

Dall'emergenza ai percorsi di cura nell'adolescenza: la costruzione di un modello operativo di intervento integrato in un servizio pubblico di salute mentale

Giancarlo Belloni*, Antonio Basilisca**, Sara Comerio**, Luca Micheletti*, Osmano Oasi**, Feserica Rosatti. **, Paola Scovazzi**, Giorgio Cerati***

*Psichiatra DSM, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano"

**Psicologo/a DSM, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano"

***Psichiatra Direttore DSM, Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano"

Riassunto

Occuparsi di adolescenti all'esordio psicotico o a rischio psicopatologico è compito assai complesso. I cambiamenti naturalmente presenti in adolescenza rappresentano una rottura con il passato e proiettano il ragazzo in un futuro dalla configurazione ancora incerta. Peraltro in un'età in cui la sofferenza emotiva è molto rappresentata, la continuità della presa in carico può allora rappresentare un fattore determinante per un buon decorso clinico. E' questa, d'altra parte, la condizione indispensabile affinché un intervento, soprattutto nell'area del disturbo mentale grave, sia non solo precoce, ma anche efficace. Occorre inoltre tenere presente che i comportamenti e i disagi che si manifestano in età giovanile richiedono spesso nuove griglie di lettura, capacità interpretative e strategie di intervento: si tratta di condizioni difficilmente riscontrabili in un unico servizio psichiatrico. Ecco allora il bisogno di definire un modello operativo di intervento integrato all'interno del DSM della AO "Ospedale Civile di Legnano", capace di unire competenze della neuropsichiatria infantile e della psichiatria degli adulti. L'articolo si sofferma su tale modello operativo e fornisce una prima ipotesi di costituzione di équipe integrata fra i servizi che si sono sempre occupati in modo scisso del disagio adolescenziale e giovanile, senza una prospettiva evolutiva dei percorsi di cura. La sfida che viene lanciata è quella di introdurre un cambiamento nella struttura sanitaria esistente, valorizzando le specificità e le competenze di coloro che ne fanno parte. I primi risultati sono incoraggianti e sono in linea con le prospettive della comunità scientifica internazionale.

Summary

The care of adolescents with a first psychotic episode or with a psychopathological risk is an hard and complex work. The changes that are naturally present in adolescence represent a break with the past and project the adolescent in a still unknown future. Moreover, during a period in which emotional sufferance is much represented, the continuity of the take in charge could be a clue of a good prognosis. This is on the other hand, the necessary condition to make an intervention both quick and efficient, above all in the severe mental illness area. We also have to take into account that behaviours and diseases which appear in younger age often require new ways of interpretation, interpretative skills and intervention strategies.: they are conditions not easily obtainable in a sole psychiatric service. So the need is present, to define an operative model of integrated intervention within the Mental Health Department of Legnano Hospital, which could put together competences of children neuropsychiatry and adult psychiatry. The present article points out this operative model and gives a first hypothesis of the constitution of an integrated equip among the services that are always involved separately in adolescent and young disease, without an evolutional perspective of care pathways. The challenge is the introduction of a change in the present health structure, giving more value to the specific competence of those which are involved in it. The first results are encouraging and are coherent with the perspectives of the international scientific community.

Introduzione

Il **Piano Regionale per la Salute Mentale** (PRSM, 2004) della Lombardia si caratterizza, nell'ottica dello sviluppo della psichiatria di comunità, per la valorizzazione delle buone pratiche esistenti, per l'impegno a favorire l'integrazione degli interventi, per il processo di ridefinizione dei percorsi di cura territoriali e residenziali, per l'introduzione del metodo della progettualità innovativa anche in risposta ai bisogni emergenti. In particolare, i Programmi triennali di azioni innovative, che hanno come obiettivo di sviluppare progetti specifici su aree di attuale interesse clinico e sociale, favorendo processi integrativi tra i soggetti, di qualità e di qualificazione professionale delle équipe dedicate, sono stati promossi in due triennalità, 2005-2008 e 2009-2011, con la partecipazione di tutti i DSM regionali, i quali hanno proposto circa 70 programmi nella prima e oltre 80 nella seconda. I progetti in atto, che nel 2010 erano in contatto con oltre 12.000 utenti, si sostengono grazie al fondo dedicato per l'innovazione assegnato ad ogni ASL e forniscono la possibilità di sperimentare aree cliniche specifiche in risposta a reali bisogni e di organizzare validi modelli di servizio.

Attuare l'**obiettivo dell'integrazione** dell'attività del programma di intervento precoce col progetto di emergenza urgenza nell'adolescenza rappresenta una prima esperienza di articolazione tra la psichiatria e la neuropsichiatria infantile. Esso si pone l'obiettivo di superare la dicotomia cronologica che finora ha caratterizzato l'approccio al disagio psichico nell'età di passaggio verso l'età adulta, i cui confini anche alla luce dei cambiamenti sociali e culturali sono sempre meno netti e la cui intrinseca instabilità promuove intorno a sé attenzione e movimento, se non allarme. Finora i contatti tra le unità operative erano limitati al passaggio di presa in cura al compimento del diciottesimo anno, in assenza di continuità e condivisione fra i servizi. Ne derivava una fisiologica dispersione di informazioni, con la conseguente difficoltà dell'adolescente sofferente a elaborare la perdita di un referente significativo.

Queste problematiche organizzative si amplificano alla luce dei recenti **cambiamenti socio-culturali**. I ragazzi acquisiscono sempre più precocemente competenze tipiche dell'età adulta: la diffusione delle tecnologie digitali e la proliferazione di reti di comunicazione promuovono la veloce e esasperata divulgazione di abilità che forzano lo sviluppo psichico. In tal modo si crea un gap rispetto all'acquisizione dell'identità, delle responsabilità e della definizione del proprio Io con paure e desideri che devono ancora essere protetti e incoraggiati. Il particolare contesto sociale peraltro ostacola la piena acquisizione di autonomie; deriva da ciò un'espansione dell'adolescenza i cui confini non sono più sanciti da tappe evolutive culturalmente codificate, e che invece debordano in un'età che un tempo era nettamente adulta.

Oggi i ragazzi fanno fatica a adempiere i loro compiti evolutivi, cioè acquisire quelle capacità che permettono di superare il periodo di sviluppo in cui si trovano e prepararsi a consolidarne di nuove. Mancano riti di iniziazione che permettevano di strutturare un ruolo sociale e manca il supporto della comunità. Le agenzie istituzionali e non, che hanno a che fare col mondo dei ragazzi, dovrebbero non solo individuare segnali di disagio, ma anche promuovere fattori di resistenza e protezione attraverso la funzione educativa

dell'insegnamento. L'avvicinamento graduale alla realtà prevede un certo grado di disillusione, che attiva il risentimento. Affrontare il risentimento è il prezzo che si paga quando dobbiamo disilludere, ma è necessario capire che stiamo creando un'opportunità di crescita. (Domenichetti, 2012). In un'età nella quale si sente molto e si pensa poco, il risentimento può favorire processi emotivi deflagranti che non potendo essere contenuti nello spazio psichico, debordano fuori dalla "pelle", psichica e fisica, dando luogo a comportamenti spesso eccessivi, impulsivi e provocatori. Essi investono il contesto ambientale producendo crisi allarmanti che spesso richiedono un intervento clinico.

L'emergenza psichiatrica in adolescenza è quasi sempre un'emergenza comportamentale, le cui cause vanno dalla reazione disadattativa all'intossicazione da sostanze, fino alla psicosi. Ne deriva la necessità di un intervento tempestivo ed efficace, a cui difficilmente si adattano modalità operative (spesso imbrigliate nelle consuetudini dei servizi psichiatrici) forti dell'esperienza consolidata, ma rivelate nella loro debolezza quando si articolano con i veloci cambiamenti culturali che hanno investito la società negli ultimi anni, agendo su un'età di per sé critica e instabile come l'adolescenza. L'assistenza psichiatrica tradizionale risponde ai bisogni tipici della cronicità mentre offre progetti di presa in carico generici ai ragazzi che manifestano forti segnali di sofferenza emotiva e/o rischio psicopatologico.

L'approccio alla giovane età deve essere tempestivo, semplice, credibile e accattivante: da cui la necessità di costruire un progetto efficiente, basato sull'esperienza scongiurando il rischio di rimanere imbrigliato tra le maglie dell'istituzione psichiatrica per certi versi ormai da rinnovare e rivitalizzare essa stessa.

In tutto il mondo stiamo assistendo ad una spinta innovativa che cambia il tempo, il luogo e il modo dell'intervento (Cocchi et al., 2011):

- il tempo: agire tempestivamente in un'ottica preventiva, superando separazioni (NPI e Psichiatria degli Adulti) e considerando la persona nella sua continuità di esperienze e di relazioni;
- il luogo: con soglie di accesso molto basse (non stigmatizzanti e quindi più accettabili anche dai giovani);
- il modo: pratiche credibili, convincenti e evidence-based, cioè seriamente e consapevolmente basate sulle conoscenze

Se ci soffermiamo sul rischio psicopatologico in senso stretto è appurato che la qualità della vita e il funzionamento sociale peggiorano anche prima dell'esordio nosograficamente definito e che i sintomi negativi precedono il comparire dei sintomi positivi (Häfner et al., 2005). Viene data sempre più importanza agli aspetti cognitivi dei quadri prodromici, che rifacendosi alla Teoria dei Sintomi di Base (Huber, 1966), pone al centro della valutazione del paziente a rischio la dimensione soggettiva e il dato esperienziale del disturbo. I sintomi di base sono esperienze soggettive disturbanti, da una parte psicopatologicamente legate all'espressione nucleare tipica della schizofrenia, dall'altra diretta espressione delle alterazioni neurochimiche e neurofisiologiche che costituiscono il substrato biologico della malattia (Gross e Huber, 2008). Come tali sono fenomeni di transizione neurologico-psicopatologica (Sullwold, 1987).

Da ciò deriva la necessità di riuscire a ricomporre la storia di ogni persona in un continuum che non preveda cesure artificiali (ad esempio di competenza, come accade tra psichiatria degli adulti e psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) che confondono la comprensione della continuità ed evoluzione dei fenomeni e ritardano tempi e modi dell'intervento. Nasce così l'importanza di creare un progetto che preveda l'unione di forze fra neuropsichiatria e psichiatria adulta, perché i segnali del malessere spesso compaiono prima dell'esordio psicotico e molto si può fare in una fase di cambiamento come quella della psicosi nascente.

Prima fra tutte l'opportunità di individuare segnali di alto rischio per la psicosi, per non farsi cogliere impreparati quando e se la psicosi si manifesterà, anche in funzione di un migliore outcome (de Koning et al., 2009). Grande importanza va anche attribuita ai fattori di rischio per la psicosi, tra cui ereditarietà, complicazioni di gravidanza e parto, uso di sostanze, deficit nello sviluppo delle performance sociali e cognitive, contesto familiare e educativo (Salokangas, McGlashan, 2008). Oltre all'attenzione doverosa per la psicopatologia grave come la psicosi, è però importante anche orientare gli interventi per supportare l'adolescente nel superamento dei conflitti e nella strutturazione del suo progetto di vita, proprio perché l'esordio del disturbo psichico grave non è l'unica ragione di un progetto di rete articolato. Sempre più spesso abbiamo a che fare con comportamenti strani, eccentrici, agitati o violenti, che spaziano dall'isolamento alla ribellione, dalla rinuncia all'eccesso. Bisogna creare uno spazio in cui le emozioni dell'adolescente possano essere depositate, accolte, bonificate e restituite, il che richiede una rivoluzione del modo con cui gli operatori della salute mentale considerano il rapporto con l'utente.

Modello operativo

Azioni previste dal progetto di collaborazione APA - intervento precoce: il progetto APA (acuzie psichiatriche in adolescenza) nasce con l'intento di colmare il vuoto concettuale e culturale relativo all'area, pur indistinta, dell'adolescenza. Il paradosso è ancora più stridente se si considera che la sofferenza psicologica dei ragazzi, pur non marcando necessariamente un rischio di patologia psichica grave, è molto rappresentata a quell'età. (Castello EJ, Hegger H, Angold A, 2005)

La presenza di un'équipe che si occupi specificamente della sofferenza psicologica degli adolescenti rende sempre più necessario soffermarsi e riflettere sui sintomi di ultra alto rischio (ultra high risk) e sulle alterazioni funzionali che quasi sempre precedono l'esordio sintomatologico. Spesso si evidenzia una "dismetria cognitiva" (Andreasen, 1999), intendendo con questo concetto un'incapacità di modulare le risposte cognitive e emotive agli stimoli esterni. Ad esso corrisponde un danno neurobiologico e a quell'epoca si è già avviata la processualità psicotica che in alcuni casi porterà alla cronicità, condizione che sarà sempre più da evitare a causa della grave compromissione funzionale che grava sul ruolo e sullo status dei malati psichici.

Un modello che prevede un dialogo strutturato tra neuropsichiatri e psichiatri, una condivisione di procedimenti diagnostici, strategie di intervento e obiettivi terapeutici, ha importanti vantaggi:

- consente di individuare tra i ragazzi che chiedono aiuto proprio quelli con maggiore rischio di transizione verso la psicosi, ponendo una diagnosi differenziale con numerose manifestazioni cliniche o comportamentali che non necessariamente evolvono verso una psicosi (Yung et al., 1996)
- rende più agevole, meno traumatico, o semplicemente meno goffa e grossolana la transizione della presa in carico tra neuropsichiatria infantile e psichiatria degli adulti
- consente la gestione e la plausibile risoluzione di tutte quelle situazioni di crisi evolutiva che, se non adeguatamente trattate e bonificate, potrebbero favorire elementi disfunzionali disadattativi in età adulta.

L'integrazione multidisciplinare è essenziale nella gestione della sofferenza adolescenziale: il processo diagnostico e il momento terapeutico devono necessariamente articolarsi con l'analisi dei bisogni e un rapido percorso di recupero funzionale in caso di alterazioni di comportamento e abitudini. L'attività medica in senso stretto deve quindi essere potenziata con un'attenta valutazione diagnostica attuata da altre figure professionali che costituiscono un'équipe motivata e dinamica. Nella nostra esperienza intervengono diversi profili professionali (psichiatri, psicologi, educatori professionali, infermieri professionali, assistenti sociali appartenenti alle singole unità operative di Neuropsichiatria infantile e Psichiatria) che strutturano l'équipe funzionale multiprofessionale integrata. In particolare alla sua definizione concorrono due progetti innovativi regionali, il primo di pertinenza dell'area psichiatrica (Progetto TR 43 per l'individuazione e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi all'esordio), il secondo afferente alla Neuropsichiatria infantile (Acuzie Psichiatriche in Adolescenza). Nello schema seguente (Figura 1) vengono illustrate le tappe di valutazione di un singolo caso e i percorsi da attivare.

Il **modello** che proponiamo è strutturato per garantire una migliore presa in carico dei giovani in fascia di età 16–18 anni che giungono all'osservazione clinica attraverso tre distinte modalità di accesso (territoriale, emergenza – PS ospedaliero, primo ricovero in SPDC, pediatria o neuropsichiatria). In ogni caso l'aspetto cruciale e realmente innovativo è rappresentato dalla costruzione del progetto terapeutico tramite la gestione integrata dei casi che giungono all'osservazione clinica, che trova il suo strumento operativo negli incontri che periodicamente svolgiamo per discutere dei casi clinici emergenti, nuovi o di situazioni particolarmente complesse nella logica della presa in carico e del lavoro di rete.

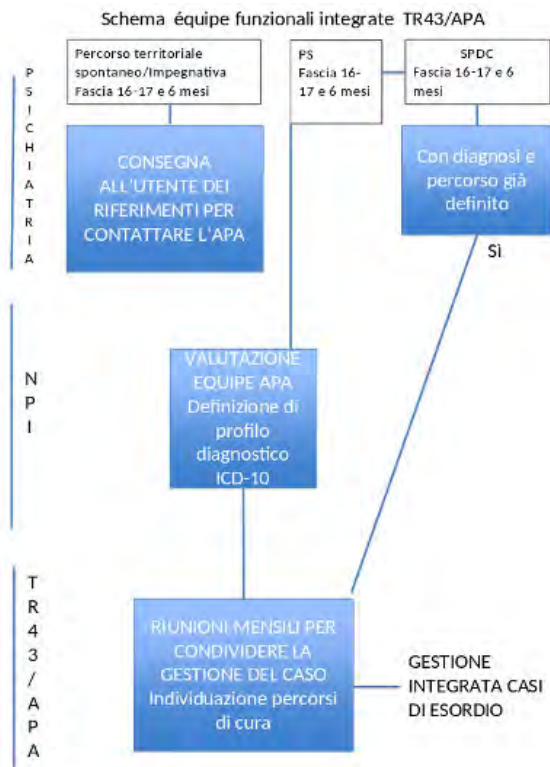


Figura 1: L'équipe funzionale integrata multiprofessionale

Conclusione

Si tratta di proporre qualcosa di nuovo, un servizio che cambia in profonda sintonia con il bisogno che l'adolescente ci presenta. Si tratta di raccogliere la sfida che viene posta alla organizzazione tradizionale dei servizi e di farlo attraverso il mezzo che ne mette in discussione l'autoreferenzialità: l'integrazione. Certamente l'integrazione corrisponde alle indicazioni delle Regole regionali di sistema degli ultimi due anni, che raccomandano l'implementazione di équipe funzionali integrate tra Psichiatria, NPIA e Psicologia per gli interventi nei disturbi dell'adolescenza e nel passaggio all'età giovanile, sia a livello territoriale che per le emergenze ospedaliere. E pure è certo che tutte le evidenze confermano il rilievo prognostico, preventivo e curativo di tali interventi precoci. Ma ci sembra che sia soprattutto il bisogno e la domanda che nel disagio o nel disturbo dell'adolescente emergono a segnalare l'esigenza forte di una risposta integrata e quasi a dare forma a un servizio "su misura", sentito come accogliente, strutturante e integrante.

Riferimenti

1. AA. VV., "Piano regionale triennale per la salute mentale" in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, dgr 7/17513 del 17 Maggio 2004", Regione Lombardia, Bollettino Ufficiale, Milano, 10,6,2004.
2. Andreasen NC, A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. Arch GenPsychiatry 56: 781-7, 1999
3. Castello EJ, Hegger H, Angold A, 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2005 Oct; 44 (10): 972-86
4. Cocchi et al., Gli insegnamenti dell'early intervention in psychosis. Nuova rassegna di studi psichiatrici, Vol.2, 2011
5. de Koning MB et al., Early intervention in patients at ultra-high-risk of psychosis: benefits and risks. Acta Psychiatr Scand, 119 (6): 426-442, 2009
6. Domenichetti S, Adolescenti fra rischi e opportunità. Fattori protettivi e psicopatologia. Nuova rassegna di studi psichiatrici, vol.5, 201
7. Gross G, Huber G, Psychopathology of basic stages of schizophrenia in view of formal thought disturbances. Psychopathology 18: 115-25, 2008
8. Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 254(2):117-128, 2004
9. Huber G, Reine defektsyndrome und basisstadien endogener psychosen. Fortschr neurol psychiatr, 43: 409-426, 1966
10. Salokangas RKR, McGlashan TH Early detection and intervention of psychosis. A review. Nord J Psychiatry, 62-92, 2008
11. Sullwold L, Frankfurter Beschwerde-Fragebogen, 1987
12. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, et al., Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophrenia Bulletin, 22: 283-303, 1996