di cura	Nessun processo organizzato per la transizione dall'assistenza pediatrica a quella adulta	Migliorare la continuità delle cure e le transizioni di cura	Organizzativo
Trasformazione digitale	Mancanza di alfabetizzazione digitale	Atteggiamenti positivi nei confronti dell'utilizzo dei servizi digitali di salute mentale	
Logistica	Sfide del trasporto		
Disponibilità del servizio	Meno/mancanza di servizi disponibili rispetto al fabbisogno	Servizi flessibili o reattivi	
Politica e regolamenti	Leggi statali sulle licenze (che incidono sui giovani in età universitaria)		
Finanziamento	Scarsi tassi di rimborso per l'assistenza alla salute mentale		
Cultura organizzativa	Incompatibilità con i sistemi e i flussi di lavoro attuali	Cultura positiva del posto di lavoro; Entusiasmo e sostegno della comunità	
Leadership		Forte leadership; Supporto da parte dei dirigenti scolastici senior	
Allocazione delle risorse	Impegno di tempo; Sfide per il finanziamento sostenibile	Modelli di finanziamento collaborativi	
Equipe professionale	Selezione delle risorse professionali; Sfide del flusso di lavoro	Formazione dei fornitori di servizi; Monitoraggio, valutazione e miglioramento continuo	
Coinvolgimento dei giovani		Coinvolgimento dei giovani e delle famiglie; Responsabilizzare i giovani	Individuo
Atteggiamento/stigma	Iniziale riluttanza a perseguire un trattamento attivo	Precedente esperienza di trattamento della salute mentale	

Tabella 1 Panoramica degli ostacoli e dei facilitatori all'assistenza integrata per la salute mentale per adolescenti e giovani adulti

2.3.8 Raccomandazioni dalla revisione della letteratura

La revisione della letteratura suggerisce diverse raccomandazioni chiave per migliorare l'efficacia degli interventi di assistenza integrata.

1. I risultati indicano che la maggior parte degli interventi di assistenza integrata opera a livello clinico, principalmente attraverso la gestione individuale dei casi e team multidisciplinari, garantendo un approccio coordinato ai bisogni di salute mentale.

L'integrazione professionale, spesso caratterizzata da accordi formali di collaborazione e formazione congiunta tra i professionisti, supporta ulteriormente l'erogazione dei servizi. Tuttavia, l'integrazione organizzativa si limita generalmente alla co-ubicazione dei servizi, mentre l'integrazione a livello di sistema—che richiederebbe una governance più ampia e il coordinamento delle politiche—rimane in gran parte assente nella letteratura esaminata.

2. Le evidenze suggeriscono che, sebbene i modelli integrati migliorino l'accesso ai servizi, il coinvolgimento e i risultati clinici, l'integrazione è prevalentemente verticale (all'interno dei sistemi sanitari) piuttosto che orizzontale (tra settori diversi).
3. Sono necessarie ulteriori evidenze sull'integrazione intersetoriale che coinvolge scuole e servizi sociali, nonostante il loro ruolo cruciale nella prevenzione, nella rilevazione precoce e nel supporto a lungo termine. Pochi interventi affrontano in modo specifico i bisogni delle popolazioni vulnerabili, come i bambini rifugiati o coloro che vivono in condizioni sociali complesse.
4. Per migliorare l'efficacia e la portata dei servizi di salute mentale per i giovani, i futuri sforzi dovrebbero dare priorità al rafforzamento dell'integrazione orizzontale, alla promozione della collaborazione intersetoriale e al superamento delle barriere sistemiche. Sarà fondamentale espandere gli approcci basati sull'evidenza a contesti sociali e educativi, garantendo al contempo una forza lavoro sostenibile e un'adeguata allocazione delle risorse, al fine di costruire un modello veramente integrato di assistenza per la salute mentale di bambini e adolescenti.

In sintesi, le raccomandazioni evidenziano la necessità di adottare un approccio olistico, culturalmente competente e partecipativo al supporto psicosociale e alla salute mentale (MHPSS).

L'integrazione di servizi che tengano conto del contesto culturale, dei fattori ambientali rilevanti e che promuovano la partecipazione attiva dei giovani è essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi. Le Linee guida dell'IASC sottolineano come lo sviluppo professionale continuo, l'accessibilità ai servizi e la raccolta di dati pertinenti siano pilastri essenziali per rafforzare le strategie MHPSS.

Nel contesto italiano, queste riflessioni sono particolarmente rilevanti per modellare sistemi di assistenza completi e basati sulla comunità, capaci non solo di rispondere ai bisogni psichici immediati, ma anche di promuovere un benessere duraturo. Prioritizzando l'accessibilità, la sensibilità culturale e la collaborazione tra settori, l'Italia può costruire modelli di supporto psicosociale e salute mentale più efficaci e inclusivi, capaci di rispondere alla diversità dei bisogni della sua popolazione.

3. Analisi dei servizi di supporto MHPSS in Italia

Nel corso degli anni l'Italia ha messo in atto programmi di prevenzione e di trattamento a sostegno della salute mentale dei giovani nei settori sanitario, sociale e educativo. La complessità dei sistemi e le disparità geografiche territoriali nell'erogazione dei servizi richiedono un quadro di riferimento chiaro per migliorare la collaborazione tra i fornitori di servizi di salute mentale e i fornitori di servizi di supporto psicosociale per bambini e adolescenti. In questa sezione verrà approfondito l'attuale panorama normativo e le discussioni in corso in Italia sull'integrazione dei servizi sanitari, sociali e educativi che operano a tutela della salute mentale degli adolescenti (10-19 anni).

3.1 Legislazione italiana sull'integrazione sociosanitaria in materia di salute mentale

I servizi di supporto psicosociale e salute mentale trovano riferimento in due ambiti di policy: quello delle politiche sociali e quello delle politiche sanitarie 139. Sebbene queste aree siano interconnesse, il rafforzamento della loro collaborazione è essenziale per fornire servizi completi ed efficaci.

Pur essendo interrelate, queste due dimensioni sono apparse per molto tempo disgiunte sia in termini di competenza istituzionale che sotto il profilo della tipologia di servizi erogati.

L'importanza dell'integrazione tra il settore sanitario e sociale era stata già evidenziata nella legge n.833/1978, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che prevedeva il coordinamento tra servizi sanitari e sociali a livello locale. Nello stesso anno, la legge 180/1978 (Legge Basaglia) riformava l'approccio al trattamento delle persone con disturbi psichici, spostando il fulcro dell'assistenza dall'ospedale al territorio e stabilendo un modello di intervento sociosanitario di erogazione dei servizi di supporto psicosociale e salute mentale basato sul territorio e sulla valorizzazione della comunità.

Nella seconda riforma sanitaria (Decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993) vengono definite:

- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite.
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
- le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

La riforma affida ciascuna tipologia ad uno specifico livello istituzionale, evidenziando dunque una separazione nella gestione dei servizi: la competenza dei servizi sociali è di pertinenza dei Comuni, quella dei servizi sanitari è, invece, delle Regioni, da cui dipendono le ASL.

Tuttavia, è solo a partire dagli anni 2000, anche in conformità a quanto raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che il sistema dei servizi psicosociali e salute mentale italiano è stato progressivamente orientato verso l'approccio integrato sociosanitario. La definizione di salute dell'individuo, promossa dall'OMS, è descritta come

“un insieme di benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente assenza di malattie o infermità” è il fondamento dell’approccio del sistema di integrazione promosso dal sistema di policy italiano.

In particolare, la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. n. 328/2000 rappresenta uno tra i primi punti salienti della normativa italiana sull’integrazione sociosanitaria, in cui si è tentato di unificare in una cornice coerente la regolazione del sistema stratificato di misure e procedure per l’erogazione dei servizi sociali che si era creato in Italia, richiedendo la definizione di livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) o di livelli essenziali di assistenza sociale, da affiancare ai già esistenti livelli essenziali di assistenza sanitaria. La legge quadro rappresenta il primo tentativo di affrontare il nodo delle diseguaglianze territoriali nell’accesso ai servizi, definendo per la prima volta a livello nazionale un sistema di interventi di carattere «universale» e introducendo, o integrando, alcuni dispositivi chiave (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali-LEPS, fondo nazionale delle politiche sociali, programmazione zonale) a sostegno della sua realizzazione.

La riforma del titolo V della Costituzione, avvenuto con la legge costituzionale n. 3/2001, ha attribuito alle regioni la potestà legislativa concorrente in materia sanitaria e potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza sociale, delegando quindi alle regioni la responsabilità dell’integrazione sociosanitaria.

La riforma ha inoltre rafforzato la nozione di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), già introdotta dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. I LEA sono le prestazioni e i servizi che il SSN garantisce a tutti i cittadini con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, gratuitamente o con una quota di partecipazione (ticket). Le Regioni programmano e gestiscono la sanità in autonomia nell’ambito territoriale di loro competenza, e nel quadro delle intese istituzionali concordate in sede di Conferenza Stato-Regioni e di Conferenza Unificata al fine di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi e livelli delle prestazioni sanitarie appropriate per tutti i cittadini.



© UNICEF/UNI463300/Estrada

Il DPCM 29 novembre 2001 definisce per la prima volta i LEA, che verranno successivamente rivisti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017.

Nei nuovi Livelli essenziali di assistenza vengono dettagliati tra le varie prestazioni anche i criteri di erogazione dei percorsi assistenziali integrati riguardanti la salute mentale. In particolare, essi stabiliscono che nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto il SSN garantisca alle minori prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche che includano gli ambiti di azione della prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico e sociale ai minorenni in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi. Per i minorenni con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo, i nuovi LEA prevedono la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative integrate da interventi sociali in relazione al bisogno socio-assistenziale emerso dalla valutazione.

Il potenziamento della rete integrata dei servizi sociali è tornato al centro dell'agenda con il D.lgs. n. 147 del 2017 recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" che, nel riformare la governance del Fondo Nazionale per le politiche sociali, ha previsto che l'utilizzo delle sue risorse sia oggetto di programmazione per mezzo di un Piano della cui elaborazione è responsabile la Rete della protezione e dell'inclusione sociale (art.21). Il Piano sociale nazionale 2018-2020 redatto in attuazione del precitato decreto, si caratterizza per essere incentrato sul potenziamento della rete integrata dei servizi sociali con un richiamo prioritario alla integrazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali con il sistema sanitario.

Il tema è nuovamente tornato all'attenzione politica nel 2020, in seguito all'insorgenza ed alla rapida diffusione dell'epidemia da Covid-19.

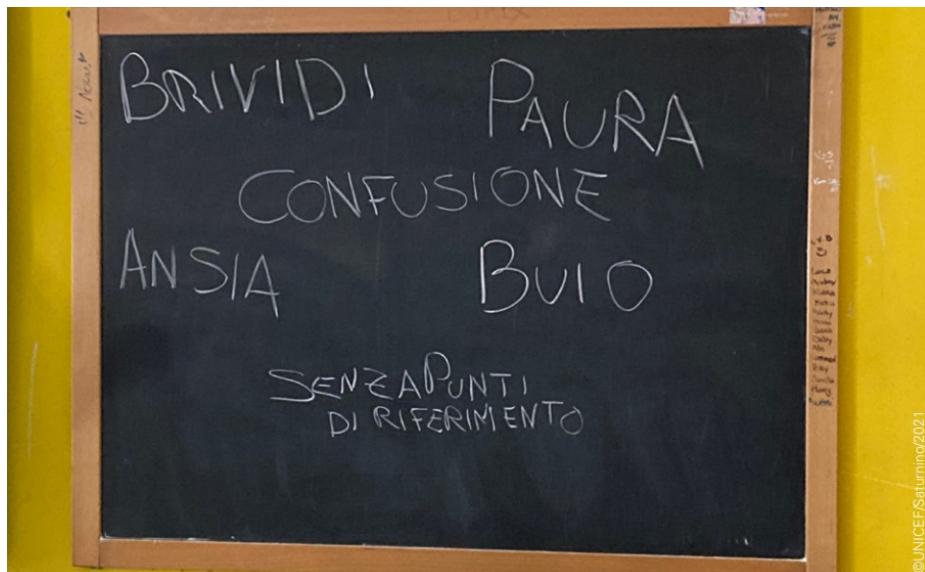
Il decreto legge 34/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" ha definito come essenziali i servizi sociali, socioassistenziali e sociosanitari elencati all'art. 4 della L. 328/2000, e ha introdotto la sperimentazione delle "strutture di prossimità per la prevenzione e la promozione della salute e per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili" ispirata al principio della piena integrazione sociosanitaria, e basata sul coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti, istituzionali e non operanti, sul territorio.

Questo intento programmatico, che valorizza le sperimentazioni già avviate in alcune Regioni, è stato riaffermato anche nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza- PNRR, il quale prevede il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale e dei servizi sociosanitari di prossimità attraverso l'investimento di 2 miliardi di euro per l'attivazione di 1.038 "Case della Comunità" entro il 2026, sotto la guida del Ministero della Salute. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie: una struttura fisica in cui opererà un gruppo multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, e altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità è particolarmente rilevante perché, se adeguatamente promossa, potrebbe rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali e la loro maggiore integrazione con la componente sanitaria.

Sempre per fronteggiare l'emergenza pandemica, il decreto legislativo n. 104/2020, convertito dalla L. n. 126/2020 ha previsto che le Regioni e le Province autonome debbano adottare appositi piani di riorganizzazione dei distretti e della rete assistenziale territoriale al fine di garantire l'integrazione socio-sanitaria, l'interprofessionalità e la presa in carico del paziente. Inoltre, al fine di efficientare i servizi di salute mentale operanti nelle comunità locali, la norma citata ha previsto l'emanazione da parte del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza unificata, di linee d'indirizzo finalizzate all'adozione, da parte delle regioni

e delle province autonome, di un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale in grado di definire le buone pratiche di salute mentale di comunità e per la tutela delle fragilità psico-sociali. A tal fine è stato istituito, presso il Ministero della salute il "Tavolo tecnico sulla salute mentale" che, nel maggio 2021 ha prodotto un Documento di sintesi¹⁴⁰ contenente specifiche raccomandazioni.

Nel 2021, con il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, i LEPS sono stati indicati come strumenti del tutto complementari ai LEA: "Evidentemente, un approccio sociale basato sui LEPS non può che interagire strettamente con l'approccio sanitario, che vede già definiti i livelli essenziali di salute e socio-salute (LEA); l'interazione è tanto più importante in quanto alcune delle LEA sociali e sanitarie, come da ultimo ridefinite ai sensi del D.P.R. 12 gennaio 2017, individuano livelli essenziali – come quelli relativi alla presa in carico con valutazione multidimensionale dei bisogni e progetto di assistenza individuale (art. 21) – comuni alla sfera sociale, ma che ancora faticano enormemente ad essere garantiti anche dal sistema sanitario. È necessario attivare un modello organizzativo, con modalità di coordinamento per un utilizzo funzionale delle risorse professionali (anche psicologiche) in grado di mettere in rete i servizi con maggiore impatto su situazioni di disagio personale e sociale, erogati in tutti gli ambiti previsti dalle LEA al fine di "garantire il benessere psicologico individuale e collettivo".¹⁴¹



© UNICEF/Saturnino/2021

3.1.1 Principali iniziative e politiche in corso

I dati sulla salute mentale degli adolescenti in Italia mostrano un'emergenza sociale in ambito sia di salute mentale che di benessere a cui si è tentato di porre rimedio con diverse politiche e piani d'azione nazionali volti a promuovere il benessere psicologico dei giovani. Anche sulla spinta delle politiche europee negli ultimi anni sono stati definiti e realizzati Piani/ programmi/progetti/linee guida sia sul versante sociale che sanitario, tra loro complementari. Tra i Piani più rilevanti per questa analisi si segnalano:

➤ **Piano Nazionale d'Azione per la Salute Mentale (PANSM)**

Nel 2013 è stato approvato, in Conferenza Unificata il 'Piano di azioni nazionale per la salute mentale -PANSM che rappresenta ad oggi, il quadro di riferimento di tutti i principali indirizzi strategico-programmatici e organizzativi di livello nazionale e di livello regionale e locale in materia di salute mentale.

Il PANSM sottolinea come nei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza l'intervento multidisciplinare d'équipe non possa essere limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma debba invece essere la regola. La presa in carico non è, cioè, correlata esclusivamente alla complessità del disturbo ma è dettata anche dai contesti in cui la persona con un disturbo vive e dalla specificità della fase evolutiva attraversata dall'utente e dalla sua famiglia.

Da questa strategia generale discendono una serie di altri documenti operativi che aiutano a promuovere una maggiore appropriatezza ed efficacia degli interventi messi poi in atto dalle Regioni, che sono le titolari dell'organizzazione dell'assistenza, tra i quali si segnalano:

- Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza¹⁴², documento approvato in Conferenza unificata con accordo n. 138 del 13 novembre 2014. L'accordo si propone di fornire indirizzi operativi relativamente al secondo obiettivo indicato dal PANSM "Esistenza di una rete regionale di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extra-ospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza, in stretta integrazione con i servizi territoriali". I trattamenti in regime semiresidenziale e residenziale costituiscono una parte considerevole dell'impegno assistenziale a favore dei minori con disturbi neuropsichici; a fronte di ciò, sono del tutto diversificate le indicazioni normative e programmatiche, con differenze marcate nelle varie Regioni, sui criteri organizzativi e di funzionamento: tipologie strutturali, dotazione di personale, soggetti destinatari e criteri di inserimento, modalità di finanziamento, requisiti di accreditamento, durata della permanenza nelle strutture, partecipazione alla spesa, come risulta da una ricognizione effettuata, allo scopo, in alcune Regioni.
- "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza" elaborate dal Tavolo di lavoro sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza istituito presso il Ministero della salute con decreto del Ministro della salute 23 novembre 2016 e approvate con Intesa in sede di Conferenza unificata del 25 luglio 2019. Il documento fornisce una serie di misure e raccomandazioni per migliorare la gestione dei disturbi e invita le regioni a recepirle con un piano applicativo regionale prevedendo nella loro programmazione sufficienti servizi territoriali, sufficienti posti letto e sufficienti servizi per la diagnostica ospedaliera, per la degenza in caso di scompenso acuto e servizi residenziali terapeutici territoriali per percorsi di maggiore durata.

➤ **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025**

Il Piano Nazionale della Prevenzione mira a promuovere la salute e prevenire le malattie su tutto il territorio nazionale. Si concentra sulla promozione di stili di vita salutari, sulla riduzione dei fattori di rischio e sul rafforzamento dei servizi di prevenzione. Il piano attribuisce particolare importanza a settori quali le vaccinazioni, l'educazione sanitaria, la diagnosi precoce delle malattie e la promozione della salute mentale.

L'obiettivo generale è migliorare gli esiti in termini di salute pubblica attraverso l'implementazione di strategie di prevenzione coordinate nell'arco di cinque anni. Tra gli obiettivi specifici figura la tutela della salute mentale degli adolescenti, con azioni mirate alla promozione del benessere psicologico nelle scuole e nei servizi sanitari, nonché alla prevenzione dei disturbi mentali e del suicidio giovanile.

Le azioni previste comprendono:

- Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica in materia di benessere e salute (Scuole che promuovono salute);

- Lotta alle dipendenze prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di particolare rilievo per salute della popolazione generale;
- Promozione di stili di vita sani: Iniziative per incoraggiare l'attività fisica, una corretta alimentazione e l'uso consapevole dei media digitali.

➤ **Piano d'Azione Nazionale Garanzia Infanzia (PANGI)**

Il piano d'Azione Nazionale Garanzia infanzia è redatto in ottemperanza a quanto previsto dalla Raccomandazione sulla Child Guarantee del 14 giugno 2021 al fine di garantire che tutte le bambine ed i bambini abbiano accesso a servizi essenziali e opportunità di sviluppo, indipendentemente dalle loro circostanze personali e sociali. Si pone l'obiettivo di attuare i diritti delle bambine, dei bambini e degli adolescenti nell'ottica di contrastare le diseguaglianze e dare attuazione ai livelli essenziali e prevede una serie di misure per sostenere la salute mentale degli adolescenti in Italia.

Si tratta di un documento di lungo periodo (con azioni da realizzare entro il 2030) e si pone obiettivi di **programmazione, innovazione e intervento con una struttura multilivello** che presuppone la responsabilità sia delle Amministrazioni centrali, sia di Regioni e di Comuni.

Il Piano, redatto in sintonia con il V Piano di azione per l'infanzia e l'adolescenza ha valorizzato l'apporto di tutte le amministrazioni centrali coinvolte per rispondere ai bisogni di bambini e bambine, del Terzo Settore, di esperti e il contributo dei ragazzi e delle ragazze dello Youth Advisory Board.

Tra le varie aree di intervento, il documento si sofferma anche sulle criticità principali dell'area salute, declinandole sul binomio appropriatezza/accessibilità: da un lato, l'esigenza di individuare interventi preventivi e rivolti a un'ampia platea di minorenni, dall'altro la necessità di riflettere sulle difficoltà nell'accesso di alcuni target specifici.

Gli obiettivi e le priorità d'intervento sono stati suddivisi in quattro assi, che si declinano in una serie di azioni mirate. Le priorità individuare sono le seguenti:

- Educazione e cura della prima infanzia, istruzione, attività scolastica, mense
- Salute e assistenza sanitaria
- Contrasto alla povertà e diritto all'abitare
- Governance e infrastrutture di sistema

Il PANGI dedica particolare attenzione alla salute mentale dei minori, riconoscendola come una priorità trasversale. Tra le principali azioni previste troviamo:

- Rafforzamento della rete di neuropsichiatria infantile e adolescenziale (NPIA): potenziamento dei servizi territoriali per la diagnosi precoce, la presa in carico e il trattamento dei disturbi psichici e comportamentali nei bambini e adolescenti.
- Integrazione tra scuola, sanità e servizi sociali: promozione di sportelli di ascolto psicologico nelle scuole, percorsi di supporto per studenti in difficoltà e formazione degli insegnanti per l'individuazione precoce del disagio.
- Percorsi dedicati per minori vulnerabili: attenzione specifica ai bambini in povertà estrema, con disabilità, migranti o in strutture di accoglienza, per garantire accesso equo ai servizi di salute mentale.
- Campagne di sensibilizzazione e prevenzione: iniziative rivolte a famiglie, scuole e comunità per ridurre lo stigma e promuovere il benessere psicologico sin dalla prima infanzia.

- Formazione degli operatori: aggiornamento continuo per pediatri, psicologi, educatori e assistenti sociali, con focus su trauma, disagio psicosociale e approccio interculturale.

➤ **5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo di soggetti in età evolutiva 2022-2023**

Il 21 maggio 2021, l’Osservatorio nazionale per l’infanzia e l’adolescenza ha approvato il 5° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva. I contenuti si integrano con i diritti e le strategie internazionali ed europee per i minori di età, in particolare: la Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo del 1989, gli Obiettivi Onu di sviluppo sostenibile – Agenda 2030, la Strategia dell’Unione europea sui diritti dei minori 2021-2024 e il Sistema europeo di garanzia per i bambini vulnerabili (European Child Guarantee).

Il Piano promuove azioni innovative e di rafforzamento a favore dei minori di età ed è coerente con i contenuti delle altre azioni a favore dei nuclei familiari e dei bambini e adolescenti, tramite gli organismi di coordinamento nazionale, quali l’Osservatorio nazionale sulla famiglia e l’Osservatorio per il contrasto alla pedofilia e pornografia minorile.

Il piano menziona esplicitamente la necessità di integrare le diverse forme di prevenzione attuabili in ambito familiare e nei servizi educativi, sociali e sanitari, nelle scuole, al fine di un sistema efficace di protezione e tutela e in un’ottica di comunità sempre più educanti. Attenzione particolare dovrebbe essere prestata all’appropriatezza delle varie funzioni di ricezione delle segnalazioni, di valutazione iniziale, di presa in carico multidimensionale e integrata nelle aree socio-sanitaria, socio-educativa e giudiziaria, all’uniformità della governance dei servizi e alla promozione della coesione sociale anche attraverso la piena inclusione di tutti i bambini e i giovani vulnerabili.

Si segnalano l’Azione 6 Il servizio di psicologia scolastica e Azione 7 rafforzamento dei consultori familiari.

➤ **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell’Italia include diverse misure per affrontare la salute mentale degli adolescenti.

Missione 4 - Interventi di servizi di supporto psicologico e di counseling (sportelli psicologici) all’interno delle scuole per identificare e intervenire precocemente sui problemi di salute mentale tra gli studenti (contrastò alla dispersione scolastica).

Nel PNRR Missione 5 Componente 3 è previsto il Sub-Investimento 1.1 “Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali della comunità” che mira a contrastare problemi di disagio e di fragilità sociale, attraverso il miglioramento o la creazione di servizi e infrastrutture sociali nelle Aree interne, anche facilitando il collegamento e l’accessibilità ai territori in cui sono ubicati.

Nell’ambito della Missione 5 "Inclusione e Coesione", nella quale ricadono gli interventi di competenza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la Componente 2 (M5C2) - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore finanzia, fra gli altri, l’investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti. Precisamente, attraverso la linea di sub-investimento 1.1.1 - Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie dei bambini, sono sostenuti gli interventi finalizzati all’attuazione delle “Linee di indirizzo per l’intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità”, cioè il metodo messo a punto durante la

sperimentazione del Programma di intervento per la prevenzione dell’istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.). Nella stessa misura viene prevista l’estensione del finanziamento di P.I.P.P.I. per tutti gli ambiti territoriali italiani per il periodo 2022-2027. L’implementazione di P.I.P.P.I si configura pertanto come lo strumento più appropriato per garantire l’attuazione del LEPS relativo a “rispondere al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente stabile, sicuro, protettivo e ‘nutriente’, contrastando attivamente l’insorgere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali, la dispersione scolastica, le separazioni inappropriate dei bambini dalla famiglia di origine, tramite l’individuazione delle idonee azioni, di carattere preventivo, che hanno come finalità l’accompagnamento non del solo bambino, ma dell’intero nucleo familiare in situazione di vulnerabilità, in quanto consentono l’esercizio di una genitorialità positiva e responsabile e la costruzione di una risposta sociale ai bisogni evolutivi dei bambini nel loro insieme”.

Per quanto riguarda la Missione 6, vengono stanziati € 15,63 miliardi alla “Missione Salute 6”, di cui 7 volti al rafforzamento dell’assistenza sanitaria territoriale e delle reti di prossimità. Si prevede la creazione di 1.038 case di comunità in cui inserire tutti i servizi territoriali, inclusi quelli per donne, bambine e bambini.

- Rafforzamento dei servizi sociosanitari di prossimità attraverso l’investimento di 2 miliardi di euro per l’attivazione di 1.038 “Case della Comunità” entro la metà del 2026, sotto la guida del Ministero della Salute. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie: una struttura fisica in cui opererà un gruppo multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, e altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali” i quali, attraverso un approccio orientato alla medicina di genere erogheranno le prestazioni sociosanitarie. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità è particolarmente rilevante perché, se adeguatamente promossa, potrebbe rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali e la loro maggiore integrazione con la componente sanitaria.
- Oltre alla casa della comunità, il PNRR prevede anche lo sviluppo di servizi di assistenza domiciliare per supportare adolescenti con disturbi mentali e loro famiglie.
- Inoltre, il PNRR prevede l’integrazione ed il potenziamento delle strutture esistenti, come i centri di salute mentale (CSM) con risorse e personale dedicato, per garantire una presa in carico tempestiva e integrata dei giovani con problemi di salute mentale ed il potenziamento dei consultori familiari per offrire supporto psicologico e psicosociale agli adolescenti e alle loro famiglie.
- Telemedicina e piattaforme digitali: viene prevista l’implementazione di servizi di telemedicina per consentire accesso a consulenze psicologiche e psichiatriche a distanza, facilitando il supporto agli adolescenti nelle aree meno servite;
- Il PNRR prevede anche la formazione del personale sanitario e campagne di sensibilizzazione, progetti di integrazione sociosanitaria (promozione di progetti che integrano i servizi sanitari con quelli sociali, per fornire un supporto completo agli adolescenti alle loro famiglie, favorendo la collaborazione tra scuole, servizi sociali e sanitari.

➤ **Programma Nazionale Equità nella salute**

Il programma è previsto nell’Accordo di partenariato dell’Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, approvato dalla Commissione Europea con Decisione C (2022) 8051 del 4 novembre 2022 e sostenuto da risorse del Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) e dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR). Il predetto Programma interviene nelle sette Regioni del Mezzogiorno - Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia - per rafforzare e migliorare la qualità dei servizi sanitari e rendere

più equo l'accesso anche per le quote di popolazione che risentono maggiormente delle barriere di accesso al sistema. È strutturato in quattro aree di intervento, tra le quali si segnala in particolare "Prendersi cura della salute mentale", che si pone l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari sperimentando modelli integrati di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle ASL/ASP, di cui si prevede di potenziare le capacità, i servizi sociali dei Comuni e gli Enti del Terzo Settore (ETS) per la realizzazione di cosiddetti percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati (PRTP) utilizzando lo strumento del budget di salute.

➤ **Il Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027.**

Il programma, a titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, è stato approvato dalla Commissione europea il 1° dicembre 2022. Il PN Inclusione e Lotta alla Povertà 2021-2027 dispone di una dotazione finanziaria pari a oltre 4 miliardi di euro, di cui circa 3,5 miliardi di euro cofinanziati dal FSE+ e 570 milioni cofinanziati dal FESR.

Il Programma si articola in 4 Priorità principali, a cui si aggiungono 2 Priorità di AT (una FSE+ ed una FESR) ciascuna delle quali articolata in uno o più Obiettivi Specifici:

- 2.1. Priorità 1: Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà
- 2.2. Priorità 2: Child Guarantee
- 2.3. Priorità 3: Contrasto alla deprivazione materiale
- 2.4. Priorità 4: Interventi infrastrutturali per l'inclusione socioeconomica

Per quanto riguarda la priorità 2 – Child Guarantee, è finanziata da risorse FSE+ e prevede uno stanziamento complessivo (risorse FSE+ e cofinanziamento nazionale) di oltre 700.000.000 euro.

Di seguito gli obiettivi specifici della priorità 2:

- **Obiettivo Specifico dedicato all'accesso ai servizi per i minori**

La programmazione operativa di tale OS, definita all'interno di una strategia condivisa con il **PN Scuola e competenze**, punta a implementare azioni orientate all'inclusione sociale, al contrasto delle condizioni di disagio psicofisico, alla piena partecipazione da parte dei più fragili alla vita sociale. Le azioni individuate agiscono prevalentemente sulle problematiche sociosanitarie (in complementarità con il **PN Equità e Salute**), della sicurezza individuale, dello sviluppo professionale e dell'autonomia economica e, sul fronte dei luoghi, si vanno a concentrare nell'ambito dei luoghi di aggregazione, della formazione professionale, negli spazi gestiti dalle Associazioni del Terzo settore, nei presidi sanitari territoriali e nei tribunali e/o altre sedi della giustizia. Sono previsti interventi volti a favorire l'accesso e la partecipazione a contesti di apprendimento scolastico e formativo e costituire i presupposti per l'inserimento socio-lavorativo da parte di giovani in condizioni di fragilità.

Si segnala in tale contesto l'azione **DesTEENazione - Desideri in azione**, rivolta agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) di tutta Italia per la realizzazione di **Spazi multifunzionali** di esperienza per favorire la partecipazione, lo sviluppo delle potenzialità, l'integrazione, l'inclusione sociale, il contrasto alla dispersione scolastica e la valorizzazione delle competenze affettive e relazionali dei preadolescenti e degli adolescenti.

- **Obiettivo Specifico dedicato all'integrazione sociale di minori poveri/indigenti**

Sono previsti interventi socioeducativi rivolti a persone in condizione di difficoltà economica mediante il potenziamento dei servizi per le famiglie con bisogni complessi e bambini nei primi mille giorni di vita. Nell'ambito di tale azione potranno essere promosse attività volte al sostegno socio-educativo domiciliare e al sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare ed altri sostegni innovativi. L'OS prevede, inoltre, interventi volti a prevenire e combattere l'esclusione sociale garantendo l'accesso dei minori bisognosi a una serie di servizi fondamentali; tale azione, sulla base della sperimentazione pilota (child guarantee) realizzata in collaborazione con UNICEF, intende realizzare una serie di interventi volti, tra i principali obiettivi, al rilancio dell'affidamento familiare; all'accompagnamento all'autonomia; al potenziamento della transizione scuola-lavoro; al contrasto alla povertà educativa e per la protezione delle categorie di minorenni più vulnerabili mediante l'accesso a luoghi e strumenti innovativi per l'apprendimento.

➤ **Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021- 2023**

Il Piano riprende in una cornice unitaria i diversi piani settoriali ed i fondi sociali con “l’obiettivo di definire i contorni di un processo di strutturalizzazione di un sistema dei servizi sociali attualmente frammentato e non in grado, sull’intero territorio nazionale, di offrire la certezza della presa in carico di coloro che si trovano in condizioni di bisogno e di promuovere quella coesione sociale e quella resilienza che sono emerse con forza, negli anni più recenti, come elementi imprescindibili”¹⁴³. In linea con quanto previsto dall’art. 22 della L. 328/2000, il Piano nazionale presenta un primo gruppo di LEPS già individuati in normativa o in attesa di un formale riconoscimento (poi avvenuto con la Legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234 all’articolo 1, comma 170). È uno solo il LEPS che riguarda la fascia di età a cui si riferisce il presente progetto, ed è relativo alla prevenzione dell’allontanamento familiare (P.I.P.P.I.), da finanziare tramite il PNRR e il Fondo Nazionale per le politiche sociali.

Il Piano aggiunge tuttavia anche due importanti azioni di potenziamento, una relativa alla Garanzia Infanzia e una della Promozione rapporti scuola territorio (GET UP – ex legge 285/97), la prima da finanziare attraverso il PON Inclusione, e la seconda attraverso PON Inclusione, il Fondo nazionale per le politiche sociali e il POC Piano Operativo Complementare Inclusione.

➤ **La legge 28 agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza**

La legge ha istituito un fondo nazionale speciale da destinare a interventi a favore dell’infanzia e dell’adolescenza realizzati dalle amministrazioni locali. Oggi il fondo viene ripartito tra 15 Città con vincolo di utilizzo secondo gli scopi definiti dalla legge. Tra gli strumenti promossi dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali per la buona riuscita della sperimentazione, vi sono il Tavolo di coordinamento tra Ministero del lavoro e delle politiche sociali e Città riservatarie e la Banca dati dei progetti.

Si segnala in merito il **progetto GET UP**, acronimo per **Giovani Esperienze Trasformative di Utilità sociale e Partecipazione**, promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e dalle città riservatarie in collaborazione con il Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca e l’Istituto degli Innocenti. **GET UP pone al centro gli adolescenti e in particolare intende sviluppare la partecipazione attiva dei ragazzi, il protagonismo, la promozione della loro autonomia, l’utilità sociale e civile del loro agire sociale.**

La progettualità è stata attiva a valere sul Fondo 285 fino al 2019; è stata inserita con azione 8 della priorità “Contrasto alla povertà e diritto all’abitare” nel PANGI.

➤ **Linee di indirizzo nazionali per l’intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità**

Le Linee di indirizzo nazionali per l’intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità¹⁴⁴, approvate il 21 dicembre 2017 in Conferenza Unificata, affrontano il tema degli interventi di cura e protezione dei bambini nel loro ambiente familiare, ponendo un’attenzione particolare agli interventi finalizzati a prevenire l’allontanamento dei minori. Nel documento (paragrafo 226) si fa esplicito riferimento all’integrazione socio-sanitaria per la salute mentale, nello specifico:

Azione/Indicazione operativa 1 Sono definiti con atti specifici i diversi livelli e le relative modalità di collaborazione per la prevenzione, protezione e cura dei bambini: tra servizi sociali, socio-sanitari o sanitari per bambini; tra servizi per i bambini e servizi per gli adulti (in particolare, per quanto riguarda gli interventi per la salute mentale e per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze).

➤ **Linee di indirizzo nazionali sull’affidamento familiare (2012) e le Linee di indirizzo per l’accoglienza nei servizi residenziali per minorenni (2017).**

Le Linee di indirizzo, aggiornate nel luglio 2023, forniscono una sistematizzazione di buone pratiche operative e la definizione di metodi e strumenti unitari per la migliore organizzazione e funzionamento dei servizi di accoglienza residenziale e dei servizi per l’affido, garantendo una cornice unitaria nel processo di consolidamento e rafforzamento strutturale dei servizi sociali e ponendosi come strumento di integrazione fra livelli di *governance* nazionale e locale dei servizi e fra politiche sociali, sanitarie e dell’istruzione, con l’obiettivo di mettere a sistema le pratiche operative e di *governance* che, attraverso una temporanea e qualificata accoglienza e tutela del minorenne fuori dalla famiglia di origine, ovvero attraverso l’accompagnamento nel suo percorso verso l’autonomia, sostengono il diritto del minorenne di crescere ed essere educato nell’ambito della propria famiglia.

➤ **Misure urgenti connesse all’emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali**

Per rispondere poi alla situazione di disagio psicologico manifestata soprattutto dalle giovani generazioni nel corso della pandemia da COVID-19, **l’articolo 33 del D.L. “Misure urgenti connesse all’emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali” n. 73/2021 (c.d. Sostegni bis), convertito dalla L. n. 106/2021**, ha previsto due linee di intervento, per una spesa complessiva di circa 28 milioni di euro, a valere sul finanziamento del Ssn.

La prima linea di intervento, indirizzata all’area territoriale ed ospedaliera della Neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza, ne ha previsto il potenziamento mediante l’utilizzo, fino al 31 dicembre 2021, di forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, per il reclutamento di professionisti sanitari e di assistenti sociali. A tal fine è stata autorizzata la spesa di 8 milioni di euro.

La seconda linea di intervento ha consentito, alle regioni e alle province autonome, di autorizzare le aziende e gli enti del Ssn a conferire, fino al 31 dicembre 2021, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a psicologi, regolarmente iscritti al relativo albo professionale, allo scopo di assicurare le prestazioni

psicologiche, anche domiciliari, a cittadini, minori ed operatori sanitari, nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza. A tal fine è stata autorizzata, per il 2021, la spesa complessiva di circa 20 milioni di euro.

Lo stesso articolo 33, commi da 6-bis a 6-quater, ha poi istituito il **“Fondo Benessere Psicologico”** (art 33 comma 6 bis) con una dotazione di 10 milioni di euro *per ciascuno degli anni 2021 e 2022* destinato a promuovere, il benessere e la persona, favorendo l'accesso ai servizi psicologici delle fasce più deboli della popolazione, con priorità per i pazienti affetti da patologie oncologiche, nonché per il supporto psicologico dei bambini e degli adolescenti in età scolare.

➤ **Bonus psicologo**

L'articolo 1-quater del D.L. n. 228/2021 (convertito dalla L. n.15/2022), recante Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, ha poi impegnato i servizi sanitari delle regioni e delle province autonome ad adottare, entro il 31 maggio 2022, un programma di interventi volto al potenziamento dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale, con particolare riferimento all'ambito semiresidenziale. Il programma è rivolto ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo nonché alle persone con disturbi mentali. Inoltre, per facilitare l'assistenza indirizzata al benessere psicologico individuale e collettivo, e per fronteggiare situazioni di disagio psicologico, depressione, ansia, trauma da stress, la norma consente che l'accesso ai servizi di psicologia e psicoterapia possa avvenire anche in assenza di una diagnosi di disturbi mentali. Per l'intervento sono finalizzate risorse pari a 10 milioni di euro, che vanno ad aggiungersi a quelle indirizzate dalla legge di bilancio 2022 alle medesime finalità. In aggiunta, la disposizione riconosce l'erogazione - da parte delle regioni e delle province autonome - di un contributo per sostenere le spese per sessioni di psicoterapia fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi (c.d. **Bonus psicologo**). La legge di bilancio 2023 ha esteso la corresponsione del bonus psicologo anche per l'anno 2023 e per gli anni 2024 e seguenti.

➤ **La Legge 227 del 2021(Legge Delega al Governo in materia di disabilità)**

La legge 227 del 2021 in materia di disabilità ed il decreto attuativo (Decreto Legislativo n. 62 del 3 MAGGIO 2024 - “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”) è una legge italiana che prevede una riforma complessiva delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, conferendo al Governo il compito di riordinare, semplificare e rendere più efficaci le normative esistenti. Sebbene la legge non sia specificamente focalizzata sulla salute mentale, è rilevante per le persone con disabilità psichiche e disturbi mentali.

La legge prevede infatti un aggiornamento della definizione di disabilità in linea con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che include tutte le forme di disabilità, comprese quelle mentali e psichiche. La legge, inoltre, introduce un approccio alla disabilità basato su una valutazione multidimensionale, che tiene conto non solo delle condizioni fisiche ma anche di quelle psichiche e sociali, prevedendo anche misure per favorire l'inclusione sociale e lavorativa delle persone con disabilità.

➤ **Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale»**

Questo decreto, che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), include disposizioni che rafforzano l'assistenza sanitaria territoriale, comprese quelle legate alla salute mentale.

In particolare, il decreto prevede l'istituzione delle "Case della Comunità", che sono strutture fondamentali per l'assistenza territoriale. All'interno di queste strutture, è previsto un approccio multidisciplinare che comprende anche l'assistenza per la salute mentale. Le Case della Comunità dovrebbero garantire l'accesso a servizi di assistenza psicologica e psichiatrica, favorendo la presa in carico integrata dei pazienti con disturbi mentali. Inoltre, il decreto promuove la creazione di "Centrali Operative Territoriali" e "Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)", che coordinano l'assistenza ai pazienti, compresi quelli con problemi di salute mentale, garantendo continuità delle cure e integrazione tra i vari servizi territoriali e ospedalieri.

In sintesi, il DM 77/2022 prevede misure per migliorare l'assistenza territoriale, includendo anche l'attenzione alla salute mentale attraverso un modello integrato e multidisciplinare.

➤ **Decreto Ministeriale n. 153 del 1 agosto 2023** che apporta correttivi al DI 182 del 29 dicembre 2020

Il decreto introduce importanti novità riguardo ai Piani Educativi Individualizzati (PEI), che sono strumenti fondamentali per l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità. In particolare, il decreto stabilisce la revisione dei modelli nazionali di PEI, aggiornandoli per renderli più aderenti alle esigenze specifiche degli studenti con disabilità. Questo aggiornamento mira a migliorare la personalizzazione degli interventi educativi, garantendo una maggiore attenzione ai bisogni individuali. Il decreto inoltre ribadisce l'importanza di un approccio inclusivo nell'elaborazione del PEI, con un forte focus sulla personalizzazione del percorso educativo e rafforza il ruolo della collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nella redazione del PEI.

➤ **Iniziative legislative**

Si segnalano infine due iniziative legislative all'attuale esame della Camera dei Deputati che potrebbero essere di interesse:

1. La proposta di legge, presentata il 12 Aprile 2023, che prevede l'Istituzione del servizio di supporto e assistenza psicologica presso gli istituti universitari e scolastici di ogni ordine e grado¹⁴⁵. La proposta ne definisce la composizione, le funzioni e le aree di intervento, tra cui:

- la predisposizione di un ambiente di apprendimento responsabilizzante e motivante e il supporto per il benessere degli alunni e del personale scolastico;
- l'individuazione precoce delle situazioni di disagio, legate in particolare ai disturbi alimentari, alla disforia di genere e alle dipendenze, nonché delle situazioni di devianza, quali il bullismo e il cyberbullismo;
- il supporto e la formazione, nei confronti dei docenti, riguardo alle specifiche problematiche dell'età evolutiva e alle eventuali difficoltà relazionali esistenti all'interno della classe e tra docenti e discenti, e per una migliore gestione delle situazioni di disagio;
- l'implementazione di idonei percorsi di educazione alla salute e al benessere psicologico, alla sensibilità e all'emotività, rivolti agli studenti;
- lo svolgimento di specifici incontri destinati agli studenti, ai loro familiari e ai docenti, con finalità informativa e psicoeducativa, anche al fine del superamento delle forme di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone con disagio o disturbo mentale.

2. Proposta di legge per “**l’istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria nell’ambito del servizio sanitario nazionale**¹⁴⁶”. La proposta prevede l’istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria in ciascuna azienda sanitaria locale, articolato a livello di distretto sanitario. Il servizio è finalizzato a garantire un primo livello di intervento psicologico che prevede la rapida presa in carico del paziente e a svolgere un’attività complementare con gli altri servizi sanitari e sociosanitari, attraverso la creazione di un sistema di cooperazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta nonché con gli altri medici specialisti e con i professionisti sanitari e sociosanitari presenti nel territorio. Il testo inoltre prevede l’istituzione di organi di monitoraggio per il controllo della qualità dell’assistenza psicologica erogata

Nel testo si prevede il collegamento tra le attività sanitarie di assistenza primaria e le attività in campo sociale, scolastico, formativo e dei soggetti della comunità locale.

Il sistema di Governance

Il coordinamento interistituzionale tra Regioni e Province autonome e tra queste e il livello centrale (in particolare Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Ministero dell’Interno) in materia di interventi di supporto psicosociale e salute mentale è declinato in un sistema di governance la cui operatività si basa su forme negoziate o congiunte di policy-making.

Di seguito alcuni dei tavoli e dei protocolli di intesa volti a disciplinare la normativa:

1. Tavolo tecnico per la salute mentale

Con decreto ministeriale 27 aprile 2023 è stato istituito il Tavolo tecnico per la salute mentale per il miglioramento della qualità dei percorsi di prevenzione, trattamento e riabilitazione a favore delle persone con disagio psichico, in tutte le fasce di età, e i loro familiari, attraverso una verifica della loro appropriatezza e congruenza, in collaborazione con le istituzioni, gli enti preposti, le società scientifiche, le agenzie regolatrici, le associazioni dei familiari, del volontariato e del terzo settore. Questo tavolo tecnico, si occupa di elaborare linee guida, protocolli e raccomandazioni per la prevenzione e il trattamento delle problematiche di salute mentale, inclusi i disturbi che colpiscono gli adolescenti. Si segnalano i sottogruppi di lavoro: organizzazione dei servizi e integrazione sociosanitaria; salute mentale nella transizione tra età evolutiva ed età adulta;

2. Gruppo Interregionale salute mentale della Commissione salute della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano

Il Gruppo Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano è un organismo che si occupa di coordinare e promuovere le politiche di salute mentale a livello interregionale in Italia. Questo gruppo lavora per migliorare i servizi di salute mentale, promuovere la prevenzione e garantire un’assistenza adeguata e uniforme su tutto il territorio nazionale.

3. Osservatorio Nazionale per l’Infanzia e l’Adolescenza

L’Osservatorio, istituito presso il Dipartimento per le Politiche della Famiglia (PCM), si occupa di monitorare e analizzare la condizione dell’infanzia e dell’adolescenza in Italia, con un focus anche sulla salute mentale. Fornisce raccomandazioni e orientamenti per le politiche nazionali in questo settore.

Si compone di circa 50 membri, in rappresentanza delle diverse amministrazioni centrali competenti in materia di politiche per l'infanzia, delle Regioni e delle Autonomie locali, dell'ISTAT, delle Parti Sociali, delle Istituzioni e degli Organismi di maggiore rilevanza del settore, nonché di otto associazioni e otto esperti di nomina dei Presidenti. Inoltre, con l'obiettivo di garantire forme di collaborazione, sinergie e supporto tra l'Osservatorio e l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, un invitato permanente è stato designato a partecipare ai lavori dell'Osservatorio in rappresentanza dell'Autorità.¹⁴⁷

4. La rete per la protezione e l'inclusione sociale (art. 21 D.L. 15 settembre 2017, n. 147)

istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, che assicura un ampio coinvolgimento di attori istituzionali e non istituzionali. È un organismo permanente di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali, responsabile dell'elaborazione degli strumenti di programmazione per l'utilizzo del Fondo nazionale per le politiche sociali, del Fondo Povertà e del Fondo per la non autosufficienza, e riunisce i rappresentanti della governance centrale, regionale, territoriale, del mondo associativo, ditoriale, delle parti sociali e del Terzo settore;

5. Tavolo di lavoro sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza

Il tavolo, istituito presso il Ministero della salute con decreto del Ministro della salute 23 novembre 2016, e sancita in sede di Conferenza unificata del 25 luglio 2019 (rep. Atti n. 70/CU) ha elaborato le "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza".

6. Tavolo Salute Mentale ProMIS

Il Tavolo sulla Salute Mentale di ProMIS (Progetto Mattone Internazionale Salute) è un'iniziativa italiana che ha l'obiettivo di migliorare la salute mentale a livello nazionale e internazionale. Progetto Mattone Internazionale è un organismo a supporto delle Regioni e delle Province Autonome nei loro processi di internazionalizzazione. Il Tavolo sulla Salute Mentale è uno dei gruppi di lavoro, focalizzato sulla promozione del benessere psicologico, sulla prevenzione dei disturbi mentali e sulla sensibilizzazione dell'opinione pubblica riguardo a questi temi. Il tavolo riunisce i referenti regionali in materia di salute mentale e svolge la funzione di coordinamento interistituzionale nazionale e di raccordo con le istituzioni comunitarie.

7. Osservatorio delle buone pratiche di integrazione sociosanitaria

L'Osservatorio delle buone pratiche di integrazione sociosanitaria, promosso da Federsanità e Anci in convenzione con AGENAS, nasce con l'obiettivo di attivare discussioni, critiche, proposte, integrazioni, sia di ordine generale che operativo, orientate a fare crescere il dibattito su queste materie per promuovere l'evoluzione delle politiche, delle organizzazioni e dei servizi.

Le attività di rilevazione dell'Osservatorio riguarderanno le azioni e le esperienze realizzate a livello nazionale, regionale o locale, con lo scopo di creare una comunità di pratica che, nel condividere le migliori esperienze, le renda adattabili, contestualizzandole alle singole realtà territoriali.

8. Protocollo d'intesa tra il Ministero della Salute, l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza e l'Istituto superiore di sanità (Iss)

Il protocollo, siglato il 2 luglio 2024, mira a promuovere la tutela dei diritti alla salute e al benessere psico-fisico dei minorenni e a garantire i diritti di bambini e adolescenti nell'ambito del neurosviluppo e della salute mentale. Il protocollo prevede di monitorare lo stato di benessere psico-fisico di bambini e adolescenti attraverso analisi aggregate di dati (e serie temporali); condividere dati e competenze per produrre studi e analisi

periodiche sul benessere psico-fisico dei minorenni; formulare a Governo, Parlamento e altre istituzioni proposte di strategie di sostegno al benessere psico-fisico delle persone di minore età e proposte di prevenzione dei disagi basate sui dati e sull'osservazione degli andamenti dei fenomeni. Nell'ambito dell'accordo, che avrà durata triennale, è prevista anche l'istituzione di un Comitato paritetico con il compito di individuare le attività da realizzare in via prioritaria e monitorarne l'attuazione.

9. Protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM) e il Ministero della Salute

Il protocollo d'intesa, firmato il 17 febbraio 2022 con durata triennale, si pone l'obiettivo di tutelare i diritti alla salute, allo studio e all'inclusione degli studenti, specialmente quelli con disabilità e disturbi evolutivi specifici. Il protocollo ha inoltre previsto la creazione di un **Comitato paritetico per la “Tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione”**¹⁴⁸ con funzioni di programmazione, coordinamento, indirizzo, monitoraggio e valutazione delle attività ed iniziative assunte nell'ambito delle aree previste dall'intesa, considerato che la tutela e la promozione della salute dei bambini e degli adolescenti rientrano nelle competenze istituzionali dei due Dicasteri. Il protocollo non è stato ancora rinnovato.

10. Protocollo di intesa tra il Ministero dell'Istruzione e del Merito ed il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP)

Nel 2024 Il Ministero dell'Istruzione ha siglato con il CNOP un nuovo protocollo triennale che conferma l'impegno per il supporto psicologico nelle scuole. L'accordo prevede la presenza di presidi territoriali di esperti psicologi a supporto delle istituzioni scolastiche, con l'obiettivo di promuovere la cultura della salute e del benessere nelle scuole secondarie. Nel protocollo d'intesa firmato nel 2020 tra il Ministero dell'Istruzione e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP), è stato previsto uno stanziamento di 40 milioni di euro per l'anno scolastico 2020-2021.

Nonostante le politiche nazionali abbiano definito principi fondamentali e linee guida per l'integrazione dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale destinati agli adolescenti, permangono significative criticità nella loro attuazione, in particolare per quanto riguarda le disparità territoriali e la frammentazione dei meccanismi di governance. In numerose aree, soprattutto quelle rurali o svantaggiate, l'accesso ai servizi di salute mentale risulta ancora limitato, a causa della distribuzione non omogenea delle risorse, delle carenze infrastrutturali e della disponibilità di personale adeguatamente formato.

La frammentazione istituzionale—con diversi livelli di governo e settori come sanità, istruzione e servizi sociali che operano in maniera disgiunta—compromette la costruzione di percorsi di presa in carico integrati e coordinati. Tali lacune non solo limitano l'efficacia delle politiche esistenti, ma amplificano le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e negli esiti per gli adolescenti più vulnerabili.

Affrontare queste sfide richiede un'analisi approfondita delle disparità regionali, un miglioramento nell'allocazione delle risorse e il rafforzamento dei quadri di governance, affinché i servizi di salute mentale e supporto psicosociale destinati agli adolescenti risultino realmente accessibili, equi e pienamente integrati su tutto il territorio nazionale.

3.2 Analisi multiregionale: metodologia e approccio della ricerca

L'analisi dei servizi di salute mentale e di supporto psicosociale per bambini e adolescenti in tutta Italia ha seguito un approccio di ricerca globale (vedi Allegato 5) progettato per esplorare sia i quadri politici regionali che le pratiche locali di implementazione. La metodologia ha integrato l'analisi documentale con la raccolta di dati qualitativi attraverso interviste ai principali stakeholder coinvolti nell'erogazione dei servizi.

Le informazioni raccolte durante la fase di analisi sono state elaborate attraverso l'analisi tematica del contenuto delle trascrizioni delle interviste, rivelando importanti modelli di integrazione dei servizi di salute mentale e di supporto psicosociale per bambini e adolescenti nelle regioni italiane. Questo processo ha anche permesso l'identificazione di 51 buone pratiche nell'integrazione dei servizi per gli adolescenti nelle varie regioni studiate, fornendo preziose informazioni su modelli di successo che potrebbero essere scalati o adattati in altri contesti.

3.2.1 Analisi regionale

Questa fase si basa sui risultati dell'esame documentale, con l'obiettivo di condurre un'analisi situazionale completa per comprendere meglio i bisogni, le sfide e le prospettive legate all'integrazione dei servizi sociosanitari di salute mentale per adolescenti e giovani adulti. La valutazione include un esercizio di mappatura delle risorse disponibili, dei quadri operativi, delle politiche e degli strumenti esistenti, tramite la revisione di siti web istituzionali, decreti regionali e altri documenti di programmazione.

Inoltre, per ciascuna delle 21 regioni e province autonome, il referente per l'area di interesse è stato invitato a partecipare a un'intervista online della durata di un'ora, per raccogliere ulteriori feedback sulla collaborazione istituzionale, sull'allocazione delle risorse, e sulle barriere e gli ostacoli percepiti all'integrazione dei servizi. Una guida di riferimento completa per le interviste è disponibile in Appendice.

Complessivamente, sono state condotte 12 interviste con responsabili regionali di Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto, permettendo di raccogliere una visione dettagliata delle dinamiche locali e delle sfide legate all'integrazione dei servizi.

Abruzzo

La Regione Abruzzo disciplina i servizi di salute mentale attraverso il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, che promuove il benessere mentale nei giovani attraverso il potenziamento dei fattori di protezione e lo sviluppo di comportamenti sani. Il Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale mira a migliorare i servizi attraverso strategie integrate. La regione fornisce servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza (NPIA), consiglieri familiari, centri di salute mentale e sportelli di ascolto scolastici, incentrati sulla diagnosi precoce e sulla presa in carico terapeutica. Nel 2021 è stata creata la Consulta Regionale per la Salute Mentale, un organismo consultivo che coinvolge associazioni rappresentative per supportare la programmazione e l'implementazione di politiche sulla salute mentale, incluse quelle per i giovani. Gli interventi mirati si rivolgono a minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza, offrendo supporto psicosociale e programmi educativi. Le principali sfide includono la carenza di risorse umane, la necessità di potenziare la rete territoriale e la gestione delle liste d'attesa. Le opportunità riguardano l'implementazione della telemedicina, la formazione continua degli operatori e il miglioramento della collaborazione tra sanità e servizi educativi. I progetti futuri si concentreranno sulla prevenzione scolastica, sulla

digitalizzazione dei servizi e su centri specializzati di riabilitazione psicosociale per migliorare i servizi di salute mentale dei giovani.

Valle d'Aosta

La Regione Valle d'Aosta eroga servizi di salute mentale e supporto psicosociale attraverso diversi piani d'azione, tra cui il Piano di Benessere Sociale e Sanitario 2022-2025. Tra le principali iniziative segnaliamo un progetto di prevenzione del suicidio con l'Università della Valle d'Aosta, un progetto di prevenzione del binge-drinking con la Regione Veneto e piani di ricovero ospedaliero per adolescenti. Al servizio di circa 20.000 minori, la regione offre integrazione scolastica, centri psicosociali e piani di assistenza multidisciplinari personalizzati per i giovani, compresi quelli con ASD, disturbi alimentari e dipendenze. La regione si coordina anche con le scuole, le autorità sanitarie e le forze dell'ordine. Tra i progetti degni di nota ci sono GPS (Giovani, Processi, Scente), che promuove eventi culturali e il coinvolgimento dei giovani, WIP (Work in Progress), che fornisce supporto e prevenzione della salute mentale agli adolescenti, e Youngle, che offre uno spazio sicuro per i giovani per discutere di salute mentale e questioni relazionali tramite un'app. Le sfide includono le barriere culturali, la medicalizzazione dei percorsi di sviluppo e la presenza locale al di là dell'intervento clinico.

Provincia autonoma di Bolzano

Nella Provincia autonoma di Bolzano i servizi di salute mentale per i minori sono disciplinati da normative nazionali e provinciali che includono specifiche azioni rivolte ai minori sotto i 18 anni. Le azioni previste comprendono prevenzione della violenza, diagnosi precoce, presa in carico terapeutica, supporto psicosociale e raccordo con i servizi educativi e scolastici. I tavoli di coordinamento, come il Tavolo Scuola-Sanità e il Gruppo Strategico ASD (Autism Spectrum Disorder), lavorano per migliorare i servizi per bambini e adolescenti, compresi quelli con disturbi dello spettro autistico. Nel 2024 sono stati stanziati finanziamenti significativi per i servizi relativi alle strutture residenziali, ai disturbi alimentari, all'autismo e alla psichiatria e psicoterapia dell'età infantile. La regione offre una vasta gamma di servizi per i minori, tra cui neuropsichiatria, consulti familiari, reti antiviolenza, programmi per minori autori di reati e servizi di psicologia scolastica. Interventi specifici sostengono i gruppi vulnerabili, come i minori migranti, i giovani LGBTQIA+ e quelli provenienti da contesti socioeconomici svantaggiati. Le sfide includono la frammentazione dei finanziamenti, barriere socio-economiche e scarso coordinamento tra i servizi. Le opportunità di miglioramento riguardano un migliore coordinamento territoriale, sistemi informativi condivisi e la promozione di buone pratiche di supervisione multiprofessionale.

La regione ha introdotto un nuovo servizio per i disturbi da gioco (YOUNG-HANDS) e garantisce un Pronto Soccorso Psichiatrico Infantile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, tramite un reparto ospedaliero per acuti con 12 posti letto ordinari e 3 posti letto di day hospital per minori dai 12 anni.

Provincia autonoma di Trento

Nella Provincia autonoma di Trento i servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza sono regolati da leggi provinciali, tra cui la legge n. 16/2010 sulla tutela della salute e il "Piano della Fragilità dell'età evolutiva" (2016). La Provincia Autonoma di Trento offre servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI), con un Servizio Multidisciplinare Adolescenti Complesse (SMAC) per una valutazione e intervento tempestivo nelle situazioni più critiche, consulti familiari, Centri di Salute Mentale e programmi scolastici di prevenzione. Sono disponibili strutture residenziali per minori con disturbi psichici, oltre a progetti per il contrasto dei disturbi alimentari e dell'esclusione sociale. Sono attivi protocolli di collaborazione tra sanità, scuola e servizi sociali e interventi specifici per le fasce vulnerabili, come i minori con disabilità, i minori stranieri non accompagnati, gli adolescenti LGBTQIA+.

e le vittime di violenza. Le sfide includono il miglioramento del coordinamento dei servizi, mentre le opportunità risiedono nel miglioramento dei team multidisciplinari, nei servizi digitali e nell'espansione della prevenzione e del supporto psicosociale nelle scuole. I nuovi progetti includono un centro di crisi per adolescenti, attività educative e di supporto finalizzate a favorire l'integrazione sociale e migliorare il benessere collettivo, e un maggiore sostegno ai giovani che lasciano le strutture residenziali.

Basilicata

La Regione Basilicata fornisce servizi di salute mentale a bambini, adolescenti fino a 18 anni e giovani adulti fino a 24 anni attraverso programmi integrati di assistenza sanitaria, educazione e prevenzione. I servizi includono NPIA, consultori familiari, Centri di Salute Mentale e programmi scolastici incentrati su diagnosi, trattamento, supporto scolastico e integrazione sociale. Le iniziative di prevenzione nelle scuole affrontano il bullismo, le dipendenze e l'intervento precoce per i minori a rischio. Esistono protocolli di collaborazione tra i dipartimenti di salute mentale e le istituzioni educative, che facilitano la presa in carico precoce di minori a rischio. Sono disponibili interventi speciali per minori stranieri non accompagnati, giovani LGBTQIA+, bambini con disabilità e vittime di violenza, tra cui supporto psicologico, mediazione culturale e programmi di inclusione. Le sfide includono la frammentazione dei servizi e la necessità di protocolli standardizzati, mentre le opportunità si concentrano su un maggiore coordinamento, formazione professionale e programmi di prevenzione scolastica ampliati. I piani futuri includono la formazione del personale e sportelli psicologici permanenti nelle scuole secondarie per migliorare l'accesso ai servizi e il sostegno ai minori.

Calabria

La Regione Calabria disciplina i servizi di salute mentale attraverso il Piano d'Azione Regionale per la Salute Mentale (PARSM) 2022-2025, approvato con Decreto Commissoriale n. 18 (2025), con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità, la continuità e l'integrazione dei servizi per bambini, adolescenti e giovani adulti. La regione fornisce servizi NPIA, consultori familiari, centri di salute mentale e sportelli di ascolto nelle scuole, incentrati sulla diagnosi precoce e sull'assistenza terapeutica in linea con le Linee d'Indirizzo regionali 2022 sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza. La collaborazione tra sanità, istruzione e servizi sociali è facilitata dal Coordinamento Regionale della Salute Mentale. Interventi mirati supportano minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza, con azioni come il supporto psicosociale e i programmi educativi.

Le sfide riguardano la carenza di personale, il rafforzamento della rete territoriale e la gestione delle liste d'attesa, mentre le opportunità si concentrano sulla telemedicina, sulla formazione del personale e sul miglioramento della cooperazione intersettoriale. I progetti futuri pongono l'accento sulla prevenzione scolastica, sulla digitalizzazione dei servizi e sui centri di riabilitazione psicosociale specializzati.

Campania

La Regione Campania disciplina i servizi di salute mentale attraverso il Decreto n. 134 (2022), che ha istituito il Tavolo Tecnico Regionale per la Salute Mentale con il compito di coordinare i progetti, integrare i servizi e migliorare la presa in carico di minori con disturbi psichici. La regione offre Dipartimenti di Salute Mentale, Centri di Salute Mentale per minori, consultori familiari e programmi scolastici di prevenzione, incentrati sul supporto, la riabilitazione e l'inclusione sociale. La collaborazione tra sanità, istruzione e servizi sociali migliora l'accesso e l'efficacia, facilitata dal Comitato Tecnico Regionale. Interventi specifici supportano bambini con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza, fornendo centri di ascolto, supporto psicologico, mediazione culturale e programmi di inclusione sociale. Le sfide includono la

frammentazione dei servizi e le disparità territoriali, mentre le opportunità si concentrano sul rafforzamento dei team multidisciplinari, sulla digitalizzazione dei servizi e sul miglioramento della collaborazione intersetoriale. I progetti futuri pongono l'accento sulla prevenzione scolastica, sulla telemedicina e sui centri specializzati di riabilitazione psicosociale.

Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna eroga i servizi e le attività di promozione del benessere, prevenzione e salute mentale in conformità con il Piano Sociale e Sanitario, garantendo il coordinamento tra servizi sanitari, sociali e educativi. La Direzione Generale regionale Cura alla persona, Salute e Welfare integra i servizi sanitari territoriali ed ospedalieri con i servizi sociali e educativi a livello locale. Il "Modello Emilia-Romagna" è un sistema integrato in cui le istituzioni locali collaborano per fornire servizi sanitari, sociali e di integrazione professionale personalizzati sulle esigenze degli utenti. Questo modello, rivolto a bambini e adolescenti fino ai 18 anni, segue un principio di prossimità articolato su 38 distretti sanitari (in cui è presente almeno un centro di neuropsichiatria infantile per distretto, oltre ai Poli di erogazione), 42 centri per le famiglie, servizi educativi, consultori e 47 spazi giovani dedicati ai servizi per adolescenti. Il Piano regionale pluriennale per l'Adolescenza (DAL n. 180/2018), in continuità con il Progetto Adolescenza ha fissato le priorità (dialogo, partecipazione e cura) da realizzare a favore dell'adolescenza in un'ottica multidimensionale e si è configurato come un Patto Educativo tra i principali soggetti che si occupano di adolescenti, in cui la responsabilità sociale degli interventi sia condivisa, faccia crescere capitale sociale comunitario e possa promuovere cittadinanza attiva tra gli adolescenti e tra i soggetti che attuano gli interventi (scuola, sport, sanità, centri per la giustizia minorile). Particolare enfasi è posta sulla prevenzione del ritiro sociale e dell'abbandono scolastico attraverso collaborazioni con l'Ufficio Scolastico Regionale e l'Assemblea dei Giovani. Il programma Interventi nei primi 1.000 giorni di vita rafforza gli interventi per la prima infanzia, affrontando il tema dell'equità sanitaria attraverso comitati regionali. I centri "Spazio Giovani" offrono consulenza per i giovani di età compresa tra i 14 e i 19 anni, fungendo da punti di accesso ai servizi di salute mentale e neuropsichiatria. Le scuole implementano l'educazione emotiva, sessuale e relazionale, coinvolgendo insegnanti e genitori per garantire un supporto completo ai giovani.

Friuli-Venezia Giulia

Le politiche di salute mentale del Friuli Venezia Giulia per l'infanzia e l'adolescenza si basano sul Piano Salute Mentale per l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta 2018-2020 e sul Piano per la Prevenzione 2021, supportati da documenti di governance come la Legge Regionale 2019, comprensiva della Riorganizzazione dei Servizi Socio-Sanitari e la norma del 2022 per la Riorganizzazione dei Servizi per la Disabilità. La regione segue un modello di governance di co-progettazione che coinvolge le autorità locali, le agenzie sanitarie e il terzo settore, garantendo un accesso equo attraverso le linee guida nazionali LEPS. Il sistema sanitario regionale comprende 3 Aziende Sanitarie integrate, di cui due universitarie, con 9 presidi ospedalieri, tra cui l' IRCS Burlo Garofolo, materno infantile, tre Dipartimenti dipendenze e salute mentale, 5 SOC di neuropsichiatria. Nel 2022, 10.140 minori sono stati presi in carico dai servizi sociali, con un incremento rispetto all'anno precedente. Particolare attenzione è rivolta ai minori stranieri non accompagnati, che rappresentano il 38,5% dell'utenza minorile. Un'attenzione prioritaria è riservata ai minori con disabilità, ai casi di giustizia minorile e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione. La regione esplora modelli di presa in carico innovativi e la digitalizzazione, rafforzando al contempo i servizi di psichiatria di transizione. La transizione dalla neuropsichiatria infantile alla salute mentale adulti e ai servizi di presa in carico della disabilità rappresenta una fase del percorso a cui si sta dedicando attenzione (protocolli, equipe dedicate, ecc). Altri progetti includono PIPPI (prevenzione dell'allontanamento dei bambini), Care Leavers Experimentation (sostegno

all'abbandono dell'assistenza giovanile) e Housing First (integrazione di alloggi e supporto sociale).

Lazio

I servizi di salute mentale del Lazio sono disciplinati dal Piano Regionale di Salute Mentale 2022-2024, dal Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e dal Piano Territoriale, oltre ai decreti che riguardano la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, i consultori familiari, la prevenzione degli abusi ed il fabbisogno assistenziale dei minori. La regione offre una vasta gamma di servizi, tra cui NPIA, servizi per disabili, prevenzione scolastica, centri diurni terapeutici e strutture residenziali. La transizione dall'NPIA alla psichiatria per adulti è supportata da unità dedicate e 135 presidi consultoriali che ricevono l'attività integrata dei piani assistenziali, dei corsi di formazione e degli accessi scolastici. I gruppi di lavoro integrati e le reti regionali si concentrano sui disturbi alimentari, l'uso di sostanze, la prevenzione del suicidio nelle carceri e l'assistenza sanitaria per migranti e rifugiati. Nonostante le valutazioni approfondite, l'integrazione dei servizi tra i diversi livelli di assistenza rimane una sfida. ASL Roma1 ha avviato il Progetto di Prevenzione della Salute Mentale per i giovani 14-25 anni, mentre altre iniziative si concentrano sulla contraccuzione per le giovani donne, sulla consulenza perinatale e sull'intervento per la prima infanzia.

Liguria

I servizi di salute mentale della Liguria privilegiano la diagnosi precoce e il trattamento personalizzato per i minori con disturbi dello sviluppo neurologico e neuropsichiatrico, seguendo politiche come l'Accordo sulla Salute Mentale, il Piano Sociale Integrato Regionale e il Piano Socio-Sanitario Regionale. L'assistenza viene fornita attraverso le agenzie sanitarie locali e i team multidisciplinari, con unità specializzate per SERD, ASD e disturbi alimentari. Il Tavolo dedicato al disagio giovanile coordina gli sforzi tra i vari stakeholders, mentre i progetti di prevenzione nelle scuole si concentrano sulle life skills, la prevenzione delle dipendenze e l'educazione alla salute. All'interno dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale, particolare attenzione è dedicata alla transizione dai servizi NPIA alla psichiatria per adulti, con un focus specifico sui pazienti con ASD, supportati da team professionali dedicati. Altri gruppi vulnerabili includono i minori stranieri non accompagnati, i migranti con background fragili e i minori detenuti, soprattutto nel contesto della prevenzione della salute mentale e delle dipendenze da sostanze. Nonostante i processi di valutazione approfonditi, la scarsa comunicazione e la duplicazione dei servizi pongono sfide in termini di efficienza. Il progetto di formazione ASAP mira a individuare i punti di forza e le criticità dei sistemi di prevenzione dei diversi Paesi dell'UE e a implementare programmi di formazione, mentre il Centro giovanile di ASL2 funge da primo punto di contatto per i giovani, offrendo supporto psicosociale e riferimenti specializzati.

Lombardia

In Lombardia i servizi di salute mentale e di supporto psicosociale sono guidati da linee guida sia nazionali che regionali, con un approccio multidisciplinare in fase di sviluppo per un nuovo piano di salute mentale. I servizi rispondono a esigenze specifiche come l'ASD, i disturbi alimentari e la dipendenza dal gioco d'azzardo attraverso le unità SED. circa 125.000 minori hanno almeno un contatto con i servizi di neuropsichiatria, su un totale di 1,5 milioni di bambini e adolescenti presenti nella regione. Questi interventi sono gestiti da équipe multidisciplinari che lavorano nei Centri Psicosociali (CPS) e nelle Unità di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (UONPIA). Particolare attenzione è rivolta ai minori detenuti, con fondi a sostegno delle misure di detenzione alternative. Nonostante i forti partenariati pubblico-privato della regione, permangono sfide nella creazione di modelli di continuità nei settori psicosociale, sanitario e sociale, con i finanziamenti sanitari che superano gli stanziamenti dei servizi sociali.

Marche

Nella Regione Marche i servizi di salute mentale e di supporto psicosociale per bambini e adolescenti sono definiti dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025, con focus su prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico terapeutica, interventi per il sostegno alla genitorialità e il raccordo tra servizi educativi, sanitari e sociali.

La regione offre una serie di servizi tra cui neuropsichiatria infantile e adolescenziale, consuttori familiari, servizi di supporto psicologico nelle scuole, centri antiviolenza e programmi per autori di reato minorenni. I protocolli di collaborazione tra i servizi sanitari, sociali e educativi garantiscono sforzi coordinati, soprattutto per i gruppi emarginati come i migranti, le persone con disabilità o che affrontano problemi di uso di sostanze.

Le sfide principali includono la frammentazione dei finanziamenti e la mancanza di protocolli condivisi, mentre le opportunità risiedono nella collaborazione intersetoriale e nello sviluppo di strumenti digitali. La regione pone l'accento sulla prevenzione e sul sostegno alle famiglie, in particolare attraverso programmi scolastici e iniziative di sensibilizzazione per il benessere degli adolescenti.

Molise

Nella Regione Molise, i servizi di salute mentale e di supporto psicosociale sono disciplinati dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025 e dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, con azioni incentrate sulla prevenzione dei problemi di salute mentale nelle scuole, sullo screening precoce dei disturbi neuropsichiatrici e sul supporto psicosociale alle famiglie. La regione offre servizi NPIA, consuttori familiari, centri di salute mentale e programmi di prevenzione nelle scuole. La regione si concentra anche su interventi per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati e vittime di violenza, incorporando programmi di mediazione culturale e inclusione sociale. Le sfide principali includono la carenza di risorse umane, le disparità territoriali e i lunghi tempi di attesa, mentre le opportunità risiedono nell'espansione dei programmi di prevenzione, nella digitalizzazione dei processi e nella formazione congiunta per i fornitori di servizi. La Regione Molise sta lavorando per migliorare l'accessibilità e l'assistenza multidisciplinare per i minori vulnerabili.

Piemonte

In Piemonte, i servizi di salute mentale e supporto psicosociale per bambini e adolescenti sono garantiti principalmente dai servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e dalla rete regionale dei servizi di Psicologia. La rete NPI comprende 16 strutture (12 presso le ASL e 4 presso le AO), mentre quella di Psicologia include 5 strutture complesse e numerose semplici. L'assistenza copre prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle problematiche neurologiche, psichiatriche, psicologiche e riabilitative nei minori (0-18 anni), anche in sinergia con scuole, servizi sociali e forze dell'ordine. L'organizzazione è multiprofessionale e coinvolge neuropsichiatri, psicologi, educatori e riabilitatori. Il sistema è finanziato principalmente con fondi regionali, integrati da finanziamenti specifici per progetti mirati: tra questi, il potenziamento del supporto psicologico post-COVID per le scuole, la figura dello "Psicologo delle Cure Primarie", la psicologia scolastica e interventi per il benessere psicologico di soggetti fragili. Ulteriori fondi sono stati destinati alla prevenzione del disagio giovanile, al supporto dei minori in situazioni traumatiche e a progetti di inclusione e reinserimento sociale.

Sono attive anche progettualità di prevenzione e promozione del benessere, come "Un patentino per lo smartphone", "Diario della salute" e il programma "Unplugged", oltre a piattaforme informative (come Pro.Sa.) e reti tematiche (come "Safe night Piemonte"). Nonostante l'impegno della Regione, permangono criticità legate a carenze di personale e disomogeneità territoriali. Queste attività sono coordinate con gli istituti scolastici e altri attori del territorio, seguendo metodologie accreditate e monitorate.

Sono inoltre attivi centri specializzati come il CAPS (per la prevenzione delle dipendenze e del ritiro sociale) e SeadyCam (per la media education), mentre reti come "Safe night Piemonte" operano sul campo per prevenire i rischi connessi all'uso di sostanze nei contesti del divertimento giovanile. Tutti i progetti regionali sono documentati nella banca dati *Pro.Sa.*, utile per il monitoraggio e la valutazione delle attività.

Nonostante l'impegno costante della Regione e la qualità dell'offerta, il sistema affronta alcune criticità, tra cui la carenza di personale, barriere culturali e disomogeneità territoriale.

Puglia

Nella Regione Puglia, i servizi di salute mentale per bambini, adolescenti e giovani adulti (0-24 anni) sono disciplinati dal Piano Regionale di Salute Mentale, con particolare attenzione alla prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico terapeutica, screening per violenza e abuso, raccordo con i servizi scolastici ed educativi, formazione degli operatori e supporto alla genitorialità. Istituito nel 2021, il Tavolo Regionale di Coordinamento sulla Salute Mentale facilita la collaborazione tra i servizi sanitari, i servizi sociali, l'istruzione e il terzo settore. I servizi offerti includono la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), consolatori familiari con spazi dedicati ai giovani e una rete antiviolenza che include Centri Antiviolenza (CAV) con supporto psicologico e legale per adolescenti vittime di violenza. La regione prevede interventi specifici per minori vulnerabili, compresi quelli con disabilità, ai minori stranieri non accompagnati, ai minori LGBTQIA+ e alle vittime di violenza. Le sfide includono l'accessibilità, i lunghi tempi di attesa e le lacune di coordinamento, mentre le opportunità risiedono nella telemedicina, nella formazione degli operatori e nei nuovi servizi di prossimità. La Puglia si concentra anche su campagne di ricerca, innovazione e sensibilizzazione per affrontare lo stigma e promuovere il benessere mentale.

Sardegna

Nella Regione Sardegna i servizi di salute mentale sono disciplinati dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari, con particolare attenzione alla prevenzione, alla diagnosi precoce, presa in carico terapeutica e interventi integrati tra scuola, servizi sanitari e sociali.

I tavoli di coordinamento che coinvolgono ASL, istituzioni scolastiche, servizi sociali e associazioni locali aiutano a facilitare la collaborazione. La Sardegna offre NPIA, consolitorio familiare, centri di salute mentale e programmi di prevenzione nelle scuole. Interventi specifici si rivolgono ai minori con disabilità, ai minori stranieri non accompagnati, agli adolescenti LGBTQIA+ e alle vittime di violenza. Le sfide principali includono la frammentazione dei servizi e le disparità territoriali, mentre le opportunità risiedono nel rafforzamento dei team, nel miglioramento della formazione e nell'aumento dei servizi di prossimità nelle aree rurali. La regione sta anche investendo nella digitalizzazione, in progetti di co-progettazione e in un modello di diagnosi precoce del disagio psicologico giovanile attraverso le strutture di assistenza primaria.

Sicilia

Nella Regione Sicilia i servizi di salute mentale e di supporto psicosociale sono disciplinati dalla Legge 328/86 e dal Piano Strategico 2023-2025 per la Salute Mentale, oltre che da diversi altri piani sanitari e linee guida operative. Tuttavia, esiste una divisione tra il settore sanitario e quello sociale, in quanto gli enti locali all'interno delle ASL non gestiscono le politiche sociali. La regione fornisce servizi NPIA, tra cui ricovero generale e strutture per bisogni speciali, insieme a progetti di inclusione scolastica e riabilitazione personalizzata. La regione ha sviluppato piani di intervento per ASD, minori migranti, assistenza sanitaria penitenziaria e disturbi alimentari, ma lotta con la mancanza di personale specializzato e l'assenza di un database regionale per i servizi di neuropsichiatria. Tra le sfide principali figurano la carenza di personale e la frammentazione del sistema di erogazione dei servizi,

mentre le opportunità di miglioramento risiedono in una migliore integrazione con il terzo settore e in un coordinamento più efficace tra servizi sanitari e sociali.

Toscana

Nella Regione Toscana i servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza sono disciplinati dal Piano Sanitario e Sociale 2023-2025 e dalla Legge 40/2005, con servizi strutturati in unità funzionali focalizzate sull'assistenza orientata all'utente e multiprofessionale. Queste unità possono essere guidate da direttori medici o non medici e attingono risorse da più dipartimenti. La regione offre prestazioni sia ambulatoriali che ospedaliere, con un totale di 28 posti letto disponibili presso ospedali specializzati. Ci sono anche servizi residenziali e diurni, anche se esiste un solo centro diurno per gli adolescenti. I servizi sono erogati da team integrati e un tavolo di coordinamento con le Prefetture garantisce l'accesso diretto ai servizi. La regione pone l'accento sul sostegno ai minori con background migratorio e ha in atto programmi specifici, tra cui il sostegno linguistico agli studenti e i progetti nelle carceri minorili. Le iniziative per la salute mentale della regione sono monitorate utilizzando il sistema ASTER-CLOUD, che tiene traccia della prevalenza, dell'incidenza e degli indicatori epidemiologici. Tra i progetti chiave si segnalano il progetto SPRINT, incentrato sulla salute mentale dei migranti e dei richiedenti asilo, e il progetto PRIZE, finalizzato alla prevenzione del gioco d'azzardo per gli adolescenti. Nonostante questi sforzi, le sfide includono criteri di accreditamento rigorosi per gli enti privati, che aumentano i costi senza ulteriori benefici clinici.

Umbria

La Regione Umbria eroga servizi di salute mentale e psicosociale attraverso il Piano Sanitario Regionale 2022-2026 e il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025. Sono previste azioni per la prevenzione della salute mentale nei contesti scolastici e familiari, screening precoci, progetti sperimentali per adolescenti e supporto alle famiglie con minori in difficoltà. La Regione offre servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), consulti familiari, Centri di Salute Mentale e sportelli di ascolto nelle scuole. Sono disponibili equipes di primo contatto per adolescenti e progetti di prevenzione del disagio giovanile. Viene promosso il monitoraggio e la prevenzione delle ricadute per i minori con disturbi psichici.

Sono previsti interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza. Le azioni includono supporto psicologico, mediazione culturale, programmi educativi e progetti di inclusione sociale.

Le principali sfide riguardano la riduzione dei tempi di attesa, il miglioramento del coordinamento tra servizi e della formazione degli operatori. Persistono disomogeneità organizzative tra le Aziende USL, una scarsa integrazione dei Servizi PIA nel DSM e una rete di Neuropsichiatria Infantile non uniforme. L'aumento delle problematiche psichiche nei giovani richiede un approccio precoce e multidisciplinare, mentre mancano strutture dedicate alle acuzie adolescenziali e un'organizzazione efficace per la gestione del paziente cronico e della transizione tra le età.

I nuovi progetti mirano a migliorare i servizi di salute mentale per i giovani, migliorare l'inclusione scolastica e i percorsi di autonomia per i minori in uscita dalle strutture residenziali.

Veneto

La Regione Veneto eroga servizi di salute mentale e supporto psicosociale attraverso normative nazionali e regionali, tra cui la DGR 371 del 2022, per l'architettura del modello organizzativo dei Dipartimenti salute mentale, che prevede specificamente un'azione sulla transizione tra minore e maggiore età. I servizi di salute mentale della regione sono gestiti da 9 aziende sanitarie e 21 ATS, che offrono servizi diversificati, tra cui letti d'ospedale per

adolescenti e interventi trasversali per i disturbi alimentari. Esiste un protocollo di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e la Neuropsichiatria Infantile per creare percorsi di cura centrati sulla persona. Iniziative speciali includono l'assistenza sanitaria carceraria integrata, il sostegno ai bambini malati di cancro e il monitoraggio dei risultati dei progetti, anche se mancano indicatori di qualità. Un'iniziativa chiave, il progetto "1000 giorni di noi", offre un supporto completo alle famiglie, concentrandosi sulle competenze genitoriali durante i primi tre anni di vita attraverso il supporto domiciliare, la formazione e la consulenza, con l'obiettivo di migliorare i risultati a lungo termine ed espandere i programmi di coaching familiare in tutta la regione.

Nell'allegato 7 le schede regionali forniscono una panoramica delle attività regionali in materia di servizi di salute mentale e supporto psicosociale in Italia, della governance, dei finanziamenti, dell'organizzazione, della documentazione pertinente, della collaborazione intersetoriale e delle sfide correlate.



3.2.2 Valutazione comparativa multiregionale

Le informazioni raccolte sono state analizzate in modo comparativo in tutte le regioni. Per ciascuna dimensione di valutazione, sono stati identificati elementi comuni a tutte le regioni, insieme ad eccezioni e peculiarità. La tabella 2 illustra le somiglianze e le eccezioni emerse dall'analisi.

	PUNTI CONDIVISI	ECCEZIONI E PECULIARITÀ
FINANZIAMENTO	<ul style="list-style-type: none">Tutte le regioni attingono a finanziamenti nazionali e regionali, con un forte ruolo del Fondo sanitario regionale.Fondi europei (Fondo Sociale Europeo, Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, PNRR), in particolare per programmi di inclusione sociale e prevenzione.Fondi specifici sono assegnati a destinatari vulnerabili, come il Fondo Asilo, migrazione e integrazione (FAMI) e il Fondo per la disabilità.Finanziamenti per la prevenzione e la promozione della salute utilizzati per programmi di prevenzione scolastica (Scuole che promuovono salute) e progetti di promozione della salute mentale.	<ul style="list-style-type: none">Emilia-Romagna e Piemonte: destinare una percentuale fissa del budget sanitario alla salute mentale (circa il 3% in Piemonte).Sicilia: il 47% del budget è destinato ai servizi sanitari, con una piccola percentuale (0,2%) per il terzo settore.Veneto: ha ricevuto fondi post-COVID per migliorare i servizi psicosociali per gli adolescenti.Lombardia: i finanziamenti per la neuropsichiatria infantile sono frammentati tra servizi ospedalieri, cure ambulatoriali e integrazione sociale.
TIPO DI SERVIZI, POPOLAZIONE TARGET E AMBITO DI APPLICAZIONE	<ul style="list-style-type: none">Tutte le regioni offrono servizi NPI(A), centri di consulenza familiare e centri di salute mentale.Gli sportelli di ascolto nelle scuole e i programmi per la prevenzione del disagio psicosociale sono ampiamente disponibili.Molte regioni dispongono di strutture residenziali e semiresidenziali per minori con disturbi psichici.La maggior parte delle regioni dispone di servizi specifici per il trattamento delle dipendenze (SERD) e dei disturbi alimentari.	<ul style="list-style-type: none">Toscana: ha un solo centro diurno per adolescenti in tutta la regione.Sicilia: mette a disposizione solo 25 dei 50 posti letto di degenza previsti per la neuropsichiatria infantile.Veneto: dispone di posti letto ospedalieri dedicati agli adolescenti, un'eccezione rispetto ad altre regioni.Lazio: offre un approccio integrato lungo tutto l'arco della vita, con servizi a supporto della transizione dalla neuropsichiatria infantile alla psichiatria dell'adulto.
PROFESSIONISTI E TEAM	<ul style="list-style-type: none">Le équipe multidisciplinari comprendono neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, logopedisti e terapisti della riabilitazione.La formazione dei professionisti è spesso assicurata attraverso collaborazioni con università e programmi regionali.	<ul style="list-style-type: none">Emilia-Romagna e Lombardia: hanno ruoli specifici per il coordinamento dei servizi all'interno dei distretti sanitari.Friuli-Venezia Giulia: prevede équipe integrate con unità SERD per il trattamento delle dipendenze.Toscana e Trento: sono stati introdotti i case manager per la gestione di casi complessi.Valle d'Aosta: professionisti elaborano progetti di vita personalizzati per ogni minore.

COLLABORAZIONE INTERSETTORIALE	<ul style="list-style-type: none"> Collaborazione tra sanità, istruzione e servizi sociali per garantire un'assistenza integrata. Convenzioni con il terzo settore e le organizzazioni di volontariato per programmi di prevenzione e inclusione. Presenza di gruppi di lavoro interistituzionali per il coordinamento delle attività. 	<ul style="list-style-type: none"> Lazio: dispone di una rete di tavoli tematici sui disturbi alimentari, la prevenzione delle dipendenze e i suicidi nelle carceri. Toscana: ha un tavolo permanente con le prefetture, comprese le forze dell'ordine e le autorità giudiziarie. Liguria e Piemonte: hanno strutturato reti interregionali per i servizi di salute mentale e dipendenze.
GRUPPI VULNERABILI	<ul style="list-style-type: none"> Interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza. Presenza di mediatori culturali a supporto dell'inclusione dei minori migranti. Programmi di supporto per minori con Disturbi dello Spettro Autistico. 	<ul style="list-style-type: none"> Toscana e Lombardia: focus specifico sull'assistenza sanitaria penitenziaria minorile. Emilia-Romagna e Veneto: particolare attenzione al fenomeno del ritiro sociale (hikikomori). Piemonte: un piano dedicato alla prevenzione del suicidio tra i giovani detenuti.
SEGUITO	<ul style="list-style-type: none"> Indicatori di efficacia, raccolta dati e valutazione dei servizi erogati non ottimali. Sondaggi di soddisfazione per utenti e famiglie a volte. Analisi dei dati amministrativi e del volume delle attività. 	<ul style="list-style-type: none"> Toscana: utilizza il sistema ASTER-CLOUD per la raccolta avanzata di dati epidemiologici e indicatori di qualità della vita. Friuli-Venezia Giulia: utilizza indicatori pensati per gli adulti, che non sono ancora adattati per i minori. Veneto: monitora costi e risultati ma manca di indicatori specifici per la qualità del servizio.
SFIDE DELL'INTEGRAZIONE INTERSETTORIALE	<ul style="list-style-type: none"> Carenza di risorse umane (neuropsichiatri, psicologi, educatori). Lunghe liste d'attesa per accedere ai servizi. Frammentazione dei servizi e mancanza di coordinamento tra i settori. 	<ul style="list-style-type: none"> Emilia-Romagna e Piemonte: difficoltà nel coinvolgere i dipartimenti regionali su temi controversi (es. educazione sessuale). Lombardia e Lazio: squilibrio tra la spesa sanitaria e quella dei servizi sociali. Valle d'Aosta: barriere culturali e tendenza a medicalizzare i percorsi di sviluppo.

Tabella 2v Valutazione comparativa della MHPSS nelle regioni italiane: analogie ed eccezioni

L'analisi delle schede tecniche regionali e della documentazione di supporto rivela un panorama altamente eterogeneo in termini di integrazione dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale (MHPSS) per adolescenti e famiglie in tutta Italia. Sebbene tutte le Regioni e le Province Autonome riportino una qualche forma di fornitura di servizi di salute mentale e supporto psicosociale, il grado di istituzionalizzazione, coerenza e coordinamento intersettoriale varia notevolmente.

In termini di finanziamenti, tutte le Regioni fanno affidamento su risorse nazionali e regionali, in particolare sul Fondo Sanitario Regionale e su diversi strumenti europei (FSE, FESR, PNRR). Tuttavia, alcuni territori si distinguono per strategie di investimento più strutturate: ad esempio, il Piemonte destina un 3% fisso del proprio budget sanitario alla salute mentale e la Regione Veneto ha utilizzato i fondi post-COVID per espandere i servizi psicosociali degli adolescenti. Al contrario, in Sicilia, mentre il 47% del budget sanitario è destinato ai servizi sanitari, solo lo 0,2% va al terzo settore, riflettendo un approccio meno equilibrato.

Per quanto riguarda la tipologia e l'organizzazione dei servizi, tutte le Regioni segnalano la presenza di servizi NPIA, consiglieri familiari e centri di salute mentale. Tuttavia, l'accesso e la disponibilità differiscono. Il Veneto è un'eccezione degna di nota, con posti letto ospedalieri dedicati agli adolescenti – rari in altre regioni – mentre la Toscana gestisce un solo centro diurno

per adolescenti in tutta la regione. La Sicilia ha attivato solo 25 dei 50 posti letto di degenza previsti per la neuropsichiatria infantile.

A livello professionale e organizzativo, si parla comunemente di équipe multidisciplinari, che in genere coinvolgono neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali ed educatori. Tuttavia, le strutture interne sono diverse: Emilia-Romagna e Lombardia assegnano ruoli specifici per il coordinamento a livello distrettuale, mentre la Toscana e la Provincia di Trento hanno introdotto case manager per casi complessi. In Valle d'Aosta i professionisti sviluppano progetti di vita individualizzati per ogni minore.

La collaborazione intersetoriale mostra una notevole variabilità. Mentre molte Regioni fanno riferimento alla collaborazione tra sanità, istruzione e servizi sociali, solo poche descrivono meccanismi formali e permanenti. Il Lazio, ad esempio, ha istituito gruppi di lavoro tematici sui disturbi alimentari, la prevenzione del suicidio e le dipendenze nelle carceri. La Toscana ha un tavolo intersetoriale permanente che coinvolge prefetture e autorità giudiziarie, mentre Liguria e Piemonte hanno sviluppato reti interregionali di salute mentale.

L'attenzione ai gruppi vulnerabili è un'altra caratteristica condivisa, ma la profondità e l'ampiezza dell'attuazione differiscono. L'Emilia-Romagna e il Veneto hanno strategie dedicate per affrontare il ritiro sociale giovanile (hikikomori) e il Piemonte ha sviluppato un piano di prevenzione del suicidio per i giovani detenuti. Toscana e Lombardia evidenziano il sostegno alla salute mentale per i minori nel sistema di giustizia minorile.

Per quanto riguarda il follow-up e il monitoraggio, la maggior parte delle regioni utilizza indicatori e strumenti di valutazione, ma la loro qualità e integrazione variano. La Toscana si distingue per l'utilizzo di ASTER-CLOUD, una piattaforma digitale per la raccolta di dati epidemiologici e sulla qualità della vita. In Friuli-Venezia Giulia gli indicatori esistenti sono pensati per gli adulti e non sono adattati ai minori. Il Veneto monitora i costi e la produzione dei servizi, ma manca di indicatori specifici di qualità. Il Piemonte fa leva sul Pro.Sa. piattaforma nazionale per la raccolta dei dati, che integra nei propri processi di monitoraggio e pianificazione.

Infine, le sfide sistemiche sono diffuse. La carenza di professionisti (soprattutto neuropsichiatri infantili), le lunghe liste d'attesa e la frammentazione settoriale sono comuni a molti territori. Alcune regioni segnalano ulteriori difficoltà strutturali: Emilia-Romagna e Piemonte segnalano resistenze da parte dei dipartimenti regionali su temi delicati come l'educazione sessuale; Lombardia e Lazio evidenziano squilibri di finanziamento tra il settore sanitario e quello sociale; La Valle d'Aosta indica barriere culturali e una tendenza a patologizzare le traiettorie di sviluppo.

La diversità delle risposte regionali offre un terreno fertile per l'apprendimento e l'innovazione. Tuttavia, senza standard comuni, strumenti di monitoraggio e meccanismi per aumentare i modelli di successo, gli sforzi di integrazione rischiano di rimanere frammentati. Una visione nazionale condivisa è essenziale per garantire qualità, equità e sostenibilità nell'assistenza alla salute mentale degli adolescenti.

Oltre ai temi comuni, sono stati identificati e classificati i progetti degni di nota riportati dagli intervistati in base al loro focus o obiettivo principale. Questi progetti sono presentati nella Tabella 3 sottostante e forniscono una panoramica delle iniziative specifiche della regione e del livello di innovazione nei servizi di salute mentale nel nostro Paese. Entrambe le analisi forniscono approfondimenti sulle strategie e le sfide nell'erogazione dei servizi di salute mentale, sottolineando la necessità di approcci integrati e strategie di prevenzione efficaci in tutte le regioni.

Tabella 3 MHPSS Progetti di interesse nelle regioni italiane

PROGETTI DEGNI DI NOTA	
PREVENZIONE E SOSTEGNO PSICOLOGICO NELLE SCUOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Abruzzo, Calabria, Campania, Molise, Marche: investimenti in programmi di prevenzione della salute mentale nelle scuole, centri di consulenza psicologica e progetti di inclusione. • Progetto "Un patentino per lo smartphone" (Centro Steadycam, Cuneo, Piemonte): educazione all'uso responsabile delle tecnologie e alla prevenzione delle dipendenze digitali. • Progetto "Unplugged" (Piemonte): programma di prevenzione delle dipendenze nelle scuole. • Basilicata: Consultori psicologici permanenti nelle scuole secondarie di secondo grado • Marche, Sardegna: campagne di sensibilizzazione su stigma e benessere mentale nelle scuole, attraverso social media ed eventi pubblici.
DIGITALIZZAZIONE E INNOVAZIONE NEI SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> • Abruzzo, Calabria, Sardegna: sviluppo di piattaforme digitali per migliorare l'accesso ai servizi di salute mentale per i giovani. • Molise e Piemonte: PRO.SA Database, un sistema per la raccolta dei dati e il miglioramento della gestione degli interventi. • Progetti di ricerca e innovazione (varie regioni): collaborazioni con università e centri di ricerca per la salute mentale e il supporto digitale. • Campania: la telemedicina per il supporto psicologico ai giovani. • Provincia Autonoma di Bolzano: introduzione di un servizio dedicato al Gaming Disorder, riconosciuto ufficialmente nel 2022 e gestito in collaborazione con l'associazione Hands Onlus, per il sostegno ai giovani con dipendenza da videogiochi.
INIZIATIVE SPECIALISTICHE PER IL SUPPORTO PSICOSOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Abruzzo, Calabria, Campania: creazione di centri di riabilitazione psicosociale per giovani con disagio psichico. • Provincia autonoma di Trento: Centro di Crisi dell'Adolescenza, che fornisce supporto ai giovani in emergenze psicologiche. • ASP Catania (Sicilia): progetti con il terzo settore per la riabilitazione di soggetti con gravi disabilità psicofisiche. • Provincia Autonoma di Bolzano: Servizio di Emergenza Psichiatrica Pediatrica H24, con unità di terapia intensiva presso l'Ospedale di Merano, dedicata alla salute mentale dei minori.
SOSTEGNO AI GRUPPI VULNERABILI	<ul style="list-style-type: none"> • Provincia autonoma di Trento: potenziamento dei servizi di educazione stradale e sostegno all'autonomia abitativa dei giovani in uscita dalle strutture residenziali. • Umbria: Percorsi di autonomia per minori al di fuori dell'assistenza familiare. • Campania: servizio dedicato al passaggio dalla neuropsichiatria infantile alla psichiatria dell'adulto per giovani con disabilità. • Marche: programmi di inclusione e sensibilizzazione per il benessere psicosociale degli adolescenti.
PROGETTI SPECIALI E PROGRAMMI PILOTA	<ul style="list-style-type: none"> • Progetto "1000 giorni di noi" (Campania, Lazio, altre regioni): sostegno ai genitori durante i primi tre anni di vita del bambino, con attività di orientamento e consulenza. • Lazio (ASL Roma1): progetto di salute mentale per i giovani 14-22 anni, con focus su prevenzione, contracccezione per le giovani donne e percorsi integrati del parto. • Piemonte: progetto "Youngle": supporto psicologico e peer support per i giovani attraverso i canali digitali. • Progetto "Montagna Terapia": percorsi di riabilitazione psicosociale attraverso il contatto con la natura. • Regione Liguria: progetto "GPS": programma di orientamento e sostegno psicologico per i giovani; Progetto "WIP": percorsi di inclusione sociale per gli adolescenti. • Lombardia: esperienza di gestione pubblico-privata dei servizi socio-sanitari, con budget specifici per ATS e convenzioni con il Ministero della Giustizia per i minori detenuti.
PROGETTI DI PREVENZIONE E SENSIBILIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Lazio (ASL Roma1): programmi di prevenzione per i primi 1000 giorni di vita del bambino. • Piemonte: peer education, con percorsi di peer training per la prevenzione del disagio giovanile.

3.2.3 Approfondimenti trasversali dall'analisi dei contenuti delle interviste regionali: uno sguardo più approfondito attraverso il modello Valentijn

Inoltre, è stata condotta un'analisi del contenuto basata sulle trascrizioni delle interviste realizzate con i referenti regionali. Le citazioni sono state assegnate a codici di primo livello (ossia, 59 elementi chiave associati alle dimensioni dell'integrazione) e a codici di secondo livello (corrispondenti alle dimensioni dell'integrazione del modello Rainbow di Valentijn, come integrazione clinica, professionale, organizzativa, sistematica, funzionale e normativa). Entrambi le codifiche derivano dal quadro teorico elaborato da Valentijn et al., e sono state utilizzate per caratterizzare più a fondo le tendenze e i temi emergenti dalle interviste. Una tabella dettagliata con le citazioni e i codici assegnati è disponibile in Appendice. La Figura 1 riassume le dimensioni di integrazione emerse, insieme agli elementi chiave implementati a livello regionale.

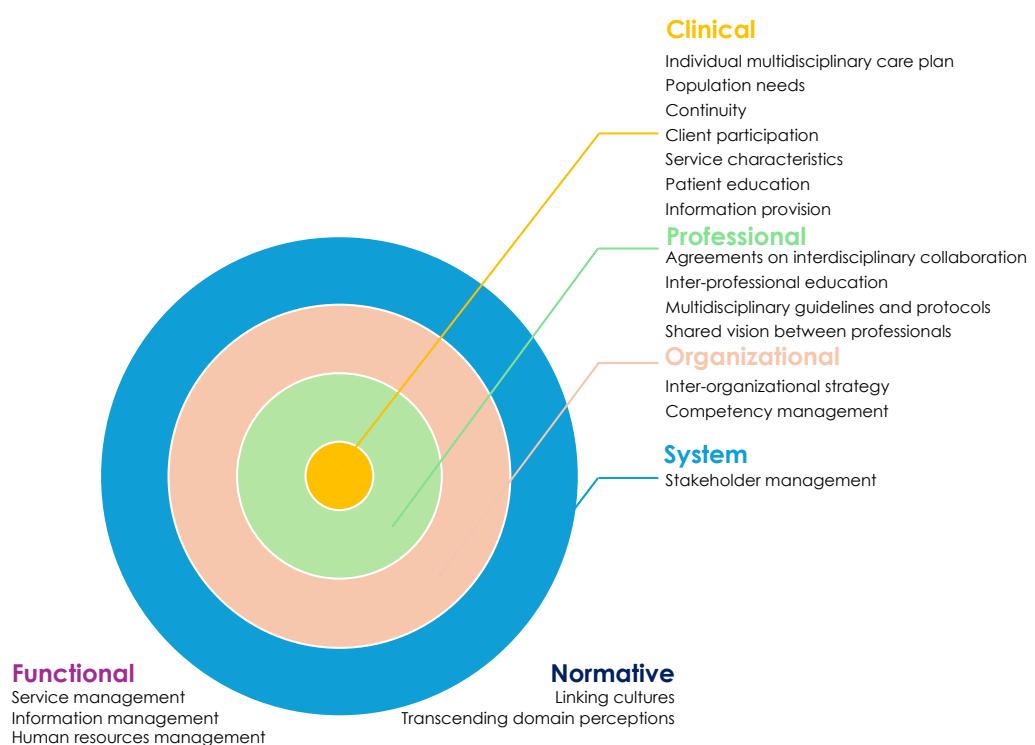


Figura 4 Dimensioni emergenti dell'integrazione

L'analisi del contenuto delle trascrizioni delle interviste con i referenti regionali offre un quadro articolato e basato su evidenze empiriche di come l'integrazione sia percepita e attuata nei territori italiani. Utilizzando come riferimento il Rainbow Model of Integrated Care (Valentijn et al.) le citazioni codificate mettono in luce pattern distinti, evidenziando punti di forza e criticità all'interno delle sei dimensioni dell'integrazione.

- **Integrazione clinica: approcci centrati sul paziente**

L'integrazione clinica emerge come una delle dimensioni più frequentemente richiamate nelle interviste, accompagnata da solide evidenze di approcci centrati sulla persona e percorsi di cura personalizzati.

I rappresentanti regionali evidenziano costantemente l'importanza della pianificazione assistenziale individualizzata, come illustrato da R8: *"Le équipe che sono presenti in tutti i distretti si fanno carico sia della risposta alle necessità afferenti all'area della neuropsichiatria dell'infanzia*

e dell'adolescenza e si fanno anche carico dell'attuazione di tutti quegli interventi legati alla inclusione scolastica dell'alunno con disabilità."

Allo stesso modo, R10 descrive servizi mirati per le famiglie: "Abbiamo anche un servizio socio-assistenziale chiamato GPS, gratuito e dedicato alle famiglie con adolescenti in difficoltà. Qui i genitori possono ricevere consulenza e supporto da pedagogisti, psichiatri e psicologi."

Diverse regioni hanno sviluppato approcci innovativi alla valutazione dei bisogni della popolazione. R10 evidenzia un progetto che affronta la prevenzione del suicidio: "Un altro progetto fondamentale riguarda la prevenzione del suicidio. Purtroppo, la regione ha un'incidenza elevata di suicidi, e nel 2022 abbiamo approvato una delibera per un vasto progetto interdisciplinare. Una parte di questo progetto è dedicata ai giovani, in collaborazione con l'Università. Stiamo conducendo una ricerca-azione nei luoghi di vita degli adolescenti (scuole, attività sportive, oratori) per individuare le aree critiche e rafforzare le reti di sostegno."

Tuttavia, la continuità delle cure rimane impegnativa, soprattutto durante le transizioni tra i sistemi di servizio. Come osserva R5: "Attualmente, la regione ha 50 detenuti minorenni su un totale di 8.000 detenuti. Tuttavia, chi commette un reato da minorenne continua a essere seguito dal sistema della giustizia minorile anche dopo il raggiungimento della maggiore età."

- **Integrazione professionale: collaborazione e pratiche condivise**

L'integrazione professionale è caratterizzata da vari livelli di collaborazione formalizzata tra professionisti di diversi settori.

Diverse regioni hanno stabilito accordi formali per la collaborazione interdisciplinare. R6 descrive una risposta coordinata a una sfida crescente: "Il ritiro sociale è un fenomeno in crescita, che richiede una risposta coordinata tra scuola, sanità e servizi sociali. Abbiamo siglato un'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale per sviluppare strategie di intervento e organizzeremo un convegno a marzo 2025 per discutere di questi temi con esperti del settore."

R11 fornisce un esempio di formazione interdisciplinare in una specifica area clinica: "Un'area di crescente importanza è quella dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Qui operiamo in sinergia con i servizi per i minori, affrontando le problematiche con un approccio multidisciplinare. Il Ministero ha attivato un fondo per contrastare i disturbi alimentari..."

Tuttavia, le interviste rivelano che i protocolli multidisciplinari sono spesso sviluppati in risposta a problemi specifici piuttosto che come parte di strategie di integrazione sistematica. R7 descrive diversi tavoli tematici di coordinamento: "Un aspetto cruciale riguarda la presenza di tavoli di coordinamento. Esistono diversi tavoli tematici: Tavolo sulla rete antiviolenza, Tavolo scuola-sanità.

- **Integrazione organizzativa: strategie intersettoriali**

L'integrazione organizzativa appare in modo prominente in più interviste, con alcune regioni che ottengono una collaborazione strutturata tra le istituzioni, mentre altre lottano con la frammentazione.

R1 descrive un approccio globale: "Il modello regionale rispetto alla prevenzione e alla salute è un modello di salute pubblica integrato. Il modello ruota intorno al principio di integrazione socio-sanitaria che si articola a livello istituzionale, con il coinvolgimento degli attori istituzionali: la regione nelle sue articolazioni, le aziende sanitarie e gli enti locali".

R3 sottolinea il ruolo centrale della pianificazione territoriale: "Un elemento centrale dell'approccio regionale è il piano di zona per l'integrazione socio-sanitaria, che rappresenta lo strumento principale per la fusione tra politiche sanitarie e sociali."

Diverse regioni sottolineano il ruolo essenziale delle organizzazioni del terzo settore. R2 osserva: "È presente una lunga tradizione nel terzo settore, essendo la regione in cui è nata la prima

cooperativa sociale in Italia. Le organizzazioni del terzo settore giocano un ruolo chiave nella deistituzionalizzazione e nella riforma psichiatrica. Esse partecipano attivamente alla programmazione di interventi di prossimità, domiciliarità e supporto educativo nelle scuole.”

Tuttavia, R5 identifica una sfida critica nell'integrazione organizzativa: “*Uno degli aspetti più complessi è la creazione di percorsi di integrazione tra sanitario e sociale. Ad esempio, al termine di un percorso residenziale, alcuni pazienti non possono rientrare nella propria famiglia d'origine a causa di contesti disfunzionali. Servirebbero quindi modelli integrati con il sociale, ma questi sono ancora difficili da implementare.*”

- **Integrazione dei sistemi: governance e allineamento delle policy**

L'integrazione dei sistemi appare meno frequentemente nelle trascrizioni delle interviste, con poche regioni che riportano meccanismi di governance completi che si estendono a tutti i settori.

R4 descrive l'istituzione di un organo di governance dedicato: “*È stato istituito come strumento per promuovere questa rete di servizi a livello regionale un tavolo dedicato sul disagio giovanile che è stato formalizzato con una delibera del 2021.*”

Allo stesso modo, R8 evidenzia il coinvolgimento degli stakeholder: “*Abbiamo un tavolo per quanto riguarda la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, abbiamo un gruppo regionale che affronta e ci sostiene per la definizione degli interventi in materia di autismo. Il documento che citavo si chiama esattamente 'programma regionale unitario per l'autismo', dove sono presenti anche altri stakeholder come rappresentanti delle famiglie e soggetti del terzo settore.*”.

Tuttavia, R5 indica squilibri sistematici di finanziamento che ostacolano l'integrazione: “*Dal punto di vista economico, il fondo sanitario regionale è più consistente rispetto ai fondi sociali, creando uno squilibrio. I comuni, specialmente quelli più piccoli, faticano a sostenere i costi di modelli che richiedono partecipazione finanziaria.*”.

- **Integrazione funzionale: risorse e sistemi informativi**

L'integrazione funzionale rivela disparità significative nel modo in cui le regioni gestiscono le informazioni e le risorse al di là dei confini settoriali.

R1 descrive come i finanziamenti nazionali abbiano potenziato l'erogazione dei servizi: “*Grazie ai finanziamenti nazionali del Decreto Ministeriale del 30 novembre 2021, siamo stati in grado di aumentare il numero di professionisti negli spazi giovanili, permettendoci di coprire più distretti e raggiungere più scuole, soddisfacendo richieste che prima non potevano essere soddisfatte*”.

R5 fornisce informazioni dettagliate sui flussi di finanziamento dedicati: “*Finanziamenti Specifici per le Dipendenze e la Salute Mentale* Gioco d'azzardo: 7-8 milioni di euro annui, con fondi vincolati per prevenzione e cura. Autismo: Voucher autismo: 8,1 milioni di euro annui. Voucher socio-sanitario: 7,5 milioni di euro annui. Finanziamento nazionale: 1,2 milioni di euro (90% destinato alla fascia 0-18 anni).

Tuttavia, la gestione delle informazioni rimane un ostacolo critico all'integrazione. R7 afferma esplicitamente: “*A livello amministrativo, i servizi sanitari e sociali operano su sistemi informativi separati. Non esiste un sistema informativo socio-sanitario unificato. Questa frammentazione riflette la separazione delle competenze amministrative e costituisce un ostacolo all'integrazione dei dati tra i due settori*”.

- **Integrazione normativa: valori condivisi e allineamento culturale**

L'integrazione normativa appare come la dimensione meno frequentemente menzionata nelle interviste, con poche regioni che riportano un'integrazione culturale di successo in tutti i domini professionali.

R7 evidenzia la sfida fondamentale: *“Uno degli aspetti peculiari della nostra organizzazione è la separazione tra sociale e sanità. Abbiamo competenza secondaria sulla sanità, il che significa che dobbiamo seguire le direttive e le leggi nazionali. D’altro canto, il settore sociale gode di competenza primaria ed è completamente indipendente dal governo centrale. Questa divisione, sebbene offra maggiore libertà decisionale nel sociale, può generare criticità nella collaborazione tra i due ambiti.”*

R9 descrive gli sforzi per colmare le lacune culturali nel lavoro con le popolazioni migranti: *“Per quanto riguarda i migranti, abbiamo percorsi che riguardano singole realtà territoriali. [...] In questa realtà è stato necessario stabilire un protocollo per gli alunni con background migratorio, un protocollo interistituzionale che riguarda i comuni (in particolare il comune capofila), l’azienda sanitaria, i servizi sociali e i servizi educativi del comune. In generale, a fronte di qualsiasi richiesta di prestazione sanitaria, sia ospedaliera sia territoriale, è sempre possibile attivare, anche in tempi molto brevi, una mediazione linguistica e culturale.”*



Figura 5 Wordcloud delle parole più usate

L'analisi delle interviste regionali rivela un panorama disomogeneo dell'integrazione dei servizi sociosanitari a tutela della salute mentale in tutta Italia. Mentre l'integrazione clinica e organizzativa mostra notevoli progressi, con più regioni che implementano modelli innovativi di coordinamento delle cure e collaborazione interistituzionale, i livelli più profondi di integrazione (funzionale, sistematica e normativa) rimangono meno sviluppati in base alla frequenza e alla profondità dei riferimenti nelle interviste. R6 riassume bene questa situazione: *“La Regione offre molti servizi con competenze di alto valore. Tuttavia, mentre alcuni settori avanzano in modo integrato, in altri troviamo ancora grandi difficoltà. La chiave di successo è sviluppare modelli di integrazione strutturali, evitando soluzioni estemporanee legate a singoli progetti”*.

3. 2.4 Buone pratiche in materia di MHPSS

Durante le interviste strutturate con i coordinatori regionali della salute mentale e i direttori a livello distrettuale, gli intervistati hanno descritto 38 pratiche volte a rafforzare l'integrazione dei servizi MHPSS per gli adolescenti. È importante notare che queste 38 pratiche non sono esaustive di tutte le iniziative di valore in tutta Italia, né catturano l'intera complessità dei sistemi di servizi regionali. Piuttosto, rappresentano ciò che gli stessi intervistati hanno scelto di enfatizzare come esempi degni di nota dai loro territori. A queste pratiche si sono aggiunte 13 pratiche già identificate incentrate sulla popolazione migrante: *“Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia¹⁴⁹”*.

L'inclusione di queste pratiche aggiuntive risulta fondamentale, poiché il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la rete pubblica di assistenza sociale si trovano attualmente in difficoltà nel

rispondere in modo adeguato ai bisogni psicologici e sociali specifici della popolazione migrante. Le barriere linguistiche, culturali e sociali rappresentano ostacoli significativi all'accesso e alla fruizione dei servizi. In questo scenario, le ONG svolgono un ruolo chiave nell'individuare le esigenze di questi gruppi e nel promuovere modelli di intervento innovativi e mirati.

Rafforzare la collaborazione tra autorità locali, operatori sanitari e sociali, e organizzazioni del terzo settore è essenziale per colmare le attuali lacune e garantire un supporto realmente inclusivo, capace di considerare la persona nella sua interezza, al di là del contesto di provenienza. L'integrazione di queste buone pratiche può arricchire il dialogo istituzionale e offrire spunti concreti per rafforzare la sinergia tra pubblico e privato, in un'ottica di co-progettazione e sostegno sostenibile.

A fini analitici, il team di ricerca ha organizzato le 51 pratiche identificate in categorie tematiche, basandosi sullo stesso quadro utilizzato in precedenza nel rapporto (Tabella 3 "Progetti MHPSS di interesse nelle regioni italiane"). Questi raggruppamenti tematici dovrebbero essere intesi come un tentativo di identificare approcci comuni in diversi contesti regionali piuttosto che come categorie definitive. Va sottolineato che molte di queste pratiche si sovrappongono intenzionalmente a più categorie, poiché gli interventi MHPSS completi spesso affrontano contemporaneamente diverse dimensioni della salute mentale degli adolescenti.

1. Prevenzione e sostegno psicologico nelle scuole

Questa categoria comprende iniziative incentrate sull'intervento precoce e sulla promozione del benessere mentale nei contesti educativi, che mirano a raggiungere gli adolescenti nel loro ambiente naturale e a rafforzare il legame scuola-salute.

2. Digitalizzazione e innovazione nei servizi

Questo tema include approcci basati sulla tecnologia progettati per migliorare l'accesso ai servizi, il coordinamento e la gestione dei dati in tutto il sistema MHPSS per gli adolescenti.

3. Iniziative specialistiche per il supporto psicosociale

Questo raggruppamento rappresenta strutture dedicate e programmi specializzati che forniscono un'assistenza completa ai giovani con bisogni complessi, spesso attraverso approcci multidisciplinari.

4. Sostegno ai gruppi vulnerabili

Questa categoria comprende le pratiche rivolte a popolazioni con esigenze specifiche attraverso interventi su misura, che affrontano le sfide della vulnerabilità intersezionale.

5. Progetti speciali e programmi pilota

Questo tema include iniziative incentrate sull'innovazione che testano nuovi approcci all'integrazione, spesso con popolazioni target specifiche o nuovi metodi di erogazione dei servizi.

6. Progetti di prevenzione e sensibilizzazione

La lista delle buone pratiche include anche iniziative comunitarie volte a promuovere l'alfabetizzazione sulla salute mentale, a ridurre lo stigma e a enfatizzare interventi a livello di popolazione che integrano i servizi clinici individuali.

La raccolta di queste 51 pratiche costituisce la base per la selezione dei modelli di integrazione dei servizi che verranno approfonditi nei tre workshop distrettuali. Queste pratiche rappresentano un punto di partenza solido per affrontare le sfide dell'integrazione, in particolare in territori dove il coordinamento tra i servizi MHPSS per gli adolescenti rimane ancora limitato, nonostante gli sforzi in corso per rafforzarlo.

n.	Nome	Regione	Tipologia
-----------	-------------	----------------	------------------

1	Generazioni in Gioco	Liguria	Prevenzione e sostegno psicologico nelle scuole
2	Scollegato	Multi-regione	
3	Scuole che Promuovono la Salute – SPS	Multi-regione	
4	Patentino per lo smart phone	Piemonte	
5	Progetto PRIZE	Toscana	
6	Programmi di educazione su emozioni, sessualità e relazioni - W l'amore	Emilia Romagna	
7	Steadycam	Piemonte	Digitalizzazione e innovazione nei servizi
8	Pro.Sa. – Il database nazionale per la prevenzione e la promozione della salute	Piemonte	
9	Progetto Here4U - Ascolto e supporto	Multi-regione	
10	Progetto GEP - Giovani e Prevenzione	Lombardia	Iniziative incentrate per il supporto psicosociale
11	Centri Adolescenti per la prevenzione del disagio giovanile	Piemonte	
12	UP PERCORSI PER CRESCERE ALLA GRANDE	Lombardia	
13	PIPSM	Lazio	
14	APERTO G	Emilia Romagna	
15	Centro giovanile ASL2	Liguria	
16	Sperimentazione Care Leavers	Friuli Venezia Giulia	
17	Equipe Territoriali Integrate	Emilia Romagna	
18	Equipe Territoriali Integrate	Veneto	
19	Assistenza psicologica presso PUA	Lazio	Sostegno ai gruppi vulnerabili
20	Scuola Inclusione e Convivenza	Toscana	
21	APPRODI	Liguria	
22	Progetto SPRINT	Toscana	
23	Abitare accompagnato minori	Trento	
24	Centro Frantz Fanon	Piemonte	
25	SA. M.MI. - Salute Mentale Migranti	Piemonte	

26	UONPIA "Progetto Migrazione e disturbi NPIA"	Lombardia	
27	Avviamento	Emilia-Romagna	
28	Sa.Mi.FO	Lazio	
29	Centro Penc	Sicilia e Lombardia	
30	Progetto Silver	Sicilia	
31	ASP Catania- Nucleo Operativo di Psichiatria Transculturale	Sicilia	
32	FARO: pronta identificazione delle vulnerabilità psicosociali dei minori stranieri dallo sbarco alla prima accoglienza	Sicilia	
33	AL HIMAYA – Liberi dalla violenza. Potenziamentoqualificazione della risposta alla violenza sui minorenni stranieri	Sicilia	
34	Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII Policlinico di Bari- Équipe GIADA	Puglia	
35	Progetto I.C.A.R.E. Integrazione e Accoglienza Comunitaria per l'Asilo e i Rifugiati in Emergenza	Multiregionale	
36	Progetto WIP – Lavori in corso	Valle d'Aosta	Progetti Speciali e Programmi Pilota
37	SET Servizio di educativa territoriale	Valle d'Aosta	
38	Nodi Territoriali	Emilia Romagna	
39	YOUNG-HANDS	Provincia di Bolzano	Progetti di prevenzione e sensibilizzazione
40	Giovane	Multi-regione	
41	GPS (Giovani, Processi, Scelte)	Valle d'Aosta	
42	Educazione tra pari	Piemonte	
43	Interventi nei primi 1.000 giorni di vita	Multiregionale	
44	Spazi Giovani	Emilia Romagna	
45	Progetto 1000 giorni di noi	Veneto	
46	Servizi di educativa di strada	Trento	
47	Progetto PIPPI Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione	Multiregionale	
48	Sportello Disagio Giovanile	Lombardia	
49	Educatori di corridoi	Lombardia	

50	Educatori di Strada	Lombardia	
51	Case della salute materno-infantile	Piemonte	

Tabella 4 - Buone pratiche emerse 1

4. Conclusioni

Questo rapporto offre una panoramica sull'attuale offerta di servizi di salute mentale e supporto psicosociale (MHPSS) per bambini e adolescenti in Italia, evidenziando una realtà complessa e in continua evoluzione, con significative differenze regionali nella governance, nell'erogazione dei servizi e negli approcci di integrazione. L'analisi mette in luce una crescente attenzione istituzionale verso il benessere mentale dei giovani, accompagnata da pratiche promettenti che emergono dai contesti locali. Nonostante i notevoli progressi compiuti da alcune regioni nell'integrare i servizi e nel trattare la salute mentale degli adolescenti con approcci innovativi, persistono ancora disparità rilevanti nell'accesso e nella qualità dell'assistenza offerta.

Uno dei risultati più significativi riguarda la frammentazione strutturale dei servizi. Sebbene tutte le regioni offrano servizi neuropsichiatrici per bambini e adolescenti (NPIA), consolutori familiari e centri di salute mentale, questi sono spesso organizzati in modo isolato, limitando l'efficacia dei percorsi di cura integrati. Inoltre, l'integrazione tra i settori della sanità, dell'istruzione e dei servizi sociali varia considerevolmente da una regione all'altra. Mentre regioni come l'Emilia-Romagna e il Friuli-Venezia Giulia hanno istituzionalizzato modelli di governance collaborativa e co-progettato protocolli, altre continuano a confrontarsi con la frammentazione dei servizi e le difficoltà nella comunicazione intersettoriale.

Un altro tema ricorrente è la carenza di personale, che provoca lunghe liste d'attesa e ostacola gravemente un intervento tempestivo. Diverse regioni, come la Calabria, la Campania e la Sicilia, riportano una significativa carenza di personale specializzato, in particolare nelle aree rurali o meno servite, limitando così la capacità di rispondere in modo adeguato alla crescente domanda di servizi di salute mentale per adolescenti. Al contrario, regioni come il Trentino-Alto Adige e il Veneto hanno investito in équipe multidisciplinari strutturate e in finanziamenti mirati per sostenere la continuità assistenziale e i servizi specialistici destinati ai casi complessi.

Un numero significativo di regioni ha implementato interventi mirati per le popolazioni vulnerabili, tra cui i minori stranieri non accompagnati, i giovani LGBTQIA+, gli adolescenti con disabilità e quelli provenienti da contesti socio-economicamente svantaggiati. Queste iniziative spesso si avvalgono di partenariati con organizzazioni del terzo settore e fanno ricorso a fonti di finanziamento aggiuntive, come i Fondi strutturali dell'UE e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Tuttavia, l'assenza di protocolli e meccanismi di monitoraggio uniformi rende complessa la valutazione della loro efficacia e della possibilità di replicarli su larga scala.

Alcune regioni stanno implementando pratiche promettenti, come il Progetto Giovani in Valle d'Aosta e l'iniziativa Open G a Reggio Emilia, che promuovono l'accesso a bassa soglia, la partecipazione attiva dei giovani e un intervento precoce. Questi modelli evidenziano il potenziale degli approcci basati sulla comunità nel ridurre lo stigma e nel favorire la fiducia tra gli adolescenti. Tuttavia, queste innovazioni restano per lo più circoscritte a livello locale e sprovviste di un coordinamento nazionale o di una strategia di scalabilità.

La digitalizzazione e la telemedicina sono emerse come aree di sviluppo, in particolare in risposta alle difficoltà di accesso ai servizi nelle aree più remote. Tuttavia, come indicato nei rapporti regionali, l'alfabetizzazione sanitaria digitale tra i professionisti e i giovani, così come le limitazioni infrastrutturali, rimangono ostacoli alla piena attuazione.

Infine, l'analisi regionale sottolinea la necessità di un quadro nazionale standardizzato in grado di fornire linee guida condivise, facilitare la raccolta dei dati e supportare il coordinamento interregionale, affrontando al contempo le sfide strutturali e organizzative che possono limitare l'efficacia e l'equità dei servizi esistenti. Sebbene la maggior parte delle regioni disponga di piani che incorporano la salute mentale accanto ai bisogni sociali, queste iniziative rimangono spesso a livello strategico, prive di allocazione dei costi, piani operativi annuali e linee di bilancio chiare per l'attuazione. Il decentramento della governance dei servizi sanitari e sociali consente un adattamento alle specificità locali, ma richiede al contempo una solida supervisione a livello

nazionale per garantire equità e qualità su tutto il territorio. È fondamentale una strategia nazionale che integri i punti di forza delle iniziative regionali e affronti le lacune sistemiche, assicurando che nessun adolescente in Italia venga privato del supporto psicologico di cui ha bisogno. Per raggiungere questo obiettivo, è cruciale un rinnovato impegno nella collaborazione intersetoriale, soprattutto tra i sistemi sanitari, i servizi sociali ed educativi, e le organizzazioni della società civile. Investire in risposte strutturate, inclusive e comunitarie garantirà che tutti i bambini e gli adolescenti in Italia, indipendentemente dalla loro geografia, dal background o dallo status socioeconomico, possano accedere a un supporto tempestivo, adeguato e centrato sulla persona.

4.1 Raccomandazioni per il rafforzamento della salute mentale ed il benessere degli adolescenti in Italia

Alla luce delle evidenze presentate, sono emerse diverse raccomandazioni per il rafforzamento continuo della salute mentale degli adolescenti e dei sistemi di supporto psicosociale in Italia. Queste raccomandazioni riflettono una visione condivisa tra gli attori istituzionali e comunitari riguardo alle priorità di intervento e costituiranno la base per la prossima fase del lavoro, che comprenderà i futuri workshop a livello distrettuale e le attività di implementazione. Le principali aree di sviluppo includono:

1. **Rafforzare il coordinamento intersetoriale:** sviluppare meccanismi più solidi per il coordinamento tra i settori della sanità, dell'istruzione, del sociale e della giustizia attraverso protocolli e accordi di governance e management formalizzati a livello regionale e distrettuale.
2. **Migliorare il coordinamento tra scuole, servizi sociali e programmi di salute mentale:** rafforzare i partenariati tra scuole, servizi sociali e dipartimenti sanitari è fondamentale per garantire che i servizi di salute mentale siano facilmente accessibili e tempestivi, con particolare attenzione ai programmi di prevenzione integrati nei contesti educativi. L'ampliamento dei servizi di sensibilizzazione, come l'educazione tra pari, l'orientamento giovanile e i servizi scolastici integrati, contribuirà a rispondere in modo più mirato alle esigenze di adolescenti e giovani adulti. Inoltre, le scuole giocano un ruolo cruciale nell'individuazione precoce delle vulnerabilità
3. **Rafforzare la collaborazione interregionale:** migliorare le reti di collaborazione tra le regioni, in particolare in aree specializzate come la neuropsichiatria infantile e il recupero dalle dipendenze, può migliorare l'efficacia dei servizi attraverso le migliori pratiche condivise e l'ottimizzazione delle risorse. Ciò può essere realizzato potenziando le attività di reti già esistenti, come il Gruppo Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, il Tavolo Salute Mentale del ProMIS (Progetto Mattone Internazionale Salute) o l'Osservatorio delle buone pratiche di integrazione sociosanitaria, nonché creando task force ad hoc composte da diversi stakeholder specificamente dedicate ai servizi di salute mentale e supporto psicosociale per adolescenti e giovani adulti. Questi interventi mirati possono favorire una migliore coordinazione, lo scambio di conoscenze e la condivisione delle risorse, portando in definitiva a un supporto più efficace e accessibile per le giovani generazioni su tutto il territorio.
4. **Rafforzare gli impegni finanziari e il monitoraggio dei risultati:** per garantirne la sostenibilità, i finanziamenti dovrebbero supportare congiuntamente i servizi di salute mentale e quelli di assistenza sociale. Un monitoraggio sistematico delle risorse stanziate, basato su un approccio di gestione orientato ai risultati, contribuirebbe a rafforzare la trasparenza e ad accrescere l'efficacia degli interventi.

5. **Affrontare le disuguaglianze regionali:** garantire un accesso uniforme a servizi di qualità indipendentemente dalla posizione geografica, con particolare attenzione alle regioni meridionali e alle aree rurali. A tal fine, è fondamentale rafforzare i servizi nel Mezzogiorno e nelle aree rurali attraverso programmi mirati, dotati di risorse dedicate e supporti calibrati sui bisogni locali. Ciò può prevedere l'attivazione di iniziative specialistiche volte a potenziare l'accessibilità e la qualità dei servizi, l'erogazione di finanziamenti aggiuntivi per lo sviluppo infrastrutturale e l'ampliamento dell'offerta, nonché la promozione del trasferimento di competenze e buone pratiche a beneficio delle comunità locali e degli operatori territoriali.
6. **Stabilire piattaforme di erogazione di servizi integrati:** molte regioni non dispongono ancora di piattaforme integrate per i professionisti operanti nei settori sanitario e sociale. I progressi verso sistemi informativi socio-sanitari unificati e modelli di erogazione dei servizi coerenti sono cruciali per abbattere i silos e favorire un coordinamento più efficiente tra i servizi sanitari e sociali. Tali piattaforme faciliterebbero inoltre la condivisione dei dati, contribuendo a migliorare la qualità complessiva dei servizi.
7. **Abilitare la collaborazione:** superare le collaborazioni ad hoc per creare canali sostenibili e strutturati per il trasferimento delle conoscenze, la condivisione delle risorse e la fornitura di servizi complementari tra istituzioni sanitarie e organizzazioni del terzo settore, tramite:
 - a. **La promozione dell'integrazione a livello micro**, creando protocolli congiunti per la gestione dei casi e rafforzando i team multidisciplinari che integrano i servizi di salute mentale con l'istruzione e l'assistenza sociale. Questi team garantiscono una gestione coordinata dei servizi, evitando il frazionamento delle operazioni tra i diversi settori.
 - b. **Lo sviluppo di programmi di formazione professionale condivisi**, iniziative di sviluppo delle competenze e sistemi informativi integrati che, pur rispettando la privacy, favoriscano un'assistenza coordinata. Questi strumenti sono cruciali per dotare il personale delle competenze multidisciplinari necessarie. La creazione di ruoli professionali 'trasversali', che operano tra i diversi settori, dovrebbe essere una priorità per facilitare il flusso delle informazioni e la collaborazione.
 - c. **la promozione di interventi strutturati per colmare il divario nei percorsi di cura transitoria tra l'adolescenza e l'età adulta**, con particolare attenzione all'integrazione tra servizi pediatrici e per adulti.
 - d. **la costruzione un sistema integrato di gestione dei dati**: l'istituzione di un sistema informativo sistematico per l'assistenza sanitaria e sociale, che raccolga risultati, prestazioni e informazioni amministrative, potrebbe facilitare il coordinamento e supportare la pianificazione e valutazione basate su dati concreti. Il flusso di dati, raccolti a livello regionale e inviati al Ministero, consentirebbe il confronto e l'accountability nelle attività di prevenzione, nei percorsi di cura e nella programmazione nazionale.
8. **Partecipazione dei giovani:** il miglioramento dei meccanismi per una partecipazione significativa dei giovani nella progettazione, nell'implementazione e valutazione dei servizi potrebbe massimizzare l'impatto delle iniziative promettenti. Ad esempio, coinvolgere i giovani nella creazione di centri giovanili comunitari, permettendo loro di decidere quali attività e strutture siano più necessarie, oppure nello sviluppo di programmi per la salute mentale, raccogliendo i loro feedback su quale tipo di supporto risulti più utile. Queste forme di coinvolgimento non solo valorizzano i giovani, ma garantiscono anche che i servizi rispondano realmente alle loro esigenze, rendendo gli interventi più efficaci e incisivi.

I prossimi workshop distrettuali offriranno l'opportunità di testare e perfezionare questi approcci in collaborazione con gli stakeholder locali, contribuendo in ultima analisi a un supporto più integrato, accessibile ed efficace per la salute mentale degli adolescenti italiani.

Come evidenziato da questo studio, esistono solide basi su cui costruire un sistema di cura più coeso e reattivo. Promuovendo la collaborazione tra i sistemi sanitari e le innovazioni del terzo settore, e aprendosi agli insegnamenti derivanti dalle esperienze regionali e dalle migliori pratiche internazionali, l'Italia ha l'opportunità di sviluppare un approccio più integrato alla salute mentale degli adolescenti, in grado di rispondere alle diverse esigenze dei giovani di oggi.

Allegato 1 – Il contesto internazionale

L'integrazione multisettoriale nella salute mentale riflette una visione in linea con la definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che considera la salute mentale come parte integrante e imprescindibile della salute. In questo senso, la salute rappresenta uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, in cui l'individuo realizza le proprie capacità, è in grado di far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive.

La salute mentale e il benessere psicosociale non sono solo dimensioni individuali, ma costituiscono il fondamento della capacità della comunità di funzionare correttamente. Il concetto di salute mentale è, quindi, costituito da molteplici dimensioni che devono tutte raggiungere un livello minimo di soddisfazione dei bisogni al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento di uno stato di completo benessere psicosociale, che riguarda quindi: la sfera emotiva, biologica/fisiologica, cognitiva/mentale, culturale, sociale e materiale.

Per promuovere questo approccio olistico alla salute mentale, l'OMS ha adottato un piano d'azione globale per la salute mentale "Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030"¹⁵⁰ che include obiettivi specifici per migliorare la salute mentale dei giovani. Questo piano sottolinea l'importanza degli interventi precoci, dell'accesso ai servizi di salute mentale integrati nei sistemi sanitari nazionali e della promozione del benessere mentale nelle scuole. Gli Stati sono incoraggiati a sviluppare politiche nazionali e piani strategici per affrontare la salute mentale in modo sistematico e integrato con il resto del sistema sanitario, fornendo servizi di salute mentale e sociale integrati e basati sulla comunità.

Il programma d'azione per il divario nella salute mentale dell'OMS mira a colmare il divario nell'accesso ai servizi di salute mentale, con particolare attenzione anche ai giovani. Offre linee guida e supporto ai paesi per migliorare i servizi di salute mentale, comprese strategie specifiche per la fascia di età giovanile.

Per sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema della salute mentale, ogni anno il 10 ottobre, l'OMS promuove la Giornata Mondiale della Salute Mentale, spesso con un focus specifico sui giovani, per sensibilizzare e promuovere l'importanza della salute mentale a livello globale.

I 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite includono anche riferimenti alla salute mentale, in particolare nell'Obiettivo 3 (Buona Salute e Benessere), che mira a garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutte le età. Questo obiettivo riconosce l'importanza della salute mentale, anche per i giovani, e incoraggia gli Stati membri a sviluppare politiche adeguate.

Infine, le Nazioni Unite promuovono anche l'accesso dei giovani ai servizi di salute mentale attraverso la Strategia delle Nazioni Unite per la Gioventù (Youth 2030), una strategia globale dell'ONU che incoraggia le politiche che considerano il benessere mentale una componente essenziale dello sviluppo dei giovani.

La Commissione europea ha sviluppato una serie di politiche e iniziative volte a migliorare la salute mentale dei bambini e dei giovani in stretta collaborazione con le strategie dell'Organizzazione mondiale della sanità e delle Nazioni Unite.

In particolare, nella recente comunicazione su un approccio globale alla salute mentale¹⁵¹, la Commissione europea ribadisce l'importanza delle politiche multisettoriali e invita gli Stati membri dell'UE ad adottare un approccio che promuova la salute mentale in tutte le politiche.

Nella comunicazione, che pone la salute mentale sullo stesso piano della salute fisica, la Commissione lancia 20 iniziative faro, fornendo 1,23 miliardi di euro di finanziamenti da vari strumenti finanziari. Tra le iniziative prioritarie:

- Il progetto TSI YOUTH FIRST, che pone i bambini e i giovani al centro delle politiche, è una delle iniziative prioritarie incluse nella comunicazione.
- Il rafforzamento, con una dotazione aggiuntiva di 8,3 milioni di euro, del capitolo sulla salute mentale nell'ambito dell'iniziativa dell'UE sulle malattie non trasmissibili "Più sani insieme¹⁵²" con l'obiettivo di sostenere le azioni degli Stati membri volte a promuovere la salute mentale, creare ambienti e politiche favorevoli, migliorare l'inclusione sociale e affrontare la stigmatizzazione e la discriminazione associate ai problemi di salute mentale. L'azione congiunta MENTOR Mental Health Together fa parte del quadro di questa iniziativa.
- la creazione di un archivio delle migliori pratiche in materia di salute mentale¹⁵³, che raccolga le migliori pratiche degli Stati membri.

Viene inoltre evidenziata la strategia dell'UE per ¹⁵⁴la gioventù, che costituisce il quadro per la cooperazione a livello europeo in materia di politiche giovanili nel periodo 2019-2027. La strategia promuove la partecipazione dei giovani alla vita democratica, sostiene il loro impegno sociale e civico e mira a garantire che tutti i giovani dispongano delle risorse necessarie per partecipare alla società in cui vivono. Si concentra su tre settori d'azione chiave, che possono essere riassunti come segue: mobilitare, collegare, responsabilizzare e promuovere un'attuazione trasversale coordinata.

Anche le azioni a tutela dei minori rientrano nella Garanzia per l'infanzia¹⁵⁵, istituita dalla Raccomandazione del Consiglio europeo del 14 giugno 2021. La presente raccomandazione mira a garantire che ogni minore a rischio di povertà o di esclusione sociale nell'UE abbia accesso a servizi essenziali quali l'istruzione, l'assistenza sanitaria e il sostegno psicologico. Una componente chiave è la promozione della salute mentale, con particolare attenzione all'accesso ai servizi psicosociali per i bambini vulnerabili, per garantire che possano crescere in un ambiente sano e sicuro. La garanzia per l'infanzia si articola attraverso piani d'azione nazionali preparati dagli Stati membri.

In collaborazione con l'Unione Europea, l'UNICEF ha sostenuto l'Italia durante la fase pilota della Garanzia per l'infanzia, che ha fornito ai bambini vulnerabili, compresi quelli provenienti da un contesto migratorio, assistenza sanitaria e promozione della salute facilmente accessibili.

Il Piano d'Azione Nazionale per la Garanzia per l'Infanzia (PANGI), presentato alla Commissione Europea nel marzo 2022, affronta due questioni fondamentali: come coniugare l'universalità dei diritti dei minori con un'azione specifica finalizzata a un target individuato e come la riorganizzazione dei diversi sistemi, a partire da quello amministrativo, sociale, scolastico e sanitario, possa migliorare la governance a tutti i livelli e promuovere l'intersectorialità e l'interprofessionalità. Un altro aspetto importante riguarda l'incremento e la qualificazione di tutte le figure professionali che operano nel mondo dell'infanzia e dell'adolescenza. Il Piano integra e valorizza i piani esistenti, individuando alcune aree di empowerment e innovazione che tendono a raggiungere nuovi livelli essenziali per garantire il pieno godimento dei diritti dei minori. Le azioni riguardano quattro settori: educazione e cura della prima infanzia di alta qualità, apprendimento e attività scolastiche, mense scolastiche; benessere, salute e assistenza sanitaria; la lotta alla povertà e il diritto alla casa; governance e infrastrutture.

Proteggere la salute mentale e il supporto psicosociale (MHPSS) di bambini e adolescenti è una priorità globale per l'UNICEF, soprattutto quando si tratta di bambini che si trovano in una situazione di vulnerabilità e rischio. Nei contesti operativi in cui l'UNICEF è presente, il supporto

psicosociale e gli interventi di salute mentale sono integrati in tutti i programmi di prevenzione e supporto negli ambiti della protezione, della salute, della violenza di genere, dell'educazione e della partecipazione attiva di bambini, adolescenti e giovani, e si declinano in forme diverse a seconda del contesto e dei bisogni individuati.

Allegato 2 - Metodologia per la revisione sistematica

Progettazione della ricerca

Per raggiungere il primo obiettivo, è stata effettuata una panoramica sistematica delle revisioni seguendo le Linee Guida Cochrane (Pollock et al., 2023) per condurre una panoramica delle revisioni che include: (a) domande di ricerca a priori (b) criteri di inclusione dettagliati tra cui intervento, popolazione, contesto e risultati di interesse (c) identificazione di revisioni sistematiche pertinenti (d) selezione di studi idonei (e) processo formale di estrazione dei dati (f) sintesi e sintesi dei risultati.

Inoltre, sono state condotte interviste preliminari con uno psicologo, uno psicoterapeuta del lavoro e due assistenti sociali al fine di ottenere una panoramica iniziale dettagliata dell'argomento dello studio. Queste interviste miravano a raccogliere intuizioni e prospettive che aiutassero a valutare la fattibilità dell'approccio e a guidare la direzione del lavoro, assicurando che la metodologia seguita fosse in linea con le opinioni degli esperti e confermando la sua idoneità per gli obiettivi del progetto.

Aderendo alle linee guida PRISMA (Page et al., 2021), la revisione ha garantito trasparenza e chiarezza nella rendicontazione.

Criteri di ammissibilità

Sono state incluse solo revisioni sistematiche, revisioni di scoping e meta-analisi, incentrate su programmi integrati, modelli, interventi e servizi relativi alla salute mentale e al supporto psicosociale (MHPSS) per bambini e adolescenti di età compresa tra 10 e 19 anni. Le pubblicazioni ammesse sono state redatte in inglese e sono state pubblicate dal 2013 fino ad oggi.

Gli interventi mirati si sono concentrati sull'integrazione dei servizi, in particolare nei settori della sanità, dell'istruzione e dell'assistenza sociale. L'integrazione di servizi e professionisti è stata valutata a livello macro, meso e micro, seguendo il quadro di Valentjin et al. (2013). L'analisi è stata indirizzata verso la letteratura globale, senza limitarsi a uno specifico contesto nazionale.

Strategia di ricerca

Per identificare gli studi rilevanti in letteratura è stata condotta una ricerca di evidenze nelle seguenti banche dati: PubMed, Scopus, Web of Science e Ovid database. È stata sviluppata una strategia di ricerca attorno ai due domini concettuali di: (1) interventi di assistenza integrata per la salute mentale (2) bambini, adolescenti e giovani adulti come popolazione target degli interventi.

La ricerca bibliografica ha riguardato studi sottoposti a revisione paritaria, condotti in quattro database primari: Scopus, Web of Science (WoS), PubMed e Ovid (elenco completo Ovid@Journals). La ricerca è stata condotta il 10 ottobre 2024, utilizzando termini relativi alle condizioni mirate (ad esempio, disturbi di salute mentale), ai tipi di interventi MHPSS e alla popolazione di interesse (bambini e adolescenti).

La strategia di ricerca ha escluso la letteratura grigia, aderendo a un rigoroso approccio metodologico incentrato su fonti rigorosamente peer-reviewed. I termini di ricerca predefiniti sono stati ricercati nel titolo e negli abstract.

Selezione dello studio

Il processo di selezione dello studio per questa revisione è consistito in due livelli di screening: (1) una revisione dei titoli e degli abstract (2) una revisione del testo completo.

Inizialmente, 1.545 abstract su un totale di 6.179 articoli identificati, che coprono circa il 25% degli studi totali, sono stati esaminati utilizzando la piattaforma ASReview (Cavallaro et al., di prossima pubblicazione). Prima dello screening, la piattaforma ASReview, che impiega algoritmi di apprendimento automatico per dare priorità agli studi più rilevanti, è stata addestrata utilizzando una serie di criteri di ammissibilità predefiniti.

L'uso di ASReview nelle revisioni sistematiche si è dimostrato una metodologia efficace nella ricerca scientifica, migliorando l'efficienza della selezione degli studi in diversi campi (ad esempio, Noteboom et al., 2024), Ommen et al., 2023, Huang et al., 2022, Westendorp et al., 2022). Un successivo ciclo di screening è stato condotto su 392 studi, sempre supportati dalla piattaforma ASReview. Infine, una selezione di 188 studi è stata poi analizzata in dettaglio utilizzando un questionario online, generando un foglio Excel che ha catturato le informazioni chiave per la revisione.

Il processo di selezione dello studio ha portato a un campione finale di 18 articoli che soddisfacevano i criteri di ammissibilità e sono stati inclusi nella revisione (vedi Allegato 3).

Caratteristiche degli studi inclusi

Il campione finale di 18 articoli inclusi in questa revisione dimostra una notevole diversità nelle fonti di pubblicazione (vedi Allegato 4). C'è una significativa eterogeneità in termini di riviste, con quasi tutti gli articoli pubblicati in diverse riviste, ad eccezione di European Child & Adolescent Psychiatry che conta 3 articoli e Families, Systems, & Health che conta 2 articoli. Le riviste rappresentate sono per lo più legate alla psicologia pediatrica (ad esempio, Journal of Pediatric Psychology, Clinical Child Psychology and Psychiatry), alla psicologia e alla psichiatria in generale (ad esempio, International Review of Psychiatry), alla pediatria e all'assistenza all'infanzia (ad esempio, JAMA Pediatrics, Clinical Pediatrics, Child: care, health and development). Solo tre riviste rappresentano diverse aree tematiche non esclusivamente focalizzate sulla psicologia e/o sull'assistenza all'infanzia: Review of Educational Research, Health Services Research and Managerial Epidemiology e l'International Journal of Integrated Care.

Allegato 3 – Tabella 1. Classificazione degli interventi in base al settore di attuazione

Riferimento	Grappolo	Tipo di esigenze	Settori e modalità di consegna
(Hostutler et al., 2024)	Bambini e adolescenti	Bisogni generali di salute mentale; uso di sostanze; salute fisica; disabilità dello sviluppo	Cure primarie pediatriche
(Sullivan & Simonson, 2016)	Bambini e adolescenti	Bisogni generali di salute mentale; PTSD o altri sintomi di trauma; depressione	Scuola
(Murphy et al., 2024)	Adolescenti e giovani adulti	Bisogni generali di salute mentale (depressione, ansia, disagio psicologico)	Scuola, assistenza comunitaria, servizio di salute mentale online
(Chen et al., 2022)	Bambini e adolescenti	Bisogni generali di salute mentale (psicotici, bipolar, depressivi, ansia, disturbi correlati a sostanze e dipendenze, personalità e condotta)	Assistenza per la salute mentale (strutture ospedaliere), pronto soccorso, scuola, assistenza sociale e assistenza di comunità
(Honisett et al., 2022)	Bambini	Bisogni generali di salute mentale (depressione, ansia, problemi comportamentali, ADHD)	Cure primarie pediatriche, assistenza comunitaria
(Petts & Shahidullah, 2020)	Bambini e adolescenti	Bisogni generali di salute mentale; ADHD	Cure primarie pediatriche
(Vusio et al., 2020)	Bambini, adolescenti e giovani adulti	Bisogni generali di salute mentale (esperienze di crisi acuta di salute mentale)	Assistenza territoriale, servizio di telepsichiatria
(Shahidullah et al., 2018)	Bambini	ADHD	Cure primarie pediatriche, assistenza sociale, assistenza comunitaria, scuola
(McHugh et al., 2024)	Adolescenti e giovani adulti	Esigenze generali di salute mentale (depressione, depressione e/o altre condizioni comuni di salute mentale giovanile, tra cui disturbo d'ansia generalizzato, ansia sociale, esperienze psicotiche, uso di sostanze in comorbilità, ADHD o disturbi dirompenti; ideazione o comportamento suicidario o comorbilità comuni, come il disturbo da uso di sostanze o il disturbo bipolare)	Cure primarie pediatriche, scuola
(Cooper et al., 2016)	NA	Esigenze generali di salute mentale	Assistenza per la salute mentale, assistenza sociale, scuola, giustizia
(Yonek et al., 2020)	Bambini e adolescenti	Depressione; ADHD; disturbi comportamentali	Cure primarie pediatriche, assistenza comunitaria

(King et al., 2024)	Bambini, adolescenti e giovani adulti	Esigenze generali di salute mentale	Cure primarie pediatriche, assistenza comunitaria
(Otis et al., 2023)	Bambini, adolescenti e giovani adulti	Esigenze generali di salute mentale (disturbi psichiatrici/mentali come disturbo ossessivo compulsivo, schizofrenia, ecc. e altri disturbi psichiatrici acuti)	Pronto soccorso pediatrico
(Burkhart et al., 2020)	Bambini e adolescenti	Esigenze generali di salute mentale (diagnosi di disturbo d'ansia, ADHD, disturbo oppositivo provocatorio, distimia, disturbo depressivo non altrimenti specificato, disturbo depressivo maggiore, disturbo dell'umore, disturbo della condotta, disturbo del comportamento dirompente, abuso di sostanze, psicosi e disturbo dello spettro autistico)	Cure primarie pediatriche
(Woody et al., 2019)	Adolescenti e giovani adulti	Bisogni generali di salute mentale (malattie mentali gravi, persistenti e complesse (SPCMI), generalmente come disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, disturbi d'ansia, disturbi della personalità e persone esposte a gravi eventi avversi o traumi)	Assistenza comunitaria, assistenza alla salute mentale (ospedaliere e residenziali)
(Sultan et al., 2018)	Bambini	ADHD	Cure primarie pediatriche
(Savaglio et al., 2022)	Adolescenti e giovani adulti	Bisogni generali di salute mentale (depressione, ansia, psicosi, ecc.)	Assistenza alla comunità
(Platt et al., 2018)	Bambini e adolescenti	Bisogni generali di salute mentale; ADHD; depressione	Cure primarie pediatriche

Allegato 4 - Tabella 2. Descrizione degli studi inclusi

Riferimento	Diario	Tipo di recensione	Numero di studi primari	Metodologia degli studi primari	Paese
(Hostutler et al., 2024)	Giornale di psicologia pediatrica	Sistematica, Meta-analisi	33	24 RCT, 3 quasi-sperimentali	NA
(Sullivan & Simonson, 2016)	Revisione della ricerca educativa	Sistematico	13	2 RCT, 5 quasi-sperimentali, 4 test pre-post, 2 disegni sperimentali	1 studio condotto in Australia, 4 nel Regno Unito, 3 negli Stati Uniti, 1 in Iran, 3 in Canada, 1 in India
(Murphy et al., 2024)	Giornale di psicologia di comunità	Sistematico, Scoping	15	5 RCT, 1 studio non randomizzato, 2 studi di coorte, 1 studio qualitativo, 2 studi con metodi misti, 1 longitudinale, 2 studi descrittivi, 1 disegno a gruppo singolo non controllato	5 studi condotti in Australia, 4 in USA, 3 in Canada, 2 in UK, 1 in Netherlands
(Chen et al., 2022)	Psichiatria europea dell'infanzia e dell'adolescenza	Ambito	19	3 studi con metodo misto, 2 RCT, 1 studio di fattibilità, 1 studio di convalida, i restanti articoli sono rapporti descrittivi	7 studi condotti in Canada, 9 studi condotti in USA, 3 in Nuova Zelanda, 1 in Germania, 1 in UK
(Honisett et al., 2022)	Giornale internazionale di assistenza integrata	Sistematico	4	1 studio RCT, 1 studio pre-post, 2 studi prospettici di coorte	3 studi condotti negli Stati Uniti, 1 nei Paesi Bassi
(Petts & Shahidullah, 2020)	Famiglie, sistemi e salute	Sistematico	10	5 RCT, 4 studi prospettici di disegno di coorte, 1 studio di disegno retrospettivo	NA
(Vusio et al., 2020)	Psichiatria europea dell'infanzia e	Sistematico	19	10 studi qualitativi, 2 RCT, 3 studi descrittivi quantitativi, 1	8 studi condotti nel Regno Unito, 5 in USA, 3 in Australia, 2 in

	dell'adolescenza			metodo misto, 1 protocollo RCT	Canada, 1 in Danimarca
(Shahidullah et al., 2018)	Famiglie, sistemi e salute	Sistematico	8	NA	8 studi condotti negli Stati Uniti
(McHugh et al., 2024)	L'Australia n & New Zealand Journal of Psychiatry	Sistematica, Meta-analisi	15	11 RCT e 4 osservazionali (coorte caso-controllo o retrospettiva)	11 studi condotti in USA, 1 in Australia, 1 in Canada, 1 in Irlanda
(Cooper et al., 2016)	Bambino: cura, salute e sviluppo	Sistematico	33	16 interviste o sondaggi qualitativi studi di progettazione, 9 studi di progettazione di approcci quantitativi correlazionali, 7 studi di valutazione	16 studi condotti nel Regno Unito, 13 negli Stati Uniti, 3 in Scandinavia, 1 in Australia.
(Yonek et al., 2020)	JAMA Pedriatria	Sistematico	11	11 RCT	11 studi condotti negli Stati Uniti
(King et al., 2024)	Giornale di valutazione nella pratica clinica	Sistematico	8	3 studi qualitativi, 2 non randomizzati, 2 studi pilota, 1 studio prospettico di coorte	2 studi condotti in USA, 2 in UK, 1 in Perù, 1 in Thailandia, 2 in Canada
(Otis et al., 2023)	Psichiatria europea dell'infanzia e dell'adolescenza	Sistematico	22	3 studi di coorte osservazionali retrospettivi, 15 studi di coorte retrospettivi prima-dopo, 3 studi di controllo non randomizzati	15 condotte negli Stati Uniti, 6 in Canada, 1 in Australia.
(Berkhout et al., 2020)	Pediatria clinica	Sistematico	6	6 RCT	6 studi condotti negli Stati Uniti
(Woody et al., 2019)	Psicologia e Psichiatria Clinica Infantile	Sistematico	43	NA	NA
(Sultan et al., 2018)	Ricerca sui Servizi Sanitari ed Epidemiologia	Sistematico	5	3 studi prospettici di coorte, 1 studio randomizzato controllato a	5 studi condotti negli Stati Uniti

	Manageriale			cluster, 1 studio randomizzato di efficacia comparativa	
(Savaglio et al., 2022)	Revisione clinica della psicologia infantile e familiare	Sistematico	37	24 studi pre-post, 13 studi controllati (ad esempio, 8 RCT, 5 studi quasi-sperimentali senza assegnazione casuale)	37 studi condotti in Australia (localizzazione limitata da criteri di inclusione)
(Platt et al., 2018)	Rivista Internazionale di Psichiatria	Ambito	34	19 studi osservazionali, 2 studi pilota, 6 RCT e 7 sondaggi e interviste	NA

Allegato 5 - Metodologia per la valutazione multiregionale

Lo studio ha utilizzato un disegno con metodi misti che includeva:

1. Revisione documentale dei piani sanitari regionali, dei piani d'azione per la salute mentale e dei decreti specifici relativi ai servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza di tutte le 21 regioni italiane e province autonome;
2. Interviste approfondite con rappresentanti della salute mentale di 12 regioni (Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto). Questi rappresentanti regionali sono stati suggeriti da PROMIS (Programma Mattone Internazionale Salute) e tutti sono stati invitati a partecipare; coloro che hanno risposto sono stati intervistati, mentre per le regioni che non hanno risposto all'invito, lo studio si è basato sulla documentazione a disposizione del team di ricerca.
3. Interviste mirate a livello distrettuale con cinque direttori distrettuali delle regioni Lazio, Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia per ottenere informazioni sulle sfide e le soluzioni di implementazione locale. La maggior parte dei direttori distrettuali intervistati fa parte della rete del Center for Research on Health and Social Care Management (CERGAS), <https://cergas.unibocconi.eu/>.
4. I partecipanti sono stati informati verbalmente delle finalità della ricerca e hanno aderito su base volontaria. Tutti i dati sono stati integralmente anonimizzati mediante l'utilizzo di codici identificativi e l'omissione di qualsiasi informazione potenzialmente identificativa. Le informazioni raccolte sono state analizzate in forma aggregata e tutti i materiali sono custoditi in modalità protetta con accesso riservato al solo gruppo di ricerca.

Allegato 6 – Intervista strutturata – In italiano

Introduzione ed istruzioni

Il progetto “Mettere la salute mentale e il benessere psico-sociale degli adolescenti in Italia al primo posto”, finanziato dall’Unione Europea ed implementato da UNICEF, mira a sviluppare una migliore integrazione dei servizi sanitari, educativi e sociali nella fornitura di un supporto di qualità per la salute mentale e psicosociale ai bambini e ai giovani, nonché a promuovere la partecipazione dei giovani alla sensibilizzazione e al processo decisionale su questioni riguardanti il loro benessere.

Nel contesto del progetto, UNICEF sta realizzando insieme a SDA Bocconi School of Management, una mappatura dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale ed il loro livello di integrazione, rivolti a bambini e adolescenti in Italia, tramite una serie di interviste strutturate con le regioni e con alcuni distretti selezionati.

L’intervista verrà strutturata sulla base del presente questionario, risultato di una collaborazione tra SDA Bocconi School of Management e UNICEF, finalizzata alla mappatura dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale ed il loro livello di integrazione, rivolti a bambini e adolescenti in Italia.

Parte del questionario (sezione 1 e 2) è stata precompiata sulla base delle informazioni raccolte con l’analisi dei seguenti documenti regionali:

XXX

Le successive parti verranno discusse durante l’intervista online. A tal riguardo, vi chiediamo di voler valutare il coinvolgimento di vostri colleghi nelle restanti domande.

Grazie per il vostro supporto!

Dati del compilatore:

Regione: XXX

Professione: Ente di appartenenza: (menù dropdown: Direzione Sanitaria Regionale, Assessorato Salute, Assessorato Politiche Sociali, Assessorato Scuola e Istruzione, Uffici Scolastici Regionali (USR), ASP...)

Email di contatto:

1. Sezione: Governance e politiche

1.1. Il Piano regionale per la Salute Mentale e/o gli altri strumenti regionali di programmazione e indirizzo sul tema della salute mentale della sua regione include specifiche azioni, obiettivi, misure per il target bambini/e e adolescenti e le loro famiglie? [Sì/No]

- Se sì, quali fasce di età vengono considerate? _____

- Se sì, quali tipologie di azioni sono previste? (selezionare tutte le opzioni pertinenti):

- Prevenzione e promozione della salute mentale e del benessere psicosociale
- Prevenzione alla violenza
- Diagnosi precoce e intervento tempestivo
- Presa in carico terapeutica
- Screening e identificazione precoce di situazioni di violenza/abuso
- Interventi di prevenzione della violenza tra pari (bullismo/cyberbullismo)
- Raccordo con i servizi educativi/scolastici
- Formazione degli operatori
- Supporto psicosociale nelle scuole e contesti educativi
- Interventi per il rafforzamento delle competenze socio-emotive
- Sostegno alla genitorialità e alle dinamiche familiari
- Supporto psicosociale per gruppi vulnerabili
- Interventi di comunità e sviluppo reti sociali
- Raccordo tra servizi sanitari, sociali ed educativi
- Altro (specificare): _____

1.1.2. Nel Piano vengono menzionate azioni integrate che fanno riferimento ad altri settori? (È possibile scegliere più di una risposta)

- Diritti umani
- Tutela e protezione dei minori
- Benessere
- Assistenza sociale
- Sanità e salute pubblica
- Programmi di prevenzione e promozione della salute
- Istruzione ed educazione
- Politiche giovanili
- Giustizia minorile
- Altro: (specificare) _____

1.1.3. Il Piano si collega a specifici piani/linee guida nell'ambito della prevenzione e promozione del benessere psicosociale? [Sì/No]

- Se sì, quali? (Risposta multipla: selezionare tutte le opzioni pertinenti)

- Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM, 2013)
- Piano di Azione Nazionale della Garanzia Infanzia (PANGI)
- Piano Nazionale di Azione e di Interventi per la Tutela dei Diritti e lo Sviluppo dei Soggetti in Età Evolutiva del Dipartimento della Famiglia
- Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali (2021-2023)
- Piano Nazionale della Prevenzione (2020-2025)
- Piano Regionale della Prevenzione
- Linee guida regionali sulla prevenzione
- Linee guida locali sulla prevenzione
- Piani di Zona (PDZ)
- Piani Attuativi Territoriali (PAT)
- Protocolli specifici di prevenzione nei contesti scolastici
- Altri documenti di indirizzo sulla prevenzione (specificare): _____

1.2. La sua regione ha attivato tavoli di coordinamento per la salute mentale e la promozione del benessere psicosociale? [Sì/No]

- Se sì, per ogni tavolo indicare:

- Denominazione: _____
- Anno di istituzione: _____
- Composizione: (menù dropdown: Servizi Sanitari, Servizi Sociali, Istruzione, Terzo Settore, Privati, Altro (specificare) - selezionare tutte le opzioni pertinenti)
- Principali funzioni dell'organo/tavolo: (menù dropdown: programmazione interventi, monitoraggio servizi, valutazione risultati, sviluppo nuovi progetti, gestione criticità)
- Include specificatamente il tema adolescenti [Sì/No]

1.2.1 Il tavolo prevede meccanismi di partecipazione e consultazione di bambini/e e adolescenti e delle loro famiglie? [Sì/No]

- Se sì, descrivere quali: _____

1.2.2. Il tavolo prevede azioni/interventi dedicati a specifici gruppi vulnerabili? [Sì/No]

- Se sì, quali gruppi vulnerabili vengono presi in considerazione (selezionare tutte le opzioni pertinenti):

- Minori e famiglie con disabilità
- Minori e famiglie con background migratorio

- Minori stranieri non accompagnati
- Minori con problematiche legate all'uso di sostanze
- Minori e famiglie in condizioni socio-economiche svantaggiate
- Minori discriminati per orientamento sessuale e identità di genere
- Altro (specificare): _____

-Se sì, descrivere quali azioni/interventi sono previsti:

1.2.3. Il tavolo considera come diversi tipi di vulnerabilità possano combinarsi e influenzarsi a vicenda presso la stessa persona o gruppo? [Sì/No]

- Se sì, quali fattori di vulnerabilità vengono considerati nelle loro possibili interazioni: [selezionare tutte le opzioni pertinenti]

- Condizioni di salute mentale
- Condizioni di salute fisica
- Condizioni di disabilità
- Health literacy (capacità di comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie, conoscenza del sistema sanitario e dei propri diritti)
- Barriere linguistiche
- Supporto sociale disponibile
- Esperienze scolastiche ed educazione
- Esposizione a violenza o criminalità
- Consumo di sostanze
- Background migratorio
- Condizione socio-economica
- Genere
- Età
- Altro (specificare): _____

-Se sì, descrivere brevemente le modalità utilizzate dal tavolo per identificare queste situazioni:

- Se sì, descrivere brevemente gli interventi specifici attuati per rispondere a questi bisogni complessi:

1.2.4. A vostro giudizio, quanto il tavolo di lavoro è efficace in merito ai seguenti aspetti (valutare su scala 1-5 dove 1=per nulla efficace, 5=molto efficace):

- Coordinamento intersettoriale 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
 - Identificazione di ostacoli di accesso ai servizi 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
 - Capacità di ascolto e coinvolgimento attivo di minori e famiglie nei processi decisionali
 - 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
 - Inclusione di tematiche di intersezionalità 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
 - Gestione delle lacune nei servizi 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
 - Implementazione delle decisioni prese 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
 - Capacità di risposta alle emergenze 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
 - Monitoraggio e valutazione dei risultati 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
 - Sviluppo di progetti innovativi 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
- [box "Aggiungi altro organo/tavolo"]

2. Sezione: Finanziamento degli interventi di salute mentale^[2] e di promozione del benessere psicosociale^[3] per bambini/e e adolescenti

2.1 Nel 2024, quanto è stato stanziato del Fondo sanitario regionale per la salute mentale di bambini/e e adolescenti?

Cifra stanziata: € _____
 Percentuale sul totale FSR: _____ %

2.2 Nel 2024, quanto è stato stanziato del Fondo sanitario regionale per interventi di promozione del benessere psicosociale^[4] di bambini/e e adolescenti?

Cifra stanziata: € _____

Percentuale sul totale FSR: _____ %

2.2.1 Ci sono altre fonti dedicate di finanziamento per la salute mentale di bambini/e e adolescenti? (Considerare fondi europei, nazionali, regionali, locali e privati)

♂ No

♂ Sì (indicare le prime tre fonti per rilevanza): _____

2.2.2 Ci sono fonti di finanziamento dedicate per la salute mentale di target vulnerabili (es. Quote fondo asilo migrazione e integrazione (FAMI) per bambini e adolescenti con background migratorio)?

q No

q Sì (indicare le prime tre fonti per rilevanza, indicando le finalità ed il quantitativo)

1. _____

2. _____

3. _____

2.3 A livello regionale, quali prestazioni accessorie (*cash transfer o in-kind services*) sovvenzionate o gratuite, vengono fornite a una famiglia con bambini/e e adolescenti con problematiche di salute mentale invalidanti? (È possibile scegliere più di una risposta).

q Non sono previste prestazioni

q Pensione d'invalidità (_____ /mese)

q Bonus Mantari

q Programmi di formazione per lo sviluppo delle autonomie di vita della persona

q Aiuto pratico per il caregiver

q Sostegno psicologico e relazionale per i caregiver/famiglia

q Cure mediche (comprese quelle psichiatriche)

q Assistenza istituzionale

q Formazione o istruzione dei caregiver/famiglia

q Gruppi di mutuo-auto aiuto per adolescenti

q Gruppi di mutuo-auto aiuto per caregiver/famiglia

q Altro (specificare): _____

2.4 A vostro giudizio come valutereste l'adeguatezza delle risorse allocate per le famiglie sopramenzionate?

1 [] Inadeguate 2 [] Parzialmente adeguate 3 [] Sufficienti 4 [] Buone 5 [] Ottimale

3. Sezione: Tipologia di servizi offerti, popolazione target e dati di attività

3.1. Identificare i principali servizi di supporto per la salute mentale disponibili per la fascia 10-19 anni:

a) Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:

- q Accoglienza e valutazione diagnostica di disturbi o patologie in ambito neuropsichiatrico;
- q Presa in carico di situazioni e condizioni che necessitino di percorsi di cura protratti nel tempo;
- q Interventi riabilitativi di fisioterapia;
- q Interventi riabilitativi di logopedia;
- q Interventi psicoeducativi;
- q Interventi rieducativi di neuropsicomotricità;
- q Certificazione come previsto dalla legge 104/92 per l'integrazione scolastica;
- q Certificazione come previsto dalla legge 170/2010
- q Day Hospital Strutture residenziali
- q Strutture semiresidenziali
- q Incontri periodici con operatori delle strutture educative e scolastiche per i minori seguiti dai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- q Interventi di sostegno, individuali o di gruppo, alle famiglie di minori seguiti.

- q Specificare di che tipo di sostegno si tratta (es. Iniziative informative, consulenze, etc...):

- q Attivazione di percorsi di supporto e assistenza domiciliare (se non già incluso negli interventi di sostegno)
- q Attivazione di gruppi di mutuo aiuto e peer support
- q Attività di coordinamento e legame tra diversi attori, anche di più Enti, coinvolti nell'aiuto dello stesso minore (es. Tribunale per Minorenni, Servizi Sociali);
- q Altro (specificare): _____

b) Consultori familiari:

- q Spazi giovani dedicati
- q Team multidisciplinare
- q Servizi di prossimità
- q Presenza di servizi consultoriali all'interno delle Case di Comunità
- q Altro (specificare): _____

c) Rete Antiviolenza e programmi per autori di reato minorenni

Servizi dei Centri Antiviolenza (CAV)

- q Centri Antiviolenza (CAV)
- q Case Rifugio
- q Centri specialistici LGBTQ+
- q Spazio sicuro
- q Sportelli dedicati (es. presso consultori/ospedali)
- q Servizi specifici per vittime di violenza/discriminazione omotransfobica
- q Presa in carico integrata per supporto psicologico a vittime minorenni:
 - Specificare da parte di quali figure professionali viene realizzata la presa in carico integrata:

 - Specificare assieme a quali servizi viene realizzata l'integrazione della presa in carico:

- q Percorsi dedicati per madri minorenni vittime di violenza
- q Consulenza legale in raccordo con Tribunale per i Minorenni e servizi sociali (specificare modalità di raccordo)
- q Supporto psicologico individuale e/o di gruppo
- q Supporto per casi di violenza assistita
- q Raccordo con Pronto Soccorso e codice rosa (indicare presenza/assenza protocollo specifico per minorenni): _____
- q Supporto psicologico per vittime di bullismo omotransfobico
- q Raccordo con associazioni LGBTQIA+ del territorio
- q Consulenza legale specifica per discriminazioni basate su orientamento sessuale e identità di genere

Programmi per autori di reato minorenni

- q Presa in carico integrata per interventi rieducativi per autori di reato
- q Specificare con quali servizi viene realizzata l'integrazione per gli interventi rieducativi:

- q Percorsi specifici per autori di reati persecutori e violenza di genere
- q Programmi dedicati per cyberstalking e cyberbullismo
- q Interventi psicoeducativi con le famiglie
- q Programmi di prevenzione della violenza nelle scuole

d) Dipendenze:

- Servizi dedicati giovani
- Équipe specializzate
- Interventi di prevenzione
- Altro (specificare): _____

e) Servizi di Salute Mentale per l'età adulta con progetti dedicati adolescenti/giovani adulti

- Centri di Salute Mentale (CSM)
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Ospedale diurno (DH)
- Centri Diurni (CD)-servizi semiresidenziali
- Strutture residenziali (SR)-distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socioriparative
- Interventi domiciliari
- Raccordo servizi di psichiatria infanzia/adolescenza e per l'età adulta
- Hub territoriali (per esempio: Casa della Salute)
- Punti di ascolto
- Équipe specializzate
- Funzioni espletate nell'ambito giudiziario e collaborazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali
- Altri servizi dedicati adolescenti (specificare): _____

f) Salute Mentale in ambito detentivo minorile:

- Servizi di valutazione e supporto psicologico in collaborazione tra: • USSM e Neuropsichiatria Infantile • USSM e SerD • USSM e Consultori Familiari • USSM e CSM • USSM e Servizi Sociali territoriali • Altri (specificare): _____
- Raccordo con servizi territoriali per: • Continuità terapeutica con NPIA • Presa in carico SerD • Continuità farmacologica • Raccordo con CSM per transizione età adulta • Altri (specificare): _____
- Interventi specifici per: • Prevenzione suicidio • Autolesionismo • Gestione aggressività • Dipendenze • Disturbi psichiatrici • Disturbi post-traumatici • Altri (specificare): _____
- Progetti educativi e di inclusione sociale: • Mediazione penale minorile • Percorsi di messa alla prova • Progetti di giustizia riparativa • Reinserimento scolastico • Formazione professionale • Attività sportive/culturali strutturate • Altri (specificare): _____

g) Psicologia Scolastica

- Sportelli di ascolto nelle scuole
- Interventi di prevenzione del disagio
- Consulenza a docenti e personale scolastico
- Supporto alle dinamiche di gruppo-classe
- Percorsi di educazione affettiva e relazionale
- Supporto alla genitorialità e incontri con famiglie
- Screening precoce difficoltà di apprendimento
- Facilitazione rapporto scuola-famiglia
- Programmi di prevenzione del bullismo omotransfobico
- Percorsi di educazione alle differenze e all'inclusione LGBTQIA+
- Formazione specifica per docenti e personale scolastico sulla tematica LGBTQIA+
- Altro (specificare): _____

3.2 Quanti utenti in media sono stati presi in carico da ciascun servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza nella sua regione nell'ultimo anno disponibile? La media si riferisce al numero di utenti presi in carico durante l'anno di riferimento, diviso per il numero complessivo di strutture, per ottenere un valore medio di utenti presi in carico per ciascuna struttura nel periodo indicato).

- Indicare la denominazione specifica del servizio utilizzata nella sua regione (ad esempio NPI/NPIA, UONPIA, ecc):

- Specificare l'anno di riferimento:

3.2.1 Qual è la distribuzione dell'età in fasce e per genere?

	N° tutti gli utenti	N° femmine	N° maschi
0-6 anni			
7-12 anni			
13-18 anni			
19-24 anni			

3.3. Quante prestazioni sono state erogate in media dai servizi di salute mentale per l'età evolutiva nella regione nel 2024 o ultimo anno disponibile? (N° prestazioni per tipologia)

- q Visite specialistiche (neuropsichiatriche, psichiatriche, psicologiche): _____
- q Interventi psicologici/psicoterapeutici individuali: _____
- q Interventi psicologici/psicoterapeutici di gruppo: _____
- q Interventi psicologici/psicoterapeutici familiari: _____
- q Trattamenti farmacologici: _____
- q Interventi riabilitativi (specificare tipologia): _____
- q Interventi psicoeducativi: _____
- q Consulenze/interventi in ambito scolastico: _____
- q Valutazioni diagnostiche multidisciplinari: _____
- q Interventi domiciliari: _____
- q Interventi in strutture diurne: _____
- q Ricoveri in strutture residenziali: _____
- q Interventi in emergenza/urgenza: _____
- q Altro (specificare): _____

3.4. Rispetto al coordinamento tra i servizi di salute mentale per minori, quelli di presa in carico da parte dei servizi sociali e quelli di salute mentale per adulti nella sua regione/distretto:

- Esistono protocolli/percorsi specifici per il raccordo tra i suddetti servizi? [Sì/No]
- Se sì, quali dei seguenti strumenti/azioni sono previsti? (selezionare tutte le opzioni pertinenti)
 - q Protocolli formali di transizione tra servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza e quelli per adulti (DSM)
 - q Équipe dedicata alla fase di transizione
 - q Periodo di accompagnamento/affiancamento nella transizione
 - q Incontri di coordinamento tra équipe minori e adulti
 - q Cartella clinica/documentazione condivisa
 - q Definizione di un piano di transizione individualizzato
 - q Coinvolgimento attivo del giovane e della famiglia nel processo
 - q Fascia di età flessibile per la transizione (non solo al compimento dei 18 anni)
 - q Servizi specifici per la fascia di transizione (es. 14-25 anni)
 - q Altro (specificare): _____

3.5. Come vengono coinvolti i bambini/e gli adolescenti e le famiglie nelle decisioni che li riguardano? (selezionare tutte le opzioni pertinenti)

- q Co-definizione degli obiettivi
- q Scelta tra diverse opzioni di trattamento/presa in carico/percorso
- q Pianificazione temporale degli interventi
- q Definizione delle priorità
- q Non vengono coinvolti attivamente
- q Altro (specificare): _____

3.5.1 Quali strumenti vengono utilizzati per garantire un processo decisionale condiviso?

- Progetto di cura/presa in carico personalizzato elaborato insieme
- Progetto di Vita
- Progetto educativo personalizzato (PEI)
- Progetto Quadro
- Diario condiviso degli obiettivi
- Contratto terapeutico co-progettato
- Nessuno strumento specifico
- Altro (specificare): _____

3.5.2. Come viene gestita la comunicazione tra professionisti dei servizi e i bambini/e, gli adolescenti e le famiglie a cui si rivolge il servizio?

- Incontri regolari di aggiornamento
- Canali di comunicazione diretti (es. messaggistica)
- Strumenti digitali condivisi
- Diari/report condivisi
- Altro (specificare): _____

3.5.3. Quali sono le principali sfide nel promuovere il coinvolgimento attivo di bambini/e e adolescenti e le loro famiglie?

- Resistenze del personale
- Vincoli organizzativi
- Limiti legati alle condizioni di salute
- Dinamiche familiari
- Mancanza di strumenti/risorse
- Altro (specificare): _____

4. Sezione: Figure professionali ed equipe

4.1. Quali tipologie di professionisti sono coinvolti nei servizi di salute mentale disponibili per la fascia 10-19 anni? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti)

Area Sanitaria:

- Neuropsichiatri infantili (che hanno una specializzazione formale in psichiatria infantile/adolescenziale)
- Psichiatri
- Psicologi clinici/psicoterapeuti specializzati nell'area della salute mentale dei bambini/e e adolescenti
- Pediatri
- Infermieri (con specializzazione in salute mentale)
- Altri (specificare): _____

Area Riabilitativa:

- Terapisti della neuropsicomotricità
- Logopedisti
- Terapisti occupazionali
- Fisioterapisti
- Neuropsicomotricisti
- Altri (specificare): _____

Area Psicosociale:

- Educatori professionali
- Assistenti sociali
- Tecnici della riabilitazione psichiatrica
- Mediatori culturali/linguistici
- Peer supporter/facilitatori sociali
- Altri (specificare): _____

Area Pedagogica:

- Pedagogisti
- Operatori psicopedagogici
- Altri (specificare): _____

Altro personale:

- Coordinatore
- Operatori di comunità
- Altri (specificare): _____

5. Sezione: Collaborazione inter-settoriale

5.1. Potete fornire una descrizione dettagliata su come i servizi di supporto per la salute mentale disponibili per la fascia 10-19 anni siano integrati con gli altri servizi del territorio? (Selezionare tutte le opzioni pertinenti)

ð Scuole:

ð Modalità di collaborazione (es. incontri regolari tra professionisti, progetti comuni, scambio di informazioni, protocolli/procedure formali di presa in carico integrata, ecc.):

ð Meccanismi di comunicazione (es. canali di comunicazione utilizzati, frequenza delle comunicazioni, strumenti digitali/piattaforme, ecc.):

ð Formazione e supporto per il personale (es. programmi di formazione, risorse disponibili per il personale ad hoc, ecc.):

ð Esempi di casi/progetti di successo (es. situazioni specifiche in cui l'integrazione ha portato a risultati positivi):

ð Servizi sociali:

ð Tipi di servizi coinvolti:

ð Modalità di collaborazione (es. incontri regolari, progetti comuni, scambio di informazioni, ecc.):

ð Meccanismi di comunicazione (es. canali di comunicazione utilizzati, frequenza delle comunicazioni, strumenti digitali, ecc.):

ð Esempi di casi di successo (es. situazioni specifiche in cui l'integrazione ha portato a risultati positivi):

ð Terzo settore (es. organizzazioni no profit, associazioni di genitori/pazienti, etc.)

ð Tipi di servizi coinvolti e per quali scopi (es. advocacy, promozione, etc.):

ð Modalità di collaborazione (es. incontri regolari, progetti comuni, scambio di informazioni, ecc.):

ð Meccanismi di comunicazione (es. canali di comunicazione utilizzati, frequenza delle comunicazioni, strumenti digitali, ecc.):

ð Formazione e supporto per il personale (es. programmi di formazione, risorse disponibili per il personale, ecc.):

ð Esempi di casi di successo (es. situazioni specifiche in cui l'integrazione ha portato a risultati positivi):

ð **Servizi socio-educativi territoriali (es. centri di aggregazione giovanile (CAG), centri giovani, educativa di strada, organizzazioni di inclusione e sviluppo di solidarietà sociale)**

- Tipi di servizi coinvolti:

- Modalità di collaborazione (es. incontri regolari tra professionisti, progetti comuni, équipe integrate, protocolli di presa in carico, ecc.):

- Meccanismi di comunicazione (es. canali di comunicazione utilizzati, frequenza delle comunicazioni, strumenti digitali/piattaforme, ecc.):

- Formazione e supporto per il personale (es. programmi di formazione congiunti, supervisione condivisa, ecc.):

- Esempi di progetti/interventi integrati (es. situazioni specifiche in cui l'integrazione ha portato a risultati positivi):

ð **Altri settori coinvolti nei percorsi di supporto psicosociale e di salute mentale di bambini/e e adolescenti (specificare quali e le modalità di collaborazione inter-settoriale):**

5.2. Nell'ottica dello sviluppo di comunità territoriali inclusive, quali delle seguenti pratiche vengono implementate dai servizi?

- q Modalità di presenza sul territorio: (menù dropdown: presenza dei servizi nei luoghi di vita, attività decentrate nei quartieri, utilizzo spazi comunitari esistenti, servizi "mobili" sul territorio, presenza nelle scuole)
- q Involgimento attori locali: (menù dropdown: collaborazione con associazioni territoriali, partnership con realtà culturali/sportive, rete con gruppi informali, sinergie con scuole, sinergie con oratori, sinergie con servizi territoriali)
- q Sviluppo comunità inclusiva: (menù dropdown: eventi aperti alla cittadinanza, laboratori intergenerazionali, iniziative di sensibilizzazione, progetti di comunità, attività culturali inclusive)

6. Focus: gruppi vulnerabili

6.1. Come vengono intercettati i bisogni specifici di bambini/e adolescenti in contesti di vulnerabilità? (possibile selezione multipla)

- ð Segnalazioni da scuole
- ð Accessi spontanei
- ð Invii da pediatri/MMG
- ð Invii da parte di Pronto Soccorso
- ð Collaborazione con servizi sociali

- ð Screening territoriali
- ð Outreach (unità di strada, educativa di territorio)
- ð Invii da parte di Centri Aggregativi Giovanili (CAG)
- ð Invii da Centri Giovani
- ð Mappatura dei quartieri a rischio
- ð Segnalazioni da associazioni/terzo settore
- ð Segnalazioni da parte di parrocchie/oratori
- ð Altro (specificare): _____

6.2. Esistono servizi specifici per bambini/e e adolescenti con background migratorio? [Sì/No + descrizione]

- q Di che tipo di servizi si tratta? (menù dropdown: progetti ad hoc, servizi strutturati pubblici, servizi esternalizzati al privato sociale, altro)
- q Come viene gestita la mediazione linguistico-culturale? (menù dropdown: Mediatori in organico, Mediatori a chiamata, Convenzioni con associazioni)
- q Sono previste modalità di outreach? (menù dropdown: presenza nei luoghi di aggregazione, unità mobili, scuole di lingua delle comunità, social media)
- q Come vengono coinvolte le comunità di riferimento? (menù dropdown: presenza nei luoghi di aggregazione, collaborazioni con leader comunitari e religiosi, eventi interculturali, incontri di co-progettazione, realizzazione di iniziative comuni)
- q Se presenti, come vengono coinvolte le famiglie? (menù dropdown: spazi di ascolto dedicati, gruppi di confronto multiculturali, supporto educativo domiciliare, percorsi di empowerment, mediazione scuola-famiglia)
- q Esistono materiali informativi multilingua? [Sì/No + descrizione]

6.3. Esistono servizi specifici per bambini/e e adolescenti con disabilità

[Sì/No]

Se sì, descrivere brevemente i servizi, specificando la loro natura (ad esempio: riabilitativi, sociali, sanitari, educativi, etc.):

Se sì, rispondere alle seguenti domande:

- q Di che tipo di servizi si tratta? (menù dropdown: progetti ad hoc, servizi strutturati pubblici, servizi esternalizzati al privato sociale, altro)
- q Come viene garantita l'accessibilità fisica dei servizi? (menù dropdown: abbattimento barriere architettoniche, ausili e supporti tecnologici, accessibilità comunicativa)
- q Esistono percorsi dedicati di transizione all'età adulta? (menù dropdown: protocolli strutturati, progetti di autonomia, inserimento sociale, accompagnamento educativo)
- q Come viene garantito il raccordo tra servizi sanitari e sociali? (menù dropdown: équipes pluridisciplinari, case management, progetti individualizzati)
- q Come vengono coinvolte le famiglie? (menù dropdown: gruppi di auto-mutuo supporto, parent training, accompagnamento ai servizi)
- q Come viene valorizzato la funzione sociale dei bambini/e e adolescenti con disabilità nella comunità territoriale? (menù dropdown: progetti di cittadinanza attiva, partecipazione ad eventi territoriali, laboratori aperti alla comunità, iniziative nelle scuole, attività inclusive con i pari, progetti di sensibilizzazione)
- q Come viene promossa l'autonomia decisionale? (menù dropdown: strumenti di scelta personalizzati, supporti alla comunicazione delle preferenze, percorsi di autodeterminazione, spazi di sperimentazione protetti, laboratori sulle autonomie)

6.4. Esistono servizi specifici per bambini/e e adolescenti LGBTQIA+? [Sì/No + menù dropdown: sportello di ascolto, spazi safe, gruppi peer, consulenza psicologica, attività tematiche, laboratori identità/affettività, altro]

- q Di che tipo di servizi si tratta? (menù dropdown: progetti ad hoc, servizi strutturati pubblici, servizi esternalizzati al privato sociale, altro)
- q Gli operatori ricevono formazione specifica? (menù dropdown: formazione di base, aggiornamento periodico, supervisione casi, consulenza esperti, formazione peer to peer, scambio buone pratiche)
- q Esistono collegamenti con associazioni e reti partnership? (menù dropdown: associazioni LGBTQIA+, servizi specialistici, scuole, centri giovani, servizi culturali, realtà sportive inclusive)
- q Come viene promossa l'inclusione? (menù dropdown: sensibilizzazione territoriale, eventi culturali, progetti nelle scuole, campagne comunicative, formazione operatori territorio, materiali informativi inclusivi, documentazione esperienze)

6.5. Esistono servizi specifici per bambini/e e adolescenti provenienti da contesti socio-economici svantaggiati? [Sì/No + descrizione]

- q Di che tipo di servizi si tratta? (menù dropdown: progetti ad hoc, servizi strutturati pubblici, servizi esternalizzati al privato sociale, altro)
- q Come viene facilitato l'accesso ai servizi? (menù dropdown: gratuità/agevolazioni, accompagnamento dedicato, flessibilità orari/modalità, trasporto sociale, supporti materiali, sportello orientamento, mediazione servizi)
- q Come vengono raggiunte le famiglie? (menù dropdown: outreach territoriale, collaborazione scuole, rete servizi sociali, partnership associazioni, mediatori di comunità)
- q Quali supporti vengono attivati? (menù dropdown: sostegno educativo, supporto scolastico, attività extrascolastiche, orientamento risorse, progetti personalizzati, supporto alla genitorialità, mediazione territoriale, accompagnamento servizi)

6.6. Quali barriere di accesso ai servizi sono state identificate? (possibile selezione multipla)

Servizi sanitari

- q Barriere linguistiche e culturali
- q Liste d'attesa/tempi di accesso
- q Carenza di strumenti diagnostici culturalmente sensibili
- q Stigma sociale/culturale/religioso
- q Difficoltà economiche
- q Discontinuità nella presa in carico
- q Distanza geografica/territoriale
- q Carenza informativa sui servizi disponibili
- q Complessità nel coinvolgimento familiare
- q Criticità nell'intercettare situazioni a rischio
- q Isolamento sociale
- q Difficoltà di accesso per status giuridico

Servizi Sociali e Tutela Minori

- q Barriere linguistiche e culturali
- q Liste d'attesa/tempi di accesso
- q Complessità burocratiche per famiglie migranti
- q Problematiche socio-economiche
- q Resistenze/diffidenza verso le istituzioni
- q Carenza di reti di supporto
- q Discontinuità nella presenza territoriale
- q Complessità amministrative per status giuridico
- q Distanza geografica/territoriale
- q Carenza informativa sui servizi

Servizi scolastici

- q Barriere linguistiche e culturali

- q Liste d'attesa/tempi di accesso
- q Discriminazione/esclusione nel gruppo dei pari
- q Complessità nel riconoscimento del disagio
- q Difficoltà nel coinvolgimento familiare
- q Problematiche socio-economiche
- q Scarso raccordo con servizi territoriali
- q Carenza informativa sui servizi disponibili

6.7. Quali azioni sono state implementate per ridurre le barriere di accesso ai servizi? (possibile selezione multipla)

- q Presenza di mediazione linguistica e culturale
- q Materiale informativo multilingue
- q Facilitazione amministrativa
- q Aperture straordinarie/flessibilità negli orari dei servizi
- q Servizi di prossimità/unità mobili
- q Sportelli unici/punti di accesso integrati
- q Equipe multidisciplinari integrate
- q Case management condiviso
- q Protocolli operativi tra servizi
- q Strumenti di valutazione culturalmente adattati
- q Percorsi dedicati
- q Formazione operatori
- q Programmi di *parent training* culturalmente sensibili
- q Monitoraggio dei bisogni emergenti
- q Altro (specificare): _____

7. Monitoraggio e valutazione degli interventi

7.1. Esistono sistemi di rilevazioni della soddisfazione dei servizi? (si/no)

- Se sì, specificare:

- Modalità di rilevazione: _____
- Frequenza: _____
- Chi viene coinvolto: Utenti Familiari Operatori Altri stakeholder (specificare)
- Come vengono utilizzati nel miglioramento del servizio: _____

7.2. Esistono forme di valutazione partecipata? (si/no)

- Se sì, descrivere:

- Metodologie utilizzate:
- Chi partecipa al processo valutativo: Utenti Familiari Operatori Altri stakeholder (specificare): _____
- Fasi della valutazione partecipata:
 - q Definizione degli indicatori
 - q Raccolta dati
 - q Analisi dei risultati
 - q Definizione azioni di miglioramento
 - q Implementazione dei cambiamenti

7.4. Quali indicatori vengono utilizzati per il monitoraggio degli interventi?

- q Indicatori di processo
- q Indicatori di risultato
- q Indicatori di impatto
- q Indicatori di sostenibilità
- q Altro (specificare): _____

8 Sezione: Sfide e opportunità dell'integrazione inter-settoriale

8.1. Identificare le principali difficoltà nella collaborazione tra servizi nella sua regione:

A livello di governance:

- Mancanza di linee guida regionali integrate
- Disomogeneità territoriale dei servizi
- Carenza di coordinamento inter-istituzionale
- Frammentazione dei finanziamenti sanitari/sociali
- Altro (specificare): _____

A livello organizzativo:

- Assenza di modelli organizzativi condivisi
- Mancata definizione di percorsi integrati
- Disomogeneità nelle procedure tra territori
- Scarso raccordo tra programmazione sanitaria, sociale ed educativa
- Carenza di tavoli di coordinamento regionali
- Altro (specificare): _____

A livello operativo:

- Assenza di protocolli operativi regionali
- Mancanza di sistemi informativi integrati
- Difficoltà nel monitoraggio regionale degli interventi
- Disomogeneità negli strumenti di valutazione
- Carenza di équipe multi-professionali strutturate
- Altro (specificare): _____

A livello professionale:

- Assenza di programmi formativi regionali congiunti
- Mancanza di linguaggi professionali condivisi
- Scarso investimento sulle competenze di rete
- Carenza di competenze psicosociali
- Mancanza di supervisione inter-servizi
- Scarso confronto su pratiche e modelli
- Altro (specificare): _____

8.2. Identificare le principali barriere all'integrazione tra servizi:

Barriere organizzative e strutturali

- Vincoli normativi e amministrativi
- Differenti assetti organizzativi
- Frammentazione delle competenze
- Rigidità dei mandati istituzionali
- Assenza di tavoli di coordinamento permanenti
- Mancanza di protocolli interistituzionali
- Altro (specificare): _____

Barriere operative

- Risorse umane ed economiche insufficienti
- Sovraccarico degli operatori
- Difficoltà nel coordinamento
- Carenza di strumenti operativi condivisi
- Assenze di figure di raccordo

- q Limiti nei sistemi informativi condivisi
- q Altro (specificare): _____

Barriere culturali:

- q Resistenze al cambiamento organizzativo
- q Differenti culture organizzative e professionali
- q Scarsa conoscenza reciproca tra servizi
- q Mancanza di una visione comune
- q Linguaggi professionali diversi
- q Scarsa abitudine al lavoro di rete
- q Altro (specificare): _____

8.3. Indicare gli elementi che favoriscono l'integrazione tra servizi:

Governance:

- q Tavoli di coordinamento territoriale
- q Programmazione integrata degli interventi
- q Monitoraggio congiunto dei percorsi
- q Valutazione partecipata dei risultati
- q Altro (specificare): _____

Strumenti operativi:

- q Protocolli/accordi strutturati di collaborazione
- q Procedure condivise di invio/segnalazione
- q Piattaforme digitali/sistemi informativi comuni
- q Documenti/modulistica standardizzata
- q Altro (specificare): _____

Modalità di lavoro integrato:

- q Équipe multiprofessionali stabili
- q Incontri periodici di coordinamento
- q Case management condiviso
- q Progetti personalizzati integrati
- q Valutazioni multidimensionali congiunte
- q Tavoli di co-progettazione con utenti/famiglie
- q Gruppi di lavoro tematici per area di intervento
- q Momenti strutturati di verifica con gli utenti
- q Altro (specificare): _____

Sviluppo delle competenze professionali:

- q Formazione congiunta degli operatori
- q Supervisione multi-professionale
- q Scambio di buone pratiche
- q Costruzione di linguaggi comuni
- q Sviluppo di competenze di rete
- q Altro (specificare): _____

9. Sezione: Ulteriori osservazioni / NOTE – Distretti da segnalare

9.1. Buone Pratiche da segnalare:

Ci sono dei distretti nella vostra regione che vorreste segnalare per buone pratiche in materia di integrazione dei servizi di supporto alla salute mentale per adolescenti?

9.2 Distretti per la successiva fase di sperimentazione:

Le pratiche e raccomandazioni individuate saranno testate in tre distretti di tre regioni diverse, tramite il coinvolgimento delle autorità pubbliche locali competenti (Distretto Socio-Sanitario locale, Distretto Sociale locale e Uffici Scolastici Territoriali. Nei tre distretti saranno organizzati dei workshop di avvio per raccogliere informazioni sul contesto interno ed esterno e verrà sviluppato un piano di attuazione, discusso e convalidato con gli stakeholder regionali.

Ci sono dei distretti della vostra regione che vorreste segnalare per la fase di sperimentazione?

9.3 Nel caso in cui abbiate ulteriori commenti o osservazioni da condividere, vi chiediamo di farlo di seguito:

Grazie per il tempo dedicato a completare questo questionario

¶ Il presente questionario è stato formulato riadattando l'European CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Care Service) Mapping Questionnaire per il contesto italiano. In particolare sono stati utilizzati i seguenti riferimenti:

- Signorini, G., Singh, S. P., Boricevic-Marsanic, V., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., ... & De Girolamo, G. (2017). Architettura e funzionamento dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza: un'indagine in 28 paesi in Europa. *La psichiatria di Lancet*, 4(9), 715-724.
- Kilicel, D., De Crescenzo, F., Barbe, R., Edan, A., Curtis, L., Singh, S., ... & Armando, M. (2022). Mappatura dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza e l'interfaccia durante il passaggio ai servizi per adulti in sei cantoni svizzeri. *Frontiere in psichiatria*, 13, 814147.

¶ La salute mentale è uno stato di benessere mentale che permette alle persone di far fronte alle situazioni di stress della vita, realizzare le proprie capacità, apprendere e lavorare in modo efficace, e contribuire alla propria comunità. È una componente integrante della salute e del benessere che sostiene le nostre capacità individuali e collettive di prendere decisioni, costruire relazioni e plasmare il mondo in cui viviamo. La salute mentale è un diritto umano fondamentale. Ed è cruciale per lo sviluppo personale, comunitario e socio-economico." Fonte: WHO. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization.

¶ Il benessere descrive uno stato positivo in cui una persona sta bene e si sviluppa appieno. Nei bambini e negli adolescenti, esso risulta dall'interazione di aspetti fisici, psicologici, cognitivi, emotivi, sociali e spirituali che influenzano la capacità di un bambino e di un adolescente di crescere, imparare, socializzare e svilupparsi al loro pieno potenziale.

L'UNICEF promuove e tutela l'interconnessione tra salute mentale e benessere psicosociale, adottando la definizione di MHPSS nelle linee guida dell'Inter-Agency Standing Committee (IASC) sul supporto psicosociale e salute mentale. Per approfondimenti:

<https://www.unicef.org/media/73726/file/UNICEF-MH-and-PS-Technical-Note-2019.pdf.pdf>

¶ Per gli interventi di benessere psicosociale, ci si riferisce a servizi come: consultori familiari, servizi educativi territoriali, centri di aggregazione giovanile, progetti nelle scuole, servizi sociali comunali, programmi di prevenzione del disagio, ETC...

Allegato 7 – Le schede Regionali

ABRUZZO	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Abruzzo è regolata dal Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, che promuove il benessere mentale nei giovani attraverso il potenziamento dei fattori di protezione e lo sviluppo di comportamenti sani. Il piano si concentra sulla promozione delle life skills e dell'empowerment tra la popolazione giovanile (Fonte: Regione Abruzzo, "Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018"). Nel 2014, la Regione ha recepito il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale", mirato a migliorare i servizi di salute mentale attraverso strategie integrate e interventi specifici.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I finanziamenti per la salute mentale dei bambini e degli adolescenti provengono dal Fondo Sanitario Regionale, dal Piano Nazionale della Prevenzione e da fondi strutturali europei. Il Piano Sociale Regionale 2022-2024 stabilisce linee guida per l'integrazione sociosanitaria, garantendo fondi dedicati alla salute mentale dei minori.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Regione Abruzzo offre servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), consulti familiari, Centri di Salute Mentale e sportelli di ascolto scolastici. Gli interventi si concentrano sulla diagnosi precoce e sulla presa in carico terapeutica per bambini e adolescenti con disturbi psichici e neuropsichiatrici.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Le equipes multidisciplinari coinvolgono neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali e terapisti della riabilitazione. La formazione degli operatori è garantita attraverso programmi regionali e la collaborazione con le Università.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	La Regione ha istituito la Consulta Regionale per la Salute Mentale nel 2021, un organismo consultivo che coinvolge associazioni rappresentative per supportare la programmazione e l'implementazione di politiche sulla salute mentale, incluse quelle per i giovani.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Sono previsti interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza. Le azioni includono supporto psicosociale, accesso facilitato ai servizi e interventi educativi mirati.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Il monitoraggio avviene tramite raccolta dati, questionari di soddisfazione e valutazioni annuali delle prestazioni erogate. Sono previsti indicatori per misurare l'efficacia degli interventi e il numero di minori presi in carico nei diversi servizi.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	Le principali sfide includono la carenza di risorse umane, la necessità di potenziare la rete territoriale e la gestione delle liste d'attesa. Le opportunità riguardano l'implementazione della telemedicina, la formazione continua degli operatori e il miglioramento della collaborazione tra sanità e servizi educativi.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Regione Abruzzo sta sviluppando nuovi progetti per migliorare la salute mentale dei giovani, con particolare attenzione alla prevenzione scolastica, alla digitalizzazione dei servizi e alla creazione di centri specializzati per la riabilitazione psicosociale.
FONTI	• Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018. • Recepimento del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale. • Linee Guida per l'Integrazione Sociosanitaria nel Piano Sociale Regionale 2022-2024. • "Istituzione della Consulta Regionale per la Salute Mentale"

Tavolo 1 –Abruzzo

VALLE D'AOSTA	
GOVERNANCE E POLITICHE	La Valle d'Aosta si avvale di diversi piani d'azione per fornire servizi di supporto alla salute mentale e psicosociale, il più importante dei quali è il Piano benessere sociale e sanitario Valle d'Aosta 2022-2025. Inoltre, la governance regionale prevede un piano d'azione per il ricovero degli adolescenti, un progetto di prevenzione del suicidio (in collaborazione con l'Università della Valle d'Aosta) e un progetto di prevenzione del binge-drinking (in collaborazione con la Regione Veneto) volto a identificare un codice di pronto soccorso che attivi un protocollo di intervento con il team del Servizio per le Dipendenze (SERD).
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I servizi di supporto alla salute mentale e psicosociale sono finanziati principalmente dal fondo sanitario regionale e dai fondi ministeriali (DPCM 2017 LEA), che rappresentano una quota significativa del finanziamento. Inoltre, questi fondi sono integrati da sussidi familiari e altre misure di supporto.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La regione serve circa 20.000 minori, offrendo servizi per l'integrazione scolastica, centri diurni per servizi socio-sanitari e centri psicosociali dedicati alle problematiche dell'età evolutiva.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Ogni intervento si traduce in un piano di vita personalizzato, elaborato da team multidisciplinari che includono neuropsichiatri infantili, psicologi, altri professionisti sanitari, assistenti sociali ed educatori.
COLLABORAZIONE E INTER-SETTORIALE	La Valle d'Aosta coordina progetti di collaborazione e comunicazione con le scuole. Inoltre, vengono organizzati vari incontri interistituzionali per fornire linee guida e direttive. Esiste un'interazione costante con le autorità sanitarie, il dipartimento politiche sanitarie/sociali, il dipartimento istruzione/lavoro e le forze dell'ordine. Sono coinvolti anche gruppi e reti interregionali.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Particolare attenzione è rivolta ai giovani con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) o affetti da disturbi alimentari e dipendenze. Sono considerate anche le famiglie con background migratorio, sebbene la popolazione target sia relativamente ridotta.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Ogni piano di vita personalizzato include una valutazione generale, con follow-up annuali e trimestrali. Le valutazioni sono sia quantitative che qualitative, utilizzando vari indicatori che tengono conto anche della Qualità della Vita (Quality of Life – QoL).
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	Le principali barriere all'integrazione sono di natura culturale, la tendenza alla medicalizzazione dei percorsi di sviluppo e la presenza locale al di là dell'intervento clinico.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	<p>Progetto “Giovani, Processi, Scelte” (GPS) Il progetto mira a documentare e promuovere gli eventi culturali estivi di Aosta e le iniziative legate all'anniversario della città. Allo stesso tempo, offre ai giovani in servizio civile l'opportunità di acquisire esperienza pratica nel campo della comunicazione e dell'organizzazione di eventi all'interno di un'istituzione pubblica. Partecipando a conferenze stampa, incontri pubblici e attività di gestione dei social media, i giovani contribuiranno attivamente alla diffusione delle informazioni e all'organizzazione di eventi per i cittadini e i turisti di Aosta. Inoltre, avranno l'opportunità di apprendere strategie chiave di comunicazione pubblica, consentendo all'istituzione di adottare una comunicazione più smart.</p> <p>Progetto “Work in Progress” (WIP) Il progetto è finalizzato alla prevenzione del disagio e al supporto della salute mentale durante l'adolescenza, coinvolgendo giovani tra i 12 e i 17 anni seguiti dai servizi sanitari per segnali e sintomi di disagio psicologico. L'intervento sarà realizzato attraverso due strategie principali:</p>

	<p>- Azione diretta sui giovani, che accederanno al servizio su segnalazione del dipartimento di neuropsichiatria infantile, con attività di gruppo psicoedutative, supporto psicologico e assistenza allo studio.</p> <p>- Azione indiretta, in collaborazione con le scuole, mirata alla prevenzione, identificazione e supporto dei soggetti a rischio. Questa parte del progetto prevede un percorso di formazione e consulenza sui casi, fornito da due psicologi e psicoterapeuti coinvolti nel progetto.</p> <p>Progetto “Younle”</p> <p>Coordinato dal SERD in collaborazione con l'associazione no-profit EssereUmani, il nome Youngle nasce dalla fusione di Young (giovane) e Jungle (giungla), evocando la complessità emotiva, relazionale e identitaria che caratterizza l'adolescenza. Il progetto offre uno spazio sicuro e anonimo dove i giovani possono confrontarsi su tematiche delicate come affettività, relazioni, stili di vita e problemi di salute mentale con i propri coetanei. Gli interventi vengono realizzati attraverso i social media e una strategia basata sulle life skills e sulla peer education. Tramite un'app dedicata, gli adolescenti possono chattare in anonimato con peer educator, giovani formati e supportati da uno psicologo e da un educatore specializzato nel settore.</p>
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> Piano regionale per la salute e il benessere sociale in Valle d'Aosta 2022/2025 approvato con Deliberazione del Consiglio regionale n.2604/XVI/2023.

Tavolo 2 - Valle d'Aosta

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	
GOVERNANCE E POLITICHE	<p>L'erogazione dei servizi nella Provincia Autonoma di Bolzano è regolata da normative nazionali e provinciali che includono specifiche azioni rivolte ai minori sotto i 18 anni. Le azioni previste comprendono prevenzione della violenza, diagnosi precoce, presa in carico terapeutica, supporto psicosociale e raccordo con i servizi educativi e scolastici. Il quadro normativo include la Delibera sulla rete terapeutico-assistenziale per i malati psichici (psichiatria adulti 1996, integrata dalla Delibera 169/2015, che recepisce principi e linee guida nell'ambito salute mentale), il Piano sanitario provinciale, la Delibera del 2007 sulla rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, e la Delibera sugli ambulatori specialistici per la salute psicosociale in età evolutiva e infantile.</p> <p>Sono attivi diversi tavoli di coordinamento, tra cui il Tavolo Scuola-Sanità, che promuove interventi di prevenzione e promozione della salute, e il Gruppo strategico ASD (Autism Spectrum Disorder), che coinvolge vari attori per la valutazione e il miglioramento dei servizi dedicati ai bambini e adolescenti con disturbo dello spettro autistico.</p>
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	<p>Nel 2024, il Fondo Sanitario Regionale ha stanziato per il privato convenzionato (non ancora disponibile il dato relativo ai servizi pubblici, come ad es. i servizi psicologici e il servizio aziendale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva):</p> <ul style="list-style-type: none"> 3,23 milioni di euro per strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per minori 1,7 milioni di euro per strutture residenziali e semiresidenziali dedicate ai disturbi del comportamento alimentare 3,13 milioni di euro per l'ambito dell'autismo (ambulatori privati convenzionati) 820.000 euro per psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva (ambulatorio privato convenzionato) 655.000 euro per disturbi psicosomatici e disturbi del comportamento alimentare (ambulatorio privato convenzionato) 1,34 milioni di euro per prevenzione e promozione della salute <p>Dal Fondo Sociale, 604.484 euro sono stati stanziati per figure sociali operanti negli ambulatori specialistici.</p> <p>Nel 2024, è stato stanziato per interventi di promozione del benessere psicosociale: Dal Fondo sanitario, 4,45 milioni di euro per i consultori familiari privati convenzionati Dal Fondo sociale, 1,77 milioni di euro per aiuti precoci, streetwork, progetti individualizzati, assistenza pomeridiana, supporto educativo, sviluppo comunità</p> <p>Esistono fondi specifici, tra cui quelli destinati al supporto dell'autismo (D.M. 24/01/2023 e 06/02/2023), il Progetto SchoolHelp finanziato dal DL 73/2021 e il Progetto P.I.P.P.I. finanziato con il PNRR.</p>

SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	<p>Nel 2024, circa 3.300 pazienti presi in carico dal Servizio di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva (1.500 sotto i 12 anni e 1.800 sopra i 12 anni).</p> <p>La Provincia Autonoma di Bolzano offre una varietà di servizi per la fascia 10-19 anni, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con accoglienza diagnostica, interventi riabilitativi e supporto familiare. • Consultori familiari, con spazi giovani e équipe multidisciplinari. • Rete antiviolenza, con centri di supporto per vittime di violenza e strutture LGBTQ+. • Programmi per autori di reato minorenni, in collaborazione con il Servizio Giustizia Riparativa. • Psicologia scolastica, con sportelli di ascolto, supporto alla genitorialità e formazione per docenti. • Dipendenze, con servizi dedicati giovani, équipe specializzate ed interventi di prevenzione. Nel 2022 è stato introdotto un extra-LEA per il trattamento del gaming disorder, gestito dall'associazione Hands Onlus per giovani con dipendenza da videogiochi, accessibile tramite invio da famiglie, servizi sociali, giustizia minorile, centri di salute mentale, medici di base o scuole.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	<p>L'accesso ai servizi è garantito da un'ampia gamma di professionisti, tra cui neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi, pediatri, infermieri specializzati, terapisti della neuropsicomotricità, logopedisti, educatori professionali e assistenti sociali. Sono inoltre coinvolti pedagogisti e operatori di comunità.</p>
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	<p>I servizi di supporto alla salute mentale lavorano in sinergia con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scuole, attraverso incontri regolari, progetti educativi personalizzati e protocolli di collaborazione. • Servizi sociali, con incontri di coordinamento e progetti specifici per minori vulnerabili. • Terzo settore, con strutture residenziali e semiresidenziali gestite da associazioni private convenzionate. <p>Esistono protocolli di raccordo tra i servizi di Neuropsichiatria Infantile e quelli per adulti, con incontri di coordinamento e piani di transizione personalizzati.</p>
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	<p>La Provincia ha attivato interventi specifici per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minori migranti, con mediazione culturale e unità mobili. • Minori con disabilità, attraverso il Sostegno Familiare e l'Intervento Pedagogico Precoce (anche a domicilio), progetti di assistenza pomeridiana continuativa per il gruppo target di bambini e adolescenti con disturbo della spettro autistico. • Minori LGBTQIA+, con servizi di ascolto e supporto psicologico. • Minori in contesti socio-economici svantaggiati, con attività educative, sostegno alla genitorialità e orientamento ai servizi.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	<p>Ogni intervento viene valutato globalmente, sebbene non esistano indicatori specifici. Le strutture accreditate hanno l'obbligo di rilevare la soddisfazione degli utenti attraverso questionari almeno annuali. L'Azienda Sanitaria dispone inoltre di un servizio di raccolta reclami e suggerimenti.</p>
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER- SETTORIALE	<p>Le principali sfide nella collaborazione tra servizi includono la frammentazione dei finanziamenti, la carenza di coordinamento tra sanità, sociale ed educativo e l'assenza di protocolli operativi regionali.</p> <p>Tra le opportunità di miglioramento emergono la creazione di tavoli di coordinamento territoriali, l'adozione di sistemi informativi condivisi e la promozione di buone pratiche di supervisione multiprofessionale.</p>
PROGETTI DEGNI DI NOTA	<p>La Provincia Autonoma di Bolzano garantisce Pronto Soccorso Psichiatrico Infantile H24, con un reparto per acuti presso l'Ospedale di Merano (per minori dai 12 anni).</p> <p>- Un'innovazione importante è stata l'introduzione di un servizio sanitario dedicato al Gaming Disorder, il servizio YOUNG-HANDS riconosciuto ufficialmente nel 2022 come prestazione di assistenza aggiuntiva (extra-LEA), che in collaborazione con l'Azienda Sanitaria offre supporto ai giovani con dipendenza da videogiochi.</p>

	<p>- Per la fase di sperimentazione di nuovi modelli di integrazione inter-settoriale, viene segnalata la zona di Merano, grazie alla presenza di un reparto specializzato in psichiatria evolutiva e un ambulatorio per la salute psicosociale dell'età evolutiva.</p>
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> •Delibera sulla rete terapeutico-assistenziale per i malati psichici (psichiatria adulti 1996, integrata dalla Delibera 169/2015, che recepisce principi e linee guida nell'ambito salute mentale), •il Piano sanitario provinciale, •Delibera del 2007 sulla rete di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva, •Delibera sugli ambulatori specialistici per la salute psicosociale in età evolutiva e infantile.

Tavolo 3 Provincia Autonoma di Bolzano

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Provincia Autonoma di Trento è regolata da una serie di normative provinciali, tra cui la Legge Provinciale n. 16/2010 sulla tutela della salute e la Deliberazione della Giunta Provinciale n. 432/2016 sul "Piano della Fragilità dell'età evolutiva". Esistono tavoli di coordinamento per la promozione del benessere psicosociale, tra cui il Tavolo provinciale Adolescenze Complesse e due sotto-tavoli operativi dedicati alla prevenzione e ai modelli di presa in carico.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I finanziamenti provengono dal Fondo Sanitario Provinciale, dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e da programmi europei, come il progetto C.O.P.E. per l'inclusione sociale dei giovani NEET. Sono previsti fondi specifici per la salute mentale dei minori vulnerabili e risorse per il potenziamento dell'assistenza psicosociale nelle scuole.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Provincia Autonoma di Trento offre servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI), con un Servizio Multidisciplinare Adolescenze Complesse (SMAC) per una valutazione e intervento tempestivo nelle situazioni più critiche, consulti familiari, Centri di Salute Mentale e programmi scolastici di prevenzione. Sono disponibili strutture residenziali per minori con disturbi psichici, oltre a progetti per il contrasto dei disturbi alimentari e dell'esclusione sociale.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Nei servizi operano neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e logopedisti. Sono attivi case manager per il coordinamento dei percorsi di cura e mediatori culturali per il supporto ai minori con background migratorio.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Sono attivi protocolli di collaborazione tra sanità, scuola e servizi sociali. Le scuole implementano programmi di prevenzione e supporto Linee guida "Una scuola che si prende cura" approvate con deliberazione della G.P. n. 840/2023, e l'introduzione della figura del Facilitatore del Benessere Emotivo e Relazionale (FaBER). Il progetto Ben.enessereadolescenti promosso dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari ha rafforzato i consulti per promuovere il benessere psicologico tra i giovani.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Sono previsti interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza. Le azioni includono sportelli di ascolto, programmi di mediazione culturale e percorsi di autonomia per i care leavers.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Il monitoraggio si basa su questionari di soddisfazione, focus group e analisi dei dati raccolti dai servizi. Gli indicatori misurano l'accesso ai servizi, la qualità delle prestazioni e l'efficacia dei percorsi di cura.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Le principali sfide riguardano la necessità di migliorare il coordinamento tra i servizi e la gestione delle risorse. Le opportunità includono lo sviluppo di equipe multidisciplinari, la digitalizzazione dei servizi e l'estensione dei programmi di prevenzione e supporto psicosociale nelle scuole.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Provincia Autonoma di Trento sta sviluppando nuovi progetti per il rafforzamento della salute mentale nei giovani, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> - Il Centro Crisi Adolescenti - servizio ospedaliero per ricoveri di breve durata, finalizzati alla stabilizzazione clinica del paziente, una diagnosi multidisciplinare e indicazioni di cura. - servizi di educativa di strada - attraverso attività educative e di supporto, con l'intento di favorire l'integrazione sociale, prevenire il disagio e migliorare il benessere collettivo. - Percorsi di "abitare accompagnato minori" - supporto all'autonomia abitativa per i giovani in uscita dalle strutture residenziali.
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> • Documento "Salute mentale e benessere psico-sociale di bambini e adolescenti vulnerabili".

Tavolo 4 Provincia Autonoma di Trento

BASILICATA	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Basilicata è regolata da piani specifici che includono azioni per la salute mentale di bambini e adolescenti fino ai 18 anni e giovani adulti fino ai 24 anni. Sono previsti servizi integrati di salute mentale, programmi educativi e di prevenzione nelle scuole, supporto alle famiglie e formazione per operatori sanitari e scolastici. Esistono tavoli di coordinamento intersettoriali che coinvolgono sanità, istruzione e servizi sociali.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	Le risorse finanziarie provengono da fondi nazionali e regionali, tra cui il Piano Nazionale della Prevenzione e i Fondi Strutturali Europei. Sono disponibili finanziamenti specifici per minori vulnerabili, tra cui il Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) e fondi per minori con disabilità psichiche. Sono inoltre previsti finanziamenti per attività di prevenzione psicosociale nelle scuole.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Regione Basilicata offre servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), consultori familiari, Centri di Salute Mentale e programmi scolastici di prevenzione. Questi servizi includono diagnosi e trattamento di disturbi psichici, supporto scolastico e integrazione sociale. Sono inoltre presenti sportelli di ascolto nelle scuole e programmi di sensibilizzazione su bullismo e dipendenze.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Il servizi coinvolgono neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori professionali, terapisti della neuropsicomotricità, logopedisti e infermieri specializzati. Le equipe multidisciplinari operano nei Centri di Salute Mentale e nei consultori familiari.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Esistono protocolli di collaborazione tra sanità, scuola e servizi sociali. I programmi di prevenzione sono implementati nelle scuole con il coinvolgimento di insegnanti e famiglie. Accordi formali tra Dipartimenti di Salute Mentale e istituzioni educative facilitano la presa in carico precoce di minori a rischio.

FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Sono attivi interventi specifici per minori stranieri non accompagnati (MSNA), minori LGBTQIA+, bambini con disabilità psichiche e fisiche e vittime di violenza o abuso. Questi interventi includono supporto psicologico, accoglienza in strutture dedicate, mediazione culturale e programmi di inclusione scolastica e sociale.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Esistono indicatori per monitorare l'accesso e la qualità dei servizi. Vengono raccolti dati sulle prestazioni erogate, il livello di soddisfazione degli utenti e il numero di minori seguiti nei programmi di prevenzione. Report annuali forniscono informazioni sui risultati degli interventi.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Le principali difficoltà riguardano la frammentazione dei servizi e la mancanza di protocolli operativi condivisi. Tra le opportunità si evidenziano il rafforzamento del coordinamento tra i servizi, il miglioramento della formazione per gli operatori e l'espansione dei programmi di prevenzione nelle scuole.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Regione Basilicata sta sviluppando nuovi progetti per migliorare l'accesso ai servizi e potenziare il supporto ai minori vulnerabili. Sono previsti investimenti nella formazione degli operatori e l'attivazione di sportelli psicologici permanenti nelle scuole secondarie.
FONTI	• Piano regionale socio-sanitario 2018-2020.

Tavolo 5 Basilicata

CALABRIA	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Calabria è regolata dal Piano di Azione Regionale per la Salute Mentale (PARSM) 2022-2025, approvato con il Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n. 18 del 24 gennaio 2025. Il piano mira a riorganizzare e potenziare i servizi di salute mentale, garantendo accessibilità, continuità, integrazione e personalizzazione delle cure per bambini, adolescenti e giovani adulti. Esso è frutto della collaborazione tra istituzioni pubbliche, soggetti privati accreditati ed enti del Terzo Settore (Fonte: Ordine degli Psicologi della Calabria, "Approvato Piano Regionale Salute Mentale 2022-2025").
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I finanziamenti per la salute mentale in Calabria provengono da risorse regionali, fondi nazionali e programmi europei. Il PARM 2022-2025 prevede stanziamenti specifici per i minori con disturbi psichici, mentre il Coordinamento Regionale per la Salute Mentale, istituito con il DCA n. 91 del 22 marzo 2023, ha il compito di ridefinire la rete socio-assistenziale e proporre strategie di finanziamento adeguate (Fonte: Avvenire di Calabria, "Salute mentale in Calabria: istituito il Coordinamento Regionale").
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Regione Calabria offre servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), consulti familiari, Centri di Salute Mentale e sportelli di ascolto nelle scuole. Gli interventi si concentrano sulla diagnosi precoce e sulla presa in carico terapeutica per bambini e adolescenti con disturbi psichici e neuropsichiatrici, in linea con le Linee d'Indirizzo regionali sui Disturbi Neuropsichiatrici dell'Infanzia e dell'Adolescenza recepite nel 2022 (Fonte: Comunità Progetto Sud, "Salute mentale: ritardi da colmare in Calabria").
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Le equipe multidisciplinari coinvolgono neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori professionali e terapisti della riabilitazione psichiatrica. La formazione degli operatori è garantita attraverso collaborazioni con la Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università Magna Graecia di Catanzaro (Fonte: Avvenire di Calabria, "Salute mentale in Calabria: istituito il Coordinamento Regionale").
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	La Regione ha attivato collaborazioni tra servizi sanitari, scolastici e sociali. Il Coordinamento Regionale per la Salute Mentale facilita la comunicazione tra Dipartimenti di Salute Mentale, servizi educativi e istituzioni pubbliche, promuovendo un'integrazione efficace tra le diverse competenze e professionalità (Fonte: Ordine degli Psicologi della Calabria, "Approvato Piano Regionale Salute Mentale 2022-2025").

FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Sono previsti interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza. Le azioni includono supporto psicosociale, accesso facilitato ai servizi e interventi educativi mirati. Il Coordinamento Regionale ha inoltre il compito di analizzare le esigenze delle categorie vulnerabili e proporre misure adeguate (Fonte: Avvenire di Calabria, "Salute mentale in Calabria: istituito il Coordinamento Regionale").
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Il monitoraggio avviene tramite raccolta dati, questionari di soddisfazione e valutazioni annuali delle prestazioni erogate. Sono previsti indicatori per misurare l'efficacia degli interventi e il numero di minori presi in carico nei diversi servizi (Fonte: Comunità Progetto Sud, "Salute mentale: ritardi da colmare in Calabria").
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Le principali sfide includono la carenza di risorse umane, la necessità di potenziare la rete territoriale e la gestione delle liste d'attesa. Le opportunità riguardano l'implementazione della telemedicina, la formazione continua degli operatori e il miglioramento della collaborazione tra sanità e servizi educativi (Fonte: Ordine degli Psicologi della Calabria, "Approvato Piano Regionale Salute Mentale 2022-2025").
PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Regione Calabria sta sviluppando nuovi progetti per rafforzare la salute mentale nei giovani, con particolare attenzione alla prevenzione scolastica, alla digitalizzazione dei servizi e alla creazione di centri specializzati per la riabilitazione psicosociale (Fonte: Avvenire di Calabria, "Salute mentale in Calabria: istituito il Coordinamento Regionale").
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> Piano di Azione Regionale per la Salute Mentale (PARSM) 2022-2025 approvato con il DCA n. 18 del 24 gennaio 2025. Istituzione del Coordinamento Regionale per la Salute Mentale con il DCA n. 91 del 22 marzo 2023. Linee d'Indirizzo nazionali sui Disturbi Neuropsichiatrici dell'Infanzia e dell'Adolescenza recepite nel 2022.

Tavolo 6 Calabria

CAMPANIA	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Campania è regolata dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 134 del 26 ottobre 2022, che istituisce il Tavolo Tecnico Regionale per la Salute Mentale. Questo organismo ha il compito di coordinare le progettualità innovative e sperimentali, integrando i servizi esistenti e migliorando la presa in carico dei minori con disturbi psichici, favorendo una sinergia tra la rete della salute mentale per adulti e quella per bambini e adolescenti.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	La Regione Campania finanzia il potenziamento dei servizi di salute mentale attraverso risorse nazionali e regionali, incluse quelle previste dalla Delibera della Giunta Regionale n. 352 del 7 luglio 2022. Questa delibera prevede investimenti specifici per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale, con un focus su interventi per bambini, adolescenti e giovani adulti. Inoltre, sono stati stanziati fondi per il sostegno psicologico all'infanzia e all'adolescenza, destinati a minori tra i 3 e i 18 anni con disagi psichici e comportamentali (cfr Interventi di sostegno psicologico per l'infanzia e l'adolescenza, Annualità 2023).
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Regione offre una rete di servizi territoriali, tra cui Dipartimenti di Salute Mentale, Centri di Salute Mentale per minori, consulti e programmi scolastici di prevenzione. Gli interventi sono rivolti a bambini, adolescenti e giovani adulti con disturbi psichici, promuovendo attività di sostegno, riabilitazione e inclusione sociale.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Le equipes multidisciplinari coinvolgono neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori professionali e terapisti della riabilitazione psichiatrica. Gli operatori sono formati per garantire una presa in carico integrata e multidimensionale.

COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	La Regione ha attivato collaborazioni tra servizi sanitari, scolastici e sociali per migliorare l'accesso e l'efficacia degli interventi. Il Tavolo Tecnico Regionale facilita il coordinamento tra i diversi attori coinvolti nella presa in carico dei minori con problematiche psicosociali.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Sono previsti interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza. Le azioni comprendono sportelli di ascolto, mediazione culturale, supporto psicologico e programmi di integrazione sociale (cfr Interventi di sostegno psicologico per l'infanzia e l'adolescenza, Annualità 2023).
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Il monitoraggio è garantito attraverso la raccolta di dati, questionari di soddisfazione e report annuali sui servizi erogati. Gli indicatori utilizzati misurano l'efficacia degli interventi e la qualità della presa in carico.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Le principali difficoltà includono la frammentazione dei servizi e la necessità di una maggiore uniformità territoriale nell'accesso alle cure. Le opportunità riguardano il rafforzamento delle equipe multidisciplinari, la digitalizzazione dei servizi e l'incremento della collaborazione tra i settori socio-sanitari ed educativi.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Regione Campania sta sviluppando nuovi progetti per potenziare la salute mentale nei giovani, con particolare attenzione alla prevenzione scolastica, alla telemedicina e alla creazione di centri specializzati per la riabilitazione psicosociale (cfr Interventi di sostegno psicologico per l'infanzia e l'adolescenza, Annualità 2023).
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 134 del 26 ottobre 2022 (AIOP Campania). Delibera della Giunta Regionale n. 352 del 7 luglio 2022 (Welforum) Interventi di sostegno psicologico per l'infanzia e l'adolescenza, Annualità 2023 (FSE Regione Campania).

Tavolo 7 Campania

EMILIA-ROMAGNA	
GOVERNANCE E POLITICHE	I servizi e le attività di promozione del benessere, prevenzione e salute mentale, sono erogati in conformità con il Piano Sociale e Sanitario, che indirizza gli Enti locali e le aziende sanitarie nell'organizzazione del sistema integrato socio-sanitario. La Direzione Generale regionale Cura alla persona, Salute e Welfare integra i servizi sanitari territoriali ed ospedalieri con i servizi sociali ed educativi a livello locale, con l'obiettivo di promuovere il benessere psicosociale, psicoeducativo e la presa in carico. È prevista la definizione di un nuovo piano sociosanitario regionale, finalizzato ad aggiornare quello vigente e migliorare l'integrazione nell'erogazione dei servizi.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	L'erogazione dei servizi è finanziata attraverso fondi regionali (Fondo sanitario nazionale e regionale) integrati da ulteriori risorse nazionali per progetti specifici. Risorse nazionali e regionali sono destinate alle attività e ai servizi sul territorio, che garantiscono una presenza capillare dei centri per le famiglie, Sportelli adolescenza, degli Spazi giovani, dei Centri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	L'Emilia-Romagna rappresenta un riferimento per l'organizzazione integrata del sistema sociale e sanitario. Il "Modello Emilia-Romagna" è un sistema integrato in cui le istituzioni locali collaborano per fornire servizi sanitari, sociali e di integrazione professionale personalizzati sulle esigenze degli utenti. Questo modello, rivolto a bambini e adolescenti fino ai 18 anni, segue un principio di prossimità articolato su 38 distretti sanitari (in cui è presente almeno un centro di neuropsichiatria infantile per distretto, oltre ai Poli di erogazione), 42 centri per le famiglie, servizi educativi, consulti e 47 spazi giovani dedicati ai servizi per adolescenti.

FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Tutti i servizi sono forniti da gruppi multidisciplinari composti da diversi professionisti, garantendo un approccio unitario nella pianificazione e nell'attuazione degli interventi.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Il 1° Piano regionale pluriennale per l'Adolescenza (DAL n. 180/2018), in continuità con il Progetto Adolescenza ha fissato le priorità (dialogo, partecipazione e cura) da realizzare a favore dell'adolescenza in un'ottica multidimensionale e si è configurato come un Patto Educativo tra i principali soggetti che si occupano di adolescenti, in cui la responsabilità sociale degli interventi sia condivisa, faccia crescere capitale sociale comunitario e possa promuovere cittadinanza attiva tra gli adolescenti e tra i soggetti che attuano gli interventi (scuola, sport, sanità, centri per la giustizia minorile).
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Particolare attenzione è dedicata ai gruppi fragili (psicopatologia, disabilità e disturbi dell'apprendimento) di questi recentemente si sono definite delle raccomandazioni sulla prevenzione e sul trattamento del ritiro sociale, fenomeno strettamente legato all'abbandono scolastico. Questi interventi sono inclusi in un piano d'azione sviluppato in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, i servizi di consulenza scolastica e l'Assemblea dei Giovani, istituita presso il Garante Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Tutti i progetti e servizi sono sottoposti a un monitoraggio continuo, valutando sia le spese finanziarie sia la raccolta dati per comprendere le esigenze degli utenti e individuare possibili miglioramenti.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Ad oggi il modello di integrazione socio sanitaria dell'Emilia Romagna, nonostante rappresenti una modalità avanzata, gioverebbe lavorare maggiormente per ridurre la frammentazione istituzionale e professionale delle varie agenzie e istituzioni che si occupano di adolescenza.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	<p>Interventi nei primi 1.000 giorni di vita Nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, il programma prevede una serie di azioni preventive basate su evidenze scientifiche per ridurre i fattori di rischio e rafforzare i fattori protettivi, garantendo a tutti i bambini un inizio di vita ottimale. L'attuazione di queste misure coinvolge professionisti sanitari, socio-sanitari ed educativi, che supportano genitori e caregiver. Il piano prevede la creazione di comitati tecnici regionali e/o gruppi di lavoro multidisciplinari per definire e condividere percorsi e procedure integrate, adattandoli ai contesti locali. Parallelamente, operano anche comitati territoriali, che utilizzano i profili di equità della salute materno-infantile (sviluppati con il Dipartimento di Sanità Pubblica) per identificare diseguaglianze nell'accesso ai servizi e nei risultati sanitari, con l'obiettivo di attuare azioni di miglioramento.</p> <p>Educazione su emozioni, sessualità e relazioni I progetti relativi a queste tematiche di carattere regionale prevedono una formazione degli insegnanti da parte di operatori formati, per implementare interventi educativi adeguati all'età degli studenti. I genitori vengono coinvolti all'inizio e alla fine del progetto, garantendo il coinvolgimento di tutti gli attori chiave. Altri progetti vengono invece svolti direttamente dagli operatori degli Spazi Giovani all'interno delle scuole, centri di aggregazione e/o ambienti extrascolastici.</p> <p>OPEN G Il progetto Open G, promosso dall'Azienda USL di Reggio Emilia, offre supporto psicologico gratuito a giovani dai 14 ai 28 anni che affrontano difficoltà emotive o relazionali, attraverso consulenze individuali e psicoterapia breve. L'innovazione del progetto segue le indicazioni regionali per attivare un punto unico di accesso per la fascia 14-25. Il progetto unisce al suo interno attività psicologiche consultoriali dello Spazio Giovani e del Centro Adolescenza di Salute Mentale in un flusso continuo sul modello dello stepped-care tra le attività educative e sociali ai servizi specifici di salute mentale (NPIA, CSM, SER-DP) a seconda dei bisogni dell'utenza.</p>
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> Piano regionale pluriennale per l'adolescenza 2018-2020. • "I Centri per le famiglie dell'Emilia-Romagna", monitoraggio dati di attività 2023 informafamiglie.it. Offerta assistenziale in Emilia-Romagna e dati 2023. La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in Emilia-Romagna (Giugno 2022).

FRIULI-VENEZIA GIULIA	
GOVERNANCE E POLITICHE	Gli indirizzi e la programmazione del Friuli Venezia Giulia, in materia, sono contenuti nel Piano Salute Mentale per l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta 2018-2020 e nel Piano per la Prevenzione 2021. Altri documenti di governance rilevanti includono la Legge Regionale 2019, comprensiva della Riorganizzazione dei Servizi Socio-Sanitari, la norma del 2022 per la Riorganizzazione dei Servizi per la Disabilità e nel Piano sociale regionale. Si evidenzia un approccio di co-progettazione e governance partecipata e multisettoriale, tra enti locali, ASL, ETS, istituzioni scolastiche, in collaborazione con altri Enti e agenzie, che intervengono sia nella costruzione di programmi e iniziative condivise (interventi precoci, sensibilizzazione, transizione, ecc) sia nella presa in carico personalizzata e integrata in situazioni di elevata complessità.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	Il finanziamento degli interventi per la salute mentale di bambini e adolescenti è garantito da Fondo sanitario nazionale e regionale (Lea ed extraLea) unitamente a risorse provenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) e da fondi specifici per la disabilità e la non autosufficienza. Il Fondo per la Lotta alla Povertà e l'Inclusione Sociale supporta iniziative come il Programma PIPPI per la prevenzione dell'istituzionalizzazione. Sono previsti stanziamenti individuali, fondi dedicati e progetti pilota nelle comunità locali, spesso in collaborazione con il terzo settore. Inoltre, esistono fondi specificamente destinati al SERD, ai servizi socio-sanitari e ulteriori finanziamenti per l'area della disabilità.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	Il Friuli Venezia Giulia offre una vasta gamma di servizi di prevenzione e promozione della salute, nonché un'ampia gamma di servizi rivolti a minori, giovani adulti e famiglie in difficoltà, tra cui interventi socioeducativi, assistenza domiciliare e programmi di supporto alla genitorialità e iniziative volte a promuovere le buone pratiche. Il sistema sanitario regionale comprende 3 Aziende Sanitarie integrate, di cui due universitarie, con 9 presidi ospedalieri, tra cui l' IRCS Burlo Garofolo, materno infantile, tre Dipartimenti dipendenze e salute mentale, 5 SOC di neuropsichiatria. Nel 2022, 10.140 minori sono stati presi in carico dai servizi sociali, con un incremento rispetto all'anno precedente. Particolare attenzione è rivolta ai minori stranieri non accompagnati, che rappresentano il 38,5% dell'utenza minorile.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Le équipe multidisciplinari che operano nei servizi includono assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, psicologi e neuropsichiatri infantili. L'accesso ai servizi avviene attraverso un modello di presa in carico integrata, con un ruolo centrale dei servizi sociali territoriali e delle unità sanitarie.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	La Regione promuove la collaborazione tra servizi sociali, sanitari ed educativi, con progetti specifici per la prevenzione dell'istituzionalizzazione e il supporto alla genitorialità. Le iniziative relative all'area della prevenzione sono coordinate e integrata con l'Ufficio Regionale per l'Istruzione, il Lavoro e la Famiglia. Esistono collaborazioni consolidate con cooperative sociali e altre realtà del terzo settore (cooperative sociali, associazioni di volontariato, enti benefici). Sono significative anche le reti interregionali dedicate alla salute mentale (GISM) e alle dipendenze (GID).
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Particolare attenzione è riservata alle persone con disabilità e ai progetti di intervento per scenari ad alta complessità, come i minori non accompagnati e i casi legati alla giustizia minorile. Nel 2022, 3.004 minori con disabilità certificata sono stati presi in carico, ricevendo supporto educativo e socioassistenziale; 1.507 minori hanno ricevuto interventi di accoglienza e supporto; 223 minori in affido familiare e 451 minori accolti in comunità, con un aumento degli inserimenti fuori regione.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Per ogni servizio e intervento vengono condotte valutazioni continue, spesso adattando gli indicatori di qualità utilizzati per gli adulti ai bambini e agli adolescenti. Il monitoraggio degli interventi è garantito dal sistema informativo regionale, che raccoglie dati sui servizi sociali e sanitari. L'Osservatorio Regionale delle Politiche di Protezione Sociale analizza l'efficacia degli interventi sulla base di indicatori di outcome. Sarebbe opportuno implementare indicatori di qualità più precisi per migliorare la valutazione.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Una delle principali sfide riguarda il rafforzamento dei servizi territoriali e domiciliari per evitare l'istituzionalizzazione dei minori. Opportunità emergono dalla sperimentazione di modelli innovativi di presa in carico e dalla digitalizzazione, che richiederebbe di maggior interoperabilità tra i diversi sistemi in utilizzo, a favorire l'integrazione e per una gestione più efficiente dei dati. Ad eccezione di alcuni progetti specifici di empowerment, vi è una limitata partecipazione attiva di bambini e adolescenti nella definizione dei servizi di supporto mentale e psicosociale offerti nella regione. Inoltre, due delle tre ASL non offrono interventi strutturati all'interno delle unità SERD, rendendo necessaria una maggiore attenzione allo sviluppo di servizi a livello locale.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	<p>La transizione dalla neuropsichiatria infantile alla salute mentale adulti e ai servizi di presa in carico della disabilità rappresenta una fase del percorso a cui si sta dedicando attenzione (protocolli, equipe dedicate, ecc). Altri progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programma PIPPI: interventi preventivi per evitare l'allontanamento dei minori dalle famiglie. - Sperimentazione Care Leavers: accompagnamento all'autonomia per giovani usciti da percorsi di accoglienza. - Housing First: soluzioni abitative per persone in difficoltà, integrando servizi di supporto sociale e lavorativo - Androna Giovani di ASU GI: servizio dipendenze dedicato alla fascia giovanile a bassa soglia improntato alla prevenzione, informazione e presa in carico. - Progetti personalizzati con Budget di Salute in cogestione con il Terzo Settore - Attivazione di Servizi diurni organizzati dalle NPIA attraverso la programmazione di attività collettive in collaborazione con diversi soggetti del Terzo Settore
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> • Piano regionale salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta anni 2018-2020. • Rapporto Sociale Regionale 2022, Regione Friuli Venezia Giulia. • https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/... • https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA11/#id1. • Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 - TESTO VIGENTE dal 14/05/2024, Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006. (L.R n.22/2019 TITOLO II, LIVELLI DI ASSISTENZA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, Capo I, con particolare riferimento agli artt 7,8,9,10). • Legge regionale 14 novembre 2022, n. 16. Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia. • https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/interventi-socio-sanitari/FOGLIA30/. • https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/istruzione-ricerca/studiare/news/134.html. • https://garante-diritti.regionefvg.it/cms/attivita/consigli/consigli-comunali-ragazzi/.

Tavolo 9 Friuli-Venezia Giulia

LAZIO	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nel Lazio è disciplinata principalmente dal Piano regionale per la salute mentale 2022-2024, dal Piano regionale prevenzione 2021-2025 e dal Piano territoriale. Diversi decreti integrano l'offerta, tra cui quelli per il fabbisogno assistenziale dei minori, il Decreto di riordino delle funzioni e delle attività dei consultori familiari, il Piano biennale adolescenti, il Piano prevenzione abusi e il Piano di programmazione territoriale per la salute mentale di bambini e adolescenti.

FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	Il fondo sanitario regionale è la principale fonte di finanziamento dei servizi. Ulteriori finanziamenti includono il Progetto benessere per pazienti oncologici e il Progetto per la salute mentale nei consultori. Esistono anche fondi finalizzati per l'autismo, fondi integrativi per le attività regionali, un fondo dipendenze e un fondo carceri (detenuti, domiciliari e comunità che afferiscono al circuito sanitario).
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITÀ	L'offerta regionale è vasta e include i servizi di NPIA, disabilità e consultori rivolti a giovani dai 13 ai 24 anni e altri con azioni di primo intervento per i giovani adulti. Ci sono inoltre interventi di prevenzione con focus sulla popolazione scolastica, centri diurni terapeutici, residenziali e semi-residenziali. La logica concettuale è quella di seguire il percorso personale lungo l'arco della vita negli ambiti sanitario, sociale ed economico. A questo proposito, la transizione dalla NPIA alla psichiatria adulta è seguita da unità operative nelle ASL che accompagnano il minore fino alla maggiore età, momento in cui si programmano diversi interventi in base ai servizi richiesti. L'offerta include anche 135 presidi consultoriali che ricevono l'attività integrata dei piani assistenziali, dei corsi di formazione e degli accessi scolastici.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Ci sono gruppi di lavoro integrati formati da professionisti operanti nelle aree della regione, del territorio e ospedaliera.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Diversi tavoli di lavoro tra cui la Conferenza Unificata regionale sulla salute mentale, la Rete dei servizi per i disturbi alimentari, per la presa in carico dei minori che utilizzano sostanze e con patologie in atto e per la prevenzione del suicidio in carcere.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	La Regione pone particolare attenzione a soggetti particolarmente vulnerabili, proponendo tavoli di lavoro in collaborazione con la Procura per i minori detenuti, interventi in collaborazione con la Caritas e altri stakeholder territoriali per la salute di migranti e rifugiati e progetti dedicati alle fasce hard-to-reach.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Gli interventi e i progetti vengono valutati globalmente.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Un'importante sfida è costituita dalla difficoltà di creare linee di attività integrate nella costruzione di servizi per le persone che li utilizzano su più livelli.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	L'ASL Roma1 ha avviato il Progetto di prevenzione per la salute mentale 14-25 . Altri progetti includono la contraccezione per giovani donne (14-21), gruppi di lavoro integrati nell'area prevenzione per i primi 1000 giorni e il nuovo percorso nascita integrato con i consultori oer l'accompagnamento delle coppie nei momenti successivi alla nascita.
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> Piano regionale di azioni per la salute mentale 2022-2024 "Salute e inclusione".

Tavolo 10 Lazio

LIGURIA	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi in Liguria si basa sui principi del benessere mentale e della prevenzione del disagio psicosociale. Sono state adottate numerose politiche per garantire un modello uniforme di erogazione dei servizi, in particolare per i minori con disturbi del neurosviluppo e neuropsichiatrici, con l'obiettivo di fornire diagnosi precoci e piani di trattamento personalizzati. Tra queste politiche rientrano l'Accordo sulla Salute Mentale, il Piano Sociale Integrato Regionale e il Piano Sociosanitario Regionale, oltre a diverse linee guida per promuovere l'integrazione tra i servizi ospedalieri e le comunità locali.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	La regione riceve fondi nazionali per l'erogazione dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale. Possono essere assegnati fondi aggiuntivi per scopi specifici, come quelli destinati alla riduzione delle liste d'attesa per i servizi neuropsichiatrici nel 2024. Inoltre, è previsto un finanziamento specifico per gli interventi sulla dipendenza da gioco d'azzardo, distribuito alle aziende sanitarie locali. Fondi regionali vengono inoltre destinati a programmi di promozione della salute nelle scuole, ai servizi per persone con disturbo dello spettro autistico (ASD) e ai disturbi dell'alimentazione.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITÀ'	Il sistema di servizi per la salute mentale della Liguria è integrato e opera attraverso le aziende sanitarie locali. Tra i servizi disponibili rientrano diversi programmi di trattamento delle dipendenze, come le unità SERD per il gioco d'azzardo, l'abuso di sostanze e la dipendenza da alcol.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	I servizi di salute mentale e supporto psicosociale sono forniti da team multidisciplinari di professionisti. Inoltre, squadre specializzate si concentrano su aree specifiche, come i pazienti con ASD, i disturbi dell'alimentazione e le unità SERD.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Il Tavolo dedicato al disagio giovanile, formalizzato con la Delibera 444/2021, include rappresentanti del governo regionale, delle aziende sanitarie e delle amministrazioni locali. Ulteriori stakeholder coinvolgono consulenti, neuropsichiatri, unità SERD e altri gruppi pertinenti a seconda del tema trattato (es. dipartimenti scolastici, associazioni del terzo settore). Progetti di prevenzione vengono realizzati anche nelle scuole, coinvolgendo gli studenti su tematiche chiave come lo sviluppo delle life skills, la prevenzione delle dipendenze e l'educazione alla salute. L'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze e i gruppi di lavoro interregionali sulle dipendenze supportano lo sviluppo di regolamenti e linee guida per l'attuazione delle politiche. Inoltre, un gruppo di lavoro interregionale sulla salute mentale (GISM) è responsabile della condivisione e valutazione delle diverse proposte.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	All'interno dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale, particolare attenzione è dedicata alla transizione dai servizi NPIA alla psichiatria per adulti, con un focus specifico sui pazienti con ASD, supportati da team professionali dedicati. Altri gruppi vulnerabili includono i minori stranieri non accompagnati, i migranti con background fragili e i minori detenuti, soprattutto nel contesto della prevenzione della salute mentale e delle dipendenze da sostanze.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Ogni progetto e servizio regionale è sottoposto a un'attenta valutazione per misurarne l'impatto, l'efficacia e le aree di miglioramento.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	La mancanza di comunicazione e di diffusione dei risultati potrebbe compromettere la percezione pubblica della qualità dei servizi nella regione. Questo problema può inoltre portare a duplicazioni dei servizi esistenti, riducendone l'efficienza.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	ASAP Training Il progetto ASAP Training mira a individuare i punti di forza e le criticità dei sistemi di prevenzione dei diversi Paesi dell'UE e a implementare programmi di formazione per promuovere gli European Drug Prevention Quality Standards. Il consumo di droghe illecite interessa un quarto della popolazione adulta nell'UE, rendendo la prevenzione tra i giovani un obiettivo chiave nelle strategie nazionali sulla droga. Sebbene la scienza della prevenzione abbia fatto significativi progressi negli ultimi anni, producendo interventi basati su evidenze e standard di qualità, l'attuazione pratica rimane ancora carente nella maggior parte degli Stati membri dell'UE.
	Centro giovanile ASL2

	L'ASL2 ha implementato un centro giovanile che rappresenta un primo punto di contatto per i giovani, dove possono accedere a psicologi, psichiatri, educatori e assistenti sociali. Se necessario, gli utenti vengono successivamente indirizzati a servizi specializzati per ulteriore assistenza.
FONTI	• Piano Sociosanitario Regionale 2023-2025 • "La città che cura: programma per la costruzione di un patto per la salute Mentale, 2018".

Tavolo 11 Liguria

LOMBARDIA	
GOVERNANCE E POLITICHE	I servizi di supporto alla salute mentale e psicosociale in Lombardia sono definiti da linee guida nazionali e regionali. Un lavoro multidisciplinare, che coinvolge numerosi professionisti ed esperti di diversi settori, è in corso per definire un nuovo piano per la salute mentale. Inoltre, è prevista l'implementazione di un nuovo piano nazionale per la salute mentale a livello locale.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	Le assegnazioni economiche provengono da diverse fonti e spesso si sovrappongono. Il dipartimento di salute mentale riceve diversi finanziamenti all'anno, includendo psichiatria e neuropsichiatria, ma escludendo personale, ospedalizzazione, riabilitazione e servizi di emergenza. La neuropsichiatria da sola rappresenta i servizi ospedalieri e ambulatoriali, oltre che ai progetti di integrazione per i minori. Inoltre, diversi finanziamenti sono destinati al SERD, senza distinzione di età. Ulteriori fondi per progetti sociali possono essere aggiunti al fondo regionale in collaborazione con il Dipartimento dell'Istruzione e del Lavoro e il Dipartimento dello Sport.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	I servizi offerti dalla Lombardia comprendono aree di intervento specifiche (ad esempio, disturbi dello spettro autistico - ASD e disturbi alimentari) e progetti volti a contrastare la dipendenza dal gioco d'azzardo (unità SERD). Ogni anno, circa 125.000 minori hanno almeno un contatto con i servizi di neuropsichiatria, su un totale di 1,5 milioni di bambini e adolescenti presenti nella regione.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Ogni intervento è gestito da un team multidisciplinare di professionisti attivi nei Centri Psicosociali (CPS) e nelle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (UONPIA).
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Sono attivi diversi gruppi interdipartimentali focalizzati sul welfare e la famiglia (in collaborazione con varie istituzioni) e sulla disabilità. I fondi sanitari regionali integrano quelli nazionali per rispondere a esigenze specifiche in ambito socio-sanitario. Le situazioni di non autosufficienza vengono affrontate attraverso voucher di integrazione.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Nella regione si presta particolare attenzione alla sanità penitenziaria, considerando la presenza di 50 detenuti minorili, per cui vengono stanziati fondi provenienti dal fondo regionale. Nella maggior parte dei casi, l'integrazione dei giovani nelle comunità di accoglienza è considerata un'alternativa valida alla detenzione.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Ogni progetto e intervento viene valutato globalmente attraverso diversi indicatori.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Definire modelli di continuità tra il settore psicosociale, sanitario e sociale è complesso. Inoltre, i fondi destinati ai servizi sanitari sono significativamente superiori rispetto a quelli assegnati ai servizi sociali.

PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Lombardia ha una vasta esperienza nei partenariati pubblico-privato per i servizi socio-sanitari ed è stata tra le prime regioni a introdurre la programmazione del budget per le ATS (Agenzie di Tutela della Salute).
FONTI	• Piano socio-sanitario regionale 2024-2028•delibera degli indirizzi di programmazione per il 2025 (DGR 3720) •il piano operativo autismo 24-28 (DGR 3686) •la DGR 2676 che istituisce le nuove comunità socio sanitarie integrate dedicate ai pazienti provenienti dal circuito della giustizia minorile; • DGR 2351 e DGR 2808 sui DSA

Tavolo 12 Lombardia

MARCHE	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Marche è definita dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025, che include azioni per la salute mentale e il benessere psicosociale di bambini e adolescenti. Sono previste misure per la prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico terapeutica, interventi per il sostegno alla genitorialità e il raccordo tra servizi educativi, sanitari e sociali.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I servizi di supporto alla salute mentale e psicosociale ricevono finanziamenti da fondi regionali dedicati, fondi nazionali per la prevenzione e fondi europei attraverso il PNRR. Inoltre, sono previsti finanziamenti specifici per gruppi vulnerabili, tra cui il Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) per minori con background migratorio e contributi privati di enti non-profit.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Regione Marche offre servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, consultori familiari, servizi di supporto psicologico nelle scuole, centri antiviolenza e programmi per autori di reato minorenni. Sono presenti strutture residenziali, semiresidenziali e servizi domiciliari per minori con problematiche psichiatriche.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	L'accesso ai servizi e la gestione dei casi coinvolgono neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori professionali, terapisti della neuropsicomotricità e infermieri specializzati in salute mentale.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	La Regione Marche prevede protocolli di collaborazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi. Sono attivi tavoli di coordinamento intersettoriali e strumenti per la comunicazione tra equipe multidisciplinari, con progetti congiunti con scuole, servizi sociali e terzo settore.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Sono attivi programmi specifici per minori con background migratorio, disabilità, problematiche legate all'uso di sostanze e situazioni socio-economiche svantaggiate. Le azioni comprendono interventi di supporto psicosociale, mediazione culturale e percorsi educativi personalizzati.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Esistono sistemi di monitoraggio basati su questionari anonimi, focus group e raccolta di dati qualitativi. Gli indicatori utilizzati includono processi di valutazione dell'impatto e della sostenibilità dei servizi.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE E INTER-SETTORIALE	Le principali difficoltà riscontrate riguardano la frammentazione dei finanziamenti, la mancanza di protocolli operativi condivisi e l'assenza di modelli organizzativi unificati. Tra le opportunità si segnalano la creazione di tavoli di lavoro intersettoriali e lo sviluppo di strumenti digitali condivisi.

PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Regione Marche promuove progetti di inclusione e sensibilizzazione per il benessere psicosociale degli adolescenti, con particolare attenzione a programmi di prevenzione nelle scuole e percorsi di supporto per famiglie e caregiver.
FONTI	• Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025.

Tavolo 13 Marche

MOLISE	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Molise è regolata dal Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025 e dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025. Le azioni previste includono la prevenzione del disagio mentale nei contesti scolastici, lo screening precoce dei disturbi neuropsichiatrici, il supporto psicosociale alle famiglie e la creazione di sportelli di ascolto nelle scuole. Sono attivi tavoli di coordinamento intersettoriali con la partecipazione di ASL, scuole, servizi sociali e associazioni di volontariato.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I servizi sono finanziati attraverso il Fondo Sanitario Regionale, il Fondo Sociale Europeo (FSE) e fondi nazionali per la prevenzione del disagio giovanile. Risorse dedicate supportano gruppi vulnerabili, tra cui il Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) per minori stranieri e il Fondo per la disabilità e la non autosufficienza. Esistono contributi economici per famiglie con minori disabili e programmi di assistenza domiciliare.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Regione Molise offre servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), consultori familiari, Centri di Salute Mentale e programmi scolastici di prevenzione. Sono previsti interventi diagnostici, terapeutici e di riabilitazione per minori con difficoltà cognitive e comportamentali, nonché supporto psicologico.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Le equipe multidisciplinari includono neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori professionali, terapisti della neuropsicomotricità, logopedisti e infermieri specializzati. Collaborano con pediatri di base e volontari del Terzo Settore.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Sono attivi protocolli di collaborazione tra scuole, servizi sanitari e sociali. I programmi scolastici integrati comprendono sportelli di ascolto, formazione per insegnanti e interventi di prevenzione del bullismo. Le equipe multidisciplinari gestiscono la presa in carico dei minori in situazioni di disagio.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	La Regione Molise prevede interventi per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati e vittime di violenza o discriminazione. Le azioni includono programmi di mediazione culturale, supporto psicologico e iniziative di inclusione sociale nelle scuole e nei centri di aggregazione.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Esistono sistemi di monitoraggio basati su questionari di soddisfazione, valutazioni dei progressi terapeutici e relazioni annuali sui servizi erogati. Gli indicatori misurano il numero di prestazioni fornite, la riduzione del disagio psicosociale e la soddisfazione degli utenti.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	Le principali sfide includono la carenza di risorse umane, la disomogeneità territoriale e i lunghi tempi di attesa per i servizi specialistici. Le opportunità riguardano l'espansione dei programmi di prevenzione, la digitalizzazione delle procedure e la formazione congiunta per operatori sanitari, sociali ed educativi.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Regione Molise sta sviluppando nuovi progetti per migliorare l'accessibilità ai servizi e garantire il supporto ai minori vulnerabili. Tra le iniziative future figurano il potenziamento degli sportelli di ascolto scolastici, il miglioramento della presa in carico multidisciplinare e la creazione di programmi territoriali per l'inclusione sociale.

FONTI	<ul style="list-style-type: none"> • Programma Operativo 2023-2025• Piano regionale della prevenzione 2021-2025. • Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025.
--------------	---

Tavolo 14 Molise

PIEMONTE	
GOVERNANCE E POLITICHE	<p>I servizi di salute mentale e supporto psicosociale per bambini e adolescenti, in Regione Piemonte, sono assicurati dai servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e dalla rete regionale dei servizi di Psicologia istituita con D.G.R. n. 31-4912 del 20 aprile 2017.</p> <p>La DGR 36-27998 del 2.8.1999 “Sviluppo della rete Regionale di assistenza neuropsichiatria dell’età evolutiva e dell’adolescenza. Indicazione alle aziende sanitarie regionali” ha definito la rete di assistenza neuropsichiatica dell’età evolutiva e dell’adolescenza finalizzata a rafforzare e rendere maggiormente omogenee sul territorio le esperienze di tutela dell’infanzia e dell’adolescenza. Alla Neuropsichiatria Infantile competono, nell’ambito dell’Area Materno-infantile, le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della patologia neuropsichiatica del bambino e dell’adolescente, ed è organizzata a livello di base in tutte le Aziende Sanitarie Locali e a livello di alto contenuto specialistico nelle Aziende Sanitarie. La rete di assistenza Neurologica, Psichiatrica, Psicologica e Riabilitativa per l’infanzia e l’adolescenza è costituita per la NPI da 16 Strutture di Neuropsichiatria Infantile di cui 12 presso le ASL e da 4 Strutture Complesse di NPI presso le ASO.</p> <p>La rete regionale dei servizi di Psicologia è costituita da 5 Strutture complesse presso le ASL di Torino, TO3, TO 5, CN2 e VC. In tutte le altre ASL e AO sono presenti delle Strutture semplici.</p>
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	<p>L’erogazione dei servizi è garantita dai fondi sanitari regionali. Neuropsichiatria infantile, servizi di Psicologia, servizi Sociali aziendali e servizi di supporto psicosociale rappresentano circa l’1,5% del budget. Le normative regionali prevedono inoltre finanziamenti aggiuntivi per servizi specifici, favorendo sforzi sinergici tra diversi dipartimenti (ad esempio, servizi sociali, sanitari, scuole, forze dell’ordine e comuni). Investimenti dedicati sono stati diretti, sin dall’epoca pandemica, al potenziamento di servizi specifici di ambito psicologico con i seguenti provvedimenti:</p> <p>1) D.G.R. n. 9 - 3124 del 23.04.2021 di Potenziamento del supporto psicologico a favore delle istituzioni scolastiche in relazione alla emergenza COVID-19. Approvazione dello Schema di Protocollo d’Intesa tra Regione, Ufficio Scolastico Regione per il Piemonte (di seguito USR) e Ordine degli Psicologi del Piemonte (di seguito OPP). Euro 1.000.000,00</p> <p>2) Nel 2022 con D.G.R. n. 19-532 del 15/07/2022 per dare attuazione sul territorio regionale alle disposizioni del D.L 73/2021 e s.m.i. per la parte relativa al potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza, del DL 30 dicembre 2021, n. 228, e della L.30 dicembre 2021, n. 234 si erano individuati i soggetti beneficiari e assegnando specificamente € 1.547.410,00 alle Aziende sanitarie regionali con servizi di NPI e Serv. Psicologia per assicurare adeguati interventi in ambito sanitario e sociosanitario destinati a minori.</p> <p>3) Dgr n. 6-5270 del 28/06/2022, la Giunta Regionale ha dato attuazione sul territorio regionale delle disposizioni del D.M del 30 novembre 2021, titolato “Fondo per la promozione del benessere e della persona finalizzato a favorire l’accesso ai servizi psicologici”.</p> <p>- € 641.565,98 finalizzati a:</p> <p>A) interventi diretti sul target minori e adolescenti, coppia genitoriale-figli, utenti dei servizi consultoriali portatori di disagio (vittime di violenza/tratta, donne /coppie nel post partum) nei luoghi di vita degli adolescenti, prioritariamente nelle scuole, nei Consultori Familiari, Pediatrici e Giovani, nella Rete Aziendale Depressione Postparto e nella Rete Aziendale Antiviolenza;</p> <p>B) attivo coinvolgimento delle équipe Pediatri e MMG all’interno delle Reti con incontri programmati di sensibilizzazione e condivisione degli obiettivi e invito alla partecipazione alle reti;</p> <p>- € 79.756,40 a favore dell’AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, sede della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta e del centro HUB della Rete interregionale di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica del Piemonte e della Valle d’Aosta incaricate della definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti oncologici, che provvederanno - in raccordo con le SS.CC Sovrazonali di Psicologia di cui alla DGR n. 31-4912 del 20,04,2017 - ad identificare bisogni specifici nei singoli ambiti territoriali, per l’implementazione delle attività di cui trattasi a favore dei pazienti, in particolare minori, e della loro rete affettiva, anche attraverso la stesura di specifici progetti.</p>

	<p>4) Deliberazione della Giunta Regionale 21 giugno 2022, n. 35-5257 Approvazione, ai sensi dell'art. 33, commi 3, 4 e 5 del D.L. n. 73 del 25 maggio 2021 e s.m.i., del Progetto innovativo di istituzione dello "Psicologo delle Cure Primarie" per l'anno 2022 e relativo finanziamento statale, anche ai sensi dell'art. 1-quater del D.L. 30 dicembre 2021, n.228 convertito in L. 25 febbraio 2022, n. 15 . Spesa complessiva Euro 1.837.616,00.</p> <p>5) Deliberazione della Giunta Regionale 18 marzo 2024, n. 13-8309 Finanziamento regionale di interventi finalizzati a garantire la prosecuzione del progetto innovativo di psicologo "Cure primarie" per le annualità 2024-2025 lo sviluppo delle attività della psicologia delle cure primarie. Euro 1.800.000,00 a favore delle ASL.</p> <p>6) LR 9 del 29-6-23 di "Istituzione del servizio di psicologia scolastica" con la finalità alla promozione della salute e del benessere psicofisico di studenti e studentesse, genitori, insegnanti, dirigenti, personale amministrativo, tecnico e ausiliario ed educativo che opera nell'ambito scolastico. Euro 200.000,00 anni 2023, 2024, 2025.</p>
<p>SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'</p>	<p>I servizi di Neuropsichiatria sono destinati a soggetti in fascia di età 0/18 che presentano problematiche di salute inerente l'area Neurologica, Neuropsicologica, Psichiatrica, Psicologica, Riabilitativa o soggetti in fascia di età 0/18 in situazione di Fragilità e rischio psicoevolutivo. La presa in carico del paziente minore e della sua famiglia si attua attraverso interventi ambulatoriali o di Day Hospital. Nelle Aziende ospedaliere la presa in carico è attuata anche attraverso i ricoveri ospedalieri presso i reparti di Neuropsichiatria Infantile. Le attività di diagnosi, riabilitazione e terapia sono svolte normalmente in modo multidisciplinare. In alcune Aziende, tutte le figure professionali sono presenti nel servizio NPI, mentre in altre, fanno parte di più servizi, (NPI, Psicologia, Riabilitazione). In alcune realtà, parte delle attività riabilitative sono svolte da personale di strutture private convenzionate. Il modello organizzativo prevalente è fondato sul lavoro di gruppo di tipo multiprofessionale con grande variabilità per numero e tipologia di operatori presenti. Tutte le strutture erogano prestazioni di diagnosi e cura dei disturbi neurologici, neuropsicologici e psicopatologici per utenti 0-17 anni, e attività di tutela in rapporto con il tribunale, il servizio sociale e la scuola.</p> <p>Tra i principali servizi offerti: Attività Clinica ambulatoriale, Attività di Counselling e collaborazione alle istituzioni Educative, Sociali e Giudiziarie con competenze sui minori, Attività Certificativa per le situazioni previste dalla Legge: Inclusione Scolastica Disabili, Bisogni Educativi Speciali, DSA, Produzione di documentazione necessaria per il riconoscimento di Invalidità Civile ed Handicap Inserimenti in Comunità Terapeutiche o Riabilitative Psicosociali o Centri Diurni Socio Riabilitativi (la DGR 25-5079 prevede che le comunità educative residenziali, che afferiscono al socio assistenziale, connotino la propria funzione all'accoglienza di minori vittime di gravi maltrattamenti o abusi con diagnosi ICD10 OMS di disturbo post traumatico da stress, Ricoveri Ordinari ed in regime di DH presso OIRN e ASO di Alessandria).</p> <p>Tra la rete di servizi innovativi, si ricordano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il Centro Regionale Attività di Prevenzione (CAPS), che offre percorsi didattici esperienziali nell'ambito della prevenzione da dipendenze comportamentali, in particolare sul gioco d'azzardo patologico, rivolto a ragazzi dai 6 ai 19 anni e agli adulti significativi quali genitori, insegnanti ed operatori dei Servizi. Il numero di servizi verrà ampliato per includere programmi di prevenzione su bullismo, cyberbullismo e ritiro sociale, con un'attenzione particolare al coinvolgimento di studenti e insegnanti. Altri servizi includono unità di coordinamento che gestiscono progetti specifici. - Presso l'ASL CN2, nel 2000, nasce il Centro SeadyCam, grazie a finanziamenti regionali, come Centro di documentazione multimediale all'interno dell'area prevenzione del Servizio Dipendenze Patologiche dell'ASL CN2. L'intento è di fare interventi di promozione della salute usando i media: per fare questo viene creata una banca dati multimediale di video, costantemente aggiornata, che permette di osservare le diverse rappresentazioni che i media (dalla tv al cinema, dai videogiochi ai social network) veicolano rispetto a temi come l'adolescenza, le droghe, il gioco d'azzardo, la sessualità, gli ambienti digitali. La banca dati, unica in Italia, contiene oggi oltre 30.000 record e presso il Centro si opera secondo un metodo di lavoro ispirato ai principi della media education, con uno staff di professionisti formato da operatori sociosanitari del Servizio Pubblico e operatori del privato sociale esperti in comunicazione e produzione video. <p>Tutte le ASL della Regione sono impegnate nell'offerta di servizi di promozione e prevenzione da anni lavorano per proporre alle scuole progetti omogenei di interventi su tematiche di salute considerate prioritarie, garantendo prodotti validati a livello nazionale e in alcuni casi internazionale, sui quali gli operatori hanno anche ricevuto una formazione accreditata (come ad esempio la Rete "Safe night Piemonte" attiva da più di 10 anni).</p>

FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	La Rete di Assistenza Neurologica, Psicologica, Psichiatrica e Riabilitativa per l'Infanzia e l'Adolescenza è pertanto costituita da strutture operative interdisciplinari, deputate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 18 anni), e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino e dell'adolescente, nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale). Ha quindi come competenza specifica lo sviluppo complessivo del minore e l'azione dell'ambiente o di eventi patogeni su di esso. Le figure professionali presenti sono: neuropsichiatri infantili, fisiatri, logopedisti, fisioterapisti, infermieri, educatori ed altro personale sanitario ed amministrativo di supporto. La Rete di Assistenza per la cura dei minori con disturbi neuropsichici e la loro tutela è normata da specifiche delibere e determinate regionali, per rafforzare e rendere omogenee le esperienze di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, secondo le linee metodologiche dell'integrazione professionale su sistemi di governo clinico, di innovazione tecnologica, di integrazione professionale, al fine di definire percorsi assistenziali condivisi e garantire alle persone equità di accesso ai servizi ed interventi sempre più appropriati.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Diversi gruppi di lavoro multidisciplinari garantiscono la disponibilità di fondi aggiuntivi per progetti specifici. In Piemonte esistono diversi coordinamenti: - Il Coordinamento Regionale per la Salute Mentale (composto dai direttori dei dipartimenti di salute mentale e da una rappresentanza di associazioni); - Il Coordinamento Regionale per le Dipendenze (composto dai direttori dei dipartimenti delle Dipendenze); - Il Coordinamento Regionale per la Rete Servizi di Psicologia. Inoltre, vi è un'interazione costante con la Direzione Welfare, con la Direzione Istruzione, formazione e lavoro, con l'USR, con l'IRES (Istituto di Ricerche economiche e sociali del Piemonte) nonché con tutti gli Enti e Associazioni del Terzo Settore.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	In Regione Piemonte sono attive molte progettualità locali per il supporto ad adolescenti e bambini fragili. Si ricordano: - il Tavolo di lavoro per la prevenzione del ritiro sociale (Rif. DGR 18 dicembre 2023, n. 17-7923); - il Progetto "PONTE" , attivo grazie ad una collaborazione tra servizio sanitario pubblico e il privato sociale (CasaOZ): offre un percorso di reinserimento sociale degli adolescenti con patologia psichiatrica e/o situazione di grave crisi durante o al termine di una presa in carico nel reparto di NPI (degenza o Day Hospital) del Presidio Ospedaliero Regina Margherita di Torino; - E' in corso una progettualità regionale, finanziata grazie ai Fondi ministeriali per la prevenzione del Gioco d'azzardo patologico, per la costruzione di una rete regionale di tutte le realtà che si occupano di adolescenti fragili, a rischio di dipendenze sul territorio regionale, al fine di condividere buone pratiche, esperienze e competenze. Il progetto sta effettuando una mappatura di tutte le realtà locali esistenti per gli adolescenti, di qualsiasi natura, al fine di offrire ai decisori un quadro completo dell'offerta anche informale di spazi e luoghi dedicati; - Dal 2022, sono attivi in 5 Province della Regione, laboratori di potenziamento, ad alta performance tecnologica, per il supporto ai bambini di età 6-10 con fragilità cognitive (Funzionamento Intellettivo Limite_FIL) (Rif. https://centrohpl.it/) - Coordinamento regionale per l'autismo minori coordinati dalla Direzione Sanità (D.G.R. n. 3 marzo 2014, n. 22-7178 e s.m.i.). La stretta collaborazione tra servizi sanitari, sociali, scolastici, formativi e del lavoro permette di valorizzare le competenze specifiche dei singoli servizi correlati alle diverse fasce d'età. Un'attenzione particolare è riservata alla sanità penitenziaria, soprattutto per la prevenzione del suicidio negli istituti di correzione.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Ogni progetto è sottoposto a una valutazione approfondita, e vengono implementati piani d'azione con indicatori di performance per misurarne l'efficacia. La Regione Piemonte si è dotata dal 2002 di sistemi informativi che consentono di rilevare e acquisire in forma dettagliata delle informazioni dei pazienti afferenti ai servizi dell'età evolutiva. La compilazione da parte di tutti i servizi di NPI e Servizi Psicologia consente un costante monitoraggio epidemiologico attraverso la restituzione dell'incidenza e della prevalenza delle persone prese in carico, ovvero delle prestazioni diagnostiche e dei successivi interventi terapeutici, riabilitativi ed educativi attivati a favore delle persone in carico, delle loro famiglie e dei contesti di vita.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	L'attuale carenza di personale sanitario e socio-sanitario rendono più complesso il lavoro di rete. Le barriere culturali e modelli organizzativi deficitari possono portare, nelle diverse realtà territoriali, a disomogeneità nell'integrazione degli ambiti coinvolti nella presa in carico di soggetti fragili e delle loro famiglie.

PROGETTI DEGNI DI NOTA	<p>Peer Education La metodologia della peer education si dimostra particolarmente efficace nei programmi di promozione della salute in adolescenza, in quanto favorisce l'integrazione sociale e rafforza l'autostima degli studenti, aumentando così l'efficacia degli interventi. Il progetto si basa sul modello di supporto tra pari e prevede la formazione di un gruppo di circa 15-20 studenti, che, con il supporto attivo dei professionisti del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze e la collaborazione degli insegnanti, si impegnano in attività di prevenzione rivolte agli studenti più giovani. Queste attività si concentrano su comportamenti a rischio in adolescenza, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> - Uso di sostanze psicoattive legali e illegali - Comportamenti legati alla sessualità Gli obiettivi generali del progetto sono: 1) Prevenire i comportamenti a rischio tra gli studenti; 2) Promuovere strategie efficaci per il cambiamento e la riduzione dei comportamenti dannosi; 3) Favorire la diffusione di contenuti legati alla prevenzione all'interno della comunità giovanile.</p> <p>Progetto "Un patentino per lo Smartphone" Il Patentino per lo Smartphone è un esempio di collaborazione tra Enti (Regione Piemonte, Ufficio Scolastico Regionale, Arpa Piemonte), il coinvolgimento operativo dei servizi ASL (Dipartimento Dipendenze, Dipartimento Prevenzione) e la collaborazione con le Forze dell'Ordine ed il terzo settore. Un Patentino per lo Smartphone è un progetto di promozione della salute e di prevenzione dei rischi legati ad un uso scorretto del device, come ad esempio il cyberbullismo, attraverso l'acquisizione di competenze e strategie per un uso consapevole dello smartphone. Il progetto è inserito nel Documento regionale di pratiche raccomandate per le Scuole che Promuovono Salute nell'ambito del Protocollo d'intesa tra Ufficio Scolastico Regionale e Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità e Assessorato all'Istruzione e viene proposto alla scuola secondaria di primo grado nel 1° anno. Il progetto segue la metodologia della formazione a cascata: <ol style="list-style-type: none"> 1) Viene formato un primo gruppo di docenti delle scuole secondarie di primo grado. 2) Gli insegnanti portano avanti le attività con gli studenti. 3) Si coinvolge l'intera comunità che circonda i giovani: genitori, famiglie e docenti; Tra genitori e figli viene letto e firmato il "patto di apprendimento" sulle regole rispetto all'uso dello smartphone, con l'obiettivo di rafforzare il ruolo educativo e protettivo degli adulti, migliorandone la consapevolezza e le competenze. In classe, vengono svolte discussioni e attività interattive sul significato dell'uso dello smartphone in un'età in cui gli adolescenti stanno sviluppando una maggiore indipendenza. Al termine del programma, gli studenti affrontano un test finale per ottenere il "Patentino per lo Smartphone", certificazione delle loro competenze nell'uso responsabile di questo strumento essenziale raffigurato in una patente simbolica che viene consegnata alla presenza delle rappresentanze istituzionali coinvolte. </p> <p>Progetto "Diario della salute" Il progetto si rivolge agli studenti di età compresa tra gli 11 e i 13 anni con la finalità di promuovere il benessere e la salute tra i preadolescenti attraverso lo sviluppo delle life skills e delle strategie di autoprotezione. Il progetto prevede il coinvolgimento diretto e attivo degli insegnanti nella realizzazione degli interventi attraverso il normale svolgimento dell'attività curriculare. Nell'ambiente scolastico infatti la presenza del gruppo dei pari mobilita emozioni, favorisce lo sviluppo di competenze cognitive, emozionali e relazionali, favorisce un confronto simmetrico e l'insegnante può favorire la crescita non solo cognitiva e promuovere l'autonomia e il confronto con gli altri. La scuola offre la possibilità di sperimentarsi giornalmente e monitorare il livello di cambiamento e può favorire la prevenzione di eventi negativi sollecitando le risorse del soggetto e sviluppando le sue competenze. Il progetto prevede diverse azioni: <ul style="list-style-type: none"> - Percorso di formazione rivolto agli insegnanti che intendono realizzare il programma con le loro classi con l'obiettivo di fornire le linee metodologiche e le indicazioni generali utili alla realizzazione degli interventi in classe; - Attuazione degli interventi in classe a cura degli insegnanti formati (5 unità didattiche di 2/3 ore ciascuna); - Percorso informativo rivolto ai genitori (almeno 1 incontro); - Utilizzo degli strumenti didattici costruiti ad hoc (Diario dei ragazzi; Diario dei genitori; Quaderno degli insegnanti); - Versione digitale di Diario della Salute Ragazzi https://www.diariodellasaluteragazzi.it/; - Monitoraggio e accompagnamento degli insegnanti; - Workshop finale e disseminazione dei risultati. Il progetto è inserito nel Documento regionale di pratiche raccomandate per le Scuole che Promuovono Salute nell'ambito del Protocollo d'intesa tra Ufficio Scolastico Regionale e</p>
-------------------------------	--

	<p>Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità e Assessorato all'Istruzione ed è proposto alla scuola secondaria di primo grado (2°anno).</p> <p>Programma "Unplugged"</p> <p>Unplugged è un programma di prevenzione scolastica dell'uso di sostanze basato sul modello dell'influenza sociale, destinato a ragazzi/e di età compresa tra 12 e 14 anni. È stato valutato nello studio EU-Dap, che rappresenta la prima esperienza di valutazione dell'efficacia di un programma di prevenzione in Europa. La sperimentazione ha coinvolto 7 paesi europei e più di 7000 ragazzi. Unplugged è inserito nella banca dati dell'EMCDDA ed è classificato tra i programmi con "beneficial effects". https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/unplugged_en. Obiettivi principali sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorire lo sviluppo ed il consolidamento delle competenze interpersonali; - sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali; - correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive; - migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze. In Piemonte Unplugged è inserito nel Documento regionale di pratiche raccomandate per le Scuole che Promuovono Salute nell'ambito del Protocollo d'intesa tra Ufficio Scolastico Regionale e Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità e Assessorato all'Istruzione e viene proposto nella scuola secondaria di primo grado (3° anno) . <p>Nel Piano Regionale Prevenzione le attività di Unplugged concorrono a raggiungere gli obiettivi delle azioni dei Programmi PP1 Scuole che promuovono salute e PP4 Dipendenze. Unplugged è presente nella Banca dati Pro.Sa. e nel 2023 tutte le ASL piemontesi hanno realizzato un intervento/azione relativo al progetto. Il programma Unplugged segue un approccio di formazione a cascata: i formatori locali (operatori socio-sanitari) vengono formati in corsi di formazione specifici, e a loro volta formano i docenti con un corso di formazione dedicato della durata di 20 ore. Il kit Unplugged include il manuale per l'insegnante, il quaderno delle attività e il set di 27 carte da gioco per l'unità 9. Il coordinamento del programma assicura un costante monitoraggio dell'attuazione del programma.</p> <p>Pro.Sa. - database e sistema informativo di progetti e interventi di prevenzione e promozione della salute progettata, gestita e sviluppata da DoRS Regione Piemonte</p> <p>Pro.Sa. è una banca dati online gratuita per la raccolta, documentazione e diffusione di progetti e interventi di prevenzione e promozione della salute. Gli obiettivi principali includono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentare e diffondere progetti e interventi realizzati dalle ASL/ASO in collaborazione con altri settori (scuola, sociale, cultura, ambiente...) nel contesto piemontese - Valorizzare e condividere secondo l'approccio KTE (Knowledge and Transfer Exchange) progetti di qualità - Valorizzare progetti come Buone Pratiche Trasferibili attraverso un sistema di valutazione indipendente utilizzando una griglia validata a livello nazionale e internazionale - Rendere accessibile e fruibile, con un linguaggio specifico, la banca dati a insegnanti e dirigenti scolastici attraverso una interfaccia dedicata - Restituire in forma aggregata e geo-referenziata i risultati di cambiamento per il monitoraggio di progetti e interventi - Supportare nella rendicontazione i programmi e le azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione - Collaborare con una rete regionale di operatori ASL/ASO per l'implementazione e lo sviluppo di ProSa <p>Grazie a questa piattaforma, gli operatori sanitari e di altri settori, i ricercatori e i policy maker possono condividere progetti, strategie e risultati, contribuendo a un miglioramento continuo delle scelte e delle strategie di prevenzione e promozione della salute su diversi temi e bisogni di ben-essere, salute ed equità.</p> <p>- Rete "Safe night Piemonte", che raggruppa tutti i progetti piemontesi che si occupano di prevenzione dei rischi connessi al consumo di alcol e sostanze stupefacenti nel mondo della notte, garantendo, attraverso il "lavoro di strada", la presenza costante degli operatori nei luoghi del divertimento (discoteche, locali notturni, feste di paese, grandi eventi, concerti, piazze, ecc.).</p>
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> • Piano d'azione per la salute mentale "20 azioni per la salute mentale, 2018".

Tavolo 15 Piemonte

PUGLIA	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Puglia è regolata dal Piano Regionale per la Salute Mentale, che prevede specifiche azioni per bambini, adolescenti e giovani adulti (0-24 anni). Le misure includono prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico terapeutica, screening per violenza e abuso, raccordo con i servizi scolastici ed educativi, formazione degli operatori e supporto alla genitorialità. La regione ha istituito un Tavolo Regionale di Coordinamento sulla Salute Mentale nel 2021, coinvolgendo sanità, servizi sociali, istruzione e il terzo settore.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I servizi di salute mentale per bambini e adolescenti ricevono finanziamenti dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), da fondi nazionali per la prevenzione e da progetti specifici del Ministero della Salute. Esistono fondi dedicati per target vulnerabili, tra cui quote del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) e fondi per l'inclusione sociale. Sono previsti finanziamenti per attività di prevenzione psico-sociale attraverso il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 e il Piano Nazionale della Prevenzione.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Regione Puglia offre servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), consulti familiari con spazi dedicati ai giovani e una rete antiviolenza che include Centri Antiviolenza (CAV) con supporto psicologico e legale per adolescenti vittime di violenza. Sono attivi protocolli di raccordo con le scuole per il benessere scolastico e la prevenzione del disagio psicologico.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Le equipe multidisciplinari coinvolgono neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori, terapisti della riabilitazione e operatori di supporto. Gli operatori partecipano a programmi formativi su diagnosi precoce e gestione del disagio psicosociale.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	La Regione ha attivato collaborazioni tra sanità, istruzione e servizi sociali per una presa in carico integrata. Sono previsti progetti con il terzo settore per attività di sensibilizzazione e inclusione sociale. Le iniziative territoriali includono sinergie con associazioni locali e interventi nei quartieri per avvicinare i servizi alla popolazione
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	La Regione prevede interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, minori LGBTQIA+ e vittime di violenza. Sono previsti supporto psicosociale, accesso facilitato ai servizi e interventi educativi mirati. Vengono considerate le intersezioni tra diversi fattori di vulnerabilità, come condizione socio-economica, salute mentale e status giuridico.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Il monitoraggio è basato su indicatori chiave come numero di interventi di prevenzione effettuati, percentuale di casi individuati e presi in carico e gradimento degli utenti e delle famiglie. Sono previsti report periodici per valutare l'impatto delle azioni.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	Le principali sfide riguardano la necessità di migliorare l'accessibilità ai servizi, ridurre i tempi di attesa e potenziare il raccordo tra le diverse istituzioni. Le opportunità includono l'implementazione della telemedicina, il rafforzamento della formazione degli operatori e la creazione di nuove strutture di prossimità.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	Sono attivi progetti di ricerca e innovazione, in collaborazione con università e centri di ricerca, su tematiche di salute mentale e supporto digitale. La Regione promuove campagne di sensibilizzazione su stigma e benessere mentale, utilizzando social media, eventi pubblici e interventi nelle scuole.
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> • Deliberazione della giunta regionale 22 dicembre 2021, n. 2198. • Intesa Stato Regione n. 131 del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025. • Approvazione del documento programmatico "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025".

Tavolo 16 Puglia

SARDEGNA	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Sardegna è regolata dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari e dalle Delibere della Giunta Regionale. Sono previste azioni per la prevenzione e promozione della salute mentale, diagnosi precoce, presa in carico terapeutica e interventi integrati tra scuola, servizi sanitari e sociali. Esistono tavoli di coordinamento con la partecipazione di ASL, istituzioni scolastiche, servizi sociali e associazioni locali.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I finanziamenti provengono dal Fondo Sanitario Regionale, dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) e dal Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+). Sono previsti fondi specifici per minori vulnerabili, tra cui il Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) e risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per il potenziamento dei servizi sanitari territoriali.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITÀ'	La Sardegna offre servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), consultori familiari, Centri di Salute Mentale e sportelli di ascolto scolastici. Sono disponibili strutture residenziali e semiresidenziali per minori con disturbi neuropsichiatrici, oltre a programmi di prevenzione nelle scuole per il contrasto del bullismo e delle dipendenze.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Nei servizi operano neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, educatori professionali, assistenti sociali, terapisti della neuropsicomotricità e logopedisti. Sono inoltre presenti mediatori culturali per il supporto ai minori con background migratorio e case manager per la gestione dei casi complessi.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Esistono protocolli di collaborazione tra sanità, scuola e servizi sociali. Le scuole partecipano attivamente a programmi di prevenzione con formazione per il personale docente. I servizi sociali lavorano congiuntamente con i Centri di Salute Mentale per la presa in carico dei minori in condizioni di disagio.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Sono previsti interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza. Le azioni includono sportelli di ascolto, supporto psicologico, programmi educativi e percorsi di inclusione sociale.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Il monitoraggio si basa su questionari anonimi, interviste semi-strutturate e focus group con stakeholder. Gli indicatori di valutazione comprendono il numero di minori presi in carico, la qualità delle prestazioni erogate e la riduzione dei comportamenti a rischio.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	Le principali sfide riguardano la disomogeneità dei servizi sul territorio, la frammentazione delle risorse e la necessità di protocolli operativi condivisi. Le opportunità includono il potenziamento delle equipe multidisciplinari, il miglioramento della formazione degli operatori, l'incremento dei servizi di prossimità nelle aree rurali; di particolare interesse per l'integrazione inter-settoriale è l'investimento nella diffusione della co-progettazione grazie all'introduzione dello strumento del Budget di Salute a supporto del Progetto di Vita nella fase di transizione all'età adulta.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	La Regione Sardegna sta sviluppando nuovi progetti per il rafforzamento della salute mentale nei giovani, con particolare attenzione alla digitalizzazione dei servizi e alla creazione di reti territoriali integrate tra sanità, scuola e comunità locali. E' programmata, inoltre, la sperimentazione di un modello di early detection del disagio psicologico giovanile attraverso il setting delle cure primarie, nel quale sarà inserita la figura della psicologo delle cure primarie che operi in sinergia con i pediatra di libera scelta.
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> Piano Regionale dei Servizi Sanitari Triennio 2022-2024. • Allegato alla Delib.G.R. n. 57/3 del 23.10.2008 "Attività sociosanitarie a carattere residenziale per le persone con disturbo mentale. Adeguamento requisiti minimi, parametri di fabbisogno e sistema di remunerazione".

Tavolo 17 Sardegna

SICILIA	
GOVERNANCE E POLITICHE	All'interno della regione è presente una separazione tra il settore sanitario e quello sociale, data l'assenza della Delega da parte degli enti locali che gravitano all'interno delle ASL per il governo delle politiche sociali. I servizi per la salute mentale e supporto psicosociale sono regolati dalla legge 328/86 (da rivalutare in funzione dei LEA 2001 e 2017) e dal Piano strategico per la salute mentale 2023-2025. Altre normative includono il Decreto di indirizzo nazionale sulla salute mentale, due piani sanitari (2001-2002 e 2013-2014), piani operativi di consolidamento e sviluppo (POCS) che danno conto delle manovre per garantire l'equilibrio del bilancio e potenziare l'offerta.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I servizi vengono finanziati mediante fondi regionali ordinari (di provenienza nazionale) e costituiscono il 47% del bilancio della Regione. Ulteriori fondi specifici sono stanziati per sostenere i centri di crisi e le unità mobili e lo 0.2% delle risorse regionali è dedicato al finanziamento di enti afferenti al terzo settore.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La regione offre diversi servizi dedicati alla neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, compresi 2 reparti di ricovero ordinario presso le due ARNAS e 2 strutture per situazioni di particolare necessità (continuative), per un totale di 25 posti su 50 previsti dal Decreto di riferimento. Ci sono inoltre progetti di inclusione scolastico per alunni con disabilità e progetti riabilitativi personalizzati per minori con disturbi psicosociali. L'offerta prevede inoltre un dipartimento di salute mentale integrato (adulti, minori e SERD).
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Sono presenti équipe multidisciplinari (psichiatri, psicologi, pedagogisti, TERP, infermieri) che assicurano l'erogazione dei servizi.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Esistono diversi gruppi di lavoro, inclusi il Coordinamento regionale per la salute mentale (composto dai direttori dei dipartimenti e da rappresentanti della comunità scientifica), un tavolo per la NPIA, un gruppo regionale per interventi sull'autismo e altri tavoli con rappresentanti delle famiglie, del terzo settore e di altri stakeholder interessati.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	La Regione prevede piani di intervento per l'autismo con tre livelli di PDTA (pediatra, NPIA e strutture divise in centri diagnosi precoce e trattamento intensivo) per assicurare una presa in carico adeguata. Vi è inoltre l'attivazione di centri diurni sul territorio e strutture residenziali (non ancora attivate in nessuna ASP). Altre aree di intervento sono quelle legate ai minori migranti, alla sanità penitenziaria, ai SERD (attivazione di percorsi, centri di crisi e unità mobili) e ai disturbi alimentari.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Ogni intervento viene valutato globalmente, sebbene non esistano indicatori specifici e la rendicontazione economica per gli interventi di rilevanza sociale resti complessa.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	La mancanza di personale specializzato non consente di soddisfare la domanda per alcuni gruppi di attenzione (autismo). Non esiste un database regionale dedicato alla NPIA.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	Progetti afferenti all'ASP Catania per l'organizzazione e l'interlocuzione con enti del terzo settore. Il terzo settore si integra con enti a scopo di lucro in regime di accreditamento, anche per interventi legati alla riabilitazione di soggetti con gravi disabilità psicofisiche.
FONTI	• Piano Strategico per la salute mentale 2010 "Uno strumento per cambiare".

Tavolo 18 Sicilia

TOSCANA	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'offerta dei servizi regionali è disciplinata dal Piano sanitario e sociale 2023-2025 e dalla legge 40/2005 che ridefinisce i servizi di salute mentale regionali. La Toscana definisce i servizi come unità funzionali di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza (in altre regioni sono unità operative di psichiatria o NPIA), con l'intenzione di costruire un'organizzazione orientata verso l'utente e strutture multiprofessionali. Queste unità funzionali possono essere dirette da dirigenti medici o non medici (di solito psicologi) e attingono risorse da 5 dipartimenti diversi (dipendenze, professioni sanitarie, amministrativo e servizi sociali per gli adulti).

FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	Oltre al fondo sanitario regionale, la Toscana include finanziamenti a progetto (da Atto della Conferenza Stato-Regioni per il rafforzamento dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza), finanziamenti dedicati ad autismo e a disturbi alimentari e finanziamenti per il gioco d'azzardo gestiti dall'area dipendenze in collaborazione con ANCI (70% gestiti da progetti di zona e 30% da progetti di vasta area).
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	L'offerta include servizi ambulatoriali e ospedalieri, con 12 posti letto presso l'IRCSS Meyer, 8 presso l'IRCSS Stella Maris e 8 presso l'azienda ospedaliera Le Scotte. Esistono convenzioni e appalti per i servizi residenziali, semi-residenziali e diurni (con un solo centro diurno per adolescenti in tutta la regione).
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Gli interventi vengono effettuati da team multiprofessionali integrati e ogni presa in carico attiva tempestivamente un protocollo di mediazione dopo la segnalazione da parte dei punti nascita o delle scuole.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	La Regione ha attivato un tavolo permanente con le prefetture che si riunisce mensilmente e garantisce un accesso diretto ai servizi e include rappresentanti dei servizi sociali, delle forze dell'ordine, dell'autorità giudiziaria ecc. È stata inoltre istituita una rete pediatrica regionale, a cui partecipano i servizi di salute mentale, con attività consultiva e propositiva. È previsto poi l'engagement dei giovani nei percorsi assistenziali sulle disabilità geneticamente determinate, sul piano regionale ASD e sul percorso diagnostico e assistenziali per i DCA. Non è invece ancora previsto per i percorsi di prevenzione della salute mentale di bambini e adolescenti.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Particolare attenzione è posta verso i minori con background migratorio, con percorsi per le singole realtà territoriali (ad esempio a Prato, con il 30% di alunni italiani L2). A tal proposito è istituito un servizio di supporto linguistico per gli alunni della scuola dell'obbligo e interventi di mediazione linguistica programmata o di emergenza, con servizio di psicologia e supporto delle situazioni più complesse. Altri progetti includono un gruppo di lavoro dedicato al carcere minorile che coinvolge psicologi e neuropsichiatri infantili (fino ai 25 anni), attività di prevenzione dei suicidi, rapporti con i SERD e con gli educatori.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	I progetti e gli interventi vengono valutati sotto diversi aspetti, anche grazie ad ASTER-CLOUD, un sistema informativo regionale appena completato per la raccolta dei dati regionali con indicatori di prevalenza (prese in carico e utenti con almeno un contatto o almeno tre prestazioni), incidenza (nuovi utenti nell'anno o rientrati dopo essere stati dimessi da almeno un anno) e indicatori epidemiologici (IC10 della popolazione intercettata rispetto al totale). Altri tipi di indicatori epidemiologici includono il livello di disabilità cognitiva, test utilizzati per la diagnosi, dati di esito (partecipazione e coinvolgimento nei progetti) ecc. In futuro ci sarà l'inclusione di altri dati di esito, con l'obiettivo di arrivare a definire degli indicatori QoL e sistemi di rilevamento diretto per evidenziare lo scostamento rispetto allo standard dei percorsi terapeutici o assistenziali.
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	I criteri di accreditamento per i privati che partecipano al percorso diagnostico dei DSA sono troppo stringenti, cosa che innalza i costi senza un reale beneficio clinico. Questi criteri andrebbero adeguati alle linee guida nazionali.
PROGETTI DEGNI DI NOTA	<p>Progetto SPRINT Il Progetto SPRINT ha l'obiettivo di definire una strategia regionale di salute mentale di comunità rivolta alla presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati, di minori stranieri non accompagnati e minori migranti, basata su un approccio intersettoriale (settore pubblico e privato sociale), multidisciplinare e multiculturale, coinvolgendo anche la medicina pediatrico/generale. Include anche attività di formazione, attivazione di un sistema di supporto e supervisione per gli operatori delle strutture di accoglienza e la definizione di una strategia monitoraggio e valutazione come strumento di verifica dei risultati e di programmazione delle politiche sanitarie regionali.</p> <p>Progetto PRIZE Il progetto regionale "PRIZE – PREVENZIONE SUI RISCHI CORRELATI AL GIOCO D'AZZARDO NEGLI ADOLESCENTI" intende promuovere il benessere dei giovani del territorio toscano</p>

	attraverso azioni di prevenzione del gioco d'azzardo che coinvolgono, a livello regionale, gli studenti e le studentesse della scuola secondaria di secondo grado. Il Progetto prevede la realizzazione in classe di attività specifiche di educazione su fattori cognitivi e affettivi correlati al gioco d'azzardo. Inoltre è prevista la sensibilizzazione delle figure adulte di riferimento degli adolescenti stessi, ovvero insegnanti e genitori, e l'organizzazione di eventi di restituzione dei risultati ottenuti, aperti anche alla comunità locale. Infine, il progetto prevede l'indizione del Concorso Regionale "PRIZE: vincere con la creatività e non con l'azzardo!", finalizzato a sensibilizzare la comunità scolastica della regione Toscana sul tema del gioco d'azzardo. Il concorso, aperto a tutti gli studenti e le studentesse frequentanti la scuola secondaria di secondo grado della Regione, riguarderà la realizzazione di opere d'arte aventi come tema il gioco d'azzardo.
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2024-2026. • Informativa preliminare al Consiglio Regionale ai sensi dell'articolo 48 dello statuto regionale. • "La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana, tra sociale e sanitario, 2023".

Tavolo 19 Toscana

UMBRIA	
GOVERNANCE E POLITICHE	L'erogazione dei servizi nella Regione Umbria è regolata dal Piano Sanitario Regionale 2022-2026 e dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025. Sono previste azioni per la prevenzione della salute mentale nei contesti scolastici e familiari, screening precoci, progetti sperimentali per adolescenti e supporto alle famiglie con minori in difficoltà. Esiste un Tavolo regionale per la salute mentale e il benessere psicologico, che include Aziende Sanitarie Locali, scuole, enti locali e associazioni.
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	I finanziamenti provengono dal Fondo Sanitario Regionale, dal Fondo Sociale Europeo (FSE) e dal Piano Nazionale della Prevenzione. Sono previsti fondi dedicati per minori vulnerabili, tra cui il Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) e risorse per la disabilità e la non autosufficienza. I finanziamenti sostengono programmi di inclusione sociale, progetti scolastici e supporto psicologico nelle scuole e nei consultori.
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITA'	La Regione Umbria offre servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), consultori familiari, Centri di Salute Mentale e sportelli di ascolto nelle scuole. Sono disponibili equipe di primo contatto per adolescenti e progetti di prevenzione del disagio giovanile. Viene promosso il monitoraggio e la prevenzione delle ricadute per i minori con disturbi psichici.
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	Nei servizi operano neuropsichiatri infantili, psicologi clinici, assistenti sociali, educatori professionali, terapisti della neuropsicomotricità e logopedisti. Sono attivi mediatori culturali per il supporto ai minori migranti e case manager per la gestione dei casi complessi.
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	Sono attivi protocolli di collaborazione tra sanità, scuola e servizi sociali. Le scuole implementano programmi di prevenzione con sportelli di ascolto, interventi di supporto alla genitorialità e formazione per docenti. I servizi sociali lavorano in rete con la neuropsichiatria infantile per la gestione dei minori con fragilità sociali e psicologiche.
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	Sono previsti interventi specifici per minori con disabilità, minori stranieri non accompagnati, adolescenti LGBTQIA+ e vittime di violenza. Le azioni includono supporto psicologico, mediazione culturale, programmi educativi e progetti di inclusione sociale.
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	Il monitoraggio si basa su questionari di soddisfazione, focus group e analisi dei dati sui minori presi in carico. Gli indicatori valutano l'accesso ai servizi, la qualità delle prestazioni e il successo dei percorsi di cura.

SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	<p>Le principali sfide riguardano la necessità di ridurre i tempi di attesa, rafforzare il coordinamento tra servizi e migliorare la formazione degli operatori. Le opportunità includono il potenziamento delle equipes multidisciplinari, la digitalizzazione dei servizi e l'espansione dei programmi di prevenzione psicosociale nelle scuole. Da evidenziare la difficoltà di superare appieno la disomogeneità del modello organizzativo nelle due Aziende USL; è necessario rendere effettiva l'afferenza dei Servizi di PIA al DSM, per garantire, oltre alla presa in carico del paziente, anche l'organicità dell'intervento su tematiche specifiche. A tale scopo è stata istituita la rete della neuropsichiatria infantile. L'organizzazione attuale dei Servizi di Salute Mentale va adeguata in modo da poter cogliere pienamente le problematiche afferenti all'area dei minori e della popolazione giovanile, in marcato aumento, con elevata complessità clinico assistenziale ed una fascia d'età sempre più allargata, che necessita di un approccio precoce, fortemente integrato e multidisciplinare. Anche i Servizi dedicati alla salute neuropsichica dei minori risultano disomogenei nell'organizzazione e nella dotazione di risorse, causando non uniformità nei tempi e nelle modalità di attuazione dei percorsi assistenziali. Mancano inoltre Reparti Ospedalieri di Neuropsichiatria Infantile, posti letto specificamente dedicati alle acuzie psichiatriche in adolescenza. Manca infine un'adeguata organizzazione per la gestione del paziente cronico e soprattutto l'appropriata presa in carico dell'età di transizione da minore ad adulto e da adulto ad anziano.</p>
PROGETTI DEGNI DI NOTA	<p>La Regione Umbria sta sviluppando nuovi progetti per il rafforzamento della salute mentale nei giovani, con particolare attenzione ai servizi territoriali, all'inclusione scolastica e ai percorsi di autonomia per i minori in uscita dalle strutture residenziali.</p>
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> • Piano regionale della prevenzione 2020-2025. • Piano sanitario regionale 2022-2026.

Tavolo 20 Umbria

VENETO	
GOVERNANCE E POLITICHE	<p>L'erogazione dei servizi nella regione Veneto è definita da normative nazionali e regionali, nonché dalla Delibera Regionale sulle Unità Funzionali Distrettuali per gli Adolescenti (UFDA). Ricordiamo anche la DGR 371 del 2022, per l'architettura del modello organizzativo dei Dipartimenti salute mentale, che prevede specificamente un'azione sulla transizione tra minore e maggiore età.</p>
FINANZIAMENTO DEGLI INTERVENTI	<p>I servizi di supporto alla salute mentale e psicosociale ricevono fondi nazionali dedicati, assegnati dopo la pandemia da Covid-19, fondi sanitari per progetti locali rivolti a minori con condizioni patologiche e fondi specifici per la popolazione adolescenziale.</p>
SERVIZI OFFERTI, POPOLAZIONE TARGET E DATI ATTIVITÀ	<p>Il Veneto offre una gamma di approcci diversificati e complessi, a seconda delle attività svolte dalle ATS e dai comuni. L'offerta regionale è supportata da 9 aziende sanitarie e 21 ATS. Sono inoltre disponibili posti letto ospedalieri riservati agli adolescenti, con un'attenzione particolare al contesto clinico e sociale.</p>
FIGURE PROFESSIONALI ED EQUIPE	<p>L'accesso ai servizi e la gestione dei casi variano notevolmente, considerando le dimensioni sanitarie, sociali, psicosociali e scolastiche.</p>
COLLABORAZIONE INTER-SETTORIALE	<p>Il Veneto partecipa al gruppo di lavoro nazionale per l'armonizzazione degli interventi psicologici per i bambini ed è coinvolto in gruppi interregionali. Protocollo di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e la Neuropsichiatria Infantile in funzione di un percorso di cura centrato sulla persona.</p>
FOCUS: GRUPPI VULNERABILI	<p>Diverse iniziative sono rivolte a popolazioni target specifiche, tra cui: 1) Interventi trasversali per i disturbi alimentari, con l'attivazione di fondi di contrasto; 2) Sanità penitenziaria integrata con interventi sociali e il sistema giudiziario, che interessa 1036 minori ospitati in comunità di accoglienza e circa 1000 in affido familiare; 3) Risorse specifiche per il supporto ai bambini malati di cancro.</p>
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI	<p>Esiste un monitoraggio globale sui costi e sui risultati dei progetti, ma non sono previsti indicatori specifici per la valutazione della qualità.</p>
SFIDE E OPPORTUNITÀ DELL'INTEGRAZIONE INTER-SETTORIALE	<p>Una delle principali difficoltà nell'erogazione ottimale dei servizi è la mancanza di strutture dedicate a riconnettere i minori con problemi di salute mentale o psicosociali alle loro famiglie.</p>

PROGETTI DEGNI DI NOTA	<p>Focus: “Progetto 1000 giorni di noi”</p> <p>Il progetto prevede una serie di misure a sostegno delle famiglie, con particolare attenzione al supporto genitoriale nella cura dei bambini nei primi tre anni di vita. L’investimento è destinato ad azioni di supporto, divulgazione e monitoraggio. L’iniziativa introduce una combinazione di misure di sostegno in tutte le 21 ATS della regione per favorire lo sviluppo e il rafforzamento delle competenze genitoriali, con effetti positivi a lungo termine. Rivolgendosi a coppie, genitori e famiglie, il progetto prevede non solo interventi diretti (come il supporto domiciliare), ma anche attività di formazione e consulenza. L’aspettativa è che questa iniziativa porti a una diffusione più ampia di programmi di coaching familiare e alla creazione di servizi specifici nelle aree in cui non sono ancora disponibili.</p>
FONTI	<ul style="list-style-type: none"> • Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 (BUR n. 133/ 2018). • Piano socio-sanitario regionale 2019-2023.

Tavolo 21 Veneto

Allegato 8 - Risultati dell'analisi del contenuto sulle trascrizioni delle interviste

ID Regione	Testuale	Codice del primo ordine	Codice del secondo ordine
R1	<p><i>"L'integrazione socio-sanitaria si realizza in ambito distrettuale, l'articolazione più prossima ai cittadini, dove si capisce concretamente cosa serve in quel territorio rispetto alle necessità e ai bisogni che pongono i sindaci."</i></p>	Bisogni della popolazione	Clinico
R1	<p><i>"Grazie ai finanziamenti nazionali del DM del 30 novembre 2021, abbiamo potuto aumentare il numero di professionisti negli spazi giovani, permettendo di coprire più distretti e raggiungere più scuole, esaudendo richieste che prima non potevano essere soddisfatte."</i></p>	Gestione delle risorse umane	Funzionale
R1	<p><i>"Abbiamo un piano sociale e sanitario che dà obiettivi alle aziende e agli enti locali, proprio perché il focus è l'integrazione socio-sanitaria nella copertura e nell'offerta di servizi."</i></p>	Gestione dei servizi	Funzionale
R1	<p><i>"Il modello regionale rispetto alla prevenzione e alla salute è un modello di salute pubblica integrato. Il modello ruota intorno al principio di integrazione socio-sanitaria che si articola a livello istituzionale, con il coinvolgimento degli attori istituzionali: la regione nelle sue articolazioni, le aziende sanitarie e gli enti locali."</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R1	<p><i>"Stiamo lavorando con un gruppo interdisciplinare sugli spazi di ascolto scolastici, per garantire un coordinamento distrettuale, una forte connessione con i servizi e una continuità e stabilità di intervento in tutte le scuole secondarie. Gli operatori degli spazi giovani svolgono nelle scuole progetti di educazione all'affettività, alla sessualità e alle relazioni."</i></p>	Formazione interprofessionale	Professionale

	<p><i>“Uno degli strumenti chiave è un fondo che finanzia progetti personalizzati attraverso una quota sociale e una quota sanitaria. L’obiettivo è prevenire il ricorso a comunità terapeutiche e favorire percorsi personalizzati a livello territoriale, sostenendo la genitorialità e creando alternative ai modelli tradizionali di residenzialità.”</i></p>	Piano di cura multidisciplinare individuale	Clinico
R2	<p><i>“Sul tema delle dipendenze giovanili, l’azienda sanitaria ha un servizio specifico dedicato ai giovani, con interventi sia preventivi sia di presa in carico.”</i></p>	Caratteristiche del servizio	Clinico
R2	<p><i>“Questa normativa introduce e regola meglio il concetto di budget di progetto e budget di salute, strumenti a supporto di percorsi inclusivi. A livello normativo, questi sono due elementi di grande novità per il sistema.”</i></p>	Gestione dei servizi	Funzionale
R2	<p><i>“È presente una lunga tradizione nel terzo settore, essendo la regione in cui è nata la prima cooperativa sociale in Italia. Le organizzazioni del terzo settore giocano un ruolo chiave nella deistituzionalizzazione e nella riforma psichiatrica. Esse partecipano attivamente alla programmazione di interventi di prossimità, domiciliarità e supporto educativo nelle scuole.”</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R2	<p><i>“La legge di riforma del sistema socio-sanitario introduce un elemento di sviluppo, favorendo l’integrazione tra il settore sociale e quello sanitario. Da qui derivano norme specifiche per le singole aree tecniche, come l’ultima disposizione sulla riorganizzazione dei servizi per la disabilità, con particolare attenzione ai minori. Questi aspetti sono regolati da una legge del 2022.”</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R3	<p><i>“Nel piano di prevenzione, uno degli obiettivi è dedicato al coinvolgimento della popolazione scolastica, con attività mirate al benessere psicosociale.”</i></p>	Partecipazione dei clienti	Clinico
R3	<p><i>“Un concetto chiave della programmazione regionale è quello di accompagnare la persona lungo tutto il suo ciclo di vita, dalla nascita fino all’età adulta. In quest’ottica, cerchiamo di garantire continuità tra i servizi dedicati all’infanzia e quelli per gli adulti.”</i></p>	Continuità	Clinico
R3	<p><i>“Un caso interessante è il modello di una ASL che ha avviato il servizio PIPSM (Prevenzione e Interventi Precoci in Salute Mentale), rivolto alla fascia 14-21 anni.”</i></p>	Bisogni della popolazione	Clinico

R3	<p><i>"Un elemento centrale dell'approccio regionale è il piano di zona per l'integrazione socio-sanitaria, che rappresenta lo strumento principale per la fusione tra politiche sanitarie e sociali."</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R3	<p><i>"Nel 2015, in raccordo con il Ministero della Giustizia, è stato avviato un programma per la prevenzione del suicidio tra i minori in carcere. (...) Un'area critica riguarda i minori nel circuito penale, che spesso rientrano nel sistema sanitario senza un finanziamento specifico. Questo rende necessario un maggiore coordinamento tra scuola, servizi sociali, sanità e giustizia minorile."</i></p>	Accordi di collaborazione interdisciplinare	Professionale
R3	<p><i>"Nel 2018 abbiamo implementato il piano di prevenzione per minori e giovani adulti, accompagnato da linee guida sulla prevenzione degli abusi sui minori e un progetto biennale sul benessere degli adolescenti, concluso a fine 2024."</i></p>	Linee guida e protocolli multidisciplinari	Professionale
R4	<p><i>"Una delle nostre ASL ha creato 'Giovane in gioco', una struttura in pieno centro con tre belle vetrine sulla strada attraverso le quali si può vedere all'interno, sembra un atelier artistico. In realtà è un centro dedicato ai giovani che possono accedere senza nessun tipo di presa in carico, ma trovano educatori, psicologi, sociologi, tutta la filiera di assistenti sociali dedicata ai loro bisogni del momento."</i></p>	Partecipazione dei clienti	Clinico
R4	<p><i>"È stata anche recepita l'intesa nazionale di prevenzione e consumi di sostanze nelle scuole, quindi una popolazione target molto facile perché si raggiungono tutti dai sei ai 18-19 anni, che è stata fatta in collaborazione con il Ministero della Salute, Dipartimento Politiche Antidroga, Ministero dell'Interno e MIUR."</i></p>	Bisogni della popolazione	Clinico
R4	<p><i>"Esistono, oltre agli atti normativi come il piano sociale integrato regionale e il piano socio sanitario, altri atti normativi. Noi ci occupiamo della parte sanità e quindi il primo nostro obiettivo è l'integrazione all'interno del sistema sanitario"</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R4	<p><i>"Per quanto riguarda i migranti, ALISA, con gli enti del sistema sanitario regionale, ha partecipato al progetto 'Approdi' che, attraverso il FAMI, prevede nuove prospettive e vede il coinvolgimento anche di una ASL e del Comune per la presa in carico della vulnerabilità di minori stranieri non accompagnati e minori inseriti in situazioni di fragilità."</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo

R4	<p><i>"È stata istituita una cabina di regia regionale con una delibera del 2023, che recepisce un accordo per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi per il reinserimento socio lavorativo delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria."</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R4	<p><i>"Abbiamo aderito a progetti europei, di cui uno abbiamo avuto il coordinamento, che è il progetto ASAP training che si è rivolto proprio a sviluppare un curriculum di prevenzione rivolto agli adolescenti e ai minori."</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R4	<p><i>"È stato istituito come strumento per promuovere questa rete di servizi a livello regionale un tavolo dedicato sul disagio giovanile che è stato formalizzato con una delibera del 2021."</i></p>	Gestione degli stakeholder	Sistema
R5	<p><i>"L'area sanitaria e socio-sanitaria fa capo alla Direzione Generale Welfare della Regione, mentre l'area sociale è gestita dalla Direzione Generale Famiglia e Altri Servizi. Questo comporta una divisione nella gestione di alcuni interventi che richiedono continuità tra il sanitario e il sociale."</i></p>	Continuità	Clinico
R5	<p><i>"Attualmente, la regione ha 50 detenuti minorenni su un totale di 8.000 detenuti. Tuttavia, chi commette un reato da minorenne continua a essere seguito dal sistema della giustizia minorile anche dopo il raggiungimento della maggiore età."</i></p>	Continuità	Clinico
R5	<p><i>"Finanziamenti Specifici per le Dipendenze e la Salute Mentale" Gioco d'azzardo: 7-8 milioni di euro annui, con fondi vincolati per prevenzione e cura. Autismo: Voucher autismo: 8,1 milioni di euro annui. Voucher socio-sanitario: 7,5 milioni di euro annui. Finanziamento nazionale: 1,2 milioni di euro (90% destinato alla fascia 0-18 anni)."</i></p>	Gestione dei servizi	Funzionale
R5	<p><i>"Uno degli aspetti più complessi è la creazione di percorsi di integrazione tra sanitario e sociale. Ad esempio, al termine di un percorso residenziale, alcuni pazienti non possono rientrare nella propria famiglia d'origine a causa di contesti disfunzionali. Servirebbero quindi modelli integrati con il sociale, ma questi sono ancora difficili da implementare."</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo

R5	<p><i>“Dal punto di vista economico, il fondo sanitario regionale è più consistente rispetto ai fondi sociali, creando uno squilibrio. I comuni, specialmente quelli più piccoli, faticano a sostenere i costi di modelli che richiedono un’impostazione più complessa e partecipativa.”</i></p>	Gestione degli stakeholder	Sistema
R6	<p><i>“Un altro strumento chiave è la ‘Peer Education’, che prevede la formazione di giovani per sensibilizzare i loro pari su tematiche cruciali come le dipendenze e la salute mentale. Vogliamo potenziare questa iniziativa, creando una rete strutturata di peer educator.”</i></p>	Partecipazione dei clienti	Clinico
R6	<p><i>“Stiamo investendo in diversi progetti di prevenzione rivolti ai giovani. Uno di questi è il ‘Patentino per lo Smartphone’, nato in una delle nostre province e ora esteso a livello regionale. Questo programma aiuta i ragazzi e le loro famiglie a sviluppare un uso consapevole della tecnologia.”</i></p>	Educazione del paziente	Clinico
R6	<p><i>“Stiamo lavorando su una migliore quantificazione delle risorse dedicate alla salute mentale. Attualmente, nella regione si investe circa il 2,5-3% del budget sanitario, mentre il target nazionale dovrebbe essere almeno il 5%. Per affrontare questa sfida, intendiamo raccogliere dati più dettagliati sulle attività svolte e sulle risorse impiegate.”</i></p>	Gestione delle informazioni	Funzionale
R6	<p><i>“La Regione offre molti servizi con competenze di alto valore. Tuttavia, mentre alcuni settori avanzano in modo integrato, in altri troviamo ancora grandi difficoltà. La chiave di successo è sviluppare modelli di integrazione strutturali, evitando soluzioni estemporanee legate a singoli progetti.”</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R6	<p><i>“Un’altra sfida per il 2025 è la traduzione del ‘Budget di Salute’ in strumenti operativi. Questo modello, già adottato in alcune regioni, prevede una gestione integrata delle risorse tra sanità, sociale e terzo settore. Tuttavia, la sua attuazione richiede un coordinamento complesso tra i vari enti.”</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo

R6	<p><i>“Il ritiro sociale è un fenomeno in crescita, che richiede una risposta coordinata tra scuola, sanità e servizi sociali. Abbiamo siglato un'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale per sviluppare strategie di intervento e organizzeremo un convegno a marzo 2025 per discutere di questi temi con esperti del settore.”</i></p>	Accordi di collaborazione interdisciplinare	Professionale
R6	<p><i>“Uno degli strumenti su cui stiamo lavorando è la Consulta della Salute Mentale. Essa raccoglie i principali attori del settore e, rispetto all'attuale coordinamento dei dipartimenti di salute mentale, prevede una partecipazione più ampia. Il nostro obiettivo è attivarla entro l'estate, per garantire una gestione più efficace delle tematiche legate alla salute mentale.”</i></p>	Visione condivisa tra professionisti	Professionale
R7	<p><i>“Grazie ai fondi del PNRR, si stanno compiendo passi avanti verso una maggiore integrazione. Tuttavia, attualmente, la raccolta dei dati su salute mentale e neuropsichiatria infantile è ancora lacunosa a livello nazionale.”</i></p>	Fornitura di informazioni ai clienti	Clinico
R7	<p><i>“A livello amministrativo, sanità e sociale operano su sistemi informativi separati. Non esiste un sistema informativo socio-sanitario unificato. Questa frammentazione riflette la separazione delle competenze amministrative e costituisce un ostacolo all'integrazione dei dati tra i due settori”.</i></p>	Gestione delle informazioni	Funzionale
R7	<p><i>“Uno degli aspetti peculiari della nostra organizzazione è la separazione tra sociale e sanità. Abbiamo competenza secondaria sulla sanità, il che significa che dobbiamo seguire le direttive e le leggi nazionali. D'altro canto, il settore sociale gode di competenza primaria ed è completamente indipendente dal governo centrale. Questa divisione, sebbene offra maggiore libertà decisionale nel sociale, può generare criticità nella collaborazione tra i due ambiti.”</i></p>	Trascendere le percezioni di dominio	Normativo
R7	<p><i>“Un aspetto cruciale riguarda la presenza di tavoli di coordinamento. Esistono diversi tavoli tematici:”</i> • Tavolo sulla rete antiviolenza. • Tavolo scuola-sanità. • Rete Salute Mentale, che include anche il settore delle dipendenze. • Gruppo strategico per l'autismo, che coinvolge scuola, lavoro, pazienti, associazioni, sanità e sociale. • Tavoli specifici per i disturbi alimentari e la prevenzione delle dipendenze.</p>	Accordi di collaborazione interdisciplinare	Professionale

	<p><i>"Le équipe che sono presenti in tutti i distretti si fanno carico sia della risposta alle necessità afferenti all'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e si fanno anche carico dell'attuazione di tutti quegli interventi legati alla inclusione scolastica dell'alunno con disabilità."</i></p>	Piano di cura multidisciplinare individuale	Clinico
R8	<p><i>"Per quanto riguarda l'autismo, già dal 2007 ci siamo dotati di un piano di intervento che si è rinnovato nel 2019. Il documento si chiama 'sistema integrato per i soggetti con questo disturbo' e definisce tre livelli: il primo livello è quello del pediatra, il secondo livello è quello dei servizi di neuropsichiatria infantile che sono presenti a livello di tutti i distretti. Un terzo livello è riferito a strutture in ciascuna azienda denominate 'centro per la diagnosi precoce e il trattamento intensivo'. Il programma prevede anche l'attivazione di centri diurni come strutture semiresidenziali trattamentali."</i></p>	Piano di cura multidisciplinare individuale	Clinico
R8	<p><i>"Nella nostra amministrazione le tematiche legate alla ludopatia sono in capo a un servizio allocato in un altro dipartimento, il Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, al cui interno ha una struttura che ha definito interventi specifici sul campo."</i></p>	Gestione dei servizi	Funzionale
R8	<p><i>"Il budget di salute è uno strumento potentissimo, efficacissimo, ed è sicuramente uno strumento di cui i dipartimenti di salute mentale oggi non potrebbero più fare a meno."</i></p>	Gestione delle competenze	Organizzativo
R8	<p><i>"Abbiamo un tavolo per quanto riguarda la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, abbiamo un gruppo regionale che affronta e ci sostiene per la definizione degli interventi in materia di autismo. Il documento che citavo si chiama esattamente 'programma regionale unitario per l'autismo', dove sono presenti anche altri stakeholder come rappresentanti delle famiglie e soggetti del terzo settore."</i></p>	Gestione degli stakeholder	Sistema
R9	<p><i>"C'è un tavolo permanente che si riunisce circa mensilmente e noi, come ASL, abbiamo garantito contatti diretti con i CAS per situazioni d'urgenza, con una slot dove entro 72 ore si può avere una visita neuropsichiatrica o psicologica per problematiche intercorrenti."</i></p>	Continuità	Clinico

R9	<p><i>"L'anno scorso nel 2024 c'è stata una maggiore attenzione agli aspetti di promozione della salute e quindi anche di interventi nelle scuole, con modelli innovativi, come il progetto Prize per il gioco d'azzardo che permette di arrivare a un intervento cognitivo sulla realtà del gioco d'azzardo rispetto alle percezioni e ai modelli culturali."</i></p>	Educazione del paziente	Clinico
R9	<p><i>"Abbiamo avuto finanziamenti a progetto nel 2022 e 2023 dalla Conferenza Stato Regioni per il potenziamento dei dipartimenti di salute mentale, che in parte sono stati destinati al rafforzamento dei servizi per l'infanzia adolescenza. Un finanziamento, ora concluso, era per promuovere attività di salute mentale di comunità per gli adolescenti."</i></p>	Gestione dei servizi	Funzionale
R9	<p><i>"Per quanto riguarda i migranti, abbiamo percorsi che riguardano singole realtà territoriali. [...] In questa realtà è stato necessario stabilire un protocollo per gli alunni con background migratorio, un protocollo interistituzionale che riguarda i comuni (in particolare il comune capofila), l'azienda sanitaria, i servizi sociali e i servizi educativi del comune. In generale, a fronte di qualsiasi richiesta di prestazione sanitaria, sia ospedaliera sia territoriale, è sempre possibile attivare, anche in tempi molto brevi, una mediazione linguistica e culturale."</i></p>	Collegamento delle culture	Normativo
R10	<p><i>"Sono attive due unità di valutazione multidisciplinare: una prettamente sanitaria e l'altra di natura sociale. Questo approccio evita di creare semplici liste di servizi e punta a progetti che integrano tutte le parti necessarie per ogni fase della vita."</i></p>	Piano di cura multidisciplinare individuale	Clinico
R10	<p><i>"Abbiamo anche un servizio socio-assistenziale chiamato GPS, gratuito e dedicato alle famiglie con adolescenti in difficoltà. Qui i genitori possono ricevere consulenza e supporto da pedagogisti, psichiatri e psicologi."</i></p>	Piano di cura multidisciplinare individuale	Clinico
R10	<p><i>"Dal punto di vista organizzativo, la presa in carico avviene sempre attraverso un'équipe multidisciplinare di riferimento, con percorsi specifici per l'autismo, la salute mentale e la disabilità.."</i></p>	Piano di cura multidisciplinare individuale	Clinico

	<p><i>“Un altro progetto fondamentale riguarda la prevenzione del suicidio. Purtroppo, la regione ha un’incidenza elevata di suicidi, e nel 2022 abbiamo approvato una delibera per un vasto progetto interdisciplinare. Una parte di questo progetto è dedicata ai giovani, in collaborazione con l’Università. Stiamo conducendo una ricerca-azione nei luoghi di vita degli adolescenti (scuole, attività sportive, oratori) per individuare le aree critiche e rafforzare le reti di sostegno.”</i></p>	Bisogni della popolazione	Clinico
R10	<p><i>“Abbiamo avuto casi di accesso al pronto soccorso di ragazzini di appena 11 anni per abuso di alcol e sostanze. (...) Con un’altra regione abbiamo sviluppato un progetto che prevede un codice specifico per il pronto soccorso in caso di abuso alcolico o di sostanze nei giovani. Questo codice attiva un’équipe del SERD, che interviene tempestivamente, anche per supportare le famiglie.”</i></p>	Caratteristiche del servizio	Clinico
R10	<p><i>“Siamo in rete con diverse regioni italiane, collaborando attivamente.”</i></p>	Strategia inter-organizzativa	Organizzativo
R11	<p><i>“Nel settore sanitario, non esiste un finanziamento specifico destinato agli adolescenti. All’interno del fondo sanitario, esistono progetti che localmente vengono destinati agli adolescenti, ma esclusivamente per situazioni di natura psicopatologica. Non c’è un finanziamento ad hoc legato esclusivamente all’età adolescenziale.”</i></p>	Bisogni della popolazione	Clinico
R11	<p><i>“Un’area di crescente importanza è quella dei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione. Qui operiamo in sinergia con i servizi per i minori, affrontando le problematiche con un approccio multidisciplinare. Il Ministero ha attivato un fondo per contrastare i disturbi alimentari, il quale ha erogato una seconda tranne di fondi alla fine del 2024, con progettualità previste fino a giugno 2026. Si tratta di un settore in cui interveniamo già dalla prima adolescenza con un lavoro congiunto tra servizi sanitari e sociali.”</i></p>	Formazione interprofessionale	Professionale

R11

“La Regione ha un'integrazione socio-sanitaria particolare, con figure professionali come l'assistente sociale attive nei servizi di età evolutiva e neuropsichiatria. Esistono tre modalità di presa in carico per i minori a rischio: delega totale alle aziende socio-sanitarie, delega dell'istruttoria o semplice richiesta di consulenza. Abbiamo cercato di armonizzare questi approcci con nuove linee guida e un documento che definirà standard minimi di funzionamento.”

Linee guida e
protocolli
multidisciplinari

Professionale

Note

-
- ¹ Rapporto dell'UNICEF "Salute mentale del bambino e dell'adolescente - Lo stato dei bambini nell'Unione europea 2024",
- ² OpenPolis (2022) La salute mentale di bambini e ragazzi dopo l'emergenza Covid. OpenPolis. <https://www.openpolis.it/la-salute-mentale-di-bambini-e-ragazzi-dopo-l-emergenza-covi/>
- ³ Istat, Rapporto Bes, 2021. <https://www.istat.it/it/archivio/269316>.
- ⁴ Istat, Rapporto Bes, 2023. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/04/Bes-2023-Ebook.pdf>
- ⁵ Ussai, S., Castelpietra, G., Mariani, I., Casale, A., Missoni, E., Pistis, M., Monasta, L., & Armocida, B. (2022). Quali sono le prospettive per la salute pubblica dopo il COVID-19 in Italia? Adottare un approccio di cura centrato sui giovani nei servizi di salute mentale. *Giornale internazionale di ricerca ambientale e salute pubblica*, 19(22), 14937. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214937>
- ⁶ Si veda il 13° Rapporto di aggiornamento del Gruppo CRC sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia <https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2023/11/RAPPORTO-CRC-2023.pdf>
- ⁷ <https://www.unicef.it/media/fondazione-policlinico-universitario-agostino-gemelli-irccs-e-unicef-oltre-1-500-giovani-e-piu-di-1900-genitori-coinvolti-nel-progetto-withyou-la-psicologia-con-te/>
- ⁸ <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-05/pandemia-neurosviluppo-salute-mentale.pdf>
- ⁹ Ibidem, p.28.
- ¹⁰ Istituto Superiore di Sanità. (2021). Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2021 - Guida provvisoria per un adeguato supporto alla salute mentale nei minori durante la pandemia di COVID-19.
- ¹¹ Percentuale stimata di disturbi mentali tra gli adolescenti di età compresa tra 10 e 19 anni in Europa, 2019, disponibile all'indirizzo <https://www.unicef.org/media/108121/file/SOWC-2021-Europe-regional-brief.pdf>, p.4.
- ¹² https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2024-10/salute-mentale-come-stanno-ragazzi_0.pdf
- ¹³ "Linee guida per la promozione della salute mentale e gli interventi preventivi per gli adolescenti" <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf?sequence=1>
- ¹⁴ Attualmente, per la maggior parte dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva, vi è una marcata insufficienza di dati epidemiologici nel contesto italiano. Laddove tali dati sono disponibili, sono spesso obsoleti, limitandone l'utilità pratica. Va notato che il flusso nazionale di informazioni sulle NPIA è in fase di attuazione come parte del più ampio sistema informativo sulla salute mentale, che attualmente non include i minori. L'implementazione del flusso nazionale di informazioni sulle NPIA rappresenta un progresso cruciale, sia per colmare le attuali lacune nei dati epidemiologici sui disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva, sia per fornire una base più solida e completa per la ricerca e la pianificazione sanitaria.
- ¹⁵ <https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2024/01/13%C2%80-Rapporto-CRC-VERSIONE-DEFINITIVA-3.pdf>, p.115.
- ¹⁶ Per ulteriori informazioni, si vedano le raccomandazioni a pagina 115 del documento <https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2023/11/RAPPORTO-CRC-2023.pdf>
- ¹⁷ https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf?utm_source=chatgpt.com, p.32.
- ¹⁸ Patrick D McGorry, Cristina Mei - Intervento precoce nella salute mentale dei giovani: progressi e direzioni future: Evidence Based Mental Health 2018;21. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060>
- ¹⁹ [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=Rimane%20la%20frammentazione%20del%20sistema,se%20non%20per%20volont%C3%A0%20e, p.54](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=Rimane%20la%20frammentazione%20del%20sistema,se%20non%20per%20volont%C3%A0%20e,)
- ²⁰ [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=%C3%88%20necessario%20mettere%20in%20campo,condizioni%20del%20ciclo%20di%20vita, p.38.](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=%C3%88%20necessario%20mettere%20in%20campo,condizioni%20del%20ciclo%20di%20vita,)
- ²¹ [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=un%20reparto%20di%20NPIA%3B%20E%280%93,un%20servizio%20per%20l%20E%280%99et%C3%A0%20adulta, p.24.](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=un%20reparto%20di%20NPIA%3B%20E%280%93,un%20servizio%20per%20l%20E%280%99et%C3%A0%20adulta,)
- ²² [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=Esiste%20lista%20di%20E%280%99attesa%20con%20tempi,Occorre%20individuare%20luoghi%20di, p.22](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=Esiste%20lista%20di%20E%280%99attesa%20con%20tempi,Occorre%20individuare%20luoghi%20di,)
- ²³ [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=%E2%80%93%20Mancanza%20comunit%C3%A0%20di%20accoglienza,presa%20in%20carico%20delle%20famiglie, p.64.](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=%E2%80%93%20Mancanza%20comunit%C3%A0%20di%20accoglienza,presa%20in%20carico%20delle%20famiglie,)
- ²⁴ [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=rilevanza%2C%20sia%20qualitativa%20che%20quantitativa%2C,protettivi%20presenti%2C%20della%20capacit%C3%A0%20di, p.12.](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=rilevanza%2C%20sia%20qualitativa%20che%20quantitativa%2C,protettivi%20presenti%2C%20della%20capacit%C3%A0%20di,)
- ²⁵ <https://www.datocms-assets.com/30196/1649406104-unicef-rapporto-mappatura-esecutivo-web.pdf>
- ²⁶ UNICEF (2022). Buone pratiche nel supporto psicosociale e alla salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia – Nuovi percorsi, pp. 6, 8-9, 23.
- ²⁷ UNICEF, Base per un Piano d'Azione Europeo per la Garanzia dell'Infanzia in Italia, <https://www.unicef.org/eca/media/23056/file/Deep%20Dive%20Italy%20-%20Main%20Report%20IT.pdf>
- ²⁸ [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=salute%20ha%20osservato%20che%20permangono,qualit%C3%A0%20dei%20servizi%20assicurati%3B%20Oci, p.25.](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/salute-mentale-adolescenti.pdf#:~:text=salute%20ha%20osservato%20che%20permangono,qualit%C3%A0%20dei%20servizi%20assicurati%3B%20Oci,)
- ²⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092613/>
- ³⁰ Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2022). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *The Lancet Psychiatry*, 9(6), 435-452.
- ³¹ Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 727–735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>

-
- ³² Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- ³³ *Idem*.
- ³⁴ Treasure, J., Schmidt, U., & Hugo, P. (2005). Mind the gap: Service transition and interface problems for patients with eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 187(5), 398-400.
- ³⁵ World Health Organization. *World Report on Adolescent Development*. 2019
- ³⁶ Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160.
- ³⁷ <https://documenti.camera.it/leg19/odg/assemblea/xhtml/2023/07/27/20230727.html>
- ³⁸https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3423
- ³⁹<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5564&area=salute%20mentale&menu=DNA>
- ⁴⁰ <https://piattaformadisturbialimentari.iss.it/>
- ⁴¹<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6160&area=salute%20mentale&menu=DNA>
- ⁴² Dati disponibili sul sito <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide/>, paragrafo Panoramica, consultato il 7 dicembre 2024
- ⁴³ Vivere la vita: una guida all'attuazione per la prevenzione del suicidio nei paesi, OMS, 2021, disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf?sequence=1>
- ⁴⁴ Fonte: *Statistiche sanitarie mondiali 2024 Monitoraggio della salute per gli SDG, Obiettivi di sviluppo sostenibile*, p. 18.
- ⁴⁵ I dati sono contenuti nel documento *Mental health of children and young people: service guidance 2024 by the WHO and UNICEF*, p.22, disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379114/9789240100374-eng.pdf?sequence=10>
- ⁴⁶ Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm, World Health Organization. (2021).
- ⁴⁷ Balazs, J., Miklósi, M., Kereszteny, A., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... & Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670-677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- ⁴⁸ World Health Organization. (2023). *Mental health of children and young people*. Retrieved April 16, 2025, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379114/9789240100374-eng.pdf?sequence=1>
- ⁴⁹ Shanahan, L., Zucker, N., Copeland, W. E., Bondy, C. L., Egger, H. L., & Costello, E. J. (2015). Childhood somatic complaints predict generalized anxiety and depressive disorders during young adulthood in a community sample. *Psychological Medicine*, 45(8), 1721-1730. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002840>
- ⁵⁰ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379114/9789240100374-eng.pdf?sequence=10>
- ⁵¹ https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2024-10/salute-mentale-come-stanno-ragazzi_.pdf
- ⁵² Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. T., Schwartz, K. T., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11-43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>
- ⁵³ Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 133-150. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x>
- ⁵⁴ Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 623-647. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0930-6>
- ⁵⁵ Grist, R., Croker, A., Denne, M., & Stallard, P. (2019). Technology delivered interventions for depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(2), 147-171. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0271-8>
- ⁵⁶ Conley, C. S., Durlak, J. A., Kirsch, A. C., & Zahniser, E. (2022). Universal mental health promotion and prevention programs for young people: A systematic review of implementation and effectiveness. *Prevention Science*, 23(1), 77-94. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01306-8>
- ⁵⁷ Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- ⁵⁸ UNICEF. (2017). *The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World*. Retrieved from <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2017>
- ⁵⁹ Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H. Y. (2014). Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 136, 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.011>
- ⁶⁰ Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of Addiction*, 2013, 579310. <https://doi.org/10.1155/2013/579310>
- ⁶¹ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>, p.11. Consultato il 6 dicembre 2024.

-
- ⁶² Rapporto mondiale sulla droga. Ginevra: UNODC; 2024 (https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/WDR24_Key_findings_and_conclusions.pdf, p.54. Consultato il 18/10/2024
- ⁶³ Rapporto tematico "HBSC-Italia 2022 Health Behaviour in School-aged Children: addictive behaviours", disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/hbsc%202022%20COMPORTAMENTI%20DIPENDENZA.pdf>, pp. 1-3.
- ⁶⁴ World Health Organization. (2023). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation (2nd ed.). Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081765>
- ⁶⁵ Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4) – p. e358
- ⁶⁶ UNICEF. (2017). Preventing and responding to violence against children and adolescents: Theory of change. <https://www.unicef.org/media/63896/file> – pp. 7, 16, 35
- ⁶⁷ Stark, L., Meinhart, M., Vahedi, L., & Flory, J. (2023). The health and social consequences of gender-based violence during adolescence: A global review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 7(2), 110–121. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00331-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00331-5) – p. 112
- ⁶⁸ Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002
- ⁶⁹ UNICEF, 'Protecting children from violence and exploitation in relation to the digital environment: Policy Brief', UNICEF, New York, October 2024.
- ⁷⁰ UNICEF. (2017). Preventing and responding to violence against children and adolescents: Theory of change. <https://www.unicef.org/media/63896/file> – pp. 7, 16, 35
- ⁷¹ World Health Organization (WHO). (2020). Global status report on preventing violence against children 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013193> – p. 8
- ⁷² Livazović, G., & Ham, E. (2019). Cyberbullying and emotional distress in adolescents: the importance of family, peers and school. *Heliyon*, 5(6), e01992. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01992>
- ⁷³ https://www.cnr.it/sites/default/files/public/media/ESPAD_2023.pdf
- ⁷⁴ Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychol Bull*. 2014 Jul;140(4):1073-137. doi: 10.1037/a0035618. Epub 2014 Feb 10. Erratum in: *Psychol Bull*. 2014 Jul;140(4):1137. PMID: 24512111.
- ⁷⁵ Maynard, B. R., Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P., & Vaughn, S. (2021). The effects of school-based violence prevention programs on academic achievement: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(2), 128–145. <https://doi.org/10.1037/bul0000312> – p. 128
- ⁷⁶ <https://terredeshommes.it/comunicati/osservatorio-indifesa-1-adolescente-2-vittima-bullismo/>.
- ⁷⁷ WHO. (2018). INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1>
- ⁷⁸ WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0–17 years. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ⁷⁹ Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>
- ⁸⁰ Mortali C, Mastrobattista L, Palmi I, Solimini R, Pacifici R, Pichini S, Minutillo A. Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/25)
- ⁸¹ Giovani nati tra il 1997 e il 2012.
- ⁸² Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality* (2nd ed.). Polity Press.
- [1] Hankivsky, O., & Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271-283.
- ⁸³ Hankivsky, O., & Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271-283.
- ⁸⁴ Closson, K., Hatcher, A. M., Sikweiyi, Y., Washington, L., Mkhwanazi, S., Jewkes, R., Dunkle, K., & Gibbs, A. (2020). Gender differences in patterns and correlates of risk behaviours among young people who inject drugs, implications for harm reduction. *PLOS ONE*, 15(5), e0233350.
- ⁸⁵ Rice, S. M., Purcell, R., & McGorry, P. D. (2018). Adolescent and young adult male mental health: Transforming system failures into proactive models of engagement. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), S9-S17.
- ⁸⁶ World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization, p. 95.
- ⁸⁷ Bauer, G. R., Churchill, S. M., Mahendran, M., Walwyn, C., Lizotte, D., & Villa-Rueda, A. A. (2021). Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM-Population Health*, 14, 100798.
- ⁸⁸ World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization, p.158.
- ⁸⁹ UNICEF (2023). *On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York: UNICEF.
- ⁹⁰ Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- ⁹¹ Piano Nazionale della Prevenzione. (2020-2025). Ministero della Salute, Italia, <https://www.repertoriosalute.it/wp-content/uploads/2020/09/Piano-nazionale-prevenzione-2020-2025.pdf>, pp. 28-32.
- ⁹² UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York: UNICEF.
- ⁹³ Per ulteriori informazioni sulla metodologia, consultare l'Allegato 1.

- ⁹⁴ Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Comprendere l'assistenza integrata: un quadro concettuale completo basato sulle funzioni integrative dell'assistenza primaria. *Int J Integr Care*. 22 marzo 2013; 13:e010. DOI: 10.5334/IJIC.886.
- ⁹⁵ Kayira, J., Mugisha, J., Sserunjogi, L., & Kigozi, F. (2023). Servizi di salute mentale integrati e a misura di giovane per adolescenti e giovani adulti: una revisione dell'ambito. *Giornale internazionale dei sistemi di salute mentale*, 17, 22. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00576-9>
- ⁹⁶ In termini di riviste, c'è una notevole eterogeneità, con pubblicazioni che spaziano in più discipline. Per la distribuzione dettagliata della rivista, si veda l'Allegato 2 - Tabella 2.
- ⁹⁷ Per una descrizione dettagliata degli studi inclusi, vedere la tabella 2 dell'allegato 3.
- ⁹⁸ McGorry, P. D., Mei, C., Chanen, A., Hodges, C., Alvarez-Jimenez, M., & Killackey, E. (2022). Progettare e ampliare l'assistenza integrata per la salute mentale dei giovani. *Psichiatria mondiale*, 21(1), 61–76. <https://doi.org/10.1002/wps.20938>
- ⁹⁹ Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalenza di gravi disturbi mentali in 7000 rifugiati reinsediati nei paesi occidentali: una revisione sistematica. *Lancetta*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- ¹⁰⁰ Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Valutazione e trattamento di bambini e adolescenti rifugiati che hanno subito traumi legati alla guerra. In *Giornale di psicologia e psichiatria infantile e discipline affini* (Vol. 47, Numero 12, pp. 1197-1210). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01638.x>
- ¹⁰¹ Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Bambini rifugiati in Svezia: disturbo da stress post-traumatico nei bambini iraniani in età prescolare esposti alla violenza organizzata. *Abuso e negligenza sui minori*, 21(4), 351-366. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00176-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00176-7)
- ¹⁰² Mollica, R. F., Poole, C., Son, L., Murray, C. C., & Tor, S. (1997). Effetti del trauma di guerra sulla salute funzionale e sullo stato di salute mentale degli adolescenti rifugiati cambogiani. *Giornale dell'Accademia americana di psichiatria infantile e adolescenziale*, 36(8), 1098–1106. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00017>
- ¹⁰³ Burkhardt et al. (2020). Modelli di assistenza integrata pediatrica: una revisione sistematica. *Pediatria clinica*, 59(2), 148–153. <https://doi.org/10.1177/0009922819890004>
- ¹⁰⁴ Murphy et al. (2024). Una revisione sistematica dell'ambito degli interventi di supporto tra pari nell'assistenza primaria integrata alla salute mentale dei giovani. *Giornale di psicologia di comunità*, 52(1), 154–180. <https://doi.org/10.1002/jcop.23090>
- ¹⁰⁵ Platt et al. (2018). Cosa si sa sull'implementazione dell'assistenza pediatrica integrata co-locata: una revisione dell'ambito. *Rassegna internazionale di psichiatria*, 30(6), 242–271. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1563530>
- ¹⁰⁶ Otis et al. (2023). Modelli di assistenza integrata per giovani in situazione di emergenza medica legata alla malattia mentale: una revisione sistematica realista. -CD. *Psichiatria europea dell'infanzia e dell'adolescenza*, 32(12), 2439–2452. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02085-5>
- ¹⁰⁷ Sullivan e Simonson. (2016). Una revisione sistematica degli interventi socio-emotivi scolastici per i giovani rifugiati e traumatizzati dalla guerra. *REVISIONE DELLA RICERCA EDUCATIVA*, 86(2), 503–530. <https://doi.org/10.3102/0034654315609419>
- ¹⁰⁸ Valentijn PP, Boesveld IC, van der Klaauw DM, Ruwaard D, Struijs JN, Molema JJ, Bruijnzeels MA, Vrijhoef HJ. Verso una tassonomia per l'assistenza integrata: uno studio con metodi misti. *Int J Integr Care*. 4 marzo 2015; 15:e003. DOI: 10.5334/IJIC.1513.
- ¹⁰⁹ Hostutler, CA, Valleru, J., Maciel, M., Ramtekkar, U., & Zullig, LL (2024). Una revisione sistematica e una meta-analisi delle cure primarie integrate pediatriche per la prevenzione e il trattamento delle condizioni di salute fisica e comportamentale. *Giornale di psicologia pediatrica*, 49(5), 515-529. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsae038>
- ¹¹⁰ Honisett et al. (2022). I modelli di cura hub integrati migliorano i risultati della salute mentale per i bambini che vivono avversità? Una revisione sistematica. *Giornale internazionale di assistenza integrata*, 22(2), 24. <https://doi.org/10.5334/ijic.6425>
- ¹¹¹ Savaglio et al. (2022). L'impatto dei programmi di salute mentale della comunità per i giovani australiani: una revisione sistematica. *Revisione clinica della psicologia infantile e familiare*, 25(3), 573–590. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00384-6>
- ¹¹² Chen et al. 2022. "Interventi di dimissione dall'assistenza ospedaliera per la salute mentale di bambini e adolescenti: una revisione dell'ambito". *Psichiatria europea dell'infanzia e dell'adolescenza* 31(6):857–78. DOI: 10.1007/S00787-020-01634-0.
- ¹¹³ Woody et al. (2019). Revisione dei servizi per informare i quadri clinici per adolescenti e giovani adulti con malattie mentali gravi, persistenti e complesse. *Psicologia e psichiatria infantile clinica*, 24(3), 503–528. <https://doi.org/10.1177/1359104519827631>
- ¹¹⁴ Honisett et al. (2022). I modelli di cura hub integrati migliorano i risultati della salute mentale per i bambini che vivono avversità? Una revisione sistematica. *Giornale internazionale di assistenza integrata*, 22(2), 24. <https://doi.org/10.5334/ijic.6425>
- ¹¹⁵ Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Collaborazione tra agenzie per la salute mentale di bambini e giovani: una revisione sistematica dei risultati, dei fattori facilitanti e dei fattori inibitori. *Bambino: cura, salute e sviluppo*, 42(3), 325-342. <https://doi.org/10.1111/cch.12322>
- ¹¹⁶ Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevenzione e intervento precoce nella salute mentale giovanile: è giunto il momento di un modello di cura multidisciplinare e transdiagnostico? In *Rivista internazionale dei sistemi di salute mentale* (vol. 14, numero 1). BioMed Centrale Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
- ¹¹⁷ Vusio et al. (2020). Esperienze e soddisfazione di bambini, giovani e dei loro genitori con modelli di salute mentale alternativi ai contesti ospedalieri: una revisione sistematica - OC. *Psichiatria europea dell'infanzia e dell'adolescenza*, 29(12), 1621–1633. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01420-7>
- ¹¹⁸ Chiodo, D., Lu, S., Varatharajan, T., Costello, J., Rush, B. e Henderson, J.L. (2022) "Barriere e facilitatori per l'implementazione di una rete integrata di servizi per i giovani in Ontario", *International Journal of Integrated Care*, 22(4), <https://doi.org/10.5334/ijic.6737>.
- ¹¹⁹ Gee B, Wilson J, Clarke T, Farthing S, Carroll B, Jackson C, King K, Murdoch J, Fonagy P, Notley C. Recensione: Fornire supporto per la salute mentale all'interno di scuole e college - una sintesi tematica di barriere e facilitatori per l'attuazione di interventi psicologici indicati per gli adolescenti. *Salute dell'adolescenza infantile*. Febbraio 2021; 26(1):34-46. DOI: 10.1111/camh.12381.

- ¹²⁰ Peters, Kara (2016) Facilitatori e barriere al trattamento della salute mentale tra gli adolescenti in un contesto sanitario integrato. Tesi di laurea magistrale, Università di Pittsburgh <https://d-scholarship.pitt.edu/27765/>
- ¹²¹ Sultan et al. (2018). Modelli di assistenza condivisa nel trattamento del disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) pediatrico: sono efficaci? Ricerca sui servizi sanitari ed epidemiologia manageriale, 5, 2333392818762886-2333392818762886. <https://doi.org/10.1177/233392818762886>
- ¹²² McHugh C, Hu N, Georgiou G, Hodgins M, Leung S, Cadiri M, Paul N, Ryall V, Rickwood D, Eapen V, Curtis J, Lingam R. Modelli di assistenza integrata per la salute mentale dei giovani: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Aust N Z J Psichiatria*. Settembre 2024; 58(9):747-759. DOI: 10.1177/00048674241256759.
- ¹²³ Savaglio, M., Yap, M. B. H., Smith, T., Hickie, I., Cross, D., & Lawrence, D. (2023). "Non avevo letteralmente alcun supporto": barriere e facilitatori per sostenere il benessere psicosociale dei giovani con malattie mentali in Tasmania, Australia. *Psichiatria infantile e adolescenziale e salute mentale*, 17, 67. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00621-y>
- ¹²⁴ Nello stesso luogo.
- ¹²⁵ Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Reavley, N. J. (2019). Formazione sul primo soccorso per la salute mentale: lezioni apprese dalla diffusione globale di un programma educativo comunitario. *Psichiatria mondiale*, 18(2), 142-143. <https://doi.org/10.1002/wps.20621>
- ¹²⁶ Jensen, T. K., Skårdalsmo, E. M. B., & Fjermestad, K. W. (2015). Sviluppo dei problemi di salute mentale - uno studio di follow-up sui minori rifugiati non accompagnati. *Psichiatria infantile e adolescenziale e salute mentale*, 9, 29. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0069-0>
- ¹²⁷ Huang, Y., Procházková, M., Lu, J., Riad, A., & Macek, P. (2022). Influenze delle variabili legate alla famiglia sulla salute degli adolescenti in base al database del comportamento sanitario nei bambini in età scolare, a una revisione dell'ambito assistita dall'intelligenza artificiale e alla sintesi narrativa. In *Frontiere in psicologia* (Vol. 13). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.871795>
- ¹²⁸ Camera dei Lord, Commissione dell'Unione europea. (2016). Bambini in crisi: minori migranti non accompagnati nell'UE. HL Fascicolo 34. Londra: L'ufficio di cancelleria limitato. <https://www.refworld.org/policy/legalguidance/natlegbod/2016/en/119646>
- ¹²⁹ Morris, P., & Silove, D. (1992). Influenze culturali in psicoterapia con rifugiati sopravvissuti a torture e traumi. *Psichiatria ospedaliera e di comunità*, 43(8), 820-824. <https://doi.org/10.1176/ps.43.8.820>
- ¹³⁰ De Anstiss, H., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J., & Baghurst, P. (2009). Ricerca di aiuto per problemi di salute mentale nei giovani rifugiati: una revisione della letteratura con implicazioni per la politica, la pratica e la ricerca. *Psichiatria transculturale*, 46(4), 584-607. <https://doi.org/10.1177/1363461509351363>
- ¹³¹ Elliott, BA e Larson, JT (2004). Adolescenti nelle comunità rurali e di medie dimensioni: cure rinunciate, barriere percepite e fattori di rischio. *Giornale di salute degli adolescenti*, 35(4), 303-309. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.09.015>
- ¹³² Klein, J. D., Mcnulty, M., & Flatau, C. N. (1998). Accesso degli adolescenti alle cure Uso auto-dichiarato dei servizi da parte degli adolescenti e accesso percepito alle cure riservate. *Arch Pediatr Adolesc Med/Vol 152*, Associazione medica americana.
- ¹³³ Zimmer-Gembeck, M. J., Alexander, T., & Nystrom, R. J. (1997). Gli adolescenti riferiscono la loro necessità e l'uso di servizi sanitari. *Giornale di salute degli adolescenti*, 21(6), 388-399. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00118-2](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00118-2)
- ¹³⁴ DuRant, R. H. (1991). Superare le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria. In W. R. Hendee (a cura di), *La salute degli adolescenti: comprendere e facilitare lo sviluppo biologico, comportamentale e sociale* (pp. 431-452). San Francisco: Jossey-Bass. La salute degli adolescenti. San Francisco: Jossey-Bass, 431-452.
- ¹³⁵ Peters, Kara (2016) Facilitatori e barriere al trattamento della salute mentale tra gli adolescenti in un contesto sanitario integrato. Tesi di laurea magistrale, Università di Pittsburgh <https://d-scholarship.pitt.edu/27765/>
- ¹³⁶ Hugunin J, Khan S, McPhillips E, Davis M, Larkin C, Skehan B, Lapane KL. Prospettive di pediatra e psichiatra dell'adolescenza infantile di cure coordinate per adulti emergenti. *J Salute adolescenziale*. Maggio 2023; 72(5):770-778. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.12.002.
- ¹³⁷ Chiodo, D., Lu, S., Varatharajan, T., Costello, J., Rush, B. e Henderson, J.L. (2022) "Barriere e facilitatori per l'implementazione di una rete integrata di servizi per i giovani in Ontario", *International Journal of Integrated Care*, 22(4), <https://doi.org/10.5334/ijic.6737>.
- ¹³⁸ Barker M, Hews-Girard J, Pinston K, et al. Fattori organizzativi che influenzano l'implementazione di uno strumento digitale per la salute mentale nell'assistenza alla salute mentale di giovani e giovani adulti dell'Alberta. *SALUTE DIGITALE*. 2025;11. DOI: 10.1177/20552076241310341
- ¹³⁹ Buone pratiche di supporto psicosociale e salute mentale per adolescenti e giovani migranti e rifugiati in Italia
- ¹⁴⁰ Salute_Mentale_Doc_di_Sintesi_A4 copia
- ¹⁴¹ piano-nazionale-degli-interventi-e-dei-servizi-sociali-2021-2023.pdf
- ¹⁴² C_17_pubblicazioni_2462_allegato.pdf (salute.gov.it)
- ¹⁴³ <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>
- ¹⁴⁴ <https://www.minori.gov.it/sites/default/files/linee-guida-sostegno-famiglie-vulnerabili-2017.pdf>
- ¹⁴⁵ <https://www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=1108&sede=&tipo=>
- ¹⁴⁶ Camera dei deputati Dossier AS0079.html , Testo istituzione psicologo di base.pdf - Google Drive
- ¹⁴⁷ <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/osservatorio/pagine/default#:~:text=Si%20compone%20di%20circa%2050,di%20otto%20associazioni%20e%20otto>
- ¹⁴⁸ C_17_pagineAree_4968_13_file.pdf (salute.gov.it)
- ¹⁴⁹ (<https://www.datocms-assets.com/30196/1649406104-unicef-rapporto-mappatura-esecutivo-web.pdf>)
- ¹⁵⁰ 9789240031029-eng.pdf (who.int)
- ¹⁵¹ COM(2023) 298 del 7 giugno 2023
- ¹⁵² "Insieme più sani"
- ¹⁵³ <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>
- ¹⁵⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=OJ:C:2018:456:FULL>
- ¹⁵⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021H1004>