



Finanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO DELLA SALUTE
QUINTA PIATTAFORMA NORMATIVA



Ministero dell'Università e della Ricerca



ProMIS
PROGRAMMA NAZIONALE
INTERNAZIONALE SALUTE



per ogni bambino

Linee guida per un approccio integrato per il benessere e la salute mentale degli adolescenti in Italia

Output 3.2 del progetto
Mettere la salute
mentale e il benessere
psicosociale degli
adolescenti al primo
posto

Parte del progetto
multinazionale Child &
Youth Wellbeing and
Mental Health First

REFORM/IM2023/025

Febbraio 2026

Ringraziamenti

Il presente documento, redatto da Paolina Marone, Daria Rostirolla, Ivan Mei e Maddalena Grechi, è stato elaborato grazie al contributo del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, di ProMIS, nonché alle consultazioni svolte con i membri dell'Advisory Board e si basa sul lavoro condotto in collaborazione con la Prof.ssa Oriana Ciani, la Prof.ssa Elisabetta Trincherò e la Prof.ssa Viviana Mangiaterra della BOCCONI – CER GAS School of Management.

Un ringraziamento speciale è rivolto a Francesco Bonatesta, Martina Tundo, Giulia Fusco e a tutti i ragazzi dello Youth Advisory Board, alla Community of Practice MHPSS di UNICEF, al dott. Alemanno di YOUNGLE, al dott. Ducci, al dott. Di Cesare, alla dott.ssa Quartieri del PIPSM ASL Roma 1, al dott. Giancarlo Santone del SAMIFO ASL Roma 1, alla dott.ssa Agnesone e al dott. Gullotta dell'ASL TORINO (Centro per la prevenzione del disagio giovanile), al dott. Guarnieri e al dott. Filippello dell'ASP di CATANIA (Giovani al centro), alla dott.ssa Meloni e alla dott.ssa Ibba della Regione Sardegna, alla dott.ssa Cappai, alla dott.ssa Paladino e alla dott.ssa Corvese della Regione Emilia-Romagna, alla dott.ssa Ricci e al dott. Ceccagnoli della Regione Umbria, alla dott.ssa Vigil, alla dott.ssa Melani e alla dott.ssa Arcangeli della Provincia autonoma di Bolzano, e infine alla dott.ssa Costantino di SINPIA per il loro prezioso contributo a questo lavoro.

Questo progetto è finanziato dall'Unione Europea ed è attuato dall'UNICEF, in collaborazione con la Commissione Europea, tramite lo Strumento di Supporto Tecnico.

Questo documento è stato prodotto da UNICEF con l'assistenza finanziaria dell'Unione Europea. Le opinioni espresse qui espresse non possono in alcun modo essere interpretate come riflettendo l'opinione ufficiale dell'Unione Europea.

Indice

Acronimi	5
Prefazione	6
Disclaimer	7
Costruire un sistema integrato per la salute mentale e il benessere psicosociale degli adolescenti in Italia	9
1. ACCESSO FACILITATO E PRIVO DI STIGMATIZZAZIONE	13
Raccomandazione 1.1: Accesso facilitato e presa in carico tempestiva	14
Raccomandazione 1.2: Prossimità - Presenza di punti accesso ai servizi nei luoghi di vita dei giovani	16
Raccomandazione 1.3: Semplificazione delle procedure amministrative e normative	17
Raccomandazione 1.4: Canali comunicativi e accesso digitale	18
Raccomandazione 1.5: Riduzione dello stigma e demedicalizzazione	20
2. IL COINVOLGIMENTO ATTIVO E CONSAPEVOLE DEI GIOVANI	22
Raccomandazione 2.1: Promuovere la partecipazione reale dei giovani in tutte le fasi di progettazione e fruizione dei servizi MHPSS	24
Raccomandazione 2.2: Sostenere la peer education come strumento strutturale di integrazione	26
Raccomandazione 2.3: Assicurare la formazione dei professionisti MHPSS su metodologie partecipative	27
3. IL COINVOLGIMENTO DELLE FAMIGLIE	28
Raccomandazione 3.1: Raggiungere le famiglie difficili da coinvolgere nei percorsi di supporto psicosociale e di cura	29
Raccomandazione 3.2: Sostenere gli interventi a supporto delle famiglie	30
Raccomandazione 3.3: Coinvolgimento attivo delle famiglie e/o caregiver nella co-progettazione	33
4. EQUITÀ COME PRINCIPIO PROGETTUALE	35
Raccomandazione 4.1: Garantire l'accesso ai servizi MHPSS per i gruppi vulnerabili attraverso outreach attivo e adattamento dei servizi	35
Raccomandazione 4.2: Strutturare la mediazione linguistico-culturale come servizio per adolescenti e loro famiglie e/o caregiver con background migratorio	37

5. CONTINUITÀ DELLE CURE NELLA TRANSIZIONE ALL'ETÀ ADULTA	39
Raccomandazione 5.1: Garantire la continuità della presa in carico nella transizione all'età adulta	39
Raccomandazione 5.2: Sviluppare flessibilità nelle risposte per la fascia di età di transizione	41
6. INTEGRAZIONE OLTRE LA CURA CLINICA	42
Raccomandazione 6.1: Costruire meccanismi strutturati di collaborazione intersettoriale	43
Raccomandazione 6.2: Sviluppare la formazione intersettoriale e i linguaggi comuni	44
Raccomandazione 6.3: Valorizzare le risorse di comunità e le reti territoriali come partner strategici	44
7. LA SCUOLA COME NODO STRATEGICO DEL SISTEMA	47
Raccomandazione 7.1: Integrare gli spazi di ascolto scolastici nella rete dei servizi MHPSS	48
Raccomandazione 7.2: Utilizzare il contesto scolastico come osservatorio privilegiato per l'identificazione precoce del disagio	49
8. PIATTAFORME INTEGRATE PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI	52
Raccomandazione 8.1: Favorire l'interoperabilità tra sistemi sanitari, sociali e educativi	52
9. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	54
Raccomandazione 9.1: Sistemi di monitoraggio e valutazione dei servizi	54
10. SOSTENIBILITÀ ATTRAVERSO L'ISTITUZIONALIZZAZIONE	56
Raccomandazione 10.1: Definire percorsi strutturati per la transizione da progetto a servizio	56
Raccomandazione 10.2: Garantire stabilità e prevedibilità delle risorse finanziarie	57
Conclusioni	58
Bibliografia	59
Annex (1) Metodologia dei workshop regionali	60
Annex (2) Sul contributo dello YAB: Metodologia del Workshop YAB	61

Acronimi

ADHD - Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*)

ASL - Azienda Sanitaria Locale

CRC - Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (*Convention on the Rights of the Child*)

CSM - Centro di Salute Mentale

CUP - Centro Unico di Prenotazione

DBT - Terapia Dialettico-Comportamentale (*Dialectical Behavior Therapy*)

DSM - Dipartimento di Salute Mentale

IASC - Inter Agency Standing Committee

LEPS - Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali

MBT - Terapia Basata sulla Mentalizzazione (*Mentalization-Based Treatment*)

MHPSS - Salute Mentale e Supporto Psicosociale (*Mental Health and Psychosocial Support*)

NPIA - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

PANGI - Piano di Azione Nazionale Garanzia Infanzia

PANSM - Piano di Azione Nazionale Salute Mentale

PCTO - Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento

PDTA - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PNES - Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali

PTOF - Piano Triennale dell'Offerta Formativa

PUA - Punto Unico di Accesso

SERD - Servizio per le Dipendenze Patologiche

SINPIA - Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

SISM - Sistema Informativo per la Salute Mentale

TERP - Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

TSI - Strumento di Supporto Tecnico (*Technical Support Instrument*)

UNICEF - Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (*United Nations Children's Fund*)

UONPIA - Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

UOS - Unità Operativa Semplice

USR - Ufficio Scolastico Regionale

YAB - Youth Advisory Board

Prefazione

La salute mentale in età evolutiva e in particolare degli adolescenti rappresenta oggi una priorità per i sistemi sanitari europei e richiede un approccio multidisciplinare. Il contesto italiano, con la sua particolare articolazione istituzionale (un servizio sanitario ancora a forte impronta universale, in uno scenario in cui l'inclusione scolastica e sociale sono elemento cruciale normativo e clinico; unico paese ad avere servizi multiprofessionali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza che mantengono integrati, in una prospettiva evolutiva, l'ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico da 0 a 18 anni, con modalità innovative che sono state anticipatorie della attuale concettualizzazione ampia dei disturbi del neurosviluppo) e allo stesso tempo forte variabilità territoriale, costituisce un osservatorio privilegiato per comprendere sia le fragilità strutturali sia le risposte che stanno emergendo a livello locale, regionale e nazionale.

Gli effetti combinati della pandemia di COVID19, l'aumento delle pressioni sociali e scolastiche e la persistenza di barriere sistemiche hanno contribuito a un incremento documentato di ansia, depressione, comportamenti autolesionistici e forme diffuse di disagio psicosociale tra adolescenti e giovani.

Per interpretare questi fenomeni è necessario considerare in modo unitario il sistema italiano di salute mentale e supporto psicosociale (MHPSS)¹, per identificare aspetti trasversali sui quali agire per il miglioramento, senza dimenticare poi le indispensabili specificità.

Storicamente, i servizi si sono sviluppati lungo due filoni paralleli — sanitario e sociale — caratterizzati da governance, strumenti e provider distinti nonostante la storica attenzione all'inclusione scolastica e sociale. Negli ultimi due decenni, tuttavia, l'Italia ha avviato un progressivo orientamento verso modelli più integrati, riconoscendo che la promozione del neurosviluppo, della salute mentale e del benessere psicosociale richiedono un approccio intersettoriale che coinvolga stabilmente i Consultori, le Case di Comunità, i Distretti, i Servizi di Psicologia, i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA), i Servizi per le Dipendenze Patologiche, i Servizi di Psichiatria, i Pediatri di Libera Scelta e ospedalieri, i Medici di Medicina Generale, i servizi sociali, il sistema educativo, il Terzo² e Quarto settore³.

¹ Nel presente documento, l'espressione "servizi MHPSS" (Mental Health and Psychosocial Support) indica l'insieme dei servizi che compongono il sistema italiano di promozione della salute mentale e del benessere psicosociale per adolescenti e loro famiglie e /o caregiver. In coerenza con il framework IASC, questi servizi operano a diversi livelli di intervento: istituzioni educative e scolastiche, Terzo e Quarto Settore, reti comunitarie e familiari, Servizi Sociali, e servizi sanitari dedicati (Consultori, Case di Comunità, Distretti, Servizi di Psicologia, Servizi di NPIA, Servizi per le Dipendenze Patologiche, Servizi di Psichiatria, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale).

² Il Terzo Settore comprende enti privati senza scopo di lucro che operano per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. Include organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, enti filantropici, imprese sociali (incluse le cooperative sociali), reti associative, società di mutuo soccorso, e altri enti non profit riconosciuti dal Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017). Nel contesto MHPSS il Terzo Settore svolge un ruolo fondamentale nell'erogazione di servizi di supporto psicosociale, attività di prossimità territoriale, peer education, mediazione culturale, supporto alle famiglie, e interventi di inclusione sociale per bambini e adolescenti.

³ Il Quarto Settore rappresenta un'area emergente che integra elementi del settore profit e non-profit, perseguendo contemporaneamente obiettivi di sostenibilità economica e impatto sociale. Include imprese sociali ibride, benefit corporations, cooperative di comunità e altre organizzazioni che operano con modelli innovativi di economia sociale. Nel contesto MHPSS il Quarto Settore contribuisce con soluzioni innovative e sostenibili per l'erogazione di servizi MHPSS, combinando efficienza gestionale e missione sociale, spesso attraverso partnership pubblico-privato e modelli di imprenditorialità sociale.

Nonostante questo avanzamento sul piano normativo e programmatico, permangono ostacoli significativi alla piena realizzazione di un modello integrato. La disomogeneità delle regolamentazioni regionali, la mancanza di meccanismi di coordinamento consolidati tra livelli di governo e la persistenza di pratiche settoriali limitano la continuità dei percorsi di cura e compromettono l'equità nell'accesso ai servizi MHPSS per gli adolescenti.

Il progetto "Mettere la salute mentale al primo posto", parte del progetto multicountry TSI "Child & Youth Wellbeing and Mental Health First", ha seguito un percorso progressivo e basato su evidenze, che ha permesso di comprendere in profondità le dinamiche dell'integrazione dei servizi MHPSS.

La prima fase ha previsto una revisione sistematica della letteratura internazionale, utile a identificare modelli efficaci di collaborazione tra sistemi sanitari e sociali e a definire un quadro teorico comune attraverso il Rainbow Model of Integrated Care. Su queste basi si è sviluppata un'analisi multiregionale, che ha combinato l'esame dei piani regionali di salute mentale, interviste con stakeholder chiave e colloqui con direttori distrettuali, mettendo in luce l'eterogeneità dei modelli organizzativi, le disparità territoriali e le sfide strutturali che ancora limitano la piena integrazione dei servizi che si rivolgono agli adolescenti.

Parallelamente, l'approfondimento di cinque casi di studio rappresentativi ha permesso di osservare da vicino pratiche innovative e approcci integrati già attivi sul territorio, arricchiti da workshop e confronti diretti con operatori sanitari, sociali, educatori e famiglie. La triangolazione di queste tre fonti di evidenza — internazionale, nazionale e locale — ha consentito di individuare pattern ricorrenti, fattori abilitanti e criticità trasversali, offrendo una visione chiara delle condizioni necessarie per rafforzare l'integrazione dei servizi MHPSS.

Le raccomandazioni che seguono mirano a tradurre l'apprendimento raccolto in orientamenti concreti rivolti ai decisori politici nazionali e regionali, alle autorità pubbliche e ai fornitori di servizi territoriali impegnati nel sostegno alla salute mentale e al benessere psicosociale degli adolescenti.

Infine, è importante sottolineare che le raccomandazioni contenute in questo documento non sono il prodotto di un esercizio teorico, ma emergono direttamente dal lavoro di consultazione precedentemente descritto. Per questa ragione, esse vanno considerate come necessariamente parziali e non esaustive: riflettono i temi prioritari emersi da questo specifico processo partecipato e non intendono coprire l'intero spettro delle possibili azioni per l'integrazione dei servizi MHPSS.

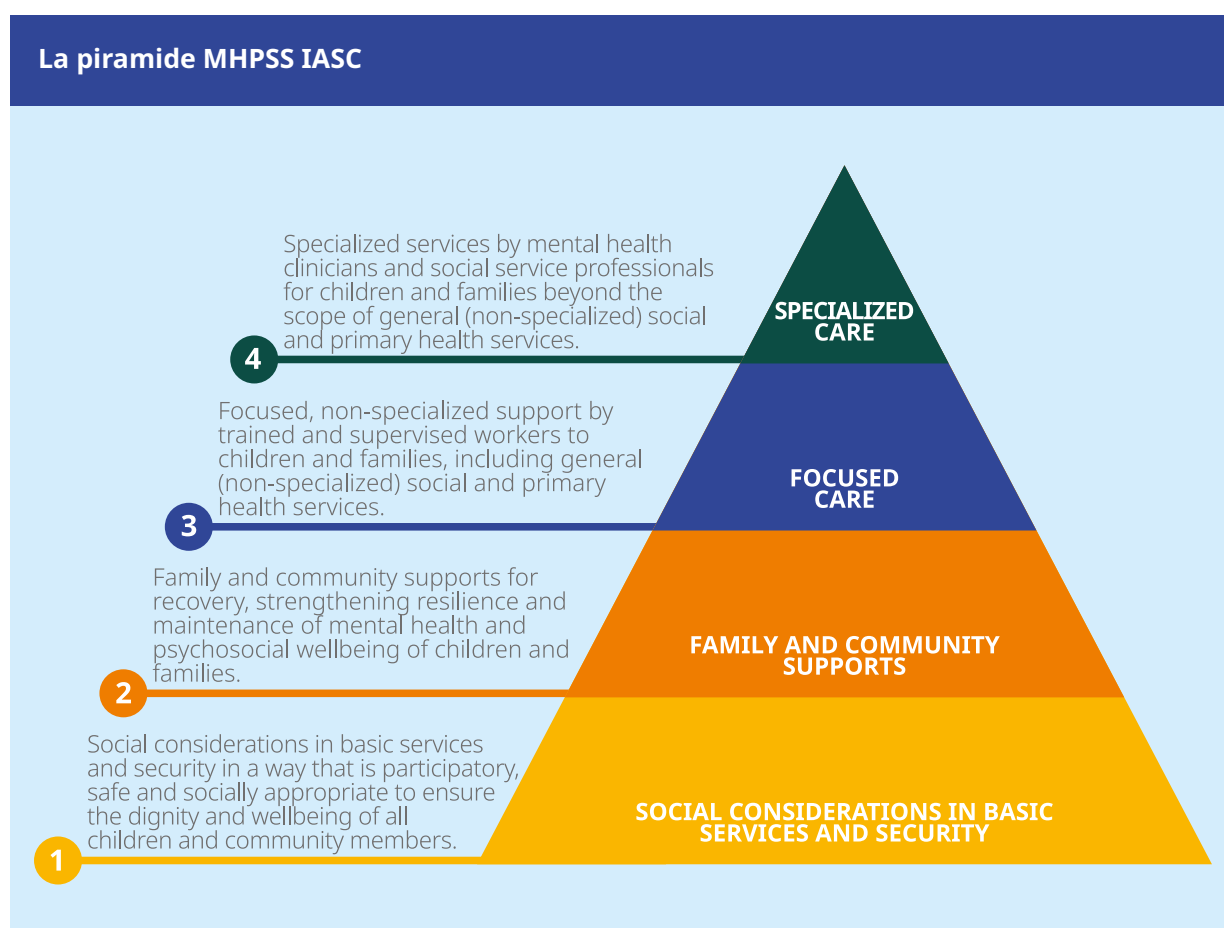
Disclaimer

L'approccio UNICEF alla salute mentale e al benessere psicosociale (MHPSS) adotta una prospettiva di life course, riconoscendo che lo sviluppo del bambino e dell'adolescente attraversa fasi interconnesse

— dal periodo perinatale alla prima infanzia, dall'infanzia media all'adolescenza — ciascuna con specifiche esigenze e fattori di rischio e protezione (cfr. *Global Multisectoral Operational Framework for MHPSS of Children, Adolescents and Caregivers Across Settings*, UNICEF 2022).

Il presente documento si concentra sulla fascia 10-19 anni, coerentemente con il mandato del progetto TSI "Child & Youth Wellbeing and Mental Health First" e con le fasi di ricerca e consultazione realizzate. Questa delimitazione operativa rappresenta un limite metodologico consapevole: le pratiche analizzate, i workshop territoriali e le raccomandazioni che seguono riguardano specificamente l'adolescenza.

È scientificamente dimostrato che la salute mentale in adolescenza dipende in larga misura da quanto è stato attuato nelle età della vita precedenti. Questa prospettiva trova riscontro nei workshop di validazione condotti nelle diverse regioni italiane, dai quali è emerso come i servizi territoriali stiano già strutturando percorsi di prevenzione, promozione e presa in carico secondo una logica di continuità evolutiva, riconoscendo che gli interventi in adolescenza sono tanto più efficaci quanto più si innestano su azioni precoci e coordinate lungo l'intero arco dell'età evolutiva.



In coerenza con il framework IASC, le raccomandazioni si articolano trasversalmente ai diversi livelli della piramide degli interventi, dalla promozione del benessere nella comunità fino ai servizi specialistici

— tra cui i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA). Per le stesse ragioni metodologiche sopra esposte, il documento privilegia le dimensioni trasversali e intersettoriali del sistema MHPSS e non entra nel merito di ambiti clinici specifici, quali il neurosviluppo⁴ e i relativi disturbi, per i quali si rimanda alla letteratura e alle linee guida di settore (cfr. SINPIA, 2019).

Costruire un sistema integrato per la salute mentale e il benessere psicosociale degli adolescenti in Italia

Le evidenze raccolte attraverso i casi di studio mostrano con chiarezza che un sistema di supporto alla salute mentale e al benessere psicosociale degli adolescenti, siano essi servizi pubblici o partenariati pubblico-privati, deve partire da un accesso semplice, non stigmatizzante e culturalmente sensibile, capace di intercettare precocemente il disagio e di offrire spazi sicuri in cui chiedere aiuto, dai quali poter essere rapidamente riorientati verso livelli di cura a maggiore intensità, ove necessario. Allo stesso tempo, emerge con forza la necessità di riconoscere i giovani non solo come destinatari, ma come protagonisti attivi nella progettazione e nella realizzazione degli interventi. La partecipazione autentica, insieme al coinvolgimento strutturato di famiglie e caregiver, rappresenta un fattore determinante per rafforzare la fiducia, migliorare l'aderenza ai percorsi e garantire continuità assistenziale lungo tutto il ciclo di sviluppo.

Le esperienze analizzate evidenziano inoltre che l'equità non può essere considerata un risultato spontaneo: richiede strategie intenzionali, capaci di raggiungere i gruppi più vulnerabili e di integrare i determinanti sociali del benessere — dall'istruzione allo sport, dall'alloggio al supporto legale. In questo quadro, le scuole si confermano nodi strategici fondamentali per l'identificazione precoce, la prevenzione e la continuità educativa. Parallelamente, l'innovazione digitale offre nuove opportunità di accesso e coinvolgimento, ma richiede garanzie etiche, protocolli di sicurezza e una governance capace di integrarla nei sistemi formali.

Le pratiche più promettenti si fondano su collaborazioni intersettoriali formalizzate, su piattaforme informative interoperabili e su meccanismi di coordinamento che superano la frammentazione tra settori, servizi e livelli istituzionali. Tuttavia, persistono disuguaglianze territoriali significative, che richiedono investimenti mirati in capacity building e politiche di riequilibrio.

⁴ Con il termine neurosviluppo, si descrive il complesso percorso attraverso il quale il sistema nervoso centrale e le funzioni adattive (sensoriali, motorie, cognitive, comunicative, emotivo-relazionali e sociali) maturano dal concepimento, nei primi 1000 giorni e poi fino alla giovane età adulta, in un intreccio continuo tra fattori di rischio e protettivi di natura genetica, epigenetica, neurobiologica ed ambientali. Se il processo di neurosviluppo viene alterato, si parla di disturbi del neurosviluppo, termine a ombrello che racchiude i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, alcuni evidenti fin dai primi anni di vita come i disturbi dello spettro autistico, del linguaggio e dell'apprendimento, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, la disabilità intellettiva, i disturbi della condotta, le malattie neurologiche come le paralisi cerebrali infantili e l'epilessia, altri più tardivamente, in adolescenza, con disturbi psichiatrici come i disturbi della condotta alimentare, la schizofrenia e i disturbi dell'umore. La salvaguardia e il supporto del neurosviluppo risulta inoltre cruciale nel determinare una buona salute mentale.

Infine, tutte le esperienze convergono su un punto cruciale: senza processi di istituzionalizzazione, finanziamenti stabili e sistemi di monitoraggio e valutazione robusti, anche i modelli più innovativi rischiano di rimanere iniziative isolate. La sostenibilità a lungo termine dipende dalla capacità delle istituzioni di integrare questi interventi nei propri mandati, nelle proprie strutture e nei propri bilanci. Le raccomandazioni che seguono derivano da questa lettura integrata e rappresentano un'elaborazione sistematica delle evidenze raccolte attraverso la revisione della letteratura, le analisi regionali, i casi di studio e il processo di consultazione multi-stakeholder. Esse mirano a offrire orientamenti concreti per il rafforzamento, la scalabilità e la sostenibilità dei servizi di salute mentale e supporto psicosociale (MHPSS) per gli adolescenti in Italia e sono articolate in 10 aree tematiche. Per la metodologia del processo di consultazione si rimanda all'Annex I. Le raccomandazioni sono organizzate secondo un principio di gradualità coerente con l'approccio MHPSS, che prevede interventi calibrati al contesto, proporzionati alle risorse disponibili, scalabili secondo una logica di stepped care e fondati su una comprensione dei bisogni e delle realtà locali.

Per ciascuna area tematica, le azioni proposte variano per intensità e complessità: alcune sono implementabili in tempi brevi e con risorse contenute, altre richiedono condizioni organizzative, relazionali e finanziarie più strutturate.

Indipendentemente dal livello di complessità, tutte le raccomandazioni presuppongono una fase pre-liminare di analisi del contesto locale. Prima di attivare qualsiasi tipo di intervento, i territori sono chiamati a verificare un insieme di requisiti minimi trasversali:

- **Mappare le risorse esistenti:** censire servizi, competenze professionali, esperienze attive, collaborazioni già in essere, per evitare duplicazioni e valorizzare quanto già funziona.
- **Rilevare i bisogni specifici della popolazione target:** attraverso strumenti validati, consultazioni dirette con adolescenti, famiglie e operatori, analisi dei dati disponibili.
- **Identificare le barriere all'accesso e le criticità organizzative:** comprendere cosa ostacola l'integrazione e l'efficacia dei servizi nel contesto specifico.
- **Verificare le condizioni abilitanti:** disponibilità di dati e flussi informativi, esistenza di tavoli di coordinamento, accordi inter-istituzionali, validazioni normative necessarie, risorse umane e finanziarie.

La valutazione dei bisogni consente inoltre di identificare il punto di ingresso più adeguato per ciascun territorio: contesti con sistemi già maturi potranno orientarsi verso azioni di maggiore complessità; contesti in fase di costruzione dovranno innanzitutto consolidare le condizioni di base prima di procedere. Le raccomandazioni, pertanto, non costituiscono una sequenza rigida da implementare in modo uniforme, ma un repertorio di azioni tra cui selezionare quelle più coerenti con il livello di maturità del sistema locale, le priorità emerse dalla valutazione dei bisogni e le risorse disponibili.

La prospettiva dello Youth Advisory Board (YAB)⁵

Parallelamente al processo di consultazione con operatori e stakeholder del sistema MHPSS italiano condotto nelle diverse regioni, lo YAB ha lavorato per elaborare il proprio contributo specifico alle raccomandazioni del programma. Per la nota metodologica rispetto al coinvolgimento dello YAB per lo sviluppo delle raccomandazioni si veda l'**Annex II**; per le raccomandazioni complete si veda l'**Output 4.1**.

Supervisione, pratica riflessiva e benessere degli operatori: dimensioni trasversali

La supervisione professionale e il benessere degli operatori costituiscono prerequisiti organizzativi trasversali, indispensabili per garantire qualità, continuità e sicurezza negli interventi MHPSS, indipendentemente dall'area tematica affrontata. La supervisione e la pratica riflessiva rappresentano strumenti chiave di integrazione professionale: spazi strutturati di confronto – riunioni d'équipe protette, supervisione con facilitatori esterni qualificati, discussione interservizi dei casi complessi – permettono agli operatori di elaborare le situazioni più impegnative, sviluppare linguaggi comuni e costruire approcci condivisi alla presa in carico. In contesti segnati da frammentazione e turnover, questi dispositivi diventano essenziali per preservare e trasmettere il sapere clinico e organizzativo accumulato.

Parallelamente, il benessere degli operatori riguarda le condizioni strutturali e organizzative del lavoro. L'intervento con adolescenti in situazioni di disagio psicosociale o con disturbi neuropsichici, abuso di sostanze o dipendenze patologiche e altri disturbi complessi espone a stress emotivo, rischio di burnout e trauma vicario, richiedendo politiche di prevenzione a livello di sistema: monitoraggio periodico dei livelli di stress, programmi di supporto psicologico, gestione sostenibile dei carichi di lavoro e stabilizzazione contrattuale per ridurre precarietà e turnover. Tali interventi vanno calibrati in base al livello di complessità dei casi trattati e alla tipologia di servizio. Si tratta di scelte strategiche che richiedono investimenti dedicati e un chiaro impegno delle direzioni sanitarie, affinché la cura degli operatori diventi parte integrante della qualità complessiva dei servizi.

Garantire sicurezza e privacy nella gestione dei dati

La protezione delle informazioni sensibili è un prerequisito etico e normativo, ma un'interpretazione eccessivamente restrittiva della privacy rischia di ostacolare la condivisione tra servizi e l'efficacia della

⁵ Lo YAB è l'organismo di partecipazione giovanile dell'iniziativa europea Garanzia Infanzia, istituito nel dicembre 2021 dall'UNICEF in collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con il supporto dell'Istituto degli Innocenti. Lo YAB raccoglie le voci di bambine, bambini e adolescenti e partecipa all'attuazione, al monitoraggio e alla valutazione del Piano di Azione Nazionale Garanzia Infanzia (PANGI), volto a contrastare la povertà minorile e l'esclusione sociale. Per ulteriori informazioni sulle attività dello YAB si veda: <https://www.instagram.com/yabitalia/>

presa in carico integrata. Questa tensione emerge sia nell'integrazione di strumenti digitali nei servizi MHPSS (telemedicina, consulenza online, canali social), sia nella condivisione delle informazioni tra servizi sanitari, sociali ed educativi.

Equità territoriale e apprendimento inter-regionale

Il processo di consultazione ha evidenziato significative disparità nell'offerta delle diverse tipologie di servizi MHPSS tra territori, sia a livello intra-regionale (differenze tra distretti e zone della stessa regione, divario aree urbane/rurali, centri/periferie) sia tra regioni diverse. Queste disuguaglianze si manifestano nella variabilità dell'offerta, nella presenza di aree scoperte o con gap significativi di servizi, e nella difficoltà di garantire standard omogenei di presa in carico.

Gli attori coinvolti nell'attuazione delle raccomandazioni contenute in questo documento sono incoraggiati a:

- considerare l'**equità territoriale come criterio trasversale** nella programmazione e nell'allocatione delle risorse, privilegiando le aree svantaggiate e monitorando periodicamente le disuguaglianze intra-regionali con obiettivi espliciti di riduzione progressiva;
- definire **standard regionali minimi** garantiti in tutti i distretti, indipendentemente dalla collocazione geografica, per assicurare livelli essenziali di assistenza omogenei.

A livello nazionale, la riduzione delle disparità tra regioni richiede la costruzione di **spazi stabili di confronto tecnico** per la condivisione di buone pratiche e l'analisi della loro trasferibilità, l'attivazione di **percorsi formativi inter-regionali** su temi prioritari, e lo sviluppo di sistemi di monitoraggio condivisi e allo stesso tempo specifici per le diverse tipologie di bisogni/servizi, che consentano il confronto e l'apprendimento reciproco. Tali azioni, pur esulando dall'ambito di intervento delle singole regioni, rappresentano condizioni abilitanti per promuovere standard comuni e ridurre le disparità sistemiche.

1

ACCESSO FACILITATO E PRIVO DI STIGMATIZZAZIONE

L'accesso ai servizi MHPSS deve configurarsi come un percorso privo di barriere strutturali, culturali e psicologiche, garantendo molteplici punti di ingresso che rispettino l'autonomia decisionale degli adolescenti. Questo implica non solo la creazione di spazi sicuri e non giudicanti, ma anche l'integrazione con altri servizi a bassa soglia già presenti sul territorio (es. centri giovanili, sportelli informativi, servizi sociali, piattaforme digitali). Tale integrazione consente di intercettare precocemente i bisogni, offrendo opportunità di supporto in contesti familiari e accessibili, riducendo il rischio di esclusione.

Le raccomandazioni mirano a garantire percorsi rapidi e inclusivi, portando i servizi di primo contatto nei luoghi di vita dei giovani e semplificando procedure e norme che ostacolano l'accesso. La comunicazione deve avvenire attraverso canali e linguaggi familiari agli adolescenti. È inoltre prioritario ridurre lo stigma legato alla salute mentale e al benessere psicosociale, in tutte le sue forme. Il sistema deve facilitare il passaggio tra servizi — sia verso una maggiore sia verso una minore intensità di cura — e supportare la risocializzazione precoce.

In sintesi, l'obiettivo è costruire un sistema accessibile e flessibile, capace di intercettare precocemente il disagio, indirizzare le situazioni a rischio verso i servizi specialistici più appropriati, prevenire l'esclusione e favorire la fiducia dei giovani.

Le raccomandazioni si inseriscono pienamente nel quadro delle priorità delineate dai principali piani nazionali. Il **Piano Nazionale Salute Mentale 2025–2030** richiama la necessità di percorsi tempestivi e inclusivi, la presa in carico integrata e misure di contrasto allo stigma (capitolo 5), promuovendo al contempo l'uso di telemedicina e strumenti digitali per ridurre le barriere. In modo complementare (capitolo 1), il **Piano Nazionale Garanzia Infanzia** enfatizza interventi a bassa soglia, non discriminatori e facilmente accessibili (asse 2), rafforzando consultori (1.2 azione 2), sportelli dedicati e azioni di outreach (1.2 azione 10, 1.4 azione 6). Il **6° Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza (2025–2027)**, infine, promuove il benessere psicologico attraverso il collegamento tra il servizio di psicologia scolastica (azione 6 e 7) e i consultori familiari, alleanze educative territoriali (azione 8), formazione degli insegnanti, campagne di prevenzione (azione 13) e protocolli condivisi. In questo contesto, le raccomandazioni del Tema 1 — prossimità, semplificazione, comunicazione efficace e riduzione dello stigma — contribuiscono a rendere operativi gli impegni assunti a livello nazionale, sostenendo la costruzione di un sistema di accesso realmente facilitato, inclusivo e capace di intercettare precocemente il disagio degli adolescenti e/o gli eventuali disturbi presenti.

La prospettiva dello YAB sull'accesso ai servizi

I giovani dello YAB hanno evidenziato come l'accesso ai servizi MHPSS sia ostacolato da molteplici barriere che si intersecano: economiche, burocratiche, informative, relazionali e legate allo stigma. Queste barriere non sono solo strutturali ma spesso derivano dalla mancanza di comprensione da parte degli adulti di riferimento e dalla comunicazione inadeguata delle istituzioni

Raccomandazione 1.1

Accesso facilitato e presa in carico tempestiva

Un accesso effettivo alle diverse tipologie di servizi di salute mentale per gli adolescenti richiede la rimozione di ostacoli strutturali, culturali e psicologici, attraverso percorsi rapidi, inclusivi e rispettosi della loro autonomia, così da favorire l'emersione precoce del disagio, la diagnosi tempestiva di eventuali disturbi e ridurre il rischio di cronicizzazione. Tempi di risposta tempestivi risultano particolarmente cruciali per i minori più vulnerabili, poiché ritardi prolungati aumentano in modo significativo la probabilità di perdere il contatto.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario attivare slot ad accesso libero per i servizi di primo livello, fissare tempi massimi per il primo contatto (entro 8-10 giorni), creare punti di accesso integrati con funzione di filtro e capacità di rapido orientamento verso le tipologie di servizi necessarie, sviluppare sistemi di triage territoriale per i servizi specialistici e sperimentare canali digitali.

Action point operativi	Garantire accesso rapido e appropriato	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Attivazione di slot ad accesso libero senza appuntamento	<ul style="list-style-type: none"> N° slot settimanali ad accesso libero attivati 	Distretti Sanitari, Consultori familiari
Definizione di tempi massimi garantiti per la prima visita (target: entro 8-10 giorni dalla richiesta)	<ul style="list-style-type: none"> % prime visite entro 10 giorni Tempo medio attesa prima visita 	Distretti Sanitari, Consultori, servizi psicologici
Attivazione di Punti Unici di Accesso (PUA) integrati con funzione di filtro (accoglienza, valutazione iniziale, invio appropriato), anche attraverso CUP dedicato ai disturbi neuropsichici dell'età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> N° punti accesso integrati % casi orientati correttamente al primo invio N° contatti gestiti N° casi gestiti/anno 	Distretti Sanitari, Consultori, Zone sociali, ASL, CUP regionale, servizi di NPPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Attivazione di servizi telefonici h24 con protocolli di risposta rapida (48-72h) in grado di riorientare tempestivamente situazioni urgenti quali acuzie psicologiche o psichiatriche, situazioni di pregiudizio e tutela	<ul style="list-style-type: none"> N° chiamate gestite/mese Tempo medio risposta N° interventi rapidi attivati 	ASL, consultorio, servizi di psicologia, servizi di NPPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria, servizi sociali, Tribunale Minori
Attivazione di criteri trasparenti e condivisi di triage territoriale per l'accesso ai servizi specialistici	<ul style="list-style-type: none"> N servizi specialistici con triage territoriale N interventi rapidi attivati 	Servizi di NPPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

Raccomandazione YAB 1.1: Incrementare i servizi garantendo percorsi gratuiti e accessibili

È necessario ampliare l'offerta di servizi di assistenza psicologica accessibili economicamente, con particolare attenzione ai minorenni e alle persone prive di reddito autonomo. L'incremento quantitativo dei servizi deve accompagnarsi ad una maggiore flessibilità negli orari di apertura, prevedendo fasce orarie compatibili con gli impegni scolastici.

Raccomandazione 1.2

Prossimità - Presenza di punti accesso ai servizi nei luoghi di vita dei giovani

La raccomandazione 1.2 punta a portare i servizi di primo contatto e a bassa soglia nei contesti quotidiani degli adolescenti, superando i setting tradizionali e avvicinando l'offerta ai luoghi di vita. Questo approccio riguarda specificamente i servizi di prossimità — sportelli di ascolto, presidi consultoriali, operatori educativi — e non i servizi specialistici, ai quali i giovani vengono orientati quando necessario. Si propone di attivare presidi di prossimità in scuole, centri giovanili, spazi sportivi, aree rurali e contesti informali, garantendo la presenza di operatori e sportelli in ambienti poco medicalizzati. Sul piano operativo, si prevede l'estensione del programma "Consultorio incontra le scuole", la creazione di spazi di ascolto informali, attività di outreach nei parchi e nei territori, e collaborazioni con il Terzo Settore e realtà locali. Questo approccio favorisce accessibilità, riduce le barriere e intercetta precocemente il disagio e i disturbi, in coerenza con il principio di andare dove sono i giovani e facilitando poi il passaggio verso eventuali altri servizi a maggiore intensità se questo fosse necessario.

Action point operativo	Intensificare la presenza di punti accesso ai servizi nei luoghi di vita dei giovani	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Presidio operatori in luoghi di vita e spazi aggregativi	<ul style="list-style-type: none">N° spazi di ascolto informali attivati per zona sociale	Consultori, Zone sociali
Collocare i servizi di primo accesso in luoghi poco medicalizzati del territorio (es. Case della Salute, Case della Comunità)	<ul style="list-style-type: none">Feedback qualitativo utenti su accessibilità	ASL, Comuni
Estensione programma "Consultorio incontra le scuole" a tutti gli istituti secondari	<ul style="list-style-type: none">% istituti secondari II grado coinvolti	Consultori familiari, Dirigenti scolastici, USR
Prevedere prossimità territoriale degli operatori (es. educatori o TERP che incontrano i ragazzi al parco, nelle scuole, a domicilio)	<ul style="list-style-type: none">N° ore/settimana di attività in contesti non ambulatoriali per operatore.	Distretti sanitari
Attivazione collaborazioni con volontariato, carcere minorile, associazioni altri contesti non scolastici	<ul style="list-style-type: none">N° giovani intercettati/mese tramite spazi di ascolto informali;% invii appropriati ai servizi strutturati	Consultori, Terzo settore

Raccomandazione 1.3

Semplificazione delle procedure amministrative e normative

Anche quando i servizi sono presenti nei luoghi di vita dei giovani, barriere come il consenso genitoriale, la modulistica e l'incertezza legale per gli operatori possono impedire un primo contatto tempestivo. Si suggerisce di attivare punti di accesso anonimo, ridurre la modulistica, elaborare linee guida regionali sul consenso e formare gli operatori per garantire sicurezza giuridica. Queste misure sono essenziali per rendere effettivo il principio di prossimità e favorire un accesso realmente inclusivo e a bassa soglia.

Action point operativo	Sperimentare soluzioni di semplificazione	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Attivazione di punti di accesso anonimi per primo contatto	<ul style="list-style-type: none"> N° servizi con accesso anonimo attivo 	ASL, Consulteri
Sperimentazione modalità semplificate per il consenso in contesto scolastico (es. spunta registro elettronico all'iscrizione)	<ul style="list-style-type: none"> N° scuole aderenti N° consensi raccolti % incremento accessi 	Scuole, Ordine Psicologi, USR
Elaborazione linee guida regionali su accesso minori e gestione consenso per i servizi a bassa soglia	<ul style="list-style-type: none"> Documento approvato Diffusione ai servizi 	Regione, Ordine Psicologi, Garante Infanzia
Formazione degli operatori dei servizi a bassa soglia sul quadro normativo vigente e sulle tutele legali già disponibili per la gestione dell'accesso dei minori	<ul style="list-style-type: none"> N° operatori formati Ore formazione Riduzione percezione rischio 	ASL, Ordine Psicologi
Formazione degli operatori dei servizi specialistici sulle modalità di gestione del consenso nei minorenni e dei trattamenti senza consenso	<ul style="list-style-type: none"> N° operatori formati Ore formazione 	ASL, servizi di NPJA, Servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

Raccomandazione 1.4

Canali comunicativi e accesso digitale

La raccomandazione 1.4 sottolinea l'importanza di rendere visibili e accessibili le diverse tipologie di servizi di salute mentale agli adolescenti attraverso i canali e il linguaggio che utilizzano quotidianamente. Non basta essere presenti sul territorio: occorre farsi trovare e comunicare in modo efficace. Sul piano della comunicazione e primo contatto, si suggerisce di attivare canali digitali dedicati (social media, chat), co-progettare materiali con i giovani, coinvolgere peer educators e sperimentare servizi di supporto via messaggistica istantanea e colloqui online. Queste azioni favoriscono prossimità comunicativa, riducono la distanza percepita e rafforzano l'accesso, sia a bassa soglia che specialistico.

Sul piano dell'erogazione dei servizi, si raccomanda di attivare modalità di primo contatto via messaggistica istantanea tramite piattaforme conformi alla normativa sulla protezione dei dati personali gestite da operatori qualificati, implementare servizi di videoconsulto psicologico con slot dedicati ai giovani e fasce orarie flessibili, e strutturare percorsi di accompagnamento progressivo dal primo contatto online verso la presa in carico in presenza. L'obiettivo è utilizzare il digitale come porta d'ingresso a bassa soglia che faciliti l'aggancio e riduca i tempi di attesa per il primo contatto.

Action point operativo	Attivare modalità di accesso e primo contatto digitale	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Attivazione di servizi di primo contatto e ascolto via messaggistica istantanea (tramite piattaforme conformi alla normativa sulla protezione dei dati personali) gestiti da operatori qualificati	<ul style="list-style-type: none"> N° servizi di ascolto via messaggistica attivi N° contatti gestiti/mese 	Consultori, Spazi Giovani, servizi psicologici
Attivazione della possibilità di contatto e prenotazione via messaggistica istantanea per tutti i servizi MHPSS, inclusi i servizi specialistici	<ul style="list-style-type: none"> N° servizi con prenotazione via messaggistica attiva % servizi MHPSS con canale digitale di contatto attivo 	Consultori, Spazi Giovani, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Attivazione servizi di videoconsulto con slot dedicati ai giovani (fasce orarie flessibili, anche serali)	<ul style="list-style-type: none"> N° slot videoconsulto attivati/settimana N° consulti erogati/mese 	Consultori, Spazi Giovani, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

Implementazione di servizi di peer support online sul modello Youngle (supporto tra pari con supervisione di adulti formati)	<ul style="list-style-type: none"> • N° servizi peer support online attivi; • N° peer coinvolti; • N° contatti gestiti 	ASL, Terzo settore, Associazioni giovanili
Percorso strutturato di accompagnamento progressivo verso la presa in carico in presenza nel servizio più appropriato	<ul style="list-style-type: none"> • % contatti online evoluti in presenza; • Tempo medio passaggio online>presenza 	Consultori, Spazi giovani, terzo settore, associazioni giovanili, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Co-progettazione materiali comunicativi su disagio, disturbi del neurosviluppo, disturbi psichiatrici, dipendenze patologiche e sui diversi possibili servizi con gruppi di giovani (naming, grafica, contenuti)	<ul style="list-style-type: none"> • N° giovani coinvolti nella co-progettazione 	Consultori, Consulta giovani, Associazioni giovanili, terzo settore, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Attivazione canali social dedicati al benessere (es. Instagram), al disagio, disturbi del neurosviluppo, disturbi psichiatrici, dipendenze patologiche con rimando ai servizi territoriali e contatti diretti, co-progettati con i giovani	<ul style="list-style-type: none"> • N° canali attivati; • N° follower/interazioni; • N° contatti generati verso servizi 	Consultori, Università (es. Design), Associazioni giovanili, terzo settore, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Coinvolgimento peer educators come veicolo di conoscenza delle possibili difficoltà e dei relativi servizi	<ul style="list-style-type: none"> • Reach/engagement canali social 	Scuole, Associazioni giovanili

Raccomandazione YAB 1.2: Realizzare campagne di comunicazione sui canali social rivolte ai giovani

La comunicazione istituzionale sui servizi MHPSS deve essere ripensata radicalmente per raggiungere efficacemente il target giovanile. Le campagne devono utilizzare i canali effettivamente frequentati dai giovani (Instagram, TikTok), con contenuti adatti che tengano conto della soglia di attenzione del target. Per garantire l'efficacia comunicativa, chi può comunicare in modo adeguato con questa fascia d'età deve essere necessariamente una persona giovane (es. content creator).

Raccomandazione 1.5

Riduzione dello stigma e demedicalizzazione

Anche con servizi accessibili e ben comunicati, lo stigma può impedire l'accesso e favorire una medicalizzazione inappropriata o al contrario rallentare l'accesso a cure indispensabili. Nel caso dei servizi di primo accesso e a bassa soglia, si suggerisce di rivedere la nomenclatura dei servizi, collocarli in spazi non medicalizzati, coinvolgere giovani con esperienza vissuta in attività di sensibilizzazione, formare operatori per ridurre pregiudizi impliciti e attivare percorsi di risposta non sanitaria per i casi lievi. Queste azioni contribuiscono a creare un contesto accogliente, ridurre barriere culturali e promuovere un approccio centrato sulla persona.

Action point operativo	Implementare strategie di riduzione delle diverse forme di stigma e demedicalizzazione	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Revisione nomenclatura servizi a bassa soglia e figure professionali	<ul style="list-style-type: none"> N° denominazioni riviste Feedback utenti su accessibilità 	Regione, ASL, Comuni
Collocazione dei servizi di primo accesso in contesti percepiti come non esclusivamente sanitari e facilmente accessibili (spazi polifunzionali, sedi condivise con servizi sociali e attività comunitarie)	<ul style="list-style-type: none"> Feedback utenti su accessibilità 	Regione, ASL, Comuni
Coinvolgimento giovani con esperienza vissuta (Utenti Esperti) in sensibilizzazione e formazione	<ul style="list-style-type: none"> N° testimonial coinvolti N° interventi 	Distretti, Associazioni utenti, Scuole, Servizi specialistici
Portare i ragazzi fisicamente all'interno dei servizi per familiarizzarli con gli spazi con modalità differenziate (es. visite guidate, incontri informativi nelle sedi, PCTO)	<ul style="list-style-type: none"> N° incontri di familiarizzazione realizzati/anno 	Consultori, Spazi Giovani, Scuole, Servizi Specialistici
Formazione operatori sanitari su riduzione stigma endogeno e pregiudizi impliciti	<ul style="list-style-type: none"> N° operatori formati N° ore formazione 	Distretti, Enti formazione, Università

<p>Interventi per la riduzione dello stigma e l'incremento della capacità di accoglienza delle diverse forme di difficoltà in ambito scolastico (es. progetti come "I support my friend"), inclusa la formazione degli insegnanti sul riconoscimento dei segnali di disagio e delle diverse tipologie di bisogno degli studenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N° interventi realizzati • N° insegnanti formati • N° studenti raggiunti 	<p>Scuole, Consultori, USR, ASL</p>
---	--	-------------------------------------

Raccomandazione YAB 1.3: Educare gli adulti, i genitori/caregiver all'ascolto

È necessario promuovere percorsi di sensibilizzazione rivolti ai genitori e ai caregiver sull'importanza dell'ascolto e sul riconoscimento del disagio. Il ruolo dei genitori e caregiver è cruciale per l'accesso dei minori ai servizi.

2

IL COINVOLGIMENTO ATTIVO E CONSAPEVOLE DEI GIOVANI

Il coinvolgimento significativo degli adolescenti nella progettazione e implementazione dei servizi MHPSS rappresenta un imperativo etico e operativo. Questo approccio trasforma i giovani da beneficiari passivi a co-creatori attivi, valorizzando la loro expertise esperienziale nella definizione di servizi culturalmente appropriati e responsivi ai bisogni della popolazione target. Si tratta di promuovere la partecipazione autentica in tutte le fasi, integrare la peer education come strumento strutturale e formare i professionisti sulle metodologie partecipative. In sintesi, l'obiettivo è costruire un sistema che riconosca il ruolo dei giovani come interlocutori competenti, favorisca la co-creazione dei servizi e garantisca processi decisionali inclusivi e trasparenti.

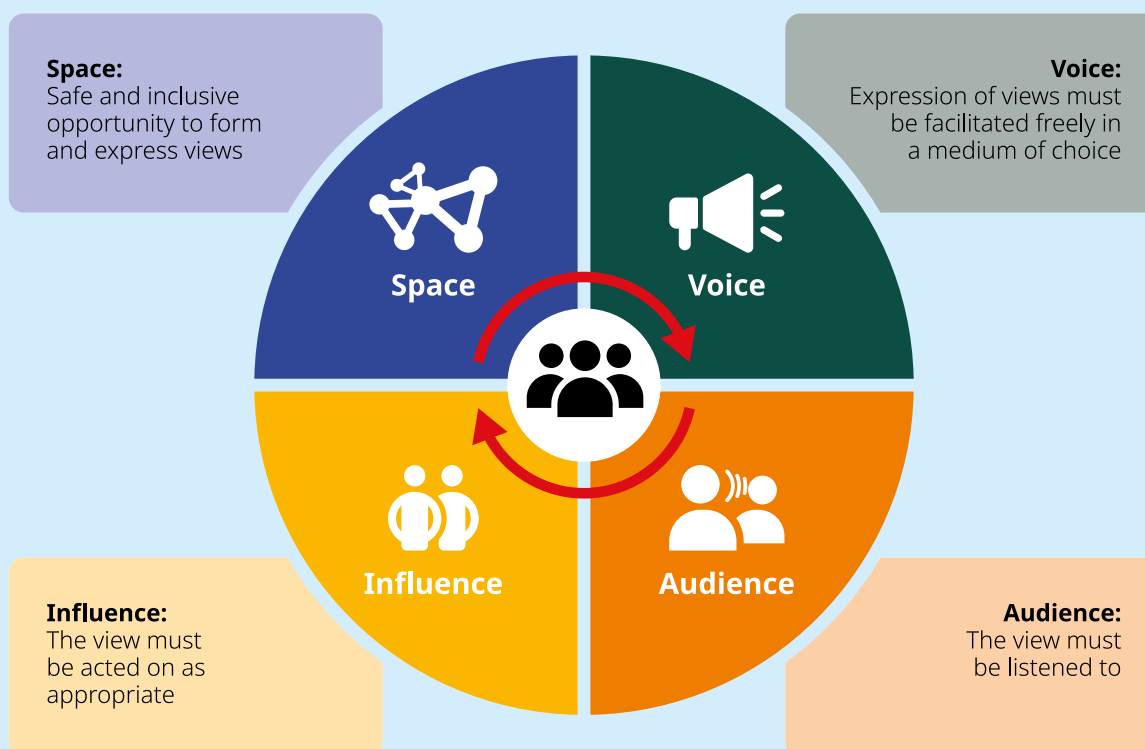
Le raccomandazioni del Tema 2 si collocano in piena continuità con gli orientamenti dei principali piani nazionali che promuovono la partecipazione attiva di bambini, adolescenti e giovani nella definizione delle politiche e dei servizi che li riguardano. Il **Piano Nazionale Salute Mentale 2025–2030** richiama esplicitamente l'importanza del coinvolgimento degli utenti e delle comunità attraverso strumenti di ascolto, consultazione e coprogettazione (capitolo 6), mentre il **Piano Nazionale Garanzia Infanzia** valorizza il protagonismo dei minori e la loro inclusione nei processi decisionali (1.4 azione 1), promuovendo la peer education e la creazione di spazi dedicati alla partecipazione. In modo complementare, il 6° Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza (2025–2027) incoraggia la presenza strutturata di bambini e adolescenti nei tavoli tematici, nelle consulte e nelle iniziative di ascolto territoriale (azione 8). A questi si affiancano ulteriori strumenti di policy che rafforzano la centralità della voce dei giovani: il Piano Nazionale della Prevenzione 2020–2025, che sostiene l'empowerment giovanile nei programmi di salute pubblica; le strategie del Dipartimento per le Politiche Giovanili, che prevedono processi partecipativi e tavoli di consultazione; e il Piano Nazionale Giovani 2025, che introduce meccanismi di co-creazione su temi sociali e sanitari, inclusa la salute mentale. In questo quadro, le raccomandazioni del Tema 2 contribuiscono a rendere operativi tali impegni, promuovendo un coinvolgimento autentico, strutturato e continuativo dei giovani nella progettazione, valutazione e governance dei servizi MHPSS.

L'approccio UNICEF alla partecipazione di adolescenti e giovani

La partecipazione è prima di tutto un diritto. La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC), approvata nel 1989 e ratificata dall'Italia nel 1991, riconosce il diritto all'ascolto e alla partecipazione (art. 12) come uno dei quattro principi generali per l'implementazione di tutti gli altri diritti. La partecipazione dei minorenni costituisce uno dei pilastri della

strategia dell'UNICEF e rappresenta un obiettivo chiave per consentire agli adolescenti di raggiungere il loro pieno potenziale e contribuire positivamente alla propria comunità. UNICEF imposta il proprio lavoro di promozione della partecipazione su un doppio binario: il coinvolgimento attivo nei processi decisionali e, parallelamente, il supporto allo sviluppo delle capacità e del potenziale dei giovani stessi.

Il modello di riferimento adottato dall'UNICEF per garantire una partecipazione efficace è il ciclo della partecipazione (Lundy, 2007; diagramma UNICEF, 2019), che identifica quattro condizioni necessarie e interconnesse: uno *Spazio* (*Space*) sicuro e inclusivo in cui formare ed esprimere le proprie opinioni; la facilitazione della *Voce* (*Voice*), ovvero l'espressione libera attraverso modalità scelte dai giovani stessi; una *Audience* che recepisca e ascolti i punti di vista espressi; e la possibilità che tali punti di vista abbiano *Impatto* (*Influence*), ovvero un impatto concreto sulla realtà.



Ciclo della partecipazione, Lundy 2007, diagramma UNICEF 2019

Perché la partecipazione sia significativa, l'UNICEF ne identifica otto requisiti: deve essere *trasparente* e *informativa*, garantendo informazioni complete, accessibili e adeguate all'età; *volontaria*, senza alcuna costrizione a esprimere opinioni; *rispettosa*, riconoscendo le idee e le azioni dei giovani come contributi fondamentali; *pertinente*, offrendo opportunità di esprimersi su questioni rilevanti per la loro vita; *youth/adolescent friendly*, con ambienti e metodi che riflettano capacità e interessi in evoluzione; *inclusiva*, coinvolgendo adolescenti di diversa età, genere, provenienza e

condizione; *sicura e sensibile al rischio*, con valutazione e mitigazione dei rischi connessi all'espressione delle proprie opinioni; e *responsabile*, con feedback chiari su come la partecipazione ha effettivamente influenzato le decisioni.

In Italia, UNICEF ECARO ha reso operativo questo approccio attraverso diverse iniziative. Per citare alcuni esempi, The Future We Want (2020), realizzata durante il lockdown, ha coinvolto adolescenti attraverso incontri online, sondaggi e la stesura di un manifesto, dando visibilità alle loro istanze per il futuro post-Covid tramite campagne social e materiali didattici per le scuole. U-Report On The Move (dal 2017) è una piattaforma digitale dedicata a adolescenti e giovani migranti e rifugiati che integra informazione multilingue, partecipazione attraverso sondaggi e discussioni, supporto socio-legale e psicologico, che ha da sempre adolescenti e giovani come protagonisti, nel 2025 si è dotata anche di un comitato direttivo composto da ragazze e ragazzi migranti e rifugiati che co-progetta e co-gestisce la piattaforma interfacciandosi con le istituzioni. Lo Youth Advisory Board per l'attuazione della Child Guarantee in Italia (dal 2021) rappresenta l'esperienza più strutturata di "istituzionalizzazione della partecipazione giovanile" ed è descritto nella sezione introduttiva del presente documento.

È in questo quadro che si inserisce il coinvolgimento dello YAB nel progetto TSI (si veda Annex II e Output 4.1) e che si collocano le raccomandazioni presentate.

Raccomandazione 2.1

Promuovere la partecipazione reale dei giovani in tutte le fasi di progettazione e fruizione dei servizi MHPSS

I giovani devono essere coinvolti in modo autentico nella progettazione e fruizione di tutte le tipologie di servizi MHPSS. Si suggerisce di attivare processi di co-progettazione dei servizi e dei materiali comunicativi, creare o rafforzare organismi partecipativi con potere decisionale reale, integrare le proposte dei giovani nei processi decisionali con restituzione trasparente e misurare l'impatto delle strategie adottate. È fondamentale adattare le modalità di partecipazione alle esigenze dei contesti vulnerabili, prevedendo meccanismi di outreach e collaborazioni strutturate con comunità e associazioni. Queste azioni garantiscono che i servizi siano non solo per i giovani, ma anche con i giovani.

Action point operativo	Attivare processi di co-progettazione reale dei servizi MHPSS con i giovani	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Coinvolgimento dei giovani nella progettazione dei servizi (es. Case della Comunità, Spazi Giovani, Consultori, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze, servizi di psichiatria) e materiali divulgativi	<ul style="list-style-type: none"> • N° giovani coinvolti in attività di co-progettazione • N° giovani coinvolti in attività di co-costruzione di materiali divulgativi 	Consultori, Zone sociali, Consulta giovani, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Creazione o rafforzamento di organismi partecipativi giovanili a livello locale/distrettuale (consulte, Youth Advisory Board) con potere decisionale reale	<ul style="list-style-type: none"> • N° organismi attivati o rafforzati • N° decisioni prese con voto vincolante dei giovani 	Comuni, Zone sociali
Integrazione delle proposte dei giovani nei processi decisionali con monitoraggio e restituzione trasparente degli esiti	<ul style="list-style-type: none"> • % proposte giovani accolte e implementate • % proposte con restituzione motivata in caso di non accoglimento 	Zone sociali, Distretti Sanitari, Enti di ricerca
Adattamento delle modalità di partecipazione ai bisogni specifici dei giovani in contesti di vulnerabilità, attivando meccanismi di outreach per raggiungere chi non arriva spontaneamente e assicurando il coinvolgimento di mediatori linguistico-culturali ove necessario	<ul style="list-style-type: none"> • % giovani in contesti di vulnerabilità coinvolti in attività partecipative • N° incontri in presenza di mediatori linguistico-culturali • N° azioni di outreach attivate per processo partecipativo 	Zone sociali, Servizi sociali, Terzo settore, consultori, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Formalizzazione delle collaborazioni con comunità e associazioni di riferimento dei gruppi vulnerabili per garantire continuità nella partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> • N° protocolli di collaborazione formalizzati • N° associazioni/comunità coinvolte stabilmente nei processi partecipativi 	Zone sociali, ASL, Comuni, Terzo settore, consultori, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

Raccomandazione 2.2

Sostenere la peer education come strumento strutturale di integrazione

È fondamentale promuovere la peer education come cultura comunitaria e inserirla nella programmazione ordinaria (ad esempio piani di zona, piani di attività delle ASL, PTOF scolastici, programmazione dei servizi consultoriali) per garantirne stabilità e diffusione. Questo approccio rafforza la partecipazione giovanile e favorisce l'integrazione orizzontale tra pari. Si propone di formare peer educators sui temi del neurosviluppo, della salute mentale e del benessere psicosociale, attivare interventi in scuole e contesti aggregativi, assicurare supervisione continua e valutare l'efficacia delle iniziative.

Action point operativo	Attivare e sostenere programmi strutturati di peer education	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Attivazione di interventi di peer education nelle scuole e nei contesti aggregativi su diversi temi (benessere psicosociale, violenza di genere, bullismo, affettività, legalità, disturbi del neurosviluppo e di salute mentale, dipendenze patologiche)	<ul style="list-style-type: none"> • N° interventi di peer education realizzati 	Scuole, Consultori, Associazioni, servizi specialistici
Formazione di peer educators sui temi del neurosviluppo, della salute mentale, delle dipendenze patologiche e del benessere psicosociale	<ul style="list-style-type: none"> • N° peer educators formati/anno 	ASL, Scuole, Associazioni giovanili
Supervisione continua dei peer educators da parte di operatori qualificati	<ul style="list-style-type: none"> • N° ore di supervisione 	ASL, Consultori
Valutazione dell'efficacia degli interventi di peer education	<ul style="list-style-type: none"> • N° giovani raggiunti dai peer educators • Retention rate peer educators (target: >70% a 1 anno) 	ASL, Zone sociali, Scuole, Università
Promozione della peer education come cultura e "modo di essere" della comunità, non solo come tecnica	<ul style="list-style-type: none"> • N° eventi/iniziative di diffusione della cultura peer • N° contesti (oltre la scuola) in cui è attiva la peer education 	Zone sociali, Associazioni

Garanzia di continuità pluriennale dei programmi di peer education attraverso l'inserimento in programmazione ordinaria (non solo progetti a termine)	<ul style="list-style-type: none"> • % programmi peer education inseriti in programmazione ordinaria • N° programmi con durata garantita ≥ 3 anni 	Regione, ASL, Zone sociali
---	---	----------------------------

Raccomandazione 2.3

Assicurare la formazione dei professionisti MHPSS su metodologie partecipative

La raccomandazione 2.3 punta a garantire la sostenibilità del sistema attraverso la formazione degli operatori sulle metodologie partecipative e sul riconoscimento del ruolo sociale dei giovani come interlocutori competenti. Si propone di realizzare percorsi formativi su tecniche di progettazione partecipata, ascolto attivo e comunicazione con adolescenti e giovani, prevedere iniziative di sensibilizzazione per genitori e insegnanti, e assicurare supervisione e aggiornamento continuo delle competenze. Queste azioni rafforzano la capacità degli operatori di coinvolgere i giovani in modo autentico e strutturato, favorendo un approccio realmente partecipativo.

Action point operativo	Realizzare percorsi formativi sulle metodologie partecipative e sul riconoscimento del ruolo sociale dei giovani	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Formazione attorno a tecniche di progettazione partecipata e di ascolto attivo e comunicazione con adolescenti e giovani	<ul style="list-style-type: none"> • N° operatori formati • N° ore di formazione erogate 	ASL, Zone sociali, Università, Associazioni giovanili
Sensibilizzazione degli adulti di riferimento (genitori, insegnanti, allenatori) sul riconoscimento delle competenze degli adolescenti e dei giovani e sulla loro partecipazione attiva anche nei momenti istituzionali (es. nel contesto scolastico: colloqui con i genitori, consigli di classe)	<ul style="list-style-type: none"> • N° adulti raggiunti • N° iniziative di sensibilizzazione 	Scuole, Associazioni sportive, Consultori familiari
Supervisione e aggiornamento continuo delle competenze	<ul style="list-style-type: none"> • N° incontri di supervisione/aggiornamento 	ASL, Università

3

IL COINVOLGIMENTO DELLE FAMIGLIE

Il supporto alle famiglie e ai caregiver costituisce una componente essenziale dell'approccio MHPSS integrato. Questo include interventi che rafforzano le competenze genitoriali, facilitano la comprensione delle sfide adolescenziali e dei possibili disturbi del neurosviluppo, di salute mentale, e delle dipendenze patologiche e creano spazi di dialogo intergenerazionale, riconoscendo il ruolo protettivo dell'ambiente familiare nel benessere psicosociale degli adolescenti e nel supporto alla gestione e cura dei possibili disturbi.

Le raccomandazioni di questa sezione mirano a rafforzare il ruolo delle famiglie e dei caregiver come partner attivi nei percorsi MHPSS. Si tratta di raggiungere le famiglie vulnerabili con strategie di outreach, offrire programmi strutturati di sostegno alla genitorialità, coinvolgere i caregiver nella co-progettazione dei servizi, supportare fratelli e giovani caregiver, valorizzare la scuola come ponte con le famiglie e gestire le aspettative familiari per promuovere corresponsabilità. In sintesi, l'obiettivo è creare un ecosistema collaborativo che integri famiglie, scuola e servizi, favorendo inclusione, prevenzione e continuità di cura.

Le raccomandazioni del Tema 3 si collocano in un quadro nazionale che riconosce sempre più il ruolo centrale delle famiglie nel benessere psicologico di bambini e adolescenti e nella cura dei possibili disturbi del neurosviluppo, di salute mentale e nelle dipendenze patologiche. Diversi piani e strategie nazionali sottolineano infatti l'importanza di sostenere la genitorialità, rafforzare le competenze dei caregiver e promuovere una collaborazione strutturata tra famiglie, scuola, servizi sociali e sistema sanitario. In questo contesto, le raccomandazioni proposte contribuiscono a dare continuità e concretezza a tali orientamenti, valorizzando il coinvolgimento attivo delle famiglie nei percorsi MHPSS.

Il **Piano Nazionale Salute Mentale 2025–2030** riconosce il ruolo delle famiglie nella presa in carico e promuove interventi di sostegno alla genitorialità, percorsi di psicoeducazione e inclusione dei caregiver nei PDTA dedicati all'età evolutiva (capitolo 2). Il **Piano Nazionale Garanzia Infanzia** prevede azioni per rafforzare le competenze genitoriali e supporto alle famiglie vulnerabili, mentre il **6° Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (2025–2027)** promuove le competenze genitoriali a collaborazione tra scuola, servizi sociali e famiglie, con iniziative di formazione congiunta, protocolli di monitoraggio e interventi per il benessere familiare (Azioni da 1 a 7). A questi strumenti si affiancano ulteriori politiche che riconoscono il ruolo delle famiglie nei percorsi di salute: il Piano Nazionale per la Famiglia 2025–2027, che promuove la co-progettazione dei servizi attraverso Centri per la Famiglia (azione 5) e rafforza il ruolo dei caregiver nella governance dei servizi; le Linee Guida per la Genitorialità Positiva, incoraggiano interventi

educativi e di sostegno che coinvolgono attivamente i genitori, con focus sulla prevenzione del disagio minorile e il Piano Nazionale della Prevenzione 2020–2025, prevede azioni di empowerment familiare e partecipazione diretta nei programmi di prevenzione e promozione della salute.

Raccomandazione 3.1

Raggiungere le famiglie difficili da coinvolgere nei percorsi di supporto psicosociale e di cura

La raccomandazione 3.1 mira a superare le barriere linguistiche, culturali e logistiche che impediscono alle famiglie vulnerabili di accedere ai servizi MHPSS, attraverso strategie proattive di outreach. Si suggerisce di attivare interventi domiciliari e territoriali, servizi di mediazione linguistica e culturale, protocolli scuola-servizi per il monitoraggio delle assenze come indicatore di disagio, materiali informativi accessibili in più lingue e protocolli per la presa in carico integrata dei nuclei familiari. Queste azioni favoriscono l'inclusione delle famiglie più vulnerabili e garantiscono un accesso equo e tempestivo ai percorsi di cura.

Action point operativo	Attivare strategie proattive di outreach verso famiglie vulnerabili	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Interventi domiciliari e territoriali di aggancio familiare (domicilio, scuola, luoghi di aggregazione)	<ul style="list-style-type: none"> N° ore/settimana di attività outreach N° famiglie raggiunte/anno 	Servizi sociali, Consultori, Terzo settore, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Attivazione servizi di mediazione linguistica e culturale strutturata per famiglie con background migratorio	<ul style="list-style-type: none"> N° ore mediazione erogate/anno N° famiglie con background migratorio coinvolte 	Comuni, Piani sociali di zona, ASL, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Monitoraggio assenze scolastiche come indicatore di possibile disagio e attivazione precoce dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> N° segnalazioni da scuola a servizi sociali Tempo medio risposta 	Scuole, Servizi sociali, Spazi di ascolto
Sviluppo materiali informativi accessibili sui servizi in lingue diverse e con canali adatti alle famiglie	<ul style="list-style-type: none"> N° materiali prodotti N° lingue N° canali utilizzati 	Consultori, Zone sociali, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

Definizione protocolli per identificazione e supporto delle famiglie in cosiddette "zone grigie": nuclei già noti ai servizi ma senza presa in carico strutturata, inclusi i nuclei con genitore in carico al CSM	<ul style="list-style-type: none"> • N° protocolli definiti • N° nuclei familiari con percorsi integrati 	Servizi sociali, CSM, NPJA, Consultori, servizi di psicologia, servizi per le dipendenze patologiche
---	--	--

Raccomandazione 3.2

Sostenere gli interventi a supporto delle famiglie

La raccomandazione 3.2 promuove programmi strutturati di sostegno alla genitorialità per supportare i percorsi di cura e prevenire l'allontanamento dei minori, con interventi differenziati per livello di intensità: dalla psicoeducazione di gruppo al supporto terapeutico individuale. Preadolescenza e adolescenza possono essere un momento critico per le interazioni tra genitori e figli, in cui la comunicazione può diventare difficoltosa, in particolare in presenza di comportamenti problematici che influenzano vari aspetti della vita quotidiana, relazioni familiari, benessere emotivo e altro ancora. Comprendere la fatica e i comportamenti dei figli e come poter sostenere la crescita può essere difficile e controintuitivo, sia quando i comportamenti sono sostanzialmente fisiologici sia ancor più quando sono espressione di sofferenza marcata o di disturbi di salute mentale.

Gli interventi a supporto genitori di ragazzi preadolescenti e adolescenti, sia con disturbi psichiatrici sia in situazione di disagio o pregiudizio sono molto promettenti, in particolare in gruppo. Si propone di attivare gruppi multifamiliari e percorsi di parent training di diversa specificità e intensità, sperimentare il modello "co-terapeuta" per interventi integrati, implementare programmi come P.I.P.P.I., attivare peer support tra famiglie, interventi terapeutici di gruppo o individuali e inserire il coinvolgimento genitoriale tra i requisiti per l'accreditamento delle strutture. La raccomandazione include anche il supporto ai fratelli e ai giovani che assumono ruoli di cura in famiglia, attraverso gruppi di auto-mutuo-aiuto e spazi di ascolto dedicati. Queste azioni rafforzano la capacità delle famiglie di affrontare le difficoltà, riducono il rischio di separazioni e promuovono la corresponsabilità educativa.

Action point operativo	Attivare programmi strutturati di supporto alla genitorialità	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Attivazione gruppi multifamiliari e percorsi di parent training	<ul style="list-style-type: none"> • N° gruppi attivi • N° genitori partecipanti/anno 	Centri per le Famiglie, Consulitori
<p>Strutturazione di percorsi di parent training differenziati per livello di bisogno e intensità di intervento necessario:</p> <p>1) Psicoeducativo di gruppo per famiglie con temi simili, guidati da operatore specialistico;</p> <p>2) Parent training mirati, di gruppo o se necessario individuali su disturbi specifici (ADHD, autismo, depressione, disturbi della condotta ecc) o altri interventi mirati (Connect, DBT, MBT, ACT ecc) ;</p> <p>3) Terapeutici per genitori con difficoltà emotive/ comportamentali, riservato a professionisti con competenze psicoterapiche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N° percorsi per tipologia • N° genitori per tipologia • Outcome differenziati 	Ministero competente, servizi di NPPIA, Servizi psicologici, servizi per le dipendenze patologiche, Consulitori
Consolidamento di prese in carico che prevedano operatori differenti dedicati simultaneamente al percorso con il giovane e al supporto genitoriale, garantendo parallelismo e integrazione degli interventi	<ul style="list-style-type: none"> • N° équipe con modello co-terapeuta. N° famiglie in carico con doppio operatore 	Consulitori, Servizi sociali, servizi di NPPIA, SerD, servizi psicologici
Attivazione peer support tra famiglie (modello affiancamento familiare tra pari)	<ul style="list-style-type: none"> • N° famiglie affiancanti formate • N° famiglie supportate 	Centri per le Famiglie, Terzo settore
Attivazione gruppi di auto-mutuo-aiuto e spazi di ascolto per giovani caregiver e fratelli	<ul style="list-style-type: none"> • N° gruppi attivi. N° spazi attivati; N° giovani partecipanti 	Servizi sociali, Centri per le Famiglie, Terzo settore, servizi specialistici
Formazione operatori su gestione aspettative familiari e promozione della corresponsabilità	<ul style="list-style-type: none"> • N° operatori formati • N° ore formazione 	ASL, Università, Enti formazione

Inserimento degli interventi con i genitori tra i requisiti obbligatori per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori (comunità socioeducative, terapeutiche, sociosanitarie, del penale, delle dipendenze, semiautonomie, gruppi appartamento etc.) garantendo che gli interventi a supporto dei genitori siano previsti nell'ambito della rete di cura attivata, anche quando non direttamente erogati dalla struttura stessa	<ul style="list-style-type: none"> • N° strutture con requisito parent training • % strutture conformi 	Regione, ASL, Enti accreditamento
Formazione congiunta operatori-insegnanti-genitori su temi del neurosviluppo, della salute mentale e del benessere psicosociale e coinvolgimento familiare	<ul style="list-style-type: none"> • N° percorsi formativi. N° partecipanti 	USR, ASL, Consulteri, Zone sociali
Esplicitazione nei percorsi di cura del principio della corresponsabilità: la famiglia è partner attivo con ruoli definiti	<ul style="list-style-type: none"> • % progetti con ruoli familiari esplicitati • Documento corresponsabilità firmato 	Tutti i servizi MHPSS
Supporto al benessere degli insegnanti per garantire qualità della relazione con famiglie	<ul style="list-style-type: none"> • N° interventi di supporto. Indicatori benessere insegnanti 	USR, ASL
Promozione cultura della partecipazione familiare in contesti educativi e sportivi	<ul style="list-style-type: none"> • N° iniziative. N° adulti di riferimento coinvolti 	Scuole, Associazioni sportive, Consulteri

Raccomandazione YAB 3.2: Promuovere l'educazione all'affettività e all'empatia

È fondamentale creare consapevolezza riguardo all'affettività, imparando ad ascoltare e comprendere i problemi degli altri senza giudicarli. È essenziale che familiari, amici e professionisti riconoscano e validino il dolore degli adolescenti senza minimizzarlo.

Raccomandazione 3.3

Coinvolgimento attivo delle famiglie e/o caregiver nella co-progettazione

La Raccomandazione 3.3 promuove il coinvolgimento attivo delle famiglie e dei caregiver come partner nella progettazione dei percorsi di cura, superando il ruolo di semplici destinatari. L'obiettivo è creare un approccio collaborativo che includa anche figure educative extrasanitarie significative per il giovane, come allenatori o educatori scout, garantendo al contempo il rispetto della sua autonomia e della privacy. Operativamente, punta alla co-progettazione con le famiglie, alla creazione di task force dedicate, all'ampliamento delle équipes con figure educative, alla definizione di protocolli per bilanciare privacy e autonomia, alla restituzione trasparente dei risultati e alla formazione degli operatori sul coinvolgimento equilibrato tra famiglia e adolescente.

Action point operativo	Promuovere il coinvolgimento attivo delle famiglie come partner nella cura	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Inclusione della famiglia come membro dell'équipe multiprofessionale (non solo destinataria ma co-progettista)	<ul style="list-style-type: none"> • % équipes che includono familiari • N° famiglie coinvolte/anno 	Servizi sociali, Consultori, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Attivazione o consolidamento di Nuclei Funzionali dedicati ai disturbi di maggiore rilevanza clinica, in coerenza con le linee di indirizzo NPIA 2019, con percorsi integrati per utenti e famiglie	<ul style="list-style-type: none"> • N° famiglie raggiunte • Outcome specifici 	Servizi di NPIA, Centri Famiglie
Coinvolgimento di figure educative extra-sanitarie significative per il giovane (allenatori, educatori scout, ecc.) nei percorsi individuali di presa in carico, con funzione di supporto alla continuità educativa e alla generalizzazione degli interventi nei contesti di vita	<ul style="list-style-type: none"> • N° figure extrasanitarie coinvolte 	Servizi sociali, Terzo settore, consultori, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche

Definizione di protocolli flessibili per bilanciare privacy/autonomia del giovane e coinvolgimento familiare, includendo spazi in cui il giovane possa esprimere le proprie preferenze	<ul style="list-style-type: none"> • N° protocolli definiti e adottati 	ASL, Servizi sociali, Consultori, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche
Restituzione trasparente ai familiari degli esiti delle progettazioni condivise	<ul style="list-style-type: none"> • % progetti con restituzione documentata 	Servizi sociali, Consultori, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche,
Creazione di spazi/momenti dedicati dove il giovane possa esprimere se e come vuole che la famiglia sia coinvolta, con protocolli flessibili che rispettino i desideri in termini di privacy e setting, alla luce dei diversi vincoli normativi presenti per i singoli servizi	<ul style="list-style-type: none"> • N° spazi/momenti attivati • % giovani consultati prima del coinvolgimento familiare 	Consultori, Servizi adolescenti, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche
Formazione degli operatori sul bilanciamento tra centralità della famiglia e rispetto dell'autonomia adolescenziale	<ul style="list-style-type: none"> • N° operatori formati • N° ore formazione su tema specifico 	ASL, Università, Enti formazione

4

EQUITÀ COME PRINCIPIO PROGETTUALE

L'equità nell'accesso e nella qualità dei servizi MHPSS richiede strategie differenziate per raggiungere popolazioni vulnerabili e marginalizzate. Questo implica l'adattamento culturale e linguistico dei servizi, l'outreach proattivo nelle comunità difficili da raggiungere e l'eliminazione di barriere sistemiche che perpetuano le disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Le raccomandazioni del Tema 4 puntano a garantire l'accesso ai servizi per i gruppi vulnerabili attraverso azioni di outreach attivo e adattamento dei servizi e a strutturare la mediazione linguistico-culturale come servizio stabile per adolescenti e famiglie con background migratorio. In sintesi, l'obiettivo è creare percorsi flessibili, culturalmente sensibili e inclusivi, rafforzando la capacità dei servizi di rispondere alle diversità.

Il Piano Nazionale Salute Mentale (2025–2030) promuove l'equità nell'accesso, prevedendo interventi per ridurre le disuguaglianze territoriali e sociali, e incoraggiando a sviluppare interventi assistenziali specifici anche per le esigenze dei minori migranti e delle loro famiglie (capitolo 2).

Il Piano Nazionale Garanzia Infanzia include azioni per la tutela dei minori vulnerabili e il sostegno alle famiglie fragili, promuovendo interventi di inclusione e accesso equo ai servizi (1.2 asse 3).

Il 6° Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (2025–2027) sostiene interventi per l'inclusione sociale e la riduzione delle disuguaglianze, promuovendo l'accesso equo ai servizi educativi e sanitari e la collaborazione con comunità locali per raggiungere i gruppi più marginalizzati (azione 4, 11).

Inoltre, Il Programma nazionale "Equità nella salute" 2021–2027 e il Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2024–2026 mirano a ridurre le disuguaglianze sanitarie e sociali attraverso il potenziamento delle reti territoriali, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e il rafforzamento dei servizi di prevenzione e inclusione, creando le condizioni per un accesso più equo ai servizi per famiglie e persone vulnerabili.

Raccomandazione 4.1

Garantire l'accesso ai servizi MHPSS per i gruppi vulnerabili attraverso outreach attivo e adattamento dei servizi

La Raccomandazione 4.1 mira a garantire l'accesso ai servizi MHPSS per i gruppi vulnerabili attraverso interventi di outreach attivo, adattamento dei servizi alle loro esigenze specifiche, conoscenza, raccor-

do e riorientamento rapido tra i servizi della rete in base ai bisogni emergenti. L'obiettivo è raggiungere chi non accede spontaneamente e rimuovere le barriere, creando percorsi flessibili e collaborazioni stabili tra servizi e con comunità e associazioni di riferimento. Include la formazione degli operatori sulle diverse forme di vulnerabilità e l'attivazione di presidi territoriali e educativa di strada.

Action point operativo	Attivare interventi di outreach e adattare i servizi ai gruppi vulnerabili	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Presidio dei servizi nei contesti periferici e ad alta vulnerabilità (come servizi a bassa soglia – mense, ambulatori, e centri diurni)	<ul style="list-style-type: none"> • N° presidi attivati in aree periferiche 	Distretti sanitari, Comuni
Attivazione di educativa di strada per raggiungere chi non accede spontaneamente	<ul style="list-style-type: none"> • N° ore di outreach erogate/settimana; • N° giovani raggiunti 	Zone sociali, Terzo settore, Educatori
Formazione trasversale degli operatori sulle diverse forme di vulnerabilità, sulla rete dei servizi esistenti e sul riorientamento tempestivo della domanda intercettata: disturbi del neurosviluppo, abuso di sostanze e dipendenze patologiche, trauma e migrazione, povertà educativa, identità di genere, pratiche tradizionali dannose, minori fuori famiglia	<ul style="list-style-type: none"> • N° ore formazione per tipologia; • N° operatori formati; • % copertura servizi 	Università, Ordini professionali, Consulitori, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche
Attivazione di percorsi di accesso flessibili adattabili alle esigenze dei diversi gruppi (orari, sedi decentrate, supporto linguistico, gratuità, modalità di consenso)	<ul style="list-style-type: none"> • N° modalità flessibili attivate; • N° accessi per modalità e gruppo 	Zone sociali, Case di comunità, Distretti, Consulitori, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Costruzione di reti stabili tra servizi e con comunità e associazioni di riferimento dei diversi gruppi vulnerabili	<ul style="list-style-type: none"> • N° protocolli collaborazione attivi; • N° comunità/associazioni coinvolte 	Terzo settore, Associazioni, Case di comunità, Distretti, Consulitori, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

Raccomandazione 4.2

Strutturare la mediazione linguistico-culturale come servizio per adolescenti e loro famiglie e/o caregiver con background migratorio

L'obiettivo della raccomandazione è integrare competenze etno-cliniche e favorire la comprensione delle rappresentazioni culturali delle problematiche, per garantire percorsi di cura più efficaci e rispettosi delle differenze. Include il censimento delle competenze disponibili, la formazione specifica di mediatori linguistico-culturali e operatori, l'attivazione di spazi di supervisione e l'inserimento di figure transculturali nelle équipe.

Action point operativo	Strutturare la mediazione come servizio stabile	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Strutturazione della mediazione culturale come servizio stabile	<ul style="list-style-type: none"> • N° ore di mediazione garantite/mese • N° consulenze etnopsicologiche, etnopsichiatriche e psicosociali in presenza di mediatori linguistico-culturali 	Zone sociali, Terzo Settore, Case di comunità, Distretti, Consultori, servizi psicologici, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria, Pronto soccorso
Formazione operatori sanitari su competenze transculturali e sul lavoro con i mediatori linguistico-culturali	<ul style="list-style-type: none"> • N° operatori formati • N° ore formazione 	ASL, USR
Formazione mediatori linguistico-culturali su tematiche specifiche quali: neurosviluppo, salute mentale, dipendenze patologiche, accompagnamento psicosociale, trauma e salute mentale, etc...	<ul style="list-style-type: none"> • N° mediatori linguistico-culturali formati • N° ore formazione 	ASL, Terzo settore
Attivazione di spazi di confronto e supervisione specifici per mediatori linguistico-culturali	<ul style="list-style-type: none"> • N° incontri di supervisione/anno • N° mediatori linguistico-culturali 	ASL, Terzo settore, Supervisor esterni con specifiche esperienze nel settore

Inserimento stabile di figure con competenze transculturali nelle équipes (antropologi, sociologi, psicologi transculturali, NPIA con formazione specifica, etnopsicologi, etnopsichiatri ecc)	<ul style="list-style-type: none"> • N° équipes con figure transculturali stabili • Ore/settimana dedicate 	ASL, Università, Terzo settore
--	--	--------------------------------

Indicazioni operative dalla Comunità di Pratiche⁶ UNICEF MHPSS

Per garantire equità nell'accesso ai servizi MHPSS, è necessario:

- Superare la gestione emergenziale della mediazione linguistico-culturale, trasformandola in servizio strutturale con investimenti dedicati e continuativi.
- Garantire stabilità contrattuale ai mediatori linguistico-culturali per ridurre il turnover e consentire la costruzione di équipes stabili e la formazione specializzata.
- Inserire il mediatore culturale come membro stabile dell'équipe, non come risorsa da attivare solo in presenza di "problemi comunicativi".
- Integrare nei percorsi universitari delle professioni sanitarie una formazione sistematica sulla diversità culturale e sul trauma, superando l'attuale dipendenza dall'iniziativa individuale dei singoli professionisti.

⁶ La Comunità di Pratiche (CoP) MHPSS riunisce professionisti e organizzazioni del settore pubblico e del privato sociale con diversi approcci metodologici e servizi nell'ambito della salute mentale e del supporto psicosociale. Attraverso modalità di collaborazione informale, questi attori scambiano esperienze e co-costruiscono conoscenze mediante il confronto continuo.

5

CONTINUITÀ DELLE CURE NELLA TRANSIZIONE ALL'ETÀ ADULTA

La transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza a quelli per adulti rappresenta un momento critico caratterizzato da elevati tassi di drop-out. Un approccio integrato richiede lo sviluppo di modelli di programmazione adeguati alle diverse tipologie di bisogni e alle specificità locali, per garantire continuità terapeutica, accompagnamento graduale, protocolli formalizzati per il passaggio di consegne tra équipe e équipe funzionali integrate o, in alcune situazioni particolari e a bassa soglia, servizi flessibili dedicati alla fascia di età di transizione.

Il PANSM (Piano Nazionale Salute Mentale) definisce la continuità dei percorsi come principio cardine, prevedendo protocolli di transizione tra NPJA e servizi per adulti, integrazione tra i diversi servizi e operatori coinvolti e monitoraggio tramite sistemi informativi nazionali. Sostiene la flessibilità nell'età di passaggio, la differenziazione dei livelli di intensità di supporto alla transizione e il coinvolgimento di figure ponte per garantire la presa in carico lungo tutto il ciclo di vita (capitolo 2).

Raccomandazione 5.1 **Garantire la continuità della presa in carico nella transizione all'età adulta**

La Raccomandazione 5.1 si propone di garantire la continuità della presa in carico nella transizione all'età adulta, prevenendo la dispersione dei percorsi di cura al compimento dei 18 anni. L'obiettivo è attivare meccanismi di accompagnamento individualizzato che assicurino continuità relazionale e progettuale, attraverso protocolli di transizione, differenziazione dei livelli di intensità di supporto necessari, figure ponte e criteri flessibili per l'età di passaggio. Include anche la riduzione dei ricoveri in reparti per adulti e il potenziamento delle risorse dedicate.

Action point operativo	Attivare meccanismi di accompagnamento nella transizione	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Definizione protocolli transizione servizi minori-adulti	<ul style="list-style-type: none"> • N° protocolli attivati • % transizioni accompagnate 	Servizi di NPPIA, CSM, SerD
Attivazione del protocollo di transizione almeno 6 mesi prima del compimento della maggiore età, con incontri congiunti tra équipes di origine e di destinazione	<ul style="list-style-type: none"> • % transizioni con protocollo attivato entro 6 mesi • N° incontri congiunti per caso 	Servizi di NPPIA, CSM, SERD
Definizione del livello di intensità di supporto necessario (elevato, alto, medio, basso) e attivazione di EP (Educatori Professionali) o TERP (Tecnici Riabilitazione Psichiatrica) o altre figure che facciano da ponte tra servizi minori e adulti per le situazioni con bisogni alti o elevati, con funzione di accompagnamento nei contesti di vita (casa, scuola, territorio)	<ul style="list-style-type: none"> • N° EP/TERP dedicati alla transizione • N° ore settimanali di attività di ponte 	Servizi di NPPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria, altri servizi per l'età adulta Distretti sanitari, Servizi Sociali, Terzo Settore
Adozione di criteri flessibili per l'età di transizione in base al progetto individuale: possibilità di estendere la presa in carico NPPIA fino a 21 anni per chi è ancora in percorso scolastico o per specifiche condizioni (es. autismo) o di anticiparla per ragazzi quasi maggiorenni con disturbi gravi, soprattutto se senza presa in carico NPPIA precedente	<ul style="list-style-type: none"> • N° casi con transizione posticipata. N° di casi con transizione anticipata • Criteri di flessibilità adottati 	Regione, servizi di NPPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Riduzione dei ricoveri di minori in reparti per adulti attraverso potenziamento posti letto di NPPIA e alternative al ricovero (es interventi intensivi ambulatoriali, centri diurni ecc)	<ul style="list-style-type: none"> • % minori ricoverati in reparti adulti (target: riduzione progressiva dall'attuale 70%) 	Regione, servizi di NPPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

Raccomandazione 5.2

Sviluppare flessibilità nelle risposte per la fascia di età di transizione

La Raccomandazione 5.2 punta a superare la frammentazione tra servizi per l'infanzia, servizi per l'adolescenza e servizi per giovani adulti, aumentando la flessibilità e l'integrazione tra servizi esistenti, strutturando équipe funzionali multiprofessionali a ponte tra diversi servizi e dedicate alla fascia di età di transizione e sviluppando modelli di accesso flessibile ai servizi a bassa soglia e di primo contatto. L'obiettivo è garantire continuità di presa in carico attraverso protocolli di transizione, integrazione stabile di figure educative e sociali e progressione da progetti sperimentali a servizi strutturati. Include la creazione di interfacce con i servizi di primo livello e la definizione di modelli organizzativi che favoriscano l'integrazione tra servizi a bassa soglia, Consultori, servizi psicologici, NPIA, CSM e SerD.

Action point operativo	Attivare équipe multiprofessionali per la transizione	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Progressione dei programmi efficaci da progetti a servizi strutturati	<ul style="list-style-type: none"> • Livello di strutturazione raggiunto (progetto/ programma/servizio/UOS) • N° passaggi di livello/anno 	Regione, DSM-DP, Direzione sanitaria
Costituzione di équipe funzionali multiprofessionali dedicate alla fascia di età di transizione, con incontri periodici strutturati	<ul style="list-style-type: none"> • N° équipe funzionali di transizione attivate • Frequenza incontri (settimanale/mensile) 	DSM-DP, NPIA, Servizi sociali

6

INTEGRAZIONE OLTRE LA CURA CLINICA

Il supporto psicosociale efficace trascende l'intervento clinico tradizionale, integrando attività sociali, ricreative e formative come componenti terapeutiche legittime. Questo approccio olistico riconosce il valore terapeutico dell'inclusione sociale, delle attività peer-to-peer e del supporto pratico nella promozione del benessere e della resilienza. Le raccomandazioni suggerite mirano a rafforzare l'approccio intersettoriale e comunitario: costruire meccanismi strutturati di collaborazione tra servizi sanitari, sociali e terzo settore, formalizzando protocolli e spazi di co-progettazione; sviluppare formazione congiunta e linguaggi comuni per favorire fiducia e integrazione operativa; valorizzare le risorse non sanitarie e le reti comunitarie come partner strategici, facilitare la risocializzazione precoce dei ragazzi con disturbi gravi.

Il PANSM richiama esplicitamente la necessità di integrazione intersettoriale e di collaborazione tra servizi sanitari, sociali e comunitari, prevedendo tavoli di coordinamento e protocolli condivisi per la presa in carico multidisciplinare e promuovendo un modello organizzativo dipartimentale integrato in cui il Dipartimento di Salute Mentale garantisce continuità assistenziale, multidisciplinarietà e presa in carico centrata sulla persona. Il PANSM inoltre richiede la promozione di un programma di prescrizione sociale, in linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Mentre il PANGI e il Sesto Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza creano una cornice favorevole all'inclusione e alla collaborazione tra servizi educativi, sanitari e sociali, il PNES e il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2024–2026 introducono strumenti più operativi: il primo supporta la formalizzazione di protocolli di collaborazione tra ASL, Comuni e terzo settore tramite convenzioni e co-progettazione per l'outreach sociosanitario, mentre il secondo definisce una governance integrata, interoperabilità e LEPS condivisi, ponendo le basi per accordi formali e partenariati strutturati.

La prospettiva dello YAB sull'integrazione oltre la cura clinica

Il supporto psicosociale efficace, secondo l'esperienza dei ragazzi dello YAB, non può limitarsi all'intervento clinico tradizionale. I giovani hanno evidenziato come il percorso di cura spesso rimanga "fine a sé stesso", senza integrazione con attività sociali, ricreative e di reinserimento che sono essenziali per il recupero del benessere. La mancanza di continuità oltre la seduta clinica crea "un loop infinito" in cui il ragazzo rimane solo una volta uscito dallo studio.

Raccomandazione 6.1

Costruire meccanismi strutturati di collaborazione intersettoriale

La Raccomandazione 6.1 mira a costruire meccanismi strutturati di collaborazione intersettoriale per superare frammentazioni e favorire una governance condivisa. L'obiettivo è attivare spazi di co-progettazione con mandato operativo, coinvolgendo servizi sanitari, sociali e terzo settore. Include la formalizzazione delle collaborazioni attraverso protocolli e convenzioni, garantendo continuità e efficacia nelle decisioni.

Action point operativo	Attivare tavoli di co-progettazione strutturati e continui	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Istituzione di tavoli di co-progettazione adolescenza con cadenza regolare e mandato operativo	<ul style="list-style-type: none"> • N° tavoli attivati • N° incontri/anno • N° progetti co-progettati 	Zone sociali, Distretti sanitari, Comuni, Consultori, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Coinvolgimento del terzo settore nei tavoli	<ul style="list-style-type: none"> • % tavoli con presenza terzo settore 	Zone sociali, Terzo settore
Formalizzazione delle collaborazioni attraverso protocolli e convenzioni che definiscano ruoli, responsabilità e modalità di collaborazione in ambiti specifici quali: interventi di prossimità e outreach, attività di peer education e supporto tra pari, inclusione sociale e inserimento lavorativo, supporto alle famiglie e mediazione linguistico-culturale.	<ul style="list-style-type: none"> • N° protocolli/convenzioni formalizzati 	ASL, Zone sociali, Comuni, Terzo settore

Raccomandazione YAB 6.1: Creare e promuovere centri giovani come spazi di socializzazione

È necessario costruire e sostenere spazi comuni in cui i giovani possano incontrarsi, svolgere attività di gruppo e frequentare insieme luoghi pubblici. I centri giovani devono offrire una varietà di opportunità: laboratori sociali, gruppi di sostegno, incontri con ragazzi che hanno vissuto esperienze simili. Un aspetto cruciale emerso è la necessità di comunicare e rendere visibili questi spazi.

Raccomandazione 6.2

Sviluppare la formazione intersettoriale e i linguaggi comuni

L'obiettivo della raccomandazione è rilevare i bisogni formativi e il livello di conoscenza reciproca, per poi attivare programmi congiunti e laboratori esperienziali che rafforzino la comunicazione e la fiducia tra operatori. Questa strategia punta a costruire una cultura condivisa che migliori l'efficacia delle reti di intervento.

Action point operativo	Realizzare percorsi formativi intersettoriali congiunti	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Percorsi formativi congiunti dove terzo settore, servizi sociali e sanitari dialoghino	<ul style="list-style-type: none"> N° percorsi formativi N° operatori formati per settore N° ore formazione 	Regione, ASL, Università, Enti formazione
Formazione esperienziale con facilitatori esperti su comunicazione e costruzione di fiducia tra servizi	<ul style="list-style-type: none"> N° laboratori esperienziali Valutazione qualitativa partecipanti 	ASL, Zone sociali, Facilitatori esperti

Raccomandazione YAB 6.2: Costruire un ponte tra il percorso clinico e il reinserimento sociale

I servizi di salute mentale devono integrare sistematicamente il percorso terapeutico con proposte concrete di socializzazione e reinserimento. L'esempio positivo citato è quello di servizi che propongono attivamente ai ragazzi in cura di partecipare a laboratori con altri coetanei.

Raccomandazione 6.3

Valorizzare le risorse di comunità e le reti territoriali come partner strategici

L'obiettivo è attivare partnership strutturate con le realtà del territorio – terzo settore, servizi sociali, spazi educativi e aggregativi – che riconoscano il ruolo delle attività sociali e culturali come parte

integrante del benessere. Include l'inserimento formale del terzo settore negli organismi di governance e la sperimentazione del social prescribing per integrare interventi non clinici nei progetti di salute mentale.

La capacità di inclusione, di condivisione e accoglienza delle difficoltà da parte di tutti i contesti di vita rappresenta un fattore protettivo importante per la promozione della salute mentale e del benessere psicosociale. Per tale motivo, è strategica la messa in campo di interventi sistematici contro lo stigma, il bullismo, il minority stress, l'esclusione e l'istituzionalizzazione di ritorno, per far crescere contesti capaci di reggere la moltiplicazione delle diversità e sviluppare empatia, capacità di chiedere aiuto e lasciarsi aiutare, cooperazione e non competizione, evitando i meccanismi espulsivi spesso presenti a fronte di ragazzi con disturbi gravi e in stretto raccordo con le scuole e altri contesti educativi e di socializzazione.

Action point operativo	Attivare partnership strutturate con le risorse non sanitarie	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Inserimento formale dei rappresentanti del terzo settore negli organismi di governance (es. board Case di Comunità)	<ul style="list-style-type: none"> N° organismi con rappresentanza terzo settore 	ASL, Comuni, Terzo settore
Attivazione équipe integrate sociosanitarie con figure educative del terzo settore	<ul style="list-style-type: none"> N° équipe attivate; N° casi gestiti in modo integrato/anno; % équipe con educatori terzo settore 	Distretti sanitari, Servizi sociali, Terzo Settore
Implementazione di approcci multimodali: interventi diretti sull'adolescente (riabilitativi, terapeutici, didattici, educativi) + interventi dedicati alle famiglie (parent training, lavoro psicoeducativo)	<ul style="list-style-type: none"> % casi con approccio multimodale; N° interventi per tipologia 	Servizi sociali, Terzo settore, Consultori, servizi di psicologia, servizi di NPPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Sperimentazione del social prescribing: prescrizione di attività sociali, culturali e sportive come parte integrante del percorso di cura	<ul style="list-style-type: none"> N° prescrizioni sociali effettuate; N° organizzazioni coinvolte 	Comuni, Terzo settore, Consultori, servizi di psicologia, servizi di NPPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

<p>Formazione agli operatori educativi, sociali, scolastici, del terzo settore, degli spazi aggregativi e più in generale dei contesti di vita sulla accoglienza di ragazzi con difficoltà complesse e sulla gestione degli aspetti specifici e/o possibili situazioni critiche ("I support my friend", tecniche di de-escalation, ecc)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N° percorsi formativi • N° operatori formati per settore • N° ore formazione 	<p>Regione, ASL, Università, Enti formazione,</p>
--	--	---

Raccomandazione YAB 6.3: Garantire continuità del supporto oltre la seduta clinica

Il supporto psicologico non deve esaurirsi nel tempo e nello spazio di una seduta. I giovani hanno espresso il bisogno di un supporto che prosegua attraverso indicazioni concrete e invii nei contesti appropriati, includendo la condivisione di informazioni su centri giovani, gruppi di supporto, attività del territorio.

Indicazioni operative dalla Comunità di Pratiche⁷ UNICEF MHPSS

Per rafforzare l'integrazione intersettoriale, è necessario:

- Riconoscere la complementarità tra settore pubblico e terzo settore
- Istituire tavoli di coordinamento con mandato operativo (non solo consultivo), coinvolgendo servizi sanitari, sociali e terzo settore nella co-costruzione di strumenti condivisi (es. schede di osservazione, protocolli di segnalazione, tecniche per la gestione delle situazioni di difficoltà).
- Investire nella costruzione di strumenti che creino un linguaggio comune tra le professioni, superando la frammentazione dei linguaggi professionali che ostacola l'integrazione.
- Formalizzare le partnership pubblico-terzo settore attraverso convenzioni e protocolli che definiscano ruoli, responsabilità e modalità di collaborazione

⁷ Il processo di consultazione ha incluso anche la Comunità di Pratiche di UNICEF, una rete consolidata di professionisti e organizzazioni che operano nel campo MHPSS con particolare attenzione ai minori non accompagnati e ai giovani migranti e rifugiati. I contributi della Comunità di Pratiche di UNICEF sono riportati nei temi rilevanti come prospettive operative che arricchiscono le raccomandazioni emerse dai workshop regionali.

7

LA SCUOLA COME NODO STRATEGICO DEL SISTEMA

Le istituzioni scolastiche rappresentano il setting privilegiato per la prevenzione, identificazione precoce e primo intervento in salute mentale adolescenziale. L'integrazione sistematica scuola-servizi sanitari richiede protocolli formalizzati, formazione del personale scolastico e creazione di spazi dedicati al benessere psicosociale all'interno dell'ambiente educativo.

Le Raccomandazioni 7.1 e 7.2 si inseriscono in un quadro nazionale che riconosce sempre più la scuola come luogo privilegiato per la prevenzione, l'identificazione precoce, il primo intervento e il supporto ai percorsi di cura nei disturbi del neurosviluppo, nella salute mentale adolescenziale e nelle dipendenze patologiche. La **Strategia nazionale per la salute mentale** sottolinea infatti l'importanza di rafforzare l'integrazione tra istituzioni scolastiche e servizi territoriali. Il **Piano Nazionale Garanzia Infanzia** promuove reti territoriali coordinate tra scuola, servizi sociali e sanitari, con particolare attenzione alla prevenzione del disagio e al sostegno dei minori vulnerabili. Anche il **6° Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (2025-2027)** richiama la necessità di una collaborazione strutturata tra scuola, comunità educante e servizi, incoraggiando la creazione di ambienti scolastici sicuri e inclusivi e l'adozione di protocolli condivisi per il benessere degli studenti (azione 8). Infine, il **Piano Nazionale della Prevenzione** rafforza ulteriormente questo orientamento, prevedendo interventi di prevenzione integrati scuola-territorio e sistemi di segnalazione precoce.

La prospettiva dello YAB sulla scuola

La scuola rappresenta il contesto privilegiato per la prevenzione e l'intercettazione del disagio, ma secondo l'esperienza dei ragazzi dello YAB presenta attualmente numerose criticità: sportelli psicologici poco accessibili e privi di privacy, docenti non formati sul benessere psicosociale, stigma persistente e assenza di educazione alla salute mentale nel curriculum. I giovani hanno identificato la scuola come potenziale "nodo strategico" del sistema MHPSS, a condizione che vengano superati gli ostacoli che ne limitano l'efficacia.

Raccomandazione 7.1

Integrare gli spazi di ascolto⁸ scolastici nella rete dei servizi MHPSS

La Raccomandazione propone di integrare gli spazi di ascolto scolastici nella rete dei servizi MHPSS, superando la loro frammentazione. A tal fine, occorre strutturare l'integrazione attraverso la partecipazione degli psicologi scolastici ai tavoli di coordinamento, la definizione di protocolli di collaborazione con i servizi e la stabilizzazione dei finanziamenti. La raccomandazione include anche il supporto al reinserimento scolastico dopo periodi di crisi o assenza prolungata, attraverso protocolli dedicati. L'obiettivo è garantire continuità tra scuola e territorio per un supporto psicosociale efficace e coordinato.

Action point operativo	Strutturare l'integrazione degli spazi di ascolto scolastici con i servizi	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Inserimento strutturale degli psicologi scolastici nei tavoli di coordinamento territoriale	<ul style="list-style-type: none"> % spazi di ascolto rappresentati nei tavoli 	Distretti sanitari, USR, Scuole
Riconoscimento delle ore di coordinamento per gli psicologi scolastici	<ul style="list-style-type: none"> Ore coordinamento previste 	Scuole, Zone sociali
Definizione di protocolli di collaborazione tra spazi di ascolto scolastici e servizi territoriali (consultori, NPJA, servizi per le Dipendenze patologiche, servizi di psichiatria, servizi sociali)	<ul style="list-style-type: none"> N° protocolli attivi 	ASL, USR, Zone sociali
Protocolli per l'accoglienza dei ragazzi con disturbi del neurosviluppo, di salute mentale o con dipendenze patologiche e per il reinserimento post-crisi, con ruoli chiari scuola-servizi	<ul style="list-style-type: none"> Protocollo definito; Fasi e responsabilità 	USR, Zone sociali, Consultori, servizi di psicologia, servizi di NPJA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

⁸ Gli spazi di ascolto scolastici sono qui intesi come spazi informali a bassa soglia, pensati per offrire un primo ascolto, orientamento e connessione con la rete dei servizi MHPSS territoriali. A differenza di interventi di tipo individuale, questi spazi privilegiano l'accessibilità, la costruzione di relazioni e l'integrazione con i servizi del territorio, funzionando come punti di ingresso nel sistema.

Attivazione di figure di accompagnamento (tutor, educatori) per il reinserimento graduale	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione delle figure con funzione di supporto e tutoraggio • N° progetti attivati 	Scuole, Zone sociali, Terzo settore, Consultori, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria
Istituzionalizzazione di Gruppi di Lavoro Integrati tra scuola, sanità, sociale e lavoro, con mandato definito e rinnovo periodico	<ul style="list-style-type: none"> • N° Gruppi di Lavoro Integrati istituiti; N° componenti per settore 	Regione, ASL, USR, Comuni
Stabilizzazione del finanziamento degli spazi di ascolto/intervento scolastici	<ul style="list-style-type: none"> • % iniziative con finanziamento pluriennale 	Regione, USR, Comuni

Raccomandazione YAB 7.1: Rafforzare gli strumenti digitali per l'accesso allo sportello scolastico

È necessario introdurre modalità di accesso allo sportello psicologico scolastico che garantiscano la riservatezza e superino le barriere legate alla vergogna. I partecipanti hanno proposto di disporre di indirizzi email per prenotarsi, moduli online da compilare, sportelli online con personale qualificato e newsletter informative.

Raccomandazione 7.2

Utilizzare il contesto scolastico come osservatorio privilegiato per l'identificazione precoce del disagio

L'obiettivo è garantire interventi rapidi e mirati, evitando definizioni stigmatizzanti e favorendo il benessere degli studenti. Occorre attivare sistemi di segnalazione tempestiva attraverso la formazione del personale, protocolli di collaborazione tra scuola e servizi, figure di raccordo dedicate e unità specialistiche per i casi complessi.

Action point operativo	Attivare sistemi di identificazione precoce e segnalazione	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Formazione insegnanti sul riconoscimento precoce dei segnali di disagio e delle diverse tipologie di disturbi del neurosviluppo, di salute mentale o dipendenze patologiche	<ul style="list-style-type: none"> • N° insegnanti formati/anno • N° ore formazione • Copertura istituti 	USR, ASL, Enti formazione
Definizione di protocolli scuola-servizi per segnalazione tempestiva delle situazioni di rischio	<ul style="list-style-type: none"> • N° protocolli attivi • Tempo medio dalla segnalazione alla presa in carico 	USR, ASL, Zone sociali
Creazione di figure di raccordo (insegnanti referenti) formate sulla salute mentale in ogni istituto	<ul style="list-style-type: none"> • N° referenti formati • Ore dedicate 	USR, Scuole
Attivazione di unità dedicate alla psicologia scolastica per i casi complessi di dispersione e ritiro	<ul style="list-style-type: none"> • N° unità attive • N° casi seguiti • % agganci riusciti 	ASL, USR
Programmi di familiarizzazione studenti con i servizi (es. "Consultorio incontra le scuole", visite guidate ai servizi, PCTO effettuati nei servizi ecc)	<ul style="list-style-type: none"> • N° studenti raggiunti; % istituti coinvolti 	Consultori, Spazi Giovani, Scuole, servizi di psicologia, servizi di NPIA, servizi per le dipendenze patologiche, servizi di psichiatria

Raccomandazione YAB

Utilizzare le assemblee scolastiche per la sensibilizzazione

Le assemblee istituzionali mensili rappresentano un'opportunità preziosa per affrontare i temi del benessere psicosociale. Si propone di invitare uno psicologo e organizzare un momento interattivo, con intervento seguito da domande e confronto. Un elemento innovativo è l'utilizzo di testimonianze dirette o audio anonimi.

Promuovere la peer education sui temi del benessere

La formazione di studenti come peer educator permette di creare un primo livello di ascolto e orientamento più accessibile, che può facilitare il successivo contatto con figure professionali.

Formare i docenti sul benessere psicosociale degli studenti

È indispensabile prevedere percorsi formativi per i docenti che li rendano capaci di riconoscere i segnali di disagio psicologico e di rispondere in modo appropriato. La mancanza di formazione porta a risposte inadeguate o a pregiudizi. I docenti devono essere formati non per sostituirsi a figure specializzate, ma per saper intercettare il disagio e orientare verso le risorse

Esplicitare le funzioni delle figure professionali presenti a scuola

È necessario informare chiaramente gli studenti su quali figure professionali sono disponibili a scuola e cosa possono fare. C'è ancora molto stigma e disinformazione, in particolare rispetto ad alcune figure come l'assistente sociale. È importante tranquillizzare i ragazzi e spiegare con chiarezza il ruolo di queste figure.

8

PIATTAFORME INTEGRATE PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI

Le marcate disparità territoriali nell'accesso e qualità dei servizi MHPSS richiedono interventi di sistema mirati alla perequazione. Questo include trasferimento di conoscenze, capacity building per territori svantaggiati e meccanismi di supporto tecnico che garantiscano standard minimi uniformi sul territorio nazionale.

In questa prospettiva, il **PANSM** richiama inoltre l'importanza dell'interoperabilità dei sistemi informativi per una corretta condivisione delle informazioni e per progettare e realizzare percorsi integrati (capitolo 5).

Raccomandazione 8.1 Favorire l'interoperabilità tra sistemi sanitari, sociali e educativi

L'obiettivo della raccomandazione è creare un ecosistema digitale coordinato che semplifichi i flussi informativi tra i professionisti dei servizi sanitari, sociali ed educativi coinvolti nella presa in carico e garantisca una presa in carico più efficace.

In una prima fase è necessario mappare le piattaforme esistenti e analizzare le criticità, valutando il livello di integrazione, le informazioni specifiche necessarie e le barriere tecniche. Successivamente, occorre consolidare le piattaforme per favorire l'interoperabilità e ridurre le duplicazioni, implementare una cartella clinica integrata tra i servizi MHPSS e attivare la connessione tra cartella sociale e sistemi sanitari secondo standard condivisi.

Action point operativo	Realizzare l'interoperabilità tra i sistemi informativi sanitari e sociali	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Razionalizzazione piattaforme esistenti per ridurre duplicazioni	<ul style="list-style-type: none"> • N° piattaforme prima/dopo razionalizzazione; Tempo risparmiato 	Regione, Ministeri competenti
Implementazione cartella clinica integrata tra servizi MHPSS, che mantenga le specificità necessarie e al contempo faciliti la condivisione	<ul style="list-style-type: none"> • % servizi con cartella integrata • N° flussi dati attivati tra servizi 	Regione, ASL, Sistemi Informativi, Ministeri competenti
Attivazione interoperabilità cartella sociale con sistemi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> • % zone sociali con cartella informatizzata; N° connessioni attive con sanitario 	Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Regione, Zone sociali

9

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Sistemi di monitoraggio e valutazione standardizzati, multidimensionali (che contemplino tutti i diversi domini opportuni per una visione globale) e multiassiali (che contemplino i diversi punti di vista degli operatori, dei servizi e degli utenti coinvolti) sono essenziali per documentare l'efficacia degli interventi MHPSS, informare il miglioramento continuo e supportare la replicabilità dei modelli. Questo richiede indicatori che catturino non solo outcome clinici ma anche punti di forza, dimensioni di benessere psicosociale, equità e soddisfazione degli utenti.

La Raccomandazione si colloca in un quadro nazionale che riconosce l'importanza di sistemi di monitoraggio e valutazione per migliorare la qualità dei servizi rivolti a bambini e adolescenti. Il **PANSM** richiama la necessità di rafforzare i sistemi informativi e di monitorare l'efficacia degli interventi, in un'ottica di riduzione delle disuguaglianze territoriali e di miglioramento continuo. Il PANGI adotta un approccio basato su indicatori per valutare l'attuazione delle misure a favore dei minori, mentre il 6° Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, costruito a partire dall'analisi dei risultati del piano precedente e strutturato per essere oggettivamente misurabile mediante indicatori dedicati, valorizza il monitoraggio come componente strategica. In particolare, ne riconosce il ruolo imprescindibile nell'identificazione precoce dell'isolamento sociale e del maltrattamento dei minorenni, garantendo interventi più tempestivi ed efficaci.

In questo contesto, la definizione di un sistema di monitoraggio standardizzato per i servizi MHPSS adolescenziali risulta pienamente coerente con gli orientamenti nazionali.

Raccomandazione 9.1 **Sistemi di monitoraggio e valutazione dei servizi**

L'obiettivo della raccomandazione è assicurare una raccolta dati omogenea e processi di valutazione efficaci, utili per migliorare la qualità e l'impatto degli interventi. In una prima fase è necessario rilevare le pratiche esistenti e le eventuali criticità, mappando i servizi che dispongono di sistemi attivi e analizzando la tipologia dei dati raccolti e la frequenza delle rilevazioni. Successivamente, occorre definire un sistema di monitoraggio standardizzato con indicatori condivisi - facendo riferimento, dove opportuno, a framework consolidati come quelli della Garanzia Infanzia - sviluppare protocolli di valutazione e formare gli operatori sulle metodologie di monitoraggio e valutazione.

Action point operativo	Strutturare sistemi di monitoraggio, valutazione e valutazione di impatto	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Definizione di un sistema di monitoraggio standardizzato per tutti i servizi MHPSS adolescenziali	<ul style="list-style-type: none"> N° piattaforme prima/dopo razionalizzazione; Tempo risparmiato 	Regione, Ministeri competenti, Osservatorio Nazionale
Sviluppo di protocolli di valutazione partecipativa degli esiti	<ul style="list-style-type: none"> % servizi con protocolli di valutazione partecipativa degli esiti 	Regione, ASL, Sistemi Informativi
Formazione degli operatori su metodologie di monitoraggio e valutazione	<ul style="list-style-type: none"> N° operatori formati 	Regione, Università, Enti ricerca, ASL Servizi Sociali
Attivazione partnership con Università/centri di ricerca per valutazioni di impatto	<ul style="list-style-type: none"> N° valutazioni di impatto avviate; N° partnership attivate 	Regione, Università, Enti ricerca
Utilizzo dei risultati delle valutazioni per orientare decisioni e advocacy	<ul style="list-style-type: none"> N° decisioni basate sui dati emersi dalla valutazione di impatto 	Regione, ASL

10

SOSTENIBILITÀ ATTRAVERSO L'ISTITUZIONALIZZAZIONE

La sostenibilità a lungo termine dei servizi MHPSS innovativi richiede il superamento della logica progettuale attraverso l'istituzionalizzazione. Questo implica riconoscimento formale nei framework normativi, finanziamenti strutturali, sviluppo di leadership distribuita e integrazione nei livelli essenziali di assistenza.

Raccomandazione 10.1 Definire percorsi strutturati per la transizione da progetto a servizio

La Raccomandazione punta a definire percorsi strutturati per trasformare progetti efficaci in servizi stabili e istituzionalizzati. Dopo una valutazione dei progetti potenzialmente interessanti per una diffusione a più ampio raggio, occorre attivare processi di istituzionalizzazione attraverso criteri e procedure condivise, la progressiva trasformazione dei progetti in servizi consolidati, il loro inserimento nei documenti di programmazione e la creazione di unità operative dedicate. L'obiettivo è garantire continuità e sostenibilità degli interventi, superando la logica frammentata dei progetti a termine.

Action point operativo	Attivare processi di istituzionalizzazione di progetti efficaci	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Creazione di un tavolo permanente sul neurosviluppo, la salute mentale e il benessere psicosociale degli adolescenti	<ul style="list-style-type: none"> • Atto istitutivo del tavolo (delibera/decreto) • N° incontri/anno • N° partecipanti per settore 	Ministeri, Regioni
Definizione di criteri e procedure per la transizione da progetto a servizio strutturato	<ul style="list-style-type: none"> • Criteri definiti • Durata media 	Regione, Ministeri
Trasformazione progressiva dei progetti efficaci in servizi stabili	<ul style="list-style-type: none"> • N° progetti trasformati in servizi/anno • % budget su servizi vs progetti 	Regione, ASL, Zone sociali

Inserimento dei servizi istituzionalizzati nei documenti di programmazione (piani di zona, piani sanitari)	<ul style="list-style-type: none"> • N° servizi inseriti in programmazione • Livello riconoscimento formale 	Regione, Zone sociali
Creazione di unità operative semplici o strutture organizzative dedicate per i servizi consolidati	<ul style="list-style-type: none"> • N° UOS create • Risorse assegnate • Personale dedicato 	ASL, Regione

Raccomandazione 10.2

Garantire stabilità e prevedibilità delle risorse finanziarie

La Raccomandazione 15.2 mira a garantire stabilità e prevedibilità delle risorse finanziarie per i servizi MHPSS rivolti agli adolescenti. Occorre strutturare finanziamenti stabili attraverso programmazione pluriennale, semplificazione dei passaggi amministrativi e adozione di piani triennali con revisione annuale.

L'orizzonte triennale riflette sia i cicli standard della programmazione locale italiana (piani di zona, piani sanitari locali) sia l'esigenza operativa identificata dagli operatori durante le consultazioni territoriali, che hanno segnalato come l'incertezza dei bilanci annuali impedisca una pianificazione efficace e la messa a sistema dei servizi (si veda Output 2).

La raccomandazione include anche la stabilizzazione contrattuale delle figure professionali chiave. L'obiettivo è assicurare continuità operativa e ridurre la vulnerabilità dei servizi rispetto a fondi temporanei o incerti.

Action point operativo	Strutturare finanziamenti stabili e personale strutturato	
Azioni suggerite	Indicatori	Soggetti attuatori
Transizione a finanziamenti e programmazione pluriennale	<ul style="list-style-type: none"> • % finanziamenti pluriennali • Durata media finanziamenti 	Regione, Ministeri
Semplificazione dei passaggi amministrativi per ridurre i tempi tra stanziamento fondi e disponibilità effettiva	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo medio erogazione • N° passaggi semplificati 	Regione, Zone sociali

Adozione di programmazione triennale per i servizi MHPSS adolescenziali con revisione annuale	<ul style="list-style-type: none"> • % servizi con programmazione triennale 	Regione, ASL
Stabilizzazione contrattuale delle figure professionali chiave	<ul style="list-style-type: none"> • % di ruoli chiave con contratto stabile; Tasso di turnover 	Regione, ASL, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Ordini professionali di riferimento

Indicazioni operative dalla MHPSS Community of Practice

Per garantire la sostenibilità dei servizi MHPSS, è necessario:

- Assicurare stabilità e prevedibilità dei finanziamenti
- Contrastare il turnover del personale attraverso stabilizzazione contrattuale e condizioni di lavoro sostenibili
- Definire standard minimi condivisi a livello regionale/nazionale (tempi massimi di attesa, composizione delle équipe, requisiti formativi) per garantire un livello base di assistenza indipendentemente dal territorio, lasciando spazio all'innovazione locale oltre questi requisiti.
- Pianificare percorsi pluriennali per la transizione da progetto pilota a politica strutturale, includendo raccolta dati sistematica, valutazione di impatto e advocacy sostenuta.

Conclusioni

Le raccomandazioni presentate in questo documento traducono priorità condivise in azioni concrete finalizzate a rafforzare il coordinamento, ridurre la frammentazione e promuovere l'equità tra i diversi contesti territoriali. La loro attuazione richiede un orizzonte che vada oltre la logica di interventi circoscritti nel tempo: implica un processo di integrazione istituzionale della salute mentale e del supporto psicosociale degli adolescenti all'interno di mandati, assetti organizzativi e strumenti di programmazione, sostenuto da meccanismi di governance stabili e da investimenti prevedibili nel tempo. Solo attraverso un impegno istituzionale di lungo periodo sui percorsi raccomandati sarà possibile consolidare i modelli integrati di MHPSS, scalarli in modo sostenibile e contribuire in maniera significativa al futuro delle comunità (si veda Output 2).

Bibliografia

Ministero della Salute (2019). *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*. Intesa in sede di Conferenza Unificata del 25 luglio 2019, Rep. Atti n. 70/CU. Rome: Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Retrieved from <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2019/seduta-del-25072019/atti/repertorio-atto-n-70cu/>

UNICEF (2021). *Global Multisectoral Operational Framework for Mental Health and Psychosocial Support of Children, Adolescents and Caregivers Across Settings*. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF). Consultabile su: <https://www.unicef.org/reports/global-multisectoral-operational-framework>

Annex (I) Metodologia dei workshop regionali

Le raccomandazioni contenute in questo documento rappresentano l'esito di un percorso di consultazione partecipata condotto nell'ambito del progetto TSI "Child & Youth Wellbeing and Mental Health First". La fase preliminare del progetto, consolidata nell'Output 2.3, ha consentito di identificare 15 temi prioritari per l'integrazione dei servizi MHPSS rivolti agli adolescenti e le loro famiglie e caregiver.

I 15 temi prioritari sono stati successivamente sottoposti a validazione partecipata attraverso workshop condotti in quattro regioni pilota: Emilia-Romagna, Umbria, Alto Adige/Südtirol e Sardegna. Durante questi workshop pilota, gruppi interdisciplinari di operatori, amministratori e stakeholder del sistema MHPSS hanno analizzato i temi emergenti, discusso la loro rilevanza rispetto ai contesti territoriali specifici e, attraverso un processo di votazione democratica, identificato i temi ritenuti più urgenti e attuabili per ciascun livello di intervento (micro, meso, macro).

Il processo di votazione democratica condotto in ciascun workshop ha consentito di identificare le priorità a partire dall'esperienza diretta degli operatori. I risultati aggregati dei quattro workshop hanno portato a un affinamento dei temi prioritari: cinque dei 15 temi originari non sono stati selezionati dagli stakeholder come aree prioritarie di intervento, in quanto ritenuti meno urgenti rispetto agli altri nel contesto territoriale.

Il presente documento raccoglie le raccomandazioni emerse da questo processo. I temi trattati riflettono le priorità che si sono rivelate più rilevanti e trasversali nei diversi contesti pilota. Alcuni temi originari sono stati accorpati per affinità tematica, altri sono stati integrati come principi trasversali alle diverse aree di intervento.

Le 10 aree tematiche validate, che costituiscono la struttura del presente documento, sono: (1) Accesso facilitato e privo di stigmatizzazione; (2) Coinvolgimento attivo e consapevole dei giovani; (3) Coinvolgimento delle famiglie; (4) Equità come principio progettuale; (5) Continuità delle cure nella transizione all'età adulta; (6) Integrazione oltre la cura clinica; (7) La scuola come nodo strategico del sistema; (8) Piattaforme integrate per l'erogazione dei servizi; (9) Monitoraggio e valutazione; (10) Sostenibilità attraverso l'istituzionalizzazione.

Annex (II) Sul contributo dello YAB: metodologia del workshop YAB

Le raccomandazioni dello Youth Advisory Board presentate in questo documento sono state elaborate durante il settimo incontro in presenza dello YAB (Bari, 6-8 dicembre 2025), nell'ambito del più ampio percorso di coinvolgimento dello YAB nel programma TSI.

Lo YAB ha partecipato come membro permanente dell'Advisory Committee del progetto fin da gennaio 2024. A partire dai 10 temi prioritari emersi dal processo di consultazione, lo YAB ha scelto di concentrarsi su tre aree ritenute più vicine alla propria esperienza e ai bisogni urgenti dei coetanei: (1) Accesso facilitato e privo di stigmatizzazione, (6) Integrazione oltre la cura clinica, (7) La scuola come nodo strategico del sistema. Per i contenuti completi delle raccomandazioni si rimanda all'**Output 4.1**.

Approccio metodologico: La sessione di lavoro della durata di 2 ore ha adottato un approccio basato su storie stimolo (case study): tre storie realistiche di adolescenti che incontrano ostacoli nell'accesso o nella fruizione dei servizi MHPSS. Le tre storie anonime sono state lette da tre adolescenti e condivise tramite file audio. Questo approccio ha permesso di ancorare la discussione a situazioni concrete, far emergere le raccomandazioni come soluzioni a problemi reali, e facilitare l'identificazione con le situazioni descritte.

Struttura della sessione: I partecipanti sono stati divisi in tre gruppi di lavoro, ciascuno dedicato a uno dei temi selezionati:

- Tavolo 1 – Accesso facilitato e privo di stigmatizzazione
- Tavolo 2 – Il ruolo del supporto sociale nella cura
- Tavolo 3 – La scuola come nodo centrale

Ogni gruppo ha lavorato in autonomia seguendo una sequenza strutturata: lettura della storia stimolo, identificazione degli ostacoli, formulazione delle raccomandazioni, selezione delle priorità e preparazione della presentazione plenaria.

Fonti del presente documento: Il presente documento è stato elaborato integrando i post-it prodotti durante il lavoro di gruppo (base documentale primaria con ostacoli e raccomandazioni nella loro formulazione originale) e la trascrizione della sessione plenaria (contesto argomentativo, motivazioni e citazioni dirette). L'organizzazione del materiale in raccomandazioni strutturate con Action point è stata realizzata preservando il più possibile la formulazione originale e il senso attribuito dai partecipanti.

