

Il disagio psichiatrico in adolescenti trattato nell'ambito di un DSM. La precocità della presa in carico e l'attenzione alla continuità delle cure nel passaggio all'età adulta

Domenica Senatore¹, Walter Di Munzio²

¹Responsabile dell'UONPIA del DSM area nord ASL Salerno

²Direttore DSM area nord ASL Salerno

Corresponding author: wdimun@tin.it

minase@libero.it

Riassunto

Organizzazione e procedure operazionali del lavoro di un'UONPIA all'interno dell'operatività di un Dipartimento di Salute Mentale in una Regione in cui il modello operativo prevalente è ancora quello della netta separazione del lavoro verso gli adolescenti (UUOO di NPIA incardinati nei Distretti Sanitari di Base) dall'assistenza verso adulti e giovani adulti in carico ai dipartimenti strutturali di salute mentale. L'attenzione alla presa in carico globale del paziente ed alla continuità delle cure nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta.

Procedure per la gestione delle crisi acute e del ricovero ospedaliero in carenza di strutture dedicate.

Summary

Organization and operational procedures of the work of a UONPIA within the operation of a Department of Mental Health in a region where the prevailing operational model of care is still that of a clear separation of the work towards adolescents (UUOO of NPIA hinged on Health Districts Basic) number from to adults and young adults treated at the structural departments of mental health. The attention to the overall care of the patient and to continuity of care in the transition from adolescence to adulthood.

Procedures for the management of acute and hospital admission in the absence of dedicated structures.

Il management dell'adolescente con problemi comportamentali, sintomi precoci di malattia psichiatrica.

Nel DSM Area nord dell'ASL Salerno la struttura di UONPIA si occupa dell'assistenza neuropsichiatrica nell'età evolutiva caratterizzata da un bacino d'utenza di circa 300.000 abitanti di cui 11.000 di fascia d'età 12-18 anni.

Il DSM attraverso la struttura di NPIA ha operato un orientamento diverso del target, maggiormente rivolto ai primi segnali sintomatologici, comprese le manifestazioni prodromiche e più efficace ed adatto alle necessità dei giovani utenti (1).

L'UO per l'età evolutiva funziona come unità di accoglienza, consulenza e intervento per preadolescenti e adolescenti affetti da psicopatologia di grado medio – grave. Il setting è separato logisticamente dall'UO di salute mentale per adulti ed un'équipe specialistica dedicata.

L'équipe ha come obiettivi il contenimento del disagio adolescenziale, l'intervento precoce e mirato sulla patologia emergente psichiatrica, la prevenzione degli acting, la riduzione dell'emergenza psichiatrica, la continuità assistenziale con il CSM adulti.

L'analisi dei dati del DSM hanno rilevato che negli anni l'accesso ai servizi da parte di giovani che presentavano un primo episodio di malattia grave avveniva intorno ai 21 anni senza che fosse avvenuto in precedenza un contatto con una struttura psichiatrica.

La formazione degli operatori della salute mentale e l'integrazione operativa dei servizi ha permesso di attivare una presa in carico precoce integrando a livello operativo i servizi di NPIA e quelli di salute mentale per adulti.

Inoltre i programmi di prevenzione e di educazione alla salute nelle scuole e negli ambienti di vita (2) hanno ridotto lo stigma e consentito l'accesso precoce ai servizi di NPIA abbassandosi l'età del primo accesso ai 13/15 anni.

Infatti negli ultimi anni si è osservato il graduale incremento da parte dei genitori di richieste di intervento ai servizi di salute mentale di NPIA per problematiche comportamentali che in seguito alla valutazione clinica e all'osservazione nel tempo sono stati diagnosticati come malattia psichiatrica grave.

I pazienti in età evolutiva e le loro famiglie nel DSM dell'area nord possono usufruire di un accesso alla struttura di NPIA in doppio livello di assistenza: un primo livello di assistenza territoriale distrettuale attraverso i Poli specialistici territoriali in cui specialisti del DSM ed operatori dell'Area Materno Infantile operano in équipe.

L'invio alla struttura di secondo livello avviene precocemente per definire le fasi iniziali dell'assessment e il trattamento precoce degli adolescenti (3).

Negli ultimi cinque anni si è avuto una media di nuovi accessi annui di circa 500 utenti, due terzi dei pazienti è rappresentata da minori appartenenti alla fascia di età 12/18 anni di cui 1/5 hanno presentato problematiche comportamentali importanti.

L'assessment è volto all'individuazione di segni o sintomi precoci indicativi di esordio di malattia psichiatrica e allo studio delle modalità di passaggio da programmi terapeutici - riabilitativi per minori a quelli per adulti (3).

I casi sottoposti ad approfondimento diagnostico, trattati con psicofarmaci e monitorati per un periodo di oltre sei mesi nell'anno 2012/2013 sono circa trenta (4). Per

questi casi si è delineata la diagnosi di disturbo psichiatrico grave (disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi dell'umore con aspetti deliranti e dispercettivi, personalità patologiche).

Questi pazienti sono stati inseriti in un programma di presa in carico intensivo per un periodo di follow – up di tre anni o fino al passaggio al servizio per adulti (5).

Sulla diagnosi precoce si concentra il lavoro dell'équipe che ha sperimentato le difficoltà a reperire risorse sul territorio per i bisogni specifici dei pazienti adolescenti in fase acuta e le ricadute disastrose di ricoveri presso strutture accreditate di psichiatria per adulti.

Il gruppo di lavoro formato da psichiatri e neuropsichiatri infantili costituisce un'équipe disponibile nelle 24 ore. Il primo intervento richiesto in urgenza viene svolto dagli psichiatri, che possono accedere alla consulenza e condivisione operativa sin dalle prime ore degli specialisti neuropsichiatri infantili.

L'intervento avviene secondo modalità integrate e intensive e prevede: la visita neuropsichiatrica, la valutazione psicodiagnostica, la psicoterapia individuale o di gruppo; le attività di laboratorio (terapia occupazionale presso centri accreditati); il trattamento farmacologico; il sostegno ai genitori.

Il lavoro multidisciplinare è coordinato da un neuropsichiatra infantile responsabile dei processi di valutazione e di terapia e dall'assistente sociale con funzione di case-manager (5).

I tre medici sono specialisti in neuropsichiatria infantile ed uno anche in psichiatria, e lo psicologo ha la specializzazione in psicodiagnostica. I quattro operatori clinici assumono la gestione dei casi e partecipano ad attività formativa e di supervisione personale e di gruppo sui percorsi.

La procedura prevede un percorso di assessment per analizzare il funzionamento mentale del minore attraverso colloqui, somministrazione di test standardizzati quali test grafici (figura umana, albero, famiglia, Bender ecc.), test proiettivi (C.A.T., T.A.T., Rorschach ecc.), test di livello (WISC-III, WAIS, MP, Vineland, ecc.), scale specifiche di valutazione sulla sintomatologia presentata (per la depressione, l'ansia, i disturbi della condotta alimentare, i disturbi ossessivi ecc.), sul carico familiare; per la diagnosi differenziale, e per la ricerca di eventuali noxe eziopatogenetiche (6).

Inoltre il DSM-Area Nord dell'ASL Salerno ha operato la sperimentazione del ricovero di adolescenti in reparto psichiatrico per la gestione delle crisi non altrimenti trattabili.

Il progetto di intervento della crisi è condiviso con il direttore del dipartimento e con i neuropsichiatri infantili, che si integrano e collaborano alla gestione del ricovero fornendo: consulenze e supervisione del progetto; approfondimento di aspetti internistici; impostazione e verifica del trattamento farmacologico; negoziazione dell'intervento all'interno della relazione con l'adolescente.

Il ricovero avviene in una stanza predisposta con la presenza, laddove indicato, di un familiare. Tale modalità ha consentito di gestire le crisi acute dell'adolescente sempre con ottimi risultati di recupero e reintegro nel tessuto socio-familiare del minore, di ridurre l'impatto traumatico dell'ospedalizzazione e del trattamento e della stessa esperienza della psicosi.

Infatti, in tutti i casi dell'anno 2012 (cinque) si è assistito ad una riduzione della dimoranza sintomatologica, con contenimento della terapia farmacologica e ad un riavvicinarsi di percorsi scolastici e di inserimento lavorativo interrotti durante la fase di scompenso.

Osservazioni conclusive

La necessità di affrontare la problematica degli esordi precoci della malattia mentale è una questione importante ai fini della corretta presa in carico di una comunità che in relazione ad una serie di modifiche culturali, sociali, esperienziali si rivolge ai servizi sempre più precocemente, quando compaiono i primi segni e/ sintomi di disagio mentale. La precocità dell'accesso ai servizi ha consentito di intervenire a più livelli: farmacologico, psicoterapeutico, psicoeducativo, psicopedagogico ecc.; e di ricorrere solo raramente e per casi molto complessi a interventi traumatici per il giovane paziente (TSO, massicce dosi di tranquillanti ecc.).

Per i tutti i pazienti inseriti in questo modello è stato possibile il passaggio ai servizi di salute mentale per adulti con una presa in carico caratterizzata da una costante buona adesione ai programmi terapeutici- riabilitativi proposti e a tutt'oggi non è stato mai necessario procedere a ricovero.

Riferimenti

1. Craig TJ, Bromet EJ, Fennig S et al. Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157: 60-6.
2. Domenichetti S, Adolescenti tra rischio opportunità fattori protettivi e psicopatologia. *Nuova rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 5, 2 maggio 2012.
3. Ciompi L, Dauwalder H-P, Maier C, et al. The pilot project "Soteria Berne": clinical experiences and results. In: Warner R, ed. *Alternatives to hospital for acute psychiatric treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1995; 133-51.
4. Edwards, J. & McGorry, P.D. *Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. Londra: Martin Dunitz. 2002. Traduzione italiana a cura di A. Meneghelli e A. Cocchi, *Come realizzare l'Intervento Precoce nelle Psicosi. Una Guida per l'Organizzazione di Servizi di Individuazione e di Intervento Efficaci e Tempestivi*. Torino: Centro Scientifico Editore. 2004.
5. Cocchi A, Meneghelli A, Monzani E, Preti A. Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosis, *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol.2, 1 giugno 2011
6. Cappagli B, Mangiavacchi M, Massafra A e Camuffo M, Prevenzione, individuazione precoce e trattamento dei disturbi neuropsichiatrici della prima e della seconda infanzia teoria dell'intervento. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 5, 2 maggio 2012.