La risposta allo scompenso psichico nei percorsi di cura per gli adolescenti dell'azienda sanitaria 10 Firenze

Indice generale della rivista

Authors: **Roberto Leonetti***, **Mario Landi****, **Riccardo Lo Parrino****, **Nerina Landi*****

Affiliations:

*Direttore DSM ASL10, Direttore S.C. UO NPI Asl 10 Firenze

**Resp. SOS UFSMIA ASL 10 Firenze, Referente Ambulatorio Scompensi Adolescenziali Firenze

***Referente Percorso DCA UFSMIA Firenze

Corresponding author: Roberto Leonetti, tel. 3332167392 , telefax 0556934449,

roberto.leonetti@asf.toscana.it

RIASSUNTO

Con l'intenzione di dare una risposta più soddisfacente ai bisogni molteplici dell'adolescenza, nell'ASL n. 10 di Firenze da tempo si è cominciato a pensare a una organizzazione in Percorsi dei servizi in grado di configurare un nuovo modello organizzativo che tenga insieme gli aspetti socio-sanitari ed educativi, e che preveda prevenzione, promozione della salute mentale, presa in carico e riabilitazione.

All'interno di tale organizzazione si colloca l'esperienza del Servizio Ambulatoriale per gli scompensi adolescenziali dell'Unità Funzionale di Salute Mentale Infanzia-Adolescenza di Firenze. Il Servizio ha carattere territoriale zonale (servizio ambulatoriale e non semplice ambulatorio) e si occupa della gestione di casi di adolescenti in fase di scompenso psichico , in stretta connessione con le strutture ospedaliere di riferimento (Meyer, NPI Careggi, Istituto Stella Maris, SPDC, DEA), quando sia richiesto un intervento tempestivo ma programmabile nell'arco di qualche giorno (emergenza *vs* urgenza), laddove non sia necessario un ricovero. Accedono inoltre all'Ambulatorio i casi di scompenso psichico e di grave psicopatologia dell'Istituto Penale Minorile (IPM) di Firenze. Il gruppo di lavoro, di tipo multidisciplinare, è composto da 2 Npi, 2 Psicologi, 6 Educatori Professionali, 1 Infermiere, Psicologi tirocinanti/specializzandi e volontari. È previsto un raccordo con uno psichiatra degli adulti, appositamente designato dall'UFSMA Firenze, al raggiungimento della maggiore età per il passaggio della presa in carico.

E' previsto, nella fase di accoglienza e gestione della crisi, il coinvolgimento simultaneo di varie figure professionali (NPI - Psicologo - Educatore – Infermiere) e di norma viene attuata una presa in carico sia del paziente che dei genitori.

Obiettivo dell'intervento è condurre il paziente in scompenso ad una stabilizzazione (riduzione del livello di angoscia, facilitazione e promozione del processo di mentalizzazione e riattivazione delle risorse interpersonali e dei contesti di socializzazione). Da Gennaio 2011 a Aprile 2012 sono giunte al servizio n° 88 richieste (M 42 e F46) con un'età alla prima visita tra un minimo di 11a 2m e un massimo di 17a 10m). Le diagnosi prevalenti d'invio attengono all'area dei Disturbi della Condotta e dei Disturbi d'ansia; è risultata significativa anche la presenza di casi di Fobia Sociale e di Tentati Suicidi. Gli scompensi nei D.C.A sono stati gestiti da uno specifico percorso ambulatoriale territoriale, in rete con il nostro Servizio, insieme al Servizio di NPI dell'Ospedale di Careggi. Il modello d'intervento adottato ci sembra in grado di svolgere un'efficace azione di accoglimento della sofferenza dell'adolescente e simultaneamente di contenimento di angosce diffuse all'intero nucleo familiare, attraverso un'accoglienza tempestiva ed articolata. Tale azione consente un iniziale recupero di funzioni di pensiero collassate, evitando, spesso, il ricorso al Pronto Soccorso, o anche al ricovero ospedaliero. In tal modo, sino dalle prime fasi dell'intervento, è possibile promuovere, recuperare, sostenere le relazioni dei ragazzi -temporaneamente interrotte- con il mondo esterno, con quell'ambiente di vita (scuola, gruppo dei coetanei, attività di tempo libero e sportive) al cui interno devono al più presto ritrovare il posto che a loro appartiene. Inoltre, sul fronte degli operatori, esso costituisce una base di sicurezza su cui muoversi nell'impegnativo confronto con la sofferenza psichica di giovani e giovanissimi pazienti.

Abstract

The aim of this paper is to present a new organization of mental health services for adolescents in order to address the increasing needs of mental suffering in adolescence. The new organizing model is structered in health service pathways in the attempt to keep together social, health and educational factors , to provide prevention and to promote mental health, intervention and rehabilitation.

This organization of the Functional Adolescence Unit of Florence includes a specific out- patient service dedicated to adolescent breakdown; this service is referred to a local level (area of Florence) and it works as a highly specialized outpatient service more than a simple outpatient unit. It deals with the management of cases of adolescents in acute breakdown condition keeping a close connection with the main hospital/university services of the local area when a prompted intervention is required (but it's possible to schedule in a few days) and no hospitalisation is necessary (emergency vs urgency). Young patients of Juvenile Detention Center with a breakdown condition or with a severe psychopathology are also referred to this service.

The muldisciplinary working team consists of:2 child neuropsichiatrics,2 psychologists, 6 professional educators, 1 nurses, psychologists in training, volunteers.

A connection with a psychiatrics, properly dedicated,of Adult Mental Health service is prearranged when patients are overaged in order to provide the continuity of their treatment programmes. In the first stage of admission and management of the acute mental condition, the simultaneous involvement of various professionals is required

and usually a take on charge of both parents and patient is organized.

The aim of the intervention is to lead the patient in acute breakdown condition to a clinical steadiness (decreasing the level of anxieties , promoting the mentalization processes , re-establishing the interpersonal resourches and the socialization context)

From January 2011 to April 2012 , 88 patients (M 42,F 46) aged between 11y2m-17y10m referred to the service.The main diagnosis related to Conduct disorders, Anxiety disorders ;Social Phobia and suicide attempts were also relevant.

Breakdown conditions relating to Eating Disorders have been referred to a specific outpatient service, included in a network with this service and the hospital service.

The intervention model seems to have an effective action in holding the suffering of adolescents and ,meanwhile, it's possible to contain the great anxieties within the family , through a timely and integrated approach. This intervention allows an early recovery of the collapsed thought functions , often avoiding the Emergency Department or the hospital stay. Thus, starting from the early stage of the intervention, is possible to promote, to recover and sustain the adolescents' relationships (temporaly put on hold) with the outside wordl and with their life environment (school, peer groups, leisure activities) inside which they fit and feel comfortable. Furthermore, concerning the working team, this model provides a reliable basis to face the demanding challenge of the mental suffering in young and very young patients.

ACCOGLIERE GLI ADOLESCENTI DA PARTE DEI SERVIZI

L'accoglienza degli adolescenti, dei loro bisogni e delle loro famiglie presso i servizi pubblici costituisce un punto nodale di tutto il sistema sociale, sanitario ed educativo.

L' area del bisogno è molto vasta[1] e di conseguenza sono molteplici le strutture che possono essere coinvolte nell'intervento: salute mentale, consultori, pediatria, ospedali, pronto soccorso per emergenza urgenza, scuola, giustizia. A tutte sono richieste competenze specifiche, ma anche un elevato livello di integrazione, un'articolazione dei servizi offerti e un modello organizzativo che permetta di coniugare l'unitarietà di programmazione e l'omogeneità delle prestazioni. Si tratta perciò di individuare modelli organizzativi dove tali prerogative si possano esprimere al meglio, nell'interesse prioritario degli utenti.

La frammentazione che è presente tra gli enti che si occupano di adolescenti e la mancata integrazione e coordinazione tra essi costituiscono un elemento di criticità, per la numerosità di interventi ed anche per l'impiego di risorse che vengono investite. Per ovviare a questa difficoltà e per dare una risposta più soddisfacente ai bisogni nell'ASL n. 10 di Firenze da tempo si è cominciato a pensare a una organizzazione in Percorsi dei servizi per l'adolescenza che raffigurasse un nuovo modello organizzativo, con una sua cornice di riferimento e con sue finalità, progetti, attività ed obiettivi, che tenesse insieme gli aspetti socio-sanitari ed educativi, e che prevedesse quindi prevenzione, promozione della salute mentale, presa in carico e riabilitazione, tenendo conto anche dei provvedimenti della giustizia, nelle situazioni dove quest'ultima risulta coinvolta.

Il modello operativo

Il modello operativo che è stato proposto e attuato ha previsto:

- un approccio integrato interdisciplinare globale, garantito da équipe multiprofessionali;

- una attenzione costante alla rete fra risorse e servizi, con l'obiettivo di mantenere insieme, "non scisse", le varie parti dell'adolescente (ed i suoi contenitori educativi), sostenendone i processi di crescita nell'acquisizione di nuove competenze;

- l'integrazione tra i servizi;

- l'accessibilità e la fruibilità dei servizi da parte dell'utenza, facilitando la possibilità per gli adolescenti di accedere ed esprimere il loro disagio che, accolto nella sua globalità, può essere collocato nel proprio giusto ambito.

L'esperienza di lavoro con gli adolescenti, nei vari ambiti dove è possibile incontrarli, ha spinto gli operatori a delineare percorsi fruibili , connotati da una forte integrazione tra i servizi che intervengono "prima" e quelli che operano successivamente, predisponendo e mantenendo costante l'interazione fra tutti coloro che stanno intorno agli adolescenti (servizi, risorse territoriali, scuole, associazionismo, famiglie) e, allo stesso tempo, mettendo in atto progetti educativi, di promozione del benessere e di prevenzione del disagio.

In questa ottica all'interno dell'organizzazione della ASL fiorentina si delineano dei " **percorsi secondo i bisogni** " (Leonetti, 2012) che indirizzano a seconda dei casi a Consultori Giovani, Servizi di Salute Mentale per Infanzia e Adolescenza, Servizi tossicodipendenza, Servizio Integrato Assistenza Sociale Territoriale.

L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO PER GLI SCOMPENSI ADOLESCENZIALI DELL'UFSMIA ASL10 FIRENZE

Nel corso degli ultimi anni il quadro epidemiologico in età evolutiva è stato caratterizzato dal diffondersi di condizioni di disagio psichico, espressione di condizioni di malessere sociale (Bauman, 2008) talvolta con carattere di specificità. Si sottolinea per esempio, nella realtà fiorentina, il maggior numero di adolescenti stranieri non accompagnati o la presenza di storie complesse di ricongiungimento familiare in corso di migrazione.

Il Servizio Ambulatoriale per lo scompenso psichico in adolescenza è integrato all'interno dell'organizzazione complessiva della Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza di Firenze e si propone come polo unico a livello zonale e percorso preferenziale rispetto agli ordinari canali di accesso. Prevede una **risposta tempestiva** e si

configura come luogo di cura territoriale che mantiene i riferimenti quotidiani del ragazzo garantendo tuttavia una presa in carico di **carattere intensivo** (e cioè con interventi ripetuti e ravvicinati nel tempo) là dove non sia necessario un ricovero ospedaliero.

Caratteristica peculiare del profilo organizzativo è il lavoro di rete che prevede il raggiungimento e il mantenimento di un livello di integrazione tra interventi articolati e differenziati garantendo coerenza con i mutevoli bisogni della situazione clinica e "tenuta" nel tempo del progetto complessivo. In questo processo è coinvolto sia il *livello interno* (interventi tra i vari professionisti operanti) sia quello *esterno* (raccordo con le altre istituzioni).

Fili, nodi e vincoli della rete

I *Fili* all'interno del gruppo di lavoro sono le formazioni professionali similari o analoghe, la condivisione di una prassi metodologica comune, la conoscenza nel tempo degli operatori, la reciproca affidabilità; all'esterno sono forme di collaborazione consolidate, la conoscenza delle risorse e delle risposte operative.

I *Nodi e i Vincoli* riguardano il permanere di una molteplicità di modelli formativi degli operatori con difficoltà a condividere la lettura dei comportamenti dell'adolescente; prassi operative nei diversi contesti talvolta rigide e poco modificabili; ostacoli e disfunzioni nei rapporti tra i diversi organismi istituzionali. (Landi, 2005).

Tali difficoltà sono affrontate dal gruppo interno anche grazie al riconoscimento di una comune matrice teorica di riferimento rappresentata dal **modello della mentalizzaione**, (Fonagy et al, 2001; Fonagy et al, 2004; Fonagy et al, 2006) concettualizzazione che trova in ciascuna area di intervento peculiari risonanze. Infatti una compromissione dei sistemi deputati alla maturazione della capacità di mentalizzare sembra essere elemento che accomuna molte delle patologie adolescenziali.

Un attaccamento "insicuro" o "disorientato – disorganizzato" (secondo la classificazione di Aisnsworth, 1978) determina una **scarsa capacità a mentalizzare le esperienze e le emozioni.**

Eventi traumatici o grave mancanza di esperienze sensoriali durante i periodi sensibili dello sviluppo hanno importanti implicazioni sulla strutturazione prima di stili e poi di tratti comportamentali di personalità (Perry, 1995).

La **crisi** stessa può essere il segnale di uno **scacco delle competenze riflessive (**Fonagy et al, 2001) del ragazzo: nel corso della crisi il paziente diventa sempre più incerto rispetto a ciò che prova verso se stesso e gli altri, le figure di riferimento; riferisce vissuti di agitazione mentale che creano ansia e possono indurre all'agito comportamentale.

I genitori a loro volta portano una **incapacità a mentalizzare** (Fonagy et al, 2006) gli stati interni del figlio e la difficoltà a mantenere coesione nel proprio mondo rappresentazionale crea instabilità e disorientamento.

La crisi assume pertanto un **carattere gruppale:** alla frattura del senso di continuità del sé dell'adolescente si accompagna il destrutturarsi del quadro familiare. Si assiste inoltre ad un **coinvolgimento dell'ambiente di vita** dell'adolescente con la perdita e l'impossibilità di accedere ai consueti riferimenti extrafamiliari (coetanei) e ritmi sociali (scuola, sport ecc.).

Pertanto il Servizio offre una **risposta complessa** che coinvolge più figure professionali per i bisogni dell'adolescente e della sua famiglia comprendendo il lavoro individuale col ragazzo e quello con i genitori ed il contesto di vita.

Una riflessione sulla fruibilità delle proposte di intervento e sull'outcome delle proposte stesse determina le **scelte terapeutiche successive alla fase di accoglienza** e gestione dell'acuzie: intervento educativo per il minore (spesso primo presidio di intervento) e supporto alla coppia genitoriale, supporto psicoterapico alla relazione madre o padre – figlio/a, intervento prevalentemente centrato sul sostegno terapeutico alle risorse del minore con attivazione di eventuali supporti eterofamiliari: famiglia affidataria, istituzioni di cura ecc.

L'organizzazione del Servizio

Il Servizio ambulatoriale per adolescenti dell' UFSMIA Firenze si propone come servizio territoriale zonale (servizio ambulatoriale e non semplice ambulatorio) per la gestione di casi di adolescenti in fase di scompenso psichico , in stretta connessione con le strutture ospedaliere di riferimento (Meyer, NPI Careggi, Istituto Stella Maris, SPDC, DEA), quando sia richiesto un intervento tempestivo ma programmabile nell'arco di qualche giorno (emergenza *vs* urgenza), laddove non sia necessario un ricovero. Accedono inoltre all'Ambulatorio i casi di scompenso psichico e di grave psicopatologia dell'Istituto Penale Minorile (IPM) di Firenze.

URGENZE – GRAVE PSICOPATOLOGIA

Quadri Psicopatologici (ICD-10)

- Disturbi affettivi (f30-39)
- Sindromi fobiche, da stress e somatoformi (f40-48)
- Disturbi psicotici (f20-29)
- Disturbi di personalità (f60-69)
- Disturbo della condotta e delle emozioni (f90-98)

Gli scompensi nei **D.C.A** vengono gestiti da uno specifico percorso ambulatoriale territoriale, in rete con il nostro Servizio, insieme al Servizio di NPI dell'Ospedale di Careggi. È prevista una stretta collaborazione con i **Sert** nei casi di comorbidità con abuso di sostanze

I NPI dell'ambulatorio effettuano una consulenza specialistica presso SPDC per minori eventualmente ricoverati che non siano già in carico ai Servizi SMIA, su richiesta dello Psichiatra di reparto e da attuarsi nei tempi più rapidi possibili

Età: 12-18

Residenza nel Comune di Firenze

L'équipe multidisciplinare

- 2 Npi
- 2 Psicologi
- 6 Educatori Professionali
- 1 Infermiere
- Psicologi tirocinanti/specializzandi e volontari

È previsto un raccordo con uno psichiatra degli adulti, appositamente designato dall'UFSMA Firenze, al raggiungimento della maggiore età per il passaggio della presa in carico.

Operatività della prima fase

(dalla prima visita alla costruzione del progetto terapeutico)

- Fase di accoglienza e gestione della crisi (NPI - Psicologo - Educatore – Infermiere). Di norma vengono visti insieme il paziente e i genitori
- Assessment e interventi urgenti necessari
- Stabilizzazione del paziente
- Attivazione di intervento educativo (a domicilio e/o ambulatoriale)
- Attivazione di ambiente terapeutico (Laboratori per adolescenti ASL 10 – "Percorso verde", centri diurni, strutture residenziali)
- Attivazione della rete Istituzionale (SIAST, T.M., scuola)

Obiettivi

Ridurre il livello di angoscia

Facilitare e promuovere il processo di mentalizzazione

Riattivare le risorse interpersonali e i contesti di socializzazione

Dati di attività

(gennaio 2011 - aprile 2012)

n° richieste: 88 (M 42 e F 46)

- n° prime visite: 86 (M 42 e F 44)
- età alla prima visita: min 11a 2m max 17 aa 10m
- n° pz presi in carico: 77 (M 41 e F 36)

- Comorbidità con uso di sostanze e/o alcool (1° visita): 8

Diagnosi di invio:

- D. condotta e DOP: 31
- DAP:12
- Fobia sociale: 9
- T.S.: 8
- DOC: 6
- Disturbo Psicotico: 5
- Depressione grave: 4
- DCA: 4
- Sindrome di Tourette: 2
- Disturbi Fobici e Somatoformi: 1
- Condotte Autolesive: 1
- SPTDS: 1
- Etilismo Acuto: 1
- Problemi relazionali e familiari: 1

Ricovero in una fase dell'intervento

- NPI Careggi:1
- Meyer+NPI Careggi:1
- Stella Maris:2
- Meyer+Stella Maris: 2
- SPDC Asl 10: 2
- Meyer: 1

Tot: 9

DH in una fase dell'intervento (NPI Careggi):11

Ricovero+DH (NPI Careggi):3

Inserimenti al "Percorso Verde" (laboratori per adolescenti ASL 10 Fi): 12

Inserimenti in Comunità Terapeutiche: 2

Comunità Educative:1

Integrazione con altri servizi

.Casi seguiti con Ser.t : 2

.Casi seguiti con il Servizio sociale(SIAST): 34

1 caso di esordio psicotico (17aa 3m) seguito all'interno del progetto di ricerca Get Up

Il Progetto GET UP (Genetic Endophenotypes and Treatment: Understanding early Psycosis) è uno studio controllato randomizzato, a cui ha aderito la nostra ASL, che confronta l'*effectiveness* a 9m di un trattamento psicosociale multicomponenziale integrato basato sulle linee-guida per i pazienti all'esordio psicotico e i loro familiari vs il

trattamento di routine fornito nei servizi pubblici di Salute Mentale.

Casistica IPM (gennaio 2011- aprile 2012)

N° di pazienti visti in regime di urgenza o per psicopatologia grave/complessa: 17.

Il ricovero ospedaliero (SPDC) si è reso necessario in 3 casi.

In uno di essi il ricovero è stato effettuato tramite 118.

IPM: motivi della richiesta

PATTERNS SINTOMATICI:

- Suicidalità
- Autolesionismo grave
- Condotte aggressive
- Stati di agitazione più o meno legati a disturbi del pensiero

Diagnosi alla stabilizzazione (ICD – 10)

- Disturbi del comportamento e delle emozioni: 23
- Sindromi fobiche da stress e somatoformi: 22
- Disturbi affettivi: 21
- Disturbi psicotici: 5
- DCA: 4
- Disturbi di personalità: 2

CONCLUSIONI

Il modello d'intervento adottato ci sembra in grado di svolgere un'efficace azione di accoglimento della sofferenza dell'adolescente e simultaneamente di contenimento di angosce diffuse all'intero nucleo familiare, attraverso un'accoglienza tempestiva ed articolata. Tale azione consente un iniziale recupero di funzioni di pensiero collassate, evitando, spesso, il ricorso al Pronto Soccorso, o anche al ricovero ospedaliero.

In tal modo, sino dalle prime fasi dell'intervento, è possibile promuovere, recuperare, sostenere le relazioni dei ragazzi -temporaneamente interrotte- con il mondo esterno, con quell'ambiente di vita (scuola, gruppo dei coetanei, attività di tempo libero e sportive) al cui interno devono al più presto ritrovare il posto che a loro appartiene.

Inoltre, sul fronte degli operatori, esso costituisce una base di sicurezza su cui muoversi nell'impegnativo confronto con la sofferenza psichica di giovani e giovanissimi pazienti,che inevitabilmente mette in gioco risonanze ed emozioni individualmente non gestibili.

RIFERIMENTI

1) Leonetti R, I percorsi di cura per gli adolescenti nell'organizzazione dei Servizi dell'Azienda Sanitaria Firenze. Minori giustizia. Milano: Franco Angeli; 2012; 1:437-445.

2) Bauman Z, Vita liquida. Roma – Bari: Laterza; 2008

3) Landi N, Landi M, Specificità della presa in carico e del contesto. In: Approccio Evolutivo alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Firenze: SEID ed.; 2005.

4) Fonagy P ,Target M, Attaccamento e funzione riflessiva. Milano: Raffaello Cortina; 2001.

5) Fonagy P, Bateman A, Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, Mentalization – Based Treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004 (trad. it. Il

Trattamento Basato sulla Mentalizzazione. Milano: Raffaello Cortina; 2006).

6) Fonagy P, Allen JA, Mentalization – Based treatment. Chichester: Wiley and Sons; 2006 (trad it. La Mentalizzazione - Psicopatologia e Trattamento. Bologna: Il Mulino; 2008).

7) Ainsworth MD et al, Patterns of attachment: Psychological study of the strange situation . Hillsdele, NJ: Erlbaum; 1978.

8) Perry BD, Childhood trauma, the neurobiology of adaption, and use- dependent development of brain: how states became traits. Infant Mental Health Journal. 1995; 16(4):271-279.

1 L'area comprende circa il 20% della popolazione tra zero ed diciassette anni, includendo in essa il disagio psicosociale, le situazioni di rischio per la salute mentale e i minori affetti da una malattia grave o che convivono con genitori che ne sono affetti.