

La residenzialità nelle prime fasi delle psicosi. L'esperienza del Servizio per gli Interventi Precoci del DSM Roma /D

Giancarlo Vinci¹, Renato Menichincheri¹, Damiana Leonetti¹, Silvia Ingretolli², Rosa Bandiera¹, Adriana Borriello A¹, Paola Recchioni¹, Valeria Savoia¹, Gianluca Monacelli¹, Franca Chioffi¹, Sivana Adducchio¹, Gaetano De Angelis¹, Massimo Gidoni¹, Piero Sistopoli¹, Andrea Balbi¹

¹Servizio per Interventi Precoci nelle Psicosi DSM Roma /D

²Coop AELLE Il Punto

g.vinci@libero.it

Riassunto

Il Servizio per gli Interventi Precoci nelle Psicosi del DSM Roma /D opera dal 2004 ispirandosi al Paradigma Preventivo. L'intervento ha come obiettivo quello di creare le condizioni affinché una persona possa conservare le proprie abilità psico-sociali per una rapida reintegrazione nel mondo reale e per il mantenimento di una buona qualità di vita, oltre che ottenere la remissione sintomatologica.

Abbiamo sviluppato con particolare attenzione un'area residenziale specifica per questa popolazione ;il primo elemento di questo articolato sistema è costituito dal Respite di Fiumicino, che nasce come struttura di intervento residenziale per giovani all'esordio psicotico o che presentano uno stato mentale a rischio. Sono esclusi disturbi da uso di sostanze, doppia diagnosi, disturbi neurologici e disturbi di personalità

L'obiettivo principale della Comunità è quello di facilitare il coinvolgimento dei pazienti in attività formative, scolastiche e occupazionali attraverso il sistema di sostegno di ruolo e il rinforzo delle capacità di coping rispetto agli stressors familiari, proponendo attività che fungano da stimolo e da strumento di integrazione con l'ambiente sociale di provenienza e mirino al miglioramento del funzionamento sociale e lavorativo del giovane.

Le attività della Comunità si possono per semplicità suddividere in *interne* ed *esterne*, dando a queste ultime il ruolo principale di area spazio-temporale in cui il paziente può sperimentare le proprie risorse ed i propri limiti

Per articolare meglio le nostre risposte a situazioni molto differenziate sono state inaugurate di recente due case famiglia e stiamo creando alcuni posti letto in una comunità di prossima apertura per giovani con problematiche ancora più complesse.

Summary

The Early Intervention Service for Psychosis in DSM Rome / D has worked since 2004, inspired by the Preventive Approach. The project aims to create the conditions to enable people to maintain their psycho-social skills in order to achieve a rapid reintegration into the real world and to maintain a good quality of life, as well as to reach the symptomatic remission.

We have developed a residential area with a specific focus to this population; the first element of this complex system is the Respite in Fiumicino, a residential structure for young people in early phases of psychosis or who have a "at risk mental state". Substance use disorders, dual diagnosis, neurological disorders and personality disorders are excluded.

The main purpose of the Community is to facilitate patient involvement in training, education and employment through the supportrole. The facility organizes activities that represent a stimulus and a tool for integration in the social environment and focuses on young people's social and occupational functioning improvement.

Community activities can be divided into internal and external.

In order to better articulate our responses to very different situations, in May 2013 two family homes were opened. Now we are creating some new spaces in a new community made for young people with even more complex problems.

Il Servizio per gli Interventi Precoci del DSM Roma /D opera dal 2004 ispirandosi al Paradigma Preventivo (Cameron 1938, Sullivan 1927, McGorry P.D.1999, Balbi,Vinci 2013). L'intervento ha come obiettivo quello di creare le condizioni affinché una persona possa conservare e migliorare le proprie abilità psico-sociali per una rapida reintegrazione nel mondo reale e per il raggiungimento di una buona qualità di vita, oltre che ottenere la remissione sintomatologica.

Per strutturare il Servizio abbiamo scelto di seguire un modello generalista (Fig 1), fondamentalmente per il quadro normativo nel quale siamo inseriti, che prevede uno stretto legame tra i pazienti ed il loro territorio. Inoltre abbiamo pensato che introdurre nuove modalità di lavoro avrebbe potuto creare una stimolante osmosi fra i vari settori del DSM. Il nostro Servizio è stato costituito in modo da mettere in rete le diverse strutture presenti nel Dipartimento, dai Centri di Salute Mentale ai SPDC, una Struttura Residenziale (Respite) un Nucleo Interventi Precoci e un Centro Diurno Sportivo costituiti "ad hoc" per coordinare gli interventi.

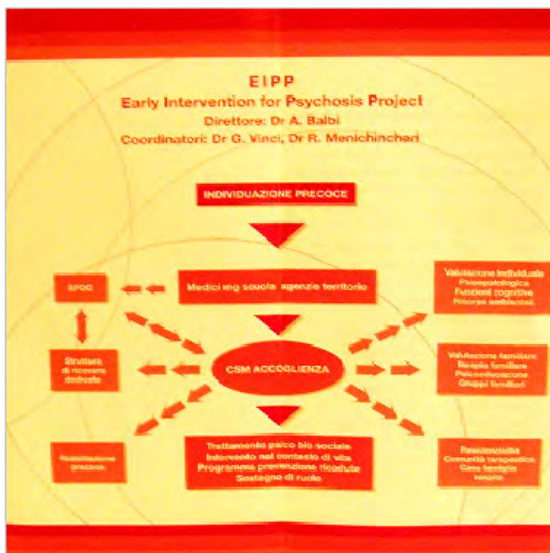


Fig 1 Servizio dipartimentale a rete

Particolare impegno è stata posta nel realizzare una serie di strutture residenziali specifiche per i bisogni differenziati dei giovani pazienti.

Il primo elemento di questo programma, ancora in fase di sviluppo, è stato il **Respite** di Fiumicino.

Nato nel gennaio 2010, è rivolto a pazienti dei DSM di Roma e Lazio, con diagnosi di psicosi affettive e schizofreniche, di età compresa tra i 18 ed i 28 anni, con storia di malattia non superiore ai 3 anni e percorso di cura inferiore ai 2 anni dal primo contatto con i Servizi per giovani all'esordio psicotico o che presentano uno stato mentale a rischio.

Si rivolge anche ad una popolazione di giovani che presentano uno "Stato mentale ad Alto Rischio" (secondo i criteri di inclusione progressiva di McGorry),

Sono esclusi disturbi da uso di sostanze, doppia diagnosi, disturbi neurologici e disturbi di personalità.

Per poter meglio agire sul contesto personale e sociale dei pazienti nel periodo critico (tra i 2 e i 5 anni successivi all'insorgenza del disturbo), il Respite (*sollievo*: breve e temporanea sospensione dal contesto familiare e sociale) offre per sua stessa definizione un'opportunità di intervento sui fattori di rischio

L'obiettivo principale della Comunità è quello di facilitare il coinvolgimento dei pazienti in attività formative, scolastiche e occupazionali attraverso il sistema di sostegno di ruolo e il rinforzo delle capacità di coping rispetto agli stressors familiari, proponendo attività che fungano da stimolo e da strumento di integrazione con l'ambiente sociale di provenienza e mirino al miglioramento del funzionamento sociale e lavorativo del giovane.

Altre finalità del nostro Respite altrettanto importanti sono le seguenti:

- Assestamento dei progetti terapeutici impostati ed intrapresi dai Centri di Salute Mentale (CSM) di competenza (compliance, coscienza di malattia, attività terapeutico-riabilitative, etc.).
- Definizione e impostazione dei progetti di autonomizzazione.
- Monitoraggio in tempo reale dei parametri psicopatologici e delle modalità relazionali del giovane.
- Verifica e restituzione al paziente delle risorse e del funzionamento attraverso l'esposizione calibrata e costante al mondo esterno.
- Fornire al paziente l'esperienza di un ambiente "sano" (non giudicante né ostile, privo di alta Emotività Espressa).

Ci proponiamo inoltre il miglioramento delle competenze di base, in termini di percezione emotiva, per la prevenzione delle disabilità sociali, ritenendo il Respite un ambito privilegiato di studio per la Social Cognition, le sue disfunzioni ed il suo trattamento.

La struttura ospita fino a 8 pazienti, che soggiornano dai 4 ai 12 mesi ed è inserita nel pieno centro del contesto urbano della città di Fiumicino.

Il personale, presente nelle 24 ore, è composto da 14 operatori (Asl e di Cooperativa Aelle Il Punto): 1 psichiatra responsabile, 1 medico psichiatra, 1 ass. sociale, 4 infermieri, 6 psicologi, 1 educatore.

Prima dell'ingresso in Comunità i pazienti sono valutati con un protocollo di test standard per gli esordi psicotici: Checklist ERIraos, Scala HONOS, PANSS, SF36, protocollo neuro cognitivo (Borriello 2006) e metacognitivo, mentre con il contributo della coppia genitoriale viene raccolta l'Anamnesi SP.ES. Riteniamo infatti che una completa e sistematica valutazione sia fondamentale per meglio calibrare gli interventi (Magnani N. et alii 2011)

Una volta entrato, il paziente viene aiutato e supportato nei percorsi formativi, occupazionali e/o scolastici attraverso il sistema di sostegno di ruolo e il rafforzamento del filtro rispetto agli stressors familiari. Le attività della Comunità si possono per semplicità suddividere in *interne* ed *esterne*, dando a queste ultime il ruolo principale di area spazio-temporale in cui il paziente può sperimentare le proprie risorse ed i propri limiti. Inoltre i ragazzi continuano un regolare contatto con la famiglia presso la quale si recano la domenica dalla mattina alla sera. Ansie, sensazioni ed emozioni vengono riportate ed elaborate in comunità con l'aiuto ed il supporto degli operatori e dei "pari" attraverso momenti di dialogo, confronto e riflessione.

- Attività interne:
 - gruppo discussione settimanale;
 - gruppo psicoterapeutico espressivo;
 - assemblea settimanale organizzativa;
 - assemblea settimanale per l'organizzazione dei week-end;
 - colloqui regolari individuali e con i familiari;
 - sostegno di ruolo su specifici percorsi formativo-occupazionali gestito dai Case Manager;
 - programmazione e sostegno di ruolo per le attività sportive;

- gruppo quindicinale di educazione alimentare;
- partecipazione attiva alla cucina, alla spesa, alla cura della propria stanza e dell'igiene personale e collettivo (lavatrice, lavastoviglie).

Utilizziamo in tali attività un'ottica psicoeducativa con l'obiettivo di sviluppare la coscienza di malattia ed aumentare la aderenza ai trattamenti. In particolare, attraverso i gruppi terapeutici, di discussione e i colloqui individuali, ci poniamo l'obiettivo di lavorare sulle problematiche mentali e corporee di base dei pazienti e sulle loro relazioni interpersonali dentro e fuori la comunità.

In un clima amichevole e affettivo, i pazienti vengono aiutati a contenere l'ansia relativa ai tempi della ripresa del proprio funzionamento sociale: ciascun paziente viene supportato inoltre nel proprio progetto di studio, formazione e/o lavoro attraverso l'elaborazione dei vissuti positivi e negativi che ne derivano.

- **Attività esterne:**
 - corsi di formazione di base o professionalizzanti;
 - bilancio di competenze e orientamento al lavoro presso agenzie dedicate pubbliche e convenzionate;
 - avvio di tirocini di lavoro;
 - ricerca del lavoro;
 - partecipazione attività sportive, corsi teatrali e musicali;
 - partecipazione ad un progetto multicentrico di rieducazione equestre;
 - uscite nei locali, mostre, concerti... anche in autonomia;
 - escursioni e gite di breve durata.

Gli eventuali fallimenti sperimentati espongono i pazienti a frustrazioni e delusioni, ma forniscono loro anche la possibilità di trovare un nuovo modello di funzionamento rispetto a quello precedente, introducendo l'opportunità di sbagliare e di correggersi senza perdere la speranza di riuscire di nuovo. Attraverso questo iter di esperienze i pazienti vengono facilitati a rinforzare la propria capacità di autonomia e di coping.

Nel periodo di permanenza nella struttura, vengono effettuati interventi e valutazioni mirati a favorire:

- l'intervento intensivo territoriale sui familiari nei CSM di appartenenza,
- il monitoraggio delle risorse e del funzionamento del paziente,
- la definizione di obiettivi di autonomizzazione in base ai quali programmare gli interventi di facilitazione da parte della comunità,
- la verifica pre-dimissione dei risultati raggiunti.

In questi due anni di esperienza del Respite siamo stati in grado di evidenziare e prendere in carico anche le principali richieste da parte dei pazienti circa il loro stato di malattia:

- chiarezza e rassicurazioni sulle conseguenze a breve e a lungo termine del loro stato;
- utilità dei farmaci e loro effetti collaterali (comprensione ed accettazione del disturbo);
- sostegno nella gestione dello stress;
- riconversione di fattori di rischio modificabili;
- filtro accettabile dai ragazzi dell'ingerenza del contesto familiare (individuazione dei propri bisogni per migliorare il proprio stile di vita);
- messaggio unico e chiaro dei servizi rispetto alle progettualità;

Nell'impostazione del nostro progetto, è risultata vincente la continua attenzione a creare un clima di condivisione empatica ed affettiva delle attività da parte di operatori propriamente formati nel campo degli esordi psicotici. Un'altra evidenza che è emersa è la necessità di formare gruppi di pazienti omogenei per età e classe di disturbo: nei due anni passati, l'esperienza fatta con la presenza di due pazienti con disturbo di personalità (entrati per invii errati o misdiagnosi) è stata quella di aver contenuto con difficoltà l'aggressività denigrante e l'ambivalenza di questi pazienti.

Nelle due tabelle seguenti sono illustrati i dati raccolti dei 20 pazienti ospitati dall'apertura della struttura nel gennaio del 2010 ad oggi.

Numero pazienti	20 tot	16 M	4 F
Età all'ingresso	Media 23,5 aa	Min 18 aa	Max 26 aa
Diagnosi	Psicosi affettive e schizofreniche (18)	Disturbi di personalità (2)	

Tab. 1 Caratteristiche campione clinico

	Totale	Psicosi	Dist. Pers.-DD
Scolarità			
Media Inferiore	12	10	2
Media Superiore	8	6	2
Uso di sostanze (11)			
alcool	5	2	3
cannabis	11	7	4
cocaina	5	3	2
1° contatto col DSM prima dell'ingresso in CT	709 gg (23 mesi)	719 gg (24 mesi)	595 gg (20 mesi)
Tempo di permanenza in CT (gg) media	174 gg* (6 mesi)	202 gg* (7 mesi)	97 gg (3 mesi)
VGF media all'ingresso	49,15	49,87	46,25
VGF media all'uscita	55,80*	56,54*	53,75
Corso di formazione professionale e/o occupazione lavorativa	9*	8*	1

Tab. 2 Caratteristiche del campione differenziate per classe diagnostica [*valori calcolati sui 15 pazienti che hanno concluso il percorso]

L'esperienza che abbiamo maturato in questi anni ci consiglia di allargare la proposta residenziale per rispondere alle diverse esigenze di questa popolazione.

Il Respite costituisce un laboratorio in continua evoluzione, e nel futuro pensiamo di accentuare la sua vocazione al sostegno di ruolo e all' inserimento in realtà produttive e di modificare la organizzazione della struttura in modo che i pazienti siano ancora più autonomi nella gestione della propria vita comunitaria

In contemporanea pensiamo di utilizzare uno spazio di alcuni posti letto in una nuova comunità rivolta a pazienti giovani ma più gravi, che necessitano di un intervento più strutturante gli aspetti disfunzionali del sé

Infine abbiamo aperto nel maggio 2103 le prime due case- famiglia per i pazienti provenienti dalla Comunità , che stanno completando il percorso di cura previsto dal nostro Servizio e che si preparano ad una completa autonomia

Bibliografia

1. Birchwood M., Cochrane R., Macmillan J.F. & Copestake S. (1992). The influence of ethnicity and family structure on relapse in the first episode schizophrenia. The British Journal of Psychiatry, 161: 783-789.
2. Birchwood M., Fowler D. & Jackson C. (2000). Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions. Chicester: John Wiley e Sons, 2000.
3. Birchwood M. & Macllan J.F. (1993). Early Intervention in Schizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 27: 374-378.
4. Birchwood M., McGorry P.D. & Jackson H. (1997). Early Interventions in Schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 170: 2-5.
5. Birchwood M., Todd P. & Jackson C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. Br J Psychiatry Suppl., 172(33): 53-9. Review.
6. Cameron, D.E. Early schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 95:567-578, 1938.

7. McGorry P.D. & Jackson H.J. (1999). *The Recognition and Management of Early Psychosis. A preventive Approach*. New York: Cambridge University Press.
8. McGorry PD, Yung AR, Phillips L.J. et al. (2002). A randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59: 921-928.
9. Magnani N., Bardicchia F., Capitani D., Fonseca F., Stefanini T., Cardamone G. (2011).
10. Quale valutazione nei servizi di salute mentale: elementi e proposte per un programma operativo. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, Vol.4, novembre 2011.
11. Piccione R. (2004). *Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia*. Milano: Franco Angeli ed.
12. Sistopoli P. (2011). *Intervento "Gruppo terapeutico ed interventi di rete nella Early Psychosis"*, Giornata di Presentazione del Respite di Fiumicino La Comunità dopo l'esordio: un passaggio per ripartire. Roma, 13 dicembre.
13. Sullivan, H.S. The onset of schizophrenia. [1927] *American Journal of Psychiatry*, 151(Suppl. 6):135-139, 1994.
14. Vinci G., Borriello A., Popolo R., Faia V. & Balbi A. (2006). *Cognitive Functions, Social Functioning and Quality of Life in First Episode Psychosis*. *Schizophrenia Research*, Vol.86, Suppl. Oct.
15. Vinci G., Balbi A. "Esordi Psicotici"
16. Nel libro: "Schizofrenia e terapia cognitiva." Raffaele Popolo, Giampaolo Salvatore, Paul H. Lysake Ed Alpes Roma" 2012