

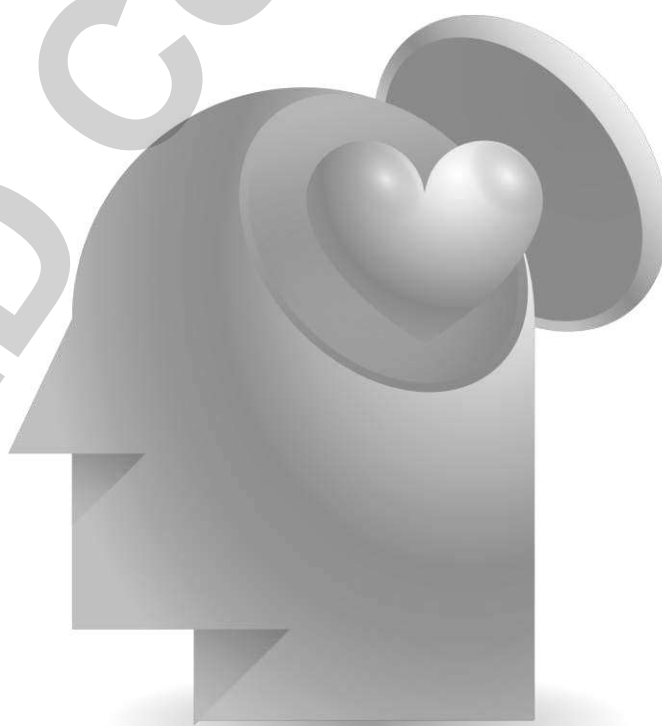
Concorsi e Professioni

**CONCORSO
DIRIGENTE PSICOLOGO
LA PSICOLOGIA
NEL SSN**

**NORMATIVA, LINEE
GUIDA E PRASSI**

Edizione
2026

NLD
CONCORSI



Nell'ordinanza viene specificato il luogo in cui effettuare l'ASO (centro di salute mentale, pronto soccorso, domicilio del paziente, struttura ospedaliera). L'esecuzione deve avvenire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 48 ore.

Durante l'ASO la persona può essere temporaneamente privata della libertà di movimento, ma esclusivamente per il periodo strettamente necessario a svolgere gli accertamenti clinici. Non vengono praticati trattamenti terapeutici se non in presenza di consenso o in situazioni di emergenza medica.

Gli esiti possibili dell'ASO sono:

- attivazione di un TSO;
- ricovero o trattamento volontario;
- dimissione e invio al medico di medicina generale;
- presa in carico da parte dei servizi di salute mentale territoriali.

9. Stati mentali a rischio, esordi e intervento precoce

9.1 Concetto di stato mentale a rischio

A partire dagli anni Ottanta la ricerca ha individuato **profili clinici** che aumentano la probabilità di sviluppare una **psicosi conclamata**. Questi quadri, definiti “stati mentali a rischio” o “clinical high-risk” (CHR), comprendono sintomi attenuati o transitori che possono precedere l'esordio di disturbi come la schizofrenia.

Un elemento cruciale è la **durata della psicosi non trattata (DUP)**: quanto più lungo è l'intervallo tra l'insorgenza dei primi sintomi psicotici e l'avvio di un trattamento adeguato, tanto peggiori risultano l'evoluzione clinica e il funzionamento sociale, con aumento dei costi personali e sanitari.

9.2 Esperienze simil-psicotiche e identificazione dei soggetti a rischio

Molti adolescenti e giovani adulti possono vivere esperienze transitorie che ricordano i sintomi psicotici: percezioni insolite, idee di riferimento, convinzioni bizzarre, condotte eccentriche o disorganizzate. Spesso si tratta di **esperienze simil-psicotiche** (*Psychotic-Like Experiences*, PLEs), accompagnate da vissuti di intrusività e disagio, ma che non raggiungono l'intensità e la persistenza della psicosi vera e propria.

Solo una parte di chi sperimenta PLEs rientra negli stati mentali ad alto rischio; per individuarli sono stati messi a punto protocolli di **screening a più stadi**, che distinguono tra condizioni a esito favorevole e situazioni che richiedono un monitoraggio o un intervento specialistico.

9.3 Early intervention e programmi dedicati

Le evidenze sull'importanza dell'intervento tempestivo hanno favorito la diffusione del paradigma dell'**early intervention (EI)** in psichiatria. L'obiettivo è:

- intercettare in fase precoce i giovani con segnali di rischio;
- ridurre la DUP;
- prevenire o attenuare la transizione alla psicosi franca;
- migliorare il decorso psicosociale.

La popolazione target è costituita prevalentemente da adolescenti e giovani adulti che presentano una combinazione di disagio emotivo, difficoltà sociali e scolastiche, alterazioni del sonno, ansia, depressione, ritiro sociale, possibile uso di sostanze, oltre a sintomi psicotici attenuati.

I programmi di EI prevedono interventi integrati: valutazioni multidisciplinari, psicoeducazione, supporto alla famiglia, terapie psicologiche individuali e di gruppo, eventuale trattamento farmacologico a basse dosi, sostegno allo studio e al lavoro.

9.4 Esempi di buone pratiche

Tra le esperienze italiane più significative si possono ricordare:

- Il **“Programma 2000” dell’Ospedale Niguarda di Milano**, nato nel 1999 come progetto sperimentale del Dipartimento di salute mentale. Si rivolge a giovani al primo episodio psicotico o a rischio elevato (UHR), offrendo interventi intensivi e personalizzati fin dal primo contatto. Il programma ha sviluppato protocolli basati sulle migliori evidenze internazionali, con particolare attenzione alla continuità assistenziale e alla collaborazione con i servizi territoriali.
- Il **programma per gli esordi psicotici della Regione Emilia-Romagna**, descritto nella linea guida ministeriale “Interventi precoci nella schizofrenia”. Esso definisce procedure per l’identificazione precoce dei soggetti a rischio e per la presa in carico tempestiva dei primi episodi, integrando raccomandazioni cliniche, organizzative e formative per gli operatori.

Questi esempi mostrano come l’attenzione agli esordi e agli stati mentali a rischio rappresenti oggi uno dei fronti più dinamici della salute mentale, con ricadute rilevanti in termini di prevenzione secondaria, riduzione della disabilità e miglioramento della qualità di vita.

Raccomandazioni regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all’Esordio psicotico

Regione Emilia-Romagna, 2016

Premessa

Il presente documento descrive le raccomandazioni della Regione Emilia-Romagna per la promozione della salute e del benessere nelle persone con disturbo psicotico all’esordio.

Ed ha come obiettivo:

- ottimizzare il sistema di riconoscimento dei casi di soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico;
- ridurre il tempo intercorrente tra comparsa dei sintomi/esordio e presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali finalizzata ad una recovery clinica, personale e sociale più ampia possibile;
- mettere in rete e coinvolgere nel percorso “esordi psicotici” i DSM, i Distretti Sanitari, i servizi sociali, il volontariato e il privato-sociale; realizzare una rete di prossimità con MMG, PLS, centri adolescenza e scuole, per migliorare l’individuazione precoce e la presa in carico assistenziale;
- incrementare le competenze dei professionisti dell’area salute mentale, per promuovere l’individuazione precoce delle psicosi all’esordio, il trattamento precoce delle psicosi, un adeguato trattamento dei soggetti ad alto rischio e migliorare la qualità delle cure tramite un percorso di cura specifico, condiviso e coerente con le raccomandazioni nazionali e internazionali;
- favorire la recovery più ampia e precoce possibile delle persone con psicosi all’esordio o con alto rischio di psicosi;
- ridurre lo stigma personale e sociale associato alla malattia e favorire l’inclusione sociale di soggetti con psicosi all’esordio o ad alto rischio;
- garantire ai soggetti con psicosi all’esordio o ad alto rischio interventi specifici e appropriati, basati su evidenze scientifiche e implementati sviluppando una metodologia di lavoro, omogenea, mirata e coesa.

Campo di applicazione

Le raccomandazioni relative al percorso di cura descritto nel presente documento si applicano ai servizi delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna e riguardano le persone:

- Persone con esordio psicotico che presentano le condizioni:
 - età compresa tra 15 e 35 anni;
 - assenza di ritardo mentale moderato o grave (Q.I. < 50);
 - assenza di psicosi organiche;
 - storia di disturbo psicotico in trattamento inferiore ai 24 mesi;
 - una delle seguenti diagnosi principali secondo l’ICD-9:

- tutte le Psicosi schizofreniche compreso episodio schizofreniforme;
 - depressione maggiore, episodio singolo o ricorrente, grave, con comportamento psicotico;
 - mania, episodio ricorrente, grave, con comportamento psicotico;
 - disturbo bipolare, episodio maniacale, grave, con comportamento psicotico;
 - disturbo bipolare, episodio misto, grave, con comportamento psicotico;
 - disturbo bipolare, episodio depressivo, grave, con comportamento psicotico;
 - depressione maggiore, episodio singolo, grave, con comportamento psicotico;
 - disturbi deliranti;
 - altre psicosi non organiche;
 - psicosi non specificate che comprendono gli esordi schizofrenici dell'infanzia.
- Persone ad alto rischio di evoluzione psicotica:
 - Il percorso esordi psicotici prevede anche una presa in carico di persone ad alto rischio di evoluzione psicotica, attraverso interventi terapeutico-riabilitativi specifici, al fine di ridurre il più possibile la transizione verso la psicosi conclamata. Si tratta di soggetti nella fascia di età 15-35 che direttamente o tramite i loro familiari si rivolgono ai servizi con una specifica richiesta di aiuto. Sono persone che presentano uno stato mentale ad alto rischio di evoluzione verso una psicosi conclamata per la presenza di:
 - sintomi psicotici attenuati: presenza di sintomi psicotici sotto-soglia nel corso dell'ultimo anno;
 - sintomi psicotici brevi intermittenti: episodi di sintomi psicotici conclamati a remissione spontanea e per periodi inferiori a una settimana;
 - vulnerabilità familiare e declino funzionale recente: familiari di primo grado con diagnosi di disturbo psicotico o di disturbo schizotipico di personalità;
 - declino significativo del funzionamento complessivo durante l'anno precedente.

I criteri sopra elencati sono stati inseriti nel gestionale informativo regionale per l'inclusione del paziente nel percorso di cura "Esordi psicotici".

Documenti di riferimento

(per tutta la bibliografia si rimanda al documento originale)

Il processo di valutazione della persona all'esordio psicotico o ad alto rischio

La presa in carico clinico-assistenziale ha sia funzioni di valutazione che di intervento terapeutico e prevede l'avvio di un intervento evidence-based solo dopo un'accurata indagine del funzionamento e del sistema relazionale di riferimento della persona a rischio di esordio. Si tratta quindi di un processo di valutazione e intervento sistemico che coinvolge uno o più soggetti con legami reciproci, normalmente di tipo familiare o parafamiliare, che entrano in una relazione di aiuto con uno o più professionisti fra loro collaboranti ai fini dell'avvio della cura e della scelta (co-definita con l'utente o gli utenti) del successivo, eventuale, percorso terapeutico-assistenziale.

L'area della sofferenza/disagio alla quale ci riferiamo riguarda soggetti che si collocano in un continuum che va da una "crisi evolutiva adolescenziale" spesso di natura fisiologica fino a una ben definita psicosi conclamata con una diagnosi categoriale; tali estremi evidenziano che abbracciano un ampio range di condizioni intermedie. I servizi sanitari in funzione della loro specificità, intercetteranno prevalentemente alcuni segmenti di popolazione, mentre altre tipologie di servizi potranno essere fondamentali per l'individuazione in altri segmenti (es. scuole, servizi sociali); tuttavia, essendovi ampie aree di sovrapposizione all'interno della popolazione in oggetto, si renderà necessaria una forte integrazione tra i servizi e una specifica competenza clinico-assistenziale dei professionisti. Tale competenza sarà centrata sulla capacità sia di cogliere e valutare la complessità della dimensione bio-psico-sociale della sofferenza/disagio nell'età adolescenziale e nel giovane-adulto, sia di definire le categorie diagnostiche e/o assistenziali necessarie per attivare specifici percorsi di cura.

L'assessment dell'esordio psicotico e/o delle persone ad elevato rischio

Negli ultimi 20 anni il modello di cura si è sempre più spostato dall'intervento convenzionale finalizzato al supporto delle fasi più avanzate di malattia e disabilità, ad un approccio preventivo, che valorizzi gli interventi integrati precoci già nelle fasi ad alto rischio, in modo da intervenire anche sull'evoluzione psicologica, biologica e sociale dei giovani con forme iniziali di disagio psichico. Questo cambiamento