

Puppo Valeria¹, Zambonini Monica², Cantatore Miriam³, Ciancaglini Panfilo⁴, Perelli Eugenia⁵, Scibilia Antonietta⁶, Vaggi Marco⁷

¹Psichiatra, S.C. Salute Mentale Distretto 8, DSMeD, ASL 3 Genova

²Psicologo, S.C. Salute Mentale Distretto 8, DSMeD, ASL 3 Genova

³Tecnico della riabilitazione psichiatrica, S.C. Salute Mentale Distretto 8, DSMeD, ASL 3 Genova

⁴Psichiatra, S.C. Salute Mentale Distretto 8, DSMeD, ASL 3 Genova

⁵Psichiatra, S.C. Salute Mentale Distretto 8, DSMeD, ASL 3 Genova

⁶Psicologo, S.C. Salute Mentale Distretto 8, DSMeD, ASL 3 Genova

⁷Psichiatra, S.C. Salute Mentale Distretto 8, DSMeD, ASL 3 Genova

Corresponding author: Panfilo Ciancaglini

panfilo.ciancaglini@fastwebnet.it

3356528347

Riassunto

Gli autori studiano i percorsi successivi alla visita di valutazione di 60 utenti, di età inferiore a 25 anni, al primo contatto con il CSM di Genova Voltri nel corso del 2012. Vengono individuati 5 tipologie: presi in carico da equipe multi professionale, assunti in trattamento, vigilati in modo attivo, monitorati e inviati ad altre agenzie socio-sanitarie. L'assegnazione al percorso avviene dopo una procedura di valutazione specifica per questa fascia d'età, in base al gradiente di intervento ritenuto ottimale compatibilmente con le risorse a disposizione. Oltre al quadro clinico sono presi in considerazione: la familiarità, il profilo di rischio, il funzionamento globale, il livello di resilienza e la rete sociale di sostegno. Vengono poi focalizzati i due gruppi dei soggetti vigilati e monitorati che insieme costituiscono il 39% dei casi studiati. L'intervento svolto su questi soggetti si colloca su diversi livelli: cura, prevenzione e promozione, presso la comunità locale, dell'immagine di un servizio amichevole e di facile accesso.

Summary

The authors examine therapeutic pathways following an assessment visit of 60 outpatients, less than 25 years old, during 2012 at their first contact with a CSM (Community Mental Health Center) in Genova-Voltri. Five clinical profiles are identified: subjects treated by multiprofessional team, treated by individual therapists, actively monitored, evaluated and sent to other social and health agencies. The assignment to a definite therapeutic pathway is done after a specific evaluation for this age group and after a judgment about optimal intensity of intervention, according to the available resources. In addition to the clinical presentation, family history, risk profile, resilience and social supports are taken into account. Subjects actively monitored and evaluated are analyzed; these two groups together are 39% of total sample. Intervention for these subjects develops over different levels: prevention, treatment, promotion of a friendly and approachable mental health service in local community.

Introduzione

Sulla base degli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosis [1] il CSM di Genova Voltri valuta la domanda di chi vi si rivolge per la prima volta, in modo differenziato in base all'età, secondo tre fasce (meno di 25 anni, tra 25 e 65, oltre 65). Le differenze riguardano sia le procedure che gli operatori coinvolti. Lo psichiatra che accoglie richieste e segnalazioni riguardanti i minori di 25 anni appartiene al gruppo multiprofessionale dedicato agli interventi precoci, attivo nel servizio dal 2005 e che ha in carico, attualmente, 95 pazienti.

Scopo del lavoro è quello di descrivere la metodologia utilizzata in questa prima fase e di analizzare i percorsi successivi raggruppandoli in base alla tipologia degli interventi svolti [2].

La valutazione si compone di diverse tappe: analisi della domanda (diretta o indiretta), ricognizione sulla disponibilità del ragazzo ad incontrare lo psichiatra o un altro operatore (con massima flessibilità per tempi e luoghi), superamento di eventuali ostacoli attraverso la collaborazione con i genitori e/o con il MMG, visita psichiatrica, assessment differenziato in base alla prima ipotesi diagnostica, proposta di percorso.

Materiali e metodi

Sono stati studiati 60 soggetti entrati per la prima volta in contatto con il servizio tra il 01.01.2012 e il 31.12.2012.

Due sono stati visitati in pronto soccorso e avviati ai servizi della zona di residenza. Dei restanti 58 (26 maschi e 33 femmine) 7 erano minorenni al momento del contatto.

Per quanto riguarda le modalità di invio, 13 (22%) hanno chiesto la visita di propria iniziativa, 13 (22%) su iniziativa dei genitori, 13 (22%) sono stati indirizzati dal MMG, 5 (8%) da specialisti privati, 4 (6%) dal distretto sociale, 2 dal SPDC, 2 dalla NPI. Pronto soccorso, 118, servizio disabili, tribunale, commissione patenti hanno inviato un caso ciascuno.

Risultati

L'analisi dei percorsi successivi alla fase di valutazione ci ha consentito di individuare 5 gruppi [3].

1) Presi in carico da equipe multi professionale: 16 casi (28%)

Appartengono a questo gruppo gli esordi psicotici (6 casi) per i quali sono previsti molteplici ed articolati interventi. In fase di assessment: visita psichiatrica, colloquio psicoeducazionale per paziente e genitori; somministrazione di strumenti di valutazione (HONOS, BPRS, CHECKlist ERIraos, e, se occorre, valutazione del QI con WAIS-R e batteria di test cognitivi). In fase di trattamento: colloqui psichiatrici con eventuale somministrazione di psicofarmaci, psicoterapia ad indirizzo cognitivo-comportamentale, supporto ai familiari, sostegno proattivo sul percorso scolastico o lavorativo. Nell'ottica della massima flessibilità e dell'obiettivo di mantenere il contatto con il servizio, il paziente è preso in carico anche se rifiuta parte delle proposte di cura o se preferisce rivolgersi, per una parte degli interventi, a curanti esterni.

Oltre agli esordi psicotici hanno ricevuto un trattamento integrato 9 pazienti con: sviluppo traumatico e sintomi psicotici transitori (psicoterapeuta e psichiatra) o con sintomi psicotici attenuati e familiarità per patologie psichiatriche gravi (psichiatra, psicoterapeuta e psicologo per trattamento familiare).

Infine, un paziente inviato dal distretto sociale, già in comunità educativa al compimento della maggiore età, con un elevato grado di complessità sociale, giudiziaria e psicologica.

2) Assunti in trattamento: 9 casi (16%)

Questo gruppo ha ricevuto un trattamento ambulatoriale per patologie non psicotiche (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, ecc.) da parte di un solo professionista: psichiatra nel caso di farmacoterapia associata a colloqui psicoeducazionali o psicologo nel caso di psicoterapia.

3) Vigilati in modo attivo: 6 casi (10%)

Si tratta di un gruppo di persone che hanno necessitato di un breve periodo di trattamento da parte di psichiatra e/o psicologo per una patologia non psicotica, la cui sintomatologia si è risolta in tempi brevi (meno di due mesi). Ad esempio depressione in gravidanza o disturbo post traumatico da stress. Tuttavia, in considerazione di fragilità accertate nel corso della cura vengono invitate a mantenere sporadici contatti con il servizio. Se il contatto viene perso, li si cerca in modo attivo o, qualora sembri più opportuno, si cercano informazioni attendibili sul loro stato di salute (ad es. tramite familiari o il MMG).

4) Monitorati: 17 casi (29%)

I casi di questo gruppo hanno caratteristiche piuttosto disomogenee, ma ricevono lo stesso tipo di risposta: un servizio di consulenza.

10 di essi presentavano una sintomatologia psichiatrica sottosoglia o estremamente lieve (depressione sottosoglia, disturbi d'ansia). Nel nostro servizio persone con problemi analoghi, se maggiori di 25 anni, vengono valutate e inviate al MMG per un trattamento o un monitoraggio [4]. Con i minori di 25 anni viene fornito un counselling che riguarda lo stile di vita, la cura di sé, la gestione dei sintomi sottosoglia, gli obiettivi da raggiungere nel percorso di vita. Nella maggior parte dei casi si fanno 2 o 3 sedute, con la disponibilità ad eventuali incontri successivi con gli utenti stessi o con coetanei e/o genitori.

In 4 casi si è trattato di persone senza alcuna diagnosi psichiatrica che hanno richiesto valutazioni e chiarificazioni in merito al loro percorso di vita.

In un caso si è trattato di una richiesta di consigli sul comportamento da tenere verso un genitore psicotico e di informazioni sul proprio profilo di rischio.

Tre richieste hanno riguardato conflitti con i genitori.

Questo tipo di intervento è finalizzato a fornire un'immagine "amichevole" e accessibile del servizio che lo renda concreto riferimento in caso di necessità, per il ragazzo, la sua famiglia e la rete sociale di appartenenza.

5) Inviati ad altre agenzie socio-sanitarie: 10 casi (17%)

Si tratta di persone inviate al servizio per presa in carico e/o consulenza da altre agenzie socio-sanitarie e inviate, dopo la valutazione, ad altri servizi ritenuti competenti per l'intervento necessario (2 al distretto sociale, 1 al centro per il trattamento dei DCA, 2 al consultorio, 2 al servizio disabili, 1 al MMG, 2 alla medicina legale). L'invio è sempre guidato e protetto, previo accordo di accettazione con il servizio interessato.

Discussione

Il CSM di Genova Voltri ha attivato 10 anni fa una collaborazione strutturata e continuativa con la Medicina Generale. La percentuale di invii diretti (13%) da questa agenzia rimane inferiore rispetto a quella dei maggiori di 25 anni (18%). Va tuttavia sottolineato che alcuni degli invii da parte dei genitori sono stati sollecitati dal MMG. Resta la constatazione che sui giovani debbono essere implementati programmi speciali, poiché, queste fasce d'età non vengono in contatto col medico di famiglia. Il progetto "LA VELA" [5], proposto su una parte del territorio genovese, che prevede una visita di accoglienza al momento del passaggio dal pediatra al MMG, sembrerebbe rispondere a questa esigenza.

Nel 2012 nessuno di questi nuovi utenti ha chiesto di essere visto a casa o, comunque, fuori dal servizio, contrariamente a quanto accaduto negli anni precedenti. L'ipotesi è che ciò sia il risultato del lavoro svolto nel corso degli ultimi anni con le agenzie invianti, che potrebbero aver depotenziato l'idea di un luogo stigmatizzante.

I ragazzi sono stati assegnati ad uno dei percorsi individuati, in base al gradiente di intervento ritenuto ottimale, e non in base alla gravità del disturbo. Gli esordi psicotici sono stati avviati tutti al primo percorso, ma negli altri casi, le diagnosi sono distribuite in tutti i gruppi e la valutazione ha considerato anche altre variabili quali: familiarità, stile di vita, comorbidità, deprivazione relazionale e sociale, istituzionalizzazione, traumi infantili, momento evolutivo, eventi stressanti. Un criterio, quindi, centrato sul livello di funzionamento globale, sul profilo di rischio e sulla valutazione della resilienza.

Nel primo gruppo troviamo, ad esempio, una donna affetta da disturbo borderline di personalità, straniera, madre da pochi mesi, per la quale è stato necessario un

intervento multiprofessionale su: paziente (farmacoterapia, psicoterapia individuale), coniuge, coppia, suoceri, operatori del consultorio. Soggetti con disturbo d'ansia sono presenti in percorsi diversi: nel secondo una paziente con familiarità per psicosi, molteplici lutti complicati di figure di accudimento e attualmente un'inversione di ruolo rispetto all'unica figura di riferimento sopravvissuta; nel terzo una paziente in gravidanza che ha necessitato di un intervento intensivo ma di breve durata; nel quarto persone che avevano supporto affettivo, rete sociale valida, buona resilienza, discreto funzionamento globale: per loro è stato sufficiente un intervento puntiforme.

Questa impostazione è frutto di riflessioni svolte sia dal gruppo dedicato agli interventi precoci, sia dal servizio nel suo complesso, e riguardano tanto la clinica degli interventi precoci che l'organizzazione del CSM [6]. Ne segnaliamo alcune:

- intervenendo precocemente, oltre a lavorare sui danni inferti dalla patologia, si possono rafforzare gli elementi di salute/resilienza che in questa fase sono ancora presenti [7]; ad esempio operando con gli insegnanti dei pazienti e attivando direttamente un sostegno allo studio per rafforzare il "ruolo" di studente e impedire l'abbandono scolastico; oppure proponendo una attività sportiva o attivandosi perché non ne venga abbandonata una già in corso, ecc.
- rispetto agli anni precedenti stanno aumentando i giovani che contattano il servizio in una fase molto precoce di malattia, quando ancora i sintomi sono piuttosto vaghi e indifferenziati. I soggetti al primo contatto con il servizio, di età inferiore ai 25 anni, rappresentavano nel 2005 il 2% del totale mentre nel 2012 sono saliti al 9,5%. Ciò ci consente di studiare, imparare e riflettere sulle patologie nelle loro fasi iniziali, come mai ci era capitato. Iniziamo ad avere un'idea delle malattie psichiatriche diversa da prima, che ci pone molti interrogativi, alcuni dei quali non trovano risposte preconfezionate in letteratura. Ci troviamo sulla linea di confine di un territorio non ancora ben esplorato, posizione molto stimolante ma assai incerta. Avvertiamo l'esigenza di strumenti diagnostici e di cura più sofisticati, che non costituiscono l'attrezzatura routinaria di un servizio generalista (ad es. strumenti di valutazione, brain imaging) [8]. Sentiamo come mai prima l'esigenza di collaborare con i ricercatori [9].
- il contatto con alcuni utenti non affetti da patologia o con patologia sottosoglia, con gli insegnanti, con genitori che hanno altri figli oltre al nostro paziente, con il distretto sociale, ci consente di fare un lavoro di prevenzione, anche se su numeri molto esigui (non abbiamo ancora ritenuto di intraprendere azioni di prevenzione in modo più capillare e su scala maggiore) [10].

Conclusioni

Lo studio della casistica sembrerebbe confermare il raggiungimento, almeno parziale, degli obiettivi che il servizio si era posto quando ha deciso di implementare una modalità di valutazione specifica per tutti i nuovi accessi di età inferiore ai 25 anni e di affidarla agli operatori del gruppo dedicato agli interventi precoci. Il razionale era, infatti, quello di agire in senso preventivo e curativo, utilizzando al meglio le risorse esistenti. Il rapporto tra trattati (44%), monitorati e vigilati (39%) e inviati ad altre agenzie (17%) appare equilibrato e rispondente allo scopo di offrire un servizio a molti e un trattamento specifico solo a chi ne ha bisogno, secondo l'ottica di salute pubblica che ha come suo target la popolazione e non solo i singoli casi [11].

Riferimenti

1. Cocchi A, Meneghelli A, Monzani E, Preti A. Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosis. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2011; 2.
2. Yung AR, McGorry PD. Prediction of psychosis: setting the stage. British Journal of Psychiatry. 2007; 191 (Suppl. 51).
3. Mc Gorry PD, Hickie IB, Young AR, Pantelis C., Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. Australia and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006; 40.
4. Ciancaglini P, Vaggi M, Perelli E, Macciò D, Sartini E, Pistorio A. Servizi psichiatrici e medicina generale: l'esperienza del Centro di Salute Mentale di Genova Voltri. Psichiatria di Comunità. 2009; 8(1):36-45.
5. Bini P, Messina V. Adolescenti e medici di famiglia: due mondi separati? Il progetto "LA VELA" Atti del 2° Congresso Nazionale AIPP Genova 2009.
6. De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, Mc Gorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2012; 21(1):47-58.
7. Van Os J. Early intervention in psychiatry: reasons for a more prevention-oriented model in mental health. Relazione al Congresso "Evidence based practice in psichiatria" Genova December 7, 2012.
8. Lasalvia A, Tansella M. Young people at high risk for psychosis: conceptual framework, research evidence and treatment opportunities. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2012; 21(4):317-322.
9. Lawrie SM, Stanfield A, Yohnstone EC, Mc Intosh AM. Predicting first episode psychosis in those at high risk for genetic or cognitive reasons. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2012; 21(4):323-328.
10. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. www.thelancet.com 2011;378.
11. Thornicroft G, Tansella M. Per una migliore assistenza psichiatrica. CIC edizioni internazionali. 2009; 6-8.