

Sestante

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA
SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI



Esordi ed interventi precoci. Stato dell'arte in Emilia-Romagna

ESORDI DI PATOLOGIE MENTALI GRAVI: INTERVENIRE PRECOCEMENTE FA LA DIFFERENZA / IL TRIAL GET UP: UN MODELLO INNOVATIVO E FATTIBILE PER L'IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI PRECOCI / TRATTARE LA MALATTIA ALL'ESORDIO / VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL PROGRAMMA REGIONALE ESORDI PSICOTICI / ADOLESCENZA, OPPORTUNITÀ E RISCHI / INTERVENTI PRECOCI E RECOVERY / IL PRE E IL POST: LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI NEGLI ADOLESCENTI / INTERVENTI PRECOCI IN PSICOPATOLOGIA DELL'ADOLESCENTE / SERVIZIO PER DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE / INCONTRARE IL DISAGIO. INTERVENTI PRECOCI PER LA SALUTE MENTALE ALL'INTERNO DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI / IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLA CASA DELLA SALUTE

Sestante

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI



ANNO I
SETTEMBRE 2016 - NUMERO 02
Autorizzazione del Tribunale di Forlì
n. 5 del 23 febbraio 2015

SOMMARIO

- EDITORIALE1
Stefano Costa, Paolo Ugolini, Teo Vignoli

- LETTURA MAGISTRALE3
Esordi di patologie mentali gravi: intervenire precocemente fa la differenza
Emiliano Monzani, Alessandro Segurini, Antonio Lora

- LETTURA MAGISTRALE7
Il Trial GET UP: un modello innovativo e fattibile per l'implementazione di interventi precoci per le psicosi nei Dipartimenti di Salute Mentale
Mirella Ruggeri, Chiara Bonetto & il Gruppo GET UP

- TAVOLA ROTONDA16
Trattare la malattia all'esordio... una sfida che stiamo vincendo?
Matteo Iori, Paola Marmocchi, Maurizio Montalti, Maria Simona Veggetti, Silvia Sella

- VALUTAZIONE19
Valutazione dei risultati preliminari del Programma regionale esordi psicotici della Regione Emilia-Romagna
Fausto Mazzi, Fabrizio Starace, Alessio Saponaro e Gruppo regionale Esordi psicotici

- VALUTAZIONE ADOLESCENZA23
Adolescenza, opportunità e rischi
Quando la fatica di crescere può diventare un valore dell'esistenza
Daniela Marangoni, Roberto Zanfini, Paola Avveduti, Valentina Belli, Cristina Bellosi, Elena Dosi, Diana Maccolini

- VALUTAZIONE DIPENDENZE27
Interventi precoci e recovery: il Centro "Ascolto e consulenza per adolescenti" di Cesena
Marusca Stella, Michele Sanza, Lidia Agostini

- VALUTAZIONE RESIDENZA32
Il pre e il post: la valutazione degli esiti negli adolescenti L'esperienza della RTI/P-M AVEN San POLO di Parma
Antonella Squarcia, Matteo Rossi, Sabrina Ferrari, Giulio Fabri Poncemi, Cinzia Dallatana, Pietro Pellegrini

- VALUTAZIONE PSICO-DIAGNOSTICA35
Interventi precoci in psicopatologia dell'adolescente
Il lavoro di screening psicodiagnostico in un Pronto Soccorso e nell'Istituto Penale Minorile di Bologna
Mimy Tavormina, Sara Malak, Lorenzo Giamboni, Annamaria Pietrocola

- VALUTAZIONE DCA38
Servizio per Disturbi del Comportamento Alimentare
L'esperienza di Cesena
Franco Mazzini, Luigi Gualtieri

- VALUTAZIONE CARCERE42
Incontrare il disagio. Interventi precoci per la salute mentale all'interno degli istituti penitenziari
L'esperienza di Parma
Paolo Volta, Maria Inglese, Carmen Cimmino, Eva Lundgren, Ursula Zambelli, Ilaria De Amicis, Germana Verdoliva

- RICERCA46
Il ruolo dello psicologo nella Casa della Salute
Intercettazione precoce del disagio psichico
Luigi Rocco Chiri, Marco Menchetti, Angelo Fioritti, Domenico Berardi

Direttore responsabile

Paolo Ugolini,
Osservatorio Epidemiologico Ser.T. e DSM-DP, AUSL della Romagna, Cesena

Comitato esecutivo

Michele Sanza,
Programma Dipendenze AUSL della Romagna, Cesena

Alessio Saponaro,
Servizio Assistenza territoriale Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna

Paolo Ugolini,
Osservatorio Epidemiologico Ser.T. e DSM-DP, AUSL della Romagna, Cesena

Comitato scientifico e di redazione

Licia Bruno, NPIA AUSL BO
Stefano Costa, NPIA Bologna
Dorella Costi, Direzione Sanitaria AUSL Reggio Emilia
Vincenzo De Donatis, Regione Emilia-Romagna
Fausto Mazzi, SPDC Modena
Marco Menchetti, Università degli Studi di Bologna
Simona Guerzoni, tossicologa Policlinico universitario di MO e Villa Nina di RA
Antonella Piazza, DSM-DP, AUSL Bologna
Teo Vignoli, AUSL della Romagna / SerT Lugo

Comitato consultivo

Domenico Berardi, Università degli Studi di Bologna
Anna Cilento, Salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna
Ivonne Donegani, DSM-DP, AUSL Bologna
Mila Ferri, Salute mentale e Dipendenze patologiche, Regione Emilia-Romagna
Cristina Fontana, Salute nelle carceri, AUSL Piacenza
Gaddomaria Grassi, DSM-DP, AUSL Reggio Emilia
Giuliano Limonta, DSM-DP, AUSL Piacenza
Paola Carozza, Direttore DSM-DP, AUSL Ferrara
Alba Natali, DSM-DP, AUSL Imola
Pietro Pellegrini, DSM-DP, AUSL Parma
Claudio Ravani, DSM-DP, AUSL della Romagna
Fabrizio Starace, DSM-DP, AUSL Modena

Comunicazioni:

Paolo Ugolini, tel. 0547 352163 cell. 334 6205675
email: paolo.ugolini@auslromagna.it

Sede:

Via Brunelli, 540 - 47521 Cesena

Segreteria organizzativa:

Alessandro Mariani D'Altri, tel. 0547 354372
Claudia Nerozzi, tel. 051 5277072

Sito web SESTANTE:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/documentazione/la-rivista-sestante>

Stampa:

Centro stampa AUSL Romagna - Cesena

Presto e bene

Stefano Costa, Paolo Ugolini, Teo Vignoli

In memoria del collega e amico Antonio Antonelli.

"Prima di entrare ho condiviso con Antonio, tra le altre cose, la scuola psichiatrica. Con la stessa Maestra e negli stessi anni abbiamo fatto nostro il principio che le persone (e tra queste i cosiddetti "pazienti") si potessero avvicinare e forse comprendere solo rinunciando ad aggredirli con le nostre teorie ed i nostri (pre)giudizi "scientifici".

L'incontro interpersonale, in questa prospettiva, si realizza solo nel rispetto reciproco, con l'ascolto e con grande delicatezza. Antonio, in questo, è sempre stato a sua volta Maestro. Ho sempre ritrovato in lui, negli anni successivi, questo rispetto e questa attenzione per l'altro, come vera e propria cifra del suo stile di lavoro e della sua persona. Un misto di tensione etica, sempre presente, e di ritorno continuo alla clinica.

Quando arrivai a Forlì, alcuni anni fa, ci ritrovammo ancora, ma per la prima volta divisi, nella organizzazione, dal livello gerarchico. Mi piace ricordare con gratitudine come, anche in questa occasione, con grande premura e gentilezza Antonio non abbia mai fatto pesare questo mio nuovo e irrisolvibile problema".

Claudio Ravani

Editoriale

La possibilità di intervenire precocemente e in modo intensivo è uno degli elementi di qualità ritenuti rilevanti nell'influenzare l'esito dei disturbi psichiatrici. In particolare per la schizofrenia il DUP (*Duration of Untreated Psychosis*), il tempo tra l'insorgenza di psicosi e l'inizio del trattamento, è stata una delle variabili più studiate. Nelle più recenti revisioni di letteratura (*Encephale 2016*) (1) la media del DUP risulta essere di 2 anni, in relazione a molteplici fattori, come la negazione della malattia da parte del paziente e della famiglia, il ritiro e l'isolamento da amici e parenti, errori diagnostici, presenza di sintomi negativi. È stato dimostrato che un DUP breve è associato a sintomi negativi meno gravi a breve e lungo termine, in particolare quando il DUP è minore di 9 mesi. Analogamente, le linee guida internazionali per il trattamento delle dipendenze patologiche sottolineano l'importanza del riconoscimento e trattamento precoce per favorire il *recovery* tempestivo ed evitare la progressione della patologia (2).

Una saluto ad Antonio

"Esprimo un ricordo personale, ma sono certo che la commozione ed il sentimento in me suscitati sono condivisi da tutti i colleghi ed operatori della Psichiatria pubblica forlivese.

Avevamo in comune le iniziali del nome, del cognome e la passione per il mare; ma mentre io prediligo il contatto diretto con l'acqua, Antonio veleggiava sopra la cresta dell'onda, sfiorando la superficie marina e ventilandosi nell'aria satura di salsedine.

Così nel nostro incontrarsi in riunioni a carattere professionale che avevano un'ora d'inizio, ma spesso non quella di termine, io rimanevo "impigliato" nell'onda spesso contraria della realtà, lui se ne ergeva sopra, senza abbandonare mai la leggerezza aerea della sua idealità.

Immaginandolo così, fedele a se stesso, con lo sguardo sempre rivolto oltre l'interlocutore, una mano fra i capelli e l'altra sulla barra del timone, abbiamo trascorso spesso insieme, citando Antonio Scurati che a sua volta cita Natalia Ginzburg, "il tempo migliore della nostra vita".

Alberto Amadei

Sia per l'esordio psicotico che per altri disturbi psichiatrici, come il disturbo grave di personalità, l'individuazione e la presa in carico precoce dei soggetti con condizioni cliniche ad alto rischio è resa complicata dalla sintomatologia molto variabile, non specifica e dall'alta prevalenza di comorbidità.

È possibile fare presto e bene? Una ideale risposta clinico-organizzativa dovrebbe vertere su due poli:

- da un lato intercettare presto i pazienti anche in condizione sottosoglia, facilitando l'accesso ai servizi e potenziando la prevenzione;
- dall'altro garantire tempestività nell'avvio di una presa in carico intensiva, specialistica e multidimensionale.

La sfida di elaborare programmi efficaci per dare risposte a entrambe queste esigenze rimane aperta a livello mondiale, tanto che l'OMS nel Piano di Azione Globale 2013-2020 per la salute mentale vi dedica ben due su quattro degli obiettivi considerati prioritari a questi temi. Questo numero di SESTANTE si propone di fotografare

come si collocano rispetto a questi obiettivi le realtà assistenziali della Regione Emilia-Romagna partendo da una presentazione delle ragioni dell'importanza della rilevazione precoce e delle caratteristiche che dovrebbero avere i Servizi, offerta nella prima Lettura Magistrale (Monzani, Segurini, Lora). Nella seconda Lettura Magistrale (Ruggeri, Bonetto), a proposito della presa in carico degli esordi psicotici, vengono mostrati i risultati positivi del progetto nazionale GET UP, ottenuti in ambito regionale al follow up di 9 mesi (fra l'altro, crescita formativa ed operativa dei Servizi coinvolti).

A seguire una "verifica del sistema" e dei suoi risultati grazie al punto di vista di operatori del Terzo Settore (Iori, Montalti) e dei Servizi (Marmocchi, Veggetti) in una Tavola Rotonda dove emergono alcune criticità ma anche alcune eccellenze date da un positivo lavoro di rete; fra i suggerimenti vi sono anche l'attivazione di una presenza psicologica in Pronto Soccorso, l'uso di nuove tecnologie e la collaborazione stretta con i Medici di Medicina Generale.

SESTANTE prosegue con una serie di otto contributi che presentano altrettanti servizi/progetti realizzati nelle diverse realtà aziendali della Regione Emilia Romagna:

- Mazzi, Starace e Saponaro propongono una prima valutazione dell'applicazione delle linee di indirizzo regionali per il percorso di cura per gli esordi psicotici: emerge un DUP ancora abbastanza alto (12 mesi), ma anche l'evidenza di un miglioramento significativo dei pazienti trattati.
- Marangoni e colleghi di Ravenna descrivono gli esiti di un approccio estensivo del concetto di esordio inclusivo degli stati mentali a rischio in adolescenti.
- Rispetto al lavoro con adolescenti ed uso di sostanze Stella, Sanza e Agostini presentano il "Centro Ascolto e consulenza per adolescenti" di Cesena.
- Ancora sul tema adolescenti Squarcia e colleghi di Parma dettagliano l'esperienza della RTI San Polo con particolare attenzione alla valutazione degli esiti dell'intervento.
- Tavormina, Malak, Giamboni e Pietrocola illustrano sia un'attività clinica svolta presso l'Istituto Penale Minorile a valenza regionale che un progetto di sportello psicologico per adolescenti all'interno del Pronto Soccorso nelle fasce notturne del fine settimana.
- Sempre fascia adolescenziale, ma specificamente rivolto ai Disturbi del Comportamento Alimentare, Mazzini e Gualtieri spiegano il modello di intervento realizzato a Cesena con attenzione all'aspetto

multidisciplinare, alla diversa intensità di cura (dall'ambulatorio al ricovero) e al lavoro di rete.

- Volta e colleghi di Parma presentano il lavoro di screening psicologico e presa in carico svolto all'interno dell'Istituto Penitenziario, con particolare riferimento al delicato tema del tentato suicidio.
- Chiri, Menchetti, Berardi e Fioritti presentano una ricerca di intercettazione precoce del disagio mediante l'inserimento di uno spazio psicologico all'interno delle Case della Salute che opera a ponte tra Medici di Medicina Generale e Centro di Salute Mentale.

Il quadro che emerge da tutti questi contributi è corposo e descrive una realtà variegata, con molti punti di eccellenza e di sperimentazione, inseriti nell'ambito dell'attività quotidiana dei Servizi, che spesso non sono conosciuti se non a livello locale. Molti dei lavori contengono aspetti di valutazione di esito, cosa particolarmente importante nell'ottica dell'*accountability* per rendicontare le proprie attività e soprattutto i propri risultati sia ai responsabili e ai professionisti dei diversi servizi che a *stakeholders*, pubblici e privati, e a pazienti e famigliari, che è uno degli scopi di questa rivista (3).

Questa completezza di interventi e di contesti di intervento precoce nella salute mentale e nelle dipendenze patologiche non è capillare sul territorio regionale: scopo del presente SESTANTE è proprio quello di evidenziare alcune esperienze virtuose, in linea con i programmi della Regione Emilia-Romagna affinché possano essere prese ad esempio per essere riprodotte in maniera contestualizzata, sistematica e personalizzata nei vari territori.

Sebbene rimangano criticità da risolvere, e ulteriore lavoro dovrà essere fatto affinché l'intervento precoce del disagio psichico all'esordio diventi pratica diffusa fra i diversi step clinico-assistenziali di prevenzione, intercettazione, presa in carico e dimissione, riteniamo si possa iniziare a pensare che non sia più sempre vero, nei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche, che "presto e bene non possono stare insieme".

Riferimenti bibliografici

- 1 - Souaiby L1, Gaillard R2, Krebs MO2, Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis, *Encephale*. 2016 May 6. pii
 - 2 - Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, WHO, 2009
- Alcohol misuse: screening diagnosis and treatment, Société Française d'Alcoologie - European Federation of Addiction Society, 2015
- 3 - Ugolini P., Editoriale, Sestante 00-2015

Esordi di patologie mentali gravi: intervenire precocemente fa la differenza

Emiliano Monzani, Alessandro Segurini, Antonio Lora

Le conoscenze epidemiologiche più recenti confermano che tutti i disturbi mentali, in particolare i disturbi mentali gravi, insorgono e si sviluppano in modo progressivo, lento e a volte aspecifico in una fascia di età collocabile tra i 12 e i 25 anni. L'esordio dei disturbi gravi in particolare rappresenta una questione cruciale per la Salute Mentale; infatti presenta caratteristiche peculiari rispetto alle altre situazioni cliniche e richiede un intervento multidisciplinare mirato e tempestivo. L'ottica preventiva, ormai propria di tutti gli ambiti della medicina, va approfondita e introdotta anche nell'ambito della Salute Mentale; le malattie mentali, gravi e comuni, sono la principale causa di disabilità e morte e hanno un impatto economico, diretto ed indiretto, molto elevato.

Riorientare i servizi secondo un'ottica preventiva

Negli ultimi vent'anni l'attenzione nei confronti dell'esordio dei disturbi mentali gravi si è fortemente incrementata e in molti contesti la psichiatria territoriale ha svolto e continua a svolgere un lavoro volto a costruire dei servizi ad hoc per questo tipo di utenza, consapevole del fatto che l'intervento immediato incrementa notevolmente le possibilità di recuperare un buon funzionamento per i pazienti. In questa direzione si sono infatti mosse da anni le legislazioni di interi Paesi (Regno Unito, Singapore), di province (nel Canada) o di Stati (in Australia), nonché innumerevoli esperienze e ricerche nella gran parte dei Paesi Europei (Paesi scandinavi, Germania, Olanda, Svizzera, Spagna, ecc) condotte, con il supporto di specifiche politiche sanitarie, da singole università o da equivalenti amministrativi dei

nostri DSM. Grande enfasi è sempre più posta inoltre nei riguardi delle metodologie in grado di individuare i soggetti a rischio di transizione in disturbi gravi, in modo da potere lavorare realmente in senso preventivo.

La popolazione clinica coinvolta è solitamente giovane, e l'esordio della patologia ha un impatto notevole sulla vita del paziente, proprio nella fase in cui questo progetta e realizza il proprio futuro personale, formativo e lavorativo. I servizi devono quindi tenere conto delle caratteristiche, delle esigenze e delle aspettative specifiche dei giovani che vivono l'esperienza dell'esordio, aiutandoli a ricostruire le abilità che permetteranno loro di riprendere in mano la propria vita e la propria progettualità.

Interessanti e promettenti appaiono pure le esperienze di prevenzione primaria rivolte alla popolazione generale, attraverso il coinvolgimento delle agenzie e dei luoghi di aggregazione rivolti ai giovani. Il modello della Community coalition applicata alla salute mentale della popolazione giovanile è un esempio in questo senso, e sta dando risultati incoraggianti nelle esperienze in cui si è investito nella sua realizzazione.

Allo stato attuale esistono, e sono progressivamente confermate dalla ricerca, procedure organizzative dei servizi, tecniche evidence based di riconoscimento, intervento e terapia e, infine, modalità di informazione e coinvolgimento non ideologiche, ma basate su dati scientifici, che aprono orizzonti nuovi e alimentano speranze per il futuro della Salute Mentale. I percorsi clinico-operativi già attuabili sono, in larga misura, quelli dell'individuazione precoce e dell'intervento tempestivo e appropriato (secondo procedure evidence

based) in un'ottica di integrazione tra diversi setting e professionalità.

Gli elementi distintivi dei servizi d'intervento precoce sono la tempestività della risposta alla richiesta di aiuto, la continuità della presa in carico e del trattamento (fondamentale sul piano del mantenimento dei risultati nel lungo termine), la multidisciplinarietà dell'équipe, la multicomponenzialità dell'intervento, l'attenzione nei confronti delle abilità sociali da potenziare e/o ricostruire, al fine di operare un reinserimento sociale pieno del soggetto, e la riabilitazione attuata non solo nelle strutture, ma anche nell'ambiente di vita del soggetto, per generalizzare la recovery a tutti i contesti che frequenta quotidianamente.

Un servizio d'intervento precoce ha il compito di trasmettere al giovane e ai suoi familiari un messaggio di ragionato e realistico ottimismo, proponendo un programma di trattamento individualizzato e costruito sul paziente, offrendogli un setting idoneo, che presenti caratteristiche diverse rispetto a quelle di un luogo di cura per malattie a lungo decorso. Questo per evitare che il giovane venga influenzato negativamente da un ambiente dove può entrare a contatto con modelli di scoraggiamento e resa, che tolgano fiducia in un futuro di recovery. Per quanto riguarda i tempi della presa in carico come già detto è bene che il paziente riceva una prima risposta alla richiesta di aiuto formulata in prima persona o da un familiare in tempi molto brevi, possibilmente entro 24/48 ore. È fondamentale che il giovane e la sua famiglia percepiscano la struttura come accogliente, accessibile, pronta a rispondere tempestivamente con una valutazione mirata, al termine della quale gli verrà offerta una restituzione e una spiegazione dell'esperienza che sta vivendo, accanto a un piano di trattamento specifico.

L'assessment

In questo contesto l'assessment ricopre quindi un ruolo fondamentale; le aree analizzate riguardano non solo l'identificazione dei sintomi e la quantificazione della loro pervasività, ma anche il funzionamento e il ruolo sociale del giovane, l'ambiente e le relazioni all'interno della famiglia, le risorse presenti nel contesto di vita del soggetto e gli elementi che potrebbero ostacolare il buon esito del trattamento. Anche nel processo di assessment è necessario il coinvolgimento di più figure professionali, in modo da consentire il confronto tra

punti di vista e bagagli di conoscenze diversi e complementari. Al fine di operare una valutazione accurata della situazione e della storia del paziente, i familiari devono essere ingaggiati non solo in quanto fonte di informazione, ma anche per il ruolo che rivestiranno nelle fasi successive della presa in carico, dove l'intervento di psicoeducazione loro rivolto ha l'obiettivo di potenziare i risultati conseguiti nel trattamento. L'assessment è quindi un processo multidimensionale, che prevede una ripetizione della valutazione nel tempo, al fine di monitorare l'andamento del quadro clinico e gli esiti della terapia.

Esordi psicotici e utilizzo di sostanze

I servizi dedicati all'esordio devono necessariamente tenere conto del fatto che l'abuso di sostanze rappresenta uno dei problemi più comuni di comorbidità del primo episodio psicotico. (Hambrecht e Haefner, 1996). Il consumo di sostanze ha un impatto negativo sul funzionamento del soggetto, esacerbando problematiche come isolamento, perdita di abilità, conflittualità in famiglia, scarsa aderenza al trattamento farmacologico e riduzione degli effetti dello stesso.

La sostanza più specificatamente correlata alla sintomatologia psicotica è la cannabis (Edwards, 2003), il cui consumo è associato ad una maggiore gravità dei sintomi psicotici, scarsa compliance, peggioramento dell'umore, aumento del rischio suicidario e maggiore frequenza di ricadute.

Negli ultimi 15-20 anni si è affermato un nuovo fenomeno, il poliabuso di sostanze, dove queste vengono assunte in sequenza, per modulare e potenziare gli effetti l'una dell'altra.

Oltre alla cannabis, altre sostanze frequentemente utilizzate presso i soggetti all'esordio sono l'alcol - spesso ritenuto dai pazienti un facilitatore della performance sociale - e la cocaina, il cui abuso può portare alla manifestazione di sintomi positivi, come allucinazioni visive e tattili, mentre l'astinenza risulta associata ad affaticamento e rallentamento psicomotorio.

In fase di assessment è necessario valutare l'eventuale utilizzo di sostanze e includere questo aspetto nel trattamento, intervenendo sulle credenze relative all'uso delle sostanze come strumento di automedicazione, il che porta il paziente a percepirle erroneamente come utili per migliorare la propria competenza nelle relazioni sociali o per attenuare l'ansia o le deflessioni timiche,

rinforzandone l'uso.

Attraverso un lavoro di identificazione e messa a confronto di vantaggi e svantaggi relativi a tale comportamento e la messa in discussione delle credenze disfunzionali sul loro uso è possibile contrattare il cambiamento, prevenire le ricadute e gestire quelle che si presentano, considerandole come uno stadio del cambiamento e come una preziosa occasione di apprendimento, al fine di ridurre il rischio di tornare ad utilizzare la sostanza stabilmente.

Favorire lo sviluppo di servizi dedicati

I giovani all'esordio di malattie mentali gravi costituiscono un target con caratteristiche, bisogni e background diverso rispetto all'utenza media dei servizi dedicati a tappe evolutive precedenti, come la Neuropsichiatria infantile, e delle strutture per l'età adulta rivolte a pazienti con una lunga storia di malattia, che presentano spesso un funzionamento maggiormente compromesso. L'accessibilità ai servizi per questi utenti è molto limitata; il modello attuale è incapace di intercettare il grave disagio che caratterizza questa fascia di età e di provvedere efficacemente ai bisogni manifestati. Come abbiamo già riferito in apertura il periodo di transizione all'età adulta è quello in cui insorgono gran parte dei disturbi mentali gravi che rendono disabili nell'età adulta; ciononostante solo una piccola proporzione di questi giovani, meno di uno su sei, accedono ai servizi o ricevono una cura appropriata. I giovani "in transition" necessitano di servizi "tagliati su misura" per loro e non di mere estensioni dei servizi per adulti o per bambini.

Fondare la pratica clinica su metodologie basate sulle prove di efficacia

Oltre al rilevato grave problema di accessibilità esiste una estrema eterogeneità di interventi praticati nei servizi, spesso con pratiche non confortate da prove di efficacia. Le linee guida rappresentano uno strumento che consente un rapido trasferimento delle conoscenze, elaborate dalla ricerca biomedica, nella pratica clinica quotidiana. Si tratta di raccomandazioni di comportamento, messe a punto mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, che possono essere utilizzate come strumento per medici e amministratori sanitari per migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'utilizzo delle risorse. Diverse ne sono state elaborate per gli esordi

psicotici, anche ad opera di istituzioni prestigiose, con frequenti e attenti aggiornamenti. Ne ricordiamo una in particolare, redatta nel nostro paese ad opera del "Sistema nazionale per le linee guida" (Ministero della salute).

La complessità di un sistema come quello psichiatrico può comunque creare condizioni favorevoli difetti di congruità, di continuità e di scarsa integrazione nella cura; si può giungere al paradosso di ottenere un raggiungimento pieno della "qualità" all'interno della struttura in termini di professionalità delle prestazioni erogate e l'inefficienza del sistema globale. Per questo è necessario armonizzare gli interventi e coordinare i vari attori in gioco. A questo fine la Conferenza Stato-Regioni ha approvato i Percorsi di cura proposti per quattro raggruppamenti psicopatologici (i disturbi schizofrenici, i disturbi bipolari, i disturbi depressivi e i disturbi gravi di personalità).

I percorsi di cura o percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) costituiscono, insieme alle Linee guida, strumenti del governo clinico che consentono di definire standard assistenziali (valori soglia con i quali si decide di confrontare il risultato dell'indicatore, al fine di aiutare il processo decisionale) e di verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata. Sono stati costruiti da un gruppo di lavoro interregionale di esperti che li ha raggruppati secondo la fase di malattia; in questo ambito grande rilievo è stato dato al momento dell'esordio. Si è potuto così porre grande enfasi ad alcuni snodi critici tipici di questa fase, quali l'integrazione con le UONPIA, la Medicina di base e i Servizi per le dipendenze, come pure l'aderenza ai trattamenti, la continuità delle cure, l'accesso a trattamenti psicoterapeutici e a interventi dedicati al contesto familiare. A queste e ad altre pratiche raccomandate dalla letteratura sono dedicati specifici indicatori che consentono di verificare l'adeguatezza del servizio in diverse dimensioni del processo di cura. È importante quindi che tale strumento sia opportunamente diffuso e implementato nelle diverse équipe di lavoro, per facilitare il miglioramento della qualità delle cure ed incrementare la soddisfazione degli operatori e degli utenti.

Considerazioni conclusive

L'attenzione nei confronti dei soggetti a rischio e di quelli nelle prime fasi del disturbo mentale grave deve diventare prioritaria nelle scelte strategiche dei Dipartimenti

di salute mentale.

Pratiche di prevenzione primaria (che non significa andare in giro per le scuole a fare conferenze!), interventi orientati su fasce di popolazione a rischio (sempre più ben delineate dalla ricerca scientifica) e su soggetti nelle prime fasi di malattia devono essere attuati per evitare l'instaurarsi o il contrastare l'esordio ed il progredire della malattia. Questo attuando modelli organizzativi realisticamente praticabili nelle diverse situazioni in cui i servizi operano, oltretutto in un frangente storico di contrazione di risorse disponibili.

I dispositivi di indirizzo istituzionali incoraggiano ed anzi spingono fortemente in questa direzione. È importante che la conoscenza di questi documenti sia il più possibile diffusa, e piena la loro implementazione nella pratica quotidiana.

Bibliografia di riferimento

Cocchi, A. Meneghelli (a cura di), "Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua", Edi.Ermes, Milano, 2012.

Ministero della Salute - Sistema nazionale per le linee guida: "Gli interventi precoci nella schizofrenia" - approvato in data ottobre 2007 - accessibile in: <http://www.pnlg.it>

Conferenza unificata Stato-Regioni "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" approvato in data 13 novembre 2014 - accessibile in:

http://statoregioni.it/Documenti/DOC_045559_137%20CU%20PUNTO%206%20ODG.pdf

Rif.

Emiliano Monzani

Psichiatra, Responsabile SS 'Psicoterapia - Prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi psichici negli adolescenti e nei giovani adulti' DSM ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
email: emiliano.monzani@ospedaleniguarda.it
Tel: 02.66809801 (segreteria Programma 2000)

Il Trial GET UP: un modello innovativo e fattibile per l'implementazione di interventi precoci per le psicosi nei Dipartimenti di Salute Mentale

Mirella Ruggeri, Chiara Bonetto & il Gruppo GET UP*

Introduzione

I disturbi psicotici sono i più disabilitanti tra tutte le malattie mentali. Molti soggetti affetti da psicosi presentano un esito sfavorevole a lungo termine, situazione questa che porta ad una elevata sofferenza personale e ad alti costi per la società, soprattutto a causa delle ripetute ospedalizzazioni in seguito a ricadute di malattia. È stato dimostrato che il maggior deterioramento clinico e psicosociale nella schizofrenia si manifesta nell'arco dei primi 5 anni dall'esordio, suggerendo che questo sia un periodo critico per l'inizio del trattamento. La ricerca si è recentemente concentrata su riconoscimento precoce ed intervento nelle psicosi, dimostrando che quanto prima si inizia un trattamento tanto migliore sarà la risposta clinica. Gli effetti positivi del trattamento farmacologico nel primo episodio psicotico sono mitigati dal fatto che, nonostante l'iniziale riduzione dei sintomi, il recupero funzionale appare tipicamente scarso. Infatti, sebbene circa il 75% dei soggetti al primo episodio mostri una remissione sintomatologica a 6 mesi, nella maggior parte dei casi (79.8%) non si evidenzia un recupero funzionale nello stesso periodo di tempo (Bird et al, 2010) nonostante il miglioramento clinico. Il deterioramento funzionale si manifesta anche quando viene fornito un trattamento farmacologico ottimale. In aggiunta, i familiari sono spesso provati dall'alto impatto emotivo conseguente al ruolo di caregiver e spesso essi stessi manifestano segni di disagio psicosociale. Chiaramente, la terapia farmacologica da sola non è sufficiente a prevenire le ricadute o ad assicurare un recupero funzionale dall'episodio acuto di psicosi. Un interesse crescente per gli interventi psicosociali come strumenti per facilitare il recupero clinico e ridurre la disabilità a lungo termine associate alla

psicosi è stato evidenziato dal numero di studi dell'ultimo decennio (Penn et al, 2005). La letteratura sugli interventi psicosociali nel primo episodio psicotico può essere suddivisa in due ampie categorie: 1) studi che valutano singoli interventi psicosociali (es. terapia cognitivo comportamentale individuale); 2) studi che valutano interventi complessi (integrati), che tipicamente includono il riconoscimento precoce della psicosi, terapie familiari, individuali o di gruppo e case management, in aggiunta al trattamento farmacologico. Gli interventi integrati per gli esordi psicotici appaiono molto promettenti e sono stati associati alla riduzione/remissione sintomatologica, al miglioramento della qualità della vita e del funzionamento sociale e cognitivo, alla riduzione della "durata di psicosi non trattata", a bassi tassi di ricovero ospedaliero, ad un alto grado di soddisfazione verso il trattamento, ad un minor tempo complessivo di ospedalizzazione e ad una minor frequenza di comportamenti autolesivi. E ancora, la maggior parte delle ricerche su tali programmi integrati si basa su disegni di studio quasi sperimentali, che utilizzano gruppi di confronto prospettici, o disegni di studio su singolo gruppo, che delineano l'andamento di una coorte in un dato periodo di tempo. Le linee guida per il trattamento del primo episodio psicotico sono basate di massima sull'esperienza clinica e assai meno su ricerche controllate che valutino programmi psicosociali standardizzati realizzati in un ampio numero di contesti di routine. È quindi divenuto ineludibile implementare la disponibilità di tali interventi integrati accompagnati da una valutazione della loro efficacia basata su rigorosi criteri metodologici aventi l'obiettivo di comprenderne sempre meglio l'efficacia (Ruggeri et al., 2013).

Il Programma Strategico GET UP (Genetics, Endophenotypes and Treatment: Understanding early Psychosis),

finanziato dal Ministero della Salute nel 2008, mirava a cogliere queste criticità e a dare risposte che ancora risultavano insufficienti, caratterizzandosi per la spiccata armonizzazione tra i quattro progetti costituenti:

1. PIANO (Psychosis: early Intervention and Assessment of Needs and Outcome);
2. TRUMPET (TRaining and Understanding of service Models for Psychosis Early Treatment);
3. GUITAR (Genetic data Utilization and Implementation of Targeted drug Administration in the clinical Routine);
4. CONTRABASS (COgnitive Neuroendophenotypes for Treatment and RehAbilitation of psychoses: Brain imaging, inflAMmation and StresS).

Nel presente articolo verranno illustrati alcuni risultati ottenuti su un sottogruppo di dati generati dal Progetto GET UP PIANO, in particolare la componente relativa ai pazienti arruolati nel Trial che ha costituito l'asse principale del Progetto. Si rimanda ad altra letteratura per dati più dettagliati sul Trial stesso e per i dati relativi agli altri progetti (Ruggeri et al 2012; Ruggeri et al., 2015).

Obiettivi

Il Trial GET UP PIANO è uno studio di effectiveness randomizzato controllato svolto con l'intento di valutare una specifica forma di intervento psicosociale costituita da terapia cognitivo comportamentale per i pazienti e interventi psicoeducazionali per le famiglie, basati sulla presa in carico secondo il modello del "case management", intervento fornito all'esordio psicotico e condotto in numerosi Centri di Salute Mentale (CSM). Ciascun CSM rappresenta un'unità assegnata mediante randomizzazione in cieco al trattamento standard o all'intervento sperimentale. Il Trattamento Standard ("Treatment as Usual") è rappresentato da quanto generalmente fornito ai pazienti psicotici in Italia, quantificato in precedenti studi (de Girolamo et al., 2007) e nella cornice del Progetto PICOS (avviato nel 2004 nella regione Veneto e coordinato da Mirella Ruggeri; si veda Ruggeri et al., 2008; Lasalvia et al., 2013). Nello specifico, i dati presenti in letteratura indicano che il Trattamento Standard per il primo episodio psicotico nei CSM italiani consiste in un intervento comprensivo di trattamento psicofarmacologico associato ad una gestione clinica e supportiva non specifica; l'intervento sui familiari generalmente consiste in sessioni non specifiche ed informali di supporto.

Il principale obiettivo scientifico del Progetto GET-UP - PIANO era indagare la fattibilità e l'efficacia nella pratica clinica dell'intervento sperimentale nei servizi "generalisti", e in particolare:

sti", e in particolare:

- 1) testare l'ipotesi che l'intervento sperimentale proposto ai pazienti: a) riducesse i sintomi positivi e negativi, b) riducesse i tassi di ricaduta, c) migliorasse il funzionamento sociale e d) aumentasse la soddisfazione nei confronti dei servizi. Lo studio valutava inoltre l'ipotesi che questa forma di intervento integrato nei familiari aumentasse il benessere soggettivo; e) riducesse il carico familiare, riducesse le emozioni espresse e aumentasse la soddisfazione nei confronti dei servizi;
- 2) identificare i predittori clinici, psicologici e ambientali di efficacia del trattamento nel primo episodio psicotico.

Disegno

Il Trial GET UP è uno studio controllato randomizzato che confronta l'efficacia del trattamento italiano standard per i pazienti all'esordio psicotico ed i loro familiari vs. un trattamento psicosociale specifico. È stata individuata una catchment area di circa 10 milioni di abitanti dell'Italia centro-settentrionale, comprensiva di Regione Veneto, Regione Emilia-Romagna, città di Firenze, Milano, e Bolzano. In tale area sono collocati 126 Centri di Salute mentale, ciascuno dei quali copre una catchment area di circa 100.000 abitanti. Secondo le stime epidemiologiche basate su studi precedenti (Lasalvia et al., 2012; Tarricone et al., 2011), il numero massimo di pazienti all'esordio psicotico attesi in un anno nell'intero territorio è di circa 700 casi.

A tutti i CSM è stato proposto di partecipare mettendo come condizione essenziale la disponibilità ad essere assegnati in maniera randomizzata al braccio che avrebbe continuato ad attuare modalità routinarie di intervento oppure al braccio sperimentale, il che avrebbe comportato dapprima la formazione di un team dedicato e, subito a seguire, l'avvio di interventi sperimentali in aggiunta a quelli abitualmente attuati. Dopo 9 mesi dall'avvio di tali interventi era prevista una valutazione di follow-up.

Secondo il disegno dello studio, ciascun CSM rappresentava un'unità di randomizzazione. La procedura di randomizzazione è stata attuata in cieco dopo aver stratificato i CSM in funzione delle caratteristiche della catchment area, dell'organizzazione dei DSM e delle risorse dei servizi.

Il reclutamento dei pazienti ha avuto inizio l'1 aprile 2010 ed è durato un anno. L'inizio dell'intervento (di routine o sperimentale) era previsto non appena il paziente veniva

dichiarato stabilizzato (in media entro un mese dal reclutamento), momento in cui veniva effettuata la valutazione delle caratteristiche baseline. La durata prevista dell'intervento era di 9 mesi. I pazienti nel gruppo sperimentale ricevevano: (a) sessioni centrate sull'approccio Cognitivo Comportamentale specifico per le psicosi (CBT), (b) sessioni di psicoeducazione per i familiari e (c) incontri con un case manager che fungeva da referente per il paziente e per i familiari nell'intero percorso terapeutico.

Metodi

Sono stati ritenuti eleggibili i pazienti che soddisfacevano i seguenti criteri di inclusione:

- 1) età 18-54 anni;
- 2) residenza nella catchment area;
- 3) presenza di (a) almeno 1 dei seguenti sintomi: allucinazioni, deliri, disturbi formali dell'eloquio, disturbi psicomotori, comportamento bizzarro o grossolanamente inappropriato, o (b) almeno 2 dei seguenti sintomi: perdita di interessi ed iniziativa, ritiro sociale, episodi di grave eccitamento, aggressività, angoscia opprimente, marcata trascuratezza personale;
- 4) al primo contatto assoluto col CSM partecipante per sintomi elencati al punto 3;
- 5) assenza di precedente trattamento specifico (>3 mesi) fornito da psichiatri o altri medici per disturbi mentali simili o identici a quello in atto;
- 6) diagnosi clinica ICD-10 F20-F29 (Schizofrenia, Disturbo schizotipico, Disturbo delirante, Sindrome psicotica acuta e transitoria, Sindrome psicotica indotta, Sindrome schizoaffettiva, Psicosi NAS) o diagnosi clinica ICD-10 F30-F31-F32.3 (Episodio maniacale singolo, Sindrome affettiva bipolare, Episodio depressivo grave con sintomi psicotici);
- 7) assenza di disturbi cerebrali organici.

A tutti i pazienti è stato chiesto di compilare il consenso informato, secondo le direttive dei vari Comitati Etici locali.

Indicatori

I pazienti sono stati valutati tramite un set di strumenti standardizzati, somministrati al baseline e a 9 mesi di follow-up, che valutavano, fra gli altri parametri: sintomi (Positive and Negative Syndrome Scale, Hamilton Rating Scale for Depression, Bech-Rafaelsen Mania rating Scale), funzionamento globale (Global Assessment of Functioning), disabilità sociale (WHO DAS), QI premorbo (versione italiana dal New Adult Reading Test), abuso

di sostanze, insight (Schedule of Assessment of Insight), bisogni di cura (Camberwell Assessment of Needs) e qualità della vita (WHO-QoL). Al follow-up sono stati somministrati i medesimi strumenti ed inoltre quantificate le caratteristiche degli interventi sperimentali e di routine e i pattern di decorso clinico (Life Chart Schedule). La diagnosi clinica è stata confermata utilizzando la Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. I familiari sono stati valutati relativamente a carico familiare (Involvement Evaluation Questionnaire) e disagio emotivo (General Health Questionnaire) e intervistati rispetto all'adattamento premorbo del paziente (Premorbid Adjustment Scale) e alle complicanze ostetriche alla nascita. Al follow up sia per i pazienti che per i familiari è stata valutata la soddisfazione nei confronti del servizio (Verona Service Satisfaction Scale). Inoltre sono stati valutati gli eventi di vita stressanti (nei primi 17 anni di vita, un anno prima dell'esordio psicotico e nel periodo seguente l'esordio), il parental bonding e le emozioni espresse.

Risultati

Hanno aderito al GET UP 117 (92%) dei 126 Centri di Salute Mentale. Sono stati arruolati e valutati oltre 600 pazienti all'esordio psicotico e i loro familiari e complessivamente lo studio ha raggiunto - e in alcuni casi addirittura superati - la gran parte degli obiettivi prefissati. Il Progetto GET UP ha coinvolto circa 500 fra psichiatri, psicologi e infermieri strutturati nei vari CSM e ricercatori, che in questi anni hanno successivamente lavorato sul campo per GET UP. Gli operatori dei CSM randomizzati nel braccio sperimentale sono stati formati con un training intensivo breve della durata di 6 mesi, conclusosi con verifica delle competenze acquisite.

Vengono in questo articolo riportati in maniera sintetica soltanto alcuni risultati del sottogruppo di pazienti afferenti alla Regione Veneto e alla Regione Emilia-Romagna. Si precisa che le analisi riportate sono esclusivamente di tipo descrittivo, in quanto la numerosità del sottogruppo non consente l'effettuazione di una appropriata analisi statistica coerente con il modello del trial. (per i dati completi si veda Ruggeri et al., 2015).

I dati riportati nella Tab.1 nel loro complesso fanno emergere marcati elementi di similitudine fra le due Regioni in relazione alle caratteristiche dei pazienti, ad eccezione di una maggiore durata della psicodiagnosi trattata in Emilia-Romagna. Tuttavia, rispetto ai percorsi

che portano alla richiesta di aiuto ai servizi (Tab. 2), si rilevano alcune differenze, con particolare riferimento ad un più elevato ricorso alle Forze dell'Ordine e ad una minore componete di invio da parte dei familiari in Emilia-Romagna rispetto al Veneto. Inoltre, in Emilia-Romagna, si rileva una maggiore tendenza ad una presa in carico iniziale presso il CSM, mentre il Veneto, tende a dare maggiore preferenza al ricovero.

La possibilità di "aggancio" dei pazienti all'intervento sperimentale (Tab. 3) appare elevata e simile nelle due Regioni. Un altro dato rilevante è la tendenza alla compensazione del carico per gli operatori generata dalla diminuzione spontanea degli interventi di routine rilevata

nel braccio sperimentale (Tab. 4), ad indicare che tali interventi andavano a soddisfare necessità terapeutiche che poi consentivano di ridurre componenti aspecifiche di presa in carico.

I dati di efficacia mostrano dati del tutto comparabili nelle due Regioni, con una chiara superiorità dell'intervento sperimentale dal punto di vista del miglioramento delle variabili cliniche, emotive e di funzionamento e di riduzione dell'impatto dei sintomi sulle attività della vita quotidiana (Tabella 5), dati tutti che sono con chiarezza statistica rilevabili nell'intero campione, per le cui caratteristiche e risultati in termini di efficacia si rimanda a Ruggeri et al.; 2015.

Tab. 1. Caratteristiche socio-demografiche dei pazienti valutati al baseline (dopo stabilizzazione clinica).

BASELINE	Gruppo Trattamento di Routine		Gruppo Trattamento Sperimentale	
	Veneto (n=85)	Emilia-Romagna (n=71)	Veneto (n=93)	Emilia-Romagna (n=114)
Sesso, n (%)				
Maschio	45 (52.9%)	42 (59.2%)	57 (61.3%)	66 (57.9%)
Femmina	40 (47.1%)	29 (40.8%)	36 (38.7%)	48 (42.1%)
Età al primo contatto con il servizio, media (sd)	32.5 (9.4)	30.5 (8.9)	30.0 (10.8)	30.1 (9.5)
Scolarità, n (%)	(5 missing)	(7 missing)	(1 missing)	(6 missing)
Bassa (Elementare – Media inferiore)	35 (43.8%)	25 (39.1%)	39 (42.4%)	31 (28.7%)
Alta (Scuola superiore, Università)	45 (56.2%)	39 (60.9%)	53 (57.6%)	77 (71.3%)
Stato civile, n (%)	(3 missing)	(9 missing)	(2 missing)	(4 missing)
Celibe	60 (73.2%)	45 (72.6%)	67 (73.6%)	78 (70.9%)
Sposato	16 (19.5%)	10 (16.1%)	19 (20.9%)	27 (24.5%)
Vedovo, separato, divorziato	6 (7.3%)	7 (11.3%)	5 (5.5%)	5 (4.5%)
Vive con, n (%)	(7 missing)	(7 missing)	(2 missing)	(9 missing)
Da solo	2 (2.6%)	6 (9.4%)	7 (7.7%)	2 (1.9%)
Partner e/o figli	20 (25.6%)	15 (23.4%)	20 (21.5%)	30 (28.6%)
Altri familiari	54 (69.2%)	40 (62.5%)	64 (68.8%)	72 (68.6%)
Altro	2 (2.6%)	3 (4.7%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)
Condizione lavorativa, n (%)	(2 missing)	(2 missing)	(2 missing)	(6 missing)
Occupato	32 (38.6%)	27 (39.1%)	29 (31.9%)	42 (38.9%)
Disoccupato	28 (33.7%)	25 (36.2%)	28 (30.8%)	37 (34.3%)
Casalinga, studente, pensionato	23 (27.7%)	17 (24.6%)	34 (37.4%)	29 (26.9%)
Nazionalità, n(%)				
Italiana	74 (87.0%)	61 (85.9%)	83 (89.2%)	98 (86.0%)
Altro	11 (13.0%)	10 (14.1%)	10 (10.8%)	16 (14.0%)
Diagnosi (SCAN a 9 mesi), n (%)				
Psicosi non affettiva F20-F29	66 (77.6%)	55 (77.5%)	78 (83.9%)	88 (77.2%)
Psicosi affettiva F30-F31-F32.3	19 (22.4%)	16 (22.5%)	15 (16.1%)	26 (22.8%)
Durata psicosi non trattata, mesi, media (sd), mediana (range)	(13 missing) 5.2 (8.2), 2.0 (0-49) ^a	(15 missing) 11.5 (27.0), 1.5 (0-140) ^c	(2 missing) 7.0 (19.0), 2.0 (0-123) ^b	(24 missing) 9.2 (19.3), 2.0 (0-131) ^d
Outlier (≥20): ^a 5 ^b 8 ^c 9 ^d 12				

Tab. 2. Modalità di invio e di accesso al servizio.

	Gruppo Trattamento di Routine		Gruppo Trattamento Sperimentale	
	Veneto (n=85)	Emilia-Romagna (n=71)	Veneto (n=93)	Emilia-Romagna (n=114)
Inviante, n (%)	(1 missing)	(3 missing)		(1 missing)
Familiari	41 (48.8%)	20 (29.4%)	49 (52.7%)	38 (33.6%)
Medico di base	20 (23.8%)	14 (20.6%)	22 (23.7%)	36 (31.9%)
Forze dell'ordine	14 (16.7%)	24 (35.3%)	15 (16.1%)	29 (25.7%)
Amici	1 (1.2%)	1 (1.5%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)
Specialista	5 (5.9%)	2 (2.9%)	1 (1.1%)	1 (0.9%)
Auto-invio	0 (0.0%)	1 (1.5%)	2 (2.1%)	1 (0.9%)
Altri reparti o istituzioni	3 (3.6%)	0 (0.0%)	3 (3.2%)	5 (4.4%)
Altro	0 (0.0%)	6 (8.8%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)
Modalità di accesso, n (%)		(5 missing)		(1 missing)
PS contatto unico	0 (0.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
PS+ricovero	46 (54.1%)	19 (28.8%)	37 (39.8%)	43 (38.1%)
PS+CSM/ambulatori	9 (10.6%)	2 (3.0%)	10 (10.7%)	8 (7.1%)
Accesso diretto al CSM/ambulatori	18 (21.2%)	32 (48.5%)	36 (38.8%)	51 (45.1%)
Visita domiciliare+ricovero	8 (9.4%)	9 (13.6%)	5 (5.4%)	8 (7.1%)
Altro reparto	0 (0.0%)	1 (1.5%)	2 (2.1%)	1 (0.9%)
Altro	4 (4.7%)	2 (3.0%)	3 (3.2%)	2 (1.8%)

Tab. 3. Intervento fornito nel gruppo sperimentale fra il baseline (dopo la stabilizzazione clinica) e il follow-up a 9 mesi

PERIODO FRA BASELINE E FU	Gruppo Trattamento Sperimentale	
	Veneto (n=93)	Emilia-Romagna (n=114)
Sessioni CBT, n (%)		
0	11 (11.8%)	11 (9.6%)
1-4	6 (6.5%)	4 (3.5%)
5-9	6 (6.5%)	13 (11.4%)
10-19	31 (33.3%)	16 (14.0%)
20+	39 (41.9%)	70 (61.4%)
Sessioni CBT, Media (sd), min-max	15.6 (8.9), 0-37	19.0 (10.8), 0-42
Sessioni Intervento Familiare, n (%)		
0	16 (17.2%)	20 (17.5%)
1-4	7 (7.5%)	7 (6.1%)
5-9	18 (19.4%)	21 (18.4%)
10-19	41 (44.1%)	59 (51.7%)
20+	11 (11.8%)	7 (6.1%)
Media (sd), min-max	10.1 (7.6), 0-36	10.0 (6.5), 0-26
Case management, Contatti, n (%)		
0	0 (0.0%)	0 (0.0%)
1-4	27 (29.0%)	33 (28.9%)
5-9	15 (16.1%)	19 (16.7%)
10-19	25 (26.9%)	23 (20.2%)
20+	26 (28.0%)	39 (34.2%)
Media (sd), min-max	19.2 (26.1), 1-120	19.4 (22.4), 1-108

Tab. 4. Interventi psicosociali non specifici nel periodo fra il baseline (dopo la stabilizzazione clinica) e il follow-up a 9 mesi

PERIODO FRA BASELINE E FU	Gruppo Trattamento di Routine		Gruppo Trattamento Sperimentale	
	Veneto (n=85)	Emilia-Romagna (n=71)	Veneto (n=93)	Emilia-Romagna (n=114)
INTERVENTI NON-SPECIFICI				
Pazienti che hanno ricevuto interventi psicosociali non specifici, n (%)	31 (42.5%) (12 missing)	28 (60.9%) (25 missing)	16 (18.4%) (6 missing)	36 (35.3%) (12 missing)
Familiari che hanno ricevuto interventi psicosociali non specifici, n (%)	12 (16.4%) (12 missing)	17 (37.0%) (25 missing)	2 (2.3%) (6 missing)	20 (19.6%) (12 missing)

Tab. 5. Outcome primari e secondari: PANSS, PSYRATS, GAF ed HAMILTON dei pazienti valutati al baseline (dopo stabilizzazione clinica) a 9 mesi, media (SD)

OUTCOME PRIMARI	Gruppo Trattamento di Routine						Gruppo Trattamento Sperimentale					
	VENETO			EMILIA-ROMAGNA			VENETO			EMILIA-ROMAGNA		
	BL (n=85)	FU (n=73)	Δ (n=73)	BL (n=71)	FU (n=66)	Δ (n=66)	BL (n=93)	FU (n=83)	Δ (n=83)	BL (n=114)	FU (n=98)	Δ (n=98)
PANSS TOTALE	2.25 (0.65)	1.79 (0.64)	-0.48	2.38 (0.61)	1.76 (0.65)	-0.62	2.39 (0.69)	1.71 (0.57)	-0.65	2.42 (0.63)	1.61 (0.58)	-0.81
PANSS S. Positivi	2.16 (0.77)	1.55 (0.67)	-0.65	2.26 (0.92)	1.45 (0.71)	-0.81	2.28 (0.91)	1.53 (0.61)	-0.75	2.39 (0.85)	1.37 (0.45)	-1.02
PANSS S. Negativi	2.51 (1.08)	2.09 (1.02)	-0.41	2.60 (1.07)	1.92 (0.96)	-0.68	2.61 (1.17)	1.92 (0.96)	-0.65	2.49 (1.04)	1.77 (0.92)	-0.72
PANSS Generale	2.18 (0.61)	1.77 (0.61)	-0.43	2.34 (0.64)	1.85 (0.71)	-0.49	2.34 (0.65)	1.70 (0.52)	-0.61	2.40 (0.64)	1.64 (0.61)	-0.76
OUTCOME SECONDARI	Gruppo Trattamento di Routine						Gruppo Trattamento Sperimentale					
	VENETO			EMILIA-ROMAGNA			VENETO			EMILIA-ROMAGNA		
	BL (N=85)	FU (N=73)	Δ (N=73)	BL (N=71)	FU (N=66)	Δ (N=66)	BL (N=93)	FU (N=83)	Δ (N=83)	BL (N=114)	FU (N=98)	Δ (N=98)
GAF	45.78 (13.62)	59.36 (16.89)	13.71	46.76 (11.95)	63.00 (15.28)	16.24	45.41 (14.60)	63.93 (16.58)	17.92	42.53 (12.35)	64.85 (15.68)	22.32
HAMILTON	16.80 (11.42)	10.82 (6.97)	-6.61	16.34 (7.95)	11.05 (13.43)	-5.29	17.58 (9.06)	9.50 (6.56)	-7.23	17.84 (8.05)	7.88 (5.95)	-9.96

Conclusioni

I risultati ottenuti complessivamente dal Programma Strategico GET UP (di cui questo articolo illustra solo in modo incompleto il disegno, i dati e le analisi statistiche per cui si rimanda il lettore a Ruggeri et al., 2015) dimostrano che l'intervento diretto ai pazienti ed ai loro familiari risulta fattibile in una percentuale di circa l'85% dei pazienti all'esordio psicotico che chiedono aiuto ai Servizi di Salute Mentale pubblici posti sul territorio, e che l'acquisizione di nuove competenze da parte degli operatori di tali servizi può essere rapida e soddisfacente.

Il Follow-up a 9 mesi dimostra che l'intervento multicomponente integrato migliora in maniera significativa la gravità complessiva dei sintomi, il funzionamento globale, il benessere emotivo e l'impatto dei sintomi sulle attività quotidiane.

I dati ottenuti dall'intero Programma Strategico GET UP hanno una importante componente di "trasferibilità". Testare in un ampio territorio le nuove strategie terapeutiche per gli esordi psicotici ha consentito la creazione di un nuovo modello di gestione e valutazione dei pazienti che potrà essere diffuso e applicato su larga scala nelle

Regioni coinvolte e nei servizi di Salute Mentale italiani. Fra gli elementi di valore aggiunto di questo studio su base locale, nazionale ed internazionale citiamo:

- 1) aver testato e reso disponibile un pacchetto di strumenti per caratterizzare i pazienti psicotici all'esordio e valutare i loro familiari in un setting italiano, con la conseguente diffusione di competenze nell'utilizzo di tali strumenti clinici e diagnostici utili per una valutazione globale dei nuovi casi di psicosi e dei familiari di tali pazienti;
- 2) aver creato un database clinico-epidemiologico-biologico su ampia scala, uno dei più recenti e aggiornati nel mondo ed il primo di questo tipo in Italia, che consente di avere a disposizione dati non soltanto nell'immediato ma anche per studi futuri di follow-up;
- 3) aver creato una rete di collaborazione tra i Centri di Salute Mentale e gli altri servizi medici e sociali che operano nei territori coinvolti in GET UP;
- 4) aver messo a punto modalità di training breve ed efficace del personale coinvolto nello studio, il che ha gettato le basi per una riorganizzazione della pratica clinica nell'ambito degli esordi psicotici su ampie aree.

I dati emersi da questo Progetto aiuteranno ad identificare pattern di pazienti e familiari che risultano più responsivi al trattamento proposto; gli stessi dati serviranno da stimolo nel formulare diverse forme di intervento dirette ai soggetti non-responder. Sarà possibile identificare i fattori ambientali legati all'esordio psicotico e agli specifici pattern di decorso; sulla base di questi risultati potranno anche essere implementati ulteriori sforzi in direzione della prevenzione. Sarà inoltre possibile classificare i pazienti sulla base di una risposta al trattamento e prognostica favorevole o sfavorevole.

Il Trial GET UP costituisce, al meglio della nostra conoscenza, il più vasto progetto di validazione nella routine clinica degli interventi precoci per le psicosi mai svolto al mondo, e il modello italiano di psichiatria di comunità ne ha costituito il setting ideale. Questi risultati non solo sostengono la fattibilità e l'efficacia degli interventi precoci per la psicosi nei servizi di salute mentale "del mondo reale", ma aprono numerose prospettive per l'innovazione dei servizi stessi, con particolare riferimento alla formazione del personale ad interventi innovativi ed evidence-based e alla presa in carico tempestiva e precoce dei giovani affetti da disturbi psichici.

Referenze

Bird V, Premkumar P, Kendall T, et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010;197:350-356.

Lasalvia A, Bonetto C, Tosato S, et al. First-contact incidence of psychosis in north-eastern Italy: influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation. *Br J Psychiatry* 2014; 205:127-134.

National Institute for Clinical Excellence: Giudance (NICE). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Leicester, UK: British Psychological Society; 2009.

Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, et al. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am J Psychiatry* 2005;162:2220-2232.

Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, Fioritti A, de Girolamo G, Santonastaso P, Pileggi F, Neri G, Ghigi D, Giubilini F, Miceli M, Scarone S, Cocchi A, Torresani S, Faravelli C, Cremonese C, Scocco P, Leuci E, Mazzi F, Pratelli M, Bellini F, Tosato S, De Santi K, Bissoli S, Poli S, Ira E, Zoppei S, Rucci P, Bislenghi L, Patelli G, Cristofalo D, Meneghelli A; GET UP Group. (2015) Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. *Schizophr Bull.* 2015 Sep;41(5):1192-203

Ruggeri M, Lasalvia A, Bonetto C. A new generation of pragmatic trials of psychosocial interventions is needed. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013;22:111-117.

Ruggeri M., Bonetto C., Lasalvia A., De Girolamo G., Fioritti A., Rucci P., Santonastaso P., Neri G., Pileggi F., Ghigi D., Miceli M., Scarone S., Cocchi A., Torresani S., Faravelli C., Zimmermann C., Meneghelli A., Cremonese C., Scocco P., Leuci E., Mazzi F., Gennarelli M., Brambilla P., Bissoli S., Bertani M.E., Tosato S., De Santi K., Poli S., Cristofalo D., Tansella M. & the GET UP GROUP. (2012). A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Trials* 13, 73

Ruggeri M, Lora A, Semisa D; SIEP-DIRECT'S Group. The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence. An outline of main findings and practical implications for the future of community based mental health services. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008 Oct-Dec;17(4):358-68

Ruggeri M, Bacigalupi M, Casacchia M, Miceli M, Morganti C, Scavo V, Allevi L, Lupoi S, Cristofalo D, Lasalvia A, Lora A, Semina D; Gruppo SIEP-DIRECT'S. [Care across all phases of schizophrenia and initiation of treatment: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT'S Project] *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008 Oct-Dec;17(4):305-18 In Italiano

Sistema Nazionale Linee Guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007.

Tarricone I, Mimmi S, Paparelli A, Rossi E, Mori E, Panigada S, Carchia G, Bandieri V, Michetti R, Minenna G, Boydell J, Morgan C, Berardi D. First-episode psychosis at the West Bologna Community Mental Health Centre: results of an 8-year prospective study. *Psychol Med.* 2012 Nov;42(11):2255-64

Rif.

Mirella Ruggeri
 Professore Ordinario di Psichiatria, Università di Verona e Direttore Dipartimento Interaziendale per la Salute Mentale di Verona, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e ULSS20
 email: mirella.ruggeri@univr.it

* Gruppo GET UP: i nominativi di coloro che fanno parte del Gruppo GET UP sono riportati esaustivamente nel sito: http://www.psychiatry.univr.it/page_getu e in Appendice a questo lavoro

APPENDICE

THE GET UP GROUP includes:
(update April 08 2013)

GET UP - Genetics, Endophenotypes, Treatment:

Understanding early Psychosis

National Coordinator: Professor Mirella Ruggeri (Verona)

Leading Project: PIANO (Psychosis: Early Intervention and Assessment of Needs and Outcome)**Scientific Coordinator:** Mirella Ruggeri (Verona)

Administrative Leading Institution: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Regione Veneto

Coordinating Centre: Mario Ballarin, Maria Elena Bertani, Sarah Bissoli, Chiara Bonetto, Doriana Cristofalo, Katia De Santi, Antonio Lasalvia, Silvia Lunardi, Valentina Negretto, Sara Poli, Sarah Tosato, Maria Grazia Zamboni**Project TRUMPET** (TRaining and Understanding of Service Models for Psychosis Early Treatment)**Scientific Coordinator:** Giovanni De Girolamo (Bologna and Brescia)

Administrative Leading Institution: Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia Romagna

Coordinating Centre: Angelo Fioritti, Giovanni Neri, Francesca Pileggi, Paola Rucci**Project GUITAR** (Genetic data Utilization and Implementation of Targeted Drug Administration in the Clinical Routine)**Scientific Coordinator:** Massimo Gennarelli (Brescia)

Administrative Leading Institution: IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Coordinating Centre: Luisella Bocchio Chiavetto, Catia Scasselatti, Roberta Zanardini**Project CONTRABASS** (COgnitive Neuroendophenotypes for Treatment and RehAbilitation of psychoses: Brain imaging, Inflammation and Stress)**Scientific Coordinator:** Paolo Brambilla (Udine and Verona)

Administrative Leading Institution: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona, Regione Veneto

Coordinating Centre: Marcella Bellani, Alessandra Bertoldo, Veronica Marinelli, Cinzia Perlini, Gianluca Rambaldelli

ENROLLMENT AND TREATMENT RESEARCH UNITS:

RESEARCH UNIT Western Veneto:

Coordinator: Antonio Lasalvia (Verona).

Administrative Leading Institution: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona.

Coordinating Centre: Mariaelena Bertani, Sarah Bissoli, Lorenza Lazzarotto.**Participating MHCs: TAU Arm:** Ulss 3 (Bassano), Ulss 4 Alto Vicentino (Thiene), Ulss 5 Montecchio (Centro; Sud), Ulss 6 Vicenza (Secondo), Ulss 18 Rovigo (Rovigo), Ulss 20 Verona (I° Servizio), Ulss 22 Bussolengo (Isola della Scala).**Experimental Arm:** Ulss 5 Montecchio (Nord), Ulss 6 Vicenza (Primo; Noventa), Ulss 18 Rovigo (Badia), Ulss 19 Adria (Adria), Ulss 20 Verona (I° Servizio; III° Servizio; La Filanda), Ulss 21 Legnago (Il Tulipano; il Girasole).**MHCs Reference Persons:** Sonia Bardella, Francesco Gardellin, Dario Lamonaca, Antonio Lasalvia, Marco Lunardon, Renato Magnabosco, Marilena Martucci, Stylianos Nicolau Francesco Nifosi, Michele Pavanati, Massimo Rossi, Carlo Piazza, Gabriella Piccione, Annalisa Sala, Benedetta Stefani, Spyridon Zotos.**CBT Staff:** Mirko Balbo, Ileana Boggian, Enrico Ceccato, Rosa Dall'Agnola, Francesco Gardellin, Barbara Giroto, Claudia Goss, Dario Lamonaca, Antonio Lasalvia, Alessia Mai, Annalisa Pasqualini, Michele Pavanati, Carlo Piazza, Gabriella Piccione, Stefano Roccatto, Alberto Rossi, Spyridon Zotos.**Family Intervention Staff:** Flavia Aldi, Barbara Bianchi, Paola Cappellari, Raffaello Conti, Laura De Battisti, Silvia Merlin, Tecla Pozzan, Lucio Sarto.**Case Management Staff:** Andrea Brazzoli, Antonella Campi, Roberta Carmagnani, Sabrina Giambelli, Annalisa Gianella, Lino Lunardi, Davide Madaghiele, Paola Maestrelli, Lidia Paiola, Elisa Posteri, Loretta Viola, Valentina Zamberlan, Marta Zenari.**Biological Sample processing and support to Brain Imaging procedures:** Sarah Tosato, Martina Zanoni, Giovanni Bonadonna, Mariacristina Bonomo.

RESEARCH UNIT Eastern Veneto:

Coordinator: Paolo Santonastaso.

Administrative Leading Institution: University of Padua.

Coordinating Centre: Carla Cremonese, Paolo Scocco, Angela Veronese.**Participating MHCs: TAU Arm:** Ulss 8 (Castelfranco), Ulss 9 (Treviso Nord; Oderzo), Ulss 10 (San Donà di Piave), Ulss 12 (Venezia; Mestre sud), Ulss 13 (Dolo), Ulss 14 (Piove di Sacco), Ulss 15 (Cittadella), Ulss 16 (II° Servizio), Ulss 17 (Este; Montagnana).**Experimental Arm:** Ulss 8 (Montebelluna; Valdobbiadene), Ulss 9 (Treviso; Mogliano Veneto), Ulss 10 (Portogruaro; Reserach Unitario), Ulss 12 (Mestre Centro), Ulss 13 (Mirano), Ulss 14 (Chioggia I°; Cavarzere), Ulss 15 (Camposanpiero), Ulss 16 (I° Servizio; III° Servizio), Ulss 17 (Monseice; Conselve).**MHCs Reference Persons:** Patrizia Anderle, Andrea Angelozzi, Isabelle Amalric Gabriella Baron., Enrico Bruttomesso Fabio Candeago, Franco Castelli, Maria Chieco, Carla Cremonese, Enrico Di Costanzo, Mario Derossi, Michele Doriguzzi, Osvaldo Galvano, Marcello Lattanzi, Roberto Lezzi, Marisa Marcato, Alessandro Marcolin, Franco Marini, Stefano Marino, Manlio Matranga, Elisabetta Sabbadin, Rossana Riolo, Maria Zucchetto, Flavio Zadro.**CBT Staff:** Daniela Argenti, Giovanni Austoni, Maria Bianco, Stefania Bordino, Linda Ciniolin, Maria Chieco, Marco Dall'Asta, Filippo Dario, Francesca Dassiè, Alessandro Di Risio, Aldo Gatto, Simona Granà, Emanuele Favero, Anna Franceschini, Silvia Friederici, Vanna Marangon, Marisa Marcato, Stefano Marino, Giorgio Martinelli, Michela Pascolo, Maya Piaia, Luana Ramon, Elisabetta Sabbadin, Paolo Scocco, Mara Semenzin, Angela Veronese, Stefania Zambolin, Maria Zucchetto, Anna Dominoni.**Family Intervention Staff:** Antonella Buffon, Carla Cremonese, Elena Di Bortolo, Silvia Friederici, Stefania Fortin, Marisa Marcato, Francesco Matarrese, Simona Mogni, Novella Nicodemo, Alessio Russo, Alessandra Silvestro, Elena Turella, Paola Viel.**Case Management Staff:** Lorenzo Andreose, Mario Boenco, Daniela Bottega, Loretta Bressan, Arianno Cabbia, Elisabetta Canesso, Romina Cian, Caludia Dal Piccol, Maria Dalla Pasqua, Cinzia De Gasperi, Anna Di Prisco, Lorena Mantellato, Monica Luison, Sandra Morgante, Mirna Santi, Moreno Sacillotto, Mauro Scabbio, Patrizia Sponga, MLuisa Sguotot, Flavia Stach, MGrazia Vettorato.**Biological Sample processing and support to Brain Imaging procedures:** Oscar Cabianca, Amalia Valente, Livio Caberlotto, Alberto Passoni, Patrizia Flumian, Luigino Daniel, Massimo Gion, Saverio Stanziale, Flora Alborino, Vladimiro Bortolozzo, Lucio Baccelle, Leonarda Biciatti, Daniela Basso, Filippo Navaglia, Fabio Manoni, Mauro Ercolin.

RESEARCH UNIT Emilia:

Coordinators: Giovanni Neri, Franco Giubilini.

Administrative Leading Institution: Azienda ULSS, Parma

Coordinating Centre: Massimiliano Imbesi, Emanuela Leuci, Fausto Mazzi, Enrico Semrov.

Participating MHCs: TAU Arm: Piacenza (Castel S. Giovanni), Parma (Parma Est; Sud Est; Valli Tarò e Ceno), Reggio Emilia (CastelNovo nei Monti; Montecchio), Modena (Mirandola; Polo Ovest; Sassuolo; Pavullo).**Experimental Arm:** Piacenza (Piacenza; Fiorenzuola), Parma (Nord; Ovest; Fidenza), Reggio Emilia (Correggio; Guastalla; Reggio Emilia III; Reggio Emilia; Scandiano), Modena (Carpi; Polo Est; Vignola).**MHCs Reference Persons:** Silvio Anelli, Mario Amore, Laura Bigi, Welsch Britta, Giovanna Barazzoni Anna, Rubes Bonatti, Maria Borziani, Stefano Crosato, Isabella Fabris, Raffaele Galluccio, Margherita Galeotti, Mauro Gozzi, Vanna Greco, Emanuele Guagnini, Stefania Pagani, Silvio Maccherozzi, Raffaello Malvasi, Francesco Marchi, Ermanno Melato, Elena Mazzucchi, Franco Marzullo, Pietro Pellegrini, Nicoletta Petrolini, Donatella Silvia Rizzi, Paolo Volta.**CBT Staff:** Silvio Anelli, Franca Bonara, Elisabetta Brusamonti, Roberto Croci, Ivana Flamia, Francesca Fontana, Romina Losi, Fausto Mazzi, Roberto Marchioro, Stefania Pagani, Luigi Raffaini, Luca Ruju, Antonio Saginario, Giulia Stabili, Grazia Tondelli.**Family Intervention Staff:** Lucia Bernardelli, Federica Bonacini, Annalisa Florindo, Marina Merli, Patrizia Nappo, Lorena Sola, Omella Tondelli, Matteo Tonna, MTeresa Torre, Morena Tosatti, Gloria Venturelli, Daria Zampolli.**Case Management Staff:** Antonia Bernardi, Cinzia Cavalli, Lorena Cigala, Cinzia Ciraudo, Antonia Di Bari, Lorena Ferri, Fabiana Gombi, Sonia Leurini, Elena Mandatelli, Stefano Maccaferri, Mara Orobocoide, Barbara Pisa, Cristina Ricci.**Biological Sample processing and support to Brain Imaging procedures:** Enrica Poggi, Mara Orobocoide, Corrado Zurlini, Monica Malpeli, Rossana Colla, Elvira Teodori, Luigi Vecchia, Rocco D'Andrea, Tommaso Trenti, Paola Paolini

RESEARCH UNIT Romagna:

Coordinators: Francesca Pileggi, Daniela Ghigi.

Administrative Leading Institution: Azienda ULSS, Rimini

Coordinating Centre: Mariateresa Gagliostro, Michela Pratelli, Paola Rucci

Participating MHCs: TAU Arm: Bologna (Zanolini; Scalo; Casalecchio; Vergato; San Giovanni), Ferrara (CSA Ferrara; SIPI Ferrara Sud; Codigoro; Portomaggiore), Ravenna (Ravenna; Fenza), Forlì (Forlì), Cesena (Cesena), Rimini (Riccione).**Experimental Arm:** Bologna (Mazzacorati; Tiarini, Nani; S. Lazzaro; Budrio; San Giorgio), Imola (UOT_Imola), Ferrara (Copparo; Ferrara Nord; Cento), Ravenna (Lugo), Cesena (Rubicone), Rimini (Rimini).**MHCs Reference Persons:** Antonio Antonelli, Luana Battistini, Francesca Bellini, Eva Bonini, Caterina Bruschi Rossella Capelli, Cinzia Di Domizio, Chiara Drei, Giuseppe Fucci, Alessandra Gualandi, Maria Rosaria Grazia, Anna M. Losi, Franca Mazzanti Paola Mazzoni, Daniela

Marangoni, Giuseppe Monna, Marco Morselli, Alessandro Oggioni, Silvio Oprandi, Walter Paganelli, Morena Passerini, Maria Piscitelli, Gregorio Reggiani, Gabriella Rossi, Federica Salvatori, Simona Trasforini, Carlo Uslenghi, Simona Veggetti,

CBT Staff: Giovanna Bartolucci, Rosita Baruffa, Francesca Bellini, Raffaella Bertelli, Lidia Borghi, Patrizia Ciavarella, Cinzia DiDomizio, Giuseppe Monna, Alessandro Oggioni, Elisabetta Paltrinieri, Maria Piscitelli, Francesco Rizzardi, Piera Serra, Damiano Suzzi, Uslenghi Carlo.

Family Intervention Staff: Paolo Arienti, Fabio Aureli, Rosita Avanzi, Vincenzo Callegari, Alessandra Corsino, Paolo Host, Rossella Michetti, Michela Pratelli, Francesco Rizzo, Paola Simoncelli, Elena Soldati, Eraldo Succi.

Case Management Staff: Massimo Bertozzi, Elisa Canetti, Luca Cavicchioli, Elisa Ceccarelli, Stefano Cenni, Glenda Marzola, Vanessa Gallina, Carla Leoni, Andrea Olivieri, Elena Piccolo, Sabrina Ravagli, Rosaria Russo, Daniele Tedeschi.

Biological Sample processing and support to Brain Imaging procedures: Marina Verenini, Walter Abram, Veronica Granata, Alessandro Curcio, Giovanni Guerra, Samuela Granini, Lara Natali, Enrica Montanari, Fulvia Pasi, Umbertina Ventura, Stefania Valenti, Masi Francesca, Rossano Farneti, Paolo Ravagli, Romina Floris, Otello Maroncelli, Gianbattista Volpones, Donatella Casali.

RESEARCH UNIT Firenze:

Coordinator: Maurizio Miceli.

Administrative Leading Institution: Azienda Sanitaria di Firenze

Coordinating Centre: Maurizio Miceli.

Participating MHCs: TAU Arm: MOM SMA 5; MOM SMA 8; MOM SMA 11; MOM SMA 12.

Experimental Arm: MOM SMA 3; MOM SMA 7; MOM SMA 9; MOM SMA 10.

MHCs Reference Persons: Andrea Bencini, Massimo Cellini, Luca De Biase, Leonardo Barbara, Liedl Charles, Maurizio Miceli, Cristina Pratesi, Andrea Tanini, Roberto Leonetti.

CBT Staff: Massimo Cellini, Maurizio Miceli, Riccardo Loparrino, Cristina Pratesi, Cinzia Ulivelli, **Family Intervention Staff:** Cristina Cussoto, Nico Dei, Enrico Fumanti, Manuela Pantani, Gregorio Zeloni.

Case Management Staff: Rossella Bellini, Roberta Cellesi, Nadia Dorigo, Patrizia Gulli, Luisa Ialleggio, Maria Pisanu.

Biological Sample processing and support to Brain Imaging procedures: Graziella Rinaldi, Angela Konze

RESEARCH UNIT Milano Niguarda:

Coordinator: Angelo Cocchi.

Administrative Leading Institution: Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Coordinating Centre: Anna Meneghelli

Participating MHCs: TAU Arm: corso Plebisciti; via Mario Bianco.

Experimental Arm: via Cherasco e via Livigno; via Litta Modignani.

MHC Reference Persons: Maria Frova, Emiliano Monzani, Alberto Zanobio, Marina Malagoli, Roberto Pagani.

CBT Staff: Simona Barbera, Carla Morganti, Emiliano Monzani, Elisabetta Sarzi Amadè.

Family Intervention Staff: Virginia Brambilla, Anita Montanari.

Case Management Staff: Giori Caterina, Carmelo Lopez.

Biological Sample processing and support to Brain Imaging procedures: Alessandro Marocchi, Andrea Moletta, Maurizio Sberna

RESEARCH UNIT Milano S. Paolo:

Coordinator: Silvio Scarone.

Administrative Leading Institution: Azienda ULSS San Paolo, Milano

Coordinating Centre: Maria Laura Manzone

Participating MHCs: TAU Arm: CPS Zona 14 (Barabino).

Experimental Arm: Rozzano; Zona 15 (Conca del Naviglio); Zona 16 (San Vigilio).

MHC Reference Persons: Barbera Barbara, Luisa Mari, Maria L. Manzone, Edoardo Razzini.

CBT Staff: Yvonne Bianchi, M.Rosa Pellizzer, Antonella Verdecchia.

Family Intervention Staff: MGabriella Sferrazza, MLaura Manzone, Carmine Pismataro.

Case Management Staff: Benedetta Cerrai, Alessandra Gambino, Rosa Panarello.

Biological Sample processing and support to Brain Imaging procedures: Gian Vico Melzi D'Eri, Alessandra Barassi, Rosana Pacciolla, Gloria Faraci

RESEARCH UNIT Bolzano:

Coordinator: Stefano Torresani (Bolzano).

Administrative Leading Institution: Azienda Sanitaria, Bolzano

Participating MHCs: TAU Arm: none

Experimental Arm: Bolzano Rossini; Bolzano del Ronco.

MHC Reference Persons: Fabio Carpi, Soelva Margit.

CBT Staff: Monica Anderlan, Michele De Francesco, Efi Duregger, Stefano Torresani, Carla Vettori.

Family Intervention Staff: Carpi Fabio, Doimo Sabrina, Kompatscher Erika, Soelva Margit, Stefano Torresani

Case Management Staff: Forer Michael, Kerschbaumer Helene.

Biological Sample processing and support to Brain Imaging procedures: Anna Gamper, Maira Nicoletti

Psychotherapists supporting treatments in the experimental arm:

Chiara Acerbi, Daniele Aquilino, Silvia Azzali, Luca Bensi, Sarah Bissoli, Davide Cappellari, Elisa Casana, Nadia Campagnola, Elisa Dal Corso, Elisabetta Di Micco, Erika Gobbi, Laura Ferri, Erika Gobbi, Laura Mairaghi, Sara Malak, Luca Mesiano, Federica Paterlini, Michela Perini, Elena Maria Puliti, Rosaria Rispoli, Elisabetta Rizzo, Chiara Sergenti, Manuela Soave, Elisabetta Di Micco, Rosaria Rispoli.

Experts supervising treatments in the experimental arm:

Andrea Alpi, Laura Bislenghi, Tiziana Bolis, Francesca Colnaghi, Simona Fascendini, Silvia Grignani, Anna Meneghelli, Giovanni Patelli.

SPECIFIC TOPICS RESEARCH UNITS:

Research Unit Life Events Firenze - Coordinator: Carlo Faravelli

Coordinating Centre: Silvia Casale

Administrative Leading Institution: University of Florence

Research Unit Communications Skills - Coordinator: Christa Zimmermann

Coordinating Centre: Giuseppe Deledda, Claudia Goss, Mariangela Mazzi, Michela Rimondini.

Administrative Leading Institution: University of Verona

Research Unit Genetics-IRCCS, FBF Brescia - Coordinator: Massimo Gennarelli

Coordinating Centre: Catia Scassellati, Cristian Bonvicini, Sara Longo

Administrative Leading Institution: IRCCS Centro S.Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Research Unit Neuropsychopharmacology-IRCCS, FBF Brescia - Coordinator: Luisella Bocchio Chiavetto

Coordinating Centre: Roberta Zanardini

Administrative Leading Institution: IRCCS Centro S.Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Research Unit Molecular Biology, AFaR, FBF, Roma - Coordinator: Mariacarla Ventriglia

Coordinating Centre: Rosanna Squitti

Administrative Leading Institution: Department of Neuroscience, AFaR-Fatebenefratelli Hospital, Rome, Italy

Research Unit Lenitem - IRCCS, FBF Brescia - Coordinator: Giovanni Frisoni

Coordinating Centre: Michela Pievani

Administrative Leading Institution: IRCCS Centro S.Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Research Unit Rubin, Udine-Verona - Coordinator: Matteo Balestrieri

Coordinating Centre: Paolo Brambilla, Cinzia Perlini, Veronica Marinelli, Marcella Bellani, Gianluca Rambaldelli, Alessandra Bertoldo, Paolo Carpeggiani, Alberto Beltramello, Franco Alessandrini, Francesca Pizzini, Giada Zoccatelli, Maurizio Sberna, Angela Konze

Administrative Leading Institution: DISM, Università di Udine, Udine (Signora Marina Dorligh)

Research Unit Stress, University of Pavia - Coordinator: Pierluigi Politi

Coordinating Centre: Enzo Emanuele, Natascia Brondino.

Research Unit Neuroimmunology-IRCCS S. Raffaele, Milano - Coordinator: Gianvito Martino

Coordinating Centre: Alessandra Bergami e Roberto Zarbo

Research Unit Animal Models, Univ. Milano - Coordinator: Marco Andrea Riva

Coordinating Centre: Fabio Fumagalli, Raffaella Molteni, Francesca Calabrese, Gianluigi Guidotti, Alessia Luoni, Flavia Macchi.

Independent evaluators and researchers supporting the onsite data collection:

Stefania Artioli, Marco Baldetti, Milena Bizzocchi, Donatella Bolzon, Elisa Bonello, Giorgia Cacciari, Claudia Carraresi, MTeresa Cascio, Gabriele Caselli, Karin Furlato, Sara Garlassi, Alessandro Gavarini, Silvia Lunardi, Fabio Macchetti, Valentina Marteddu, Giorgia Plebiscita, Sara Poli, Stefano Totaro.

Families and users association (AITSAM):

Tali Corona Mattioli

International Advisory Board:

PIANO: Paul Bebbington, Max Birchwood, Paola Dazzan, Elisabeth Kuipers, Graham Thornicroft; GUITAR: Carmine Pariante; CONTRABASS: Steve Lawrie, Carmine Pariante, Jair C. Soares

Trattare la malattia all'esordio... una sfida che stiamo vincendo?

Stefano Costa, Paolo Ugolini, Teo Vignoli

La Regione Emilia-Romagna ha investito in termini culturali e di risorse su diversi progetti orientati alla diagnosi e al trattamento precoce dei disturbi mentali e da uso di sostanze: il progetto "Esordi psicotici", le "Case della Salute", il programma "Salute nelle carceri" e il potenziamento della rete di accoglienza e diagnosi in seno a Servizi Dipendenze patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Ma qual è il percepito da parte degli operatori che quotidianamente rappresentano e rinnovano i nodi della rete dei servizi? A che punto siamo nella sfida di intercettare precocemente i bisogni di salute e i sintomi di esordio di malattia? Siamo in grado di garantire trattamenti precoci oltre che appropriati? Lo chiediamo a quattro testimoni che vengono sia dai servizi dipartimentali pubblici che dal privato sociale e dalla società civile:

- **Matteo Iori – Presidente "Centro Sociale Papa Giovanni XXIII" di Reggio Emilia**
- **Paola Marmocchi – Responsabile Spazio Giovani di Bologna, Dipartimento Cure Primarie/AUSL di Bologna**
- **Maurizio Montalti – Presidente gruppo di auto mutuo aiuto "A testa alta", Ravenna - Lugo,**
- **Maria Simona Veggetti – Dirigente Medico – Centro di salute mentale di Imola e Dott.ssa Silvia Sella Responsabile SSD/SPDC Imola**

D.1 Ritieni che la rete dei servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche sia efficace nella diagnosi e nel trattamento precoci? Quali esperienze ritieni positive e virtuose in questo senso?

Matteo Iori

Non credo che i servizi siano particolarmente efficaci nella diagnosi e nel trattamento precoci. Credo anche che nessuno possa esserlo. Partiamo dai dati della ricerca IPSAD del CNR del 2013-2014: in Emilia Romagna coloro che fra i 15 e i 64 anni hanno usato cocaina almeno una volta nella vita sono stati l'8,1%, coloro che l'hanno usata negli ultimi 12 mesi, sono "solo" l'1,8%; una cosa analoga succede per gli oppiacei: il 2,2% li ha usati almeno una volta nella vita, ma solo lo 0,9% nell'ultimo anno. Differenze ben più alte sono con i cannabinoidi (33,6% contro il 9,3%), o gli allucinogeni (3,9% contro lo 0,7%). Questo significa che molte persone arrivano ad usare sostanze, ma solo una parte di queste continua a farlo con una certa frequenza e ancora meno sono coloro che instaureranno una vera e propria dipendenza. Questo è il motivo per cui quello delle dipendenze patologiche è forse l'unico campo della sanità in cui il paziente non ha interesse ad individuare precocemente la propria eventuale patologia. Individuarla precocemente significherebbe, in termini letterari, individuarla anzitempo, prematuramente; ma nessun consumatore di sostanze

ritiene di avere un utilizzo patologico prima che questo si instauri e si mantenga nel tempo e di conseguenza è lo stesso soggetto a rendere molto complesso un intervento precoce. Anche se questo non significa che non si debba fare il possibile per provarci...

Paola Marmocchi

La mia esperienza legata ai servizi per gli adolescenti mi porta a concentrarmi su questa fascia di età che, accanto ai giovani adulti, rappresenta quella maggiormente a rischio per esordi psicopatologici o uso problematico di sostanze. La rete dei servizi dei Dipartimenti di Salute mentale (Sert, NPIA e Psichiatria) non mi appare abbastanza efficace nel facilitare l'accesso di questa popolazione; infatti gli adolescenti difficilmente accedono a Servizi troppo connotati in senso patologico e organizzati per gli adulti o per i bambini, ai quali afferiscono le situazioni francamente patologiche, mentre rimane inevasa quella fascia di adolescenti definiti vulnerabili, per i quali rivolgersi a questi Servizi significherebbe riconoscersi in una patologia, sentirsi stigmatizzati, con effetti negativi sulla costruzione della propria identità. È invece facilitando l'accesso a questi adolescenti che è possibile intercettare anche situazioni complesse e a rischio, che altrimenti rimarrebbero nascoste. In tal senso ritengo positiva la realizzazione di Centri clinici integrati, presenti in alcune realtà dell'Emilia-Romagna, rivolti in

specifico alla fascia adolescenziale, dove è possibile anche per i minorenni accedere spontaneamente, per qualunque tipo di problematica, con risposte tempestive e percorsi non burocratici, dove operatori di diverse professionalità e Dipartimenti collaborano in modo integrato nell'accoglienza, valutazione e trattamento degli adolescenti.

Maurizio Montalti

Come utente e rappresentante di un gruppo di auto-mutuo aiuto ritengo che negli ultimi anni è stato fatto tanto per il trattamento della malattia all'esordio. In particolare i gruppi di lavoro che si sono formati nel contesto del programma esordi di Ravenna hanno portato un grande cambiamento. Sottolineo l'importanza che ha avuto il coinvolgimento della neuropsichiatria infantile e proprio dei gruppi di utenti e famigliari fortemente voluto dalla Dott.ssa Paola Carozza. Dal nostro punto di vista il disagio mentale parte spesso dalla minore età e in tale fase quindi dovrebbe essere intercettato da servizi quali la scuola e la NPI (in questo senso speriamo fortemente che l'esclusione della NPI dal Dipartimento nel nuovo assetto aziendale non ne riduca il coinvolgimento). Inoltre riporto l'esperienza assolutamente positiva della stretta collaborazione che c'è stata tra associazioni di utenti e famigliari e servizi, attivando progetti che hanno aumentato le risorse umane nei progetti e che, per ora soprattutto sulla carta, potrebbero dare un forte contributo anche all'ambito del progetto delle "Case della Salute".

Sottolineo infine un punto caro a noi utenti: l'importanza della diagnosi precoce è fondamentale anche per evitare la cronicizzazione e l'uso di farmaci che tanto pesa nelle nostre storie di vita.

Maria Veggetti e Silvia Sella

Pratica quotidiana degli operatori della salute mentale è quella di interfacciarsi con agenzie e settori che si occupano delle problematiche di esordio di quadri psicopatologici ma anche fronteggiare e convivere con il sentimento di essere arrivati "troppo tardi".

Gli operatori si muovono in questa dicotomia: da un lato il contesto di reti sociosanitarie spesso già consolidato in cui si posiziona il DSM, dall'altro la realtà quotidiana dei cittadini che accedono ai servizi non sempre con modalità utile alla tempestiva formulazione di una diagnosi.

Da questa forbice nasce l'esigenza di mantenere il focus di attenzione sia sulla rete sociosanitaria (livello istituzionale) che sui percorsi di cura e assistenza personalizzati, così da porre azioni correttive e offrire un approccio sempre più tempestivo, puntuale e flessibile.

Il nostro servizio è da tempo in rete con altri DSM sia regionali che di altre regioni (vedi progetto GET UP).

Da queste collaborazioni si sono sviluppati i modelli di trattamento che la Regione ha promosso come linee di indirizzo nei suoi progetti (es DGP DCA) e divenuti patrimonio degli operatori e cultura del servizio.

Esperienze positive e virtuose, punti di forza all'interno del DSM di Imola:

- buona collaborazione con i MMG (storicamente sostenuta da progetti regionali come il Programma Leggeri) e con i reparti del P.O.
- integrazione tra UOC del DSM DP sostenuta da procedure interne per rendere fluido il passaggio e la gestione del paziente ancora minorenne e/o con doppia diagnosi
- collaborazione costante con l'ASP nella progettazione e gestione comune e condivisa di situazioni multiproblematiche attraverso l'istituto dell'UVM
- realizzazione case management: figura che garantisce un approccio terapeutico non più volto al controllo dei sintomi ma al recupero della persona nelle sue dimensioni cognitive e funzionali
- psicoeducazione: attenzione e sostegno al paziente e al suo contesto per ridurre lo stress emotivo del paziente e del caregiver migliorando il clima familiare
- rapporto consolidato con l'associazionismo presente sul territorio in varie forme, e comunque fortemente orientato all'integrazione attraverso attività di sport, cultura e tempo libero finalizzato al rinforzo del concetto della recovery e della lotta allo stigma e al monitoraggio della salute fisica dei pazienti

D.2 Quali sono i punti ancora critici o carenti nella rete dei servizi per poter garantire diagnosi e intervento precoci ai pazienti? Quali possono essere delle proposte migliorative?

Matteo Iori

Per garantire un intervento precoce occorre individuare il problema agli esordi e aiutare l'utente a divenire consapevole di una situazione tendenzialmente sempre più pericolosa. Per far ciò occorre costruire soluzioni attrattive che possano coinvolgerlo nel momento in cui lui è disponibile a farsi coinvolgere, rispettando lo stadio motivazionale della persona. Le risposte dovrebbero essere costruite sui tempi dell'utente, non su quelli dei servizi o delle comunità, prevedendo aperture o almeno linee telefoniche dedicate anche notturne e festive, facilitando l'aggancio nei

luoghi del divertimento dell'uso e dell'abuso, organizzando una presenza specifica all'interno dei Pronto Soccorso per affiancare il personale sanitario nelle intossicazioni d'abuso, implementando degli strumenti di contatto che tutelino l'anonimato e siano di facile accesso (come il web o i social network), istituendo ambulatori anonimi e diffusi sul territorio anche gestiti dagli attori del privato sociale, pensando a programmi comunitari con dei tempi concepiti sulle possibilità dell'utente e non sui bisogni degli enti (come week end di tregua e programmi intensivi ma brevissimi), prevedendo nuove forme di prossimità, aumentando le competenze e le formazioni specifiche per il personale, utilizzando mediatori linguistici e culturali per le popolazioni immigrate.

Tutto ciò potrebbe portare ad una presa in carico precoce dell'utente; ma richiederebbe due cose: fondi a disposizione e la necessità di tutti gli attori del sistema di mettersi seriamente in discussione, e generalmente sono entrambe cose piuttosto rare.

Paola Marmocchi

Le criticità riguardano principalmente la frammentazione dell'offerta e l'assenza di un coordinamento fra i Servizi sanitari, la mancanza di una visione integrata dell'adolescenza e di una lettura globale dei fenomeni, elementi che facilitano una delega e/o invii degli utenti fra diversi servizi con rischio di drop out. È indispensabile attivare dei dispositivi per intercettare e curare il disagio, differenziando fra crisi evolutive e situazioni psicopatologiche, in quanto un trattamento idoneo in adolescenza può rappresentare una prevenzione di patologie conclamate in età adulta.

Proposte migliorative possono essere rappresentate dalla creazione di Centri clinici specifici per adolescenti e giovani adulti, in sedi gradevoli, accoglienti e non medicalizzate, attrezzati sia per il lavoro preventivo che di cura, in rete con altri servizi e istituzioni che si occupano di adolescenti, con operatori di diverse professionalità, motivati e specializzati. Sarebbe utile garantire un accesso immediato e informale per qualunque tipo di problematica, attivando un primo ascolto e valutazione e, se necessari, percorsi clinici che prevedano il lavoro sia con l'adolescente che con la famiglia, attività laboratoriali a valenza terapeutica e/o psicopedagogica, garantendo la collaborazione e la formazione comune fra gli operatori.

Maurizio Montalti

Uno dei punti critici è l'informazione che le istituzioni in

genere, e i professionisti della salute mentale in particolare, fanno sul disagio mentale. Questa dovrebbe essere più incisiva, dovrebbe riuscire a catturare l'attenzione e incidere su chi ha bisogno di un aiuto che molto spesso è vittima di un senso di vergogna e di stigma (anche prima di aver ricevuto una diagnosi) che impedisce l'accesso ai servizi e la diagnosi precoce. La persona con disagio mentale o abuso di sostanze tende a nascondersi ed è per questo che il sistema di informazione sulle patologie psichiatriche dovrebbe riuscire ad essere migliorato, anche con l'utilizzazione delle nuove tecnologie, e dovrebbe puntare a responsabilizzare l'individuo sul riconoscimento precoce dei propri sintomi per prevenire la patologia o quantomeno non cronicizzarla. La chiave per la diagnosi precoce sta nelle informazioni e formazioni del cittadino e non solo sulla rete dei servizi.

Un secondo punto importantissimo da potenziare è l'azione dei medici di famiglia che dovrebbero essere sensibilizzati al riconoscimento dei sintomi precoci di disagio mentale ancora prima che questi diventino veri e propri sintomi, in quelle fasi di malessere spesso lunghe che precedono il vero e proprio esordio.

Maria Veggetti e Silvia Sella

Punti critici e/o carenti e proposte migliorative:

- Necessità di consolidare i percorsi di integrazione tra cultura sanitaria e cultura sociale attraverso momenti di formazione congiunta; gli operatori del nostro DSM partecipano attivamente agli incontri formativi promossi da quest'anno dalla nostra azienda in maniera trasversale, volti ad aumentare la complementarietà dell'offerta dei servizi per il benessere della persona
- riconoscimento dell'evidenza di una maggiore morbilità e mortalità della popolazione dei pazienti psichiatrici: emerge la necessità di diffondere cultura e conoscenza relative agli stili di vita sani, come proposto dalla Regione, fin dalle manifestazioni di esordio soprattutto per pazienti con atteggiamenti a rischio. Il nostro dipartimento ha strutturato a partire da quest'anno e dopo formazione specifica, gruppi di discussione nel CSM "a tema" tra pazienti (tabagismo, obesità, sedentarietà) cui si affiancano interventi più strettamente sanitari (controllo parametri ematochimici e strumentali) presso il nostro DHT
- implementazione delle attività già esistenti sull'argomento "stili di vita sani" in altre aree del DSM DP e dell'Azienda (consultorio giovani, ambulatorio nuove droghe.

Valutazione dei risultati preliminari del Programma regionale esordi psicotici della Regione Emilia-Romagna

Fausto Mazzi, Fabrizio Starace, Alessio Saponaro e Gruppo regionale Esordi psicotici:
Silvia Azzali, Cristina Bellosi, Ornella Bettinardi, Raffaella Bertelli, Caterina Bruschi, Marco Chiappelli, Roberto De Falco, Vincenza Giannini, Massimiliano Imbesi, Emanuela Leuci, Daniela Marangoni, Enrico Meregalli, Manuela Miselli, Lorenzo Pelizza, Michela Pratelli, Emanuela Quattrone, Enrico Semrov, Ilaria Scazza, Elena Soldati, Ilaria Tarricone, Sandra Ventura

Premesse

I disturbi psicotici sono considerati fra i disturbi psichiatrici più gravi per la complessità della gestione terapeutica, per la disabilità che ne può conseguire, per lo stigma che colpisce chi ne è affetto, per le difficoltà e il costo che pongono alle famiglie dei pazienti e ai servizi. L'evoluzione e gli esiti finali della malattia psicotica sono in larga parte condizionati dalla tempestività e dalla qualità degli interventi terapeutici offerti nelle fasi precoci del disturbo. Il ritardo nel trattamento o interventi inappropriati possono accrescere il rischio di cronicizzazione del disturbo, con una conseguente riduzione della qualità della vita, il fallimento scolastico e/o la perdita dell'occupazione, la comparsa di comportamenti auto/etero-lesivi, di conflitti intra-familiari e il peggioramento delle relazioni interpersonali.

L'attenzione ai segnali precoci di rischio è fondamentale; «prima si è in grado di intervenire, maggiori saranno le probabilità che il soggetto non acceda o prosegua su percorsi di rischio» fino alla patologia conclamata. Un intervento precoce sulle persone ad alto rischio può modificare il percorso di vita di una persona per portarlo da comportamenti problematici verso comportamenti preventivi e conservativi dello stato di salute. Pertanto, *il percorso di cura dovrebbe mirare a rilevare la malattia il prima possibile, possibilmente in fase pre-psicotica e ad alto rischio di evoluzione psicotica, al fine di fornire tempestivamente il trattamento più appropriato per ogni fase della malattia.*

I programma regionale Esordi psicotici

Al fine di perseguire le finalità sopra descritte la Regione Emilia-Romagna ha istituito un gruppo di lavoro *Esordi psicotici*, composto da professionisti delle Aziende USL, che ha definito operativamente il percorso di cura dalla ricezione della domanda di aiuto/cura fino alla definizione di un percorso terapeutico strutturato. Gli obiettivi da raggiungere con il programma regionale sono molteplici: ottimizzare il sistema di riconoscimento dei casi, ridurre il tempo intercorrente tra comparsa dei sintomi/esordio e presa in carico, mettere in rete e coinvolgere nel percorso “esordi psicotici” diversi Servizi (DSM, Distretti Sanitari, Servizi Sociali, volontariato, privato-sociale, MMG/PLS, centri adolescenza e scuole), favorire la recovery più ampia e precoce possibile, ridurre lo stigma personale e sociale associato alla malattia e favorire l'inclusione sociale di soggetti con psicosi all'esordio o ad alto rischio, garantire ai soggetti con psicosi all'esordio o ad alto rischio interventi specifici e appropriati basati su evidenze scientifiche e implementati sviluppando una metodologia di lavoro, omogenea, mirata e coesa.

Il percorso di cura descritto analiticamente nel documento regionale relativo si propone di offrire alle persone con esordio psicotico e alle loro famiglie un programma terapeutico specifico “multicomponenziale” che comprende diversi interventi:

- interventi terapeutici più precoci possibili per ridur-

- re il periodo di malattia non trattata (DUP)
- identificazione di un operatore di riferimento garante dell'applicazione del percorso terapeutico
- interventi farmacologici coerenti con le linee guida più accreditate ed aggiornate
- frequenti contatti tra il/gli operatore/i, l'utente ed i suoi familiari
- interventi CBT
- interventi di psicoeducazione rivolti a familiari e utenti
- programmi di inclusione sociale finalizzati alla recovery
- promozione della salute fisica e prevenzione del rischio cardiovascolare
- programmi di formazione e informazione rivolti al personale sanitario, alla popolazione, agli utenti e ai loro familiari

Tutti gli interventi terapeutici non farmacologici sono stati manualizzati e sono disponibili all'indirizzo:

<http://www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione/corso-rer-esordi-psicotici>.

Il programma prevede la presa in cura di persone che presentano determinate condizioni sociali e cliniche, dalle caratteristiche anagrafiche (età 15-35 anni) ad alcuni elementi clinici (storia di disturbo psicotico in trattamento inferiore ai 24 mesi, individuazione di diagnosi specifiche, esclusione di alcune diagnosi).

Il percorso esordi psicotici prevede anche una presa in carico di persone ad alto rischio di evoluzione psicotica, attraverso interventi terapeutici specifici, al fine di ridurre il più possibile la transizione verso la psicosi conclamata. Sono persone che presentano uno stato mentale ad alto rischio di evoluzione verso una psicosi conclamata per la presenza di sintomi psicotici attenuati, sintomi psicotici brevi intermittenti, vulnerabilità familiare e declino funzionale recente, declino significativo del funzionamento complessivo durante l'anno precedente. I criteri elencati sono stati inseriti nel glossario del sistema informativo regionale SISM per l'inclusione del paziente nel percorso di cura "Esordi psicotici".

Il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di cura implementati

Come descritto nelle linee d'indirizzo, tra gli obiettivi

del programma regionale Esordi psicotici vi è la necessità di attuare un *monitoraggio periodico del percorso di cura* attraverso indicatori di processo ed esito, al fine di valutarne l'appropriatezza e gli esiti, e favorire al tempo stesso un miglioramento continuo della qualità del percorso assistenziale.

Tale monitoraggio periodico (ogni 6-12 mesi) comprende la somministrazione e la valutazione periodica mediante la scala HoNOS-MHCT (*Health of the Nation Outcome Scale-Mental Health Clustering Tool*). Inoltre tutte le attività terapeutiche implementate durante il percorso di cura personalizzato, gli indicatori di processo ed esito, dovranno avere riscontro nel Sistema Informativo e saranno oggetto delle attività di supervisione, di benchmarking sia dipartimentali sia regionali al fine di garantire il miglioramento continuo del percorso di cura.

La raccolta dei dati forniti dai vari dipartimenti della regione è ancora in corso, di seguito verranno descritte le prime, preliminari, analisi dei dati fino ad ora raccolti.

La tabella 1 descrive sinteticamente le caratteristiche socio-demografiche degli utenti ammessi al programma terapeutico.

Tab. 1. Dati socio-demografici valutati all'ingresso nel programma (363 utenti)

Sesso	
Maschi	256 (70%)
Femmine	107 (30%)
Età al primo contatto con i Servizi, media e DS	
	23,4 (5,3)
Titolo studio	
Elementare-media inferiore	143 (38,5%)
Superiore-Università	162 (44,7%)
Missing	58 (16,8%)
Stato civile	
Nubile/celibe	292 (80,4%)
Coniugato/convivente	22 (6,1%)
Separato	2 (0,6%)
Missing	47 (12,9%)
Situazione abitativa	
Vive solo	11 (3,0%)
Con familiari	272 (75,3%)
Altre convivenze	28 (7,5%)
Missing	52 (14,2%)
Attività lavorativa	
Occupato	61 (16,5%)
Disoccupato	119 (32,9%)
Non professionale	103 (28,9%)
Altro	80 (21,7%)
Nazionalità	
Italiana	294 (79,2%)
Non italiana	77 (20,8%)

Nel periodo dal 2013-14 sono stati inseriti 363 utenti di età media di 23 anni, in prevalenza maschi, che vivono nella famiglia di origine, la maggior parte di loro sono disoccupati nonostante circa la metà abbia un diploma di scuola media superiore.

Più di un terzo degli utenti all'esordio presenta in comorbidità abuso di sostanze e disturbi di personalità (Tab. 2).

Tab. 2. Tipologia di comorbidità tra i soggetti inclusi nel programma (v.a. e %)

Comorbidità	Disturbo di personalità	Abuso di sostanze	Comorbidità organica
No	233 (62,8%)	204 (55,0%)	347 (95,6%)
Si	115 (31,0%)	141 (38,0%)	16 (4,4%)
Non noto	15 (6,2%)	18 (7,0%)	0 (-%)

La durata di malattia non trattata, definito come l'intervallo tra l'insorgere dei primi sintomi di malattia e la diagnosi di psicosi presenta un ampio range di variabilità da 1 fino a 120 mesi, con una media di 11,31 mesi. (Fig.1).

Analizzando gli interventi terapeutici non farmacologici

realmente implementati si è osservato che sono prevalentemente focalizzati su colloqui e prestazioni finalizzate all'inclusione sociale (recovery) mentre interventi più specifici come psicoterapia individuale a indirizzo CBT o terapia di psicoeducazione familiare sono stati erogati con frequenza minore.

Gli esiti clinici e funzionali degli interventi realmente implementati analizzati attraverso un periodo medio di follow-up di circa 9 mesi e valutati attraverso la scala HoNOS (Fig. 2) mostrano un significativo rilevante miglioramento, infatti tutti i 13 items della scala si sono fortemente ridotti nel periodo di osservazione. In particolare gli item 3-6-7 relativi all'uso di sostanze e alla psicopatologia mostrano il miglioramento più ampio ma anche altri item 9-10-11 che valutano il funzionamento sociale della persona in termini di relazioni, autonomia personale e attività socialmente utili sono migliorati nel periodo di follow-up.

Considerazioni finali

Durante un follow-up medi di circa 9 mesi, si è osservato un rilevante miglioramento clinico degli utenti all'esordio psicotico sia relativamente alla sintomatologia

Fig. 1

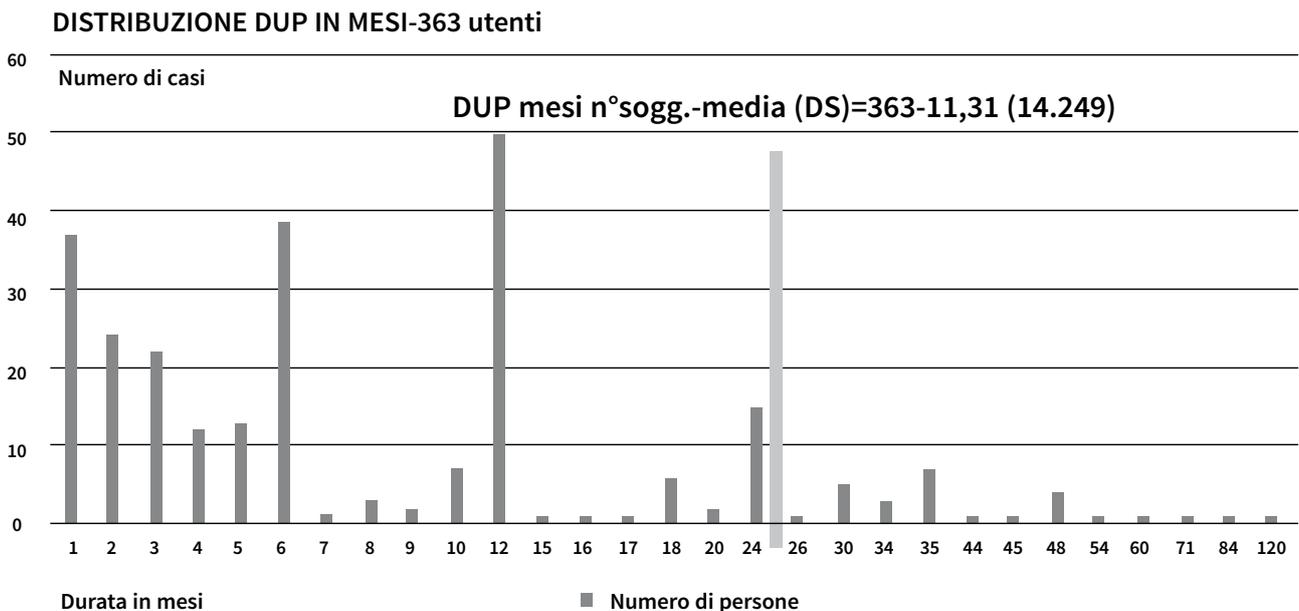
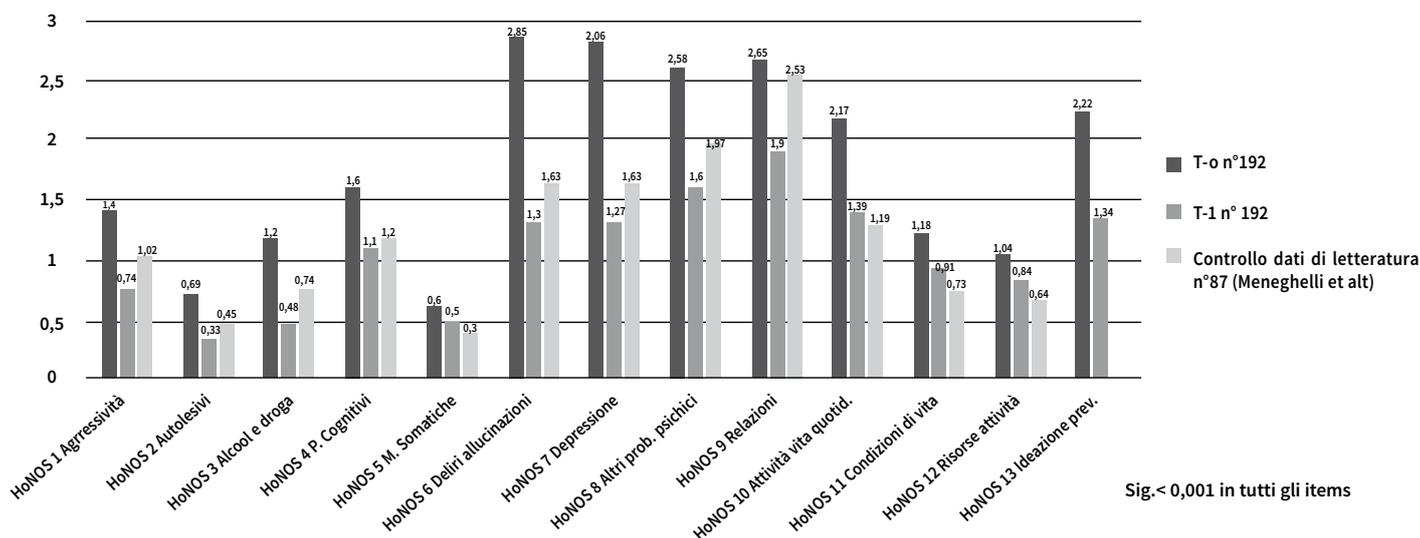


Fig. 2

CONFRONTO AL FOLLW-UP HoNOS: ITEMS DI STATO 2013-14



psicopatologica che al funzionamento sociale. Questo dato evidenzia una buona efficacia dei servizi territoriali nonostante emerga dai dati raccolti che i processi terapeutici implementati negli anni 2013-14 nella routine dei servizi territoriali regionali non siano ancora completamente coerenti con le linee d'indirizzo regionali, ma siano prevalentemente organizzati su interventi aspecifici di tipo riabilitativo, espressivo, di rete finalizzati all'inclusione sociale e al recupero funzionale della persona. La DUP riscontrata di circa 12 mesi conferma la necessità di proseguire il monitoraggio in corso e favorire la diffusione delle linee d'indirizzo e la loro applicazione sistematica su tutto il territorio regionale e valutare se questa attività d'implementazione e benchmarking potrà contribuire a ridurre la DUP e a migliorare gli esiti dei processi.

Il sistema di raccolta dati che il Gruppo regionale "Esordi psicotici" ha strutturato, permetterà di continuare il monitoraggio dei processi e degli esiti realmente implementati e potrà contribuire a identificare correlazioni tra di essi, significative e utili per il miglioramento continuo del percorso assistenziale. In particolare nei prossimi anni, proseguendo la raccolta dei dati sarà possibile valutare se l'incremento di interventi terapeutici specifici come la psicoeducazione familiare, la CBT, del resto auspicabile, fornirà risultati migliori rispetto a quelli attuali in termini di psicopatologia, recovery sociale e benessere fisico. Analizzando con modalità

più ampia e approfondita il data base informatizzato di raccolta dati regionale si potranno inoltre studiare i rapporti non solo tra processi ed esiti ma anche tra costi e benefici attuando una politica di governo clinico dei percorsi assistenziali più appropriata ed efficiente.

Bibliografia

Cocchi A., Meneghelli A. Rischio ed Esordio Psicotico: una sfida che continua. Manuale d'Intervento Precoce. Ed-Ermes, Milano, 2012

Conferenza Stato Regioni "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità". Novembre 2014.

Linea guida del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG Documento 14, 2007 (agg. 2009). Gli interventi precoci nella schizofrenia.

Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People Recognition and Management. National Clinical Guideline Number 155, National Collaborating Centre for Mental Health. Commissioned by The National Institute for Health and Care Excellence. Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2013

Rif:

Fausto Mazzi,
Psichiatra, DAIMS/DSM-DP, AUSL Modena,
email: fa.mazzi@ausl.mo.it
tel. 059 3962316

Adolescenza, opportunità e rischi

Quando la fatica di crescere può diventare un valore dell'esistenza

Daniela Marangoni, Roberto Zanfani, Paola Avveduti, Valentina Belli,
Cristina Bellosi, Elena Dosi, Diana Maccolini

Introduzione

L'adolescenza è un momento di enormi potenzialità evolutive ma anche una fase di particolare vulnerabilità agli eventi stressanti e traumatici che può portare a condizioni di disagio psicologico fino ad esitare in una patologia conclamata. Che la si consideri una fase evolutiva durante la quale stati psicologici precedenti vanno incontro a riattivazione ed elaborazione, o una fase specifica dello sviluppo, l'adolescenza presenta peculiarità sia sul piano psicologico, che su quelli neurobiologico ed endocrino. Il corpo con le sue espressioni comportamentali, sessuali e relazionali è in primo piano. Gli adolescenti possono essere provocatori ed eclatanti nei loro comportamenti ma anche chiusi, introversi, isolati.

La crisi adolescenziale è una vicenda complessa e multidimensionale nella quale entrano in gioco diversi fattori causali e concausali: biologici, cerebrali e ormonali, determinanti le trasformazioni fisiche e psichiche; psicologici con l'acquisizione di nuove competenze cognitive che modificano le modalità di relazione con gli altri e la capacità di fare esperienza; sociali, conseguenti ad un diverso orientamento degli interessi e degli investimenti affettivi e relazionali. Nel gruppo dei pari si giocano nuove identificazioni (P.R. Goisis, 2014).

Dal primo congresso della Società Internazionale di Psichiatria dell'Adolescenza tenutosi a Parigi nel 1985, l'interesse verso la clinica di questa particolare fase della vita si è progressivamente evoluto in questi ultimi trent'anni anche in relazione all'osservazione che i trattamenti del grave disagio e degli stati mentali a rischio riducono e contrastano l'evoluzione in malattie psichiche conclamate, che i trattamenti intensivi dei disturbi psichici all'esordio migliorano l'esito ostacolando la conseguente disabilità, causa maggiore del disadattamento sociale di coloro che soffrono di malattie psichiche (NIMHE National

Intervention Program; Ontario Early Psychosis Intervention Program Standars; Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis; EPA guidance on the early detection; EPA guidance on the early intervention).

Tuttavia la difficoltà a raggiungere gli adolescenti e a motivarli a chiedere aiuto ha ritardato a istituire programmi specifici di counselling e di cura. Gli adolescenti hanno sempre trovato difficile rivolgersi sia ai servizi per l'infanzia che ai servizi per gli adulti, trovandosi in entrambi i casi fuori posto.

Mentre in paesi come la Gran Bretagna i primi servizi specifici per gli adolescenti sono stati istituiti subito dopo la seconda guerra mondiale, sviluppandosi poi verso la fine degli anni sessanta, in Italia la domanda si è fatta sentire molto più tardi. Alla fine degli anni '80, nel territorio di Ravenna, la realtà dei servizi capaci di intercettare e farsi carico dei bisogni degli adolescenti era alquanto frammentaria: da un lato il Servizio Materno-Infantile, dall'altro i servizi di assistenza psichiatrica per adulti e i servizi per le tossicodipendenze. Sembrava quindi indispensabile pensare ad un'équipe multiprofessionale dedicata agli adolescenti, costituita da operatori di vari servizi, che, mettendo in secondo piano l'appartenenza alla propria unità operativa, destinavano parte del loro tempo settimanale per la fascia di età 14-20 anni.

Si costituì pertanto un gruppo di lavoro sulla base di motivazioni professionali e interessi formativi specifici. Compito dell'Istituzione era quello di trasformarsi e individuare aree fisiche non connotate dove vedere gli adolescenti e identificare peculiari modalità di intervento per far fronte ai loro bisogni.

L'interesse sull'adolescenza portò alcuni dirigenti dell'allora USL di Ravenna a visitare altre realtà e in particolare, nel 1983, il Dipartimento Adolescenza della Tavistock Clinic di Londra.

L'esito fu la creazione a Ravenna di un Servizio per la Ricerca in Adolescenza, il Ri.Se.A, con una sua sede, facilmente raggiungibile dai ragazzi, orientato alla consultazione breve del ragazzo/a e della sua famiglia, e a trattamenti psicoterapici di breve durata.

La collaborazione creativa e stimolante con gli psicoanalisti della Tavistock continuò per diversi anni sia attraverso l'organizzazione di seminari a Ravenna, sia attraverso supervisioni che impegnarono gli operatori di tutti i servizi coinvolti compresi i consultori, i servizi sociali e le scuole. Le evidenze delle indagini epidemiologiche degli ultimi trent'anni, l'accentuazione della complessità delle problematiche sociali che hanno messo in discussione valori e ideali consolidati ed hanno reso più fragile la famiglia, hanno riportato i servizi a confrontarsi sulla clinica dell'adolescenza e sull'esigenza di intercettare e trattare precocemente gli esordi psicotici ponendo nuove sfide sul piano organizzativo.

È noto che la più alta incidenza di esordi psicotici (75%) si verifica nella tarda adolescenza e nella prima età adulta (entro i 24 anni) e il 10%-15% prima dei 18 anni, che i prodromi sono spesso sfumati e possono durare anche 6 anni, che patologie diverse hanno pattern sintomatici sovrapponibili e spesso sono caratterizzati da sintomi specifici e deficit sul piano cognitivo, neuropsicologico e psicosociale. In molti casi la sola consultazione psicologica o il trattamento psicoterapico a breve o medio termine non risulta essere sufficiente.

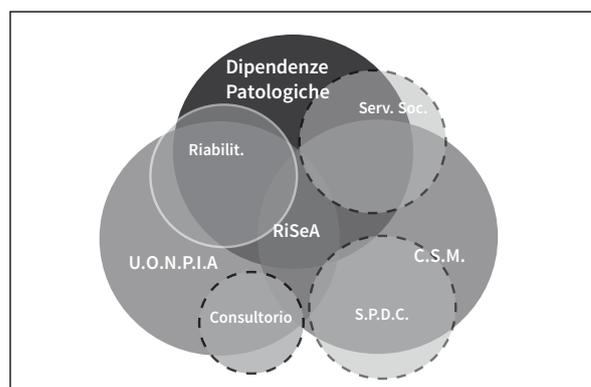
1. Il Programma

Alla fine del 2011, tenendo conto dell'esperienza del Ri.Se.A, nel territorio di Ravenna si è cominciato a pensare ad un progetto che colmasse le lacune di un servizio di sola consultazione, rivolto a ragazzi di età 14-24 anni, definiti "casi complessi" sia per il coinvolgimento di due o più servizi intra o inter-aziendali, sia per la presenza in anamnesi di due o più fattori di rischio ritenuti rilevanti per la letteratura quali: la perdita del ruolo sociale, scolastico o lavorativo; la perdita del gruppo dei pari; l'uso/abuso di sostanze; la migrazione, l'adozione; le problematiche inerenti la famiglia (genitori sofferenti di malattie psichiatriche o con abuso di sostanze, separazioni conflittuali, gravi problematiche sociali).

Accanto al I livello di intervento di tipo consulenziale, nel CSM di Ravenna viene istituito, nella stessa sede del Ri.Se.A, un intervento di II livello: il "Programma Disturbi psicopatologici in adolescenza", che coinvolge in modo trasversale più servizi sanitari (CSM-NPIA-DP), (Fig.1) integrando competenze e risorse in modo sinergico e orientato all'intercettazione degli stati mentali a rischio e al trattamento dei

disturbi anche dell'area non psicotica. L'osservazione che i disturbi del comportamento in pazienti di questa fascia di età possono essere prodromi di patologie più gravi nell'età adulta, ha favorito la loro inclusione nel campo di indagine clinica.

Fig. 1



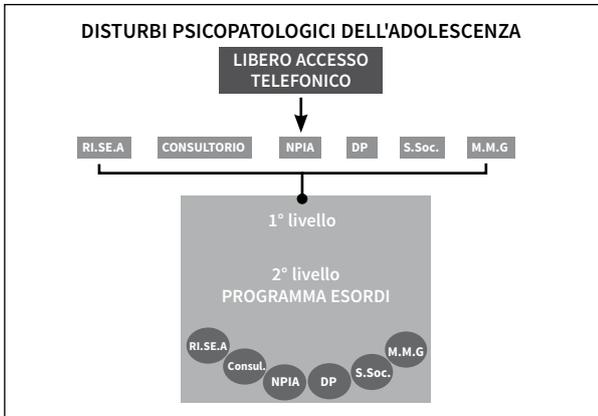
La scelta di lavorare per programmi nasce dall'esigenza di mettere al centro i bisogni di cura dell'adolescente e della sua famiglia, utilizzando un modello organizzativo affine al precedente modello Ri.Se.A. Il personale dedicato si arricchisce di figure professionali: accanto a psichiatri, psicologi, ed educatori, vengono inseriti infermieri e assistenti sociali. Obiettivo comune è orientare i trattamenti al recovery del paziente, tenendo conto delle diverse dimensioni della patologia e intervenendo nelle varie aree di vita del ragazzo: la famiglia, la scuola, il lavoro, il contesto sociale. In sintesi un modello organizzativo al servizio del modello operativo multidisciplinare, multidimensionale, flessibile come si addice al trattamento delle patologie adolescenziali.

La rete dei servizi diventa parte del Programma (consultori, servizi sociali, MMG, PDL, Servizio Emergenza Urgenza): gli operatori dei servizi coinvolti entrano nelle discussioni dell'équipe curante e condividono le linee di trattamento. Negli anni successivi lo stesso Programma, a responsabilità CSM, viene organizzato anche nei territori di Lugo e di Faenza con lievi differenze organizzative in relazione alla diversità del territorio e alla difficoltà di reperire sedi dedicate, ma sovrapponibili nei contenuti.

La sede del Programma è il RiSeA; tutti gli spazi delle unità operative restano utilizzati per l'erogazione di trattamenti di competenza: per esempio il CSM per somministrazioni di trattamenti farmacologici in urgenza, le UODP per trattamenti specifici per le dipendenze da sostanze. Gli stessi servizi sono punti di accesso per gli adolescenti ove poter fare una prima valutazione e fonti d'invio da parte degli stessi operatori che lavorano "a ponte" tra U.O. di appartenenza e il Programma.

L'accesso pertanto può essere diretto, tramite via telefonica, o per invio dei servizi coinvolti. (Fig. 2).

Fig. 2

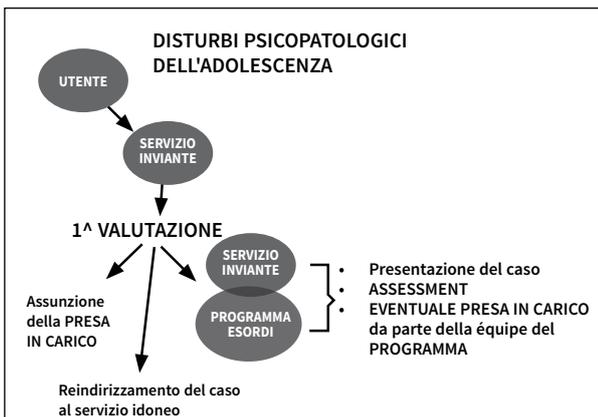


Dopo un primo momento di accoglienza, viene discusso il caso in équipe e predisposto un primo assessment anche attraverso l'utilizzo di specifici strumenti di valutazione diagnostica (HoNOS-HoNOS-ca; SCL-90; Checklist ERlraos) che insieme all'esame clinico possa consentire la definizione del piano di trattamento individuale (Fig. 3 e 4) da discutere con il paziente. Parallelamente si dispone una valutazione della famiglia che può proseguire con una psicoterapia a durata medio-breve, o interventi psicoeducativi. Il trattamento psicoterapico rimane il trattamento d'elezione accanto a interventi farmacologici e/o riabilitativi anche nell'ambiente di vita.

Fig. 3



Fig. 4



I modelli di riferimento sono legati all'indirizzo dei vari operatori (psicodinamico, CBT, sistemico); compito dell'équipe è individuare gli aspetti conflittuali e traumatici che possono avere determinato un arresto dello sviluppo. Determinante è la formazione degli operatori su questa specifica fase di vita che ha caratteristiche peculiari sia per gli aspetti intrapsichici sia per il ruolo dell'ambiente. Se gli obiettivi generali del Programma sono l'intercettazione e il trattamento dei disturbi in modo intensivo e sistematico, gli obiettivi specifici sono quelli di favorire le resilienze intrinseche, rinforzare le abilità e contrastare la caduta del funzionamento sociale per mantenere una buona qualità di vita compatibilmente alla fase del disturbo.

2. Gli esiti

Dall'istituzione del Programma al 30/06/2015 sono stati trattati 230 pazienti nei 3 distretti di Lugo, Faenza, Ravenna e i dati sono in aumento. Le figure 5-6-7 commentano i dati relativamente all'età, alle diagnosi e agli esiti clinici ottenuti.

Fig. 5

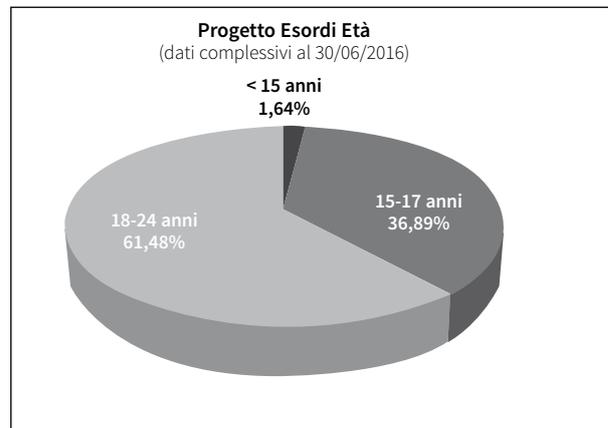


Fig. 6

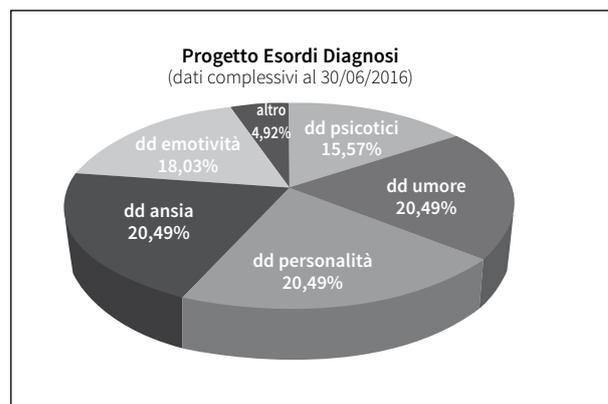
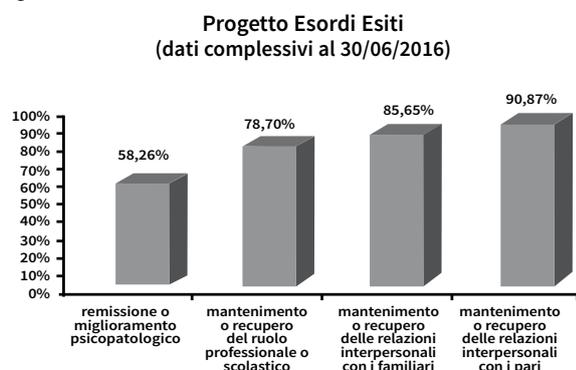


Fig. 7



2.1 Esiti della valutazione HoNOS

Il campione è costituito dai 24 pazienti rispondenti ai criteri del Programma Esordi della Regione Emilia-Romagna. Si tratta di 6 femmine e 18 maschi, la cui diagnosi è relativa all'area psicotica (ICD 9 CM da 295.0 a 295.95 compreso; 296.24, 296.34, 296.14, 296.44, 296.54, 296.64) compresi prevalentemente nella fascia di età 20-24 anni (tabella 1)

Tab. 1 Distribuzione dei pazienti con diagnosi relativa all'area psicotica per età

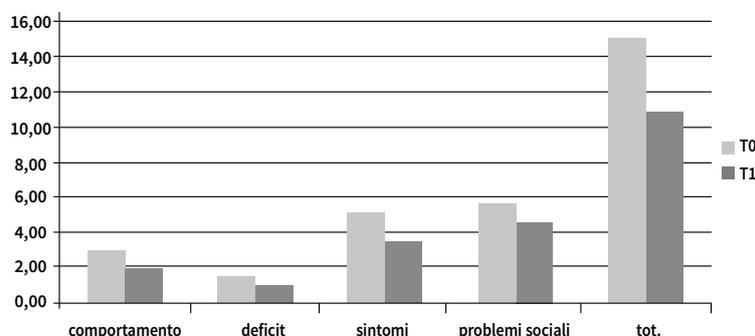
età	n px
16-19	4
20-24	14
25-31	4
30-35	2

La prima valutazione è stata condotta all'ingresso del paziente nel programma, la seconda valutazione a distanza di 12 mesi dalla prima (Graf. 1).

I pazienti mostrano, alla prima valutazione, un punteggio medio complessivo pari a 15,04, che si riduce, nella seconda valutazione, a 10,75. Le aree più compromesse, alla prima valutazione, riguardano i sintomi (punteggio medio 5,13) e i problemi sociali (punteggio medio 5,58). Il miglioramento più significativo riguarda le aree del comportamento (36, 23%), del deficit (34,29%) e dei sintomi (32,52%).

Sottoscale	T0	T1	delta %
comportamento	2,88	1,83	36,23%
deficit	1,46	0,96	34,29%
sintomi	5,13	3,46	32,52%
problemi sociali	5,58	4,50	19,40%
tot	15,04	10,75	28,52%

Graf. 1 Confronto tra i valori delle sottoscale della scala HoNOS tra il T0 e il T1



Dall'analisi del lavoro sin qui svolto si può ipotizzare che i risultati siano incoraggianti ed un invito a proseguire l'esperienza.

Conclusioni

L'analisi dei dati rilevata con la scala HoNOS mostra un significativo miglioramento dei sintomi clinici nella popolazione dei pazienti psicotici (Clinical recovery) mentre dall'analisi della coorte complessiva dei pazienti trattati si evince che l'area di maggior miglioramento è relativa al funzionamento (Functional recovery). Tale differenza, che comunque configura un esito positivo che supporta l'efficacia del programma esordi, potrebbe essere interpretabile alla luce del fatto che il campione globale contiene i cosiddetti "stati mentali a rischio", che non configurano un disturbo clinico codificabile dall'ICD e che si caratterizzano prevalentemente per deficit del funzionamento e in misura minore per psicopatologia.

I limiti dello studio sono rappresentati dalla mancanza di un supporto testistico nella valutazione della popolazione non psicotica: questa potrebbe essere una utile implementazione per i prossimi studi.

Bibliografia

- Rossi I., Bastianelli S., Counselling e approccio clinico in adolescenza, Editrice Club, Bologna, 1988.
- Aliprandi M., Pelanda E., Senise T., Psicoterapia breve di individuazione, Feltrinelli Editore Milano, 2010.
- Novelletto A., Psichiatria Psicoanalitica dell'Adolescenza, Borla, Roma, 1991.
- Goisis R.P., Costruire l'Adolescenza, Mimesis Edizioni Milano, 2014.
- Regione Emilia Romagna, Raccomandazioni Regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico, Bologna, 2016.

Rif: Daniela Marangoni
Psichiatra, Responsabile CSM Ravenna, AUSL Romagna
email: daniela.marangoni@auslromagna.it
cell. 335-5337658

Interventi precoci e recovery: il Centro “Ascolto e consulenza per adolescenti” di Cesena

Marusca Stella, Michele Sanza, Lidia Agostini

1. Servizi orientati alla recovery

La psicopatologia, in origine disciplina di carattere descrittivo, ha compiuto un percorso di grande cambiamento nel corso degli ultimi decenni, sostenuta dai contributi scientifici in campo neurobiologico, psicologico e psicodinamico che hanno modificato i vecchi costrutti. Se si può individuare un punto essenziale di clivaggio di questa trasformazione, un vero e proprio bivio per le scienze applicate nel campo della salute mentale, lo si deve collocare nel superamento della dicotomia tra psicopatologia dell'età evolutiva e psicopatologia dell'età adulta: la prima, infatti, ha decisamente finito per assorbire anche la seconda. La psicopatologia attuale è per sua natura evolutivo - dinamica, piuttosto che descrittiva - statica. Il senso della moderna impostazione della conoscenza, e della pratica di cura dei disturbi mentali e del comportamento, è che non si può fare a meno, nella descrizione dei segni e dei sintomi della sofferenza mentale, di incrociare le traiettorie evolutive e le loro finalità naturali e terapeutiche. Il punto di inizio dei disturbi mentali e il punto verso il quale si dirigono (gli esiti), sono i due cardini sui quali si regola la qualità delle cure: gli esordi e il recovery (termine non traducibile a meno di equivoci), sono i riferimenti della linea evolutiva dei disturbi mentali e del comportamento gravi, tra i quali le dipendenze. Ne consegue che la tempestività degli interventi, di norma associata a esiti migliori, e l'orizzonte del più favorevole adattamento sociale (con o senza sintomi residui) sono i metri con i quali misurare la qualità di ciò che i servizi offrono. La ricaduta organizzativa di questo concetto, sulla pianificazione dei servizi di salute mentale e delle dipendenze, trova un metro di misura nella capacità di intercettare il prima possibile

le condizioni di rischio i disturbi conclamati, favorendo processi di recovery più rapidi ed efficaci.

La valutazione della personalità è cruciale per la prognosi delle difficoltà adolescenziali e degli esiti in età adulta (Lingiardi V., Codazzi A, 2009; Western D., Shedler J, Durrett C., Glass S., Martens A., 2004). L'approccio diagnostico solleva molti interrogativi sull'applicabilità della diagnosi borderline in età evolutiva: ci si chiede se esista una continuità evolutiva e clinica tra bambini, adolescenti e adulti borderline (M. Romani, G. Levi, 2006) . È importante che i servizi per la salute mentale si organizzino per rispondere in modo adeguato ad accogliere gli adolescenti e favorire processi di consultazione e valutazione precoce. L'individuazione precoce di alcuni pattern di personalità in adolescenza è correlato ad un rischio più elevato di abuso di sostanze e disturbi della condotta. I disturbi di personalità e i disturbi della condotta in età adolescenziale sono predittivi del disturbo da abuso di sostanze, o altre dipendenze comportamentali come il gioco d'azzardo, nel corso della successiva decade di vita, tra i venti e i trent'anni (Choen, 2007). Inoltre ad una maggiore gravità del quadro di personalità, corrisponde un più elevato rischio di disturbo da uso di sostanze. In sintesi le condizioni psicopatologiche adolescenziali che sono maggiormente correlate con il rischio di abuso di sostanze psicoattive sono: il disturbo borderline e il disturbo della condotta, antecedente, quest'ultimo, del disturbo antisociale dell'adulto.

Gli elementi del disturbo borderline possono essere presenti nella fisiologia dell'adolescenza, soprattutto perchè in questo periodo i compiti evolutivi riguardano

lo sviluppo dell'identità e una maggiore autonomia nella regolazione emotiva. La valutazione della personalità è importante, come l'individuazione precoce dell'uso/abuso di sostanze, così come lo sviluppo di progetti di "prevenzione indicata che risulta essere la soluzione migliore rivolta a segni e sintomi precoci in infanzia e adolescenza quali: disturbi del comportamento, autolesionismo, uso di sostanze e disturbi depressivi" (A.M. Chanen, L. McCutcheon, 2013). La valutazione e il precoce intervento con l'adolescente che manifesta problemi di uso di sostanze deve affrontare a diversi livelli le problematiche psicologiche precedenti all'esordio del sintomo, la separazione e il distacco per prime, che rappresentano un punto cruciale nell'esperienza della dipendenza e sono causa di un'alternanza di condizioni di profonda angoscia e comportamenti altamente regressivi in particolare negli adolescenti e nei giovani adulti (Caretto et al, 2006).

È evidente che i percorsi dedicati all'adolescenza e alla psicopatologia dell'adolescenza, assumono in questo scenario un valore prioritario e le esperienze realizzate sono utili sperimentazioni per convogliare nel modo migliore risorse finalizzate alla prevenzione delle guidabilità e della cronicizzazione dei quadri psico comportamentali. La Regione Emilia-Romagna, con la delibera sul programma adolescenza prima e il progetto Percorsi di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti, ormai in fase di conclusione, ha investito sulla programmazione di servizi dedicati all'adolescenza e sulla continuità trasversale e verticale delle U.O. di Salute mentale e dipendenze patologiche con la Neuropsichiatria infantile. L'esperienza del Centro di Ascolto di Cesena, come di altre offerte di servizi dedicati agli adolescenti nel campo delle dipendenze costituisce, alla luce dei concetti richiamati, una vera e propria esperienza pilota, alla quale guardare non solo negli aspetti che hanno prodotto buoni risultati - la capacità di attrazione prima di tutti misurata in confronto alla tradizionale impostazione dei servizi per le dipendenze - ma anche nei limiti e nelle difficoltà che si sono manifestate nelle possibilità di integrazione sui bisogni dell'utente.

2. Centro di Ascolto e consulenza per adolescenti del Servizio Dipendenze patologiche di Cesena

Sono molte le ragioni che suggeriscono una relazione tra l'analisi della condizione giovanile, dell'uso di sostanze e l'organizzazione dei servizi deputati alla prevenzione

e alla cura. Il presente articolo si propone di considerare i modelli di servizi che svolgono funzione di ascolto e di intervento e si rivolgono ad adolescenti che attraversano una fase di difficoltà e di crisi. Altri interventi specifici possono essere necessari per i problemi degli adolescenti quali la terapia psicologica individuale e l'intervento con le famiglie.

Gli interventi così definiti, dall'ascolto alla terapia individuale e familiare, possono essere intesi come trasversali alle problematiche dell'adolescente e ai servizi pensati per loro, sebbene si possa ritenere utile individuare alcuni servizi specifici caratterizzati da alcuni elementi propri alla condizione giovanile, al disagio e all'uso di sostanze.

Quali possono essere i disturbi possibili per i quali cercare risposte e strategie di intervento? I disturbi o le difficoltà possibili sono relative al disagio giovanile, alle problematiche psicologiche, alle problematiche di uso/abuso di sostanze, di alcol e comportamenti a rischio (tra cui la sessualità), disturbi psichici correlati all'uso di sostanze. In tal senso il Servizio Dipendenze patologiche (SerD) di Cesena ha pensato a spazi diversificati per i giovani, affinché possa essere possibile affrontare il disagio correlato all'uso ed abuso di sostanze nelle molteplici manifestazioni cliniche.

In relazione a questi presupposti teorici è nato il Centro di "Ascolto e consulenza per adolescenti"; è un servizio per adolescenti e giovani adulti (età 15-25 anni) che manifestano problematiche psicologiche e comportamenti di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti; inoltre è un servizio che svolge consultazioni e terapie psicologiche rivolte ai genitori. Il Centro è situato presso il Consultorio Giovani con uno spazio esclusivamente dedicato alle attività cliniche pomeridiane, con una sala di attesa e diversi studi psicologici al fine di favorire terapie sia individuali che familiari. L'équipe di lavoro è composta da psicologi e può avvalersi di consulenze e terapie mediche e psichiatriche, in collaborazione con le équipe cliniche del SerD. Il Centro prevede una prima fase di consultazione e valutazione rivolta all'adolescente e ai genitori; questa fase è tesa a comprendere l'adolescente nel contesto globale in cui vive e permettere di identificare quali terapie possono essere ritenute maggiormente idonee. La consultazione comporta lo svolgimento di 4 o 6 colloqui, esplicitati al paziente al momento del primo contatto. È prevista anche la somministrazione dell'SCL 90 e di eventuali approfondimenti testistici. La valutazione diagnostica deve basarsi su dati anamnestici ed elementi obiettivi dal momento che i pazienti che

accedono al servizio sono condizionati dalla sostanza, ma soprattutto dalle dinamiche della dipendenza in atto.

Il processo di valutazione e consultazione di un paziente adolescente e del suo contesto in specifico comporta:

- colloqui con la coppia dei genitori e/o adolescente con essi o separatamente;
- approfondimenti psicodiagnostici: AAI, CBCL, SCL 90 R, SWAP 200, Test Proiettivi;
- restituzione all'adolescente della valutazione svolta ed elaborazione di un progetto terapeutico e delle informazioni da dare ai genitori;
- restituzione ai genitori con o senza la presenza dell'adolescente.

Al termine della fase di consultazione, è previsto un colloquio di restituzione al fine di condividere gli elementi emersi, proporre indicazioni terapeutiche e formulare un contratto terapeutico. Per quanto concerne il progetto terapeutico, è fondamentale l'attenzione alla situazione globale in cui l'adolescente è inserito e la valutazione delle sue risorse, nonché della sintomatologia presentata e della struttura di personalità. Dall'altra parte occorre tenere conto della complessità delle manifestazioni dell'adolescente, piuttosto che concentrarsi sulla sintomatologia, spesso fluida e mutevole. Il progetto terapeutico del Centro "Ascolto e consulenza per adolescenti", così come evidenziato in letteratura da Chanen e L. Mc Cutcheon (2013), prevede l'attivazione dei seguenti livelli di intervento:

- Psicoterapia individuale (psicoterapia ad orientamento dinamico per adolescenti e giovani adulti).
- Psicoeducazione alle famiglie (terapia familiare con il modello della psicoterapia individuale).
- Valutazione e assistenza psichiatrica.
- Cura e sensibilizzazione nella comunità con localizzazione degli interventi.
- Team per la gestione delle crisi.
- Accesso ad un programma di recupero psicosociale.

4. Il Centro "Ascolto e consulenza per adolescenti" tra prevenzione e intervento precoce: due ricerche

Gli adolescenti e le famiglie incontrate dall'anno 1997 ad oggi sono stati molti e diverse le problematiche affrontate, dalle problematiche evolutive e specifiche della fase adolescenziale, alle problematiche di uso/abuso/dipendenza di sostanze psicoattive legali ed illegali.

I pazienti in trattamento sono stati in graduale aumento,

sino a raggiungere la stabilità di circa 100 pazienti ogni anno, a cui devono aggiungersi le consulenze brevi, di circa 50 pazienti ogni anno.

I pazienti che si rivolgono al Centro, spesso accompagnati o preceduti dalle loro famiglie, sono prevalentemente maschi, anche se si osserva negli anni una percentuale significativa di femmine, molti sono minorenni.

Le problematiche di uso di sostanze negli anni hanno riguardato diverse tipologie di sostanze: eroina, cannabis, cocaina, ecstasy/anfetamine, problematiche di policonsumo che vede spesso associato l'uso di alcol.

Al fine di valutare l'esito dei programmi terapeutici svolti, la tipologia della diagnosi dei pazienti in trattamento in questi anni presso il Centro si riportano in sintesi due ricerche realizzate negli anni 2015 e 2006.

Le ricerche svolte hanno teso a verificare la complessità dei quadri psicopatologici degli adolescenti in trattamento, in particolare l'emergere di pattern di Disturbi della personalità e del comportamento (F60-F69, ICD10) associati ai Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10- F19, ICD 10).

4.1 RICERCA 1 (anno 2015)

La ricerca si riferisce ad una valutazione svolta sui pazienti in trattamento presso il Ser.T./Centro "Ascolto e consulenza per adolescenti", arco temporale 1997-2014. L'obiettivo della valutazione svolta è stato di individuare le caratteristiche socio-anagrafiche, le problematiche presentate, le diagnosi primarie e secondarie e l'esito dei trattamenti nell'arco temporale considerato.

Il campione era costituito da 887 pazienti (fascia età 15-25 anni) in trattamento presso Ser.T./Centro "Ascolto e consulenza adolescenti" di Cesena con diagnosi di Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19, ICD 10).

Prima parte

Le **caratteristiche socio-anagrafiche** del campione sono risultate le seguenti:

- genere (75% M - 25% F)
- fascia età (14/18 pari a 29% , 19/25 pari a 71%)

Dall'analisi delle **modalità di accesso** al Centro emergono dati significativi:

- accesso spontaneo (41%)
- richiesta/segnalazione della Prefettura (24,7 %)
- rete dei servizi quali MMG, NPIA, comunità educative, servizi di prossimità (13,9%)
- altro (21,3%)

Per quanto riguarda **l'area problematica e le diagnosi primarie e secondarie** è stato possibile rilevare questi elementi:

- la tipologia di primo accesso era rappresentata da 90% tossicodipendenti, 4,8% Alcol, Altro 2,4%, Gioco d'azzardo patologico 0,9%;
- diagnosi primarie e secondarie sono stati così individuate:
 1. F10-F19 (Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive);
 2. F60-F69 (Disturbi della personalità e del comportamento);
 3. Z (Fattori psicosociali);
 4. F90-F98 (Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza) esempio Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale, Disturbi della condotta, Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza, Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza);
 5. F30-F39 (Disturbi dell'umore);
 6. F70-F79 (Ritardo mentale).

Per quanto riguarda i **programmi terapeutici** svolti, è stato possibile osservare che i pazienti del Centro "Ascolto e consulenza per adolescenti" hanno spesso svolto un solo programma terapeutico (70,5%), caratterizzato da trattamenti psicologici/psicoterapeutici (76,2%), sanitari con esami urine (77,2%) e un basso ricorso a quelli farmacologici e socio-educativi.

L'**esito** del primo programma terapeutico svolto presso il Centro è risultato:

- completato (31,8%)
- dimissione concordata (15,3%)
- interrotto (38,8%)
- invio altri Servizi (4,8%)
- in trattamento (7,9%)
- altro (1,4%)

Confronto pazienti Centro e pazienti équipe Ser.T.

Analizzando il campione degli 887 pazienti è stato possibile individuare in specifico i pazienti trattati dal Centro (n.369) e i pazienti trattati dalle équipe del Ser.T. (n.491). Dal confronto emerge che l'utenza del Centro si caratterizza per la maggior presenza di giovanissimi (52,5% vs 10,5%), la metà dei pazienti ha meno di 19 anni, Diagnosi di Disturbi di sostanze illegali e non alcol (95,2%

vs 85,9%), pazienti che hanno svolto 1 solo programma terapeutico (85,4% vs 58,5%).

I programmi terapeutici del Centro sono caratterizzati per la grande rilevanza da trattamenti psicologici/psicoterapeutici (86,1% vs 68,2%) e il minor ricorso a quelli farmacologici (23,2% vs 56,6%) e socio-educativi (11,9% vs 48,1%).

Seconda parte

Analisi confronto con pazienti con diagnosi secondaria Disturbo di personalità (n. 71) e pazienti con altre diagnosi.

Per quanto riguarda la diagnosi secondaria risulta che sul campione complessivo di 887 pazienti N. 71 pazienti (8%) avevano una diagnosi secondaria di Disturbo di Personalità correlato nel 69% dei casi ad una diagnosi primaria di tossicodipendenza e nel 15% dei casi ad una diagnosi primaria di Dipendenza da alcol.

Di questi 71 pazienti il 33% ha avuto almeno un ricovero in SPDC e il 33% è stato in trattamento presso il Centro di salute mentale.

4.2 RICERCA 2 (anno 2006)

L'obiettivo della ricerca svolta nell'anno 2006 è stato quello di individuare caratteristiche socio-anagrafiche, problematiche presentate e diagnosi di pazienti in cura presso la struttura di Psicologia Clinica dell'Adolescenza/N.P.I.A. e del Centro Ascolto e consulenza per adolescenti/Ser.T. .

Sono stati presi in esame 86 pazienti (15-25 anni) del Centro nell'anno 2006.

Di questi su 33 pazienti sono state studiate le frequenze dei Codici diagnostici in Asse I e Asse V (ICD 10). In particolare è stata studiata la relazione esistente tra diagnosi in Asse I e la presenza di uno, due, tre o più fattori di rischio psicosociale (Asse V) nella prima, media e tarda adolescenza.

Appare significativa, nel campione di 33 pazienti, la relazione tra sindromi psicopatologiche e la loro maggiore gravità in relazione al numero dei fattori di rischio psicosociale. Inoltre è presente una percentuale significativa di disturbo di personalità borderline.

Conclusioni

Le ricerche svolte hanno evidenziato l'importanza della prevenzione precoce, dell'individuazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi in adolescenza. Dal momen-

to che l'individuazione precoce di alcuni pattern di personalità in adolescenza è correlato ad un rischio più elevato di abuso di sostanze e disturbi della condotta è sempre più significativo considerare alcuni aspetti clinici ed organizzativi:

- Attenzione ai fattori di rischio e di protezione in adolescenza.
- Accessibilità dei servizi (programmi dedicati all'adolescenza).
- Diagnosi e interventi precoci (programmi specifici) e lavoro di rete sui fattori di rischio psicosociale.
- Programmi psicoterapeutici duttili: attenzione alle esigenze terapeutiche nel passaggio delle fasi di sviluppo e articolazione degli interventi.

Inoltre la valutazione dei trattamenti ha rilevato che i programmi terapeutici del Centro sono caratterizzati dalla rilevanza di trattamenti psicologici.

Lo psicologo che opera in un Centro per adolescenti con disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive interagisce con giovani che utilizzano droghe, internet, il cibo, il sesso o il gioco d'azzardo per modificare lo stato di coscienza ordinario in cui il disagio e la sofferenza non possono essere regolati altrimenti. Pertanto l'intervento psicoterapeutico individuale deve consentire l'individuazione dei tratti di personalità impulsivi e della disregolazione emotiva, e avere l'obiettivo di creare un contesto terapeutico interpersonale che fornisca limiti, alleanza e attaccamento, al fine di rafforzare la capacità riflessiva, il pensiero e l'identificazione delle emozioni per promuovere la regolazione degli affetti ed il controllo degli impulsi.

L'intervento psicoterapeutico con i genitori ha l'obiettivo di consentire al terapeuta di allearsi con le parti sane del genitore per promuovere potenzialità genitoriali e sostenere l'autostima del genitore, affrancandolo da ricordi traumatici di sofferenza, vulnerabilità ed impossibilità ad essere aiutati.

Bibliografia di riferimento

- Ammaniti M. (a cura di), (2002), Manuale di psicopatologia dell'adolescenza, Cortina.
- Caretti e al, (2006), Fattori di rischio della dipendenza patologica in Adolescenza, Infanzia e Adolescenza, Vol. 5, N. 3, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Chanen A.M., L. Mc Cutcheon, (2013), Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence, *Bj Psychiatric*, 2013.
- Cohen P. (2007), Chen H, Crawford TN, Brook JS, Gordon K, (2007) Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Apr; 88 Suppl 1:S71- 84.
- Costantino E. et al (2011), Attaccamento e problemi emotivo-comportamentali in adolescenza *Infanzia e Adolescenza*, Vol.10, N. 1.
- Goisis P.R., Bonati E., De Vito E., Mocerì A., Pisciotano L., Quarti R. (1995), L'adolescente, i suoi genitori, il terapeuta. *Adolescenza*, 78, VI/2, 109-131.
- Lingiardi V., Codazzi A, (2009), La diagnosi di personalità in adolescenza: riflessioni introduttive e indicazioni metodologiche, *Infanzia e Adolescenza*, 2009, Vol. 8, N. 3.
- Poletti M, (2008), Un Approccio neuropsicologico ai disturbi psicopatologici e ai comportamenti a rischio in adolescenza, *Infanzia e Adolescenza*, Vol. 7, N. 3
- Romani M., Levi G. (2006), Riflessioni teorico-cliniche intorno al Disturbo Borderline di Personalità, in età evolutiva" *Infanzia e Adolescenza*, Vol. 5, 1.
- Western D., Shedler J, Durrett C., Glass S., Martens A., (2004), Diagnosi di personalità in adolescenza: un'alternativa empiricamente derivate alle diagnosi dell'Asse II del DSM - IV, *Infanzia e Adolescenza* Vol. 3, N. 1.

Rif:

Marusca Stella

Psicologa, referente Centro di Ascolto e Consulenza Nuove Droghe di Cesena/AUSL della Romagna,

tel. 0547 352174

email: marusca.stella@auslromagna.it

Il pre e il post: la valutazione degli esiti negli adolescenti

L'esperienza della RTI/P-M AVEN San POLO di Parma

Antonella Squarcia, Matteo Rossi, Sabrina Ferrari,
Giulio Fabri Poncemi, Cinzia Dallatana, Pietro Pellegrini

Premessa

Obiettivo di questo lavoro è valutare l'efficacia del trattamento e del miglioramento delle condizioni di vita degli utenti dell'RTI/P-M AVEN San Polo attraverso la scala di funzionamento HoNOSCA. I risultati mostrano un miglioramento significativo dei pazienti nelle aree del comportamento, dei sintomi e dell'ambito sociale.

Introduzione

All'interno dei Servizi U.O. NPIA (Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), sia a livello regionale che nazionale, si sta sempre più diffondendo la prassi dell'utilizzo di scale e interviste, dirette e indirette, per la valutazione degli esiti di trattamento. Queste scale e interviste, applicabili a varie patologie, sono utilizzate ad integrazione e a completamento degli strumenti clinici e diagnostici e sono condivise fra le UONPIA e i vari servizi nell'ambito della salute mentale. A distanza di due anni dall'apertura della RTI/P-M AVEN San POLO (Residenza Terapeutica Intensiva e Post-Acuzie per minori delle Aziende USL dell'Area Vasta Emilia-Nord con sede a San Polo di Torrile (PR)) si è pensato di analizzare, attraverso strumenti statistici, i dati ottenuti tramite la scala di funzionamento HoNOSCA (Scala di esito per bambini ed adolescenti - Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescent - Gowers SG et al; versione italiana IRCCS E. Medea-La nostra Famiglia) utilizzata nella nostra struttura per monitorare l'efficacia del trattamento. La Scala HoNOSCA è stata individuata come uno strumento adatto a questo tipo di compito in quanto risponde alle esigenze cliniche di diagnosi, monitoraggio terapeutico e valutazione dell'andamento del PTI (Piano di Trattamento Individuale) dei pazienti a breve, medio e lungo termine. La scala indivi-

dua alcuni aspetti comportamentali, emotivi e di pensiero spesso compromessi nei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza (funzionamento sociale, agiti etero e auto aggressivi, iperattività, abuso di alcol o sostanze, problematiche di pensiero, problemi affettivi, sintomi somatici non organici, disturbi emotivi, relazioni con i pari, cura di sé e autonomia, vita familiare e di relazione, etc.. per un totale di 15 categorie).

1. La RTI/P-M AVEN San Polo di Parma

La RTI/P-M AVEN San Polo, attivata nell'ottobre 2013, è una Unità Operativa Semplice dell'UOC NPIA (U.O. Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) dell'Az. AUSL di Parma. L'RTI è stata istituita a seguito di una ricognizione delle strutture sanitarie per minori affetti da disturbi psichici della Regione Emilia-Romagna. Stante l'entità del fabbisogno e coerentemente con le indicazioni delle valutazioni realizzate, la struttura accoglie fino ad un massimo di 9 ospiti e ha valenza sovra-aziendale.

Il mandato ricevuto dalla Regione Emilia-Romagna e per il quale la struttura è stata accreditata prevede di offrire un trattamento residenziale per soggetti affetti da quadri patologici psichiatrici di età compresa tra i 10 e i 17 anni, sia nella fase di emergenza-urgenza (RTI-M) che nella fase di post-acuzie (RTP-M).

La NPIA territoriale, all'interno della presa in carico, può attivare il trattamento residenziale presso la RTI/P-M AVEN San Polo quando ritenuto appropriato secondo due variabili: utenza, ovvero "minori non trattabili a livello in regime ambulatoriale e di ricovero" e per tempi definiti "RTI-M massimo 30 dì, RTP-M 180 dì ripetibile una sola volta¹".

¹ Delibera Giunta Regionale ER n911 del 2007 "Requisiti Specifici per l'accreditamento delle Strutture di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza"

La decisione della presa in carico è ad appannaggio dell'équipe interna all'RTI. Le variabili considerate prima dell'effettivo ingresso dell'ospite in struttura sono: la valutazione della gravità della perturbazione del percorso di sviluppo, l'urgenza dell'intervento, la prognosi a distanza, le necessità assistenziali e soprattutto la composizione del gruppo dei pazienti e il clima terapeutico che si respira in quel dato momento in struttura.

Il trattamento residenziale è un trattamento complesso che richiede una presa in carico multidisciplinare, il cui scopo è di riavviare processi interrotti di crescita e di permettere ai pazienti di sperimentare nuove modalità di cura e di relazione attraverso una presa in carico residenziale, in un contesto di separato ma permeabile all'abituale ambiente familiare e sociale dei ragazzi. Data la multiprofessionalità dell'équipe della struttura (medici, psicologi, infermieri ed educatori) il percorso di cura si muove su vari piani di indagine ed intervento che va da quello diagnostico, farmacologico, clinico-internistico a quello psicoterapeutico, abilitativo ed educativo. Gli strumenti messi in campo dalle varie figure professionali si declinano nella concretezza delle varie attività messe a disposizione degli ospiti durante il loro ricovero: colloqui clinici, attività educativo riabilitative, attività indirizzate all'autonomia ed alla cura di sé, attività psicoeducative di gruppo, attività espressive e psicomotorie, attività ludiche e di recupero delle abilità e conoscenze scolastiche.

Questo tipo di lavoro implica una mediazione a livello dei vari sistemi che compongono le configurazioni più immediatamente stimolate dal processo morboso: mediazione tra i sottoinsiemi individuali, familiari e sociosanitari. Questo processo è possibile se si favoriscono e si mantengono aperti i canali comunicativi, stimolando e facilitando quel dialogo tra utenti e professionisti che concorre alla formazione più o meno integrata della sua identità. Questa identità necessita di cura costante nel mantenere vivi, definiti, ma anche in equilibrio i confini tra sé, le pratiche delle Comunità terapeutiche/educative e dei Servizi ospedalieri. In un'ottica bio-psico-sociale, sostenuta dalle linee guida clinico-assistenziali validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, la realizzazione di un percorso residenziale è resa possibile dall'integrazione di vari piani di indagine ed intervento: il piano diagnostico, farmacologico, medico-internistico, psicoterapico, abilitativo e socioassistenziale globale.

La residenzialità terapeutica si può definire come un luogo intermedio, un punto di incontro e co-progettazione (come cita anche la DGR 911/2007), tra i servizi sanitari ad alta intensità di intervento e i sistemi socio-sanitari territoriali. Questo tipo di servizio è chiamato in primo luogo a rispon-

dere ad un mandato di cura che non può prescindere dal governo di quei processi gruppalmente che inevitabilmente lo abitano: il gruppo dei giovani pazienti, aperto, variabile e carico emotivamente (come sempre in adolescenza), l'équipe, i familiari e la rete degli invianti.

La residenza e il gruppo degli operatori che la guidano diventano un contenitore degli agiti disturbati e disturbanti, del caos interno al soggetto e alla sua storia, delle scissioni e dissociazioni. Tali aspetti si incontrano e "scontrano" con azioni terapeutiche che vengono veicolate da interventi specifici programmati, così come dalla quotidianità stessa della residenza e quindi dal clinico, dagli operatori, dal gruppo dei pari e dalla costante interazione ed integrazione con il mondo di provenienza e di destinazione.

La valutazione/rivalutazione clinica secondo un approccio biopsicosociale, l'utilizzo di testistica specifica specialistica e la valutazione medico-internistica, sono infatti strumenti calati in una realtà che prevede una **serie di passaggi terapeutici insiti nel lavoro di équipe multiprofessionale residenziale**. Questi passaggi sono il sottofondo - collante che accompagnano il lavoro e che diventano la restituzione agli invianti, alle famiglie, alle comunità. Tali passaggi terapeutici possono, a seconda delle condizioni cliniche del paziente e del suo sistema curante, del gruppo degli ospiti e degli operatori della residenza, durare momenti, giorni o settimane.

Il percorso residenziale può essere inteso come stabilizzazione del quadro clinico, puntualizzazione diagnostica e farmacologica in ambiente protetto, il cui esito si traduce in un complessivo attuale ritratto dell'ospite e del suo funzionamento.

2. Valutazione di efficacia del trattamento residenziale

A partire da esperienze reali, seguendo un approccio critico-valutativo e consapevoli della difficoltà intrinseca e della possibilità di un miglioramento continuo abbiamo analizzato i risultati della Scala HoNOSCA per effettuare l'analisi dell'efficacia del nostro lavoro. Il campione utilizzato è composto da 47 soggetti di cui 23 maschi e 24 femmine. L'età dei soggetti è compresa tra i 14 e i 17 (solo per due casi l'età è inferiore ai 14 anni). Dei 47 ricoveri 16 erano urgenze. Al tempo T0, alla presa in carico del paziente, è stata compiuta la valutazione multidimensionale secondo una serie di parametri che convergono in 4 macro aree di valutazione: comportamento, compromissione funzionale, sintomi e ambito sociale. Valori più elevati registrano elementi di criticità diagnostica crescenti e ogni area ha un valore massimo possibile ad indicare il massimo della criticità. Le altre variabili registrate sono: l'urgenza del ricovero e la durata dello stesso. Per ogni paziente, la somma

dei punteggi in ciascuna area di valutazione costituisce il punteggio complessivo al tempo T0 (ingresso). Alla fine del trattamento (dimissione), che coincide con il tempo T1, è stata svolta la medesima valutazione multidimensionale condotta all'inizio della presa in carico.

L'efficacia del trattamento per ogni singola area è stata testata attraverso il *Test t di Student per dati appaiati*: un test parametrico tipicamente utilizzato per confrontare lo stato di specifiche variabili dipendenti pre e post-trattamento.

2.1 Risultati

Il punteggio medio dell'HoNOSCA all'ingresso indica una compromissione globale importante su base adattiva, una forte componente sintomatica con notevole limitazione sul piano delle autonomie e un'importante interferenza della sintomatologia sulla qualità della vita al momento del ricovero. A contribuire maggiormente alla composizione del punteggio complessivo sono nell'ordine: l'ambito sociale, il comportamento, e i sintomi. Al momento della dimissione la media dei punteggi cala sensibilmente in tutte le aree che concorrono alla valutazione, mentre la deviazione standard si riduce segnalando una situazione di approccio meno dispersa intorno alle medie. La correlazione tra le situazioni iniziali per area e quelle finali è elevata e statisticamente significativa. Il test vero esclude che le variazioni delle medie dei punteggi per area pre e post-trattamento siano dovute esclusivamente al caso. Le diminuzioni delle medie dei punteggi sono, quindi, dovute al trattamento ed indicano che è avvenuto un miglioramento nel corso del trattamento.

Si riscontra una riduzione statisticamente significativa del punteggio nelle **aree del comportamento, dei sintomi e dell'ambito sociale** che sono risultate altamente significative. Le variabili a disposizione caratterizzanti l'episodio di cura, l'urgenza e soprattutto la durata, non paiono influire in maniera decisiva sulla variazione di stato tra il tempo T0 e il tempo T1, anche se alcune differenze tra i valori attesi e quelli osservati nelle due modalità di durata del trattamento (I=max 30 giorni, P=fino a sei mesi) lasciano aperti spazio per ulteriori indagini.

Conclusioni

L'attività della RTI è iniziata nell'ottobre 2013 e non vi erano precedenti esperienze alle quali fare riferimento pertanto si è dovuto "inventare" un modello di intervento.

La sfida consiste nell'effettuare trattamenti sanitari di alta specializzazione in un contesto residenziale territoriale all'interno di una zona composta da normali abitazioni; questo costituisce un punto di forza e al tempo stesso un

fattore critico. Un punto di forza è rappresentato dall'aspetto normalizzante: l'essere in un contesto non connotato e prossimo alla/nella comunità parmense. D'altra parte manca una connotazione "forte" di istituzione: sia per quanto attiene gli aspetti di contenimento, le forze in campo, la collocazione ecc. La struttura appare anche con i suoi limiti e nelle sue debolezze che sono rappresentate principalmente dalla difficile gestione dei diversi processi gruppali (équipe degli operatori, la rete degli invianti, il gruppo dei pazienti e le loro famiglie) che determinano la qualità del "clima terapeutico" della struttura e dai problemi legati alla "neonatalità" di una nuova struttura, dove per nuovo si intende sia l'aspetto temporale (l'attività è iniziata nel 2013) che l'unicità di questo tipo di struttura nell'area AVEN, per cui, come detto sopra, si è dovuto creare un modello di intervento partendo dalle fondamenta. L'RTI San Polo si sta quindi costruendo una propria identità sia interna, sia come collocazione tra i vari servizi del territorio, la cui formazione non può non richiedere tempo.

Per il momento si può affermare come il modello operativo utilizzato determini un trattamento con risultati di efficacia. Dall'analisi statistica degli strumenti utilizzati emerge essere il trattamento a determinare una situazione clinica migliore. Questo risultato prescinde dalla modalità di ingresso (Urgente-Programmato) e dalla durata dell'episodio di cura; ulteriori approfondimenti potranno essere svolti avendo a disposizione altre variabili (*Residenza vs non Residenza?*) con analisi più approfondite impiegando tecniche di analisi multivariata.

Pertanto quando vi sia una sofferenza che richiede risposte psichiatriche specialistiche non erogabili in ambito territoriale, può essere indicata l'ammissione presso la RTI/P-M che sarà in grado di assicurare osservazione, diagnosi, relazione, trattamenti nell'ambito di un progetto di cura che dovrà trovare continuità nel territorio, limitando la casistica da inviare in ambito ospedaliero.

Bibliografia

M.E. Garralda, Child and adolescent mental health service use: HoNOSCA as an outcome measure, *The British Journal of Psychiatry* 177, 2000, 52-58.

Preti A, Rucci P, Santone G, Picardi A, Miglio R, Bracco R, Norcio B, de Girolamo G, for the PROGRES-Acute group: Patterns of admission to acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med*, 39, 2009, 485-496.

Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, Briskman J: Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry-a prospective study of health gain and costs. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(12), 2007, 1259-1267.

Rif:

Antonella Squarcia
Medico specialista NPI, Resp. UOS RTI/P-M AVEN San Polo, Ausl Parma,
email: asquarcia@ausl.pr.it
cell. 3316712809

Interventi precoci in psicopatologia dell'adolescente

Il lavoro di screening psicodiagnostico in un Pronto Soccorso e nell'Istituto Penale Minorile di Bologna

Mimy Tavormina, Sara Malak, Lorenzo Giamboni, Annamaria Pietrocola

Introduzione

Vi sono contesti della rete dei servizi sanitari e sociali in cui è frequente l'accesso di adolescenti in situazioni di rischio e dove è quindi possibile intercettare in modo tempestivo la presenza di aspetti psicopatologici, parallelamente è noto che è difficile agganciare adolescenti con disturbi psicopatologici e portarli ad intraprendere un percorso di valutazione ed eventuale presa in carico.

L' American Psychological Association nel 2008 affermava, a questo proposito, che la mancanza di servizi appositi che curano la presa in carico ed il passaggio degli adolescenti ai servizi per adulti può avere un impatto negativo sul giovane, i familiari e istituzioni non preparate e scarsamente equipaggiate per assistere, citando fino ad un 70% di interruzione di cure. Secondo Singh (2009) il distacco dai servizi di salute mentale è nella maggior parte dei casi il problema maggiore con adolescenti socialmente isolati ed il più grande rischio di interruzione del trattamento. I più vulnerabili sono quindi a maggior rischio di interruzione delle cure. I giovani sono meno propensi a collaborare con i clinici rispetto al proprio trattamento perchè molti ritengono di non avere una possibilità di esprimere un parere sulle cure che ricevono.

Per questi motivi, da diversi anni sono stati identificati due setting peculiari: un **Pronto Soccorso** e le **Strutture della Giustizia Minorile** (fra cui l'Istituto Penale Minorile), come punti di grande interesse per una attività clinica di valutazione precoce e di eventuale avvio di una presa in carico.

Per quanto riguarda il **Pronto Soccorso** sono numerose, infatti, le ricerche cliniche che s'interessano agli agiti autolesionistici, ai self-cutting, agli incidenti ed ai tentativi di suicidio presso le UO di Medicina d'Urgenza, anche a carico di minori. I lavori di Borges e collaboratori, ad esempio, mettono in evidenza come gli adolescenti non si rivolgano

sempre ai servizi di salute mentale, ma si spostino a lungo da servizio a servizio utilizzando un'escalation di sintomi e di condotte rischiose. Chun TH., Katz ER., Duffy S.J., Ruth S.G. 2015 segnalano un "drammatico aumento dei giovani che si presentano al pronto soccorso per cure psichiatriche"; l'aumento delle visite per problemi di salute mentale è definito una "salita alle stelle" nelle ultime decadi tanto da raggiungere il 25-50% nei setting di pediatria di base e il 5% nei setting di pediatria d'urgenza.

Per queste situazioni gli autori affermano che sarebbe necessaria una appropriata valutazione e trattamento (valutazione del rischio, coinvolgimento della famiglia e di altri adulti di riferimento, strategie di de-escalation, ecc.), ma sfortunatamente la maggioranza dei bambini e degli adolescenti in situazione di crisi psichiatrica non riceve questo tipo di cure. Il Pronto Soccorso diviene quindi un luogo privilegiato per la possibilità di accogliere questi ragazzi e di attuare un primo screening diagnostico.

Per quanto riguarda le **Strutture della Giustizia Minorile** le linee guida internazionali (AACAP 2005) affermano che disturbi mentali ed uso di sostanze sono un problema di salute pubblica rispetto ai giovani ospiti delle strutture della Giustizia Minorile. Per questo è ritenuta necessaria dalle Linee Guida una valutazione diagnostica volta a identificare una eventuale condizione di disturbo primario o in comorbidità. In particolare è sottolineata l'importanza dello screening rispetto a possibili rischi auto lesivi e suicidari.

1. Scopo del lavoro

Scopo di questo lavoro è presentare due modelli di intervento, presso un Pronto Soccorso e l'Istituto Penale Minorile, dove sono stati elaborati dispositivi di valutazione

psicodiagnostica e di possibile presa in carico.

2. Materiale e Metodo

PRONTO SOCCORSO

L'attività dello Sportello Giovani al Pronto Soccorso è operante il sabato e la domenica mattina dalle 5 alle 10. Lo psicologo si trova nell'area del triage dove ascolta e osserva le modalità con cui avviene la richiesta di aiuto del giovane. Successivamente propone un colloquio che mira ad esplorare non solo il sintomo che ha condotto il giovane al PS, ma anche il contesto affettivo nel quale vive. Vengono esplorate le attività che il giovane svolge, i progetti, le relazioni con i pari e la famiglia, valutando le sue risorse psichiche e il suo livello di angoscia/depressione. Alla fine del primo colloquio, lo psicologo propone all'adolescente di ritornare al PS qualche giorno dopo, per permettergli di parlare dei suoi vissuti in un momento in cui non si trova più in una fase traumatica acuta, ma il ricordo dell'accaduto è ancora ben presente nella sua memoria. In base alla specificità della situazione clinica, gli adolescenti ritornano al PS per un massimo di cinque incontri. In alcuni casi, alcuni adolescenti chiedono di continuare i colloqui psicologici; nei casi di minori con disturbo psicopatologico conclamato, vengono attivati i Servizi competenti.

STRUTTURE DELLA GIUSTIZIA MINORILE

A seguito del passaggio delle competenze sanitarie previsto nel DPCM 1/4/2008, dal 2009 la NPIA di Bologna è competente per gli interventi di salute mentale nei servizi residenziali della Giustizia Minorile:

- Centro Prima Accoglienza (CPA), che accoglie minorenni arrestati in flagranza di reato;
- Comunità Pubblica Minori (CPM), che accoglie minorenni collocati con provvedimento giudiziario;
- Istituto Penale Minorile (IPM), che accoglie soggetti minorenni e adulti fino a 25 anni in regime di custodia cautelare o in detenzione.

Il primo intervento psicologico consiste nella valutazione in ingresso del minore nelle strutture sopraccitate, al fine di rilevare la presenza del rischio etero/autolesivo e anticonservativo, e di eventuali elementi di significatività clinica, psicopatologica o criticità nell'adattamento.

L'accordo attuato fra Regione Emilia Romagna e Centro per la Giustizia Minorile per L'Emilia-Romagna (GPG/2013/1820) prevede che solo in tali situazioni viene attivata la presa in carico psicologica e la consulenza specialistica psichiatrica.

Per ogni ragazzo è prevista la somministrazione della

scala di autovalutazione del comportamento "Youth Self Report" di Achenbach (YSR) e l'attuazione di un colloquio strutturato che analizza l'eventuale presenza pregressa di agiti auto lesivi o problematiche psicopatologiche, lo stato psicologico attuale con attenzione ad aspetti sintomatologici quali: disturbo del sonno e/o dell'alimentazione, eventuale presenza di umore depresso, elementi evidenti di impulsività, di chiusura relazionale o di ansia e esplicite dichiarazioni di ideazione auto lesiva.

Al personale educativo ed al personale del servizio sociale vengono infine richieste notizie in merito alla situazione familiare, ai dati anamnestici di sviluppo (percorso scolastico, socializzazione, ecc.) ed alla eventuale precedente presa in carico da parte di servizi sanitari (eventuali ricoveri di tipo psichiatrico, prescrizione di terapia psico-farmacologica, ecc.).

3. Risultati

PRONTO SOCCORSO

Gli adolescenti incontrati nel periodo da ottobre 2011 a ottobre 2012, nella fascia oraria che va dalle ore 5 alle ore 10 del mattino, sono 170, di questi 137 hanno accettato di partecipare al colloquio psicologico. La maggior parte dei ragazzi incontrati è di genere maschile (65%) e si trova nella fascia 18-22 anni (35%). Il 39% dei pazienti si presenta due volte al PS e il 25% tre o più volte.

I giovani giungono al PS principalmente per abuso etilico (43%), incidenti stradali (37%) e traumi da rissa (36%). Analizzando la descrizione dell'incidente emerge che, nel 70% dei casi, la causa dell'accaduto non viene attribuita alla responsabilità personale dei pazienti, ma bensì a delle coincidenze esterne sfortunate. Quindi, ad esempio, non sono i giovani ad aver bevuto o ad aver fatto uso di sostanze, ma qualcun'altro ha messo a loro insaputa qualcosa nel bicchiere. Oppure, rispetto ad un incidente stradale, i ragazzi si descrivono come conducenti prudenti: l'incidente avviene perché, ad esempio, la ruota della macchina si è rotta o il segnale stradale di pericolo non era ben evidente. Dall'analisi dei dati anamnestici emerge che molti pazienti hanno vissuto esperienze di separazione (56%) e di lutto (12%).

L'analisi statistica con test di Fisher ha consentito di rilevare come il meccanismo psicologico descritto di "attribuzione causale esterna" del motivo che porta al Pronto Soccorso sia collegata ad una difficoltà ad accettare i colloqui; al contempo emerge - sempre dall'analisi statistica - che chi, invece, aderisce ai colloqui, ha meno accessi successivi al PS, indicando così una possibile funzione protettiva di questo tipo di intervento.

Nel gruppo dei pazienti di età minore di 18 anni, l'analisi statistica rivela che chi inizia i colloqui li prosegue in maniera statisticamente significativa. Emerge inoltre come significativa la presenza di un genitore deceduto e questo dato, a sua volta, si correla con sentimenti di tristezza ed uso di superalcolici.

I minori con elementi psicopatologici che richiedevano un prolungamento della presa in carico sono stati inviati al servizio specialistico dell'Area NPIA.

STRUTTURE DELLA GIUSTIZIA MINORILE

Dal 2009 al 2011 sono stati valutati 190 ragazzi: il 12% ha presentato un punteggio clinico alla scala YSR che ha portato ad approfondimento di valutazione e a eventuale presa in carico; frequenti le situazioni familiari problematiche (57.9%) e l'assenza di un percorso formativo/lavorativo (42,1%).

Nel 2015 sono stati valutati complessivamente 153 utenti, attraverso colloquio clinico e gli strumenti psicometrici descritti.

Nel corso dell'anno, per 20 ragazzi si è ritenuta necessaria una valutazione e presa in carico psichiatrica a cura del medico NPI, prevalentemente per aspetti depressivi, disturbi del sonno e discontrollo degli impulsi.

Al momento dell'uscita dalle strutture, per i casi in carico può essere prevista la continuità dell'intervento psicologico, fino all'eventuale passaggio al Servizio di competenza territoriale.

All'interno dell'IPM, unitamente a tali attività cliniche si svolgono dal 2015 cicli di incontri di gruppo finalizzati alla promozione della salute. Tali incontri coinvolgono i professionisti operanti all'interno dell'IPM (psicologhe, medico, infermiera, medico del SerT) e operatori sanitari esterni esperti negli interventi di prevenzione e promozione della salute sul territorio ("Spazio Giovani" e operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica). Nel 2015 sono stati coinvolti 48 ragazzi presenti in IPM, di cui solo 4 non hanno mai partecipato ad alcun incontro.

Di fatto, i Gruppi di Promozione della Salute sono declinazioni dell'attività clinica rivolta agli ospiti dell'IPM che - unita alla valutazione in ingresso, alla possibilità di approfondimento e alla presa in carico - garantisce la tutela della salute psichica dei ristretti e un costante monitoraggio dell'intera popolazione dei detenuti in Istituto.

4. Conclusioni

La possibilità di organizzare dispositivi di valutazione psicodiagnostica in contesti come il Pronto Soccorso e le Strutture della Giustizia Minorile consente di intercettare

diversi casi di adolescenti che, altrimenti, sarebbe stato difficile avvicinare a servizi sanitari di salute mentale. I dati presentati mostrano, infatti, che in entrambi i setting vengono rilevate percentuali che superano il 10% di elementi sintomatologici collegabili ad una sofferenza o ad una condizione di tipo psicopatologico. L'analisi statistica mostra come l'intervento all'interno del Pronto Soccorso può ridurre il rischio di ripetizione di incidenti e fungere, all'interno di un lavoro di rete e collegamento fra Servizi, da triage ed invio a servizi specialistici per i pazienti con aspetti psicopatologici di maggior rilievo. Inoltre, per quanto riguarda l'attività di valutazione psicologica di screening all'interno delle Strutture della Giustizia Minorile, si è evidenziato come, oltre a fungere da elemento di rilevazione e prevenzione per gli aspetti autolesivi, essa consenta l'avvio di percorsi individuali di approfondimento e sostegno.

Infine un aspetto interessante di entrambi i modelli presentati è la possibilità di intervenire con una presa in carico breve costituita da un modulo prestabilito di colloqui, riservando un intervento più consistente solo nei casi che, dopo questo primo trattamento, presentassero ancora necessità cliniche.

Bibliografia

- APA (American Psychological Association) Public Interest Government Relations Office, Transition Youth with serious mental illness, 2008.
- Borges G., Rovosky H., Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample; J Stud Alcohol, 1996 Sep; 57(5): 543-8.
- Borges G, Cherpitel CJ, Medina-Mora ME, et al., Violence related injuries in the emergency room: alcohol, depression, and conduct problems. Subst Use Misuse, 2004;39:911-30.
- Singh P., Transition of care from child to adult mental health services: the great divide, Current Opinion in Psychiatry 2009.
- Chun TH., Katz ER., Duffy S.J., Ruth S.G., Challenges of Managing Pediatric Mental Health Crises in the Emergency Department Child and Adolescent *Psychiatric* Clinics of North America, 24 (2015) 21-40.
- AACAP, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Youth in Juvenile Detention and Correctional Facilities, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2005;44(10):1085-1098.
- D.P.C.M. 1 aprile 2008, Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.
- DGR 307/2016, Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia Romagna e il Centro per la Giustizia Minorile per l'Emilia Romagna.

Rif:

Mimy Tavormina

Psicologa, Unità Operativa di Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva, Area NPIA, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Bologna

tel: 051 6478305

e-mail: m.tavormina@ausl.bologna.it

Servizio per Disturbi del Comportamento Alimentare

L'esperienza di Cesena

Franco Mazzini, Luigi Gualtieri

*“Quello che è cibo per un uomo, è veleno per un altro”
(Lucrezio)*

Premessa

Nell'arco del primo anno di vita il peso corporeo di un essere umano si triplica e al tempo della pubertà è circa venti volte rispetto a quello della nascita. In questo periodo si avvia la distinzione fra sé e altro da sé, si costruiscono gli stili d'attaccamento e di relazione, si disegnano lo schema corporeo e l'immagine mentale del corpo. Inoltre emergono il linguaggio e il pensiero simbolico, si fondano e si sviluppano le capacità di regolazione degli stati emotivi e le strategie di organizzazione delle risposte comportamentali.

In tutto questo, l'alimentazione svolge una funzione vitale. Un bambino su quattro ha problemi con il cibo, eppure le difficoltà alimentari in età pediatrica rappresentano ancora un capitolo oscuro e frammentario, in campo sia medico che psicologico.

Anoressie, bulimie e obesità sono condizioni largamente studiate in adolescenti e adulti mentre in età evolutiva costituiscono un territorio la cui mappa è ancora confusa e per il quale coesistono nomenclature e classificazioni molto diverse.

1. Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) comprendono l'Anoressia nervosa (prevalenza nella fascia d'età 14-25: 0,2-0,9% con un rapporto maschi/femmine 1:9), la Bulimia nervosa (0,5-1,5%), il Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato (DCA-NAS::3.7-6.4%) e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (1% della popolazione generale).

Questi disturbi psicopatologici, sia per dimensione del fenomeno che per gravità dello stato morboso, determinano rilevanti problemi assistenziali e richiedono un'attenta gestione integrata e multidisciplinare.

Occorre innanzitutto comprendere e sottolineare che i DCA hanno origini multifattoriali e nascono come patologia psichiatrica con importanti implicazioni organiche.

In età evolutiva e in adolescenza l'intervento sui questi disturbi ha caratteristiche peculiari rispetto all'età adulta.

Appare pertanto necessario:

- differenziare gli interventi diagnostici e terapeutici in relazione alla fase evolutiva e allo stadio del disturbo;
- considerare che i DCA nell'infanzia e nell'adolescenza presentano caratteristiche cliniche e sintomatologiche specifiche e diverse rispetto ai quadri individuati dalle classificazioni internazionali per l'età adulta;
- sostenere il lavoro con la famiglia come nucleo centrale dell'intervento in particolar modo per le fasce di età più giovani;
- pianificare sia una specifica attenzione alla prevenzione su popolazioni selezionate che alla diagnosi precoce in età infantile.

2. La gestione dei DCA 0-18 anni a Cesena

Come indicato dalle più importanti Linee Guida Internazionali il modello di cura attivato a Cesena è l'approccio di team multidisciplinare. Il team, sia in fase diagnostica che per qualsiasi setting di cura, è costituito da specialisti di area neuropsichiatrica/psicologica e pediatrico-nutrizionale con specifiche competenze in DCA dell'età evolutiva. La formazione continua e condivisa è garanzia dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi oltre che della crescita professionale del gruppo di lavoro. I livelli di terapia utili (ambulatorio, day hospital, ricovero ospedaliero, semiresidenziale, residenziale) sono individuati in base al grado di gravità clinica individuale e familiare del caso.

Negli ultimi anni, in concordanza con i dati di letteratura, i

diversi servizi che prestano assistenza a questa fascia di età hanno registrato un continuo aumento di casi di DCA ed una progressiva complessità delle situazioni patologiche affrontate. La comorbidità con altri quadri psicopatologici appare sempre più frequente, incidendo fortemente sulla prognosi a lungo termine e sulla durata del percorso terapeutico proposto.

Nell'ambito di Cesena il gruppo di lavoro rivolto ai DCA dell'età 0-18 anni comprende quattro psicologhe (con ore dedicate), quattro NPI, un pediatra, una psicometrista, una dietista e un coordinatore di équipe curante. Ogni professionista dedica una parte del proprio impegno orario settimanale alla gestione di questi pazienti.

Le finalità perseguite dal gruppo di lavoro sono le seguenti:

- la diagnosi del DCA e la definizione di un piano di trattamento personalizzato, in attuazione delle procedure e dei protocolli di riferimento concordati e documentabili;
- l'erogazione di prestazioni appropriate in un'ottica interdisciplinare, assicurando l'unitarietà e la continuità degli interventi, con un uso razionale delle risorse;
- la collaborazione con le strutture sanitarie regionali di 3° livello accreditate;
- la promozione della conoscenza dei DCA, con la attivazione dei progetti formativi rivolti ai MMG, ai PLS ed agli insegnanti per favorire una capacità di rilievo tempestivo del problema;
- la costruzione di percorsi assistenziali in continuità con il reparto ospedaliero di Pediatria;
- la verifica ed il monitoraggio degli interventi sia in termini quantitativi che qualitativi;
- la riduzione della mobilità passiva per i DCA e dei ricoveri in strutture extraziendali.

2.1 Trattamento ambulatoriale

Il trattamento ambulatoriale rappresenta il contesto terapeutico di elezione per la maggior parte dei casi. In questo ambito si realizza un progetto di cura integrato, alla cui definizione contribuiscono tutti i membri del team DCA e che viene concordato dal responsabile del caso con la famiglia. L'accesso al percorso assistenziale generalmente viene suggerito dai MMG/PLS, dai Pediatri dell'UO Pediatria ospedaliera, o dai Servizi aziendali dedicati agli Adolescenti. I genitori contattano il Servizio di triage di accesso della NPJA e ricevono i riferimenti per l'appuntamento con il pediatra che gestisce l'ambulatorio per adolescenti e con lo psicologo del Team DCA. L'assessment successivo (valutazione internistico-nutrizionale - inquadramento psicopatologico) ed il progetto terapeutico sono

discussi e definiti all'interno del Team di progetto.

Il **programma terapeutico internistico-nutrizionale** si svolge attraverso incontri a diversa cadenza in rapporto alla gravità della malattia, in occasione dei quali viene effettuata, ogni volta, una nuova valutazione clinica e nutrizionale. Viene mantenuto un attento focus sul riconoscimento dei sintomi fisici, in collegamento ai comportamenti, sulla conoscenza dei rischi di tali comportamenti da parte del soggetto e della sua famiglia.

Inoltre, in ogni seduta si provvede a valutare lo stato nutrizionale e controllare il peso, discutere le difficoltà incontrate nell'incontro precedente, leggere e commentare il diario psicoemozionale rispetto al cibo, effettuare un controllo clinico, prescrivere, se necessari, approfondimenti laboratoristici e/o strumentali. La riabilitazione nutrizionale ambulatoriale, dopo le prime fasi, a giudizio del pediatra, può essere proseguita in collaborazione con le dietiste del Servizio di Dietologia ospedaliero.

Per quanto riguarda **l'approccio psicologico ambulatoriale**, il focus varia in relazione con l'età del paziente ed è mirato alla comprensione del significato dei sintomi presentati, in relazione alla storia di sviluppo del bambino/adolescente ed alla storia evolutiva della famiglia. Viene proposto un percorso psicologico individuale con incontri settimanali o quindicinali. Nel paziente prepubere o adolescente la terapia è orientata a favorire la ripresa del percorso evolutivo e a rendere possibili soluzioni maturative dei conflitti di autonomia e dipendenza che possono aver caratterizzato l'insorgere del disturbo. In età evolutiva è essenziale che al trattamento del ragazzo sia affiancato un counselling dei genitori o una terapia più strutturata della famiglia, in considerazione della natura dei conflitti sottostanti la patologia, ma anche delle profonde ripercussioni sulle dinamiche all'interno del nucleo familiare.

Per un ulteriore approfondimento diagnostico e per la pianificazione del trattamento, compresa l'eventuale prescrizione farmacologica, può essere attivata una valutazione neuropsichiatrica. La concomitanza di un disturbo dell'umore senza una chiara connessione con il disturbo alimentare o la presenza di una sintomatologia ossessiva o depressiva in chiara relazione con il disturbo alimentare, ma che renda il soggetto poco capace di intraprendere una psicoterapia, sono indicazioni forti per la proposta farmacologica.

2.2 Ricovero ospedaliero

In accordo con i colleghi dell'UO di Pediatria Ospedaliera il Team DCA territoriale può predisporre il ricovero nella stanza dello stesso reparto dedicata agli adolescenti.

La tabella 1 riassume le principali condizioni che, da sole o combinate, possono rendere necessario un ricovero.

Tab. 1 Condizioni indicate per il ricovero – Regione Emilia-Romagna 2014

Grave e rapida perdita di peso (BMI < 16 o peso <75% del peso ideale)
Complicanze metaboliche, cardiovascolari, neurologiche, ematologiche, renali
Frequenza molto elevata di crisi bulimiche, vomito, uso improprio di farmaci
Multipulsività, comportamenti autoaggressivi, intenzioni e progetti di suicidio
Motivazione e collaborazione molto scarse
Elevata comorbidità psichiatrica
Mancanza di un supporto familiare adeguato, elevata conflittualità e impossibilità a vivere da soli
Necessità di controllare una grave coazione all'esercizio fisico
Necessità di alimentazione naso-gastrica o parenterale
Lunga durata di malattia e fallimento dei precedenti trattamenti

Durante il periodo di degenza i professionisti del team DCA che seguono il caso accedono al reparto, collaborano con i colleghi ospedalieri e mantengono i contatti con la famiglia e l'adolescente. Al termine del periodo di ricovero viene riattivato il trattamento ambulatoriale territoriale.

In casi di particolare gravità e rischio di vita può essere considerato il ricovero presso una delle strutture di 3° livello di riferimento (a Bologna il reparto NPIA del S. Orsola, a Rimini il reparto NPIA dell'Ospedale degli Infermi); viene prodotta una relazione per l'invio e sono mantenuti successivamente i contatti con i colleghi della struttura specializzata. In queste strutture gli interventi internistico/nutrizionali e psicologico/psichiatrici/riabilitativi avranno caratteristiche differenti in base alla compromissione dello stato di salute, alla diagnosi psichiatrica, all'età del paziente e devono necessariamente tenere conto delle caratteristiche della famiglia. Particolare attenzione da parte del personale sanitario viene dedicata alla gestione dell'iperattività, degli eventuali episodi di autolesionismo e di condotte purgative, della somministrazione della terapia farmacologica e delle visite dei familiari. Nei casi più gravi, dove manca generalmente anche la consapevolezza della malattia e quindi è del tutto assente la motivazione al cambiamento, si imposta un programma di ri-alimentazione in forma mista, mantenendo, se possibile, un introito alimentare spontaneo ed intervenendo contestualmente con una nutrizione artificiale parziale per via enterale con sonda naso-gastrica. In casi particolarmente gravi la nutrizione artificiale può essere totale, almeno nelle fasi iniziali. In entrambe le situazioni si lavora costantemente sulla motivazione al cambiamento e, superata la fase critica, si imposta un programma di riabilitazione psico-nutrizionale.

2.3 Ricovero in strutture extra-ospedaliere

Le strutture extra-ospedaliere residenziali prevedono un team interamente dedicato alla cura dei casi che necessitano di un approccio psicoterapico e di riabilitazione nutrizionale particolarmente strutturato. In questi ambiti è garantita una sorveglianza continuativa ed un supporto medico specifico ed intensivo (a Parma, Villa Maria Luigia, a Bologna la Residenza Gruber, a Salsomaggiore la Residenza In volo – tutte in convenzione con la Regione). Il team DCA prende contatto con i referenti della struttura specialistica ed anche in questo caso invia una relazione di ricovero e mantiene contatti professionali con i colleghi che gestiscono il ricovero. Accoglie il caso dopo la dimissione.

3. Attività 2015

Nel corso del 2015 il team DCA di Cesena ha avuto in cura 54 ragazzi con problematiche di DCA con questa distribuzione nosografica: 25 DCA atipico, 21 Anoressia Nervosa (AN), 8 Bulimia Nervosa (BN)/Binge eating disorder (BED). I casi incidenti sono stati 39 (18 DCA atipico, 16 AN, 5 BN//BED), rappresentando il 72% del totale, a testimoniare l'alto numero di nuove prese in carico territoriale. In questo periodo di tempo i ragazzi ricoverati sono stati 7, di cui: 3 adolescenti anoressiche sono state ospedalizzate presso il reparto di NPI del Policlinico Sant'Orsola di Bologna per grave scadimento delle condizioni psico-fisiche, 2 ragazze con comportamenti bulimici e vomito compensatorio sono state indirizzate verso la Residenza Gruber di Bologna per la riabilitazione psico-nutrizionale. Una di esse in considerazione della compromissione delle condizioni psichiche e della precarietà della situazione familiare, è stata inviata presso la struttura DCA di Todi (Palazzo Francisci) e l'ultima, appena diciottenne, per un accesso urgente in Pronto Soccorso, presso il reparto di SPDC dell'ospedale di Cesena. Raggiunta la stabilizzazione del quadro clinico (dopo una degenza compresa tra i 20 ed i 210 giorni) i ragazzi sono stati dimessi e nuovamente integrati nel progetto terapeutico territoriale, ad eccezione di due casi ora seguiti dall'équipe adulti, poichè maggiorenni.

Sono stati inviati all'équipe DCA adulti altri 5 adolescenti che hanno raggiunto la maggior età (attivando un programma di transizione codificato), si è verificato un drop-out (per non condivisione del progetto e delle strategie terapeutiche offerte) ed hanno completato il percorso di cura 28 ragazzi. I restanti casi sono ancora in carico al servizio territoriale.

Il percorso terapeutico ha ottenuto un esito favorevole ed in tempi contenuti in contesti clinici caratterizzati da maggior consapevolezza e collaborazione del nucleo familiare e con-

notati dalla forte e coerente integrazione dell'équipe curante. La comorbilità psichiatrica è un elemento che condiziona fortemente la durata e la prognosi del progetto di cura.

È da sottolineare l'aumento di accessi maschili per DCA (6 casi, pari all'11% del totale) ed i primi due casi di DCA in ragazze di nazionalità non italiana.

Nel 2014, pur con una casistica territoriale sovrapponibile erano stati ricoverati 4 adolescenti, a rimarcare la progressiva gravità della casistica che si sta proponendo al nostro servizio.

Conclusioni

Oltre alla disamina del percorso clinico ed assistenziale, di fronte ad un problema clinico così complicato che ci esorta ad implementare una rete assistenziale altrettanto complessa e qualificata, non possiamo non porci il problema di come intervenire da un punto di vista precoce. L'attività di prevenzione dei disturbi alimentari in adolescenza deve essere rivolta soprattutto ai fattori generali di rischio e di protezione e alle loro interazioni. La tabella sottostante riassume alcuni fattori verso i quali si sono più indirizzati gli studi di prevenzione.

Per quanto riguarda i fattori di rischio, si pone spesso il problema di distinguerli dai sintomi iniziali di malattia. Le diete a cui molte adolescenti si sottopongono senza indicazioni mediche sono considerate un fattore di rischio ma, in alcuni casi, dovrebbero essere già interpretate come un sintomo prodromico, che annuncia l'ingresso nella patologia.

Possiamo riassumere le domande alle quali non riusciamo ancora a rispondere:

- quali caratteristiche individuali devono essere presenti e con quali fattori di rischio biologici, variabili familiari e fattori socio-culturali devono interagire per portare allo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione chiaramente definito?
- come varia l'importanza di queste molteplici influenze in stadi differenti dello sviluppo?

In definitiva possiamo considerare utili e qualitativi gli interventi sul contesto, oltre che sui soggetti e sulle/con le famiglie, che abbiano le seguenti caratteristiche:

- programmi fondati sull'interazione e la partecipazione che tengano gran conto del ruolo del gruppo e dei suoi leader (animazioni, role-playing, peer education);
- azioni dirette a sviluppare le capacità sociali e, insieme, la resistenza critica agli stereotipi culturali;
- attenzione alle dinamiche di gruppo;
- riconoscimento delle differenze individuali: i tempi dello sviluppo cognitivo e affettivo e le tappe della costruzione dell'identità personale variano molto, da un soggetto all'altro, anche all'interno di una fascia d'età ristretta;
- iniziative territoriali rivolte a popolazione selezionate ed a maggiore rischio psico-sociale

Tab. 2 Fattori di rischio per DCA (Massimo Cuzzolaro, 2014)

Fattori di rischio specifici	Fattori di rischio non-specifici	Fattori di protezione
Comportamenti alimentari caotici	Cattiva salute	Stile di vita sano
Esperienze dolorose di decisione legate al peso e all'aspetto fisico	Mancanza di sostegno familiare e sociale	Buona stima complessiva e di se
Preoccupazioni eccessive per il peso e le forme del corpo	Difficoltà nei rapporti sociali e sessuali	Buone capacità rapporti sociali e sessuali
Spinta mediatica alla magrezza	Aumento delle prestazioni richiesta	Pensiero critico e capacità di analisi delle pressioni mediatiche
Esperienze precoci di abuso	Scarsa capacità di affrontare le situazioni difficili e di gestire le emozioni	Buone capacità di affrontare le situazioni difficili e di gestire le emozioni

Bibliografia

American Psychiatric Association – Practice guideline for the treatment of patients with Eating Disorders Third Edition – June 2006.

National Institute for Health and Care Excellence - Eating Disorders Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders - 2004. Clinical Guideline 9 January 2004.

Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare. Dossier 240-2014.

Azienda USL di Cesena. Procedura aziendale Assistenza ai disordini del comportamento alimentare (in corso di codifica).

Massimo Cuzzolaro, Anoressie e bulimie, Il Mulino, 2004, pp. 72-74.

Rif:

Franco Mazzini

Pediatra adolescentologo, AUSL della Romagna, sede Cesena

email: franco.mazzini@auslromagna.it

tel. 0547.394240

Incontrare il disagio. Interventi precoci per la salute mentale all'interno degli istituti penitenziari

L'esperienza di Parma

Paolo Volta, Maria Inglese, Carmen Cimmino,
Eva Lundgren, Ursula Zambelli, Ilaria De Amicis,
Germana Verdoliva

*...oggi il carcere, paradossalmente,
diventa il luogo della "presa in carico"
di tanti che sono rimasti fuori da altri tipi di interventi
sanitari e/o sociali..."*
(P. Buffa, 2015)

Premessa

Il lavoro intende proporre una nuova declinazione del Servizio Nuovi Giunti e dello Screening sul Rischio Suicidario, da tempo attivi negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna, proponendo un modello di psichiatria comunitaria e di presa in carico individualizzata multiprofessionale. L'articolo presenta i dati della valutazione su tutti i nuovi giunti entrati nel periodo da luglio a novembre 2015 negli II.PP. di Parma, gli interventi di screening all'ingresso dei detenuti e il relativo invio al servizio interno per le tossicodipendenze e/o all'équipe psichiatrica.

1. Introduzione

Il 2015 è stato un anno importante per il "pianeta carcere". Sono passati quarant'anni dall'introduzione dell'ordinamento penitenziario (Legge 354 del 26 luglio 1975) e della legge sulla "Prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di Tossicodipendenza" (Legge n. 685 del 22 dicembre 1975); il 2015 ha visto il Parlamento italiano impegnato nell'approvazione di un disegno di legge di modifica al codice penale e al codice di procedura penale; il Ministro della Giustizia Orlando ha licenziato le relazioni di medio termine dei 18 Tavoli che compongono gli Stati Generali dell'esecuzione penale (tavoli nei quali si è cercato di promuovere il confronto e l'elaborazione di proposte per un reale incontro tra la cultura della sicurezza e la cultura della convivenza); e infine il 2015 è l'anno della chiusura degli OPG, con la "riconsegna" delle persone affette da

grave patologia mentale autori di reato e non imputabili ai servizi psichiatrici di appartenenza.

Dall'introduzione del DPCM del 1 aprile 2008 la salute nelle carceri non dipende più dall'amministrazione penitenziaria bensì è direttamente gestita e "amministrata" dalle Aziende Sanitarie Locali. Nel testo "si afferma il principio per il quale i detenuti hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza al pari dei cittadini in stato di libertà", quindi la tutela della salute delle persone ristrette rappresenta un diritto universalmente riconosciuto ed esigibile in carcere, tanto quanto nei contesti di cura "esterni". A livello regionale il DPCM è stato declinato nella delibera della Giunta Regionale del 2009 sulla organizzazione delle funzioni sanitarie e nella costituzione del Programma Regionale per la Salute negli II.PP. Occorre ricordare inoltre i protocolli di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (2011 e 2014) e, più nello specifico, la Circolare n. 15 del 2012 su "Il percorso clinico assistenziale delle persone detenute" e le Linee Guida del 2014 sulla prevenzione del rischio suicidario in carcere, confluite nel "Protocollo Operativo Locale di Prevenzione del rischio autolesivo e suicidario" (2015) condiviso dall'Amministrazione Penitenziaria e dall'Azienda Sanitaria Locale di Parma.

La riorganizzazione del servizio psichiatrico interno negli II.PP. ha promosso una presa in carico del detenuto con problematiche psichiatriche e di dipendenza patologica che molto si avvicina, pur mantenendo specificità proprie,

alla presa in carico multiprofessionale delle équipes territoriali dei servizi del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Tossicodipendenze (DAISM-DP) di Parma. Tali specificità risentono dei condizionamenti e delle limitazioni legate all'ambiente di reclusione, delle scarse possibilità di trasferimento in ambiente specialistico dei pazienti in fase di scompenso acuto, della "psichiatrizzazione" e medicalizzazione di ogni aspetto di disagio, dell'allarmistica attivazione delle figure sanitarie sui comportamenti dei detenuti ed infine della maggiore incidenza di agiti autolesivi e forme di protesta che richiedono interventi coordinati dell'area sanitaria, trattamentale e custodiale.

L'assistenza sanitaria e psichiatrica in carcere rappresenta un tema di forte dibattito interno alle istituzioni coinvolte: la Regione Emilia-Romagna, insieme al Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, ha firmato nel luglio 2014 un protocollo di intesa dove si parla di "leale collaborazione interistituzionale", una formula che sembra voler superare la storica contrapposizione e delega sulle competenze e professionalità da mettere in campo, così come la reciproca diffidenza tra due istituzioni entrambe forti. Tale "collaborazione" si declina localmente nel Protocollo che vede le tre aree, sanitaria, trattamentale e custodiale, collaborare sulla prevenzione del rischio autolesivo e suicidario.

2. Descrizione

Negli II.PP. di Parma è attiva una UO Salute Mentale e Tossicodipendenze che prevede due équipes nelle quali sono rappresentate tutte le figure professionali che operano in un servizio territoriale. Nell'équipe psichiatrica troviamo (come in un Centro di salute mentale) psichiatre, psicologhe, una educatrice professionale e una infermiera; nel NART (Nucleo Assistenza e Riabilitazione Tossicodipendenti) si trovano un medico tossicologo, una infermiera, psicologhe ed educatori.

Gli ambiti di intervento della UO Salute Mentale e Tossicodipendenza nel carcere di Parma sono quattro: la gestione del paziente con disagio psichico e lo screening sui Nuovi Giunti (NG); la gestione del paziente con disturbo psichiatrico; la gestione del paziente tossicodipendente; la prevenzione del rischio suicidario. Tali ambiti di intervento prevedono la collaborazione e la comunicazione tra il servizio di assistenza primaria e l'UO, grazie anche alla condivisione della cartella clinica informatizzata (SISP).

In questo lavoro ci concentriamo sullo screening Nuovi Giunti-Disagio Psichico e sulla ricaduta nella prevenzione del rischio suicidario presentando i dati raccolti sul totale

della popolazione detenuta entrata nel nostro istituto tra luglio e novembre 2015.

La valutazione sui NG (persone provenienti dalla libertà, da altro istituto o rientrate in carcere dalla detenzione domiciliare o da un affidamento in comunità) è effettuata dalle psicologhe dell'équipe psichiatrica e prevede più colloqui esplorativi e di osservazione. La psicologa valuta lo stato psicologico del soggetto e compie una valutazione del rischio suicidario, raccoglie dati anamnestici, recenti eventi di vita stressanti, dati sull'ambiente familiare e sociale, ed elabora infine un'ipotesi di disturbi psichiatrici precedenti la carcerazione o attuale.

La presa in carico psicologica sui NG si esaurisce in due mesi; al termine di questo periodo essa può concludersi; prevedere una segnalazione ed un invio all'équipe psichiatrica o all'équipe NART per una eventuale presa in carico o per un supporto sul "disagio psichico"; o produrre una segnalazione all'Area Trattamentale del carcere.

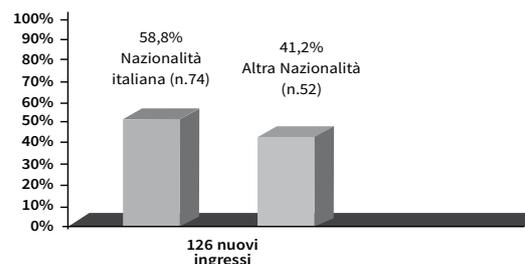
Nella presa in carico del disagio psichico si prevede un percorso di supporto psicologico da parte delle psicologhe nei pazienti che manifestano un disagio con un livello di sofferenza psicologica importante. Questo tipo di intervento è ritenuto utile per prevenire nel soggetto gesti autolesivi, favorirne l'adattamento al regime carcerario e permettere interventi integrati che coinvolgano l'intera area sanitaria.

3. Valutazione dei risultati

Da luglio a novembre 2015 ci sono stati 126 ingressi negli II.PP. di Parma.

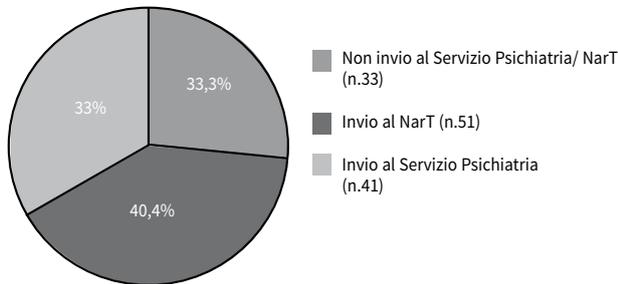
Le psicologhe del percorso NG incontrano tutti i detenuti in ingresso per effettuare lo screening sul rischio suicidario (ricordiamo che il rischio è maggiore nei primi giorni dall'ingresso in carcere, che i pazienti con patologie psichiatriche e/o tossico-alcooldipendenza sono maggiormente a rischio, così come i soggetti condannati per reati violenti) e operano da filtro rispetto all'invio alle due équipes (psichiatrica e NART); inoltre attivano il percorso sul "disagio psicologico".

Tab. 1 Nuovi ingressi in Carcere luglio-novembre 2015



Le richieste di invio al Servizio NART/Psichiatria su questi nuovi ingressi sono state (tab. n. 2):

Tab. 2 Richieste invio al NART/Psichiatria rispetto ai nuovi ingressi

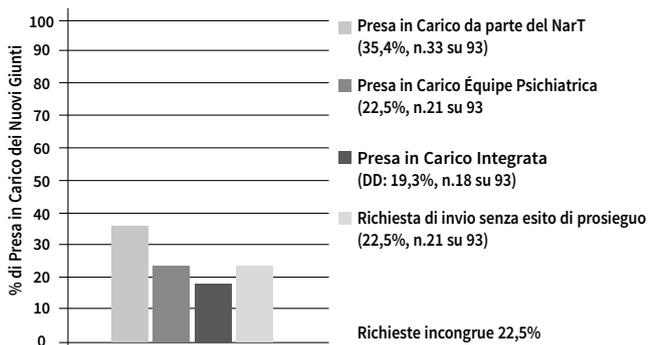


- NART: 40.4% (51 su 126)
- Équipe Psichiatria: 33.3% (42 su 126)
- In totale 93 ingressi su 126 (pari al 73.8%), dopo aver seguito il percorso NG sono comunque stati inviati al Servizio.

Di questi 93 nuovi ingressi le richieste hanno avuto questo esito (Tab. n. 3)

- Nuove prese in carico da parte del NART: 35,4% (33 nuovi ingressi su 93)
- Nuove prese in carico Équipe Psichiatria: 22,5% (21 nuovi ingressi su 93)
- Nuove prese in carico NART/Équipe Psichiatria (Doppia Diagnosi): 19,3% (18 nuovi ingressi su 93)
- Il 22,5% (21 nuovi ingressi su 93) non sono stati presi in carico; spesso sono gli “invii impropri” o richieste di vista psichiatrica “improprie”.

Tab. 3 Nuovi ingressi in Carcere luglio-novembre 2015

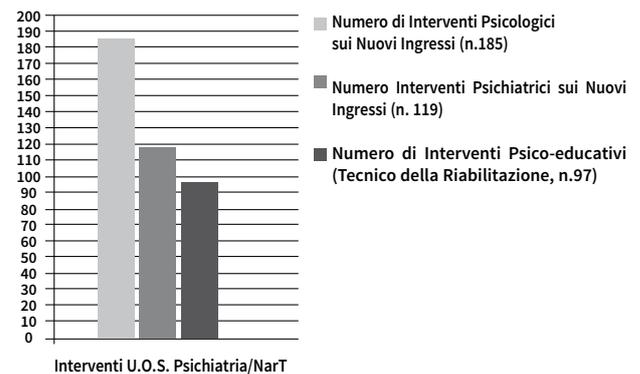


Sul totale di 93 pazienti inviati all'UO ben 72 sono stati presi in carico da una o da entrambe le équipes; 19 su 72 erano già conosciuti e/o seguiti da un Sert territoriale (di questi, due erano in carico anche ad un CSM), mentre solo un paziente era già seguito da un CSM esterno.

Il numero di interventi psicologici eseguiti sui nuovi ingressi sono stati in totale 185 e comprendono colloqui, anche congiunti, con altre figure professionali dell'équipe e rela-

zioni. Il numero di interventi psichiatrici eseguiti sui nuovi ingressi sono stati un totale di 119, tra visite psichiatriche, interventi congiunti e relazioni. Il numero di interventi psico-educativi da parte del tecnico della riabilitazione eseguiti sui nuovi ingressi sono stati in totale 97 (tab. n. 4). Dalla lettura dei dati raccolti emerge quanto sia rappresentata la sofferenza psicologica nei soggetti che entrano in carcere. Tale dato è confermato anche dal numero di pazienti in carico alle due équipes (122 per l'équipe NART e 125 per l'équipe psichiatrica al 31 dicembre 2015) e dal totale di interventi effettuati in carcere (1351 visite psichiatriche e 1096 colloqui psicologici nel 2015, secondo il *“Report delle attività sanitarie, costi e personale della Sanità Penitenziaria”* della Regione Emilia-Romagna). Il rischio suicidario aumenta notevolmente durante i primi giorni e le prime settimane di detenzione, soprattutto se si tratta di giovani uomini affetti da patologie psichiatriche o da dipendenza da sostanze, e si correla allo stato sociale e all'assenza di una rete familiare e sociale esterna (sono questi i principali fattori che sia l'OMS che il Comitato Nazionale per la Bioetica correlano ad un maggior rischio suicidario e che sono stati recepiti dalle Linee Guida della Regione Emilia-Romagna nel 2014 e declinate nel Protocollo Locale nel 2015). L'intervento precoce tramite screening effettuato sui NG appare quindi altamente strategico.

Tab. 4 Nuovi ingressi in Carcere luglio-novembre 2015



Conclusioni

Il modello di psichiatria comunitaria che si intende proporre privilegia la presa in carico da parte di varie figure professionali presenti nell'équipe, la discussione e condivisione degli obiettivi tra i vari operatori e lo stesso paziente, la costruzione di una rete “interna” (con gli operatori della Salute negli II.PP., l'area Trattamentale e l'area Custodiale), “esterna” (coltivando rapporti con SERT, CSM, Servizi Sociali, cooperative e volontariato sociale) e

un approccio al disturbo psichico secondo il modello di Recovery. Nel Recovery si mette in primo piano il punto di vista del paziente, le sue domande, i suoi desideri, le competenze, le abilità, l'autodeterminazione, ma anche la sua storia di vita, le capacità di analisi, la cultura di provenienza e le strategie apprese. Secondo la definizione di Patricia Deegan, Recovery "origina dalla necessità di affrontare le sfide della disabilità e trovare un nuovo senso di integrità e valore, un nuovo scopo all'interno dei limiti della disabilità stessa". Il modello di psichiatria comunitaria proposto rappresenta quindi la declinazione di una azione multiprofessionale integrata in un contesto specifico, azione che viene adattata ai bisogni del paziente, che si orienta sugli obiettivi primari dell'intervento riabilitativo (gestione della malattia e dei suoi sintomi, funzionamento globale, lavoro, attività, relazioni e socialità) e che tiene conto del punto di vista del paziente; è un'azione altamente individuale attraverso cui una persona assume la responsabilità della propria vita e sviluppa uno specifico insieme di strategie rivolte non solo a fronteggiare la malattia, ma anche le conseguenze secondarie della disabilità, dello stigma ed dell'esclusione sociale.

Tra le criticità che l'UO Salute Mentale e Tossicodipendenza incontra nella presa in carico precoce, oltre all'intrinseco "doppio vincolo istituzionale" che prevede un mandato di cura in un luogo di privazione della libertà, menzioniamo qui come elementi di riflessione:

1. Il problema delle emergenze/urgenze comportamentali: ogni azione di protesta, di contrapposizione, di reattività da parte del soggetto viene delegato all'intervento dello specialista psichiatra.
2. Il problema della medicina difensiva, che vede come ultimo anello delle responsabilità la figura dello psichiatra, chiamato in ogni occasione, per ogni problema: dal rifiuto della terapia psichiatrica e non, allo sciopero della fame, a varie forme di protesta.
3. Il problema dell'uso massiccio di psicofarmaci rappresenta diverse criticità: l'abuso di psicofarmaci rischia di "spegnere" le forme di disagio emotivo e mascherare le manifestazioni psichiche in forme solo "somatiche"; la spesa medica per gli psicofarmaci è enorme in carcere, questo ci pone la domanda se abbiamo altri strumenti per "cercare di curare" le persone e quale uso fanno i detenuti degli psicofarmaci (alleviante, anestetizzante, attivante?); la questione delle indicazioni off label di psicofarmaci è un altro problema che dobbiamo affrontare nell'ottica di una razionalizzazione delle risorse, come anche l'uso interno degli psicofarmaci a scopo di scambio.
4. Il grande problema dell'autolesionismo, dei tentati suicidi, del suicidio: lo psichiatra viene indicato come il massimo 'esperto' della materia, mentre la letteratura ribadisce che i fattori che intervengono sono molteplici e si tratta sia di fattori endogeni che, soprattutto, di fattori di contesto.
5. Il problema della povertà: in carcere i gesti aggressivi (sia auto che etero diretti) sono molto più frequenti nelle sezioni dove c'è maggiore concentrazione di persone povere, senza rete familiare e sociale, in sezioni dove la vivibilità è peggiore, dove si fanno meno attività, dove si studia meno e dove ci sono più stranieri.

Tra gli obiettivi dell'UO risulta prioritario riuscire a stabilire rapporti di maggiore collaborazione con l'assistenza sanitaria primaria, la quale rappresenta, così come avviene sul territorio, un "filtro" nell'accoglienza della domanda di aiuto e nell'individuazione precoce del disagio, non solo all'ingresso del detenuto in istituto ma anche lungo il suo percorso detentivo. In tale direzione lo strumento del P.A.I. (Piano Assistenziale Individuale) previsto dalla Circolare 15/2012, permette di condividere all'interno del percorso di cura gli obiettivi tra lo staff sanitario e il paziente e di favorire, attraverso un "Patto per la salute", una partecipazione responsabile e consapevole del paziente anche nel contesto detentivo.

Bibliografia

- DGR n. 588, 5 maggio 2014, 2° Programma Regionale per la salute negli istituti penitenziari. Triennio 2014-2017.
- P. Buffa, Prigioni. Amministrare la sofferenza, ed. Gruppo Abele, Torino, 2013.
- P. Buffa, Umanizzare il carcere, ed. Laurus, Roma, 2015.
- F. Corleone, A. Pugiotto (a cura di), Volti e maschere della pena, ed. Ediesse, Roma, 2013.
- Maone, B. D'Avanzo, Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, ed. Raffaello Cortina, 2015.
- L. Davidson, J. Tondora, M. Staehli Lawless, M. O'Connell, M. Rowe, Il Recovery in Psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative, ed. Erickson, 2012.
- R. P. Liberman, Il Recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica, ed. Fioriti, 2012.

Rif:

Paolo Volta
Direttore Attività Socio-Sanitarie e Direttore Programma Dipendenze Patologiche AUSL di Parma
 e-mail: pvolta@ausl.pr.it
 Tel 0521.396512

Il ruolo dello psicologo nella Casa della Salute

Intercettazione precoce del disagio psichico

Luigi Rocco Chiri, Marco Menchetti, Angelo Fioritti,
Domenico Berardi

1. Introduzione

L'intervento precoce costituisce una strategia di azione articolata in diverse fasi finalizzate (a) alla riduzione del tempo che intercorre tra l'esordio di un disturbo e l'inizio di un trattamento appropriato, (b) il repentino ripristino delle condizioni per un adeguato funzionamento e (c) il rapido contenimento dei fattori capaci di deteriorare la qualità della vita. Mentre per i disturbi di elevata severità esistono servizi specifici e protocolli di intervento precoce, le tipologie di sofferenza psicologica meno strutturate e meno gravi possono restare inosservate per lungo tempo rischiando di ricevere un'attenzione specialistica solo quando conducono ad elevati livelli di compromissione e disabilità.

Gli studi epidemiologici condotti fino ad oggi in Italia sulla prevalenza dei Disturbi Mentali Comuni (DMC) in medicina generale ne hanno confermato l'ampia diffusione con tassi di prevalenza del 12,5% per i disturbi depressivi e del 10,5% per quelli ansiosi (Berardi et al. 1999). Inoltre, dai dati di letteratura, emerge una prevalenza del 12,4% per i disturbi che raggiungono la soglia per la diagnosi formale a fronte di un numero ancora maggiore di forme sottosoglia clinicamente significative (Menchetti et al. 2007). Talvolta, i disturbi ansioso-depressivi incontrano una gestione inappropriata nel contesto delle cure primarie a causa di una tendenza all'*under-recognition* (Balestrieri et al. 2007) e conseguentemente all'*under-treatment*.

Il quadro è ulteriormente complicato dal fatto che la sola diagnosi potrebbe essere un rilevatore non sempre comprensivo delle diverse forme di sofferenza psicologica e/o

di profili di rischio multicompositi, fra cui:

- condizioni di sofferenza soggettiva con progressiva e prolungata compromissione del funzionamento e/o isolamento relazionale;
- disagio riferito in specifiche situazioni esistenziali critiche (passaggio tra cicli di scuola, separazioni, disoccupazione) o associato a stili di vita disfunzionali (uso rischioso di sostanze, etc.);
- disagio in casi complessi con malattie fisiche croniche (cardiopatía, diabete, ecc.) con disabilità elevata e/o scarsa aderenza alle cure;
- condizioni di rischio oggettivo senza organizzazione psicopatologica del disagio ma con indicatori anamnestici positivi (familiarità, pregressi episodi di malattia, stress grave e/o cronico).

L'esperienza pluriennale del Programma Regionale G. Leggieri per l'integrazione fra Medici di Medicina Generale (MMG) e Servizi di Salute Mentale (SSM) (Berardi et al., 2014) e la riorganizzazione del settore delle Cure Primarie (CP) con le nascenti Case della Salute (CdS) consentono di ampliare le possibilità di intervento sul disagio psichico. In quest'ottica, nel corso del 2015, è stato sviluppato il progetto "Lo psicologo nella Casa della Salute" dell'AUSL di Bologna. Tale progetto intende potenziare la portata esecutiva del Programma Leggieri dotando la medicina generale di nuove strategie di identificazione precoce e gestione delle problematiche psichiche attraverso l'inserimento di una specifica figura professionale all'interno di un luogo di cura con bassa soglia di accessibilità.

Obiettivo del presente lavoro è valutare quali pazienti sono stati inviati dal MMG allo psicologo CdS nei primi mesi di attività e se questo progetto abbia effettivamente intercettato e trattato forme iniziali di disagio psichico.

2. Metodologia

Il progetto “Lo psicologo nella Casa della Salute” è stato implementato nel corso del 2015 in 5 Nuclei di Cure Primarie (NCP) di 4 CdS coinvolgendo un totale di 64 MMG. Le procedure di avviamento hanno previsto numerose azioni atte a favorire l'amalgama della funzione di psicologia all'interno dei meccanismi organizzativi dei differenti NCP. L'introduzione di un “primo livello di psicologia” all'interno delle CdS intende generare nuove opportunità di intervento e di cura in grado di arricchire il ventaglio di risposte proponibili agli utenti (es. promuovere salute e benessere, organizzare/condurre/partecipare a gruppi, coordinare/partecipare alla progettazione e alla “manutenzione” di una rete di comunicazione sanitaria e sociale tra le diverse componenti). Rispetto alle attività indirizzate alla gestione dei DMC e del disagio psicologico più in generale serve elencare: (1) attività di consulenza al MMG senza contatto diretto con il paziente, (2) consultazione psicologica, (3) intervento psicologico breve e strutturato (counseling generico, gestione dello stress, counseling interpersonale, problem-solving, psicoeducazione), (4) orientamento alla rete informale (auto-mutuo-aiuto, associazioni di volontariato), (5) invio ai servizi specialistici, qualora necessario.

Sono stati esaminati i dati di attività registrati al 31/12/2015 inerenti la CdS Borgo-Reno a Bologna, la prima dove è stato implementato il progetto, rivolto ai MMG di 2 NCP (Borgo Panigale e Reno1). Agli individui afferenti al servizio di psicologia è stata proposta la compilazione di tre questionari che erano: (1) il *Patient Health Questionnaire* (PQH-9), composto da 9 items per la rilevazione dei sintomi depressivi su scala Likert 0 (Mai) a 3 (Quasi tutti i giorni), (2) il *Generalized Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7), formato da 7 items per la misurazione di sintomi ansiosi su scala Likert 0 (Mai) a 3 (Quasi ogni giorno) e (3) il *Satisfaction Profile* (SAT-P), questionario di 32 items con risposta tramite scala visiva analogica da 0 (Totalmente insoddisfatto) a 10 (Totalmente soddisfatto) per la descrizione della soddisfazione soggettiva per la qualità della vita. In particolare, rispetto ai pazienti inviati dai MMG, sono stati analizzati dati sociodemografici sull'intero campione (età, genere, scolarità, stato civile, occupazione) e clinici (punteggi delle scale) sull'insieme degli individui (N=76) che hanno interamente completato i test proposti.

3. Risultati

In questa prima fase di implementazione del progetto, 122 individui sono stati inviati allo psicologo da MMG o da altri operatori della CdS. Il campione è composto prevalentemente da femmine (N=93; 76.2%), l'età media è di 46.4 ±15.3 anni (range 18-78 anni) e si impone la nazionalità italiana (N=107; 87.7%). Il 40.2% (n=49) degli individui è coniugato, il 54% (n=66) è occupato, il 51.6% (n=63) vive con la propria famiglia, il 44.3% (n=54) ha conseguito il diploma di scuola media superiore e il 70.5% (N=86) non ha mai avuto un precedente contatto con i SSM. Le tabb. 1, 2 e 3 indicano la forte prevalenza di condizioni patologiche lievi/moderate e la corposa offerta di diversi interventi attuati dallo psicologo, nonché i punteggi medi ai diversi test effettuati nel campione suddiviso per genere e per diagnosi.

Tab.1 Pazienti suddivisi per diagnosi e per tipologia di intervento

	N	%
Raggruppamenti diagnostici*		
Reazioni di adattamento	40	32,8
Disturbo d'ansia	31	25,4
Disturbo dell'umore	10	8,2
Disturbo di Personalità	10	8,2
Nessuna diagnosi psichiatrica	31	25,4
Intervento implementato		
Counseling interpersonale	34	28,1
Consultazione psicologica	28	23,1
Counseling generico	15	12,4
Psicoeducazione	15	12,4
Intervento motivazionale	10	8,3
Orientamento rete specialistica	8	6,6
Orientamento rete informale	5	4,1
Problem-solving	5	4,1
Gestione stress	1	0,8
Monitoraggio in collaborazione con MMG	1	0,8

*Viene indicata solo la diagnosi principale e non le eventuali comorbidità presenti.

Tab. 2 Sintomi ansiosi-depressivi e funzionamento nel campione suddiviso per genere e comparazione con i valori di riferimento per l'interpretazione dei punteggi

	Maschi N=20 età media=40.62	Valore di riferimento medio per popolazione target	Femmine N=55 età media=48.14	Valore di riferimento medio per popolazione target
PHQ-9	9.65 (±4.72)	5-9 sintomi lievi	9.73 (±5.81)	5-9 sintomi lievi
GAD-7	10.20 (±4.69)	10-14 sintomi lievi	10.29 (±4.57)	10-14 sintomi lievi
SAT-P / FP	56.35 (±16.69)	66.31	51.78 (±17.07)	60.07
SAT-P / FF	52.75 (±17.44)	60.54	52.47 (±18.31)	54.98
SAT-P / L	56.90 (±30.14)	55.40	53.96 (±23.06)	59.57
SAT-P / SAT	63 (±19.17)	66.19	58.71 (±19.81)	65.75
SAT-P / FS	55.70 (±15.95)	57.44	57.05 (±19.11)	52.22

Nota: FP=Funzione Psicologica, FF=Funzione Fisica, L= Lavoro, FS=Funzione Sociale, SAT=Sonno Alimentazione Tempo Libero

Tab.3 Sintomi ansiosi-depressivi e funzionamento nel campione suddiviso per presenza di diagnosi psichiatrica

Nota: FP=Funzione Psicologica, FF=Funzione Fisica, L= Lavoro, FS=Funzione Sociale,

	Individui con diagnosi ICD-9 N=56	Individui senza nessuna diagnosi psichiatrica n=20	F	P
PHQ-9	11.07 (±5.38)	5.68 (±3.68)	16.372	<0.001
GAD-7	11.18 (±4.26)	7.70 (±4.54)	9.491	<0.05
SAT-P / FP	49.71 (±16.11)	62.58 (±16.12)	9.007	<0.05
SAT-P / FF	49.82 (±18.58)	60.58 (±13.44)	5.387	Ns
SAT-P / L	51.84 (±24.79)	63.32 (±24.06)	3.084	Ns
SAT-P / SAT	53.86 (±18.16)	65.05 (±16.10)	5.693	Ns
SAT-P / FS	56.43 (±20.08)	65.95 (±14.31)	7.320	Ns

SAT=Sonno Alimentazione Tempo Libero

4. Conclusioni

I punteggi medi ottenuti ai test dal nostro campione sottolineano l'appropriatezza degli invii al servizio da parte dei MMG ed evidenziano la necessità di approntare molteplici configurazioni di provvedimenti per rispondere al bisogno di cura presentato. I dati suggeriscono che gli individui con una diagnosi psichiatrica si differenzino in maniera significativa da quelli con possibili condizioni sottosoglia solo per le dimensioni squisitamente cliniche. Questo dato pare in linea con le più attuali posizioni in letteratura per cui la sola diagnosi formulata secondo i criteri dei principali manuali di classificazione dei disturbi potrebbe risultare insufficiente per stabilire l'esigenza di cura di un individuo. La possibilità di intercettare le forme meno evidenti di un disturbo psichiatrico o di uno stato sintomatico sottosoglia che presenta il rischio di evolvere in una patologia soprassoglia risiede nella capacità di predisporre e coordinare una serie di elementi fondamentali: (1) presidi socio-sanitari diffusi e non specialistici, (2) competenze specifiche per la salute mentale, (3) strumenti diagnostici sensibili, specifici e flessibili, (4) percorsi di intervento definiti e prontamente attivabili. L'introduzione dello psicologo nelle CdS permette una maggiore semplicità di fruizione dei servizi sanitari riducendo gli elementi critici legati all'accessibilità e che possono condizionare l'efficacia dei SSM nelle cure primarie. Inoltre, la presenza di un professionista ad hoc consente di superare quelle limitazioni (tempo ristretto per valutare e trattare il disagio psicologico, ridotta formazione in campo psichiatrico e rispetto alle abilità comunicative) che fino a questo momento impedivano un'appropriata presa in carico delle differenti problematiche psicoemotive. Infine, oltre ad avere pertinenza scientifica (le più autorevoli linee guida internazionali raccomandano in prima istanza la somministrazione di interventi psicologici per i pazienti delle cure primarie - NICE Guidance Anxiety,

2011 e NICE Guidance Depression, 2009), lo psicologo nelle CdS consente una concreta diversificazione e personalizzazione degli interventi fondata sugli aspetti di natura prettamente psicopatologica o sulle modalità disfunzionali di reazione ai *life events*.

Finora, l'attivazione del progetto mostra la capacità di rappresentare una finestra preferenziale per l'accesso tempestivo alla decodifica e all'intervento su diversi bisogni psicologici. La progressiva analisi dei flussi e dei dati unita alla costante crescita del confronto tra i professionisti delle cure primarie ed i tecnici della salute mentale consentiranno un consolidamento del trend di utilizzo e la potenziale costituzione di un'équipe delle CP con particolare focus sui fenomeni psicologici a tutti i livelli.

Bibliografia

- M. Balestrieri, S. Baldacci, A. Bellomo, C. Bellantuono, L. Conti, G. Perugi, M. Nardini, M. Borbotti, G. Viegi, Clinical vs. structured interview on anxiety and affective disorders by primary care physicians. *Understanding diagnostic discordance*, *Epid Psych Soc*, 16, 2007, 144.151.
- D. Berardi, G. Berti Ceroni, G. Leggieri, P. Rucci, B. Ustün, G. Ferrari, Mental, physical and functional status in primary care attenders, *Int J Psych Med* 1999;29(2):133-48.
- D. Berardi, L. Ferrannini, M. Menchetti, M. Vaggi. Primary care psychiatry in Italy. *J Nerv Ment Dis*. 2014 Jun;202(6):460-3.
- M. Menchetti, B. Bortolotti, A. Bombi, D. Berardi, Epidemiologia dei disturbi mentali nella medicina generale: i risultati delle ricerche italiane, «NOOS», 13, 2007, pp. 201 - 210.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder (with or without Agoraphobia) in Adults. Management in Primary, Secondary and Community Care. This Updates and Replaces NICE Clinical Guideline 22, 113, NICE, 2011,
- National Institute for Health and Clinical Excellence, Depression: The Treatment and Management of Depression In Adults. Clinical Guideline 90. NICE, 2009.

Rif. Luigi Rocco Chiri
Dirigente Psicologo, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche/AUSL Bologna
email: l.chiri@ausl.bologna.it
Tel. 051.6584202

Eventi, pubblicazioni, siti

Libri

Cocchi A., Meneghelli A. (a cura di)
RISCHIO ED ESORDIO PSICOTICO: UNA SFIDA CHE CONTINUA.
MANUALE D'INTERVENTO PRECOCE
Milano, Ediermes, 2012, 328 pp.

LA INDIVIDUAZIONE E L'INTERVENTO PRECOCE NELLE PSICOSI.
UN APPROCCIO PREVENTIVO ALLA SCHIZOFRENIA.
Relazione scientifica e rendiconto economico.
2010, Az. Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda e CCM

Patrick D. McGorry, H. Jackson, G. Agnetti
RICONOSCERE E AFFRONTARE LE PSICOSI ALL'ESORDIO. UN
APPROCCIO PREVENTIVO
Torino, 2001, Centro Scientifico Editore, 494 pagine

Articoli

Valmaggia L.R., Day F., Rus-Calafell M.
USING VIRTUAL REALITY TO INVESTIGATE PSYCHOLOGICAL
PROCESSES AND MECHANISMS ASSOCIATED WITH THE ONSET
AND MAINTENANCE OF PSYCHOSIS: A SYSTEMATIC REVIEW.
In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016 Jun 4.

Longden E., Read J.
SOCIAL ADVERSITY IN THE ETIOLOGY OF PSYCHOSIS: A REVIEW
OF THE EVIDENCE.
In: Am J Psychother. 2016;70(1):5-33.

Myles H., Myles N., Large M.
CANNABIS USE IN FIRST EPISODE PSYCHOSIS: META-ANALYSIS
OF PREVALENCE, AND THE TIME COURSE OF INITIATION AND
CONTINUED USE
In: Aust N Z J Psychiatry. 2016 Mar;50(3):208-19

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
USE OF ANTIPSYCHOTICS AND/OR BENZODIAZEPINES AS RAPID
TRANQUILIZATION IN IN-PATIENTS OF MENTAL FACILITIES
AND EMERGENCY DEPARTMENTS: A REVIEW OF THE CLINICAL
EFFECTIVENESS AND GUIDELINES
Ottawa (ON); 2015 Oct 29

Documenti on line

RACCOMANDAZIONI REGIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
E DEL BENESSERE NELLE PERSONE CON ESORDIO PSICOTICO
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale-e-dipendenze/documentazione>

Circolare n. 2 dell'11 aprile 2016
TRAINING DI COMPETENZA SOCIALE: MANUALE OPERATIVO PER
LA CONDUZIONE DI GRUPPI NELLA SALUTE MENTALE
Azienda Usl di Ferrara; ottobre 2015

"REFOCUS", MANUALE PER PROMUOVERE LA RECOVERY NEI
SERVIZI DI SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ
Edizione italiana a cura di Starace F., Mazzi F, Az. Usl di Modena
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale-e-dipendenze/documentazione>

AA. W.
USO DI CANNABIS ED ESORDI PSICOTICI: DALL'EPIDEMIOLOGIA
ALLA CLINICA
In: Journal of Psychopathology 2013;19:89-104
www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/02-Tomassini1.pdf

AA.W.
LAVORARE CON LE FAMIGLIE NEGLI ESORDI PSICOTICI: UN
INTERVENTO STRUTTURATO PER I CAREGIVER
Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia
Supplemento B, Psicologia, 2008
Download: www.timeoutintensiva.it/tecne_data/14_Psicotici_E_Caregiver.pdf

Eventi

Firenze, 8-10 settembre 2016
CONSUMI DI ALCOL NELL'APPROCCIO DI RIDUZIONE DEL DANNO.
CULTURE DEL BERE, POLITICHE PUBBLICHE
Forum Droghe. Info: <http://www.fuoriluogo.it/sito/>

Pescara, 15 settembre 2016
UNA NUOVA SFIDA PER I SERVIZI DI SALUTE MENTALE: MISSIONE
BENESSERE. ASPETTI ETICI E RELAZIONALI
Congresso SIPSAM

Roma, 22 -23 settembre 2016
IL MODELLO DI COMUNITÀ TERAPEUTICA COME STRUMENTO DI
EMPOWERMENT
XVI Simposio Internazionale EWODOR organizzato da Dianova
Italia, Dianova International e l'Università di Ghent

Firenze, 8 - 9 ottobre 2016
L'UOMO CON LA VALIGIA: VIAGGI E VIAGGIATORI NELLE
PROFESSIONI DI AIUTO ALLA PERSONA
ISFAR - Istituto Superiore Formazione Aggiornamento e Ricerca,
Informazioni: Tel. 055 6531816

Milano, 11-12 novembre 2016
LE DEPRESSIONI
Convegno SIP – Società Italiana di Psichiatria

Primo Pellegrini
Educatore Professionale, U.O. Dipendenze Patologiche - Centro Studi e
Documentazione di Rimini/Ausl della Romagna
email: primo.pellegrini@auslromagna.it



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Cesenatico, 6-7 ottobre 2016

Il Disturbo Borderline e le comorbidità con le patologie affettive. Stili di vita e rischi per la salute fisica
Grand Hotel Cesenatico, Piazza Andrea Costa 1
Info: 347 8541898



Bologna, 10 ottobre 2016

GIOCO DI SQUADRA. La prevenzione del gioco d'azzardo patologico nelle scuole dell'Emilia-Romagna
Aula Magna, Viale Aldo Moro 30
Info: marilena.durante@regione.emilia-romagna.it



Bologna, 13 ottobre 2016

Presentazione del Rapporto sulle dipendenze nell'area metropolitana di Bologna
Aula Ex Cappella, Via S. Isaia, 94/A
Info: elsa.turino@ausl.bologna.it