



DELIBERAZIONE N.

17

DEL

07 GEN. 2026

OGGETTO: Aggiornamento del modello operativo in caso di esordi psicotici/schizofrenia attraverso lo sviluppo di PDTA – presa d’atto e approvazione.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico-amministrativi finalizzati all’adozione del presente provvedimento, ai sensi dell’art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara, allo stato attuale, l’insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell’art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

PREMESSO che:

- questa Azienda Sanitaria Locale intende:
 - a) redigere percorsi diagnostici e terapeutici coerenti e omogenei su tutto il territorio aziendale;
 - b) superare la parcellizzazione degli interventi attraverso la creazione di una connessione con le diverse articolazioni aziendali, in modo particolare, definendo il modello operativo in caso di esordi psicotici/schizofrenia attraverso lo sviluppo del relativo PDTA;

VISTO che

- la Direzione Strategica ha assegnato al Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze l’obiettivo di “aggiornare il modello operativo in caso di esordi psicotici/schizofrenia attraverso lo sviluppo di un PDTA”;

DATO ATTO che

- a) è stato costituito un gruppo di lavoro, in cui è stato coinvolto personale afferente alle articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, che ha redatto il documento denominato “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per gli esordi psicotici/schizofrenia”;
- b) tale documento in data 16 dicembre 2025 è approvato e sottoscritto dai componenti del gruppo di lavoro;

VISTI:

- il Documento sui percorsi di cura per disturbi schizofrenici e gravi disturbi mentali del Ministero della Salute dell’anno 2014;
- il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 relativo alla definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- le Linee di indirizzo per l’emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva anno 2018;
- il Decreto n. 32 del 25 marzo 2019 della Regione Campania;
- le Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza, approvate il 25 luglio 2019 dalla Conferenza Stato-Regioni;
- il Manuale operativo per il calcolo degli indicatori PDTA del Ministero della Salute anno 2019;

ATTESTATA la legittimità della proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali.

PROPONE

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto:

- **di prendere atto e di approvare** il documento denominato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per gli esordi psicotici/schizofrenia", redatto dal gruppo di lavoro del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze;
- **di rendere operative** le procedure descritte nella presente delibera;
- **di trasmettere** il presente provvedimento alle seguenti articolazioni:
 - U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
 - U.O.S.M. n. 1 e 2;
 - Servizio dipendenze (SERD);
 - U.O.S.D. Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)
 - U.O.S.D. Disturbi delle Nutrizione e dell'Alimentazione;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente esecutivo.

Il Funzionario estensore
(Antonio Nivone)

Firma del Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze
Dott. Domenico Dragone

IL DIRETTORE GENERALE

Maria Concetta Conte

nominata con D.G.R.C. n. 430 del 26/06/2025
immessa nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 98 del 07/08/2025
immessa nel ruolo con la Delibera n. 988 del 09/08/2025

Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Gaetano Memoli

IL DIRETTORE SANITARIO
Emilia Anna Vozzella

DELIBERA

- **di prendere atto e approvare** il documento denominato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per gli esordi psicotici/schizofrenia", redatto dal gruppo di lavoro del dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze;
- **di rendere operative** le procedure descritte nella presente delibera;
- **di trasmettere** il presente provvedimento alle seguenti articolazioni:
 - U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
 - U.O.S.M. n. 1 e 2;
 - Servizio dipendenze (SERD);
 - U.O.S.D. Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)
 - U.O.S.D. Disturbi delle Nutrizione e dell'Alimentazione;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE
Maria Concetta Conte



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)
PER GLI ESORDI PSICOTICI/SCHIZOFRENIA

INDICE

- 1) Descrizione del documento
 - 1.1 Il committente
 - 1.2 Il gruppo di lavoro
 - 1.3 Stesura e revisione del documento
 - 1.4 Abbreviazioni
 - 1.5 Responsabilità
 - 1.6 Destinatari
- 2) Flow chart del percorso
- 3) Principi generali
 - 3.1 Premessa e definizione
 - 3.2 Rationale
 - 3.3 Metodologia e strutturazione del PDTA
 - 3.4 Obiettivi
 - 3.5 Criteri di eleggibilità
- 4) Epidemiologia e inquadramento clinico
 - 4.1 Background epidemiologico
 - 4.2 Fisiopatologia degli esordi psicotici
 - 4.3 Clinica degli esordi psicotici
 - 4.3.1 Il costrutto di Clinical High Risk for Psychosis (CHR-P)
 - 4.3.2 Il Primo Episodio Psicotico (FEP)
 - 4.5 Il ruolo della prevenzione nei disturbi psicotici
 - 4.6. Esordi psicotici e uso di sostanze
 - 4.6.1 Inquadramento diagnostico
- 5) Il percorso del paziente
 - 5.1 Modalità di accesso al percorso
 - 5.2 Modalità operativa di avvio valutazione
 - 5.3 Attività di sensibilizzazione, informazione e formazione
- 6) Le procedure di valutazione e trattamento
 - 6.1 Individuazione e presa in carico di soggetti ad alto rischio di psicosi (CHR-P) Screening, valutazione e assessment
 - 6.1.1 Trattamento dei soggetti ad alto rischio di psicosi (CHR-P)
 - 6.2 Valutazione, assessment e presa in carico dei pazienti al primo episodio di psicosi
 - 6.2.1 La gestione del periodo critico e il percorso terapeutico-riabilitativo
 - 6.2.2 La continuità delle cure nel passaggio dalla neuropsichiatria infantile al DSM
- 7) Integrazione tra rete territoriale e ospedaliera per la gestione delle emergenze nel FEP
 - 7.1 Finalità e principi operativi del SPDC
 - 7.2 Raccordo con la rete territoriale, dimissione e follow-up
- 8) Allegati
- 9) Bibliografia

1. DESCRIZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Il committente

- Regione Campania
- Azienda Sanitaria Locale Avellino (cod.201)
- Direzione Generale Aziendale dell'Asl Avellino
- Direzione Sanitaria dell'Asl Avellino
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSM) Avellino

Obiettivo di piano-Linea progettuale

Linea Progettuale 4: Gestione delle Cronicità - Elaborazione ed implementazione PDTA per patologie croniche ad elevato impatto assistenziale e nuovi metodi strutturati per la loro Governance - Area Progettuale 2 – Sviluppo e messa a regime di PDTA e Reti Assistenziali per specifiche patologie degenerative croniche in età adulta e in età evolutiva - Salute mentale e Neuropsichiatria Infantile.

1.2 Il gruppo di lavoro

U.O.C	Partecipante	Qualifica Professionale	Approvato e Firmato
UOSM n. 1	Dr. Nicola Di Lauri	psichiatra	Si
UOSM n. 2	Dr.ssa Sara Giordano	psichiatra	Si
SPDC	Dr. Enrico Maria Troisi	psichiatra	Si
	Dr.ssa Katiuscka Aquino	psichiatra	Si
NPIA	Dr.ssa Giuseppina Corrado	neuropsichiatra infantile	Si
SERD	Dr.ssa Rossella Garofano	psichiatra	Si

1.3 Stesura e revisione del PDTA

Rev n. 1.0

Data Ott. 2025

Modifiche Prima emissione

Redazione Tavolo Tecnico PDTA Esordi Psicotici

1.4 Abbreviazioni

Tabella 1. Abbreviazioni impiegate

Acronimo	Significato
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
UOC	Unità Operativa Complessa
UOCSM	Unità Operativa Complessa di Salute Mentale
NPIA	Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza
TT	Tavolo Tecnico
DS	Direzione Sanitaria
SNLG	Sistema Nazionale Linee Guida
ISS	Istituto Superiore di Sanità
BURC	Bollettino Ufficiale della Regione Campania
GU	Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
LG	Linee Guida
DALYs	Disability Adjusted Life Years
ARMS	At Risk Mental State
UHR	Ultra-High Risk
CHR-P	Clinical High Risk for Psychosis
GxE	Genes & Environment interaction(s)
QI	Quoziente Intellettivo
RR	Risk Ratio
OR	Odds Ratio
IRR	Incidence Rate Ratio
FEP	First Episode of Psychosis
ICD-9-CM	International Classification of Diseases, 9th revision - Clinical Modification

Acronimo	Significato
DUP	Duration of Untreated Psychosis
DUI	Duration of Untreated Illness
APS	Attenuated Psychotic Syndrome
GRD	Genetic Risk and Deterioration
B(L)IPS	Brief (Limited) Attenuated Syndrome
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
PS	Pronto Soccorso
DEA	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
SERD	Servizio per le Dipendenze
THC	Tetraidrocannabinolo
PAI	Piano Assistenziale Individuale
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
DSA	Disturbi Specifici dell'Apprendimento
CIPE	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica
CSM	Centro di Salute Mentale
CBT	Cognitive-Behaviour Therapy
PTRP	Progetto Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato
CDR	Centro Diurno di Riabilitazione
OPG	Ospedale Psichiatrico Giudiziario
REMS	Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
AP	Antipsicotico
LAI	Long Acting Injectable

1.5 Responsabilità

Tabella 2. Responsabilità

Responsabilità	TT	Direzione DSM	UOC Risk Management	DS Aziendale	Direzione Strategica
Attività					
Redazione e Strutturazione del PDTA	x				
Verifica dei Contenuti		x	x	x	
Consensus Conference	x	x			
Formazione Operatori	x				
Campagna di informazione	x				
Attività clinica dedicata	x				
Aprovazione del PDTA		x	x	x	
Adozione del PDTA					x
Sperimentazione e monitoraggio del PDTA	x				

1.6 Destinatari

Il presente PDTA è rivolto prioritariamente a:

- Operatori dei DSM e NPIA
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta della Asl Avellino
- Medici Specialisti Psichiatri, NPIA e Psicologi dell'Asl Avellino
- I pazienti ed i loro familiari

2. I Percorsi

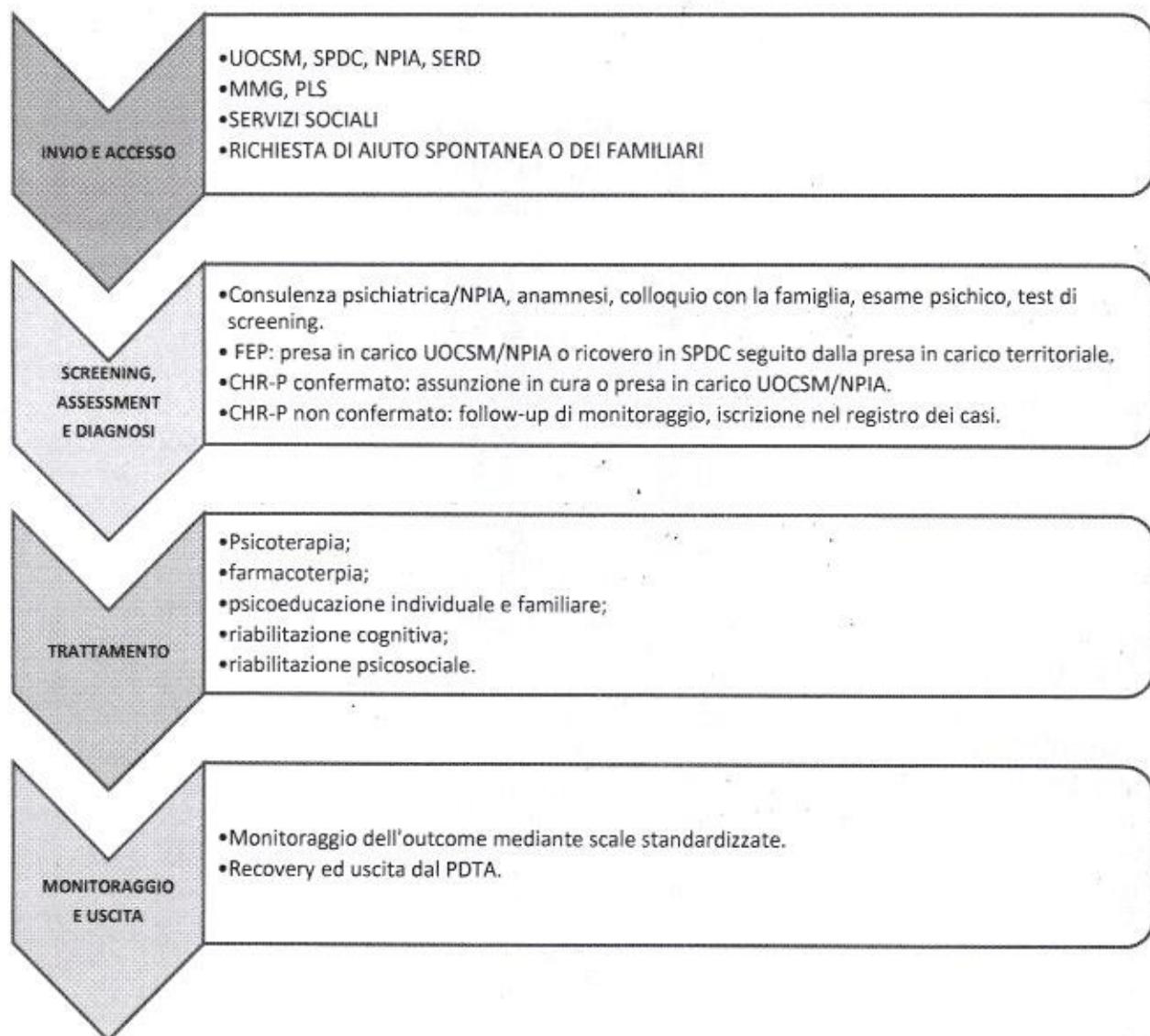


Grafico 1. Flow chart illustrativa PDTA Esordi Psicotici

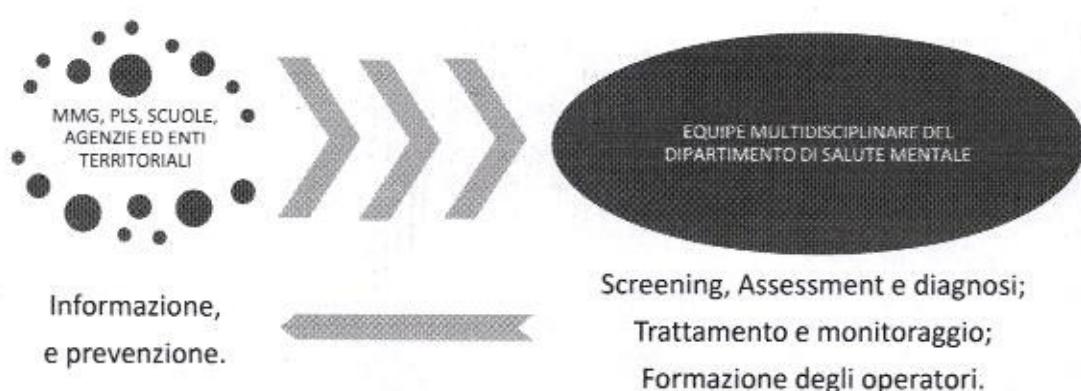


Grafico 2. Flow chart illustrativa flusso operativo PDTA

3. PRINCIPI GENERALI

3.1 Premessa e definizione

Il Decreto n. 32 del 25.03.2019 della Regione Campania definisce il PDTA come “uno strumento indirizzato a migliorare l’appropriatezza clinica ed organizzativa nella gestione di pazienti affetti da specifiche malattie, sia acute che croniche. È inoltre, uno strumento fondamentale per una gestione attiva e programmata della patologia”. La complessità dei sistemi sanitari favoriscono inevitabilmente la variabilità e la scarsa integrazione degli interventi, condizioni che possono dare luogo ad errori clinici. Il PDTA rappresenta uno strumento di governo clinico che consente di strutturare e integrare gli interventi e i diversi attori coinvolti nel processo di cura, secondo un piano multidisciplinare che ottimizza le risorse e i relativi costi [1]. Il PDTA rappresenta altresì un importante strumento di risk management, riducendo il rischio di errori.

3.2 Rationale

Le prospettive di trattamento dei disturbi dello spettro della schizofrenia rimangono una questione al centro del dibattito, considerando l’elevato carico assistenziale correlato. Negli ultimi decenni, nonostante lo sviluppo di diverse linee guida di trattamento, i risultati clinici sono rimasti insoddisfacenti per una parte significativa dei pazienti. Questi sviluppi sottolineano l’urgenza di percorsi strutturati e personalizzati, come i PDTA, che integrino trattamenti farmacologici innovativi con interventi psicosociali evidence-based. L’obiettivo è superare la frammentazione dell’assistenza e garantire una presa in carico multidisciplinare, continua e centrata sulla persona.

3.3 Metodologia e strutturazione del PDTA

Il PDTA nasce dall’adattamento delle linee guida cliniche al contesto operativo di una specifica azienda sanitaria. Con l’introduzione della legge 8 marzo 2017, nota come legge Gelli-Bianco, la responsabilità della redazione delle Linee Guida Nazionali e dei documenti di buona pratica clinica è stata affidata al Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), che opera in collaborazione con le Società Scientifiche accreditate sotto il coordinamento dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Nonostante ciò, la letteratura scientifica offre numerose linee guida, sia nazionali che internazionali, che propongono raccomandazioni basate su un sistema di classificazione delle evidenze, con l’obiettivo di migliorare la qualità dell’assistenza al paziente attraverso una revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili. In sintesi, il PDTA rappresenta la sequenza ottimale di interventi da attuare per affrontare i problemi di salute del paziente, tenendo conto delle caratteristiche organizzative dell’istituzione sanitaria e delle eventuali difficoltà nell’applicazione delle linee guida. Questo strumento consente di verificare la coerenza tra le attività svolte, gli obiettivi prefissati e le risorse disponibili, grazie al monitoraggio di indicatori di qualità organizzativa e di processo, derivati dalla letteratura scientifica. Attraverso l’analisi degli scostamenti tra gli esiti attesi e quelli osservati, è possibile promuovere il miglioramento continuo della qualità. In conclusione, il PDTA restituisce centralità al paziente e alla gestione della sua patologia, superando l’approccio autoreferenziale delle strutture sanitarie. Il tavolo tecnico interdisciplinare e interservizi, si è costituito in data 11 marzo 2025. Il gruppo di lavoro è costituito dal seguente personale interno alla azienda: due psichiatri afferenti al SPDC dell’A.O. Moscati di Avellino, un neuropsichiatra dell’infanzia e dell’adolescenza, uno psichiatra afferente al SERD di Avellino, uno psichiatra afferente all’UOSM 2, uno psichiatra afferente all’UOSM 1. Il tavolo tecnico si è riunito periodicamente svolgendo le seguenti attività:

- analisi della normativa nazionale, regionale e aziendale di riferimento;
- analisi delle linee guida e della letteratura scientifica di riferimento;
- analisi del contesto e analisi del bisogno;
- identificazione dei livelli di intervento;
- strutturazione dei percorsi e degli strumenti di assessment;
- strutturazione dei percorsi e delle metodologie di presa in carico e trattamento;

- identificazione delle procedure e degli indicatori di monitoraggio e audit.

3.4 Obiettivi

Nel Decreto n. 32 del 25 marzo 2019 della Regione Campania viene circostanziato che, mentre le Linee Guida indicano “cosa fare”, il PDTA ha il compito di specificare anche “chi fa cosa”, “dove, come e quando”. In altre parole, il PDTA deve chiarire gli obiettivi individuali e condivisi, i ruoli e le responsabilità dei professionisti coinvolti, le modalità operative e i tempi di intervento. Gli obiettivi principali di un PDTA possono essere sintetizzati come segue:

- a) riprogettare i percorsi di cura, riducendo la variabilità non necessaria nelle fasi diagnostiche e terapeutiche;
- b) minimizzare i rischi per il paziente, garantendo maggiore sicurezza;
- c) ottimizzare i costi, puntando all’efficacia (in termini di risultati clinici) e all’efficienza (in relazione alle risorse utilizzate);
- d) gestire efficacemente il tempo, evitando ritardi nell’erogazione delle cure;
- e) ridefinire responsabilità e competenze, promuovendo una chiara distribuzione dei compiti;
- f) bilanciare standardizzazione e personalizzazione, assicurando cure appropriate e adattate alle esigenze del singolo paziente.

3.5 Criteri di eleggibilità

Gli studi epidemiologici più recenti confermano che una parte significativa dei disturbi psichiatrici insorge in giovane età. Secondo una metanalisi condotta su oltre 700.000 pazienti, circa il 62,5% dei disturbi mentali si manifesta prima dei 25 anni, con il 34,6% già prima dei 14 anni. In particolare, i disturbi psicotici, come la schizofrenia, tendono ad esordire tra l’adolescenza e la prima età adulta. L’età media di insorgenza della schizofrenia è stimata intorno ai 20,5 anni, con variazioni tra i sessi: negli uomini l’esordio è più precoce (20–25 anni), mentre nelle donne si verifica più tardi, spesso intorno ai 30 anni. Alla luce di questi dati, il presente PDTA si rivolge a giovani di età compresa tra i 13 e i 25 anni, di entrambi i sessi, residenti nel territorio dell’ASL di Avellino. Questo intervallo di età è stato scelto per intercettare precocemente le prime manifestazioni cliniche, favorire interventi tempestivi e migliorare la prognosi attraverso percorsi terapeutici e riabilitativi mirati.

Tabella 3. Criteri di eleggibilità e possibili esiti diagnostici.

Criteri di Inclusione	<ul style="list-style-type: none"> • Stato di rischio clinico per psicosi (Clinical High Risk for Psychosis – CHR-P); • Primo episodio psicotico (First Episode of Psychosis – FEP).
Criteri di Esclusione	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di disabilità intellettuale moderata o grave ($QI < 50$); • Presenza di psicosi organiche; • Presenza di psicosi con esordio specifico nell’infanzia (Codici ICD-CM 299.0 – 299.91).
Esiti Diagnostici Attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Psicosi schizofreniche (Codici ICD-CM da 295.0 a 295.9, inclusi episodi schizofreniformi); • Psicosi affettive: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressione maggiore, episodio singolo o ricorrente, grave, con sintomi psicotici (ICD-CM 296.24, 296.34); ▪ Mania, episodio ricorrente, grave, con sintomi psicotici (ICD-CM 296.14); ▪ Disturbo bipolare, episodio maniacale, grave, con sintomi psicotici (ICD-CM 296.44); ▪ Disturbo bipolare, episodio depressivo grave, con sintomi psicotici (ICD-CM 296.54);

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disturbo bipolare, episodio misto, grave, con sintomi psicotici (ICD-CM 296.64); • Disturbi deliranti (ICD-CM 297.0 – 297.9); • Altre psicosi non organiche (ICD-CM 298.0 – 298.9). |
|--|---|

4) Epidemiologia e inquadramento clinico

4.1 Background epidemiologico

I disturbi psicotici sono condizioni comuni nella popolazione generale, costituendo un importante problema di salute pubblica. Secondo il Global Burden of Disease Study, tra il 1990 e il 2019 la prevalenza grezza della schizofrenia è aumentata da 14,2 a 23,6 milioni di casi, mentre l'incidenza è cresciuta da 941.000 a 1,3 milioni di nuovi casi annui. La schizofrenia, la più grave delle psicosi, costituisce una patologia dal decorso cronico e dagli esiti funzionali severi (un caso su sette raggiunge un'accettabile condizione di recovery), costituendo l'undicesima causa mondiale di disabilità nel 2013. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la schizofrenia è responsabile dell'1,1% del totale degli anni di vita persi a causa della disabilità (DALYs) e del 2,8% complessivo degli anni vissuti in condizioni di disabilità. I DALYs associati alla schizofrenia sono aumentati da 9,1 a 15,1 milioni, con una crescita del 65% in trent'anni. La schizofrenia è un disturbo universale, che si riscontra tanto nei paesi e nelle aree più industrializzate, quanto nei paesi in via di sviluppo e nelle aree a dominante struttura rurale.

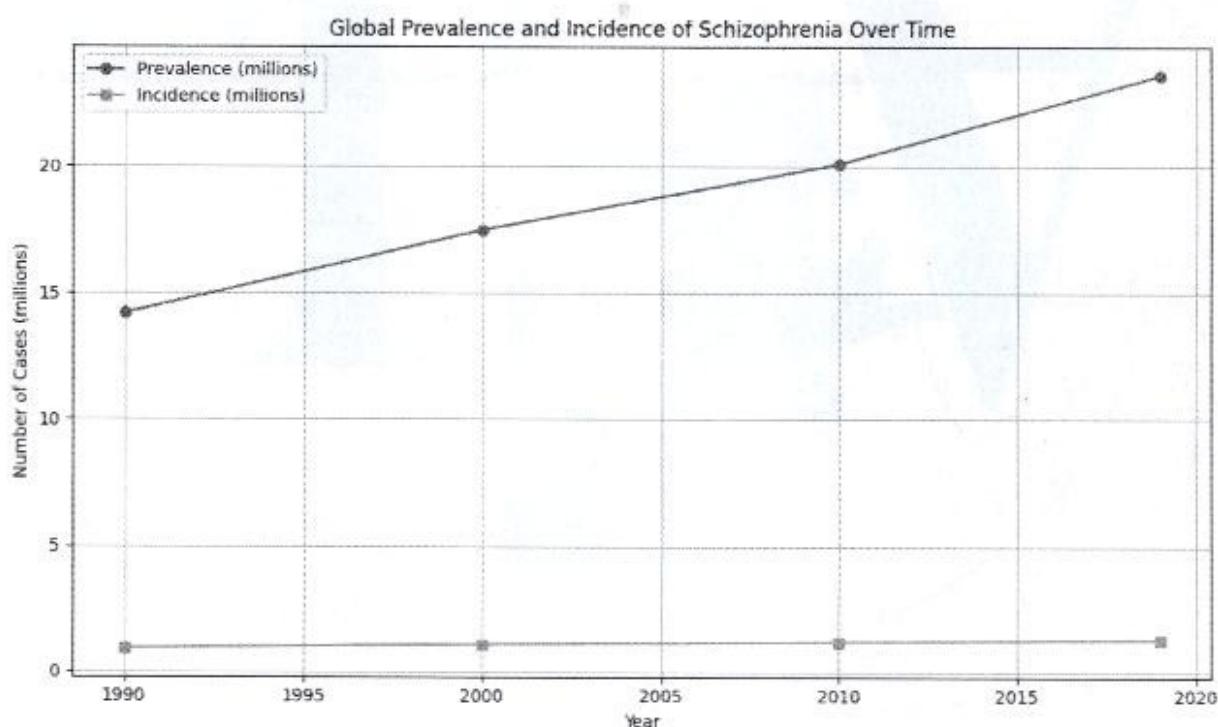


Grafico 3. Trend globale di prevalenza e incidenza della schizofrenia (1990–2019)

Sulla base dei dati internazionali, che attestano un'incidenza annuale della malattia pari a circa 0,2 per 1000 ed una prevalenza lifetime di 4,0 (1,6–12,1) per 1000, si stima che in Italia, su circa 49 milioni di individui di età superiore ai 18 anni, 245.000 persone sono o sono state affette da un disturbo di tipo schizofrenico. Oltre a un'età di esordio più precoce, mediamente di circa quattro anni rispetto alle femmine, i maschi tendono a presentare un decorso più grave, con maggiori sintomi negativi, minori probabilità di guarigione e un esito complessivamente peggiore. La schizofrenia assorbe tra l'1,5% e il 3% della spesa sanitaria nei Paesi sviluppati. In Italia il costo annuo per paziente affetto da questa psicosi è stato stimato in circa 25.000 euro, di cui solo un terzo per

costi diretti; i ricoveri incidono per l'83,1% del costo totale. Studi epidemiologici condotti in diverse regioni hanno confermato una bassa incidenza di esordi psicotici rispetto ai paesi del Nord Europa. Ad esempio, uno studio condotto in Sicilia ha rilevato un'incidenza grezza di 15,9 casi per 100.000 abitanti/anno, con un rischio significativamente maggiore tra i migranti (IRR = 4,02) e nei maschi (IRR = 1,99). Nella regione Emilia-Romagna, il tasso di incidenza trattata per FEP è stato stimato in 25,3 casi per 100.000 abitanti/anno tra i giovani di età compresa tra 18 e 35 anni.

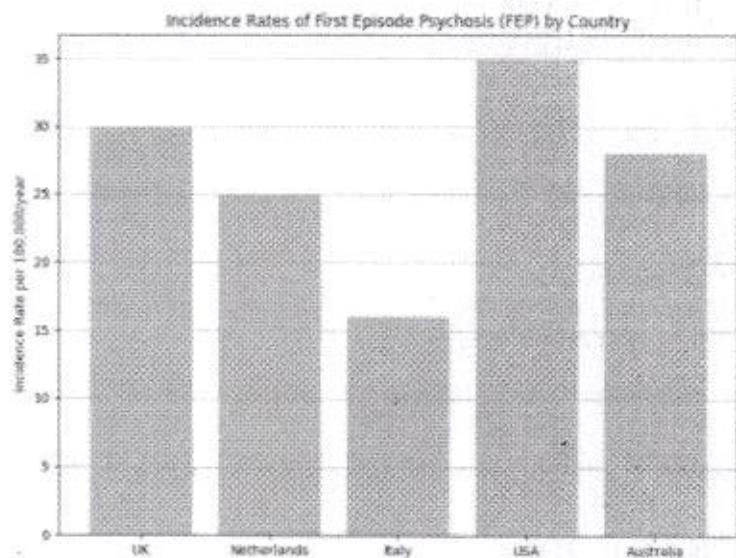


Grafico 4. Confronto internazionale dei tassi di incidenza del primo episodio psicotico (FEP)

In Campania, i dati epidemiologici disponibili derivano in parte dal progetto multicentrico FEP-Ita, che ha coinvolto anche l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli". Sebbene non siano ancora disponibili stime ufficiali sistematiche per l'intera regione, le evidenze locali indicano una incidenza trattata di FEP pari a circa 6,8 per 10.000 residenti con età superiore ai 17 anni. Le psicosi schizofreniche rappresentano circa il 34% dei ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), evidenziando un treatment gap significativo tra i casi attesi e quelli effettivamente trattati.

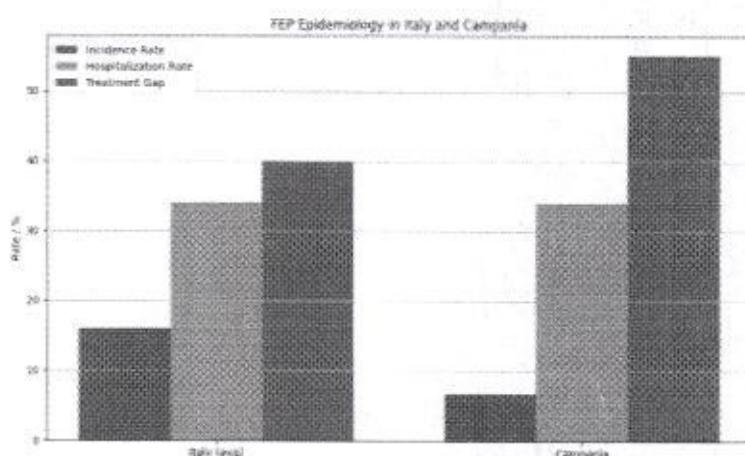


Grafico 5. Epidemiologia FEP in Italia e Campania (incidenza, ricoveri, treatment gap)

4.2 Fisiopatologia degli esordi psicotici

Gli esordi psicotici rappresentano una fase critica dei disturbi dello spettro schizofrenico e di altre psicosi, caratterizzata da alterazioni neurobiologiche complesse che precedono e accompagnano la comparsa dei sintomi clinici. Il modello più consolidato è l'ipotesi dopaminergica, secondo cui un'eccessiva sintesi e rilascio di dopamina nello striato, in particolare nell'area associativa, è correlata ai sintomi positivi (deliri, allucinazioni). Studi di imaging molecolare hanno confermato un aumento della capacità di sintesi dopaminergica nei soggetti con primo episodio psicotico e negli individui ad alto rischio clinico. Accanto alla dopamina, emerge un ruolo chiave della disfunzione glutammatergica, in particolare a livello dei recettori NMDA, che contribuisce ai deficit cognitivi e ai sintomi negativi. Anche il sistema GABAergico appare coinvolto, suggerendo uno squilibrio eccitatorio-inibitorio nelle reti corticali. Numerose evidenze indicano la presenza di neuroinfiammazione, attivazione microgliale e aumento di citochine pro-infiammatorie, insieme a stress ossidativo e disfunzione mitocondriale, che possono compromettere la plasticità sinaptica e la connettività cerebrale nelle fasi precoci della malattia. Studi di neuroimaging mostrano riduzioni volumetriche in aree fronto-temporali e anomalie della sostanza bianca già nelle fasi prodromiche, con progressione nei primi anni di malattia. Queste modifiche si associano a disfunzioni delle reti di default mode e salience, influenzando processi di integrazione sensoriale e cognitiva. Gli esordi psicotici sono oggi considerati il risultato di una vulnerabilità neuroevolutiva (genetica ed epigenetica) che interagisce con fattori ambientali (stress, traumi precoci, uso di cannabis). Il modello "dual hit" ipotizza che eventi precoci alterino lo sviluppo cerebrale, predisponendo a una risposta dopaminergica anomala agli stressori in adolescenza.

Tabella 4. Fattori di Rischio Associati ai FEPs

Tipologia del fattore di rischio	Fattore di rischio
Fattori di rischio parentali	Psicosi parentale Disturbi affettivi parentali Elevata età parentale
Fattori di rischio perinatali	Complicanze in corso di gravidanza Abnorme crescita fetale Complicanze da parto Influenza in corso di gravidanza Stagione di nascita
Rischi ambientali post-natali	Infezioni Danno cerebrale traumatico Deficit di vitamina D Uso giornaliero di tabacco Elevato uso di cannabis Traumi precoci ed eventi avversi precoci dell'infanzia Eventi stressanti dell'adulto Livello intellettivo (QI) premorboso
Fattori di rischio sociali	Minoranze etniche Immigrazione Vivere in ambienti urbani Basso status socioeconomico Discriminazione e marginalizzazione sociale Assenza o debolezza delle reti di supporto sociale Eventi stressanti cronici

4.3 Clinica degli esordi psicotici

4.3.1 Il costrutto di “Clinical High Risk for Psychosis” (CHR-P)

Le psicosi gravi sono generalmente precedute da una fase prodromica caratterizzata da sintomi attenuati, aspecifici e sottosoglia, insufficienti per una diagnosi formale. Per intercettare queste condizioni è stato introdotto il costrutto di Clinical High Risk for Psychosis (CHR-P), che identifica individui con elevata probabilità di transizione verso una psicosi conclamata. Il CHR-P comprende tre configurazioni cliniche principali:

- APS (Attenuated Psychotic Syndrome): sintomi psicotici attenuati ma persistenti.
- GRD (Genetic Risk and Deterioration): rischio genetico associato a deterioramento funzionale.
- BIPS/BLIPS (Brief Intermittent Psychotic Syndrome): episodi psicotici brevi e intermittenti.

Gli studi iniziali riportavano percentuali elevate (30-40% entro 2 anni), mentre le evidenze più recenti indicano tassi più bassi, compresi tra 8% e 17% a 2-3 anni. Circa il 60% dei casi convertiti evolve verso psicosi dello spettro schizofrenico, il restante verso psicosi affettive o atipiche. Tra i non convertitori, solo il 7% raggiunge remissione completa; la maggioranza permane in stato attenuato o sviluppa altre diagnosi non psicotiche.

Il riconoscimento precoce del CHR-P è cruciale per:

- Early Detection: identificare soggetti ad alto rischio.
- Early Intervention: attuare interventi mirati (psicoterapia, supporto familiare, monitoraggio).
- Prevenzione indicata: ridurre la probabilità di transizione e il deterioramento funzionale.

Il nostro PDTA, pur focalizzato sulla schizofrenia, include anche psicosi affettive e altre forme cliniche, in linea con i criteri CHR-P basati sui sintomi positivi e sul profilo cognitivo e metacognitivo. Questo approccio consente di aumentare la sensibilità e la specificità nella fase prodromica e di migliorare la prognosi attraverso interventi tempestivi.

4.3.1 Il Primo Episodio Psicotico (FEP)

Negli ultimi decenni, la comprensione del primo episodio psicotico (FEP) ha subito una profonda evoluzione, grazie all'integrazione di modelli clinici, neurobiologici e psicosociali. Il FEP non è più considerato semplicemente come l'inizio di una malattia psichiatrica, ma come una fase cruciale e potenzialmente reversibile, che può determinare il decorso futuro del disturbo. Le classificazioni moderne distinguono chiaramente tra la fase prodromica, caratterizzata da sintomi aspecifici e subclinici, e l'episodio psicotico conclamato, in cui i criteri diagnostici per un disturbo psicotico sono pienamente soddisfatti. Secondo il clinical staging model, il FEP rappresenta lo stadio 2 di una progressione patologica che può essere intercettata e modificata attraverso interventi mirati.

Durante il FEP, la sintomatologia è spesso eterogenea e può includere:

- sintomi positivi, come deliri e allucinazioni, che alterano profondamente la percezione della realtà.
- sintomi negativi, quali apatia, anedonia, alogia e ritiro sociale, che compromettono il funzionamento quotidiano.
- disorganizzazione del pensiero, con incoerenza, tangenzialità e deragliamento.
- alterazioni cognitive, che coinvolgono memoria di lavoro, attenzione, problem solving e cognizione sociale.
- compromissione dell'insight, ovvero la consapevolezza della malattia.
- disturbi dell'umore, spesso in senso depressivo, e ideazione suicidaria, presente in una percentuale significativa di casi.
- comportamenti aggressivi o ostili, più frequenti nella fase iniziale rispetto alle fasi croniche.
- catatonie, con rigidità motoria, stereotipie e ipercinesia.

Questa fase è spesso accompagnata da comorbidità psichiatriche e neurologiche, come ansia, depressione, tremori e rigidità. Uno dei concetti chiave nella gestione del FEP è la Duration of Untreated Psychosis (DUP), ovvero il tempo che intercorre tra l'insorgenza dei sintomi psicotici e l'inizio del trattamento. Studi come quello di Salazar de Pablo et al. (2024), pubblicato su Schizophrenia Bulletin, dimostrano che una DUP più breve è associata a migliori esiti clinici, funzionali e sociali. L'intervento precoce non solo migliora la remissione sintomatologica, ma riduce il rischio di recidive, ospedalizzazioni, disabilità e suicidio. Tuttavia, come evidenziato da Malla et al. (2022), la riduzione della DUP è spesso trascurata nei programmi di intervento precoce, che si concentrano più sulla qualità del trattamento che sulla tempestività. Per migliorare l'efficacia dell'intervento precoce è necessario: formare il personale sanitario al riconoscimento dei segnali precoci, sensibilizzare le comunità e le famiglie, implementare protocolli condivisi tra servizi territoriali e garantire accesso rapido ai servizi di salute mentale. Il periodo che segue il FEP, in particolare i primi due anni, è definito "periodo critico" per la sua instabilità clinica e l'elevato rischio di suicidio. Secondo il Critical Period Hypothesis, la maggior parte del deterioramento psicosociale avviene nei primi 2-5 anni dalla comparsa della psicosi. Durante questo periodo, il rischio di recidiva è stimato intorno all'80%, e il funzionamento sociale raggiunto entro i primi due anni è fortemente predittivo dell'outcome a lungo termine. È quindi fondamentale garantire:

- continuità terapeutica, con monitoraggio costante del benessere bio-psico-sociale.
- trattamenti farmacologici mirati, evitando l'uso indiscriminato di antipsicotici che possono compromettere le funzioni cognitive.
- interventi psicosociali evidence-based, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), il supporto familiare, la riabilitazione cognitiva e il case management.

Il modello di cura orientato alla recovery non si limita alla remissione sintomatologica, ma mira al ripristino del funzionamento sociale, lavorativo e relazionale. Secondo il National Institute of Mental Health, i programmi di Coordinated Specialty Care (CSC) per il FEP, che integrano farmacoterapia, psicoterapia, supporto vocazionale e interventi familiari, rappresentano il gold standard per il trattamento precoce. Inoltre, le linee guida NICE raccomandano l'inizio del trattamento entro due settimane dal FEP e l'uso combinato di antipsicotici e CBT, sottolineando l'importanza di un approccio multidimensionale e personalizzato. Il FEP rappresenta quindi sicuramente una fase delicata ma anche ricca di potenzialità terapeutiche. Intervenire tempestivamente, con trattamenti basati su evidenze scientifiche e orientati alla persona, può cambiare radicalmente il decorso della malattia. La sfida per i servizi di salute mentale è quella di costruire reti integrate, capaci di intercettare precocemente il disagio, accompagnare il paziente nel percorso di cura e promuovere una vera recovery.

4.5 Il ruolo della prevenzione nei disturbi psicotici

Le psicosi, in particolare la schizofrenia, sono oggi considerate condizioni prevenibili in parte, grazie a strategie mirate nelle fasi precliniche e prodromiche. La prevenzione si articola su tre livelli. La prevenzione primaria mira a ridurre l'incidenza dei disturbi nella popolazione generale o in sottogruppi a rischio (es. figli di pazienti con schizofrenia, soggetti con fattori perinatali e sociali sfavorevoli). Interventi efficaci includono:

- promozione di stili di vita sani e riduzione dei fattori di rischio ambientali (uso di cannabis, traumi precoci, stress cronico);
- politiche di integrazione sociale, implementazione dell'etnopsichiatria e dei servizi per la tutela delle minoranze;
- campagne educative per informare sui rischi legati alle sostanze psicoattive e sugli effetti del trauma.

La prevenzione indicata si rivolge ai soggetti con Clinical High Risk for Psychosis (CHR-P), caratterizzati da sintomi attenuati e deterioramento funzionale. Sebbene le metanalisi più recenti indicano che

nessun intervento singolo ha un effetto robusto e duraturo sulla transizione a psicosi, sottolineando la necessità di strategie personalizzate e stratificate, gli interventi raccomandati sono:

- CBT individuale e familiare, programmi psicoeducativi e supporto sociale.
- approcci multimodali (es. programmi NAVIGATE) che integrano psicoterapia, farmacoterapia a basso dosaggio e riabilitazione funzionale.

La prevenzione secondaria riguarda la fase del primo episodio psicotico (FEP) e ha come obiettivi:

- riduzione della DUP (Duration of Untreated Psychosis).
- ottimizzazione della risposta terapeutica nel “periodo critico” (primi 2-3 anni).
- miglioramento del funzionamento cognitivo e sociale, riduzione del carico familiare e trattamento delle comorbilità (uso di sostanze).

La prevenzione terziaria si concentra sulla fase cronica, con interventi volti a prevenire le recidive, mantenere la qualità di vita, il funzionamento sociale e le capacità cognitive e favorire la recovery funzionale attraverso programmi di riabilitazione psicosociale.

Tabella 5. Schema di Prevenzione nelle Psicosi

Livello di prevenzione	Target	Obiettivi principali	Interventi raccomandati
Prevenzione primaria	Popolazione generale o sottogruppi a rischio (es. figli di pazienti, soggetti con fattori perinatali/sociali)	Ridurre l'incidenza dei disturbi psicotici	Educazione alla salute mentale, promozione di stili di vita sani, riduzione uso cannabis, gestione del trauma
Prevenzione indicata	Soggetti con sintomi attenuati e deterioramento funzionale (CHR-P)	Prevenire o ritardare la transizione alla psicosi	CBT, interventi familiari, programmi multimodali (es. NAVIGATE), monitoraggio clinico
Prevenzione secondaria	Individui con primo episodio psicotico (FEP)	Ridurre la DUP, migliorare risposta terapeutica e funzionamento	Trattamento precoce, psicoeducazione, gestione comorbilità, supporto sociale
Prevenzione terziaria	Pazienti affetti da psicosi cronica	Prevenire recidive, mantenere qualità di vita e recovery	Riabilitazione psicosociale, terapia di mantenimento, interventi per il funzionamento sociale e cognitivo

4.6. Esordi psicotici e uso di sostanze

Le problematiche inerenti alla comorbidità, cioè la presenza di un disturbo mentale e di un disturbo da uso di sostanze (DUS), hanno acquisito negli anni, importanza crescente nei più giovani diventando una sfida molto complessa a livello diagnostico e clinico. Infatti, l'uso precoce di sostanze viene ormai considerato un importante fattore che aumenta il rischio potenziale di sviluppo di psicosi. Gli interventi tempestivi però consentono di migliorare l'evoluzione del disturbo sia da un punto di vista sintomatico che funzionale. Si è visto che per i giovani che soffrono di un primo episodio di psicosi, ridurre o interrompere l'abuso di sostanze comporta un miglioramento significativo dei sintomi psicotici e depressivi e può migliorare la capacità dei pazienti di tornare ad una vita normale. Alcune ricerche hanno dimostrato che i giovani che smettono di usare sostanze

dopo un primo episodio di psicosi ottengono risultati simili a quelli che non hanno mai usato sostanze. Determinare i tassi di prevalenza del DUS nei giovani adulti che manifestano esordio psicotico è un compito difficile per una serie di ragioni di tipo metodologico ma con stime che vanno dal 30 al 70% di presenza di un DUS al momento del primo intervento per psicosi. Gli studi hanno rilevato che il 60-80% dei giovani adulti con un primo episodio di psicosi riferisce di aver fatto uso di cannabis, l'88% di aver consumato alcol e il 70% di aver fumato tabacco in qualche momento della propria vita. I disturbi da uso di alcol e cannabis sono piuttosto comuni tra i giovani adulti con un primo episodio di psicosi. Le ricerche dimostrano costantemente che circa un terzo dei giovani adulti con un primo episodio di psicosi (28-37%) soddisfa i criteri per il disturbo da uso di cannabis e circa il 20-53% soddisfa i criteri per il disturbo da uso di alcol, tassi che sono più elevati rispetto a quelli riscontrati tra i giovani adulti nella popolazione generale. La cannabis è, tra le sostanze psicoattive illecite, la più diffusa e utilizzata soprattutto tra adolescenti e giovani adulti mentre la sostanza d'abuso che più di frequente si associa a patologia psichiatrica in generale è l'alcol, seguita da cannabis e cocaina. L'uso problematico di sostanze si presenta in uno spettro ingraescente, dal consumo occasionale alla vera e propria dipendenza patologica. In particolare, gli effetti del consumo di sostanze, durante la fase di neurosviluppo, possono determinare una deviazione significativa e permanente del funzionamento psichico, motivazionale e comportamentale della persona. L'insorgenza e il nesso tra l'uso di sostanze e l'esordio di sintomatologia psicotica non è sempre lineare, su questo possono interagire differenti fattori come la vulnerabilità genetica, l'età di primo uso, l'esposizione ad abusi fisici e psicologici nelle fasi di sviluppo e non ultimo il meccanismo farmacodinamico della sostanza stessa. Per alcune sostanze come la cocaina, le metamfetamine e gli allucinogeni come LSD, la sintomatologia è facilmente attribuibile a un eccesso di attività dopaminergica e a una sensibilizzazione del sistema dopaminergico; mentre per le NPS (cannabinoidi sintetici, catinoni, spice drugs...) il quadro è molto variabile e dipende dall'effetto farmacologico intrinseco della sostanza. Molto più studiata la cannabis, il cui consumo è stato associato a riduzione dell'età all'esordio psicotico, al genere maschile, all'assenza di deficit cognitivi (ad esempio, fluenza verbale, abilità visuo-spatiali, memoria visiva e verbale, funzioni esecutive, attenzione e processamento precoce delle informazioni), alla ricaduta precoce, alla maggior gravità dei sintomi e comportamento suicidario. L'aumentato uso di cannabis ha anche un impatto sul decorso a lungo termine, in termini di mancata remissione e aumento di gravità, frequenza e persistenza dei sintomi. Sono infatti oramai numerosi gli studi epidemiologici condotti su popolazioni non cliniche e con lunghi periodi di follow-up che indicano come l'uso di cannabis, particolarmente in adolescenza e nel periodo di maggiore sviluppo neurocognitivo, predica la comparsa di disturbi di tipo psicotico nelle età successive. Questa sostanza sembra in grado di modificare, in qualche maniera, la sintomatologia specifica della schizofrenia; è stata infatti associata a un peggioramento della sintomatologia positiva, soprattutto per quanto riguarda le aree sintomatologiche di deliri, allucinazioni e disturbi formali positivi del pensiero². Gli studi epidemiologici più recenti indicano pertanto che l'uso di cannabis rappresenta un fattore di rischio ambientale che impatta sul rischio di psicosi attraverso l'aumento del rischio di incidenza di esperienze psicotiche e, se usato continuativamente nel tempo e a dosi elevate, attraverso il rischio di manifestare sintomi psicotici persistenti che possono determinare una transizione verso un disturbo conclamato e stabile nel tempo. La relazione tra disturbi da uso di sostanze e psicosi è bidirezionale e la loro ricorrenza è stata associata a una serie di criticità: anticipa l'insorgenza della psicosi, peggiora la compliance al trattamento, incrementa la percentuale di disturbi e complicanze somatici già più alta in chi soffre di psicosi (malattie cardiovascolari, danni neurologici, malattie virali, epatiche, ecc.), comporta ricoveri più lunghi, aumenta il fenomeno del revolving door, dei TSO, e del numero di ricadute. Inoltre, la comorbilità condiziona negativamente gli stili di vita a rischio e il minor interessamento alla propria salute fisica, le complicanze dovute alla interazione tra farmaci e sostanze, i disturbi del comportamento fino ad atti di aggressività e violenza, gli atti illegali con le relative possibili conseguenze, aumenta anche l'indice di mortalità, sia per suicidio che per i comportamenti a rischio.

e le complicatezze mediche. Oltre alle conseguenze negative a livello individuale, i DUS e le psicosi rappresentano un costo sociale elevato legato alle cure sanitarie necessarie, quali ricoveri ospedalieri, visite al pronto soccorso e follow-up medico, alla perdita di produttività, alla difficoltà di mantenere il posto di lavoro e ai problemi giudiziari secondari. Ma soprattutto la comorbilità condiziona e complica la psicopatologia di entrambi i quadri, quello psicotico e quello del DUS, con la presentazione di quadri atipici caratterizzati dalla maggiore compromissione dello stato di coscienza, fenomeni allucinatori complessi, la persistenza della sintomatologia in funzione dell'azione psicotossica delle sostanze, episodi psicotici acuti a volte anche gravi; tutto ciò rende più difficile l'inquadramento diagnostico e il trattamento con conseguente peggioramento della prognosi e degli esiti.

4.6.1 Inquadramento diagnostico

Per la diagnosi di esordio psicotico in comorbidità con DUS è consigliabile associare fin dall'inizio della presa incarico uno screening tossicologico urinario, anche ripetuto nel tempo, per oppiacei, metadone, buprenorfina, cannabinidi, cocaina, anfetamine, MDMA e metamfetamine, ketamina, etilglucoronide. Nel caso di esordio psicotico associato a DUS il percorso diagnostico è complicato dalla necessità di differenziarlo da un disturbo mentale indotto da sostanze [DMIS], quadri spesso non distinguibili sul piano sintomatologico in quanto gli effetti "psicopatologici" del consumo di sostanze sono molto variabili ed eterogenei, il che rende difficile differenziare i sintomi da uso di sostanze dai sintomi eventualmente correlati alla psicosi o dovuti a entrambe le situazioni. Per la diagnosi differenziale dei i Disturbi Mentali Indotti da Sostanze [DMIS] si può fare riferimento ai criteri principali proposti attualmente dal DSM-5: la sostanza è causalmente correlata allo sviluppo della sintomatologia; vi deve essere una stretta relazione temporale, ma anche congruità tra tipo, dose e durata di uso della sostanza e sintomi sviluppati; la sintomatologia deve risolversi spontaneamente con la rimozione del fattore eziologico. Alcuni autori propongono anche di considerare come una categoria a parte le Psicosi da Sostanze Sintetiche o da NPS. Questi quadri psicotici tenderebbero a persistere anche successivamente alla cessazione degli effetti delle sostanze e si caratterizzerebbero per una presentazione psicopatologica diversa dalle psicosi schizofreniche con alcune analogie con lo Psicoma Lisergico di Bonhoefferle (prevalenza di allucinazioni visive, crepuscolarismo, elevata aggressività, maggiore insight). Comunque, in assenza di chiari criteri, ogni caso di esordio psicotico associato a DUS (in comorbidità) dovrebbe mantenere una presa in carico integrata da parte di tutti i Servizi interessati (CSM, SPDC, NPI, SERD) per un tempo sufficiente a definire il decorso.

5) Il percorso del paziente

La persona che presenta un quadro di psicosi all'esordio o in fase prodromica potrà fruire di un percorso diagnostico e terapeutico assistenziale multidimensionale, organico e coordinato. Il PDTA Esordi Psicotici offre percorsi differenziati di screening e di assessment e copre i diversi livelli assistenziali necessari per fronteggiare le varie fasi della patologia.

• 5.1 Modalità di accesso al percorso

L'accesso al percorso diagnostico terapeutico e assistenziale avviene mediante:

- operatori dei servizi specialistici (UOCSM, SPDC, NNPIA, SERD);
- operatori dei servizi sanitari di base (MMG e PLS);
- agenzie sociali ed educative (scuole, servizi sociali comunali, servizi giudiziari);
- auto invio.

L'invio può avvenire attraverso:

- segnalazione telefonica e relazione dei servizi specialistici di salute mentale e delle dipendenze patologiche;
- invio da parte del medico di base o pediatra di libera scelta;

- invio su segnalazione dello psicologo di base;
- tramite accesso diretto o contatto telefonico ai numeri dei Servizi territorialmente competenti per residenza della UOSM AV1 e AV2, come da distribuzione distrettuale (allegato Distretti ASL AV).

Dopo segnalazione, verrà effettuata una prima valutazione di appropriatezza dell'invio da un operatore professionale formato, quindi verrà fissato un primo colloquio entro 15 giorni dalla richiesta e saranno avviati gli approfondimenti clinico-diagnostici e gli interventi previsti. In caso di segnalazione da parte del SPDC, già durante la degenza e in ogni caso alla dimissione, sarà effettuato un collegamento diretto con i servizi competenti (UU.OO.SS.MM. / N.P.I.A.), al fine di individuare il miglior piano trattamento.

5.2 Modalità operativa di avvio valutazione

Compatibilmente con le disponibilità di risorse dello specifico contesto territoriale, la modalità di presa in carico prevederà il coinvolgimento di un'equipe multiprofessionale di provenienza UONPIA per gli infradiciottenni e CSM per le altre fasce di età (con possibile shift di competenze ove necessario). L'equipe multiprofessionale sarà composta da: psichiatra o neuropsichiatra se minore, psicologo, operatore delle Professioni Sanitarie che assumerà la funzione di Case Manager, opportunamente formato per la sua applicazione. L'equipe seguirà la persona e la sua famiglia in caso di:

1. soggetto ad alto rischio di psicosi (stadio 1 – CHR-P);
2. primo episodio psicotico nei primi due anni (stadio 2- FEP).

5.3 Attività di sensibilizzazione, informazione e formazione.

Al fine di rendere maggiormente efficaci le procedure di invio, limitare gli invii impropri e facilitare l'helpseeking, sarà predisposta una formazione specifica per gli operatori dei servizi specialistici e di base (MMG/PLS) e una campagna informativa per le segnalazioni provenienti dalle agenzie territoriali e per l'autoinvio. Pertanto, l'ASL di Avellino prevederà periodiche attività di informazione e formazione per l'individuazione di casi a rischio d'insorgenza di psicosi, la gestione condivisa delle urgenze (come richieste di ASO e invio in Pronto Soccorso) e indicazioni sulle modalità operative del PDTA, da realizzarsi attraverso una rete formativa da costruirsi attraverso FNOMCEO. Tali attività saranno rivolte a medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli operatori 118, pronto soccorso e personale DSM. Sarà altresì favorita l'attivazione di percorsi di informazione e sensibilizzazione sulle condizioni di rischio clinico e sui servizi dedicati, attraverso eventi divulgativi, con attenzione anche agli istituti scolastici.

6) Le procedure di valutazione e trattamento

La valutazione e l'assesment della persona saranno alla base della presa in carico terapeutico-riabilitativa e dovranno essere caratterizzate da procedure e strumenti evidence based.

6.1 Individuazione e presa in carico di soggetti ad alto rischio di psicosi (CHR-P) screening, valutazione e assessment

L'invio o la richiesta di valutazione di un sospetto CHR-P prevederà:

A. CHR-P:

1. primo colloquio clinico con operatore delle Professioni Sanitarie preposto all'accoglienza;
2. entro 15 giorni consulenza specialistica (Psichiatra/NPIA/Psicologo), che si articolerà in:
 - a. colloqui individuali;
 - b. colloqui familiari (vedi allegato famiglia);
 - c. somministrazione di test di screening: PQ-92. (Prodromal Questionnaire), autosomministrato, oppure PQ- B 21 item - (vedi allegato), GAF.
 - d. Somministrazione di rafting scale e test;

- SCL-90R - Symptom Check-List 90 revised;
- WAIS o valutazione neuropsicologica per minori;
- eventuale valutazione delle funzioni metacognitive: test autosomministrato - MCQ-30: Metacognitions Questionnaire-30 per gli adulti e MCQ-C: MetacognitionsQuestionnaire for Children, per i minori, (vedi allegato).
- e. screening tossicologico urinario, anche ripetuto nel tempo, per oppiacei, metadone, buprenorfina, cannabinodi, cocaina, anfetamine, MDMA e metamfetamine, ketamina, etilglucoronide.

B. Psicosi conclamata FEP (già all'invio o durante l'assessment del CHR-P)

1. Qualora l'assessment evidensi una psicosi conclamata si avvierà il soggetto al percorso specifico per FEP.

La valutazione preferenzialmente si concluderà con restituzione dell'esito al soggetto ed alla famiglia entro 1 mese dalla prima consultazione, ad eccezione del verificarsi di problemi contingenti o strutturali del Servizio. È previsto il consenso informato (prestato dai genitori o da chi ne fa le veci, se il soggetto è minorenne) per le operazioni di rilievo clinico-diagnostico.

6.1.1 Trattamento dei soggetti ad alto rischio di psicosi CHR-P

In caso di individuazione di soggetto ad Alto Rischio psicosi CHR-P, la letteratura evidenzia l'importanza di applicare interventi precoci per neutralizzare o rallentare l'evoluzione verso la psicosi. Il Case Manager individuato nella fase di assessment assicurerà la continuità degli interventi e farà da punto di riferimento per l'utente nel percorso di cure previsto dal Piano di Trattamento Individuale (PTI) condiviso con utente ed equipe. La pianificazione degli interventi, calibrata sul livello di funzionamento della persona e sulla gravità clinica, prevederà:

- Psicoeducazione;
- colloqui clinico-psicologici;
- interventi volti a riduzione di stigma e vissuti di disperazione rispetto alla comunicazione della condizione di alto rischio;
- interventi familiari e di supporto;
- social skill training;
- trattamento farmacologico, in caso di comportamenti auto-eteroaggressivi, deterioramento funzionale accelerato, marcato rischio suicidario e inefficacia di interventi di primo livello;
- trattamento delle comorbidità.

Tabella 6. Compiti e responsabilità nel managing del CHR-P

Attività	Descrizione	Responsabile
Formazione e sensibilizzazione	Campagna di informazione e sensibilizzazione delle agenzie del territorio educative e sociali e della popolazione target - Attività di informazione dei servizi sanitari di base (MMG/PLS) - Formazione specifica egli operatori dei servizi specialisti	Psicologo, Psichiatra /NPIA DSM
Invio	- Segnalazione telefonica - Invio su ricetta bianca del MMG/PLS - Invio con relazione dei servizi specialistici -auto-invio	MMG/PLS Scuola, agenzie territoriali, utente, familiari
Accoglienza	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta e dell'invio	Infermiere (CPS) UOCSM/NNPIA

	- Informazione sulle modalità di prenotazione e accesso	
Valutazione iniziale e screening	<ul style="list-style-type: none"> - Colloquio clinico - Screening psicodiagnostico - Colloquio con la famiglia 	Psicologo
Assessment e inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> Visita psichiatrica/NPIA - Visita psicologica - Assessment di secondo livello (assessment sintomatologico, neurocognitivo/meta cognitive) - Valutazione funzionale e familiare 	Psicologo, Psichiatra/NPIA e assistente sociale
Assunzione in cura	Formulazione del PTI	Equipe Multidimensionale
Trattamenti Psicologici	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione - Psicoterapia - Interventi cognitivo comportamentali - Training delle abilità meta cognitive - Psicoeducazione familiare 	
Interventi farmacologici	Trattamento psicofarmacologico	Psichiatra/NPIA
Trattamenti delle Comorbilità	Trattamento delle dipendenze da sostanza o comportamentali	SERD - MMG
Interventi riabilitativi	<ul style="list-style-type: none"> - Riabilitazione neuropsicologica - Social Skill training 	Riabilitatore

6.2 Valutazione, assessment e presa in carico dei pazienti al primo episodio di psicosi

Il primo step del percorso terapeutico-riabilitativo per la persona con esordio psicotico prevederà l'inquadramento diagnostico e funzionale della persona, effettuata dallo psichiatra (pazienti 18+ anni di età) o dal NPIA (pazienti ≤ 18), per la valutazione di condizioni di emergenza e l'appropriato livello di presa in carico (domiciliare, ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale, ospedaliero). La valutazione e la presa in carico potranno avvenire anche su segnalazione del SPDC ad esito di consulenza specialistica in condizione di emergenza o di ricovero in regime ospedaliero, come da procedura specifica. Si effettueranno valutazioni anamnestiche fisiologiche, storia perinatale, familiarità, traumi precoci, esame psichico, decorso, funzionamento pre-morboso, DUP, diagnosi ed eventuali precedenti trattamenti, insight, comorbidità, valutazione del rischio suicidario e comportamenti pericolosi, valutazione neuropsicologica, comorbidità mediche, identificazione di risorse e rete familiare. In considerazione del quadro clinico e dell'eventuale condizione critica si avvierà approfondimento di secondo livello per soggetti con FEP.

Protocollo psicodiagnostico negli adulti:

- SCID 5-CV: Structured Clinical Interview 5 - Clinical Version. 5
- PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale
- WAIS - Wechsler Adult Intelligence Scale
- GAF: Global Assessment of Functioning Scale per la valutazione del funzionamento sociale
- CGI- Clinical Global Impressions
- MCQ-30: Metacognitions Questionnaire per la valutazione delle funzioni metacognitive.
- HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales
- screening tossicologico urinario, anche ripetuto nel tempo, per oppiacei, metadone, buprenorfina, cannabinidi, cocaina, anfetamine, MDMA e metamfetamine, ketamina, etilglucoronide.

Protocollo psicodiagnostico in caso di minore:

- K-SADS-PL DSM-5: un'intervista diagnostica per la valutazione di disturbi psicopatologici (passati e attuali) secondo i criteri del DSM-5;
- PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale;
- C-GAS: Children's Global Assessment Scale per la valutazione del funzionamento sociale;
- CGI- Clinical Global Impressions
- WISC-V- Wechsler Intelligence Scale for Children - 5^a Edizione - test di intelligenza per bambini tra i 6 e i 16 anni
- WAIS - Wechsler Adult Intelligence Scale -test di intelligenza per ragazzi dai 17 anni
- MCQ-C: MetacognitionsQuestionnaire for Children

6.2.1 La gestione del periodo critico e il percorso terapeutico-riabilitativo

Ad esito dell'assessment effettuato verrà formulato un progetto terapeutico in cui si interfaceranno i servizi specialistici (SERD/SPDC/UOSM) i servizi sanitari di base (MMG e PLS) e le agenzie territoriali educative e sociali (Scuola, Servizi Sociali Terzo Settore). In questo contesto, il case management sarà affidato allo psichiatra/NPIA/psicologo referente per il governo clinico e all'infermiere per il governo organizzativo-gestionale. Il trattamento specifico del primo episodio psicotico prevederà i seguenti interventi:

- trattamento farmacologico, incentrato preferibilmente sull'uso di antipsicotici di seconda generazione, formulazioni long-acting (LAI), valutazioni di trattamento a base di clozapina in determinate specificità;
- interventi psicoeducazionali volti alla crescita della consapevolezza di cure e malattia e all'acquisizione del consenso;
- interventi psicologici;
- psicoeducazione familiare;
- training metacognitivo e riabilitazione funzionale;
- trattamento delle comorbidità.

Tabella 7. Compiti e responsabilità nel management del FEP

Attività	Descrizione	Responsabile
Invio	<ul style="list-style-type: none"> - Invio su ricetta bianca del MMG/PLS - Invio con relazione dei servizi specialistici - SPDC 	MMG/PLS, SERD, SPDC
Accoglienza	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dell'appropriatezza della richiesta e dell'invio - Informazione sulle modalità di prenotazione e accesso 	Infermiere (CPS) UOCSM/NNPIA
Assessment e inquadramento diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> - Visita psichiatrica/NPIA - Visita psicologica - Assessment di secondo livello (assessment sintomatologico, neurocognitivo e delle funzioni metacognitive) - Valutazione funzionale e familiare - Formulazione del caso 	Psicologo, Psichiatra/NPIA
Assunzione in cura	<ul style="list-style-type: none"> - Formulazione del PTI 	Equipe Multidimensionale

Case Management e presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> - Governance clinica del caso - Gestione organizzativa - Monitoraggio e valutazione del piano di trattamento - Follow-up - Formulazione del piano di trattamento 	Psicologo/Psichiatra e infermiere UOCSM/NNPIA
Interventi farmacologici	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento psicofarmacologico 	Psichiatra/NPIA
Trattamenti delle Comorbilità	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento delle dipendenze da sostanza o comportamentali 	SERD - MMG
Trattamenti Psicologici	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione - Psicoterapia - Interventi cognitivo comportamentali - Training delle abilità metacognitive - Psicoeducazione familiare 	psicologo
Interventi riabilitativi	<ul style="list-style-type: none"> - Riabilitazione neuropsicologica - Social Skill training 	Riabilitatore
Trattamento dell'emergenza	<ul style="list-style-type: none"> - Ricovero in TSV - Ricovero in TSO 	SPDC in collaborazione con UOCSM/NPIA

6.2.2. La continuità delle cure nel passaggio dalla neuropsichiatria infantile al DSM

Per garantire la continuità delle cure nel passaggio dalla neuropsichiatria infantile al DSM si devono adottare le procedure adottate dall'azienda con delibera n. 1160 del 23 settembre 2025.

7. Integrazione con rete territoriale e ospedaliera per la gestione delle emergenze nel FEP.

7.1 Finalità e principi operativi del SPDC

Gli obiettivi dell'intervento del SPDC sono:

- assicurare la gestione tempestiva delle fasi acute o subacute dell'esordio psicotico, in condizioni di sicurezza per il paziente e per il contesto;
- favorire una valutazione diagnostica multidimensionale (clinica, psicopatologica, organica e psicosociale);
- avviare interventi terapeutici integrati precoci, in stretta collaborazione con i servizi territoriali e con le famiglie;
- ridurre la durata della psicosi non trattata (DUP);
- assicurare la continuità assistenziale post-dimissione, attraverso il collegamento strutturato con i Centri di Salute Mentale e le équipe territoriali di riferimento.

Durante il ricovero, il SPDC svolge le seguenti funzioni:

- accoglienza e valutazione clinico-diagnostica del paziente in fase acuta, con approfondimento anamnestico e diagnostico (esami ematochimici, neuroimaging, consulenze specialistiche, ecc.);
- stabilizzazione clinica mediante terapia psicofarmacologica mirata e interventi di holding e contenimento emotivo e relazionale reso possibile e praticabile dalla costante presenza sulle 24 h dell'équipe multidisciplinare curante (psichiatri, infermieri, oss, e nelle ore diurne non festive, dello psicologo);
- osservazione psico-comportamentale strutturata, utile alla definizione del progetto terapeutico personalizzato;
- coinvolgimento attivo della famiglia, con colloqui di psicoeducazione e supporto;
- inizio precoce di interventi psicologici e riabilitativi compatibili con la fase clinica attraverso

attività strutturate, quali gruppo-lettura, attività ludico ricreative, uscite nel contesto degli spazi ospedalieri, bar, cappella, giardino sempre in supervisione con familiari ed operatori per valutazione sul campo della tenuta comportamentale del pz soprattutto in fase pre-dimissione ed in discreto compenso;

- stesura condivisa del piano di dimissione, con definizione delle modalità di presa in carico territoriale attraverso invio della lettera di dimissione ed accordo del follow up.

Il primo follow up può attuarsi in ambiente ospedaliero per consentire la continuità della presa in carico tra il personale ospedaliero prima di porta di accesso ai servizi psichiatrici e quello territoriale. Per i *minori* il luogo appropriato per il ricovero di disturbi psichiatrici gravi in età evolutiva è il reparto di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

E' consentito il ricovero del minore in SPDC solo se verificano queste condizioni:

- assenza di posto letto disponibile in degenza NPIA
- presenza delle seguenti patologie:
 - psicosi acute
 - gravi comportamenti autolesionistici
 - gravi comportamenti etero aggressivi/violenti
 - tentativi di suicidio con perdurante rischio di ideazione e di comportamento parasuicidiari
- età superiore a 16 anni

7.2 Raccordo con la rete territoriale, dimissione e follow up

Il SPDC opera in stretta integrazione funzionale con:

- il CSM di riferimento per la presa in carico territoriale e la continuità terapeutiche per l'attivazione dei programmi di trattamento integrato;
- i Servizi sociali territoriali della rete di ambito e/o dipartimentali, il medico di medicina generale cui si impegna ad inviare personalmente lettera di dimissione e le famiglie, in un'ottica di rete.

Alla dimissione, il paziente viene affidato formalmente al CSM di competenza, con:

- piano terapeutico individuale aggiornato;
- indicazioni farmacologiche;
- appuntamento programmato per la prima visita territoriale qualora non sia possibile per motivi contingenti attuare il follow-up post dimissione in SPDC;
- eventuale suggerimento di interventi domiciliari o semiresidenziali in base al livello di autonomia.

I criteri per la dimissione di un *minore* sono i seguenti:

- stabilizzazione della condizione acuta che ha richiesto il ricovero e strutturazione di appropriato progetto di cura
- situazione ambientale compatibile con la dimissione
- appuntamento fissato presso la UONPIA
- in alternativa, necessità di trasferimento presso un reparto di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Tabella 8. Indicatori di qualità nel management ospedaliero dell'esordio psicotico

Indicatore	Descrizione	Valore Attuale	Target	Note
Piano di continuità assistenziale	% di pazienti con esordio psicotico dimessi da SPDC con un piano formalizzato	82%	≥ 90%	Piano include follow-up territoriale, terapia farmacologica e supporto familiare
Tempo medio primo contatto	Giorni medi tra dimissione e primo incontro con CSM o altro servizio territoriale	5,2 giorni	≤ 3 giorni	Ritardi dovuti a carenza di personale e sovraccarico dei servizi
Ricoveri ripetuti a 6 mesi	% di pazienti che non hanno avuto ricoveri ripetuti entro 6 mesi dalla dimissione	68%	≥ 75%	Interventi precoci e monitoraggio domiciliare migliorano questo dato
Ricoveri ripetuti a 12 mesi	% di pazienti che non hanno avuto ricoveri ripetuti entro 12 mesi	54%	≥ 65%	Necessario rafforzare la rete territoriale e il supporto psicosociale
Coinvolgimento familiare	% di piani di cura che includono almeno un incontro con familiari documentato	76%	≥ 85%	Formazione degli operatori e sensibilizzazione delle famiglie in corso

8) Allegati

- ALLEGATO DISTRETTI ASL AVELLINO
- ALLEGATO - IPQ - THE ITALIAN VERSION OF THE BRIEF (21-ITEM) PRODRONAL QUESTIONNAIRE - IPQ-B)
- ALLEGATO - METACOGNITIONS QUESTIONNAIRE 30 - MCQ-30
- SCHEDA DI PRIMO CONTATTO
- ALLEGATO SCHEDA Approfondimento di secondo livello per soggetti con CHR-P (ADULTI)

ALLEGATO DISTRETTI ASL AVELLINO

ASL AV	COMUNI	SERVIZI
Ariano Irpino (DS 01)	<ul style="list-style-type: none"> • Ariano Irpino, • Casalbore, • Montecalvo Irpino, • Greci, • Savignano Irpino, • Montaguto, • Villanova del Battista, • Zungoli, • Flumeri, • Melito Irpino. 	UOSM AV2 1 - CSM
Avellino (DS 04)	<ul style="list-style-type: none"> • Altavilla Irpina, • Avellino, • Capriglia Irpina, • Cervinara, Chianche, • Grottolella, • Montefredane, • Petruro Irpino, • Pietrastornina, • Prata di Principato Ultra, • Pratola Serra, • Roccabascerana, • Rotondi, • San Martino Valle Caudina, • Torrioni, • Tufo. 	UOSM AV 2 - AMBULATORIO MONTEFORTE IRPINO
MONTEFORTE IRPINO (DS 02)	<ul style="list-style-type: none"> • Contrada, • Monteforte Irpino, • Ospedaletto D'Alpinolo, • Mercogliano, • Summonte, • Sant'Angelo a Scala. 	UOSM AV 2 - AMBULATORIO MONTEFORTE IRPINO
SANT'ANGELO DEI LOMBARDI (DS 03)	<ul style="list-style-type: none"> • Andretta, • Aquilonia, • Bagnoli Irpino, • Bisaccia, 	UOSM AV 1 - AMBULATORIO SANT'ANGELO DEI LOMBARDI

	<ul style="list-style-type: none"> • Cairano, • Calabritto, • Calitri, • Caposele, • Cassano Irpino, • Castelfranci, • Conza della Campania, • Guardia dei Lombardi, • Lacedonia, • Lioni, • Montella, • Monteverde, • Morra de Sanctis, • Nusco, • Rocca San Felice, • Sant'Andrea di Conza, • Sant'Angelo dei Lombardi, • Senerchia, • Teora, • Torella dei Lombardi, • Villamaina. 	
Atripalda (DS 05)	<ul style="list-style-type: none"> • Aiello del Sabato, • Atripalda, • Candida, • Castelvetere sul Calore, • Cesinali, • Chiusano di San Domenico, • Lapiro, • Manocalzati, • Montefalcione, • Montefusco, • Montemarano, • Montemiletto, • Montoro, • Parolise, • Pietradefusi, • Salza Irpina, • San Mango sul Calore, • San Michele di Serino, • San Potito Ultra, • Santa Lucia di Serino, • Santa Paolina, • Santo Stefano del Sole, • Serino, • Solofra, • Sorbo Serpico, • Torre le Nocelle, • Venticano, • Volturara Irpina. 	UOSM AV 2 - AMBULATORIO ATRIPALDA

BAIANO (DS 06)	<ul style="list-style-type: none">• Avella,• Baiano,• Quadrelle,• Mugnano del Cardinale• Sirignano,• Sperone.• Domicella,• Lauro,• Marzano di Nola,• Moschiano,• Pago del Vallo di Lauro,• Quindici,• Taurano	UOSM AV2
----------------	---	----------

The Italian version of the Brief (21-item) Prodromal Questionnaire (iPQ-B)

(Source: Loewy RL, Pearson R, Vinogradov S, et al. *Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire-Brief version (PQ-B)*. Schizophr Res 2011;129:42-6).

(Authorized Italian version by Preti A, Raballo A. Studio CAPIRE. *Cagliari Psychosis: Investigation on Risk Emergence*, 2011).

Per cortesia, indica se hai avuto i seguenti pensieri, sentimenti ed esperienze nel corso dell'ultimo mese segnando "SI" o "No" per ciascuna domanda. **Non tenere conto di esperienze che si verificano sotto influenza di alcol, droghe o farmaci che non ti erano stati prescritti.** Se rispondi "SI" a una domanda indica anche quanto disagio ti ha causato quell'esperienza [quanto spiacevole è stata per te quell'esperienza].

1. Capita talvolta che gli ambienti abituali ti sembrino strani, confusi, minacciosi o irreali?

SI NO

Se Si: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

2. Hai mai sentito suoni insoliti come esplosioni, schiocchi, sibili, schianti o squilli nelle tue

orecchie? SI NO

Se Si: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi: Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

3. Le cose che vedi ti appaiono differenti dal modo in cui sono abitualmente (più luminose o più

scure, più larghe o più piccole, comunque cambiate in qualche modo)?

SI NO

Se Si: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

4. Hai avuto esperienze con la telepatia, le forze psichiche o la predizione del futuro?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi: Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferent D'accordo Fortemente d'accordo

5. Ti sei sentito come se non avessi controllo sulle tue idee o pensieri? SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi: Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferent D'accordo Fortemente d'accordo

6. Hai difficoltà a spiegarti, perché fai troppe digressioni o devi dal filo del discorso quando

parli? SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi: Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferent D'accordo Fortemente d'accordo

7. Hai l'impressione o la convinzione di essere dotato in modo particolare o di possedere un

talento speciale? SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferent D'accordo Fortemente d'accordo

8. Hai l'impressione che altre persone ti stiano tenendo d'occhio o parlino di te?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferent D'accordo Fortemente d'accordo

9. Hai talvolta sensazioni strane sulla pelle o appena al di sotto, come insetti che camminano?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferent D'accordo Fortemente d'accordo

10. Ti capita talvolta di essere distratto all'improvviso da suoni distanti dei quali generalmente non sei consapevole? [ai quali normalmente non presti attenzione]

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo
Fortemente d'accordo

11. Hai la sensazione che qualche persona o forza ti stia accanto anche se tu non puoi vederla?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo
Fortemente d'accordo

12. Ti preoccupi talvolta del fatto che qualcosa nella tua mente non funzioni correttamente?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo
Fortemente d'accordo

13. Hai mai avuto la sensazione di non esistere, o che il mondo non esiste, o di essere morto?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo
Fortemente d'accordo

14. Qualche volta ti sei sentito confuso sulla natura reale o immaginaria di un'esperienza?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo
Fortemente d'accordo

15. Hai delle idee o delle convinzioni che altre persone troverebbero insolite o bizzarre?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

16. Senti che parti del tuo corpo sono cambiate in qualche modo, o che funzionano in modo

diverso? SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

17. I tuoi pensieri sono talvolta così forti che puoi quasi udirli? SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

18. Ti capita di provare sfiducia o essere sospettoso riguardo alle altre persone?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

19. Hai visto oggetti insoliti come bagliori, fiamme, lampi accecanti o figure geometriche?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

20. Hai visto cose che altri non riescono a vedere o non sembrano notare?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

21. Capita talvolta che le persone abbiano difficoltà a capire quello che stai dicendo?

SI NO

Se Sì: Quando capita, mi sento spaventato, preoccupato, o comunque la cosa mi crea problemi:

Fortemente in disaccordo In disaccordo Indifferente D'accordo Fortemente d'accordo

TABLE 3 Screening threshold recommendations for each version of the PQ in 3 different settings

PQ type	Non-help-seeking samples	General MH service users	UHR-/Psychosis-enriched samples
PQ-92			
Positive symptoms		≥18	≥8
Total symptoms			≥19
PQ-16			
Distress score	≥9	≥8	
Total symptoms		≥5-≥6	
PQ-B			
Number distressing items	≥8		≥4 [†]
Total symptoms		≥7	≥3
Distress score		≥24	≥6-≥18

PQ, Prodromal Questionnaire; UHR, Ultra high risk.

[†] Sensitivity below pre-specified 75% level (73%).

Allegato – MCQ-30

METACOGNITIONS QUESTIONNAIRE 30 (MCQ-30)

Adrian Wells and Samantha Cartwright-Hatton

Traduzione e adattamento italiano a cura di M.C. Quattropani e V. Lenzo

Questo questionario riguarda le credenze che le persone hanno circa i loro pensieri.

Qui di seguito sono elencate una serie di tali credenze. Per favore, legga ogni affermazione ed esprima quanto, in genere, è d'accordo segnando con una X il numero corrispondente. La preghiamo di rispondere a tutte le affermazioni: non ci sono risposte giuste o sbagliate.

	Per nulla d'accordo	Un poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Completamente d'accordo
1. Preoccuparmi mi aiuta ad evitare problemi futuri	1	2	3	4
2. E' dannoso per me preoccuparmi	1	2	3	4
3. Rifletto molto sui miei pensieri	1	2	3	4
4. Rischio di ammalarmi a causa delle mie costanti preoccupazioni	1	2	3	4
5. Sono consapevole di come funziona la mia mente quando rifletto su un problema	1	2	3	4
6. Se non riesco a controllare un pensiero minaccioso che poi si avvera, potrebbe essere colpa mia	1	2	3	4
7. Ho bisogno di preoccuparmi per	1	2	3	4

potermi organizzare				
8. Ho poca fiducia nella mia capacità di ricordare parole e nomi	1	2	3	4
9. I miei pensieri minacciosi persistono indipendentemente e da quello che faccio per fermarli	1	2	3	4
10. Preoccuparmi mi aiuta a fare ordine nella mia mente	1	2	3	4
11. Non riesco ad ignorare i miei pensieri minacciosi	1	2	3	4
12. Controllo i miei pensieri	1	2	3	4
13. Dovrei avere sempre il controllo sui miei pensieri	1	2	3	4
14. La mia memoria talvolta m'inganna	1	2	3	4
15. Le mie preoccupazioni potrebbero farmi impazzire	1	2	3	4
16. Sono costantemente consapevole dei miei pensieri	1	2	3	4
17. Ho una scarsa memoria	1	2	3	4

18. Presto molta attenzione al modo in cui funziona la mia mente	1	2	3	4
19. Preoccuparmi mi aiuta a fronteggiare le difficoltà	1	2	3	4
20. Non essere in grado di controllare i propri pensieri è segno di debolezza	1	2	3	4
21. Quando comincio a preoccuparmi per qualcosa non riesco più a smettere	1	2	3	4
22. Sarò punito se non controllo certi pensieri	1	2	3	4
23. Preoccuparmi mi aiuta a risolvere i problemi	1	2	3	4
24. Ho poca fiducia nella mia capacità di ricordare i luoghi	1	2	3	4
25. E' sbagliato avere certi pensieri	1	2	3	4
26. Non ho fiducia nella mia memoria	1	2	3	4
27. Se non riuscissi a controllare i miei	1	2	3	4

pensieri non sarei in grado di funzionare				
28. Ho bisogno di preoccuparmi per lavorare bene	1	2	3	4
29. Ho poca fiducia nella mia capacità di ricordare le mie azioni	1	2	3	4
30. Esapro costantemente i miei pensieri	1	2	3	4

SCORING MCQ-30

POS		NEG		CC		NC		CSC	
Item 1		Item 2		Item 8		Item 6		Item 3	
Item 7		Item 4		Item 14		Item 13		Item 5	
Item 10		Item 9		Item 17		Item 20		Item 12	
Item 19		Item 11		Item 24		Item 22		Item 16	
Item 23		Item 15		Item 26		Item 25		Item 18	
Item 28		Item 21		Item 29		Item 27		Item 30	
Totale									

Sottoscale:

POS = Positive beliefs about worry;

NEG = Negative beliefs about uncontrollability and danger;

CC = Cognitive confidence;

NC = Need to control thoughts;

CSC = Cognitive self-consciousness.

Scheda clinica di primo contatto

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome _____
Nato a _____ () il _____
Indirizzo _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____
Cittadinanza _____ Stato Civile _____
Istruzione: _____ Attività di lavoro/studio _____
Documento di riconoscimento _____ N° _____ Rilasciato
da _____ In data _____
Codice Fiscale _____
Caregiver di Riferimento Tutore Amministratore di sostegno
Nome e Cognome _____ Tel. _____
Cell. _____ e-mail _____
Medico di base Pediatra
Nome Cognome _____ Tel. _____

ACCESSO

Fonti di invio _____
Motivo della richiesta _____

Dirigente Referente _____ Case Manager _____
Codice HTH _____ n. cartella clinica _____

OPERATORE CHE HA EFFETTUATO L'ACCESSO

Nome Cognome _____ Firma _____

Approfondimento di secondo livello per soggetti con CHR-P (ADULTI)

	Nome	
	SCL-90	
	Indici Globali	Punti T
	GSI	
	PST	
	PSDI	
	SCALA PSICOPATOLOGICHE	DIMENSIONI
	Somatizzazione	Punti T
	Depressione	
	Ossessività-Compulsiva	
	Psicotismo	
	Ipersensibilità interpersonale	
	Ansia Fobica	
	Ansia	
	Ostilità	
	Ideazione Paranoidea	
	SCALA FATTORI	Punti T
	Disagio relazionale	
	Lamentele somatiche	
	Ansia	
	Aggressività/Ostilità	
	Disforia	
	Ideazione depressiva	
	Ossessività compulsiva	
	Disturbi del sonno	
DATA	WAIS	punteggio
data	GAF	punteggio
data	CGI	punteggio
	0= Non è stato valutato 1= assenza di malattia psichiatrica 2= Solo marginalmente ammalato 3= Lievemente ammalato 4 = Moderatamente ammalato 5 = Notevolmente ammalato 6 = Gravemente ammalato 7 = E' tra i pazienti più gravi	
data	MCQ-30	punteggio

	Fiducia cognitiva	
	Preoccupazione su credenze positive	
	Autoconsapevolezza cognitiva	
	Incontrollabilità di credenze negative	
	Bisogno di controllare i pensieri	
	Totale	

data	HoNOS	punteggio
	1.Comport. Iperattiv/ aggresssivi	
	2. Comportamenti auto lesivi	
	3. Assunzione di alcol/sostanze	
	4. Problemi cognitiv	
	5. Malattie fisiche	
	6. Allucinazioni e deliri	
	7. Problemi di umore depresso	
	8. Altri problemi psichici/comp	
	9. Problemi rapporti interper.	
	10. Attività della vita quotidiana	
	11. Problemi condizioni di vita	
	12. Attività lavorative/ricreat	
	Totale	

ALLEGATO APPROFONDIMENTO DI SECONDO LIVELLO PER SOGGETTI CON FEP

	Nome	
data	SCID 5 CV	Diagnosi principale
		Diagnosi secondaria
data	PANSS	punteggio
	Sintomi positivi	
	Sintomi negativi	
	Psicopatologia generale	
	Totale	
DATA	WAIS	punteggio
data	GAF	punteggio
data	CGI	punteggio
	0= Non è stato valutato 1= assenza di malattia psichiatrica 2= Solo marginalmente ammalato 3= Lievemente ammalato 4 = Moderatamente ammalato 5 = Notevolmente ammalato 6 = Gravemente ammalato 7 = E' tra i pazienti più gravi	
data	MCQ-30	punteggio
	Fiducia cognitiva	
	Preoccupazione su credenze positive	
	Autoconsapevolezza cognitiva	
	Incontrollabilità di credenze negative	
	Bisogno di controllare i pensieri	
	Totale	
data	HoNOS	punteggio
	1.Comport. Iperattiv/ aggressivi	
	2. Comportamenti auto lesivi	
	3. Assunzione di alcol/sostanze	
	4. Problemi cognitiv	
	5. Malattie fisiche	
	6. Allucinazioni e deliri	
	7. Problemi di umore depresso	
	8. Altri problemi psichici/comp	
	9. Problemi rapporti interper.	
	10. Attività della vita quotidiana	
	11. Problemi condizioni di vita	
	12. Attività lavorative/riconosciute	
	Totale	

Bibliografia

Capitolo 3 - Principi Generali

- Regione Campania. Decreto n. 32 del 25 marzo 2019.
- Ministero della Salute. Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).
- Ministero della Salute. Documento sui percorsi di cura per disturbi schizofrenici e gravi disturbi mentali, 2014.

Capitolo 4 - Epidemiologia e Inquadramento Clinico

- Solmi M. et al. (2023). Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia. *Molecular Psychiatry*.
- World Health Organization (2024). Global Health Estimates: Leading causes of DALYs.
- SIEP – Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica n.10, 2023.
- McCutcheon R.A., Krystal J.H., Howes O.D. (2020). Dopamine and glutamate in schizophrenia. *World Psychiatry*.
- Guerrin C.G.J. et al. (2021). The dual hit hypothesis of schizophrenia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/>
- Oluwoye, O., Monroe-DeVita M., Burduli E., Chwastiak L., McPherson S., McClellan J. M., & McDonnell, M. (2019). Impact of tobacco, alcohol and cannabis use on treatment outcomes among patients experiencing first episode psychosis: Data from the national RAISE-ETP study. *Early Intervention in Psychiatry*, 13, 142-146.
- Brunette MF, Mueser KT, Babbin S, et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2018;194:4–12.
- Weibell M. A., Hegelstad W. T. V., Auestad B., Bramness J., Evensen J., Haahr U., Friis S. (2017). The effect of substance use on 10-year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 843-851
- Mullin, K., Gupta, P., Compton, M. T., Nielssen, O., Harris, A., & Large, M. (2012). Does giving up substance use work for patients with psychosis? A systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 826-839
- Srihari, V. H., Tek, C., Kucukgoncu, S., Phutane, V. H., Breitborde, N. J., Pollard, J., ...Woods, S. (2015). First-episode services for psychotic disorders in the U.S. public sector: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 66, 705-712.
- Archie, S., Rush, B. R., Akhtar-Danesh, N., Norman, R., Malla, A., Roy, P., & Zipursky, R. (2007). Substance use and abuse in first-episode psychosis: prevalence before and after early intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1354-1363.
- Levi L, Bar-Haim M, Winter-van Rossum I, et al. Cannabis use and symptomatic relapse in first episode schizophrenia: trigger or consequence? Data from the OPTIMISE Study. *Schizophr Bull*. 2023;49:903–913
- Giovanni Martinotti, Gilberto Di Petta, Tommaso Piro, Eleonora Chillemi, Filippo Maria Ferro, The exogenous model of psychotic experience induced by novel psychoactive substances: A clinical overview, *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, Volume 4, 2024,

- Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people' NICE clinical guideline 120, 2011, <https://www.nice.org.uk/guidance/CG120>

Capitolo 5 - Percorso Diagnostico e Terapeutico

- National Institute of Mental Health. Coordinated Specialty Care (CSC) for FEP.
- NICE Guidelines. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management.
- Malla A. et al. (2022). Early intervention in psychosis: focus on DUP.

Capitolo 6 - Procedure di Valutazione e Trattamento

- Bosia M. et al. (2017). Cognitive remediation and functional improvement in schizophrenia. European Psychiatry.
- Buonocore M. et al. (2017). Targeting anxiety to improve quality of life in schizophrenia. European Psychiatry.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high- risk group: psychopathology and clinical features. Schizophr Res, 67(2-3), 131-142.
- Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. Schizophr Bull, 22(2), 353-370.
- Pelizza, L., Azzali, S., Paterlini, F., Scazza, I., Garlassi, S., Chiri, L. R., Poletti, M., Pupo, S., & Raballo, A. (2018). The Italian Version of the Brief 21-Item Prodromal Questionnaire: Field Test, Psychometric Properties and Age-Sensitive Cut-Offs. Psychopathology, 51(4), 234-244.
- Addington, J., Addington, D., Abidi, S., Raedler, T., & Remington, G. (2017b). Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. The Canadian Journal of Psychiatry, 62(9), 656-661
- Delibera aziendale n. 1160 del 23 settembre 2025

Capitolo 7 - Applicazione del PDTA

- Ministero della Salute. Manuale operativo per il calcolo degli indicatori PDTA, 2019.
- Fondazione The Bridge. Schizofrenia: lettura sistematica per un approccio multidimensionale.
- Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva, 2018

PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UO AFFARI GENERALI
Pubblicato il

07 GEN. 2026