

PSICOPATOLOGIA DELL'ETA' EVOLUTIVA TARGET 0-13

PERCORSO

DIAGNOSTICO

TERAPEUTICO

ASSISTENZIALE

PROPOSTA DI REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI DELL'INFANZIA NELLA RETE UONPIA TERRITORIALE SECONDO IL MODELLO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE DEL PDTA.

LE RAGIONI DI UNA INNOVAZIONE REVISIONE DEI PERCORSI CLINICI NELL'AREA DELLA PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO:

1. DI POLITICA SANITARIA
2. EPIDEMIOLOGICHE/DI CONTESTO
3. CLINICHE/PSICOPATOLOGICHE

1. POLITICA SANITARIA REGIONALE: RINNOVO DELLA MISSION DELLE UONPIA

La proposta di un PDTA per la psicopatologia in età evolutiva è emersa da riflessioni e analisi condotte all'interno del Coordinamento Regionale dei Direttori delle UONPIA.

I servizi territoriali di NPIA della Regione Emilia Romagna attraversano da anni alcune criticità di sistema che pongono l'esigenza di una ridefinizione dell'identità istituzionale della NPIA stessa nel panorama dei servizi sanitari e di quelli di salute mentale in particolare. Lo sviluppo degli specialismi interni alla disciplina ha oggettivamente settorializzato il servizio creando programmi per patologie specifiche che, se da una parte hanno assicurato una crescita di competenze specialistiche e quindi una maggiore qualificazione di alcuni percorsi diagnostico-terapeutici, dall'altra hanno indotto un processo di progressiva compartimentazione della cultura professionale del servizio che certo non favorisce un'organizzazione funzionale e organica dell'offerta sanitaria rispetto a una domanda di salute mentale sempre più complessa.

La psicopatologia dell'età evolutiva pur costituendo una dimensione rilevante della clinica in neuropsichiatria infantile rimane poco riconosciuta e individuata in un profilo di competenze professionali, di raccomandazioni sulla base di evidenze, di modelli operativi e organizzativi di governo clinico. Inoltre la linea di continuità tra psicopatologia dell'infanzia, dell'adolescenza e dell'età adulta, ampiamente evidenziata in letteratura clinica, obbliga a una riflessione organizzativa interna ai DSM.

Nel momento in cui l'organizzazione dei servizi sanitari è orientata a declinare diagnosi, terapia e assistenza in percorsi clinici appropriati, si pone l'esigenza per la NPIA di procedere a una definizione, per quanto possibile aggiornata, dei criteri di base su cui poter tracciare un percorso diagnostico e terapeutico inerente i disturbi psicopatologici in età evolutiva. Inoltre, gli attuali processi di revisione dei sistemi di classificazione diagnostica (DSM-5 e prossimamente l'ICD-11) associati alle nuove acquisizioni scientifiche relative al funzionamento mentale sul piano neurobiologico, neuropsicologico e psicopatologico, impongono una puntualizzazione sui metodi e gli strumenti della diagnosi, oltre che sugli interventi terapeutici.

In ambito regionale la riorganizzazione della rete dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali utilizza da qualche anno il modello organizzativo/funzionale del PDTA.

Tale modulo organizzativo di base, adattato alle realtà locali di ogni UONPIA territoriale, può efficacemente favorire il riordino e l'innovazione dei percorsi clinico assistenziali di Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza.

Il PDTA è infatti idoneo a rispondere a patologie e bisogni assistenziali complessi che richiedano percorsi clinici rigorosi nei criteri di reclutamento e nella qualificazione evidence-based delle attività diagnostiche e terapeutiche.

A supporto della necessità di definizione di un PDTA sulla psicopatologia in età evolutiva è inoltre opportuno focalizzare alcuni elementi concettuali di base ormai ampiamente condivisi nella letteratura scientifica. (alcuni di questi saranno ripresi e approfonditi successivamente).

1. Esiste un continuum tra il disagio psicologico dei bambini e i disturbi psichiatrici a insorgenza successiva. Questo è vero sia all'interno dell'età evolutiva, sia in continuità con l'età adulta. Non tener conto di ciò nelle scelte di politica sanitaria relativamente alla salute mentale implica un rischio di non appropriatezza degli interventi e di un impiego di costi rilevanti per bambini, famiglie e società.

2. Ai fini di una efficace prevenzione e per poter effettuare scelte consapevoli sulle priorità di cura è necessaria una miglior comprensione dei disordini psicopatologici

dell'infanzia che consideri attentamente le modalità di esordio dei disturbi, i fattori di rischio predisponenti e gli elementi clinicamente significativi sul piano prognostico.

3. Le complessità e le specificità della psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza rendono necessario l'utilizzo di modelli di sviluppo della psicopatologia fortemente improntati da una prospettiva evolutiva e non derivati da modelli adultomorfi. Non è possibile trasferire i quadri nosografici e la fenomenologia psicopatologica degli adulti all'età evolutiva.

Sulla base di tali premesse, si è costituito un gruppo di professionisti (Psicologi e Neuropsichiatri infantili dei servizi territoriali della RER) con il mandato di produrre un documento tecnico e di verificarlo all'interno del gruppo regionale dello Standard di Prodotto.

Il PDTA definisce le principali linee di indirizzo sulla diagnosi e terapia dei disturbi psicopatologici in età evolutiva orientate ad una declinazione interna ai servizi territoriali di NPIA,

in tal senso si pone come uno strumento di riferimento flessibile e adattabile ai diversi contesti organizzativi.

Le raccomandazioni e indicazioni avanzate originano da un esame delle principali linee guida della letteratura e vogliono rappresentare il profilo di base, metodologico e clinico, per un approccio appropriato alla psicopatologia dell'età evolutiva nelle varie fasi del percorso interno ai servizi.

I criteri guida sui quali tracciare il PDTA sono quelli della *compatibilità* e della *sostenibilità* rispetto alla realtà dei servizi e al quadro di riferimento regionale in tema di salute mentale dell'infanzia e adolescenza.

2. ANALISI DEL CONTESTO E DATI EPIDEMIOLOGICI

Gran parte degli studi epidemiologici condotti su diverse popolazioni, riguardo alla psicopatologia nell'infanzia e nell'adolescenza, finiscono con l'indicare, per i disturbi diagnosticabili, un tasso di prevalenza media intorno al 15-20 % della popolazione (Anderson, Williams e altri, 1987; Bird, Gould e altri, 1989; Costello, 1989; Zill e Schoenborn, 1990; Belfer, 2008; Ries Merikangas, 2010; Ries Merikangas, He et al., 2010), sebbene pochi di questi (circa il 10-15%) arrivino ai servizi di consultazione per l'infanzia (Knitzer, 1982; Tuma, 1989) (**v. allegato n. 2**). Mentre i dati epidemiologici appaiono relativamente uniformi a livello globale, lo stesso non vale per la politica e le risorse investite per la cura, che evidenziano una mancanza di programmi di sviluppo, di adeguate politiche sanitarie e di una reale continuità di cura, soprattutto nei paesi a basso reddito. Ciò indica la necessità di rafforzare in questo ambito la raccolta dei dati, l'acquisizione e/o la riorganizzazione delle risorse economiche per la cura e la necessità di approcci formativi innovativi.

Per quanto attiene alla nostra realtà regionale abbiamo ritenuto utile esaminare alcuni dati relativi all'impegno attuale dei nostri Servizi riguardo all'utenza con disturbi psicopatologici in età evolutiva. I dati sono stati messi a disposizione dal Servizio Salute Mentale Dipendenze patologiche Salute nelle carceri dell'Assessorato Regionale. Attraverso un questionario rivolto ai referenti aziendali componenti il gruppo di lavoro regionale Standard di Prodotto, sono stati rilevati i principali elementi che caratterizzano lo stato attuale dell'organizzazione dei servizi in merito al percorso di accesso e valutazione dei pazienti con disturbi relativi alla psicopatologia dell'età evolutiva. I dati

dell'indagine riproducono una realtà piuttosto disomogenea tra i diversi servizi territoriali di NPIA a livello regionale.

Il dato relativo a un ridotto accesso ai servizi specialistici di salute mentale rispetto alla popolazione attesa, come già sottolineato, è già noto ed indagato in letteratura e si verifica in molti Paesi. Il secondo dato, invece, relativo alla bassa percentuale di diagnosi psicopatologiche che caratterizza i Servizi UONPIA è verosimilmente riconducibile a un'identità prevalentemente riabilitativa che questi storicamente hanno sviluppato nell'ambito dei disturbi neurologici e neuropsicologici, a sostegno di una cultura dell'integrazione scolastica e sociale, sia delle disabilità che dei disturbi dell'apprendimento. In tal modo, la psicopatologia dello sviluppo ha finito per occupare un posto marginale nell'evoluzione dei servizi stessi, spesso trovando espressione in posizioni culturali di singoli professionisti o di gruppi specificamente orientati in base a diverse prospettive formative. Da ciò la necessità di sviluppare una riflessione e un'adeguata integrazione del mandato affidato alle UONPIA.

3. SPECIFICITA' DEL DISTURBO PSICHICO IN ETA' EVOLUTIVA

I sintomi del bambino sorgono in un periodo di profonde e ampie trasformazioni maturative che rendono la sua organizzazione comportamentale, cognitiva ed emotiva non ancora chiaramente riconoscibile in forma definita e stabilizzata. Inoltre, poiché i segni del disagio vengono definiti e portati in consultazione dagli adulti di riferimento, questi ultimi effettuano una operazione di filtro del tutto soggettiva di ciò che ritengono rilevante. È noto, ad esempio, che bambini con paragonabile gravità «oggettiva» dei sintomi giungono o meno in consultazione in funzione principalmente del livello d'ansia dei genitori riguardo ai comportamenti del figlio (Bond e Mc Mahon, 1984): com'è noto, i bambini vengono percepiti come più disturbati in particolari momenti di crisi del ciclo di vita familiare o del legame della coppia coniugale (Kolko e Kazdin, 1993). Spesso inoltre, nel manifestarsi dei sintomi, si evidenzia la loro situazionalità e dipendenza dal contesto relazionale in cui vive il bambino. Sorgono così legittimi dubbi, soprattutto nella prima infanzia, sulla possibilità di inquadrare i problemi sottoposti all'attenzione del clinico in termini di vera e propria psicopatologia individuale, chiaramente riconoscibile come malfunzionamento personale del bambino (Emde, 1989; *National Center for Clinical Infant Programs*, 1994; Ammaniti, 2001, 2010).

Anche la plasticità del funzionamento mentale nell'infanzia e nell'adolescenza concorre alla complessità del processo diagnostico in psicopatologia dell'età evolutiva rendendo spesso difficoltosa una valutazione prognostica delle capacità adattive del soggetto e del funzionamento specifico della sua fase di sviluppo (Rutter, Taylor, 2002). Il significato psicopatologico di alcuni segni clinici in età evolutiva varia nel corso del tempo ed è spesso diverso da quello che assume in età adulta (*discontinuità evolutiva*). D'altra parte, quadri evolutivi non corrispondenti a quelli adulti possono in alcuni casi presentare una sottostante continuità a livello dei processi psicopatologici che li sottendono. Esistono, inoltre, aspetti dell'adattamento in età evolutiva che possono apparire come patologici, ma che in realtà sono espressione dell'avvicinarsi di processi inerenti le diverse fasi evolutive. Dunque, stabilire criteri e limiti per una definizione

sufficientemente univoca e condivisa di «disturbo psichico» in età evolutiva è, ancor più che nell'età adulta, un compito particolarmente difficile e complesso.

Comorbidità e persistenza

Le varie forme di sofferenza psichica infantile mostrano di solito un'elevata persistenza nel tempo ed una significativa *comorbidità*. I disturbi mentali e comportamentali che esordiscono nell'infanzia e nell'adolescenza aumentano, se non adeguatamente intercettati e trattati, il rischio psicopatologico in età adulta: secondo Belfer (2008) fino al 50% dei disturbi mentali adulti insorge in adolescenza; altri studi ribadiscono tale persistenza e stimano che tre quarti dei giovani adulti affetti da disturbi psichiatrici soddisfano già in adolescenza i criteri diagnostici per un disturbo psicopatologico codificato secondo i sistemi nosografici internazionali (WHO, 2005; Copeland, Shanahan, Costello e Angold, 2009).

Diagnosi descrittive e diagnosi esplicative

Il percorso diagnostico in psicopatologia dell'età evolutiva si basa su un processo di conoscenza orientato alla ricerca del significato clinico che i sintomi assumono all'interno della esperienza soggettiva e interpersonale relativa ad una determinata fase di sviluppo. La diagnosi *criteriologica* o *sintomatologica* e la metodologia tassonomica impiegata non prevedono un compito interpretativo, limitandosi al semplice rilievo della presenza del sintomo; richiedono l'utilizzazione di un esplicito set di criteri d'inclusione, di esclusione e descrittivi con una perdita di specificità, cui si accompagna un netto incremento di attendibilità. Invece, da una diagnosi clinica basata sul *funzionamento psicopatologico* discende un progetto di trattamento che va al di là della sintomatologia espressa (manifesta) per divenire programma, finalizzato e consapevole, di cura e anche di prevenzione. Dunque, la diagnosi criteriologica e la diagnosi clinica devono coesistere di fronte all'attenzione del clinico in rapporto ai diversi obiettivi che perseguiamo: rispettivamente la comunicazione tra i professionisti e le esigenze di descrizione e di analisi epidemiologiche, da una parte, e la necessità di impostare appropriati progetti di trattamento dall'altra.

Fattori protettivi e fattori di rischio

Per la maggior parte dei disturbi non esiste una causa unica (*multifattorialità*). In età evolutiva, sia lo sviluppo normale che psicopatologico, non possono costruirsi solo a partire, ad esempio, da un certo dato temperamentale, né da uno specifico deficit delle funzioni cognitive, né da un particolare modello d'attaccamento, bensì dall'intreccio e dall'equilibrio dinamico tra *fattori di rischio*, da un lato, e *fattori protettivi*, dall'altro, rintracciabili in diversi ambiti:

- a) caratteristiche *neurobiologiche* proprie del bambino;
- b) qualità delle *relazioni interpersonali* e relative rappresentazioni interne;
- c) variabili *ecologiche o ambientali*.

Per fattori di rischio e fattori protettivi s'intendono quei fattori che rispettivamente aumentano o riducono la probabilità che si sviluppi un disturbo psicopatologico. Diverse combinazioni di fattori di rischio possono condurre allo stesso tipo di disturbo (*equifinalità*) e un determinato fattore di rischio può contribuire a disturbi multipli (*multifinalità*). La maggior parte dei fattori di rischio (ad esempio la combinazione di povertà, violenza familiare e psicopatologia genitoriale) non sono correlati a disturbi specifici, ma possono condurre a una varietà di esiti psicopatologici. Inoltre, la relazione tra fattori di rischio ed esito *non sembra essere lineare* e la probabilità di un disturbo psicopatologico può accrescersi anche in maniera esponenziale con l'incremento del numero dei fattori di rischio. Alcuni di questi possono avere un'influenza o un'*azione*

differenziata in differenti periodi dello sviluppo. Certamente la qualità dell'attaccamento può avere maggior rilievo nella prima infanzia, le abilità cognitive possono esercitare un ruolo maggiore nella fanciullezza, le norme educative genitoriali un ruolo più critico nell'adolescenza. I *fattori di rischio* maggiormente accertati in letteratura per questa fascia di età (Zeanah C.H., 1993) sono di tipo sociale (mancanza di risorse culturali e/o finanziarie); di tipo biologico (nascita pretermine, basso peso alla nascita, esposizione in utero a sostanze stupefacenti, malattie neurologiche, temperamento); di tipo genitoriale (condizioni di abuso, età inferiore ai 19 anni, non completamento scuole inferiori, uso di sostanze stupefacenti, malattie mentali, mancanza di valida rete di supporto, stile di attaccamento insicuro).

Centralità della funzione genitoriale

La funzione genitoriale si iscrive all'interno del processo di sviluppo dei sistemi di regolazione che intervengono nell'interazione reciproca tra caregivers e bambino e rappresenta pertanto una funzione strutturante del sé. In essa confluiscono sia le rappresentazioni psichiche interne relative alle esperienze infantili del genitore sia la competenza emergente di comprendere i bisogni del bambino, di accudirlo e proteggerlo, riconoscendone e sostenendone la soggettività.

Le funzioni genitoriali, pur nelle diversificazioni di ruolo, tendono a connettersi creando un sistema complesso di riferimenti affettivi, educativi, culturali, comportamentali e relazionali all'interno del quale il bambino sviluppa la sua esperienza. Dentro tale sistema già in epoca neonatale il bambino rappresenta un partner attivo nell'interazione con i genitori partecipando alla costruzione della loro genitorialità.

Ciò premesso, va inteso che diverse condizioni sfavorevoli, sia relative alla coppia genitoriale sia al bambino, possono intervenire sulle traiettorie evolutive andando a interferire con i naturali processi interattivi di sintonizzazione, di decodifica dei segnali, di scambio emotivo, di regolazione e di elaborazione degli stimoli, con il risultato di una alterazione delle dinamiche dell'intersoggettività e del piacere interno alle relazioni diadiche e triadiche.

Di qui l'esigenza di esplorare i fattori di rischio che incidono sullo sviluppo della funzione genitoriale e che sono oggi considerati in letteratura come elementi correlati a un possibile sviluppo psicopatologico in età evolutiva (depressione materna nel puerperio, maternità in età adolescenziale, mancanza di una rete di supporto, gravi condizioni socio-economiche).

Resilienza

In anni recenti si è cominciato ad usare il termine "resilienza" per indicare la "capacità di far fronte a situazioni sfavorevoli, associata alla capacità di continuare a svilupparsi e di aumentare le proprie competenze, nonostante tali condizioni avverse" (Cyrułnik e Malaguti, 2005). La resilienza deriva da un'interazione dinamica tra fattori di rischio e fattori protettivi appartenenti a diversi livelli, già citati: biologico, psicologico, sociale e ambientale (Camuffo e Costantino, 2009). E' pertanto multidimensionale e multideterminata (Waller, 2001). Essa non può essere concepita come una condizione statica o un tratto permanente in quanto si possono manifestare vari livelli di resilienza di fronte a fattori stressanti differenti ed in tempi diversi nel corso della vita. Gli studi sulla resilienza forniscono indicazioni di grande rilievo per la clinica sia di tipo preventivo (come promuovere la resilienza) sia di tipo curativo, individuando le situazioni ad alto rischio e lavorando sul potenziamento dei fattori implementanti la resilienza in quella specifica situazione.

Neurobiologia evolutiva

L'interazione circolare tra le diverse variabili di sviluppo è chiaramente evidenziata anche dalle ricerche di *Neurobiologia dello Sviluppo*. Tali contributi evidenziano la correlazione evolutiva tra esperienza soggettiva e interpersonale del bambino e livelli di organizzazione funzionale del cervello. La mente emerge dalle attività del cervello, le cui strutture e funzioni sono direttamente influenzate dalle esperienze interpersonali. In particolare le esperienze sensoriali, percettive, emotive e affettive dello sviluppo nell'infanzia condizionano l'organizzazione del funzionamento neuropsicologico, cognitivo, affettivo e comportamentale. La regolazione neurobiologica delle emozioni svolge un ruolo di integrazione fondamentale delle funzioni mentali emergenti e in tal senso è alla base dei processi di organizzazione della personalità.

Le Linee Guida della letteratura relative alla psichiatria infantile affrontano sostanzialmente le patologie specifiche (ad es.: Depressione, Disturbo Ossessivo Compulsivo) per cui abbiamo cercato di individuare al loro interno quelle evidenze comuni e trasversali utili ai fini di un PDTA sulla psicopatologia dell'età evolutiva. In bibliografia sono riportati i principali riferimenti consultati: internazionali (NICE), nazionali (Linee Guida SINPIA) e regionali (Linee di Indirizzo consultabili sul sito della RER che vengono periodicamente aggiornate su ADHD, Disturbi di Personalità, Disturbi del Comportamento Alimentare).

OBIETTIVI STRATEGICI DEL PDTA

Obiettivi Strategici

Le considerazioni che abbiamo sviluppato ci conducono ad individuare i seguenti obiettivi strategici che riteniamo essenziali per un processo di miglioramento della qualità dei nostri servizi territoriali in tema di psicopatologia dell'età evolutiva:

- 1) *Evidenziare nella Mission dei Servizi Territoriali UONPIA come irrinunciabile l'individuazione precoce dei disturbi psicopatologici e la tempestività dell'intervento*
- 2) *Rivedere l'organizzazione e la redistribuzione degli investimenti professionali e materiali a sostegno delle nuove strategie di intervento clinico*
- 3) *Ridefinire le modalità e i livelli di collaborazione con istituzioni, enti e agenzie coinvolte nelle problematiche in oggetto (altri servizi sanitari dell'infanzia, Servizi sociali per minori, Scuola e servizi educativi, Associazioni di familiari).*

CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE

I criteri di inclusione e di esclusione utilizzati nella definizione del PDTA

Si è ritenuto di adottare i seguenti criteri di *inclusione* nel presente PDTA:

- **Età:** 0-13 (la scelta è stata motivata dall'esistenza di un percorso regionale che già si occupa della fascia adolescenziale dai 14 anni di età)

- **Patologia:** disturbi psichiatrici e psicopatologici dell'età evolutiva (**v. allegato n.3**)

Si è ritenuto invece di *escludere*:

- I **disturbi dello sviluppo** (disturbi generalizzati dello sviluppo psicologico e disturbi specifici della comunicazione, del linguaggio, dell'apprendimento e del movimento)

- I **disturbi psicopatologici secondari a sindromi e patologie organiche**

- I **disturbi psicopatologici secondari a ritardo mentale.**

La scelta di tali criteri è giustificata dalla sostanziale esigenza di delineare un ambito clinico che sia sufficientemente individuato nelle sue specificità, nonostante sia estremamente suggestivo e importante considerare anche le "intersezioni" tra i disturbi psicopatologici dell'età evolutiva e le categorie non incluse, sia in virtù delle questioni poste dalla diagnostica differenziale, sia per l'individuazione di eventuali comorbilità nel profilo diagnostico.

ACCESSO → ACCOGLIENZA → VALUTAZIONE → DIAGNOSI

Accesso

In base alla ricognizione informativa condotta l'accesso al servizio territoriale di NPIA per le problematiche suscettibili di una diagnosi psicopatologica segue la procedura unica di accesso definita dalla Unità Operativa, a meno che non vi siano centri o ambiti professionali specificamente dedicati all'area dei disturbi psicopatologici dell'infanzia e/o dell'adolescenza.

Per quanto concerne i criteri e le indicazioni di base relativi all'accesso si rinvia a quanto già definito e previsto nella delibera regionale n° 911/2007 sui Requisiti specifici dell'accreditamento delle UONPIA.

Ai fini del percorso va precisato che la referenza clinica dei casi viene assegnata al neuropsichiatra infantile o allo psicologo clinico dell'età evolutiva secondo criteri che considerino le competenze clinico-professionali nell'ambito della psicopatologia dell'età evolutiva e che tutelino l'appropriatezza della diagnosi attraverso un confronto interprofessionale sugli aspetti della diagnostica differenziale. Più specificamente, nella fascia di età 0-5 anni, qualora la referenza del caso sia assegnata allo psicologo clinico dell'età evolutiva, la fase di assessment dovrà necessariamente prevedere almeno una visita/consulenza da parte del neuropsichiatra infantile.

Un modello di accesso che preveda un primo colloquio con i genitori finalizzato alla lettura della domanda attraverso una attenta disamina delle motivazioni della segnalazione può rappresentare uno strumento di preliminare valutazione per una assegnazione appropriata della referenza clinica.

Accoglienza, valutazione e diagnosi

Considerato l'intreccio tra differenti aspetti dello sviluppo che concorrono all'insorgenza e al mantenimento di un disturbo psicopatologico, risulta funzionale e appropriato un approccio diagnostico basato sul concorso di diverse figure professionali che operino all'interno di una équipe multidisciplinare. In tal senso l'inquadramento diagnostico diventa il risultato di un processo di valutazione *multiprofessionale*.

Obiettivi dell'assessment clinico in età evolutiva

Il percorso di assessment deve essere orientato verso alcuni *obiettivi* fondamentali:

1. Individuare la presenza di un disturbo psicopatologico e, in caso affermativo, giungere ad una formulazione diagnostica
2. Valutare la natura e la severità dei sintomi espressi dal bambino, del loro impatto funzionale e del distress soggettivo
3. Identificare possibili fattori individuali, familiari e ambientali di rischio e protettivi
4. sviluppare indicazioni e definire un progetto di trattamento
5. comunicare quanto è emerso in modo appropriato a genitori e bambino
6. facilitare la cooperazione e l'impegno di genitori e bambino al trattamento

In termini *esplicativi*, la comprensione del quadro sintomatologico deve passare attraverso la valutazione dei seguenti elementi:

- a) le caratteristiche strutturali e funzionali dell'organizzazione psichica del bambino;
- b) la funzione genitoriale, la qualità delle relazioni interpersonali e del sistema di cura
- c) la presenza di fattori di stress ambientali e relazionali tali da interferire con le dinamiche di sviluppo del bambino.

Un assessment accurato richiede fonti di informazione multiple per ottenere una conoscenza completa del funzionamento del bambino nel tempo e nella varietà dei contesti di vita.

Per la maggior parte dei bambini gli informatori essenziali includono:

- I genitori o altri caregiver
- Il bambino
- Gli insegnanti
- Il pediatra di libera scelta

Per bambini coinvolti in procedimenti giudiziari le fonti di informazione si estendono al servizio sociale, alla comunità in cui il minore può essere eventualmente inserito, alla famiglia affidataria e ad altre agenzie deputate alla tutela. E' necessario, inoltre, l'esame di una eventuale documentazione sanitaria prodotta per visite specialistiche o ricoveri ospedalieri precedenti l'accesso al servizio.

Il *setting fisico* entro il quale si realizza un percorso diagnostico nell'ambito della psicopatologia dell'età evolutiva deve possedere alcuni requisiti minimi rappresentati da: una stanza di osservazione opportunamente dimensionata (non meno di 12 mq), disponibilità di test psicodiagnostici, materiali di gioco e per attività grafo-motoria e prassico-costruttiva adeguati alle diverse fasce di età, una attrezzatura audio-video per la ripresa delle sedute di osservazione e successiva revisione e codifica.

Considerate l'intrinseca variabilità e plasticità dello sviluppo psichico in età evolutiva e, come già accennato, la *cronodipendenza* dei sintomi, si è ritenuto opportuno evidenziare le specificità dei percorsi diagnostici e terapeutici entro due ampie fasce di età: età *prescolare* (0-5 anni) ed età *scolare* (6-13 anni). La fascia 0-5, avrebbe potuto essere ulteriormente suddivisa nelle fasce 0-3 e 4-5 (corrispondenti alla prima e alla seconda infanzia), così come la fascia 6-13 rappresenta una gamma molto ampia e differenziata di bisogni evolutivi e di espressività psicopatologica. Tuttavia si è ritenuto opportuno non appesantire il PDTA con ulteriori differenziazioni.

Entro ognuna di queste fasce di età si sono individuati, secondo criteri di appropriatezza:

- a) le modalità di *organizzazione del setting diagnostico*
- b) le *procedure d'assessment e gli strumenti psicodiagnostici* più indicati.

Ad ogni fascia di età il *colloquio clinico* coi genitori deve prevedere una iniziale *definizione del problema* articolata sia nella dimensione attuale (nella forma, ad esempio, di *analisi funzionale* dei comportamenti sintomatici), sia in quella *storica* (analisi dell'esordio sintomatologico e di evoluzione nel tempo della sintomatologia). L'attenzione agli eventi critici coincidenti con la fase di maggiore espressività sintomatologica deve essere orientata all'esplorazione dei *significati personali* attribuiti ad essi dai vari membri della famiglia. Grande valore assume infine la raccolta e l'organizzazione funzionale di tutti i dati anamnestici (personali e familiari).

Si rende imprescindibile nel contesto di assessment in età evolutiva, in particolare nella prima e seconda infanzia, la presenza e la partecipazione dei genitori all'intero percorso di valutazione diagnostica: la relazione genitori-bambino è uno degli elementi fondamentali da considerare, osservare e "valutare", al pari delle funzioni individuali del bambino.

Il colloquio con i genitori, oltre a raccogliere dati anamnestici significativi, ha anche lo scopo di indagare le rappresentazioni dell'adulto su sé stesso, sulla propria storia affettivo relazionale, sulla coppia e sul bambino. L'osservazione della qualità delle interazioni reali faciliterà dunque la comprensione clinica e potrà anche favorire l'individuazione di fattori di resilienza, la prognosi e l'indicazione di trattamento.

In letteratura e nella pratica clinica si sono sviluppati negli anni diversi metodi osservativi e valutativi delle funzioni genitoriali, così come si manifestano nelle interazioni genitore bambino. Tutti hanno lo scopo di far luce sulle modalità e sulla qualità delle relazioni che si sono, o si stanno costruendo.

La classificazione diagnostica 0-3, ad esempio, introduce in asse 2 la valutazione relativa alla relazione genitore bambino e bambino genitore, attraverso uno strumento, la PIR-GAS, che permette di osservare e valutare la qualità delle interazioni, il tono affettivo ed il coinvolgimento psicologico della diade o della triade. Un presupposto importante di tale modello diagnostico multifattoriale (DC:0-3), che tiene conto del ruolo svolto dalla relazione bambino-caregiver, è che la comprensione del bambino e dei suoi disturbi sia inseparabile dal contesto delle relazioni significative. All'interno di questa prospettiva, qualsiasi patologia dell'infanzia è considerata come un fattore che può limitare o distorcere le esperienze cognitive, emotivo-affettive e sociali, mettendo a rischio le potenzialità evolutive e adattive del bambino.

Il colloquio con i genitori e l'Osservazione/Colloquio col bambino sarà orientato ad esplorare le diverse aree del funzionamento cognitivo, comportamentale, emotivo, affettivo e interpersonale del bambino (**v. allegato 4**)

La *formulazione diagnostica* costruita entro tale percorso, costituisce la traccia atta a guidare tutte le nostre successive operazioni procedurali. Più specificamente essa dovrà orientare nel definire:

- la *necessità* o meno di trattamento: (criteri: in/out);
- gli eventuali *obiettivi di trattamento* e i passaggi graduali per raggiungerli. E' importante valutare se la situazione clinica diagnosticata possiede le caratteristiche (criteri di inclusione) per essere inserita, in tempi e modi definiti, entro un percorso terapeutico appropriato e specifico.

La *restituzione diagnostica al bambino e ai genitori* è finalizzata all'esplicitazione e condivisione degli esiti riguardanti il percorso diagnostico condotto. Convergono in essa elementi di:

- attribuzione di significato al quadro sintomatologico espresso;
- valutazione prognostica;
- eventuale proposta di intervento terapeutico.

Eta Prescolare (0-5)

A) Modalità di *organizzazione del setting diagnostico*

La valutazione psico-diagnostica nella prima e seconda infanzia deve evidenziare la eventuale presenza nello sviluppo del bambino di aree di vulnerabilità, di sintomi psicopatologici, di fattori di rischio e di protezione propri del bambino e dell'ambiente circostante. Tale valutazione si sviluppa mediante l'integrazione di molteplici punti di vista su differenti dimensioni che confluiscono nella diagnosi strutturale e di funzionamento. I sistemi classificatori più appropriati in questo ambito sono di tipo multiassiale, quali la classificazione DC 0-3 R, specifica per la prima infanzia, e l'ICD-10.

Il percorso diagnostico, comprensivo della stesura del referto clinico e della restituzione clinica richiede non meno di 8 ore.

La prima visita specialistica e il conseguente percorso diagnostico devono essere effettuati negli ambulatori distrettuali dal *neuropsichiatra infantile* o dallo *psicologo*, con adeguate competenze nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo, eventualmente e contestualmente coadiuvati da altri operatori del servizio quali: neuropsicomotricista, logopedista, educatore professionale.

B) *Procedure d'assessment e strumenti psicodiagnostici.*

- *Colloquio clinico coi genitori* (o i tutori legali del bambino): apertura della cartella, gestione delle formalità relative al consenso e alla privacy, definizione del problema e definizione del contratto d'assessment, accordi sulle modalità di coinvolgimento del bambino nel setting di osservazione, eventuale somministrazione ai genitori degli strumenti psicodiagnostici di primo livello
- Valutazione delle *funzioni di sviluppo del bambino* nei seguenti ambiti:
 - a. Funzionamento cognitivo e neuropsicologico
 - b. Sfera comportamentale
 - c. Funzionamento emotivo e sociale
- Valutazione delle *interazioni genitori-bambino* in contesto di gioco libero e strutturato.
- Valutazione dell'*impatto delle disfunzioni dello sviluppo del bambino sul comportamento genitoriale.*

Per ognuno di questi ambiti di valutazione si raccomanda l'utilizzo di almeno uno strumento standardizzato di primo livello. In allegato (**v. allegato 5**) sono indicati i test più accreditati sia per una valutazione di base che per un approfondimento specifico.

- La formulazione della diagnosi comporta la stesura di un *Referto Diagnostico* a cura del referente clinico responsabile della valutazione effettuata, che deve riflettere la complessità del percorso di assessment sia in termini di diagnosi categoriale sia in termini di diagnosi esplicativa o di funzionamento. Si propone, al riguardo, l'allegata scheda per il *Referto Diagnostico* (**v allegato n. 1**).
- Sul piano categoriale, La classificazione diagnostica di riferimento è rappresentata dall' ICD 10, ma si raccomanda in questa fascia di età l'integrazione con la Classificazione DC: 0-3R, relativa ai primi tre anni di vita in quanto più specificamente orientata alla dimensione precoce dei disturbi di sviluppo. Nello specifico, oltre le diagnosi in Asse I sono da ritenersi appropriate le diagnosi in Asse II della DC 0-3 R e tutte le diagnosi in Asse 5 dell'ICD-10 che integrano le informazioni relative ai fattori di rischio familiari e ambientali.
Al fine di una maggiore appropriatezza della diagnosi clinica per la psicopatologia della prima e seconda infanzia si suggerisce di fare riferimento al sistema di conversione dei codici DC 0-3 R nei codici ICD-10.
- Colloquio di *restituzione e condivisione* del percorso diagnostico con i genitori e consegna del referto clinico.

Età scolare (6-13)

A) Modalità di *organizzazione del setting diagnostico*

Il percorso diagnostico, comprensivo della stesura del referto e della restituzione clinica richiede non meno di 8 ore.

La prima visita specialistica e il conseguente percorso diagnostico devono essere effettuati negli ambulatori distrettuali NPIA dal *neuropsichiatra infantile* o dallo *psicologo*, con adeguate competenze nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo, eventualmente coadiuvati da altri operatori del servizio (logopedista, educatore professionale).

Si raccomanda la seguente articolazione degli incontri valutativi:

- Uno o due colloqui con la coppia genitoriale di apertura della cartella, gestione delle formalità relative al consenso e alla privacy, definizione del problema e definizione del contratto d'assessment, accordi sulle modalità di coinvolgimento del bambino nel setting di osservazione, eventuale somministrazione ai genitori degli strumenti psicodiagnostici di primo livello.

- Alcuni colloqui intermedi che prevedano il coinvolgimento del bambino/ragazzo nel percorso d'osservazione con entrambi i genitori, con ogni singolo genitore e da solo, con la somministrazione eventuale di altri strumenti psicodiagnostici di secondo livello.

- Un colloquio di restituzione del quadro clinico da effettuarsi, a seconda dell'età e delle necessità del caso, con i genitori e il bambino/ragazzo insieme, oppure distintamente.

B) Procedure d'assessment e strumenti psicodiagnostici

- Il *colloquio clinico con i genitori e col bambino* seguirà le linee di analisi funzionale attuale e di evoluzione storica del sintomo, nonché di organizzazione funzionale dei dati anamnestici personali e familiari più sopra delineate.
- Per quanto riguarda *l'osservazione diretta del bambino e della qualità della relazione con i gg*, in età scolare, oltre all'osservazione diretta dei comportamenti interattivi in seduta tra gg e b., è opportuno esplorare attraverso il disegno, il gioco e strumenti specifici di valutazione, la più esplicita percezione di sé e del mondo e i relativi vissuti del bambino. Grande rilievo sul piano diagnostico assumerà a questa età l'osservazione delle modalità interpersonali espresse sul piano comportamentale ed emotivo dal bambino nella relazione con il clinico e la raccolta di elementi di osservazione provenienti dalla scuola e altri contesti educativi.

Si indicano in allegato (**v allegato n. 6**) alcuni Strumenti Psicodiagnostici utilizzabili dal clinico, entro questa specifica fascia d'età, in funzione delle caratteristiche del caso e coerentemente col proprio modello clinico di riferimento.

- La formulazione della diagnosi comporta la *stesura di un referto diagnostico* a cura del referente clinico responsabile della valutazione effettuata, che deve riflettere la complessità del percorso di assessment sia in termini di diagnosi categoriale sia in termini di diagnosi esplicativa o di funzionamento. Si propone, al riguardo, l'allegata scheda per il *Referto Diagnostico (v allegato n. 1)*.
Per quanto riguarda la Classificazione diagnostica di tipo categoriale, in questa fascia di età, oltre a individuare i sintomi psicopatologici secondo il sistema di classificazione ICD-10, è auspicabile il confronto e l'integrazione con il sistema di classificazione DSM 5.
- *Colloquio di restituzione e condivisione* del percorso diagnostico *con i genitori e con il ragazzo* e consegna del referto clinico. Di particolare rilievo a questa età il coinvolgimento attivo del ragazzo e la ridefinizione congiunta del significato dei sintomi, in funzione dell'avvio di una adeguata costruzione della alleanza di lavoro.

ELABORAZIONE DI UN PIANO TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

- TARGET: minori che hanno effettuato il percorso “accoglienza-
valutazione-diagnosi” secondo i criteri PDTA/PIA con diagnosi
bifocale (categoriale/strutturale)

- TRACCIA DI STESURA DEL PIANO
 - a.Indicazione esplicita delle funzioni terapeutiche previste e
loro denominazione secondo le tre aree funzionali generali
(vedi matrice trattamento semplice o a funzioni
multiple/integrate)
 - b.Indicazione di modalità e tempi del trattamento
 - c. Esplicitazione della organizzazione integrata del
trattamento, con indicazione dei CARE GIVERS/referenti
clinici/riabilitativi e del CASE MANAGER
 - d.Obiettivi specifici del trattamento con indicatori di valutazione
di efficacia clinica

INDICAZIONI/RACCOMANDAZIONI DI TRATTAMENTO A FUNZIONI TERAPEUTICO-ASSISTENZIALI INTEGRATE PER FASCE DI ETA'

- Età 0-3 anni
- Età 4-6 anni
- Età 7-13 anni

TRATTAMENTO SEMPLICE O A FUNZIONI TERAPEUTICHE MULTIPLE/INTEGRATE

FUNZIONI BIO-MEDICHE

FUNZIONI DI AIUTO PSICOLOGICO STRUTTURATO e TEORICAMENTE FONDATAO

FUNZIONI ASSISTENZIALI RIABILITATIVE

- Psicofarmacoterapia
- Dispositivi medico-psichiatrici (visite specialistiche psichiatriche ricoveri ospedalieri diagnostica strumentale)

- Psicoterapia
- Terapie psicologiche manualizzate EBM
- Trattamenti strutturati di psicoeducazione

- Trattamenti abilitativi riabilitativi
- Interventi assistenziali tecnicamente strutturati e teoricamente fondati

Fascia 0-3 anni

- Ricovero ospedaliero (gravi disturbi dell' alimentazione; abuso e maltrattamento: gravi disturbi somatoformi)
- Visite specialistiche neuropsichiatriche

- Psicoterapia genitori-bambino
- Psicoterapia coppia genitoriale
- Trattamenti strutturati di psicoeducazione

- Trattamenti abilitativi (al bambino, ai genitori, ai care givers) (diretti, indiretti, mediati)
- Interventi assistenziali tecnicamente strutturati e teoricamente fondati

Consulenze e collaborazioni

Pediatri, strutture educative, operatori sociali e/o sanitari

TRATTAMENTO SEMPLICE O A FUNZIONI TERAPEUTICHE MULTIPLE/INTEGRATE

FUNZIONI BIO-MEDICHE

- Psicofarmacoterapia
- Dispositivi medico-psichiatrici (visite specialistiche psichiatriche ricoveri ospedalieri diagnostica strumentale)

FUNZIONI DI AIUTO PSICOLOGICO STRUTTURATO e TEORICAMENTE FONDATAO

- Psicoterapia
- Terapie psicologiche manualizzate EBM
- Trattamenti strutturati di psicoeducazione

FUNZIONI ASSISTENZIALI RIABILITATIVE

- Trattamenti abilitativi riabilitativi
- Interventi assistenziali tecnicamente strutturati e teoricamente fondati

Fascia 4-6 anni

- Visite specialistiche neuropsichiatriche
- Ricovero ospedaliero (gravi disturbi dell' alimentazione; abuso e maltrattamento: gravi disturbi somatoformi)

- Psicoterapia genitori-bambino
- Psicoterapia coppia genitoriale
- Psicoterapia genitori-bambino
- Psicoterapia individuale e/o di gruppo
- Trattamenti strutturati di psicoeducazione

- Trattamenti abilitativi (al bambino, ai genitori, ai care givers) (diretti/ indiretti /mediati)
- Trattamenti riabilitativi
- Interventi assistenziali tecnicamente strutturati e teoricamente fondati

Consulenze e collaborazioni

Pediatri, strutture educative e scolastiche, operatori sociali e/o sanitari

TRATTAMENTO SEMPLICE O A FUNZIONI TERAPEUTICHE MULTIPLE/INTEGRATE

FUNZIONI BIO-MEDICHE

FUNZIONI DI AIUTO PSICOLOGICO STRUTTURATO e TEORICAMENTE FONDATAO

FUNZIONI ASSISTENZIALI RIABILITATIVE

- Psicofarmacoterapia
- Dispositivi medico-psichiatrici (visite specialistiche psichiatriche ricoveri ospedalieri diagnostica strumentale)

- Psicoterapia
- Terapie psicologiche manualizzate EBM
- Trattamenti strutturati di psicoeducazione

- Trattamenti abilitativi riabilitativi
- Interventi assistenziali tecnicamente strutturati e teoricamente fondati

Fascia 7-13 anni

- Visite specialistiche Neuropsichiatriche
- Psicofarmacoterapia
- Ricovero ospedaliero (gravi disturbi dell'alimentazione; abuso e maltrattamento; gravi disturbi somatoformi; gravi disturbi dell'umore, gravi disturbi del comportamento)

- Psicoterapia individuale e/o di gruppo
- Psicoterapia familiare
- Trattamenti strutturati di psicoeducazione sia per il bambino che per i genitori

- Trattamenti abilitativi (al bambino, ai genitori, ai caregivers) (diretti/indiretti/mediati)
- Trattamenti riabilitativi
- Interventi assistenziali tecnicamente strutturati e teoricamente fondati
- Inserimento in strutture residenziali/semi-residenziali sanitarie e/o comunità residenziali/semiresidenziali educative e/o educative integrate
- Gruppi operativi L.104/92

Consulenze e collaborazioni

Pediatri, strutture educative e scolastiche, operatori sociali e/o sanitari

Psichiatri in emergenza e urgenza

IL GRUPPO DI LAVORO

Il documento “Psicopatologia dell’età evolutiva Target 0-13” è stato elaborato da un gruppo di lavoro regionale, di cui alla determinazione regionale n° 18298 del 11/12/2014. Di seguito l’elenco di tutti i professionisti che hanno contribuito alla elaborazione e stesura del documento:

BRUNO LICIA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL BOLOGNA
BUSCONI CHIARETTA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL PIACENZA
CHiodo SIMONA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL BOLOGNA
CIMATTI ANTONELLA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL DELLA ROMAGNA
FAGIOLI MICAELA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL DELLA ROMAGNA
FRATTINI BRUNO	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL DELLA ROMAGNA
IMPAGLIAZZO SANDRA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL BOLOGNA
LAMBRUSCHI FURIO	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL DELLA ROMAGNA
MELIDEO GIUSTINO	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL DELLA ROMAGNA
MODENA NICOLETTA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL MODENA
NANNINI SERENA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL REGGIO EMILIA
PEVERINI ANNAMARIA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL REGGIO EMILIA
PIANTONI ALESSANDRO	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL REGGIO EMILIA
RICCIUTELLO COSIMO	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL IMOLA
ROSSI ANGELICA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL DELLA ROMAGNA
SOLI PAOLO	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL MODENA
SUZZI GIULIA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL IMOLA
TULLINI ANDREA	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL DELLA ROMAGNA
LIMONTA GIULIANO	UO. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	AUSL PIACENZA

Il coordinatore del gruppo Giuliano Limonta

PDTA PSICOPATOLOGIA 0-13

DOCUMENTI ALLEGATI

1. Scheda referto specialistico
2. Dati Epidemiologici sulla Prevalenza dei disturbi mentali in età evolutiva
3. Criteri di inclusione/esclusione
4. Colloquio con i genitori e Osservazione/colloquio con il bambino
5. Strumenti Psicodiagnostici in età prescolare
6. Strumenti Psicodiagnostici in età scolare
7. SRE "Schedule of recent experience" (T.H. Holmes e R. Rahe 1967) - Lista degli eventi stressanti
8. Bibliografia
9. Macro indicatori di organizzazione e di procedura del PDTA

LOGO AzUSL di

ALLEGATO n. 1

UONPIA

Cognome e Nome:

Tes.Sanitaria:

Residenza:

USL di Provenienza

REFERTO SPECIALISTICO

Al medico richiedente dott. _____

Il minore _____
nato a _____ il _____
è stato sottoposto a valutazione presso questa U.O.NPIA nel periodo dal
_____ al _____

Come referente del caso è stato individuato il/la dott/dott.ssa (Psicologo/NPI):

Nel percorso d'assessment sono stati coinvolti anche i seguenti operatori:

- _____

- _____

Sono stati effettuati complessivamente n. _____ colloqui, di cui n. _____ con i gg, n. _____
di osservazione del b. e/o della relazione gg./b., n. _____ di restituzione diagnostica ai gg.
e/o al b.

Dagli accertamenti effettuati è emerso quanto segue:

- Il *quadro sintomatologico* presentato dal minore è caratterizzato da

- Frequenza, intensità, situazionalità o pervasività del quadro sintomatologico (*analisi funzionale del sintomo*), *evoluzione storica del sintomo* (insorgenza, coincidenza con specifici eventi stressanti e modalità di coping, evoluzione nel tempo fino all'attuale, eventuali valutazioni o interventi terapeutici già effettuati)

- Dati anamnestici *personali* di rilievo clinico:

- Dati anamnestici *familiari* di rilievo clinico:

- Eventuali *Eventi stressanti* o specifici *fattori di rischio* sul piano psicopatologico (personali, familiari e sociali, classificabili facendo riferimento alle condizioni indicate nell'asse Z dell'ICD-10 o derivabili dal *IRLE* o dal *SRE*):

-

-

-

- La Scala *Child Behavior Cecklist* (CBCL 1½-5;6-18) compilata dalla madre evidenzia

- La Scala *Child Behavior Cecklist* (CBCL 1½-5;6-18) compilata dal padre evidenzia

- Altri strumenti psicodiagnostici utilizzati

-

-

-

-

Ipotesi diagnostica

- Diagnosi *categoriale* (ICD-10. Per la fascia 0-3 si rimanda all'ipotesi di conversione codici DC: 0-3 R- allegato n 10):

- Diagnosi *strutturale* o di funzionamento (ipotesi sull'organizzazione psichica del bambino, rappresentazioni di sé e del mondo, qualità delle relazioni con le figure significative del proprio ambiente. Ipotesi sui meccanismi di scompensazione e sul significato funzionale dei sintomi):

Sulla base della *Scala C-GAS* il *funzionamento globale* del soggetto si colloca su un livello di _____

Indirizzo Terapeutico

Considerati gli elementi diagnostici di cui sopra:

Si ritiene opportuna la dimissione

Si ritiene opportuna l'assunzione in cura e si suggerisce il seguente intervento terapeutico:

Si ritiene opportuno il ricovero ospedaliero

Distinti saluti

Data _____

Timbro e Firma

Dati Epidemiologici sulla Prevalenza dei disturbi mentali in età evolutiva

Belfer (2008), riportando i dati epidemiologici del progetto Atlas (OMS), integrati da studi incentrati sulla politica sanitaria, conferma che fino al 20% dei bambini e degli adolescenti soffrono di una malattia mentale più o meno invalidante e che il suicidio è la terza causa di morte tra gli adolescenti. Mentre i dati epidemiologici appaiono relativamente uniformi a livello globale, lo stesso non vale per la politica e le risorse investite per la cura, che evidenziano una mancanza di programmi di sviluppo, di adeguate politiche sanitarie e di una reale continuità di cura, soprattutto nei paesi a basso reddito. Ciò indica la necessità di rafforzare in questo ambito la raccolta dei dati, la riorganizzazione delle risorse economiche per la cura e la necessità di approcci formativi innovativi.

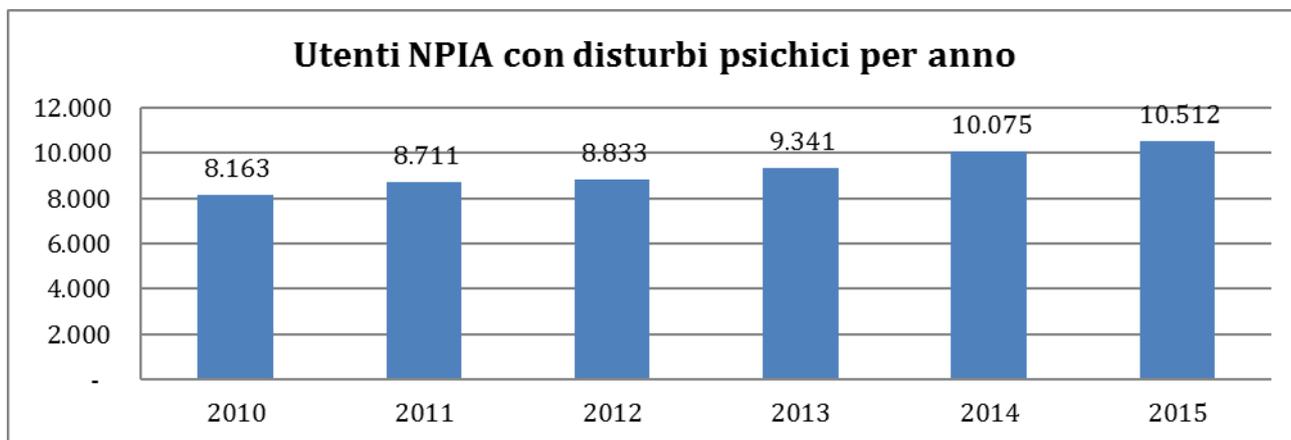
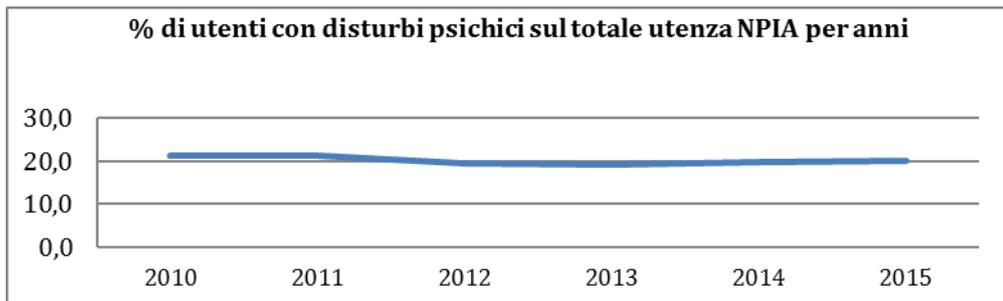
Uno studio relativamente recente (Ries Merikangas, He e altri, 2010), su 3042 soggetti tra gli 8 e i 15 anni di età (*National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2004*), indica in bambini e adolescenti una prevalenza del 13,1% di disturbi mentali chiaramente diagnosticabili in base alle categorie del DSM-IV: più specificamente, le prevalenze dei disturbi definiti in questo campione sono dell'8,6% per l'ADHD, del 3,7% per i disturbi dell'umore, del 2,1% per il disturbo della condotta, dello 0,7% per il disturbo di panico o disturbo d'ansia generalizzato, e dello 0,1% per i disturbi alimentari. I maschi mostrano tassi più elevati di disturbi di attenzione rispetto alle ragazze, mentre le ragazze hanno tassi più elevati di disturbi dell'umore. Solo circa la metà dei soggetti con uno dei disturbi valutati aveva richiesto un trattamento con un professionista della salute mentale.

Anche un'indagine su oltre 10.000 adolescenti statunitensi di età compresa tra 13 e 18 anni (*National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement NCS-A*) ha evidenziato una prevalenza globale di disturbi mentali gravi del 22,2%, (11,2% per i disturbi dell'umore, 8,3% di disturbi d'ansia, 9,6% di disturbi del comportamento). L'età media d'insorgenza per le classi di disturbo era più bassa per l'ansia (6 anni), di 11 anni per il comportamento, 13 anni per l'umore, e di 15 anni per i disturbi da uso di sostanze (Ries Merikangas, 2010).

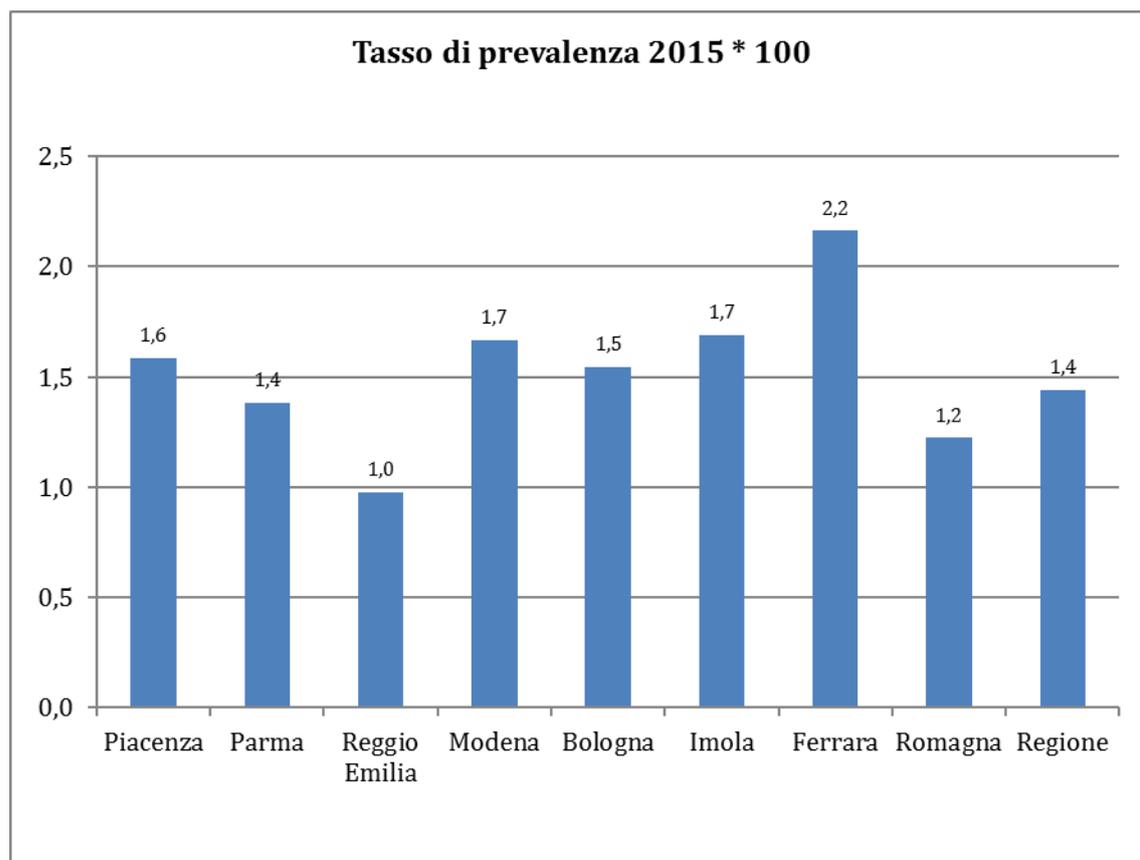
Per quanto riguarda, invece, la realtà italiana (Frigerio, Rucci e altri, 2009), sono disponibili alcuni dati relativamente alla fascia d'età 10-14, dove la prevalenza generale dei disturbi mentali è stimata intorno all'8,2%, è risultata simile a quella riscontrata in altri studi condotti in paesi europei, con una prevalenza, però, più bassa di disturbi esternalizzanti (6,5% di internalizzanti, 1,2% di esternalizzanti).

Il profilo dei dati regionali relativi ai 6 anni considerati evidenzia due elementi fondamentali:

1. i minori con “diagnosi psicopatologica” costituiscono circa il 20% dell’utenza globale in accesso alle UONPIA, con un incremento dal 2011 al 2015 del 20,7% a fronte di un aumento dell’utenza globale del 27,1 % nello stesso periodo;



2. la percentuale dei minori con “diagnosi psicopatologica” seguita dai servizi territoriali NPIA nell’anno 2015 risulta in media l’1,4% della popolazione target (0-17 anni)



P.D.T.A./P.I.A.

CRITERI DI INCLUSIONE / ESCLUSIONE

ETA': minori di età compresa tra 0 e 13 anni

PATOLOGIA:

1. Elettiva l'Area (A): Patologia psichiatrica in senso stretto (ICD 10)

(a) DISTURBI CLINICI EVOLUTIVI DELLA SFERA AFFETTIVA-EMOZIONALE-COMPORTAMENTALE RELAZIONALE

F 90-98 Sindromi e Disturbi Comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

(b) DISTURBI PSICOPATOLOGICI PSICHIATRICI (IN SENSO STRETTO/CLASSICI)

F 10-19 Disturbi psichiatrici in comorbidità con abuso dipendenza da alcool, sostanze stupefacenti, gambling (Sindromi e disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive)

F 40-48 Disturbi psichiatrici da ansia strutturata ossessione-compulsione somatizzazione (Sindromi fobiche legate a stress e somatoformi)

F 20-29-30 Disturbi psichiatrici maggiori psico funzionali (schizofreniche-affettive-deliranti)

F 50 DCA

F 60-69 Gravi disturbi di personalità

2. Secondaria l'Area (B): Psicopatologia dei disturbi dello sviluppo

- Disturbi dello sviluppo intellettivo
- Disturbi del movimento
- Disturbi della comunicazione DSL
- Disturbi dell'attenzione e Iperattività ADHD
- Disturbi dello spettro autistico ASD

3. Sono esclusi i disturbi di Area (C)

- Disturbi psichici di natura organica (F00-F09/ICD 10)
- Condizioni morbose organiche associate con sintomi/sindromi psichici e comportamentali (infettive, endocrine, neoplastiche, metaboliche, cerebrali, organiche, malformazioni congenite, anomalie cromosomiche etc.)
- Fattori influenzanti lo stato di salute (Z00-Z99)
- Disturbi neuromotori
- Disturbi neurologici
- Disturbi psicosensoriali
- Disturbi specifici dell'apprendimento DSA

RESIDENZA: minori residenti e/o domiciliati in regione Emilia Romagna

Colloquio con i Genitori e Osservazione/Colloquio col bambino

Il colloquio è effettuato di prassi con entrambi i genitori. Gli elementi di informazione sono così articolati:

1. Motivazioni della richiesta di visita e raccolta dettagliata della sintomatologia attuale.
2. Discussione di aspetti pratici e amministrativi connessi alla visita (privacy e consenso)
3. La reazione dei genitori ad età, sesso, caratteristiche etniche dell'intervistatore, al setting istituzionale e ad altri aspetti dell'assessment.
4. Storia di sviluppo nel contesto della famiglia orientata a far emergere:
 - le fasi dello sviluppo psicologico del bambino in relazione alle modalità di cura e accudimento
 - La cronologia di eventi importanti nella vita del bambino e della famiglia
 - Il decorso della gravidanza, del parto e delle prime epoche di sviluppo
 - Lo sviluppo fisico e la storia medica
 - Il funzionamento scolastico
 - Lo sviluppo emozionale e temperamentale
 - La relazione con i pari
 - Le relazioni familiari
 - Interessi, hobbies, talenti
 - Circostanze insolite o traumatiche
6. Assessment della famiglia
 - Relazioni tra i genitori
 - Tipologia della famiglia: nucleare, allargata, monogenitoriale, ricongiunta, composta.
 - Storia medica e psichiatrica familiare
 - Contesto culturale e sociale (etnia di riferimento)

Osservazione/Colloquio con il Bambino

Per l'età prescolare si rimanda alle relative modalità e strumenti di osservazione, mentre in età scolare si sviluppa nei seguenti punti:

- A. Racconto del bambino circa:
 - Fattori che abbiano condotto al problema attuale
 - Descrizione del problema attuale
 - Circostanze di vita e fattori psicologici rilevanti
- B. Raccolta di informazioni circa specifici sintomi psicopatologici:
 - depressione, bassa autostima, idee o comportamenti suicidari
 - ansia eccessiva o paure insolite
 - sintomi somatici
 - allucinazioni, deliri
 - ossessioni e compulsioni
 - comportamenti antisociali
 - abuso di alcool o altre sostanze
 - esposizione a violenza familiare o sociale

Nel corso del colloquio si valuta l'atteggiamento del bambino nei confronti del clinico e del contesto di valutazione. L'intervista richiede un approccio relazionale appropriato al livello di sviluppo cognitivo, linguistico ed emozionale del bambino attraverso l'utilizzo di:

- tecniche di gioco interattivo
- tecniche proiettive
- dialogo diretto

E' di rilevante importanza:

- Accogliere e orientare il bambino prima dell'inizio del colloquio
- Chiarire gli scopi dell'assessment, incluso le ragioni della richiesta di visita, il ruolo del clinico, la riservatezza, la durata
- Fornire chiare informazioni sul percorso

Strumenti Psicodiagnostici in età prescolare

- ❖ **Funzioni cognitive e neuropsicologiche (OBBLIGATORIO ALMENO UNO TRA):** Scale Bayley III (Bayley, 2006); Griffiths Mental Development Scales R (0-2a) (Griffiths, 1996); Griffiths Mental Development Scales ER (2-8a) (Griffiths, 2007); Scale Wippsi III (Wechsler, 2008); Scala Leiter-R (Leiter, 1997); KABC-II (Kaufman, 2011) (in particolare per i bambini stranieri, bilingue o con importanti difficoltà linguistiche); Nepsy (Korkman, Kirk e Kemp, 2011).
- ❖ **Sfera comportamentale: CBCL**(età 1½-5) (*Child Behavior Check-List*, Achenbach, 2000) o **SDQ** (The Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997).
- ❖ **Funzionamento emotivo e sociale:** Scala di valutazione – Asse V della DC:0-3 R.
- ❖ Ulteriori strumenti specialistici di approfondimento possono essere: *Functional Emotional Assessment Scale* (Greenspan, De Gangi et al.,2003); *Emotional Availability Scale IV* (Biringen, 2008); *Lausanne Trilogue Play* (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warney, 1999); *Global Rating Scale of Mother-Infant Interaction* (Murray et al., 1996); *Children's Apperception Test*. (Bellak, 1949) (dai 3 ai 9 anni); *Blacky Pictures* (G. Blum, 1950); *Test della figura umana* (K. Machover, 1951), *Test dell'albero* (K. Koch, 1957); *Test della famiglia* (L. Corman 1950).
- Valutazione delle *interazioni genitori-bambino* in contesto di gioco libero e strutturato con l'utilizzo degli strumenti seguenti:
 - ❖ **PIR-GAS-R** *Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale Revised* della DC:0-3R (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three, 2005)
 - ❖ Ulteriori strumenti specialistici *di approfondimento* della qualità del legame d'attaccamento b/gg (che necessitano di uno specifico percorso formativo) sono: *Care-Index* (P.M. Crittenden, 1988, 1994) (età 0-5), *PAA - Preschool Assessment of Attachment* (P.M. Crittenden, 1992, 1994, 2002) (età 2,5-5).
- Valutazione dell'*impatto delle disfunzioni dello sviluppo del bambino sul comportamento genitoriale*:
 - ❖ **PSI - Parenting Stress Index** (Abidin RR, 1995).
- Eventuali *eventi stressanti o traumatici di vita* di cui il bambino o il sistema familiare può aver fatto esperienza, saranno valutati utilizzando *l'Interview for Recent Life Events - IRLE* (Paykel e coll.1971; v. anche l'adattamento italiano di Fava e Osti, 1982) o il *Schedule of recent experience - SRE* (Holmes e Rahe, 1967). Si farà inoltre riferimento, nel corso dei colloqui d'assessment, all'individuazione di eventuali condizioni indicate nell'asse Z dell'ICD-10.

Strumenti Psicodiagnostici in età scolare

❖ Di tipo *diagnostico/descrittivo* (livello sintomatologico)

- *Valutazione di base*: Valutazione cognitiva (es WISC IV, Leiter-R, CPM di Raven, etc) ed eventuale approfondimento neuropsicologico (attenzione, memoria, prassie, apprendimenti).

CBCL – Child Behavioral Checklist (età 6-18) per genitori e insegnanti (Achenbach, 1991), eventualmente integrata da: *SAFA* (Cianchetti, Fanciello, 1999). *CRS-R Conners' Rating Scale Revised* per genitori e insegnanti (Conners, 2007), *PSI-Parenting Stress Index* (Abidin RR, 1995).

- *Valutazione di approfondimento* in funzione dell'area psicopatologica individuata con test specifici: (es *BIA – Batteria Italiana per l'ADHD* (Marzocchi, Re, Cornoldi, 2010), nel perfezionamento diagnostico dell'ADHD; *Problem Solving Measure* (J. Lochman, 1985); *K-SADS-PL* (Kaufman et al, 2004); *APQ - Alabama Parenting Questionnaire* (Shelton, Frick, Wootton, 1996); *ICU e APSD (Parent e Child version)* (Frick, 2003; Frick e Hare, 2001), nei disturbi della Condotta; *CDS - Children Depression Scale* (Lang e Ticher, 2004) o *CDI - Children Depression Inventory 2* (Kovacs M., 2010), nell'ambito dei disturbi dell'Umore; *MASC – Multidimensional Anxiety Scale for Children* (March,1997), nei disturbi d'ansia.

❖ Di tipo *strutturale/relazionale*

Per il bambino possono essere utilizzati i classici strumenti di carattere proiettivo, quali: *C.A.T. Children's Apperception Test* (Bellak, 1949) (dai 3 ai 9 anni); *Blacky Pictures* (G. Blum, 1950) (dai 3 anni); Test Proiettivi Grafici: *Test della figura umana* (K. Machover, 1951), *Test dell'albero* (K. Koch, 1957); *Test della famiglia* (L. Corman 1950); *Test di Rorschach*, (1942).

Si indicano, inoltre, altri eventuali strumenti specifici *di approfondimento*:

- Strumenti per la *valutazione della personalità*: *HiPIC - Hierarchical Personality Inventory for Children* (De Fruyt, Mervielde, de Clercq; Curatori edizione italiana: Lisa Di Blas, Francesca d'Orlando e Alessio Pruneddu, 2014)

- Strumenti per la *valutazione dell'attaccamento* in età scolare: *MCAST - Manchester Child Attachment Story Task* (Green 2000), *Separation Anxiety Test* (Attili, 2001);

- Strumenti di valutazione delle *interazioni familiari*: *Genogramma, Lausanne Triadic Play* (Fivaz et al, 1999).

- Strumenti di valutazione dello *stato mentale del genitore* riguardo la sua storia d'attaccamento: *Adult Attachment Interview* (Main e Goldwin, 1984, 1998; Crittenden, 1999).

❖ Eventuali *eventi stressanti o traumatici di vita* di cui il bambino o il sistema familiare può aver fatto esperienza, saranno valutati utilizzando *l'Interview for Recent Life Events - IRLE* (Paykel e coll.1971; v. anche l'adattamento italiano di Fava e Osti, 1982), il *Schedule of recent experience - SRE* (Holmes e Rahe, 1967) o il *Trauma Symptom Checklist for Children - TSCC* (Briere, 1996).

SRE "Schedule of recent experience"
(T.H. Holmes e R.Rahe, 1967)

- 1.. morte del coniuge 100
2. divorzio 73
3. separazione dal coniuge 65
4. imprigionamento 63
5. morte di un parente stretto 63
6. incidente o malattia 53
7. matrimonio 50
8. licenziamento 47
9. riconciliazione matrimonio
10. pensionamento 45
11. variazione dello stato di salute di un familiare 44
12. gravidanza 40
13. problemi sessuali 39
14. acquisizione di un nuovo membro familiare 39
15. cambiamento negli affari 39
16. cambiamento nello stato economico 38
17. morte di un amico stretto 37
18. cambiamento di attività lavorativa 36
19. variazioni e contrasti con il coniuge 36
20. ipoteca di entità rilevante 31
21. ostacolo nel riscatto di un debito o di un'ipoteca 30
22. cambiamento di responsabilità nel lavoro 29

23. allontanamento di un figlio da casa 29
24. problemi con parenti acquisiti 29
25. notevole successo personale 28
26. inizio o fine del lavoro del coniuge 26
27. inizio o fine della scuola 26
28. cambiamento delle condizioni di vita 25
29. mutamento nelle abitudini personali 24
30. problemi col capo sul lavoro 23
31. cambiamento negli orari e condizioni di lavoro 20
32. cambiamento di residenza 20
33. cambiamento di scuola 20
34. cambiamento nelle attività del tempo libero 19
35. cambiamento nelle attività sociali 18
36. ipoteca o prestito di entità non rilevante 17
37. cambiamento nelle abitudini del sonno 16
38. cambiamento del numero delle riunioni familiari 15
39. cambiamento nelle abitudini alimentari 15
40. vacanza 13
41. natale 12
42. lievi violazioni della legge 11

LISTA DEGLI EVENTI STRESSANTI DELLA INTERVIEW FOR RECENT LIFE EVENTS DI PAYKEL CON IL LORO VALORE NORMATIVO

(Interview for Recent Life Events - IRLE di Paykel e collaboratori, 1971)

ento		Valore	Evento		Valore
1	Morte di un figlio	19,33	31	Conflitti con familiari non conviventi	12,11
2	Morte del coniuge	18,76	32	Trasferimento in un altro paese	11,37
3	Sentenza di carcerazione	17,60	33	Menopausa	11,02
4	Morte di un familiare stretto	17,21	34	Difficoltà finanziarie moderate	10,91
5	Infedeltà del coniuge	16,78	35	Separazione da una persona significativa (amico, parente)	10,68
6	Grosse difficoltà finanziarie	16,57	36	Sostenere un esame importante	10,44
7	Crollo negli affari	16,46	37	Separazione dal coniuge non dovuta a conflitti	10,33
8	Licenziamento	16,45	38	Cambiamento negli orari di lavoro	9,96
9	Aborto o figlio nato morto	16,34	39	Nuova persona in casa	9,71
10	Divorzio	15,93	40	Pensionamento	9,33
11	Separazione coniugale dovuta a conflitti	15,93	41	Cambiamento delle condizioni di lavoro	9,23
12	Chiamata in giudizio per gravi violazioni della legge	15,79	42	Cambiamento nel tipo di lavoro	8,84
13	Gravidanza non desiderata	15,57	43	Rottura con il/la ragazzo/a	8,80
14	Ricovero in ospedale di un familiare (grave malattia)	15,30	44	Cambiamento di residenza (nuova città)	8,53
15	Disoccupazione per un mese	15,26	45	Cambiamento nella scuola	8,15
16	Morte di un caro amico	15,18	46	Termine degli studi	7,61
17	Retrocessione nel lavoro	15,05	47	Un figlio lascia la casa (per college, ecc.)	7,20
18	Grave malattia fisica personale	14,61	48	Riconciliazione coniugale (dopo che il partner ha lasciato la casa)	6,95
19	Inizio di relazione extraconiugale	14,09	49	Violazione della legge di grado lieve	6,05
20	Perdita di oggetti personali di valore	14,07	50	Nascita di un figlio vivo (per la madre)	5,91
21	Causa legale	13,78	51	Gravidanza della moglie	5,67
22	Insuccesso accademico (esami o corso)	13,52	52	Matrimonio	5,61
23	Matrimonio del figlio senza consenso	13,24	53	Promozione	5,39
24	Rottura di fidanzamento o relazione	13,23	54	Malattia fisica personale minore (che richiede visita medica)	5,20
25	Aumento dei conflitti coniugali	13,02	55	Trasloco (nella stessa città)	5,14
26	Aumento dei conflitti con familiari conviventi	12,83	56	Nascita di un bambino (per il padre), adozione	5,13
27	Aumento dei conflitti con fidanzato/a, partner	12,66	57	Inizio della scuola	5,09
28	Grosso debito (più di metà del guadagno annuale)	12,64	58	Fidanzamento del figlio	4,53
29	Partenza del figlio per il servizio di leva	12,32	59	Fidanzamento	3,79
30	Conflitto con il capo o i collaboratori	12,21	60	Gravidanza desiderata	3,56
			61	Matrimonio del figlio/a con consenso	2,94

Bibliografia

1. AA.VV. (a cura di Midgley N. e Vrouva I.) (2012) Trad. it. La mentalizzazione nel ciclo di vita. Cortina, Milano, 2014
2. AA.VV. (a cura di Baradon T.) (2005) Trad. it. La psicoterapia genitore-bambino. Astrolabio, Roma, 2007
3. Abidin R.R., PSI Parenting Stress Index, Giunti O.S. Editore, 1995
4. Achenbach T.M., CBCL (età 18 mesi – 5 anni) Child Behavior Check-List, 2000
5. Achenbach T.M., Child Behavior Check-List 6-18
6. Alvarez A. (1992) Trad. it. Il compagno vivo. Astrolabio, Roma, 1993
7. Ammaniti M., Manuale di psicopatologia dell'infanzia, Raffaello Cortina Editore, 2001
8. Ammaniti M., Psicopatologia dello sviluppo, Raffaello Cortina Editore, 2010
9. Anderson J.C., William S., McAfee R., Silva P.A. "DSM III disorder in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population". Arch. Gen. Psychiatry, 44 (1), Jan. 1987
10. Attilio G., SAT Separation Anxiety Test, 2014
11. Bailey E., Scales of infant and Toddler Development (BSITD-III), 2006
12. Belfer M.L., "Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe". Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49, 2008
13. Bellak L., CAT Children's Apperception Test, 1949
14. Bidlovski M. (2000) Trad. it. Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità. Pendragon, Bologna, 2004
15. Bird H.R., Gould M.S., Yager T., Staghezza B., Canino G. "Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 28, 1989
16. Biringen Z., Emotional Availability Scale IV, 2008
17. Blum J.S., Black Pictures, 1949
18. Bond C.R., McMahon R.J., "Relationship between marital distress and child behavior problems, maternal personal adjustment, maternal personality, and maternal parenting behavior". Journal of Abnormal Psychology, vol. 93, 1984
19. Bowlby J. (1969) Trad. it. Attaccamento e Perdita, Vol. I. L'attaccamento alla madre. Boringhieri, Torino, 1972
20. Bowlby J. (1973) Trad. it. Attaccamento e Perdita, Vol. II. La separazione dalla madre. Boringhieri, Torino, 1975

21. Bowlby J. (1980) Trad. it. Attaccamento e Perdita, Vol. III. La perdita della madre. Boringhieri, Torino, 1983
22. Braconier A.: Madri e figli. Cortina ed. 200562
23. CD 0-3 R, Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo dell'infanzia. Prima revisione. Fioriti Editore, 2008
24. Cianchetti C., Fancello G.S., SAFA Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, Giunti O.S. Editore, 1999
25. Conners C.K., CRS-R Conners' Rating Scales-Revised, Giunti O.S. Editore, 2007
26. Costello E.J., "Developments in child psychiatric epidemiology" J.A.M. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 28, 1989
27. Copeland W.E., Shanahan L., Costello E.J., Angola A., "Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders", Arch. Gen. Psychiatry, 66/7, Jul. 2009
28. Corman L., Disegno della famiglia, 1950
29. Cramer B.: Segreti di donne. Le relazioni precoci tra madre e figlia. Cortina, 1996
30. Cramer B.: Cosa diventeranno i nostri bambini? Curare le ferite precoci in modo che non lascino tracce. Cortina ed., 200053
31. Crittenden P.M., Care-Index Child-Adult relationship Experimental Index, 1988
32. Crittenden P.M., "Nuove prospettive sull'attaccamento" (1994), Guerini Editore, Milano, 2003
33. Crittenden P.M., Adult Attachment Interview 2, 1999
34. Emde R.N., "L'esperienza relazionale del bambino piccolo: aspetti evolutive e affettivi", (1989), in Relationship Disturbances in Early Childhood, A Developmental Approach, Basic Books, New York, (trad. it.: Sameroff A.J., Emde R.N., (a cura di) I disturbi delle relazioni nella prima infanzia, Bollati Boringhieri, 1991
35. Fava e Osti, versione italiana della scala di Paykel per gli Eventi Stressanti, 1982
36. Fivaz E. et al., Lausanne Trilogie Play, 1999
37. Fonagy P. et al.: Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del del sé, Cortina, 2005
38. Fonagy P., Target M., Trad. it. Attaccamento e funzione riflessiva. Cortina, Milano, 2001
39. Fraiberg S.: Gli anni magici. Armando, 1988
40. Fraiberg S.: Il sostegno allo sviluppo. Cortina, 1999
41. Frick P.J., ICU Inventory of Callous-Unemotional Traits, 2003
42. Frick P.J., Hare R.D., APSD Antisocial Process Screening Device. Multi-Health System, 2001

43. Frigerio A., Rucci P., De Girolamo G., Molteno M., “La ricerca epidemiologica sui disturbi mentali in età evolutiva: lo Studio Prisma”. *Epidemiologia psichiatrica: nuove direzioni*. Nos, 3, 2007
44. Frigerio A., Rucci P., Goodman R., Amanita M., Carlet O., Carolina P., De Girolamo G., Lenti C., Lucarelli L., Mani E., Martinuzzi A., Micali N., Milone A., Morosini P., Muratori F., Nardocci F., Pastore V., Polidori G., Tullini A., Vanzin L., Walder M., Zuddas A., Molteni M. “Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the Prisma study”. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 2009
45. Green J. et al., MCAST Manchester Child Attachment Story Task, 2000
46. Greenspan S., De Gangi G. et al., Functional Emotional Assessment Scale, 2003
47. Greenspan I.S., (1989) Trad. it. Lo Sviluppo dell’io. Franco Angeli, Milano, 1998
48. Griffith P., Mental Development Scales R (0-2a), 1996
49. Griffith P., Mental Development Scales ER (2-8a), 2007
50. Holmes e Rahe, SRE Schedule of recent experience, 1967
51. ICD 10. Classificazione delle sindromi dei disturbi psichici e comportamentali, O.M.S., Editore Masson, 1996
52. Kandel E.,: Principi di Neuroscienze, CEA, 1994
53. Kandel E.,: Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente. Cortina, 2007
54. Knitzer J., “Children’s rights in the family and society: dilemmas and realities”. *American Journal of Orthopsychiatry*, Juli, 1982
55. Kaufman J. et al., Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Life Time Version (K-SADS-PL), 2004
56. Kaufman A.S., Assessment Battery for Children, Second Edition, 2011
57. Koch K., Disegno dell’albero, 1957
58. Kolko D.J., Kazdin A.E., “Emotional/Behavioral problems in clinic and non clinic children: Correspondence among child, parent, and teacher reports”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1993
59. Lang M., Fischer M. Chilerens Depression Scale, 2004
60. Lebovici S., M. Soulè: La conoscenza del bambino e la psicanalisi. Feltrinelli, 1972
61. Lebovici S., M. Soulè: Trattato di psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza. Borla, 1990

62. Lieberman A.F., Padron E., Von Horn P., Harris W.W. (2005) Angels in the nursery: Intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6) pp. 504-520
63. Machover K., *Disegno della figura umana*, 1949
64. Mahler M.: *La nascita psicologica del bambino*. Boringhieri, 1978
65. Mahler M.: *Le psicosi infantili*. Boringhieri, 1972
66. Main M., Goldwin R., *Adult Attachment Interview*, 1984
67. Main M., Goldwin R., *Adult Attachment Scoring and Classification Systems*, 1998
68. Mancia M.: *Memoria implicita e inconscio non rimosso*. In *Psicanalisi e Neuroscienze*. Springer-Verlag, Mi, 2007
69. Mancia M.: *Sentire le parole*. Archivi sonori della memoria implicita. Boringhieri, 2004
70. Manzano, Espasa, Zilkha: *Scenari della genitorialità*. Cortina, 2001
71. March J.S., *MASC Multidimensional Anxiety Scale for Children*, 1997
72. Marzocchi G.M., Re A.M., Coronidi C., *BIA Batteria Italiana per l'ADHD*, Ericsson Editore, 2010
73. *Mental Health ATLAS*. Word Health Organization, 2014
74. Moro M.R.: *Genitori in esilio*. Cortina, 2002
75. Moro M.R.: *Maternità e amore*. Cortina, 2009
76. Muratori F.: *Nuovi panorami clinici nella psichiatria della prima infanzia*. In: *Infanzia e Adolescenza*, n. 2, 2003
77. Muratori F.: *La nascita della vita mentale*. Ed. del Cerro, 1999
78. Murray L., *Global Rating Scale of Mother-Infant Interaction*, 1996
79. Nanzer N. (a cura di): *Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità*. Cortina ed. 2012
80. *National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2004*. Center for Disease Control and Prevention. CDC 24/7
81. *National Comorbidity Survey: Adolescent Supplement (NCS-A), 2001-2004 (ICPSR 28581)*, Harvard Medical School, Department of Health Care Policy
82. Palacio Espasa F.: (1995) *Enseignement de la psychothérapie de la relation mère-enfant*. Quaderno dell'Istituto di Psicoterapia del bambino e dell'adolescente. 5, pp. 43-53
83. Palacio Espasa F.: *Psicoterapia con i bambini*. Cortina, 1995 GOLSE B. (2006) Trad. it. *L'essere-bebè*. Cortina, Milano, 2008
84. Paykel et al., *Interview for Recent Life Events-IRLE*, 1971
85. Pennac D.: *Storia di un corpo*. Feltrinelli, 2012
86. *PIR-GAS-R Parent Infant Relationship Global Assessment Scale Revised della Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three*, 2005

87. Quagliata E.: Dialoghi con i genitori. Astrolabio, 2015
88. Ries Merikangas, K. "Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES". Genetic Epidemiology Research Branch, National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland 20892, USA, Pediatrics, 125:2010
89. Ries Merikangas, K., He J., Swendsen J. "Lifetime Prevalence of Mental Disorders an US Adolscent: Results from the National".
90. Riva Crugnola C. (a cura di): La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner. Cortina ed.
91. Roid e Miller, Leiter-R Leiter International Performance Scale-Revised, 1997.
92. Rosenfeld et al.: La Founction paternèlle, Journal de la Psycanalyse de l'enfant. N. 11, 1992
93. Rorschach H., Test di Rorschach, 1942
94. Rutter M., Taylor E., Child and adolescence Psychiatry. Oxford, Blackwell A., Science, 2002
95. Sameroff B., McDonough S.C., Rosenblum K.L.: Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino. Il Mulino, 2006
96. Siegel D.J.: La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. Cortina ed., 2000
97. Siegel D.J.: Mapper per la mente. Guida alla Neurobiologia interpersonale. Cortina ed., 2014
98. Siegel D.J., T. Payne Bryson: La sfida della disciplina. Cortina, ed. 2015
99. Simonelli A. (a cura di): La funzione genitoriale. Cortina ed., 2015
100. Sandler J., Rosenblatt B. (1962). Trad. it. Il concetto di mondo rappresentazionale. In La ricerca in psicoanalisi, Vol. I. Boringhieri, Torino, 1980
101. Spitz R. (1965). Trad. it. Il primo anno di vita. Armando, Roma, 1973
102. Stern D.: Il mondo interpersonale del bambino. Boringhieri, 1985
103. Stern D.: La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino. Boringhieri, 1995
104. Stern D.: Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica. Cortina, 1998
105. Stern D.: Nascita di una madre. Mondadori, 1999
106. Trevarthen C.: Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze. Cortina, 1998
107. Tuma J.M., "Mental health Services for Children: The State of the Art". American Psychologist, 44 (2), March, 1989
108. Winnicott D.W.: Il bambino e il mondo esterno. Giunti, 1973
109. Winnicott D.W. (1958) Trad. it. Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli, Firenze, 1975

110. Winnicott D.W. (1971) Trad. it. Gioco e realtà. Armando, Roma, 1974
111. Winnicott D.W.: Sviluppo affettivo e ambiente. Armando, 1974
112. Winnicott D.W.: I bambini e le loro madri. Cortina, 1987
113. Winnicott D.W.: Dal luogo alle origini. Cortina, 1990
114. WIPPSI-III Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence III Edition, 2008
115. WISC-IV Wechsler Intelligence Scale for Children-IV, Giunti O.S. Editore
116. Zero-To-Three, National Center for Clinical Infant Programs, 1994

PDTA / P.I.A. 0 - 13

- SNODI PRINCIPALI DEL PERCORSO
- MACRO – INDICATORI
 - DI ORGANIZZAZIONE
 - DI PROCEDURA

1) I DIPARTIMENTI DI APPARTENENZA U.O.N.P.I.A. DEVONO ELABORARE, DA INCLUDERE NELL'ORGANIGRAMMA DELLA U.O.N.P.I.A., UN PROPRIO PDTA/P.I.A. ADATTATO ALLE STRATEGIE E REALTA' LOCALI

EVIDENZA DETERMINA/DELIBERA DELLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE DI ATTIVAZIONE DI UN PDTA/P.I.A.

2) CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE: rigorosamente inclusa solo la PATOLOGIA ELETTIVA (patologia psichiatrica in senso stretto)

AREA (a) – Allegato n° 3

EVIDENZA /INDICATORE

N° minori diagnosticati con criteri PDTA di inclusione in area (A)

N° totale minori P.I.A. diagnosticati

3a) ACCESSO, PRIMA VALUTAZIONE E DIAGNOSI EFFETTUATE DA UN NEUROPSICHIATRA O DA UNO PSICOLOGO CLINICO

3b) PER MINORI 0 – 5 ANNI:

SE LA VALUTAZIONE E' EFFETTUATA DA UNO PSICOLOGO E' VINCOLANTE UNA CONSULTAZIONE CLINICA DI UN NEUROPSICHIATRA CON ALMENO UNA VISITA SPECIALISTICA

EVIDENZA/ INDICATORE

N° minori P.I.A. 0 – 5 anni valutati dallo psicologo con consulenza NPI

N°totale minori P.I.A. 0–5 anni valutati e diagnosticati dallo psicologo

4) VINCOLANTE LA DIAGNOSI BIFOCALE

- a) DIAGNOSI CATEGORIALE /CLASSIFICATORIA (ICD 10 / DC 0-3 R)
- b) DIAGNOSI STRUTTURALE/ FUNZIONALE CON COMPILAZIONE INTEGRALE DELLA SCHEDA DIAGNOSTICA BASE NEI QUATTRO CAMPI

- 1) esito test psicodiagnostici base (vedi allegati 5,6)
- 2) organizzazione psichica
- 3) funzione genitoriale (vedi allegato 4)
- 4) fattori di stress ambientali e di vita (vedi allegato 7)

EVIDENZE/ INDICATORI

N° minori con diagnosi PDTA/P.I.A. siglate secondo classificazioni ICD 10 – DC 03R

N° totale minori con diagnosi P.I.A. effettuate solo con ICD 10

N° minori con diagnosi PDTA/P.I.A. corredate da compilazione integrale della scheda diagnostica standard

N° totale diagnosi P.I.A. effettuate

5) DURATA MEDIA COMPLESSIVA DELLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA: TEMPO MINIMO DI N°8 ORE

EVIDENZA/ INDICATORE

N° minori con diagnosi PDTA/P.I.A. con durata minima di almeno 8 ore

N° totale minori con diagnosi P.I.A. effettuate

6) ATTIVAZIONE DI PIANI TERAPEUTICO/ASSISTENZIALI SECONDO PDTA/P.I.A.

EVIDENZA/ INDICATORE

(a) N° piani terapeutico assistenziali secondo PDTA/P.I.A. attivati

N° piani terapeutico assistenziali secondo PDTA/P.I.A. elaborati e proposti

(b) N° piani terapeutico assistenziali integrati (criterio PDTA/P.I.A.)

N° piani terapeutico assistenziali (criterio PDTA/P.I.A.)