



**SERVIZI DI SALUTE MENTALE PER GLI ADOLESCENTI
IN EUROPA:
stato dell'arte, raccomandazioni e
linee di indirizzo della rete ADOCARE***

E. COPPENS - I. VERMET - J. KNAEPS - M. DE CLERCK
I. DE SCHRIJVER - J.P. MATOT - CH. VAN AUDENHOVE

BRUXELLES

DICEMBRE 2015



COLOFON

***ADOCARE: Contratto di servizio SANCO/2013/C1/005 - S12.668919**

L'Unione europea rappresentata dalla Commissione europea, DG Salute e consumatori
Direzione generale - Direzione C - Salute pubblica

Il consorzio Action for Teens (aisbl - inpo) - LUCAS (Centro di ricerca della KU Leuven)

Team ADOCARE:

Action for Teens (aisbl - inpo):

Martine De Clerck (coordinatore progetto)
Isabelle De Schrijver (coordinatore progetto)
Marta Mateos (assistente progetto)
Dr. Jean-Paul Matot (direttore progetto)
Christine Vandermeulen (direttore finanziario)

LUCAS KU Leuven:

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, Ph D. (direttore ricerca)
Dr. Evelien Coppens, Ph D. (coordinatore ricerca)
Dr. Jeroen Knaeps, Ph D. (collaborazione scientifica)
Iona Vermet (collaborazione scientifica)
Kevin Agten (supporto amministrativo)
Lut Van Hoof (supporto amministrativo)

Rete di partecipanti ADOCARE (vedi pp. 38/39)

Copyrights:

© European Union, 2015.

Reproduction of content other than photographs and map is authorised provided the source is acknowledged.

For any use or reproduction of photographs and map permission must be sought directly from the copyright holder's ©adobe stock

Disclaimer:

The information and views set out in this report are those of the author(s) and do not necessarily reflect the official opinion of the European Commission.

Neither the European Commission nor any person acting on behalf of the Commission is responsible for the use which might be made of the following information.

www.adocare.eu

*ADOCARE: contratto di servizio con la Commissione europea per attuare un'azione preparatoria relativa alla creazione di una rete UE di esperti nel settore delle cure adatte agli adolescenti con problemi di salute mentale, contratto di servizio SANCO/2013/C1/005 - S12.668919.

INDICE

PREMESSA	5
Sintesi	7
1. Introduzione	7
2. Lo stato di salute mentale degli adolescenti in Europa	9
3. Organizzazione e tipologia dei servizi di salute mentale per gli adolescenti	11
4. Disponibilità e qualità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti	11
5. Strategie volte a migliorare la disponibilità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti	12
6. Strategie volte a migliorare la qualità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti	14
7. Prevenzione di problemi di salute mentale e promozione del benessere mentale	23
8. Politiche e quadri giuridici in relazione ai servizi di salute mentale per gli adolescenti	25
Linee di indirizzo e raccomandazioni	29
1. Disponibilità dei SSMA	29
2. Qualità dei SSMA	31
3. Accessibilità dei SSMA	32
4. Trattamento personalizzato	33
5. Cure integrate	35
6. Trasferimento dai SSM per adolescenti ai SSM per adulti	36
7. Formazione degli operatori	37
8. Prevenzione e promozione della salute mentale	37
9. Politiche e quadri giuridici	39
10. Attività di ricerca	40
Bibliografia	41



PREMESSA

Ogni adolescente ha diritto a crescere e diventare un adulto sano e responsabile in grado di partecipare appieno alla vita sociale e condurre un'esistenza felice. Purtroppo, un adolescente su cinque soffre di almeno un problema psicologico. Oggi, i giovani e le loro famiglie spesso non riescono a trovare trattamenti e sostegni adeguati, in parte perché i Servizi di Salute Mentale per gli Adolescenti (SSMA), in termini di qualità e disponibilità, non riescono a soddisfare le esigenze e le richieste dei giovani (OMS, 2005).

Per rispondere a questa impellente necessità di cure adeguate, integrate e multidisciplinari per gli adolescenti con problemi di salute mentale, nel 2009 è stata creata la rete europea Action for Teens.

In dicembre 2013, Action for Teens, in collaborazione con LUCAS, ha sottoscritto un contratto di servizio biennale con la Commissione europea, denominato ADOCARE, al fine di creare una rete di competenze estesa a livello comunitario per promuovere e sostenere la creazione di strutture sanitarie adeguate e innovative per gli adolescenti con problemi di salute mentale. La missione del progetto ADOCARE è stata quella di migliorare i Servizi di Salute Mentale per gli Adolescenti (SSMA) negli Stati membri con:

- L'acquisizione delle più recenti informazioni, idee e intuizioni sui SSMA.
- La valutazione della quantità e della qualità dei SSMA nei dieci Stati membri partecipanti.
- Lo sviluppo di linee di indirizzo e raccomandazioni per i governi e servizi per migliorare i SSMA.
- L'istituzione di una rete innovativa, intersettoriale e collaborativa di esperti europei nel settore SSMA.
- La sensibilizzazione e il sostegno ai vari paesi per migliorare o istituire SSMA.

In pratica, il progetto ADOCARE consisteva di due pacchetti di lavoro: il pacchetto di lavoro 1 includeva tutto quello che era in relazione con le attività ricerca, e affrontava i primi tre obiettivi. Il pacchetto di lavoro 2 includeva tutto quello che era in relazione con l'acquisizione di informazioni e competenze attraverso la rete, la comunicazione, la sensibilizzazione, lo sviluppo di capacità e la divulgazione, e affrontava gli ultimi due obiettivi.

Il documento attuale comprende la sintesi delle intuizioni più importanti acquisite attraverso il progetto ADOCARE in risposta alle domande di ricerca. In base ai risultati della ricerca, sono state formulate linee di indirizzo e raccomandazioni a supporto dei responsabili politici (livello macro), dei servizi (livello meso) e degli operatori (livello micro) nel tentativo di migliorare i servizi di salute mentale per gli adolescenti nei rispettivi paesi.



SINTESI

1. INTRODUZIONE

In Europa, il 15-20% degli adolescenti presenta almeno un problema psicologico o comportamentale, ed esiste un rischio concreto che i problemi di salute mentale sviluppati durante l'adolescenza possano continuare nell'età adulta o diventare persino cronici (OMS, 2005). Si stima che circa la metà dei problemi di salute mentale negli adulti siano iniziati durante l'adolescenza (Kessler et al., 2007a; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). I problemi di salute mentale non solo interessano i giovani adolescenti e il loro ambiente, ma hanno anche profonde implicazioni per il loro sviluppo sociale e per l'economia globale (Sawyer et al., 2012). Un calo annuo del PIL europeo del 4% è in relazione alle conseguenze dei problemi di salute mentale (assenteismo, rendimento ridotto sul lavoro, ...) (LSE, 2012).

Oggi, i giovani e la rete che li sostiene spesso non riescono a trovare un aiuto concreto per risolvere i problemi di salute mentale. Questo è dovuto alla mancanza di centri di assistenza mentale specializzati. Gli adolescenti hanno esigenze di assistenza diverse da quelle degli adulti e dei bambini, trovandosi proprio a metà strada del percorso di crescita e maturazione (OMS, 2002). Ad esempio, gli adolescenti hanno bisogno di più informazioni e sostegno psicosociale (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) e, dal loro punto di vista, il carattere particolare dei servizi di assistenza è più importante degli aspetti tecnici (OMS, 2002). Diversi motivi dissuadono gli adolescenti dal chiedere aiuto. Questi includono gli atteggiamenti (pubblici, percepiti e auto-stigmatizzanti) nei confronti della salute mentale, le preoccupazioni riguardo alla riservatezza dei servizi in merito alle cure erogate, l'accesso limitato (p.es. tempo, trasporto, costo) e l'assoluta mancanza di conoscenza dei servizi di salute mentale (Gulliver et al., 2010).

Ogni adolescente ha diritto a crescere e diventare un adulto sano e responsabile in grado di partecipare appieno alla vita sociale (sia socialmente che economicamente). Per questo, è necessaria un'azione urgente. Una decina di anni fa, l'OMS rilasciò una dichiarazione riguardo al fatto che gli Stati membri dell'Unione europea sono tenuti a fornire servizi di assistenza sanitaria mentale adeguati e personalizzati agli adolescenti che hanno bisogno di aiuto. Nello specifico, gli Stati membri devono garantire servizi di salute mentale sensibili all'età (ossia servizi di assistenza sanitaria di base e specialistici, e servizi di assistenza sociale) operanti a livello di reti integrate (OMS, 2005).

Missione e obiettivi di ADOCARE

La missione globale di ADOCARE consisteva nella creazione di una rete di esperti nell'Unione europea volta a promuovere e favorire l'istituzione di strutture di assistenza adeguate e innovative per gli adolescenti con problemi di salute mentale. Gli obiettivi comuni della rete di esperti erano incentrati sulle attività di ricerche, la sensibilizzazione, lo scambio di esperienze, la consultazione, lo sviluppo di capacità, la divulgazione e la promozione di attività.

Per conseguire la propria missione, ADOCARE:

- Ha raccolto informazioni, idee e intuizioni pertinenti ai SSMA.
- Ha valutato la disponibilità e la qualità dei SSMA negli Stati membri partecipanti.
- Ha sviluppato linee di indirizzo e raccomandazioni per i governi, e servizi per migliorare i SSMA.
- Ha istituito a livello europeo una rete innovativa, intersettoriale e collaborativa di ricercatori, psichiatri, psicologi, responsabili politici, assistenti domiciliari, fruitori di assistenza allo scopo di centralizzare l'esperienza e la competenza nel settore SSMA.
- Ha favorito la sensibilizzazione, lo scambio di esperienze, la consultazione, lo sviluppo di capacità, la divulgazione e la promozione.

Nella pratica, il progetto ADOCARE è stato suddiviso in due pacchetti di lavoro. Il pacchetto di lavoro 1 includeva tutto quello che era in relazione con le attività di ricerca, e affrontava i primi tre obiettivi. Il pacchetto di lavoro 2 includeva tutto quello che era in relazione con l'acquisizione di informazioni e competenze attraverso la rete, la comunicazione, la sensibilizzazione, lo sviluppo di capacità e la divulgazione, e affrontava gli ultimi due obiettivi.

Rete ADOCARE

Dieci paesi hanno preso parte al progetto di ricerca ADOCARE: Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Italia, Lituania, Spagna, Svezia e Regno Unito. L'obiettivo era avere rappresentanti delle diverse regioni UE: le Isole Britanniche, l'Europa orientale, l'Europa mediterranea, la Regione nordica e l'Europa occidentale. Oggi la rete conta 239 soggetti interessati con

vari profili presenti negli Stati membri partecipanti: ricercatori, responsabili politici, rappresentanti governativi, direttori e manager di servizi di salute mentale, psicologi, psichiatri, infermieri, assistenti domiciliari professionisti, giovani, membri della famiglia, ecc.

Attività di sensibilizzazione e sviluppo di capacità

Per sensibilizzare sulla necessità di avere SSMA integrati, per facilitare lo scambio di esperienze e competenze tra i diversi soggetti interessati e per sviluppare capacità, ADOCARE ha organizzato vari eventi che hanno riunito esperti con background multidisciplinari e associazioni di genitori e di giovani: 2 conferenze di alto livello e 4 workshop. Le informazioni e le competenze acquisite in questi eventi sono state utilizzate nel progetto di ricerca ADOCARE.

ADOCARE ha inoltre partecipato attivamente a vari eventi organizzati da terzi allo scopo di divulgare informazioni sul progetto e promuovere SSMA integrati.

Obiettivi della ricerca

Nelle sue attività di ricerca, ADOCARE ha cercato di raccogliere le informazioni, le idee e le intuizioni più aggiornate e rilevanti sui servizi di salute mentale per gli adolescenti e tentato di rispondere alle seguenti domande di ricerca:

- Qual è lo stato generale di salute mentale degli adolescenti in Europa?
- Come sono organizzati i Servizi di Salute Mentale per gli Adolescenti (SSMA)?
- Qual è la disponibilità di questi servizi negli Stati membri partecipanti e il loro livello di qualità?
- Quali sono le strategie volte a migliorare sia la disponibilità che la qualità di questi servizi?
- Quali sono le strategie volte a prevenire i problemi di salute mentale e come si può favorire il benessere mentale degli adolescenti?
- Quali politiche e quadri giuridici in merito a tali servizi esistono negli Stati membri partecipanti?

Metodo di ricerca

Le informazioni sono state raccolte utilizzando un approccio plurifunzionale. Sono state realizzate recensioni bibliografiche, consultazioni, discussioni tra esperti e workshop con diversi soggetti interessati (ossia, responsabili politici, operatori, esperti e utenti finali). Nello specifico, sono state esaminate relazioni e articoli pertinenti alla salute mentale degli adolescenti e ai relativi servizi di assistenza per sviluppare strumenti e procedure mirati a promuovere le attività di ricerca ADOCARE e a trovare risposte alle domande di ricerca. Sono stati effettuati molteplici sondaggi esaminando cinque diversi gruppi di soggetti interessati nei 10 Stati membri partecipanti: responsabili politici, esperti, operatori, adolescenti che soffrono di problemi di salute mentale, i giovani in generale, e incluso anche l'entourage dell'utente finale. I questionari si proponevano di:

- Raccogliere informazioni sulle politiche e i quadri giuridici attuali in merito ai SSMA, sull'organizzazione dei SSMA e sulla formazione degli operatori;
- Identificare le migliori prassi e strutture sanitarie integrate per gli adolescenti con problemi di salute mentale;
- Identificare punti di forza e di debolezza in merito ai SSMA;
- Valutare la quantità e la qualità dei SSMA;
- Valutare le esigenze dei giovani con problemi di salute mentale.

Inoltre, durante la prima conferenza di alto livello, si sono tenuti due dibattiti in plenaria per condividere riflessioni, opinioni e intuizioni sui SSMA in Europa. Successivamente, hanno avuto luogo in Europa quattro workshop della durata di due giorni, con quattro diversi gruppi di soggetti interessati (responsabili politici, esperti, operatori e utenti finali). Gli workshop erano incentrati su tematiche, obiettivi e raccomandazioni chiave da includere negli orientamenti conclusivi.

2. Lo stato di salute mentale degli adolescenti in Europa

Lo stato generale di salute mentale degli adolescenti

A livello globale, un adolescente su quattro-cinque presenta almeno un disturbo mentale. I disturbi più comuni negli adolescenti sono: disturbi d'ansia (31,9%), disturbi comportamentali (19,1%), disturbi dell'umore (14,3%) e disturbi da uso di sostanze (11,4%) (Kessler et al., 2007a; Kessler et al., 2007b; Paus, Keshavan, & Giedd, 2008). Una recente ricerca bibliografica sulla salute mentale dei giovani, che ha preso in esame 19 studi epidemiologici in 12 paesi, mostra un aumento parziale dell'incidenza di problemi di salute mentale negli adolescenti nell'ultimo decennio (Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014). La tendenza ad esteriorizzare i problemi appare stabile, mentre quella ad interiorizzarli sembra in aumento, soprattutto tra le ragazze. Questa disparità di genere può essere collegata a svariati fattori. Le ragazze sono esposte più precocemente alla sessualizzazione (essere cioè considerate oggetti sessuali e valutate in termini di caratteristiche fisiche e attrattiva sessuale). Su di loro si crea una pressione sempre più forte per avere successo sia a scuola che nella vita privata. Inoltre, sono soggette a cambiare aspettative mediatiche e culturali (Bor et al., 2014; Carli et al., 2014). Si deve constatare

che l'aumento di consapevolezza e il riconoscimento di problemi di salute mentale tra gli adolescenti potrebbe aver contribuito negli ultimi anni anche a questo parziale incremento (Bor et al., 2014).

In molti adulti con disturbi mentali, i problemi sono iniziati nell'infanzia o nell'adolescenza, per lo più tra i 12 e i 24 anni (Paus et al., 2008). La metà delle persone che risponde ai criteri per una diagnosi DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) all'età di 26 anni, ha avuto una prima diagnosi

tra gli 11 e i 15 anni, e quasi il 75% di loro ha avuto una prima diagnosi prima dei 18 anni (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012). Di tutti i disturbi psichici, quelli che iniziano nell'infanzia o nell'adolescenza tendono ad essere più gravi. È perciò fondamentale diagnosticare i problemi di salute mentale in uno stadio precoce affinché si possa dare inizio alla terapia prima che i problemi si intensifichino (De Girolamo et al., 2012). Secondo uno studio di coorte di Patton e colleghi (2014), una terapia efficace durante l'adolescenza non solo influisce quasi subito sulla durata degli episodi di salute mentale, ma riduce anche la morbosità in una seconda fase della vita.

La ricerca indica che gli adolescenti e i giovani adulti con disturbi psichici non ricevono né cure adeguate né terapie (Copeland et al., 2015; Farmer, Burns, Phillips, Angold, & Costello, 2003; Horwitz, Gary, Briggs-Gowan, & Carter, 2003; Leslie, Rosenheck, & Horwitz, 2001). Secondo un certo studio, dal 18 al 34% appena dei giovani con una grave depressione o disturbi d'ansia cerca aiuto dagli operatori (Gulliver et al., 2010). In uno studio più recente, solo la metà degli adolescenti che risponde ai criteri diagnostici DSM-IV ha ricevuto una terapia negli ultimi tre mesi. Nei giovani adulti, la situazione è persino peggiore, appena uno su tre ha ricevuto una terapia (Copeland et al., 2015). Diverse barriere contribuiscono alla scarsa accessibilità dei servizi di salute mentale: insuccesso (previsto/percepito), mancanza di sostegno da parte dei genitori, fallimento a livello strutturale e culturale nel quadro degli attuali sistemi di assistenza. Apparentemente, la società non sembra rendersi conto dell'importanza della salute mentale degli adolescenti e pertanto non investe a sufficienza in questi servizi (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood, & Hickie, 2014). Per di più, molti adolescenti non cercano aiuto e sono restii ad accedere ai centri di assistenza mentale (Breland et al., 2014).

3. Organizzazione e tipologia dei servizi di salute mentale per gli adolescenti

Sebbene l'organizzazione dei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza differisca a seconda degli Stati membri, si possono distinguere le seguenti quattro tipologie di servizi: (1) servizi residenziali (ospedalieri e non ospedalieri), (2) servizi per l'assistenza diurna, (3) servizi per l'assistenza domiciliare e l'assistenza di prossimità, e (4) servizi ambulatoriali (Remschmidt & Belfer, 2005). In Europa, la prevalenza di strutture psichiatriche private per i bambini e gli adolescenti dipende fortemente dal paese e dalla situazione locale. Inoltre, c'è la tendenza a istituire servizi specialistici che operano con personale altamente qualificato che si occupa di una serie ristretta di disturbi più complessi. Attualmente, un numero crescente di servizi e trattamenti sono in corso di valutazione, ma sono necessari ulteriori progressi. Anche se la collaborazione tra servizi inizia ad aumentare, il coordinamento e l'integrazione delle cure rimangono insufficienti (Remschmidt & Belfer, 2005).

4. Disponibilità e qualità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti

Nel progetto ADOCARE, gli esperti hanno valutato su una scala Likert a 5 punti sia la disponibilità che la qualità delle seguenti quattro tipologie di SSMA in 10 paesi europei: (1) servizi residenziali, (2) servizi per l'assistenza diurna, (3) servizi per l'assistenza domiciliare e l'assistenza di prossimità, e (4) servizi ambulatoriali.

Disponibilità dei SSMA

Ad eccezione dell'Ungheria e della Lituania, tutti gli altri Stati membri partecipanti hanno servizi di salute mentale appositamente dedicati agli adolescenti. Tuttavia, la disponibilità di queste strutture è giudicata insufficiente. In molti paesi, i servizi sono rivolti ai bambini o agli adulti. Pochi servizi sono destinati esclusivamente agli adolescenti. Nell'insieme, la disponibilità di ciascuna delle quattro tipologie di SSMA è giudicata da molto insufficiente a insufficiente, mediocre o poco chiara.

La Finlandia è l'unica eccezione, per tutte e quattro le tipologie di servizi il giudizio è positivo. Questi risultati confermano le precedenti conclusioni, ovvero che gli Stati membri hanno ancora molta strada da fare (Remschmidt & Belfer, 2005). Inoltre, in un dato paese, la disponibilità di SSMA varia notevolmente da zona a zona: in alcune zone la richiesta e la disponibilità di assistenza si bilanciano, mentre in altre la richiesta supera la disponibilità.

Qualità dei SSMA

I risultati dell'indagine indicano che la qualità dei SSMA è stata giudicata da positiva a molto positiva in Belgio, Finlandia, Francia, Germania e Ungheria. In Italia e Svezia, gli esperti hanno trovato difficile stabilire la qualità dei servizi. In Lituania, Spagna e Regno Unito, la qualità è stata giudicata da mediocre a insufficiente. Gli esperti lituani hanno dichiarato che nel loro paese il modello biomedico è tuttora prevalente, e questo compromette la qualità dei SSMA.

Tale situazione permane poiché il regime di assicurazione malattia della Lituania è restio a coprire gli interventi psicosociali. Infine, nei vari paesi la qualità dei servizi varia notevolmente.

5. Strategie volte a migliorare la disponibilità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti

Un'assistenza equilibrata

Nel quadro di un sistema di salute mentale globale occorre istituire un modello equilibrato di cure. Si tratta di una rete che collega diverse tipologie di centri di salute mentale; in tal modo, ciascuna paziente può accedere ad una tipologia di cura che risponde alle sue preferenze ed esigenze (Thornicroft & Tansella, 2013; Thornicroft & Tansella, 2004). Nello specifico, sono considerate necessarie le seguenti tipologie di servizi:

- Servizi di assistenza sanitaria di base per persone con problemi generali di salute mentale. Questi servizi conducono accertamenti e valutazioni, piccoli interventi psicologici e sociali, nonché trattamenti sociali e trattamenti farmacologici.
- Servizi generali di salute mentale per persone con problemi più complessi e che includono cinque componenti: day hospital / ambulatori, team di salute mentale di comunità, cura dei degenti gravi, assistenza residenziale di comunità e sostegno per il lavoro e l'occupazione.
- Una serie di servizi specialistici di salute mentale in ciascuna delle cinque categorie di servizi generali di salute mentale allo scopo di assicurare interventi intensivi / specialistici (p.es. autismo, schizofrenia, disturbi alimentari, dipendenze, depressione grave, propensione al suicidio).

Un modello di cure equilibrato comporta anche la disponibilità di cure di comunità e ospedaliere erogate in maniera concreta ed equilibrata (Thornicroft & Tansella, 2004; Thornicroft & Tansella, 2013). Questo significa che nei paesi con molti servizi residenziali, il numero di posti letto dovrà diminuire a favore di maggiori servizi di cure di comunità e di promozione della salute mentale.

Il passaggio ad un'assistenza più equilibrata va di pari passo con il ruolo più importante dell'assistenza di base nella salute mentale. Ad esempio, i medici generici e altri servizi di cure primarie vengono incoraggiati a riconoscere, valutare e gestire i problemi di salute mentale degli adolescenti (Vallance, Kramer, Churchill, & Garralda, 2011). In tal modo, i principi della cura per gradini sono applicati più di frequente. Secondo questi principi, nelle cure primarie sono assicurati interventi psicologici generalisti adeguati, oltre a un monitoraggio e una valutazione; le persone passano ad un livello di cure più specialistiche se necessario (Silva & de Almeida, 2014).

Trattamento nelle cure primarie

Durante le attività di ricerca ADOCARE, gli operatori e gli adolescenti hanno sottolineato che i giovani talvolta sono trasferiti troppo presto a servizi specialistici. Gli operatori e i genitori devono rendersi conto che non tutti i problemi di salute mentale richiedono cure specialistiche e che le cure primarie o di comunità assicurano una terapia adeguata. Tuttavia, per la riuscita di questo approccio devono essere soddisfatte due condizioni: (1) gli erogatori di cure primarie hanno ricevuto una formazione adeguata, e (2) i servizi specialistici sono disponibili per gestire i trasferimenti. Gli strumenti di valutazione a disposizione degli erogatori di cure primarie possono aiutare a decidere se è necessario ricorrere o meno a cure specialistiche. I governi possono incentivare l'assistenza sanitaria di base per persone con problemi mentali e scoraggiare l'uso di cure specialistiche non necessarie.

Dati epidemiologici e amministrativi

I dati epidemiologici ci dicono qualcosa sulla prevalenza dei problemi di salute mentale negli adolescenti, le esigenze degli adolescenti in termini di salute mentale e l'uso dei servizi di salute mentale da parte degli adolescenti. Questi dati sono necessari ai governi per poter valutare la necessità di servizi nelle loro (sub)regioni, e offrono anche intuizioni su eventuali divari terapeutici (Wittchen & Jacobi, 2005). Tendono inoltre a sensibilizzare e aiutare i responsabili politici a stabilire priorità e sviluppare programmi, interventi e servizi per far fronte ai divari e alle richieste (Wittchen & Jacobi, 2005).

Tuttavia, i risultati epidemiologici vengono presi raramente in considerazione dai governi per tre motivi. Innanzitutto, i dati epidemiologici sono spesso inadeguati per un'efficace pianificazione delle politiche e dei servizi (Bielsa, Braddick, Jané-Llopis, Jenkins, & Puras, 2010; Patton et al., 2012; Wittchen & Jacobi, 2005). Un gran numero di dati si basa su documenti amministrativi e questi dati tendono ad essere incompleti (i dati non comprendono tutte le tipologie di servizi di salute mentale o tutte le regioni di un paese), inaffidabili (i dati non vengono introdotti correttamente nei sistemi) e difficili da collegare tra loro (servizi diversi utilizzano sistemi dati diversi). In secondo luogo, molti paesi non dispongono di risorse finanziarie o umane per analizzare questi dati. In terzo luogo, i risultati derivanti dagli studi epidemiologici solitamente non vengono «ricevuti» dai governi perché non sono comunicati in modo chiaro ai responsabili politici e al grande pubblico (ADOCARE, 2015).

La raccolta di dati amministrativi sugli utenti dei servizi attraverso sistemi di registrazione dati ben sviluppati (di preferenza internazionali) e l'analisi di queste serie di dati può solo essere incoraggiata. L'InterRAI Community Mental Health e l'InterRAI Mental Health sono esempi di strumenti standardizzati di valutazione, su scala internazionale, ben noti ai medici che operano sia in strutture di salute mentale di comunità che in strutture psichiatriche in un ambito di degenza ospedaliera.

Il divario terapeutico

La disponibilità limitata di servizi di salute mentale per gli adolescenti costituisce un problema in molti paesi. Un primo passo nel miglioramento della disponibilità consiste nel quantificare il divario terapeutico, che è definito come "la differenza assoluta tra la prevalenza di problemi di salute mentale tra gli adolescenti e la percentuale di adolescenti che riceve una terapia adeguata" (Kohn, Saxena, Levay, & Saraceno, 2004). A questo scopo, i dati epidemiologici sono essenziali.

Una volta stabiliti sia il numero necessario di strutture di salute mentale per gli adolescenti che gli operatori per ogni 100.000 adolescenti, i governi possono definire il bilancio e fare tutto il possibile per colmare il divario. Per questo, devono tenere presente che le quattro tipologie di servizi di salute mentale, rappresentate nel modello equilibrato di cure, dovrebbero essere disponibili almeno in minima parte.

6. Strategie volte a migliorare la qualità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti

La qualità delle cure si può considerare come un concetto complesso e multidimensionale che è definito secondo diversi aspetti interconnessi: accesso ai servizi, attinenza alle esigenze, efficacia, equità, accettabilità sociale, efficienza ed economia (Maxwell, 1992). Diverse strategie, volte a migliorare la qualità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti, sono emerse dal lavoro di ricerca condotto dalla rete di esperti ADOCARE.

Un approccio evolutivo

L'adolescenza è una fase di transizione della vita. Ciò richiede un approccio evolutivo che riconosca che ogni adolescente ha esigenze diverse e mutevoli a seconda dell'età, del livello di maturità e del contesto (Remschmidt, 2001; Remschmidt & Belfer, 2005). Pertanto, gli operatori devono conoscere la fase evolutiva (sociale, mentale, fisica) degli adolescenti e avere familiarità con l'ambiente socioculturale nel quale vivono oggi i giovani (p.es. i loro interessi e le loro preoccupazioni, quello che fanno nel tempo libero) per poter elaborare un programma terapeutico personalizzato. Gli operatori devono inoltre essere consapevoli del fatto che tutte le diagnosi cliniche e tutte le esigenze valutate sono soggette a continui cambiamenti, poiché gli adolescenti subiscono rapidi cambiamenti entro un breve periodo di tempo (OMS, 2005). Il programma terapeutico deve essere quindi considerato come un lavoro in corso.

Individuazione precoce dei problemi di salute mentale

Negli adolescenti, i problemi di salute mentale spesso non vengono individuati fino a quando non cominciano a intensificarsi. Gli adolescenti sono talvolta restii a condividere le loro preoccupazioni con gli adulti. L'adolescenza è una fase in cui i giovani scoprono l'autonomia, preferiscono fare le cose a modo loro e le tengono per sé. Inoltre, gli adolescenti segnalano agli operatori i problemi somatici prima di quelli psicologici. Questo è il motivo per cui talvolta gli operatori sottovalutano la gravità dei problemi psicologici e/o li ascrivono ai problemi somatici.

In breve, gli operatori devono essere adeguatamente preparati e informati sui seguenti ambiti: Casa, Educazione e occupazione, Alimentazione (in relazione ai coetanei), Attività fisica, Droga, Sessualità, Suicidio/depressione e Sicurezza contro le lesioni e la violenza (Cappelli et al., 2012; Klein, Goldenring, & Adelman, 2014). Tali ambiti si possono memorizzare con l'acronimo in lingua inglese "HEEADSSS". Sul web è disponibile per gli operatori uno strumento da utilizzare per valutare gli ambiti HEEADSSS. Gli operatori devono inoltre seguire formazioni per relazionarsi con gli adolescenti, scoprire possibili problemi di salute mentale e individuare segni di una lieve sofferenza che potrebbero essere precursori di una grave patologia (ADOCARE, 2015).

Approccio bio-psico-sociale

Gli adolescenti con problemi di salute mentale necessitano di un'integrazione adeguata ed efficace di terapie psicosociali e mediche in grado di rispondere alle loro esigenze, spesso complesse e molteplici (esigenze mentali, sociali, fisiche e funzionali) (Remschmidt, 2001; Remschmidt & Belfer, 2005).

Gli interventi psicosociali sono in genere considerati come la prima linea di terapia professionale (Bohlin & Mijumbi, 2015). Gli interventi psicosociali riguardano varie tipologie di interventi, inclusa l'assistenza in una data situazione sociale (come sostegno finanziario, educazione, occupazione e sistemazione in alloggi), la psico-educazione, l'addestramento e la consulenza, e l'informazione e la formazione. Ciascun intervento punta a migliorare il comportamento, lo sviluppo generale o specifiche competenze di vita, e questo senza l'uso di farmaci (Reichow, Servili, Yasamy, Barbui, & Saxena, 2013; Uitterhoeve et al., 2004). La psico-educazione è un intervento psicosociale essenziale. Nello specifico, la psico-educazione si è rivelata utile nei genitori: migliora la conoscenza dei genitori riguardo ai sintomi e ai problemi, incoraggia un uso più frequente di servizi adeguati, rafforza la capacità di risoluzione dei problemi, suscita emozioni positive e produce interazioni familiari (Lucksted, McFarlane, Downing, & Dixon, 2012). Anche la psicoterapia è un intervento importante nel trattamento di gravi problemi di salute mentale. Una rassegna critica delle psicoterapie e della loro base di evidenza per bambini e adolescenti è presentata nel testo "What Works for Whom" (Fonagy et al., 2014).

Gravi disturbi mentali necessitano talvolta trattamenti farmacologici. E nel progetto di ricerca ADOCARE è stato menzionato di frequente il fatto che i medici ricorrono piuttosto spesso alla somministrazione di farmaci per certe tipologie di problemi di salute mentale. Per alcuni disturbi è in corso un dibattito sull'uso dei farmaci: quale tipo di farmaco è appropriato, a che stadio della terapia è preferibile iniziarne la somministrazione, qual è la posologia ottimale, ecc. (Bohlin & Mijumbi, 2015). Gli operatori devono rendersi conto dell'importanza di somministrare farmaci in maniera appropriata e dovrebbero valutare nuove prove di efficacia dei farmaci. Inoltre, si raccomanda di abbinare i farmaci alla psicoterapia e/o ad altri interventi psicosociali, conformandosi alle attuali linee di indirizzo in campo medico (British Association for Psychopharmacology, linee di indirizzo NICE sulla salute mentale, "What works for whom" di Fonagy et al., 2014).

Interventi basati sul web

Un gran numero di interventi di e-health, interventi in rete e applicazioni mobili (m-health) sono stati sviluppati di recente. Molti adolescenti si collegano ogni giorno a internet, per cui questo mezzo rappresenta un enorme potenziale per informarli sui servizi di salute mentale, ampliare l'accesso ai servizi, impegnarli più attivamente durante la terapia (follow-up, ulteriore supporto, informazioni, ecc.), iniziare una post-terapia e fornire terapie in rete (Price et al., 2014). Oggigiorno, sono stati sviluppati diversi strumenti di salute mentale basati sul web contro la depressione, l'ansia e la prevenzione del suicidio nei bambini, gli adolescenti e i giovani adulti. Comunque, i risultati in termini di efficacia sono incerti. È pertanto necessario condurre ulteriori ricerche (Boydell et al., 2014; Reyes-Portillo et al., 2014; Ye et al., 2014). Durante le attività di ricerca ADOCARE, gli adolescenti hanno sottolineato che sarebbe utile un label di qualità per i siti web e le app. Ritengono che non spetti a loro stabilire se un sito web o un'app sono o meno sicuri. Un altro punto sollevato riguardava il fatto che è essenziale aiutarli a interpretare le informazioni messe in rete e garantire loro terapie personalizzate.

Processo decisionale condiviso

Come affermato nella Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, gli adolescenti hanno il diritto di prendere parte a tutte le decisioni che li riguardano. Gli adolescenti lo hanno confermato nel corso delle attività di ricerca ADOCARE: "I giovani devono essere coinvolti attivamente nella presa di decisioni riguardo alla loro terapia - nulla deve essere deciso senza di loro." D'altra parte, gli operatori della rete ADOCARE hanno argomentato che il livello di maturità degli adolescenti determina in che misura sono coinvolti nelle decisioni terapeutiche.

La rete ADOCARE raccomanda una formazione sul processo decisionale condiviso. Gli operatori devono imparare a ottimizzare il coinvolgimento degli adolescenti nel definire obiettivi terapeutici e nello scegliere interventi adatti. Il processo decisionale condiviso nella prassi clinica comporta un modello in tre fasi. La prima fase, il colloquio sulle scelte, illustra il fatto che si devono fare delle scelte. La seconda fase, il colloquio sulle opzioni, fornisce informazioni dettagliate sulle possibili opzioni. La terza fase, il colloquio sulle decisioni, aiuta i pazienti a prendere una decisione (Elwyn et al., 2012). Ovviamente, tutto questo può funzionare solo se il medico è disposto a decidere insieme all'adolescente, se applica il processo decisionale condiviso con una certa flessibilità e se mostra fiducia nell'adolescente (Abrines-Jaume et al., 2014). Inutile a dirsi, non sempre è possibile trovare un accordo comune. Un esempio tipico è quando il ricovero ospedaliero è inevitabile per ragioni di sicurezza e l'adolescente non lo considera tale.

Pratiche basate sulle evidenze (PBE)

Le pratiche basate sulle evidenze possono essere definite come "le pratiche scientificamente fondate, strutturate intorno alle intenzioni degli utenti, sensibili a livello culturale e che monitorano costantemente l'efficacia degli interventi attraverso valutazioni affidabili delle risposte degli adolescenti e degli assistenti domiciliari, contestualizzate in funzione dagli eventi e delle condizioni che influiscono sulla terapia" (Fonagy et al., 2014, p. 4). Come affermato dall'OMS (2013), l'uso delle PBE da parte degli operatori porterà a servizi di salute mentale di buona qualità poiché le pratiche basate sulle evidenze producono risultati migliori rispetto a quelle che non sono basate sulle evidenze (Weisz et al., 2013). Gli operatori possono utilizzare linee guida che forniscono una rassegna degli interventi basati sulle evidenze per il trattamento di diverse tipologie di problemi di salute mentale (Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2015). Nel Regno Unito, le linee di indirizzo NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sono una fonte d'informazione per i medici che si occupano di trattare disturbi specifici degli adolescenti. Nei paesi a basso e medio reddito, l'OMS (2010) ha elaborato il "Programma d'azione per colmare le lacune nella salute mentale" (mhGAP-IG). Questa guida offre una rassegna di interventi basati sulle evidenze per gestire un certo numero di situazioni prioritarie (p.es. depressione, psicosi, disturbo bipolare, epilessia, disturbi evolutivi e comportamentali nei bambini e negli adolescenti).

Nonostante l'ampia disponibilità di PBE, gli operatori della rete ADOCARE hanno riferito che queste sono sottoutilizzate. Ciò è dovuto alla difficoltà di mettere in pratica le PBE. Gli operatori oscillano spesso tra assicurare una terapia flessibile e personalizzata e fornire interventi standardizzati guidati dal protocollo. Quindi è una buona idea fornire più supporto all'implementazione delle PBE in modo standardizzato e personalizzato. PBE a parte, gli operatori hanno sottolineato l'importanza di tenere conto di interventi promettenti e innovativi, persino se non sono stati ancora confermati.

Coinvolgimento dei genitori

Gli operatori ADOCARE concordano sul fatto che i genitori sono partner fondamentali per i giovani. Gli operatori dovrebbero informare e coinvolgere i genitori il prima e il più spesso possibile. All'inizio della terapia, questa è una delle prime questioni da discutere con gli adolescenti. L'idea è raggiungere un buon equilibrio tra il rispetto della privacy degli adolescenti e il coinvolgimento della famiglia.

Di fatto, i membri della famiglia - soprattutto i genitori - che vivono con un adolescente con disturbi di problemi di salute mentale, spesso hanno anch'essi dei problemi (Vermeulen, Lauwers, Spruytte, & Van Audenhove, 2015, <http://caringformentalhealth.org>). Talvolta gli operatori scoprono rapporti disfunzionali in ambito familiare. Questo perché è importante sostenere la famiglia dell'adolescente anche quando questo non vuole coinvolgere i genitori. La recensione di Kaslow, Broth, Oyeshiku and Collins (2014) offre una rassegna di programmi di prevenzione a livello familiare, psicoterapie e interventi psico-educativi efficaci. Le attività di ricerca confermano che può essere utile per gli adolescenti coinvolgere la famiglia (Young & Fristad, 2015).

Continuità, integrazione e coordinamento delle cure

La continuità delle cure è definita come la qualità delle cure nel tempo dal punto di vista sia del paziente che del prestatore di cure (Gulliford, Naithani, & Morgan, 2006). Comprende sia la continuità longitudinale (ossia serie ininterrotta di contatti sul lungo periodo) che la continuità trasversale (ossia la coerenza degli interventi nell'ambito dei diversi fornitori di servizi) (Bruce & Paxton, 2002; Thornicroft & Tansella, 1999).

La continuità delle cure è anche strettamente correlata alle cure integrate, definite come: "una serie logica di metodi che interessano vari livelli - finanziamento, amministrativo, organizzativo, fornitura di servizi e clinico - studiati per creare connettività, adeguamento e collaborazione tra i diversi settori" (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). È molto importante fornire cure integrate agli adolescenti con problemi di salute mentale. I giovani hanno molteplici esigenze (fisiologiche, mediche, sociali, educative, professionali). Hanno bisogno di una serie di servizi forniti ininterrottamente o simultaneamente da molteplici erogatori di cure che spesso lavorano in diverse strutture di vari settori. Per fornire cure di alta qualità, è assolutamente necessaria un'integrazione tra questi diversi livelli.

Mettere in pratica la continuità e l'integrazione delle cure richiede strategie a vari livelli, da quello macro a quello micro (Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenberg, & Wistow, 2003; Thornicroft & Tansella, 2003; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). A livello macro, l'integrazione è determinata in larga misura dalla più vasta organizzazione di servizi di salute mentale e dal modo in cui i dipartimenti governativi e i ministeri scelgono un quadro comune o separato per i settori interessati (OMS, 2005). Purtroppo, i sistemi legislativi e di finanziamento ostacolano generalmente le cure coordinate. La collaborazione si basa spesso su accordi ad hoc presi tra medici. È quindi importante sottolineare questo aspetto ai governi affinché possano fornire un quadro idoneo a una collaborazione. Spetta a loro evidenziare i vantaggi e gli svantaggi della collaborazione e affrontare le preoccupazioni e la resistenza al cambiamento delle persone. Le attività di collaborazione, come le riunioni frequentate da professionisti di varie organizzazioni coinvolte nella terapia, possono essere rimborsate. Altre strategie sono volte a istituire comitati locali per monitorare la qualità delle cure e orientare la collaborazione nei vari servizi, centralizzando le informazioni sulle diverse iniziative in un unico sito web (OMS, 2005).

A livello meso, i servizi e gli operatori di salute mentale possono migliorare il coordinamento e la collaborazione, ad esempio ospitando nella stessa sede più servizi, organizzando programmi di formazione comuni per ottenere competenze condivise e istituendo un'infrastruttura di dati comune per raccogliere e condividere i dati dei pazienti. Un lavoro di gruppo multidisciplinare può essere facilitato dando inizio a una programmazione congiunta delle cure così che il team di operatori possa condividere un programma comune e sentirsi responsabile della sua attuazione, istituendo una gestione intensiva dei casi (d'Amour et al., 2008; WHO, 2013). Secondo gli esperti della rete ADOCARE, spetta agli assistenti domiciliari professionisti coordinare e integrare le cure. Non è assolutamente responsabilità dell'adolescente o dei suoi genitori.

Il trasferimento dai servizi di salute mentale (SSM) per adolescenti a quelli per adulti

In Europa, molti paesi fanno la differenza tra servizi di salute mentale (SSM) per bambini/adolescenti e servizi per adulti. Ciò significa che le persone con problemi di salute mentale in età precoce - in qualche momento del loro percorso assistenziale - possono essere trasferite dai SSM per bambini/adolescenti ai SSM per adulti. Durante questo periodo transitorio, i giovani si sentono perduti perché la qualità delle cure nella fase di trasferimento è scarsa (Singh et al., 2010a; Singh et al., 2010b). I principali ostacoli che perturbano il trasferimento sono: frammentazione del sistema, mancanza di leadership, mancanza di prioritizzazione di questo gruppo target, scarsa comunicazione, insuccesso, divario politiche/pratiche, mancanza di studi, mancanza di protocolli di trasferimento comuni e una generale insufficienza di informazioni sui servizi (Paul, Street, Wheeler, & Singh, 2014; Royal College of Psychiatrists, 2013). Inoltre, il trasferimento spesso non va a buon fine perché i medici che si occupano di adolescenti non trasferiscono i pazienti o i servizi per adulti rifiutano di accettare persone da altri servizi o non accettano i giovani che non si sono presentati al primo appuntamento (Paul et al., 2013). Tuttavia, non tutte le barriere alle cure di qualità nella fase di

trasferimento sono in relazione al sistema di servizi. Il trasferimento può anche non andare a buon fine perché i giovani spesso rifiutano di essere trasferiti ai servizi per adulti (Paul et al., 2013).

L'interruzione delle cure nella fase di trasferimento ha un impatto negativo sulla salute e il benessere degli adolescenti, e rappresenta pertanto un punto in questione importante. Lo studio TRACK (Singh et al., 2010) ha prodotto le seguenti raccomandazioni volte a migliorare le cure nella fase di trasferimento:

- Nell'elaborazione e l'attuazione dei protocolli per migliorare il trasferimento, le esigenze degli adolescenti sono al centro di ogni decisione. Per questo, si devono rispettare alcune regole di base. L'orizzonte temporale e le responsabilità di ciascuno sono definiti in modo chiaro. Gli adolescenti sono ben preparati. Esiste un piano di riserva in caso di indisponibilità dei servizi di salute mentale per adulti ad accettare il trasferimento. Infine, i servizi devono essere flessibili in merito all'età degli utenti.
- Un adolescente viene trasferito ai servizi per adulti quando la sua situazione è stabile. I servizi devono evitare molteplici trasferimenti simultanei. I servizi per adolescenti e per adulti devono collaborare strettamente, lavorando insieme o assicurando periodi di cure parallele. I servizi per adulti sono attivamente coinvolti prima che i servizi per adolescenti dimettano dei pazienti. I servizi devono avere un sistema standardizzato di archiviazione delle cartelle cliniche per poter trasferire facilmente i dati dei pazienti.
- I servizi locali per adolescenti e adulti e i servizi volontari sono mappati e aggiornati regolarmente (ambito di funzionamento, reti di comunicazione e contatti chiave).
- Gli operatori sanno come realizzare questo trasferimento senza problemi. La formazione affronta questioni relative al trasferimento verso altri servizi, migliora la conoscenza degli altri servizi e si concentra sull'autoefficacia e le competenze.
- I programmi di azione includono strategie volte a migliorare le cure nella fase di trasferimento.
- Quattro criteri sono utilizzati per valutare il trasferimento: continuità delle cure così come percepita, cure parallele, una riunione sulla pianificazione del trasferimento e il passaggio delle informazioni.

Di fatto, il progetto Milestone (ossia, Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care, un progetto di ricerca in collaborazione finanziato dalla Commissione europea) sta attualmente preparando e valutando per i servizi UE nuovi modelli di cure nella fase di trasferimento. Nello specifico, sono state sviluppate e confermate specifiche misure inerenti ai risultati, unitamente alle linee guida per migliorare cure e risultati, e ai pacchetti formativi per i medici (De Girolamo, 2014).

Un ponte con il mondo reale

Durante le attività di ricerca ADOCARE, gli adolescenti hanno enfatizzato il fatto che ciascun intervento dovrebbe collegarsi - ad un certo punto - con il mondo reale. "È importante creare un ponte tra la terapia e il mondo reale". Quindi, una volta ricoverati gli adolescenti, gli operatori devono elaborare subito strategie per aiutarli a reintegrarsi nella società. Ad esempio, aiutare un adolescente a terminare gli studi, trovare un alloggio adeguato o un lavoro idoneo, instaurare un rapporto di fiducia con gli altri, far entrare il mondo esterno nelle strutture di assistenza residenziale (per esempio attraverso un'attività accessibile a vicini e amici).

Servizi di prossimità

Raramente i giovani accedono volontariamente alle strutture cliniche. Per questo è importante che gli operatori visitino i luoghi frequentati dai giovani come i caffè, i raduni sportivi o quelli dove adolescenti senza dimora risiedono temporaneamente (ADOCARE, 2015). I metodi di prossimità sono anche utili per determinare gli interessi e le esigenze degli adolescenti. Nei servizi di prossimità, è fondamentale concentrarsi innanzitutto sui giovani con molteplici problemi. Questi sono spesso trascurati dagli operatori, perché non soddisfano i criteri dei programmi mirati a gruppi specifici.

Considerazioni etiche

In generale, ciascun servizio dovrebbe conformarsi a tre principi etici fondamentali sottolineati nella relazione Belmont (Michaud, Berg-Kelly, Macfarlane, & Benaroyo, 2010): il principio di autonomia (ossia, gli individui sono trattati come soggetti autonomi e le persone con ridotta autonomia hanno diritto a una tutela); il principio di beneficenza (ossia, non recar danno, minimizza i danni e massimizza i possibili benefici); e il principio di giustizia/equità (ossia, verifica che le risorse sono equamente accessibili a tutti). Inoltre, la dichiarazione di Barcellona propone che nelle cure cliniche devono essere presenti anche altri valori importanti come la partecipazione, la dignità, l'integrità, la riservatezza e la vulnerabilità (Michaud et al., 2010). Tali principi devono essere enunciati in modo chiaro nelle carte dei servizi sviluppate in collaborazione con gli adolescenti. Inoltre, per quanto riguarda le cure e le terapie, si devono affrontare i dilemmi etici utilizzando un approccio deliberativo poiché ogni situazione è unica e diversa. In questo processo gli operatori devono avere accesso ai feedback di un comitato etico obiettivo composto di operatori ed esperti (Michaud et al., 2010).

Disparità di genere

La ricerca indica che gli adolescenti maschi conoscono meno i servizi di salute mentale e sono meno disposti ad utilizzarli (Chandra et al., 2006). Stando a quel che si dice, sono meno propensi a cercare aiuto per paura di essere considerati deboli. Inoltre, per i genitori è più difficile accettare un'assistenza mentale per i figli maschi, per loro è più semplice se sono le figlie femmine ad aver bisogno di aiuto. Le differenze di genere si possono affrontare con una migliore educazione sulla salute mentale e fornendo servizi di salute mentale nelle scuole medie. È chiaro che i genitori vanno coinvolti attivamente se si vogliono minimizzare gli atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti dei figli maschi (Chandra et al., 2006). È importante sapere che le differenze di genere in merito alle esigenze terapeutiche non sono state menzionate nel progetto di ricerca ADOCARE né abbiamo trovato riferimenti bibliografici pertinenti. Possiamo presumere che un approccio personalizzato, che tenga conto delle esigenze di ciascun individuo, sarà adatto al ruolo di genere.

Formazione ed educazione

Gli operatori necessitano di un'adeguata formazione per rispondere in modo efficace e con maggiore sensibilità alle esigenze degli adolescenti (OMS, 2002). Ciò significa che gli operatori della salute mentale che si occupano di adolescenti (psichiatria e psicologia dell'adolescenza) devono ricevere formazioni specifiche su argomenti come: legislazione e politiche sulla salute mentale degli adolescenti, sviluppo adolescenziale normale e problematico e specifiche questioni psicopatologiche, servizi di salute mentale per gli adolescenti, comunicazione e processo decisionale condiviso con adolescenti e familiari, interventi psicosociali basati sulle evidenze, aspetti relativi al coordinamento e alla collaborazione, cure nella fase di trasferimento, valutazione dei problemi di salute mentale negli adolescenti.

I risultati dello studio di ricerca ADOCARE indicano che la psichiatria dell'adolescenza è riconosciuta per legge in solo 5 dei 10 paesi partecipanti (Finlandia, Germania, Ungheria, Italia e Lituania). Tuttavia, la psicologia dell'adolescenza non è formalmente riconosciuta come una professione distinta. È importante osservare che, in Europa, i programmi di educazione e formazione per gli operatori della salute mentale differiscono notevolmente e si attengono a norme diverse (Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2014). Ciò significa che è difficile metterli a confronto. Un modello UE comune per l'educazione e la formazione di operatori e team nei servizi di salute mentale per gli adolescenti potrebbe essere utile, senza dimenticare le esigenze educative a livello locale. La European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) e l'Union of European Medical Specialists (UEMS) hanno formulato raccomandazioni per programmi di formazione generali per psichiatri e programmi di formazione specifici per psichiatri per bambini e adolescenti.

Gli operatori che ricevono una formazione più generica, e si devono confrontare solo con i problemi di salute mentale degli adolescenti in un ambito specifico, dovrebbero essere formati anche su tematiche di salute mentale degli adolescenti come parte della formazione di base. O potrebbero optare per una formazione più approfondita a livello post-laurea. In tale contesto, pensiamo ai medici generici, il personale infermieristico ospedaliero, gli infermieri presso le scuole, gli animatori giovanili, gli operatori sanitari del settore pubblico, gli assistenti sociali e gli insegnanti.

Servizi di salute pubblica e operatori più congeniali ai giovani

Spesso la strutturazione dei servizi e l'atteggiamento degli operatori non si addicono particolarmente alle esigenze evolutive e culturali dei giovani (Ambresin et al., 2013; Breland et al., 2014; McGorry, Bates, & Birchwood, 2013; Tylee et al., 2007). Per migliorare l'accessibilità e l'equità, i servizi e gli operatori devono essere più congeniali ai giovani. Diversi studi hanno esaminato i requisiti dei servizi di salute e degli operatori congeniali ai giovani (Ambresin et al., 2013; Harper, Dickson, & Bramwell, 2014; McGorry et al., 2013; Tylee et al., 2007; WHO, 2002). Nell'ambito della ricerca ADOCARE, è stata condotta un'indagine simile incentrata soprattutto sui requisiti indispensabili dei servizi di salute mentale congeniali ai giovani. Agli adolescenti è stato chiesto come dovrebbe essere un servizio congeniale ai giovani e quali dovrebbero essere le qualità di un operatore. Di seguito sono riportati i risultati:

- Coinvolgere attivamente i giovani nella progettazione dei servizi e l'erogazione di cure (sostegno dei coetanei, terapia di gruppo, gruppi di autosostegno), valutazione e monitoraggio dei servizi (Bielsa et al., 2010). In alcuni servizi, gli adolescenti sono coinvolti nello sviluppo della carta dei servizi sulla riservatezza, gli orari di apertura, i programmi terapeutici, i diritti degli adolescenti, gli aspetti etici e così via.
- Facilitare l'accesso per ridurre le barriere agli adolescenti. Questo comporta servizi opportuni, orari di apertura convenienti, accesso senza il permesso dei genitori, servizi a basso costo o gratuiti, tempi di attesa ridotti, ubicazione conveniente vicino alle fermate dei mezzi pubblici, disponibilità di strumenti e-health, un ambiente piacevole e accogliente, un ingresso discreto, un'immagine positiva.
- Investire in attività/comunicazioni di sensibilizzazione (opuscoli, poster, sito web, ecc.) e migliorare la conoscenza della salute mentale. Gli adolescenti spesso non sanno cosa fare o dove andare quando hanno bisogno di aiuto.
- Fornire informazioni chiare sugli aspetti legali (riservatezza) ed economici (disponibilità). Tra l'altro, si dovrebbe spiegare chiaramente quello che si aspettano gli adolescenti quando hanno meno di 18 anni e si rivolgono a un servizio sconosciuto ai loro genitori.

- Sforzarsi di garantire la continuità nel rapporto terapeutico con gli operatori, ad esempio minimizzando l'avvicendamento del personale. Gli adolescenti sono in una fase turbolenta della loro vita. Quindi, gli operatori devono cercare di offrire stabilità.
- Utilizzare validi modelli di ruolo (ossia, i giovani che hanno sperimentato problemi simili in passato) perché hanno un effetto positivo sul benessere degli adolescenti.

Gli adolescenti attribuiscono grande importanza all'atteggiamento, al livello di preparazione e alla motivazione degli operatori professionisti. Gli operatori idealmente presentano le seguenti caratteristiche (ADOCARE, 2015; Ambresin et al., 2013; Tylee et al., 2007; WHO, 2002):

- Sono motivati, onesti, appassionati, entusiasti, offrono sostegno, si relazionano facilmente e sono rispettosi.
- Adottano un approccio evolutivo e conoscono i molteplici cambiamenti nella vita degli adolescenti.
- Forniscono informazioni sanitarie di base ai giovani affinché gli adolescenti possano scegliere liberamente e in modo informato.
- Sono convinti che gli adolescenti abbiano un futuro promettente e trasferiscono agli utenti questa convinzione.
- Sono sensibili alle differenze gerarchiche, evitando un atteggiamento di tipo «noi contro loro» e non trattano gli adolescenti come individui indifesi.

Indicatori di qualità

Per fornire eccellenti servizi di salute mentale è importante che tali servizi investano continuamente nella qualità. Questo si ottiene con un processo iterativo continuativo, basato sullo sviluppo di politiche, la definizione di norme, l'istituzione di un sistema di accreditamento e il monitoraggio dei servizi (OMS, 2005, p. 35). Valutare la qualità di alcuni elementi delle cure prestate (ossia, gli indicatori di qualità) è un requisito indispensabile per migliorare la qualità. In letteratura, un indicatore di qualità è definito come: "un elemento misurabile dei risultati della pratica, per il quale vi sono prove o consenso unanime che si possa utilizzare per valutare la qualità delle cure e quindi modificare la qualità delle cure prestate" (Legido-Quigley, McKee, Nolte, & Glinos, 2008).

Gli indicatori si possono suddividere in indicatori di livello macro, meso e micro (Gaebel et al., 2012). Gli indicatori di livello macro si riferiscono alla fornitura di qualità strutturale a livello nazionale (p.es. educazione, monitoraggio e l'organizzazione generale dei servizi di salute mentale in un paese). Gli indicatori di livello meso si riferiscono agli aspetti relativi alla struttura interna dei sistemi di salute mentale (p.es. requisiti strutturali per rispondere alle esigenze dei pazienti, pluridisciplinarietà dei servizi, disponibilità di tecnologie, forza lavoro). Gli indicatori di livello micro guidano strutture e processi nelle singole unità di servizi. In ciascun livello, gli indicatori si possono suddividere ulteriormente in indicatori strutturali, di processo e di risultato. Gli indicatori strutturali costituiscono le caratteristiche di servizi come i centri, le attrezzature, le risorse umane e le strutture organizzative. Gli indicatori di processo includono attività collegate al fornire e ricevere cure, comprese le attività dei prestatori di assistenza sanitaria, mentre gli indicatori di risultato si riferiscono agli effetti delle cure.

In "User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care" di Graham et al. (2014) e in "Service Standards" (settima edizione) realizzati da Quality Network of Inpatient Care of the UK (Thompson & Clarke, 2015) sono stati formulati standard di qualità specifici per i servizi di salute mentale per adolescenti. Nella tabella 1 abbiamo elencato gli indicatori di qualità proposti dagli esperti, gli operatori e i responsabili politici che hanno preso parte al progetto di ricerca ADOCARE. Gli indicatori si riferiscono alle singole unità SSMA (livello micro) e sono organizzati in indicatori strutturali, di processo e di risultato.

Tabella 1. Elenco degli indicatori di qualità prodotti dai soggetti interessati di ADOCARE.

Indicatori di qualità strutturale	<p>Il servizio è accessibile: gli adolescenti hanno accesso all'assistenza sanitaria, in tempo utile, a prescindere dal reddito, dalla sede fisica e dal retroterra culturale. Non ci sono liste di attesa: il servizio è disponibile e facilmente raggiungibile.</p> <hr/> <p>Le risorse sono utilizzate in modo economicamente efficiente.</p> <hr/> <p>I servizi sono sostenibili in termini di strutture, forza lavoro e attrezzature.</p> <hr/> <p>Gli operatori sono capaci e competenti e seguono regolarmente formazioni su argomenti relativi agli adolescenti.</p> <hr/> <p>Il servizio ha un piano di miglioramento che viene attuato e il cui avanzamento viene monitorato.</p> <hr/> <p>I requisiti strutturali vengono implementati per accertare la rispettabilità e le esigenze fondamentali dei pazienti.</p>
Indicatori di qualità di processo	<p>Le cure fornite sono adeguate nel senso che gli interventi sono studiati per gli adolescenti e si basano su norme istituite.</p> <hr/> <p>Gli interventi psicosociali, medici e di altro tipo sono effettuati in modo equilibrato.</p> <hr/> <p>Le cure sono fornite con continuità e coordinate (cioè, senza interruzioni, coordinate nel tempo secondo programmi, medici, organizzazioni e livelli).</p> <hr/> <p>Esiste una collaborazione con altri servizi allo scopo di assicurare cure integrate.</p> <hr/> <p>I servizi sono innovativi.</p> <hr/> <p>Gli operatori hanno un atteggiamento positivo nei confronti degli adolescenti. Agiscono in modo rispettoso, onesto, collaborativo, amichevole e fidato.</p> <hr/> <p>I servizi e gli operatori applicano nella pratica i principi del processo decisionale condiviso.</p> <hr/> <p>I servizi e i professionisti rendono autonomi e responsabili gli adolescenti insegnando loro come affrontare i problemi e incoraggiandoli a chiedere aiuto quando si devono confrontare con problemi futuri.</p> <hr/> <p>I servizi trattano i principi etici e rispettano i diritti degli adolescenti.</p>
Indicatori di qualità di risultato	<p>La terapia fornita ha un impatto positivo sui sintomi degli adolescenti, sulla loro vita quotidiana (ossia, le giornate a scuola, il rientro a casa prima di mezzanotte, il comportamento combattivo, ecc.) e la loro qualità di vita.</p> <hr/> <p>Gli effetti positivi risultanti dalla terapia fornita sono mantenuti sul lungo periodo (p.es. dopo un anno).</p> <hr/> <p>I risultati attesi vengono conseguiti entro tempi ragionevoli.</p> <hr/> <p>Il tasso di abbandono degli studi è ridotto al minimo.</p> <hr/> <p>Gli operatori sono soddisfatti del loro lavoro. Il tasso di avvicendamento del personale è basso, i giorni di congedo per malattia sono pochi tra gli operatori e l'incidenza di esaurimenti è bassa.</p>

Spetta ai responsabili politici definire norme generali per ciascun indicatore e sviluppare strumenti atti a valutare il grado di rispondenza di queste norme. Per consentire confronti, gli stessi strumenti sono utilizzati preferibilmente nei servizi, le regioni e i paesi. La valutazione dei servizi può essere effettuata dal servizio stesso o da un istituto di ricerca finanziato autonomamente (OMS, 2002). Effettuata la valutazione, i risultati devono essere comunicati ai servizi in maniera costruttiva, con raccomandazioni e assistenza per il miglioramento (OMS, 2002)

7. Prevenzione dei problemi di salute mentale e promozione del benessere mentale

Nei vari paesi esiste una grande differenza nel livello di finanziamenti disponibili per la prevenzione e la promozione della salute mentale (Jané-Llopis & Anderson, 2005). In uno studio condotto da Samele, Frew, and Urquia (2013), sedici paesi spendono meno di €30 pro capite per la prevenzione dei problemi di salute, mentre sei paesi spendono almeno €100 pro capite. Gli attuali programmi per gli adolescenti differiscono ampiamente in termini di obiettivi, gruppi target e approcci. Oltre la metà dei programmi studiati (63%) si concentra sulla prevenzione dei problemi di salute mentale, mentre soltanto il 17% si concentra sulla promozione del benessere mentale. In molti casi, i programmi affrontano il bullismo o gli insuccessi (Samele et al., 2013).

Ciascuno Stato membro deve avere un programma di azione a livello nazionale per prevenire i problemi di salute mentale e promuovere il benessere mentale degli adolescenti (NHS England, 2015). Tali programmi puntano a rafforzare i fattori protettivi così da prevenire lo sviluppo di problemi di salute mentale. Ad esempio, si può: creare la resilienza, stimolare un adeguato comportamento di ricerca di aiuto, sostenere i genitori nel crescere i figli, creare un buon ambiente scolastico, stimolare la spiritualità, aumentare l'autodeterminazione e incrementare la letteratura sulla salute mentale. Ma c'è dell'altro, i programmi possono anche trattare i comportamenti a rischio che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi mentali, come il bullismo, la violenza domestica, l'uso di sostanze nocive, ecc. (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Gli interventi puntano essenzialmente ai bambini e alle famiglie a rischio. Mettendo insieme un programma di azione per la prevenzione e la promozione della salute mentale, ha quindi senso orientarsi verso strategie e programmi che si sono mostrati di successo in altri paesi. A questo riguardo, si deve sottolineare che è stata avviata di recente una "Azione comune sulla salute mentale e il benessere". Comprende 51 partner di 28 Stati membri dell'UE e 11 organizzazioni europee. Questa rete di esperti collabora per sviluppare un piano di azione a livello europeo nelle politiche di salute mentale. Punta a promuovere la salute mentale e il benessere, prevenire i disturbi mentali, migliorare l'assistenza sanitaria e l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali. La promozione della salute mentale nelle scuole è uno dei cinque punti principali (www.mentalhealthandwellbeing.eu).

Strategie in ambito scolastico

Gli adolescenti passano molto tempo a scuola. Le scuole sono pertanto ben piazzate per promuovere il benessere mentale, prevenire i problemi di salute mentale, riconoscere precocemente i problemi e indirizzare in modo opportuno (Farmer et al., 2003; Paternite & Johnston, 2005; Ronés & Hoagwood, 2000; Weist & Paternite, 2006). Durante le attività di ricerca ADOCARE, gli esperti hanno suggerito diverse strategie volte a migliorare il benessere mentale dei giovani in ambito scolastico.

- Fornire agli insegnanti una formazione di base sulla salute mentale. Gli insegnanti sono costantemente presenti nella vita degli adolescenti. Sono nella posizione giusta per diagnosticare precocemente i problemi e possono fornire un valido sostegno. Pertanto, è importante che ricevano una formazione di base sulla promozione della salute mentale, sui problemi di salute mentale e sulle modalità di prevenire e riconoscere i problemi.
- Assumere gli operatori della salute mentale nelle scuole. Durante le attività di ricerca ADOCARE, è stato sottolineato di non sovraccaricare inutilmente gli insegnanti con mansioni di supporto e assistenza agli adolescenti, considerato il loro alto carico di lavoro. Inoltre, alcuni problemi di salute mentale richiedono operatori esperti. In questi casi, gli insegnanti devono poter fare assegnamento sugli operatori della salute mentale in ambito scolastico (p.es. infermieri presso le scuole, consulenti scolastici, psicologi scolastici). Questi operatori possono consigliare gli insegnanti sulle modalità di gestione degli studenti con problemi di salute mentale, possono fornire assistenza diretta agli adolescenti e possono indirizzare eventuali studenti a un esperto.
- Collaborare con operatori della salute mentale esterni. In certi casi, il supporto fornito dagli insegnanti e dagli operatori della salute mentale presenti nelle scuole non è sufficiente e quindi è necessario ricorrere a operatori esterni. Gli operatori della salute mentale presenti nelle scuole hanno l'opportunità di collaborare con operatori della salute mentale che lavorano al di fuori dell'ambiente scolastico. Ad esempio, i medici di salute mentale a livello di comunità possono essere insediati sul posto nelle scuole. Uno studio recente indica che questo approccio incide positivamente sui tassi di interruzione, sulla frequentazione scolastica e sui sintomi emotivi e comportamentali negli adolescenti così come percepiti dai genitori e dagli insegnanti (Ballard, Sander, & Klimes-Dougan, 2014).
- Organizzare lezioni sulla salute mentale. Gli adolescenti non solo devono sapere come funziona il loro organismo, ma devono anche comprendere come funziona la mente (ADOCARE, 2015). Le lezioni, integrate nel programma di studi, devono concentrarsi sulle questioni inerenti alla salute mentale, come creare la resilienza, rispettare gli altri, insegnare le competenze sociali, gestire le situazioni difficili, promuovere i comportamenti di ricerca di aiuto come punto di forza personale, favorire il coinvolgimento delle famiglie, esprimere le emozioni e sviluppare punti di forza personali (Vidal-Ribas, Goodman, & Stringaris, 2015). Queste lezioni possono essere tenute da educatori sanitari, ma costituiscono anche una possibilità per invitare un esperto di salute mentale in qualità di relatore. Incontrare un esperto in classe è forse più facile per gli adolescenti rispetto a visitare uno specialista quando è necessario. Si raccomanda caldamente durante le lezioni di adottare un approccio innovativo basato sull'interazione. In tal modo, l'attenzione è concentrata simultaneamente

sull'acquisizione di conoscenze, gli atteggiamenti e le competenze. Durante le attività di ricerca ADOCARE, gli adolescenti hanno sottolineato che le lezioni sulla salute mentale possono suscitare atti di bullismo, e gli insegnanti devono stare molto attenti a questo problema.

- Organizzare i check-up medici. In generale, i programmi di prevenzione e valutazione sono considerati positivamente in ambito scolastico. Tali programmi richiedono l'acquisizione e la valutazione dei dati, l'utilizzo dei risultati in un team scolastico pluridisciplinare, l'istituzione di protocolli per interventi basati su profili di valutazione e la collaborazione con i soggetti interessati esterni quando sono necessarie cure specialistiche (Dowdy et al., 2014). Nell'ambito del progetto "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE), è stata sviluppata una procedura di valutazione professionale a livello scolastico (Wasserman et al., 2015) che si è dimostrata efficace nell'identificare gli studenti con problemi di salute mentale (Kaess et al., 2014a). Tuttavia, durante le attività di ricerca ADOCARE, è apparso chiaro che la valutazione ha senso solo se un paese è in grado di offrire servizi di salute mentale adeguati. Se questi servizi sono carenti, i programmi di valutazione possono risultare dannosi poiché generano una richiesta di aiuto che non può essere soddisfatta.
- Presenziare ai comportamenti a rischio tra gli studenti. Le scuole devono prestare attenzione ai comportamenti a rischio che sono strettamente connessi ai problemi di salute mentale, come l'abuso di sostanze, la ricerca di sensazioni, i comportamenti delinquenti, l'uso eccessivo dei media, l'autolesionismo e le assenze ingiustificate (Kaess et al., 2014a). Nel caso delle assenze ingiustificate, l'educatore scolastico o l'animatore giovanile deve cercare di avere un contatto regolare con l'adolescente. Un altro aspetto importante che deve essere affrontato in ambito scolastico è il bullismo. Uno studio in un gruppo di pazienti adolescenti degenti, che soffrivano di gravi problemi di salute mentale, ha mostrato che quasi il 43% di questi pazienti ha subito atti di bullismo almeno una volta (Kalmakis & Chandler, 2015; Ryttilä-Manninen et al., 2014).

8. Politiche e quadri giuridici in relazione ai servizi di salute mentale per gli adolescenti

Nel 2009, quasi nessun paese europeo aveva elaborato una politica di salute mentale specifica per gli adolescenti (Vieth, 2009). Da allora, ci sono stati molti progressi. I risultati ADOCARE mostrano che 6 Stati membri partecipanti su 10 (Belgio, Finlandia, Italia, Spagna, Svezia e Regno Unito) hanno elaborato un piano di salute mentale specifico per gli adolescenti. Inoltre, in tre di questi paesi (Finlandia, Italia e Svezia), le politiche sulla salute mentale sono regolarmente valutate e monitorate. Sebbene molti paesi vadano nella direzione giusta, vi sono ancora margini di miglioramento. Desto preoccupazione il fatto che molti paesi non abbiano idee chiare sul budget stanziato per la salute mentale degli adolescenti (ADOCARE, 2015). Il Regno Unito costituisce un'eccezione, con l'11% del budget per la salute destinato alla salute mentale, di cui meno dell'1% destinato ai bambini e agli adolescenti con problemi di salute mentale. Lo stanziamento di fondi per la salute mentale degli adolescenti potrebbe essere basso anche negli altri Stati membri.

Le sfide in merito alle politiche sulla salute mentale degli adolescenti

- Sviluppare una visione chiara della salute mentale degli adolescenti. In molti paesi, i servizi di salute mentale per gli adolescenti (SSMA) non costituiscono una priorità perché i responsabili politici non sono consapevoli delle esigenze di salute mentale nell'adolescenza. È quindi indispensabile considerare gli adolescenti come gruppo target specifico con esigenze distintive. Comprendere le esigenze degli adolescenti e informare i responsabili politici è una responsabilità condivisa della Commissione europea, dei gruppi d'interesse, dei ricercatori, degli operatori, e anche degli adolescenti e delle rispettive famiglie.
- Sviluppare e attuare politiche e programmi SSMA. L'OMS ha sviluppato un pacchetto di orientamento per i responsabili politici. Descrive le fasi successive da attuare e fornisce un aiuto ai responsabili politici per sviluppare e attuare politiche e programmi SSMA (OMS, 2005). Durante il processo di costruzione delle politiche si raccomanda fortemente di coinvolgere da vicino gli adolescenti e le loro famiglie poiché conoscono meglio di chiunque altro le loro esigenze e le insidie presenti. Ovviamente, si deve prestare attenzione anche all'aspetto della valutazione. Tale valutazione deve essere scientificamente valida e di preferenza resa pubblica affinché gli altri paesi possano beneficiare del lavoro svolto. Per la valutazione delle politiche e dei programmi, esistono liste di controllo di facile utilizzo elaborate dall'OMS (2009).
- Attuare una normativa chiara in merito ai diritti dei giovani. La Dichiarazione universale dei diritti umani e la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza costituiscono valide fonti di ispirazione per sviluppare ed elaborare nuove politiche, legislazioni e piani di azione. Inoltre, si raccomanda ai governi di elaborare una normativa chiara sui seguenti punti: il modo in cui gli adolescenti possono chiedere aiuto senza l'autorizzazione dei genitori, il diritto di codecisione dei giovani riguardo al loro piano terapeutico, i diritti e i doveri dei genitori, l'ottenimento di un ordine restrittivo (sebbene vadano mantenuti al minimo), la registrazione e l'accesso alle cartelle cliniche dei pazienti, e l'uso dell'e-health.
- Definire un pacchetto base di servizi fondamentali, disponibile per gli adolescenti nei vari Stati membri (OMS, 2002). I diversi paesi sono invitati a distaccare il modello equilibrato di cure dagli istituti e favorire invece sistemi di assistenza e trattamento più a livello di comunità (Knapp, McDavid, Mossialos, & Thornicroft, 2006). In Europa, sono richiesti con urgenza investimenti in servizi di salute mentale sviluppati esclusivamente per gli adolescenti. La fascia di età di questi servizi deve essere ampia e flessibile e di preferenza compresa tra 9 e 25 anni.

- Stanziare risorse finanziarie sufficienti per la salute mentale degli adolescenti. I programmi di azione devono indicare chiaramente la percentuale del PIL destinata alla salute mentale e quanto viene destinato nello specifico agli adolescenti. Così come raccomandato dall'OMS (2005), il budget per i servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza deve essere equivalente al budget destinato alla salute mentale degli adulti. Durante le attività di ricerca ADOCARE, è stato affermato che l'aumento di fondi per la prevenzione, la promozione della salute mentale e le terapie mirate agli adolescenti, di fatto consente di realizzare economie sul lungo periodo. I problemi di salute mentale potranno così essere individuati più precocemente. Così facendo, gli utenti non svilupperanno da adulti problemi di salute mentale complessi che richiedono costosi trattamenti terapeutici di lunga durata.
- Favorire la collaborazione tra settori e professioni. Come indicato in precedenza, è un fatto positivo che i governi elaborino un quadro generale per facilitare la collaborazione e l'integrazione tra diversi settori, servizi e professioni.





LINEE DI INDIRIZZO E RACCOMANDAZIONI

Le presenti linee di indirizzo intendono offrire un sostegno ai responsabili politici (livello macro, ai servizi (livello meso) e agli operatori (livello micro) nel tentativo di migliorare i servizi di salute mentale per gli adolescenti nei rispettivi paesi. E questo mediante azioni concertate. Gli adolescenti in questo testo hanno un'età compresa tra 12 e 24 anni. Le raccomandazioni e le azioni proposte sono il risultato di un processo di ricerca biennale. I seguenti gruppi sono stati consultati in svariate occasioni, in maniera differenziata: responsabili politici, operatori ed esperti nel settore SSMA, adolescenti e giovani e rispettive famiglie, associazioni che rappresentano questa fascia di età e rispettive famiglie. Abbiamo esaminato la letteratura più recente sui servizi di salute mentale in generale e su quelli per adolescenti in particolare.

Le raccomandazioni interessano dieci settori sui quali i paesi europei devono concentrarsi per migliorare i SSMA:

- Disponibilità dei SSMA
- Qualità dei SSMA
- Accessibilità dei SSMA
- Trattamento personalizzato
- Cure integrate
- Trasferimento dai SSM per adolescenti ai SSM per adulti
- Formazione degli operatori
- Prevenzione e promozione della salute mentale
- Politiche e quadri giuridici
- Attività di ricerca

1. DISPONIBILITÀ DEI SSMA

Raccomandazione: Ogni paese si impegna a perseguire un modello equilibrato di cure.

Azioni proposte a livello macro:

- Nell'istituire servizi di salute mentale equilibrati, sono considerate necessarie le seguenti tipologie di servizi:
 - Servizi di assistenza sanitaria di base per persone con problemi comuni di salute mentale. Questi servizi conducono accertamenti e valutazioni, piccoli interventi psicologici e sociali, nonché trattamenti sociali e trattamenti farmacologici.
 - Servizi generali di salute mentale per persone con problemi più complessi. I servizi generali di salute mentale includono cinque componenti: day hospital / ambulatori, team di salute mentale di comunità, cura dei degenti gravi, assistenza residenziale di comunità e sostegno per il lavoro e l'occupazione.
 - Una serie di servizi specialistici di salute mentale in ciascuna delle cinque categorie di servizi generali di salute mentale allo scopo di assicurare interventi intensivi / specialistici (p.es. autismo, schizofrenia, disturbi alimentari, dipendenze, depressione grave, propensione al suicidio).
- Un modello di cure equilibrato comporta la disponibilità di cure di comunità e ospedaliere erogate in maniera concreta ed equilibrata. Questo significa che nei paesi con molti servizi residenziali, il numero di posti letto dovrà diminuire a favore di maggiori servizi di cure di comunità e di promozione della salute mentale.
- Il passaggio ad un'assistenza più equilibrata va di pari passo con il ruolo più importante dell'assistenza di base nella salute mentale. Gli interventi di salute mentale, le terapie e i servizi di assistenza sanitaria non specialistica per adolescenti sono integrati. Esempi di quest'ultimo aspetto riguardano la salute sessuale, le possibilità di lavoro, la salute generale, l'assistenza in caso di lutto e le campagne contro il fumo.
- I servizi sono collegati in una rete regionale, hanno una missione e una strategia comuni e sono complementari. Non si sovrappongono né vi sono divari.
- I governi devono verificare la corretta applicazione dei principi della cura per gradini.

Azioni proposte a livello meso:

- Il principio guida nella scelta della terapia e degli interventi è la cura per gradini:
 - Cure non specialistiche adeguate sono fornite in primo luogo.
 - Gli adolescenti vengono mandati dagli specialisti solo quando è necessario.
 - Gli operatori (soprattutto gli erogatori di cure primarie), ma anche i genitori, riconoscono che non tutti i problemi di salute mentale richiedono un'assistenza specialistica e che molto può essere fatto nell'ambito delle cure primarie o delle cure di comunità.

Azioni proposte a livello micro:

- I medici generici e altri erogatori di cure primarie ricevono una formazione per riconoscere i problemi di salute mentale degli adolescenti.
- Si possono avvalere di interventi a breve termine e sono informati sugli strumenti di valutazione utilizzati per decidere quando è necessaria un'assistenza più specialistica.
- Applicano i principi del colloquio motivazionale e del processo decisionale condiviso per stabilire la terapia e decidere per il trasferimento ai servizi specialistici.

Raccomandazione: La disponibilità di SSMA è garantita a tutti gli adolescenti che richiedono assistenza.

Azioni proposte a livello macro:

- I vari paesi devono avere una visione chiara della disponibilità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti. È quindi essenziale identificare il divario terapeutico. Questo è definito come la differenza assoluta tra la prevalenza di problemi di salute mentale tra gli adolescenti e la percentuale di adolescenti che riceve una terapia adeguata.
- Una volta stabiliti sia il numero necessario di strutture di salute mentale che gli operatori per ogni 100.000 adolescenti, i governi devono attivarsi per colmare il potenziale divario terapeutico.
- Viene garantita la disponibilità di ciascuna di queste tre tipologie di servizi di assistenza sanitaria (servizi di assistenza sanitaria di base, servizi generali di salute mentale e servizi specialistici di salute mentale). Un'assistenza equilibrata è ugualmente disponibile nei vari paesi.

2. QUALITÀ DEI SSMA

Raccomandazione: Ogni paese dispone di servizi di salute congeniali ai giovani, personalizzati in funzione delle esigenze degli adolescenti.

Azioni proposte a livello macro:

- I governi devono verificare che le tre tipologie di servizi di assistenza, necessarie per avere un modello equilibrato di cure, funzionino in modo tale che gli adolescenti si sentono i benvenuti e sono compresi. Questi servizi sono congeniali ai giovani.

Azioni proposte a livello meso:

- I servizi si rivolgono alla fascia di età che va dai 12 ai 24 anni in maniera flessibile.
- Gli adolescenti accedono facilmente ai servizi e in tal modo si riducono le barriere. Questo significa: un ambiente piacevole e accogliente, servizi opportuni, orari di apertura convenienti, accesso senza il permesso dei genitori, servizi a basso costo o gratuiti, tempi di attesa ridotti, ubicazione conveniente vicino alle fermate dei mezzi pubblici, un ingresso discreto, un'immagine positiva.
- I servizi forniscono informazioni chiare sugli aspetti legali (riservatezza) ed economici (disponibilità).
- I giovani e i loro genitori sono coinvolti attivamente nella progettazione dei servizi, l'erogazione di cure e le procedure. Ad esempio, gli adolescenti possono essere coinvolti nello sviluppo della carta dei servizi che tratta questioni come la riservatezza, gli orari di apertura, i programmi terapeutici, i diritti degli adolescenti e gli aspetti etici.
- I servizi utilizzano validi modelli di ruolo nell'erogazione delle cure (ossia, gli adolescenti che hanno sperimentato problemi simili in passato) perché hanno un effetto positivo sul benessere degli adolescenti. Ne sono esempi il sostegno dei coetanei, la terapia di gruppo e i gruppi di autosostegno.
- I servizi garantiscono la continuità delle cure in modo che gli adolescenti vengano curati dallo stesso team di specialisti.
- I servizi contattano gli adolescenti per evitare l'abbandono degli studi da parte di giovani bisognosi di aiuto, offrendo assistenza e trattamenti terapeutici.

Azioni proposte a livello micro:

- Nei servizi di salute mentale per gli adolescenti è importante disporre di personale congeniale ai giovani. Oltre alle loro competenze in ambito clinico, questi operatori hanno un atteggiamento positivo nei confronti della vita e dello stile di vita degli adolescenti. Rispettano i loro gruppi target e sono altamente motivati e onesti. Si relazionano facilmente e sviluppano una relazione utile e responsabile.

Raccomandazione: I SSMA adottano standard di alta qualità.

Azioni proposte a livello macro:

- I governi definiscono una serie di standard di qualità che i SSMA devono soddisfare. Gli indicatori pertinenti sono tra l'altro: l'accessibilità di un servizio, le capacità e le competenze degli operatori e l'uso equilibrato di interventi psicosociali e medici. Per la scelta degli indicatori, consultare "User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care" (Graham et al., 2014) e "Service Standards" (settima edizione) (Thompson & Clarke, 2015).
- I governi sviluppano strumenti di valutazione per valutare la qualità dei SSMA. Gli stessi strumenti sono utilizzati di preferenza tra i servizi, le regioni e i paesi, per consentire i confronti.
- La valutazione viene eseguita da un istituto di ricerca finanziato autonomamente. Ai servizi che non sono conformi, viene offerta assistenza per migliorare la qualità delle cure.

Raccomandazione: Nell'erogazione delle cure si tiene conto delle considerazioni e dei valori etici.

Azioni proposte a livello macro:

- Viene istituito un comitato etico per fornire un feedback agli operatori riguardo ai dilemmi etici.

Azioni proposte a livello meso:

- I servizi si attengono ai principi etici di autonomia, beneficenza ed equità sottolineati nella relazione Belmont (Michaud et al., 2010).

- Le questioni etiche relative alla riservatezza in terapia, il diritto degli adolescenti di accedere alle loro cartelle cliniche e partecipare attivamente alla terapia sono chiaramente indicati in una carta dei servizi. Questa carta è stata sviluppata in collaborazione con gli adolescenti.

3. ACCESSIBILITÀ DEI SSMA

Raccomandazione: I SSMA sono facilmente accessibili agli adolescenti.

Azioni proposte a livello macro:

- I governi e i media si attivano per superare gli atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti dei problemi di salute mentale e l'uso dei relativi servizi. Un tema ricorrente è che i problemi di salute mentale fanno parte della vita, pertanto cercare aiuto non è indice di debolezza personale. Le azioni dovrebbero essere mirate particolarmente agli adolescenti maschi perché la letteratura disponibile sulla salute mentale è meno sviluppata e inoltre sono meno disposti a cercare aiuto.
- Si deve sviluppare la conoscenza dei giovani riguardo alla salute mentale e i relativi servizi. Questo si può fare mettendo a disposizione siti web attraenti, di facile navigazione e lettura, e facendo riferimento alla letteratura sulla salute mentale nel programma di studi scolastico.

Azioni proposte a livello meso:

- I servizi forniscono informazioni online sul sostegno che garantiscono. Lo stile di comunicazione si rivolge ai giovani ed è estremamente pratico. Le preoccupazioni in merito alla riservatezza sono trattate in maniera trasparente.
- I servizi restano in contatto o stabiliscono contatti con gli adolescenti più vulnerabili. Questo gruppo non richiede quasi mai assistenza su base volontaria.

Raccomandazione: I trattamenti di salute mentale sono integrati per quanto possibile nell'assistenza sanitaria di base non specialistica.

Azioni proposte a livello meso:

- I medici generici sono incoraggiati e formati per riconoscere i problemi di salute mentale in uno stadio precoce. Durante questo tipo di intervento, valutano diversi aspetti della vita (casa, educazione e occupazione, alimentazione, attività fisica, uso di droga, sessualità, dipendenze, suicidio/depressione, segni di lesioni e di violenza) e cercano di non sottovalutare la gravità dei problemi psicologici.
- Le associazioni giovanili possono fornire informazioni sulla salute mentale e offrono un'assistenza di base agli adolescenti con problemi di salute mentale.

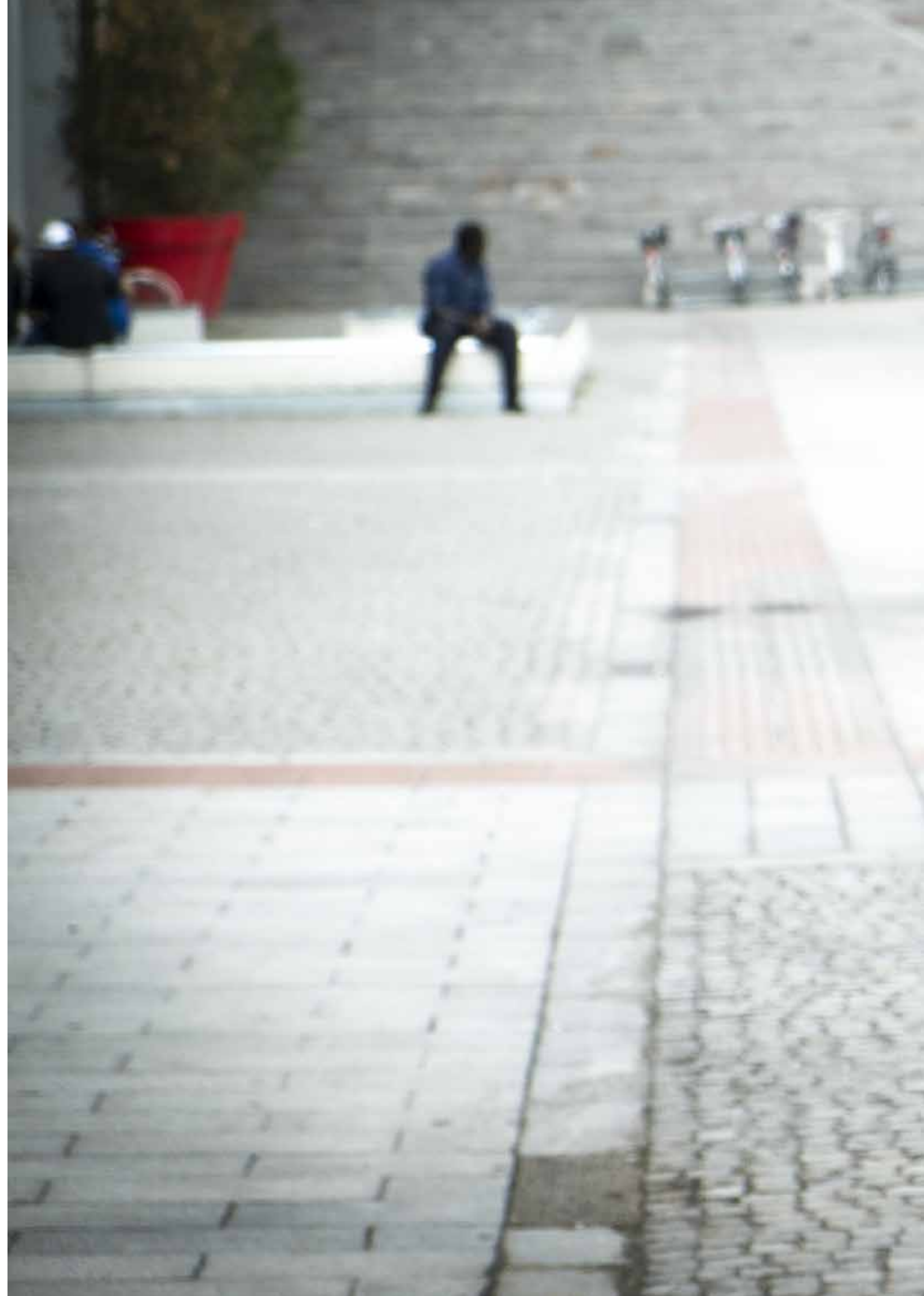
Raccomandazione: Internet può facilitare l'accesso ai SSMA da parte degli adolescenti.

Azioni proposte a livello macro:

- Gli interventi basati sul web sono incoraggiati ad ampliare l'accesso ai servizi di salute mentale, a informare gli adolescenti sulle cure, a impegnarli più attivamente durante la terapia e a fornire una post-terapia completa.
- I governi assegnano label di qualità ai siti web, agli strumenti e alle app, in tal modo gli adolescenti sanno di essere connessi a un sito web affidabile e congeniale ai giovani.

Azioni proposte a livello micro:

- Gli operatori sono informati dell'esistenza di interventi affidabili basati sul web per gli adolescenti.
- Gli interventi basati sul web sono di preferenza integrati da un'assistenza professionale. L'idea è aiutare gli adolescenti a interpretare le informazioni messe in rete e garantire un trattamento personalizzato.



4. TRATTAMENTO PERSONALIZZATO

Raccomandazione: Assistenza, addestramento e trattamento sono assicurati grazie a servizi incentrati sulla persona che coinvolgono attivamente gli adolescenti.

Azioni proposte a livello micro:

- Durante la fase di valutazione, gli operatori tengono conto del funzionamento bio-psico-sociale dell'adolescente. Si concentrano sui problemi psicologici e sui punti di forza e le competenze dell'adolescente.
- Durante la terapia, gli operatori coinvolgono i giovani nel processo decisionale applicando i principi del processo decisionale condiviso. Gli operatori affermano in modo chiaro che vanno fatte delle scelte, forniscono informazioni dettagliate riguardo alle diverse opzioni e assistono gli adolescenti nel valutare eventuali preferenze e fare una scelta.

Raccomandazione: Ogni adolescente riceve un'integrazione adeguata ed efficace di terapie bio-psico-sociali.

Azioni proposte a livello macro:

- Nei paesi dove il modello biomedico è il modello terapeutico prevalente, i governi si attivano per stimolare l'uso del modello bio-psico-sociale. Questo viene fatto ad esempio rimborsando gli interventi psicosociali in aggiunta alla terapia farmacologica.

Azioni proposte a livello micro:

- Gli interventi psicosociali sono considerati dagli operatori come la prima linea di terapia. Molto comuni sono la psico-educazione e la psicoterapia, anche se altri interventi potrebbero rivelarsi utili, come i laboratori artistici e creativi dove gli adolescenti possono esprimere i loro sentimenti (musica, scrittura, danza, pittura, ecc.) o le attività sportive. Una rassegna degli interventi attuali basati sulle evidenze è disponibile nel testo "What works for whom" (Fonagy, et al., 2014).
- Gli interventi psicosociali non si concentrano esclusivamente sulla cura e la terapia, ma anche sulla resilienza e il rafforzamento delle competenze.
- Potrebbero rivelarsi necessari farmaci per gravi disturbi di salute mentale, tuttavia questi sono disponibili abbinati a interventi psicosociali. Gli operatori sono sensibilizzati sul possibile abuso di farmaci, e per la prescrizione si attengono alle linee guida.
- Viene data priorità alle strategie inerenti il trattamento, l'addestramento e la consulenza che si sono dimostrate efficaci, ma ci si deve concentrare anche sui nuovi sviluppi. Le linee guida sono utilizzate perché forniscono una rassegna delle attuali terapie basate sulle evidenze (p.es il "Programma d'azione per colmare le lacune nella salute mentale" dell'OMS, le linee di indirizzo NICE, ecc.). Gli operatori ricorrono anche ai protocolli per attuare gli interventi basati sulle evidenze in maniera standardizzata.
- I risultati terapeutici sono sistematicamente monitorati per stabilire l'efficacia degli interventi.

Raccomandazione: I problemi di salute mentale degli adolescenti vanno affrontati da un punto di vista evolutivo.

Azioni proposte a livello micro:

- Gli assistenti domiciliari tengono conto dello sviluppo degli adolescenti, nonché degli aspetti evolutivi e delle crisi che incidono sulla situazione attuale. L'idea è comprendere appieno il problema a portata di mano e stabilire le esigenze di assistenza.
- Gli assistenti domiciliari riconoscono che le esigenze degli adolescenti sono assai mutevoli. Il programma terapeutico deve pertanto adeguarsi.

Raccomandazione: Ogni programma terapeutico crea ponti con la vita normale.

Azioni proposte a livello meso:

- La guarigione e il reinserimento nella società sono obiettivi fondamentali di ogni programma terapeutico. Gli operatori assistono gli adolescenti nella loro educazione, nel trovare alloggio e occupazione, e nel creare una relazione di fiducia con gli altri, così che possano assumere appieno il loro ruolo di cittadini. È pertanto essenziale collaborare con gli altri settori.
- Se e quando possibile, l'assistenza viene fornita nell'ambiente naturale dell'adolescente. Una volta ricoverati, gli operatori sviluppano una strategia per far sì che gli adolescenti abbiano in prospettiva la possibilità di andare a casa.
- Il sostegno a un'occupazione e all'educazione sono aspetti importanti della cura per gli adolescenti che soffrono di una grave e persistente malattia mentale. Ciò richiede una collaborazione sistematica dei servizi di salute mentale con i servizi di collocamento ed educativi (Ellison et al. 2015).

Raccomandazione: Ogni programma terapeutico crea ponti con la vita normale.

Azioni proposte a livello macro:

- I vari paesi elaborano norme sui diritti e i doveri dei genitori qualora i loro figli necessitino di SSMA

Azioni proposte a livello micro:

- All'inizio della terapia, i genitori sono informati. Gli adolescenti sono incoraggiati a coinvolgere i genitori se ciò ha un effetto positivo sul loro benessere.
- I genitori devono ricevere supporto quando essi stessi incontrano problemi o quando un rapporto disfunzionale è al centro dei problemi dell'adolescente. Per gli operatori è disponibile una valida rassegna degli interventi attuali a livello familiare (Kaslow et al., 2014).

5. CURE INTEGRATE

Raccomandazione: I governi creano un quadro comune che abbraccia tutti i settori.

Azioni proposte a livello macro:

- Alleanze strategiche e reti di assistenza sono organizzate a livello locale. Lo scopo è collegare diversi livelli di specializzazione tra loro (servizi di cure primarie, secondarie e terziarie) e anche livelli simili di assistenza intersettoriale (p.es. alloggi, occupazione, giustizia, ecc.).
- Vengono creati comitati locali per stabilire i contatti tra i servizi.
- Se gli operatori coinvolti nella terapia degli adolescenti collaborano a livello intersettoriale, ci devono essere incentivi finanziari. Per favorire la collaborazione, è necessario evidenziare i vantaggi del lavorare insieme, o incoraggiare la mobilità professionale intersettoriale.
- Le informazioni sulle iniziative attuali sono disponibili su un unico sito web centralizzato.

Azioni proposte a livello meso:

- Un lavoro di gruppo multidisciplinare è la norma, e il medico generico fa parte del gruppo.
- Viene iniziato un programma terapeutico in comune. Il team di operatori condivide un piano terapeutico comune e si sente corresponsabile della sua implementazione.
- Sono indicate le sedi per le discussioni e le interazioni intersettoriali.
- Viene istituita una gestione intensiva dei casi. Viene nominato un operatore che ha la responsabilità ultima di ciascun caso.
- Vengono redatti accordi consensuali che sottolineano il ruolo di ciascun partner e rimandano alle procedure e alle norme da seguire in caso di dimissioni, trasferimento ad altri servizi o conflitto.
- Viene istituita un'infrastruttura comune per raccogliere e condividere i dati dei pazienti tra i diversi erogatori di cure nei vari settori o a livello intersettoriale.
- Sono organizzate formazioni congiunte per gli operatori dei diversi settori. In tal modo le competenze sono transdisciplinari.

6. TRASFERIMENTO DAI SSM PER ADOLESCENTI AI SSM PER ADULTI

Raccomandazione: I governi, i servizi di salute mentale (SSM) e gli operatori migliorano il trasferimento dai servizi per adolescenti a quelli per adulti.

Azioni proposte a livello macro:

- I programmi di azione includono strategie volte a migliorare le cure nella fase di trasferimento. Nell'ambito del progetto "Milestone", sono state sviluppate linee guida per i responsabili politici per assisterli a prendere decisioni informate e basate sulle evidenze al fine di migliorare i sistemi sanitari.

- I servizi locali per adolescenti e adulti e i servizi volontari sono mappati e aggiornati regolarmente (ambito di funzionamento, reti di comunicazione e contatti chiave).
- Gli operatori della salute mentale vengono formati su come ottimizzare le cure nella fase di trasferimento. Queste formazioni devono affrontare atteggiamenti negativi in merito al trasferimento ad altri servizi, migliorare la conoscenza degli altri servizi e incrementare l'autoefficacia e le competenze. In modo simile, nell'ambito del progetto Milestoner, sono stati sviluppati pacchetti formativi per i medici a livello comunitario, che saranno implementati.

Azioni proposte a livello meso:

- I servizi sviluppano e implementano protocolli per migliorare le cure nella fase di trasferimento, conformemente alle esigenze degli adolescenti. Nell'ambito di questo protocollo, l'orizzonte temporale e le responsabilità di ciascuno sono definiti in modo chiaro. Esiste un piano di riserva in caso di indisponibilità da parte dei servizi di salute mentale per adulti o del paziente in questione ad accettare il trasferimento.
- I servizi devono essere flessibili in merito all'età degli utenti. Gli adolescenti che non sono pronti per il trasferimento ai servizi per adulti continuano a ricevere assistenza dai servizi per adolescenti.
- I servizi cercano di evitare molteplici trasferimenti simultanei, anche perché già un solo trasferimento richiede una grande mole di lavoro di preparazione.
- I servizi di salute mentale per adolescenti e per adulti gestiscono in comune il trasferimento per un certo periodo di tempo.
- È necessario coinvolgere attivamente il servizio per adulti prima che il servizio per adolescenti possa trasferire un paziente.
- I SSM per adolescenti e adulti utilizzano un sistema standardizzato di archiviazione delle cartelle cliniche e trasferiscono tutta la corrispondenza e i dati di contatto.
- Il trasferimento ai servizi per adulti è un importante indicatore di qualità nella valutazione delle cure. Nell'ambito del progetto Milestone, sono state sviluppate e confermate specifiche misure inerenti ai risultati.

Azioni proposte a livello micro:

- Gli adolescenti sono ben preparati dagli operatori nelle settimane che precedono il trasferimento e questo avviene solo quando la situazione è stabile.

7. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Raccomandazione: La formazione degli operatori della salute mentale che si occupano di adolescenti è personalizzata in funzione del gruppo specifico.

Azioni proposte a livello macro:

- Durante la loro formazione, gli operatori della salute mentale che si occupano di adolescenti sono formati su argomenti specifici dell'adolescenza (normale sviluppo adolescenziale, valutazione dei problemi di salute mentale negli adolescenti, come comunicare con loro, processo decisionale condiviso, interventi psicosociali basati sulle evidenze, come lavorare in una rete di servizi integrati, le cure nella fase di trasferimento, e anche la legislazione e le politiche sulla salute mentale degli adolescenti).
- Sono istituite norme comuni per il programma di studi educativi degli psichiatri e gli psicologi dell'adolescenza in Europa.

Azioni proposte a livello meso:

- Sessioni formative interdisciplinari e corsi post-laurea sono obbligatori per i medici dei servizi di salute mentale per gli adolescenti.
- Sono istituite reti di apprendimento per stimolare la formazione continua sul lavoro (cf. ImROC).
- I servizi organizzano intervistazioni e supervisioni su base regolare.

Raccomandazione: Anche gli operatori che incontrano occasionalmente giovani con problemi di salute mentale ricevono una formazione sugli aspetti della salute mentale degli adolescenti.

Azioni proposte a livello macro:

- Riguarda i medici generici, il personale infermieristico ospedaliero, gli infermieri presso le scuole, gli animatori giovanili, gli operatori sanitari del settore pubblico, gli assistenti sociali e gli insegnanti. Ricevono corsi sugli aspetti della salute mentale degli adolescenti durante la loro formazione di base.
- Sono disponibili servizi di assistenza telefonica o siti web. Gli operatori li possono consultare per eventuali questioni o preoccupazioni in merito alla salute mentale degli adolescenti.

8. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE

Raccomandazione: I vari paesi hanno piani di azione per prevenire i problemi di salute mentale e promuovere il benessere degli adolescenti.

Azioni proposte a livello macro:

- I piani di azione includono interventi volti a rafforzare i fattori di protezione (p.es. stimolare un adeguato comportamento di ricerca di aiuto, sostenere i genitori nel crescere i figli, creare un buon ambiente scolastico, stimolare la spiritualità, incrementare la letteratura sulla salute mentale, ecc.) e interventi per far fronte ai comportamenti a rischio (p.es. bullismo, povertà, genitori violenti, abuso di sostanze, ecc.). Queste azioni mirano in particolare ai giovani più vulnerabili e alle loro famiglie.
- Strategie e interventi che si sono mostrati di successo in altri paesi sono caldamente raccomandati.
- I media possono svolgere un ruolo importante nell'eliminare la stigmatizzazione e divulgare le informazioni.

Azioni proposte a livello meso:

- Gli operatori sanitari entrano in contatto con gli adolescenti vulnerabili, che tendono a non esporsi. Visitano i luoghi frequentati da questi (p.es. stazioni, piazze, parchi, centri sportivi, bar) e li invitano a visitare i servizi o forniscono assistenza sul posto se necessario.
- Certi programmi aiutano lo sviluppo personale e favoriscono l'inclusione di queste persone vulnerabili. A tale riguardo, pensiamo ad eventi speciali o attività di gruppo (p.es. proteggere la natura per salvaguardare l'ambiente, piccoli lavori di ristrutturazione di edifici pubblici, assistenza ai bisognosi, feste di vicinato, raccolta di fondi, ecc.). È un modo utile per rendere autonomi e responsabili gli adolescenti poiché così imparano a impegnarsi attivamente, ad assumersi delle responsabilità, a instaurare relazioni sociali, ecc.
- I genitori ricevono assistenza su come affrontare i problemi di salute mentale dei loro figli. Alcuni siti web possono aiutare i genitori a identificare i problemi di salute mentale, segnalando loro le azioni da intraprendere nell'interesse dei loro figli.

Raccomandazione: La scuola è un luogo fondamentale per promuovere il benessere mentale.

Azioni proposte a livello macro:

- Gli insegnanti ricevono una formazione di base sulla salute mentale degli adolescenti, sulla promozione della salute mentale e su come prevenire e riconoscere i problemi di salute mentale.
- Le lezioni sulla salute mentale sono integrate nel programma di studi degli adolescenti. Le lezioni si concentrano su argomenti come la resilienza, il rispetto degli altri, le competenze sociali, come affrontare situazioni difficili, esprimere sentimenti, favorire comportamenti di ricerca di aiuto e rendere autonomi e responsabili gli adolescenti.
- I check-up medici possono essere organizzati in ambito scolastico per individuare quegli studenti che richiedono un'assistenza in termini di servizi di salute mentale. Nell'ambito del progetto "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE), è stata sviluppata una procedura di valutazione professionale a livello scolastico. Tuttavia, i programmi di valutazione possono risultare dannosi se i servizi di salute mentale sono carenti in un dato paese. Ciò potrebbe generare una richiesta di aiuto che non è disponibile.

Azioni proposte a livello meso:

- Gli operatori della salute mentale (educatori scolastici) sono attivi nelle scuole per fornire consulenza agli insegnanti e/o fornire un'assistenza diretta agli adolescenti.

- Le scuole possono collaborare con operatori della salute mentale che lavorano al di fuori dell'ambiente scolastico. Ad esempio, operatori esterni possono visitare una scuola una volta a settimana.
- Le lezioni sulla salute mentale possono essere tenute da educatori sanitari, ma costituiscono anche un'opportunità per invitare un esperto di salute mentale in qualità di relatore. Inoltre, le lezioni sono tenute di preferenza in maniera interattiva per migliorare la conoscenza e lavorare sugli atteggiamenti e le competenze. Gli insegnanti devono prestare attenzione ai possibili segni di bullismo che potrebbero essere suscitati da queste lezioni.
- Le scuole devono prestare attenzione ai comportamenti a rischio che sono strettamente connessi ai problemi di salute mentale. Ad esempio, l'abuso di sostanze, la ricerca di sensazioni, l'uso eccessivo dei media, l'autolesionismo, i comportamenti delinquenti e le assenze ingiustificate. In questi casi, gli educatori scolastici cercano di stabilire un contatto con l'adolescente per capire cosa succede.
- Le scuole sviluppano un programma di azione per far fronte al bullismo. Questo è importante nella prevenzione dei problemi di salute mentale.

9. POLICY AND LEGAL FRAMEWORKS

Raccomandazione: I vari paesi sviluppano e attuano politiche e programmi sulla salute mentale degli adolescenti.

Azioni proposte a livello macro:

- La Dichiarazione universale dei diritti umani e la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza costituiscono valide fonti di ispirazione per sviluppare ed elaborare nuove politiche, legislazioni e piani di azione.
- I governi devono ammettere che migliorare la qualità dei servizi di salute mentale per gli adolescenti è una priorità fondamentale, e che gli adolescenti hanno esigenze specifiche.
- L'OMS ha sviluppato un pacchetto orientativo per i vari paesi, che descrive le fasi successive che i responsabili politici devono attuare per sviluppare e attuare politiche e programmi di salute mentale per gli adolescenti (OMS, 2005).
- Nella fase di sviluppo di queste politiche e programmi, gli adolescenti e i loro genitori vengono coinvolti da vicino. Sono quindi valutate le politiche. Ad esempio, utilizzando la lista di controllo dell'OMS per valutare una data politica di salute mentale (OMS, 2009). I risultati devono essere scambiati con gli altri paesi europei così da imparare gli uni dagli altri.
- I governi elaborano una normativa chiara che illustra alcuni aspetti chiave, come il modo in cui gli adolescenti possono chiedere aiuto senza l'autorizzazione dei genitori, il diritto di codecisione dei giovani riguardo al loro piano terapeutico, i diritti e i doveri dei genitori, l'ottenimento di un ordine restrittivo (sebbene vadano mantenuti al minimo), la registrazione e l'accesso alle cartelle cliniche dei pazienti, e l'uso dell'e-health.

Raccomandazione: I governi stanziavano risorse finanziarie sufficienti per la salute mentale degli adolescenti.

Azioni proposte a livello macro:

- I programmi di azione devono indicare chiaramente la percentuale del PIL destinata alla salute mentale e quanto viene destinato nello specifico agli adolescenti.
- I finanziamenti destinati ai servizi di salute mentale sono suddivisi più equamente tra servizi per bambini/adolescenti e servizi per adulti. Aumentando i finanziamenti per i servizi di salute mentale per adolescenti, è possibile diagnosticare in uno stadio precoce i problemi di salute mentale. Questo evita lo sviluppo, nell'età adulta, di problemi di salute mentale complessi che richiedono costosi trattamenti terapeutici di lunga durata.
- I governi fanno il possibile per incrementare le risorse finanziarie allo scopo di ottenere servizi di salute mentale per gli adolescenti di alta qualità.

10. ATTIVITÀ DI RICERCA

Raccomandazione: I dati epidemiologici sono essenziali per sensibilizzare e sostenere i responsabili politici.

Azioni proposte a livello macro:

- I governi investono in sistemi di registrazione dati ben sviluppati per raccogliere dati amministrativi. L'InterRAI Community Mental Health e l'InterRAI Mental Health sono validi esempi di strumenti standardizzati di valutazione. Implementare tali sistemi richiede tempo per introdurre i dati e formare gli utenti.
- La ricerca epidemiologica può essere organizzata secondo un approccio collaborativo nei paesi dell'UE (cf. l'European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, studio ESEMeD).
- La ricerca si concentra essenzialmente sulla salute mentale degli adolescenti (p.es. profughi, rom, ecc.).
- Anche i dati relativi ai problemi degli adolescenti, ma che sono stati raccolti da altri settori (tassi di abbandono, crimini giovanili, abusi sessuali), possono costituire un valido aiuto.

Azioni proposte a livello micro:

- I centri di ricerca verificano che i risultati epidemiologici vengano comunicati in modo chiaro e realistico ai responsabili politici e al grande pubblico per poter essere correttamente utilizzati.





BIBLIOGRAFIA

Abrines-Jaume, N., Midgley, N., Hopkins, K., Hoffman, J., Martin, K., Law, D., Wolpert, M. (2014). A qualitative analysis of implementing shared decision making in child and adolescent mental health services in the UK: stages and facilitators. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1177/1359104514547596.

Ambresin, A. E., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.014.

Ballard, K.L., Sander, M.A., Klimes-Dougan, B. (2014). School-related and social-emotional outcomes of providing mental health services in schools. *Community Mental Health Journal*, 50(2), 145-149.

Bélanger, R.E., Akre, C., Berchtold, A., & Michaud, P.A. (2011). A U-shaped association between intensity of Internet use and adolescent health. *Pediatrics*, 127(2), e330-e335.

Bielsa, V.C., Braddick, F., Jané-Llopis, E., Jenkins, R., & Puras, D. (2010). Child and adolescent mental health policies, programmes and infrastructures across Europe. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(4), 10-26.

Bohlin, R.K., & Mijumbi, R. (2015). *Child and Adolescent Mental Health Disorders: Organization and Delivery of Care*. In *Optimizing Treatment for Children in the Developing World* (pp. 279-289) Springer.

Bor, W., Dean, A.J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 0004867414533834.

Boydell, K.M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H., & Willis, D. (2014). Using technology to deliver mental health services to children and youth: A scoping review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87.

Bréland, D.J., McCarty, C.A., Zhou, C., McCauley, E., Rockhill, C., Katon, W., et al. (2014). Determinants of mental health service use among depressed adolescents. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 296-301.

Bruce, S., & Paxton, R. (2002). Ethical principles for evaluating mental health services: A critical examination. *Journal of Mental Health*, 11(3), 267-279.

Cappelli, M., Gray, C., Zemek, R., Cloutier, P., Kennedy, A., Glennie, E., Doucet, G., & Lyons, J.S. (2012). The HEADS-ED: A Rapid Mental Health Screening Tool for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Pediatrics*, 130(2), e321-e327. doi: 10.1542/peds.2011-3798.

Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., et al. (2014). A newly identified group of adolescents at «invisible» risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78-86. doi:10.1002/wps.20088.

Chandra, A., & Minkovitz, C.S. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754, e1-8.

Copeland, W.E., Shanahan, L., Davis, M., Burns, B., Angold, A., & Costello, E.J. (2015). Untreated Psychiatric Cases increase during the Transition to Adulthood. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 66(4), 397.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., Martin-Rodriguez, L.S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. doi:10.1186/1472-6963-8-188.

De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P.D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(01), 47-57. doi:10.1017/S2045796011000746.

Dowdy, E., Furlong, M., Raines, T.C., Boverly, B., Kauffman, B., Kamphaus, R.W., et al. (2014). Enhancing school-based mental health services with a preventive and promotive approach to universal screening for complete mental health. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, (ahead-of-print), 1-20.

Ellison et al., 2015. Ellison, M. L., Klodnick, V. V., Bond, G. R., Krzos, I. M., Kaiser, S. M., Fagan, M. A., & Davis, M. (2015). Adapting supported employment for emerging adults with serious mental health conditions. *The journal of behavioral health services & research*, 42(2), 206-222.

Elwyn G., Frosch D., Thomson R., et al. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.

Farmer, E.M., Burns, B.J., Phillips, S.D., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric services*, 54(1), 60-66.

Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents* Guilford Publications.

Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B., Munk-Jorgensen, P., Musalek, M., et al. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. *European Psychiatry*, 27(2), 87-113. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.

Graham, T., Rose, D., Murray, J., Ashworth, M., & Tylee, A. (2014). User-generated quality standards for youth mental health in primary care: a participatory research design using mixed methods. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2014.

Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). What is 'continuity of care'? *Journal of health services research & policy*, 11(4), 248-250.

Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.

Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, 1.

Harper, B., Dickson, J.M., & Bramwell, R. (2014). Experiences of young people in a 16-18 Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 90-96.

Hopkins, K., Crosland, P., Elliott, N., & Bewley, S. (2015). Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal*, 350, h824.

Horwitz, S.M., Gary, L.C., Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2003). Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*, 112(6), 1373-1378.

Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe Radboud University Nijmegen.

Kaess, M., Brunner, R., Parzer, P., Carli, V., Apter, A., Balazs, J.A., et al. (2014a). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European child & adolescent psychiatry*, 23(7), 611-620. doi:10.1007/s00787-013-0490-y.

Kalmakis, K.A., & Chandler, G.E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*.

Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, C.O., & Collins, M.H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 82-100.

Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T.B. (2007a). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359.

Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., et al. (2007b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168.

Keith, S., & Martin, M.E. (2005). Cyber-Bullying: Creating a Culture of Respect in a Cyber World. *Reclaiming Children and Youth*, 13(4), 224-28.

Klein, D.A., Goldenring, J.M., & Adelman, W.P. (2014). HEEADSSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. Retrieved from <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/content/tags/adolescent-medicine/heedsss-30-psychosocial-interview-adolesce?page=full>.

Kodner, D.L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications discussion paper. *International journal of integrated care*, 2.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2006). *Mental health policy and practice across Europe*. Berkshire: McGraw-Hill International.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I.A. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for action. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Leslie, D.L., Rosenheck, R.A., & Horwitz, S.M. (2001). Patterns of mental health utilization and costs among children in a privately insured population. *Health Services Research*, 36(1 Pt 1), 113.

Li, W., O'Brien, J.E., Snyder, S.M., & Howard, M.O. (2015). Characteristics of Internet Addiction/Pathological Internet Use in US University Students: A Qualitative-Method Investigation. *PloS one*, 10(2), e0117372.

London School of Economics and Political Science (2012). How mental illness loses out in the NHS. A report by the Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101-121.

Maxwell, R.J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality Health Care*, 1, 171-177.

McGorry, P., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s30-s35.

McGorry, P.D., Goldstone, S.D., Parker, A.G., Rickwood, D.J., & Hickie, I.B. (2014). Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *The Lancet*, 1, 559-568.

Michaud, P.A., Berg-Kelly, K., Macfarlane, A., & Benaroyo, L. (2010). Ethics and adolescent care: an international perspective. *Current opinion in paediatrics*, 22(4), 418-422. doi:10.1097/MOP.0b013e32833b53ec.

Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health policy*, 65(3), 227-241. doi:10.1016/S0168-8510(02)00215-4.

NHS England. (2015). *Future in mind: Promoting, protecting and improving children and young people's mental health and wellbeing*.

Paternite, C.E., & Johnston, T.C. (2005). Rationale and strategies for central involvement of educators in effective school-based mental health programs. *Journal of youth and adolescence*, 34(1), 41-49.

Patton, G.C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., et al. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379(9826), 1665-1675. doi:10.1016/S0140-6736(12)60203-7

Patton, G.C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J.B., Degenhardt, L., et al. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411. doi:10.1016/S0140-6736.

Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J.N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957.

Price, M., Yuen, E.K., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Forman, E.M., Acierno, R., et al. (2014). mHealth: a mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(5), 427-436.

Reichow, B., Servili, C., Yasamy, M.T., Barbui, C., & Saxena, S. (2013). Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review.

Remschmidt, H. (2001). Definition, classification, and principles of application. In H. Remschmidt (Ed.), *Psychotherapy with children and adolescents* (pp. 3-11). Cambridge: Cambridge University Press.

Remschmidt, H., & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147.

Reyes-Portillo, J.A., Mufson, L., Greenhill, L.L., Gould, M.S., Fisher, P.W., Tarlow, N., et al. (2014). Web-Based Interventions for Youth Internalizing Problems: A Systematic Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1254-1270.

Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical child and family psychology review*, 3(4), 223-241.

Ryttilä-Manninen, M., Lindberg, N., Haravuori, H., Kettunen, K., Marttunen, M., Joukamaa, M., et al. (2014). Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child abuse and neglect*.

Samele, C., Frew, S., & Urquia, N. (2013). Mental health systems in the European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health European Commission.

Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.J., Dick, B., Ezech, A.C., et al. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640. doi:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

SEYLE. (2015). *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE). Promoting health through the prevention of risk-taking and self-destructive behaviours. SEYLE final report for the European Commission.*

Silva, M., & de Almeida, J.M.C. (2014). Setting up integrated mental health systems. In S.O. Okpaku (Ed.), *Essentials of Global Mental Health* (pp. 144-151). Cambridge: Cambridge University Press.

Singh, S.P., Paul, M., Islam, Z., Weaver, T., Kramer, T., McLaren, S., et al. (2010). Transition from CAMHS to adult mental health services (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme: London.

Thompson, P., & Clarke, H. (2015). *Service standards: seventh edition Royal college of psychiatrist.*

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological medicine*, 29(04), 761-767.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283-290.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 246-248. doi:10.1192/bjp.bp.112.111377.

Tokunaga, R.S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behaviour*, 26(3), 277-287.

Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L.A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369(9572), 1565-1573. doi:10.1016/S0140-6736(07)60371-7.

Uitterhoeve, R.J., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., et al. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer – a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91(6), 1050-1062.

Union Européenne des Médecins Spécialistes (2014). Training requirements for the Speciality of Child and Adolescent Psychiatry. <http://www.uems.eu/media-and-library/documents/adopted-documents/2014>.

Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.

Vallance, A.K., Kramer, T., Churchill, D., & Garralda, M.E. (2011). Managing child and adolescent mental health problems in primary care: taking the leap from knowledge to practice. *Primary health care research & development*, 12(04), 301-309.

Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N. & Van Audenhove, C. (2015). Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI. <http://caringformentalhealth.org>

Vidal-Ribas, P., Goodman, R., & Stringaris, A. (2015). Positive attributes in children and reduced risk of future psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 17-25. doi:10.1192/bjp.bp.114.144519.

Vieth, H. (2009). Mental health policies in Europe. *Euro Observer*, 11(3).

Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.

Weist, M.D., & Paternite, C.E. (2006). Building an interconnected policy-training-practice-research agenda to advance school mental health. *Education and Treatment of Children*, 173-196.

Weisz, J.R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K.M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: a multilevel meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 70(7), 750-761.

WHO (2002). Global consultation on adolescent friendly health services: a consensus statement.

WHO (2003). *Investing in mental health.* Geneva: WHO.

WHO (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans.*

WHO (2009). *Improving health systems and services for mental health.*

WHO (2010). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). WHO (2013). *Mental health action plan 2013-2020.* WHO: Geneva.

Willard, N.E. (2007). *Cyberbullying and cyber threats: Responding to the challenge of online social aggression, threats, and distress* Research Press.

Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.

Ye, X., Bapuji, S.B., Winters, S.E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., et al. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1), 313.

Young, A.S., & Fristad, M.A. (2015). *Family-Based Interventions for Childhood Mood Disorders.* Child and adolescent psychiatric clinics of North America.

RINGRAZIAMO TUTTI I PARTECIPANTI PER IL CONTRIBUTO FORNITO AD ADOCCARE

BELGIO: Derély M. - Beine A. - Bonny C. - Cailliau M. - Claes L. - Courtain A. - Croisant M. - d'Alcantara A. - Datta P. - de Becker E. - De Bock P. - De Bois S. - De Buck C. - De Coen M. - De Jonghe I. - De Ridder A. - De Rijdt L. - De Vos B. - Delvenne V. - Doucet D. - Dubois J. - Dubois V. - Forceville G. - Geerts L. - Gherroucha J. - Herremans D. - Holsbeek J. - Lampo A. - Lowet K. - Moens A. - Moens I. - Mohammad S. - Mommerency G. - Mulas A. - Nelis E. - Oosterlinck T. - Passelecq A. - Peeters J. - Plessers B. - Schoentjes E. - Snoeck P. - Van Hoof B. - Van Lysebetten C. - Van Speybroeck J. - Vanderstraeten G.

REPUBBLICA CECA: Papezova H.

ESTONIA: Haldre L.

FINLANDIA: Elorante S. - Haravuori H. - Kaltiala-Heino R. - Kaukonen P. - Marttunen M. - Ranta K. - Sourander A. - Tähtinen P. - Vormaa H.

FRANCIA: Alecian P. - Bisson V. - Bonnot O. - Chambry J. - Choquet M. - Cottin P. - Garcin V. - Khalil R. - Kovess-Masfety V. - Paupe G. - Pieter D. - Rufo M. - Shadili G. - Speranza M. - Stheneur C.

GERMANIA: Bauer S. - Brunner R. - Freitag C. - Hegerl U. - Heilbronner U. - Ravens-Sieberer U. - Schneider S. - Stracke T.

GRECIA: Kanellopoulos A. - Katideniou A. - Lazaratou H.

UNGHERIA: Balazs J. - Kapornai K. - Kiss E. - Vetro A.

IRLANDA: Arensman E.

ITALIA: Baldassare M. - Colafrancesco G. - Colaiaco F. - Conca A. - Corbetta F. - de Girolamo G. - Di Lorenzo M. - Maggioni A. - Malara P. - Montinari G. - Pandolfo M.C. - Pastore A. - Polito L. - Rampazzo L. - Saottini C. - Scala A. - Segalla P. - Suigo V. - Taccani S. - Tonelli M. - Vanni F. - Veronese G.

LETTONIA: Ancane G.

LITUANIA: Kuriene A. - Lesinskiene S. - Leskauskas D. - Petruyte J. - Puras D. - Sajevicene J. - Zinkeviciute J. - Ziobiene E.

PORTOGALLO: Caetano Gomes C. - Gusmao R. - Maia G. - Urbano N.

SLOVENIA: Kumperscak H.

SPAGNA: Bilbao A. - Blanco Presas M. - De la Rica J.A. - Gabilondo A. - García Sastre M. - Garcia-Cubillana de la Cruz P. - Gil Mañe G. - Gil Mañe J. - Gonzales-Pinto Arrillaga A.M. - Lopez S. - Lopez-Garcia P. - Penzol M. - Ruiz Sanz F. - Sanchez Gonzales A. - Soriano A. - Tio J.

SVEZIA: Björck C. - Carli V. - Forler K. - Hallerfors B. - Nystrom Agback M. - Odhammar F. - Owen G. - Söderström B. - Wasserman D.

SVIZZERA: Forestier A. - Michaud P.-A.

PAESI BASSI: Stiphout C. - Ooijen B.

REGNO UNITO: Anderson Y. - Badrick G. - Bond J. - Caan W. - Davis K.-L. - Dubicka B. - Edwards A. - Hodgekins J. - Homans H. - Kasinski K. - Lower R. - Maxwell M. - Murguia Asensio S. - Page S. - Page E. - Rinaldi M. - Sharp H. - Taggart H. - Twin Z. - Versey V. - Vowden R. - Walker L. - Wilson J. - Worrall A.

ADHD EUROPE: Bilbow A. - Clark S. - Norris J.

CPME: Beger B. - Das S. - Fjeldsted K.

EBC: Baker M. - Destrebecq F.

EPA: Salamon E. - Theiner J.

EPHA: Zenhausern N.

ESN: Halloran J. - Japing K. - Montero A.

EUFAMI: Fossion N. - Jones K.

EUN: Richardson J.

GAMIAN: Arteel P. - Montellano P. †

MHE: Lavis P.

MHF: McIntosh B.

UEMS: Hermans M.

WHO: Baltag V.

