

PROGRAMMA ESORDI

**P. Carozza, M. Di Stani, D. Marangoni,
DSM-U.O. CSM- Ri.Se.A**

PROGRAMMA ESORDI

- La nostra ventennale esperienza nel trattamento degli adolescenti al Servizio Ri.Se.A (Servizio Ricerca Adolescenza) e le attuali evidenze di letteratura hanno determinato la creazione di un'area specifica per la Salute Mentale degli Adolescenti nell'ambito dell'U.O. C.S.M. dell'AUSL di Ravenna
- Il modello operativo scelto è quello di lavorare per programma e non per Servizi per cui si è costituito il "Programma Esordi Psicopatologici in Adolescenza" finalizzato all'intercettazione e al trattamento degli esordi
- I servizi aziendali che partecipano alla realizzazione del programma oltre al C.S.M. sono la U.O.N.P.I.A., l'U.O. D.P., l'U.O. Riabilitazione, l'U.O. Emergenza/Urgenza in interfaccia con i Consultori Familiari-Giovani, i Servizi Sociali
- Responsabile del Programma è la dr.ssa Daniela Marangoni (Responsabile U.O. C.S.M. RA), coordinatore tecnico dr.ssa Marinella Di Stani

- La sede di coordinamento del programma e di erogazione della maggioranza dei trattamenti è esterna all'area del C.S.M., il Ri.Se.A, per separare gli adolescenti con problemi da persone in fase avanzata di malattia e creare un ambiente più informale
- I servizi aziendali delle diverse U.O. restano comunque aree di erogazione di prestazioni specifiche e limitate nel tempo per le emergenze/urgenze e per tutti i bisogni connessi all'abuso/dipendenza da sostanze illegali

MISSION

- **Mission:** intercettazione precoce di comportamenti sintomatici gravi e/o esordi psicopatologici per contrastare sia lo strutturarsi di un disturbo psicopatologico franco che l'instaurarsi di disabilità con conseguente desocializzazione e perdita di ruolo. Obiettivo è quello di evitare l'instaurarsi di fattori istituzionali e sociali che interferiscono con l'attivazione di processi di recovery, come accade in persone con più lunga storia di malattia (≥ 2 anni)
- Il **“Programma Esordi ”** si occupa dell'assessment dell'adolescente che giunge al Ri.Se.A per accesso diretto o inviato da uno dei Servizi afferenti al programma o ad esso connesso (vedi MMG e/o PLS) cui l'adolescente afferisce come primo contatto e dopo una prima valutazione.
- **Popolazione target:** giovani individui con fascia d'età che va dai 14-24 aa

A. Frigerio, G. De Girolamo et Al: Prevalence and correlates of mental disorder among adolescents in Italy: the PrISMA study
Eur Child Adolesc. Psychiatry (2009)

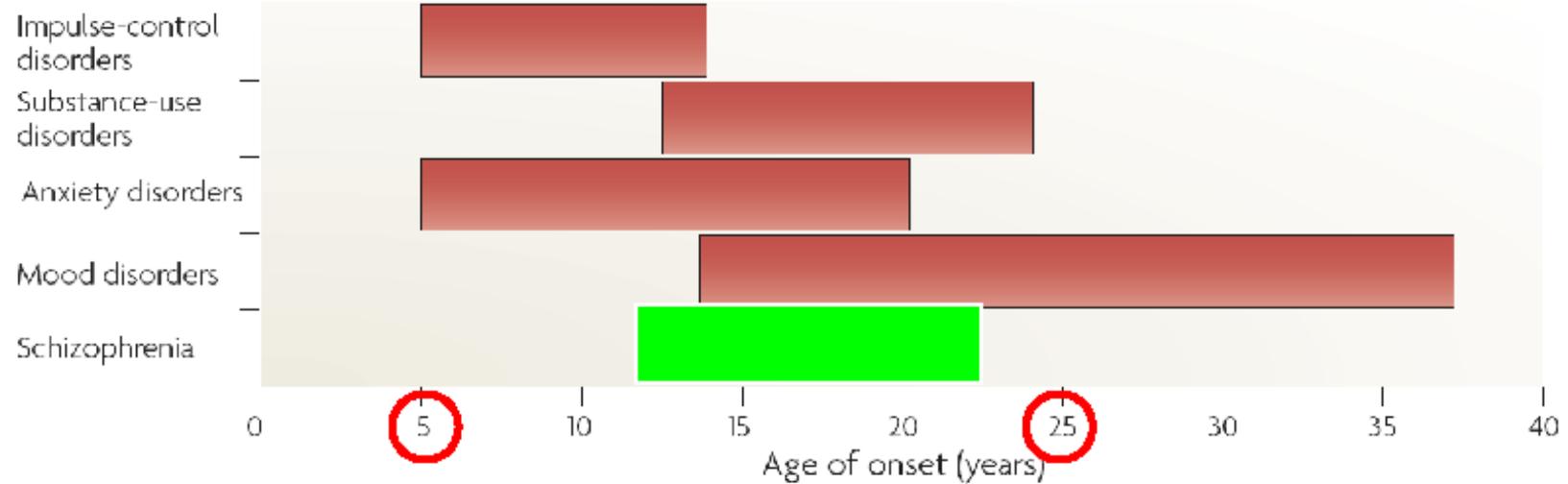


Figure 4 | **Ranges of onset age for common psychiatric disorders.** Recent data from the National

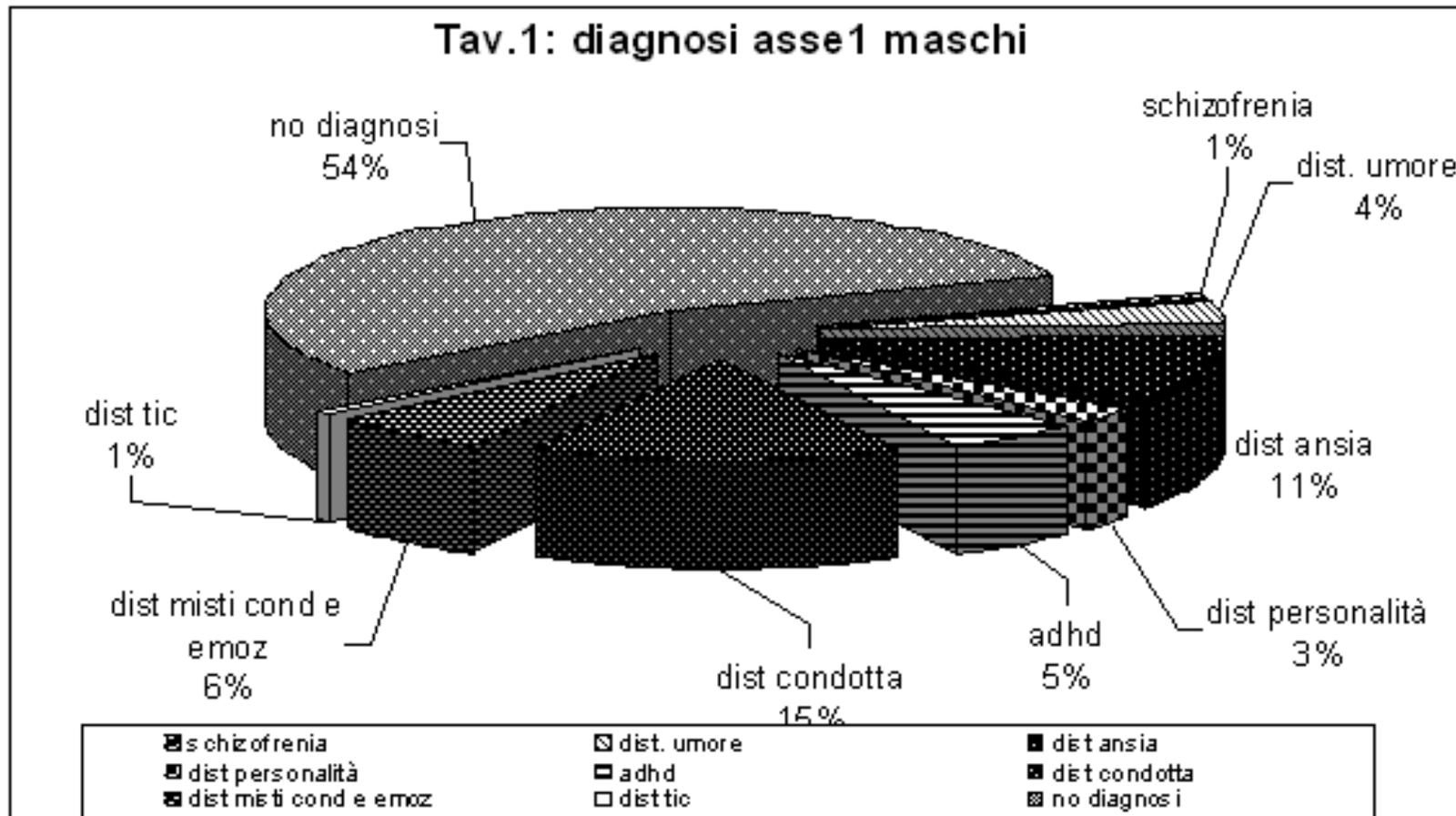
Prevalenza dei Disturbi Psicologici in Adolescenza e nella Prima età adulta

Bambino Gesù: Epidemiologia dei disturbi psichiatrici in età giovanile (2010)

- Il 75% dei disturbi psichiatrici si manifesta in maniera sintomatologicamente evidente entro i 25 anni
- Il 50% si manifesta entro i 18 anni
- Il maggiore livello di disabilità si colloca tra i 12 ed i 24 anni

Prevalenza dei Disturbi Mentali nei Maschi

C. Di Brina, P. D'Oto, R. Di Scipio, D. Di Pietro, G. Menghini, B. La Rocca, I. Scibilia, Ugo Sabatello:
Uno studio descrittivo sull'accesso degli adolescenti ai servizi neuro-psichiatrici territoriali (2001)

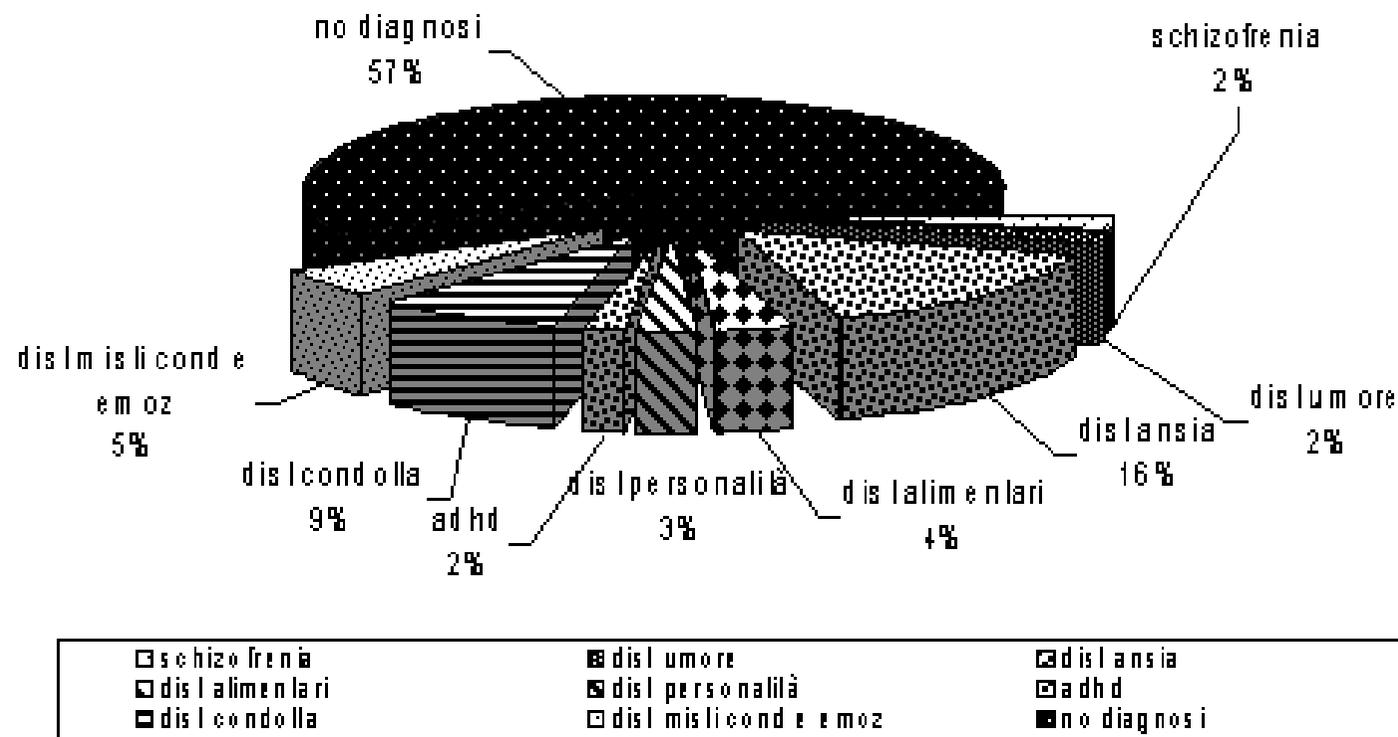


Età di riferimento del campione: 13-18 anni

Prevalenza dei Disturbi Mentali nelle femmine

C. Di Brina, P. D'Oto, R. Di Scipio, D. Di Pietro, G. Menghini, B. La Rocca, I. Scibilia, Ugo Sabatello:
Uno studio descrittivo sull'accesso degli adolescenti ai servizi neuro-psichiatrici territoriali (2001)

Tav. 2: diagnosi assi I femmine



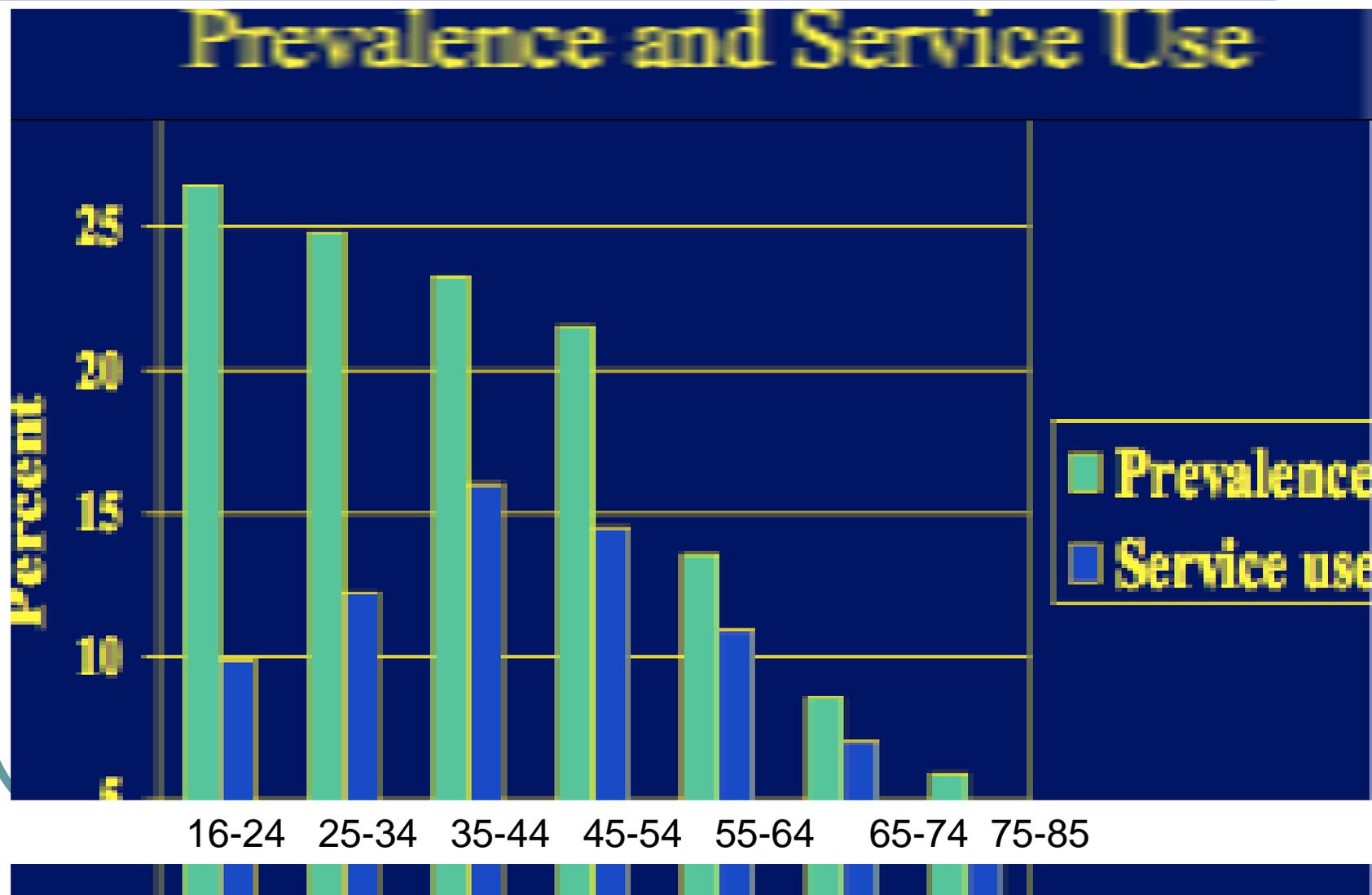
Età di riferimento del campione: 13-18 anni

Prevalenza Esordi Psicotici età 14-24 anni
Bambino Gesù: Epidemiologia dei disturbi psichiatrici in età giovanile (2010)

La fase prodromica del disturbo dura circa 6 anni ed è caratterizzata da sintomi aspecifici e deficit sul piano cognitivo, neuropsicologico e psicosociale

Capacità dei Servizi di intercettare il disagio psichico nell'arco di vita

Bambino Gesù: Epidemiologia dei disturbi psichiatrici in età giovanile (2010)



FATTORI DI RISCHIO

- **Rischio di perdita di ruolo**
 - Scuola (abbandono scolastico, alto turnover, assenze prolungate)
 - Lavoro (alto turnover, assenze prolungate, frequenti licenziamenti)
 - Gruppo dei pari (perdita di appartenenza al gruppo dei coetanei/compagnie connotate/bande)
- **Famiglie**
 - difficoltà nello svolgere il ruolo genitoriale
 - giovane età della coppia genitoriale
 - problematiche psichiatriche e di abuso/dipendenza all'interno del nucleo
 - coppia monogenitoriale con figli adolescenti
 - nuclei con complesse problematiche sociali
- **Abuso di sostanze e dipendenza da internet**
- **Prima generazione di genitori immigrati**
- **Sequele legali connesse a comportamenti antisociali**

DISTURBI PSICOPATOLOGICI

- **esordi psicotici**
- **disturbi di personalità**
- **disturbi dell'identità di genere**
- **disturbi d'ansia e disturbi dell'umore**
 - disturbi d'ansia generalizzati talora prodromi di patologie più importanti, fobie sociali, DOC, DAP
 - tentativi di suicidio e comportamenti parasuicidari
- **disturbi del comportamento alimentare (DCA) in comorbidità**
- **disturbi della condotta ad alto rischio quali :**
 - dipendenza da sostanze e/o da alcol,
 - bullismo
 - nuove dipendenze (videogames, internet, gioco d'azzardo)
- **perversioni**

MODELLO ORGANIZZATIVO

- Il core del Programma è costituito da un ' équipe multidisciplinare costituita da professionisti acquisiti ad hoc per particolari motivazioni e competenze, dalle diverse U.U.OO. del Dipartimento (Centro di salute mentale, UONPIA , D.P., Riabilitazione), che dedicano parte della loro attività agli utenti, nella sede del Programma
- All'équipe competono scelte metodologiche, organizzative e di delineazione di progetti di intervento per ogni singolo utente che si attuano anche nei contesti di vita degli adolescenti (*Scuola, Associazionismo, Lavoro, ecc.*).
- L'équipe si pone pertanto, come gruppo di lavoro trasversale al Dipartimento, sia come composizione che per funzioni

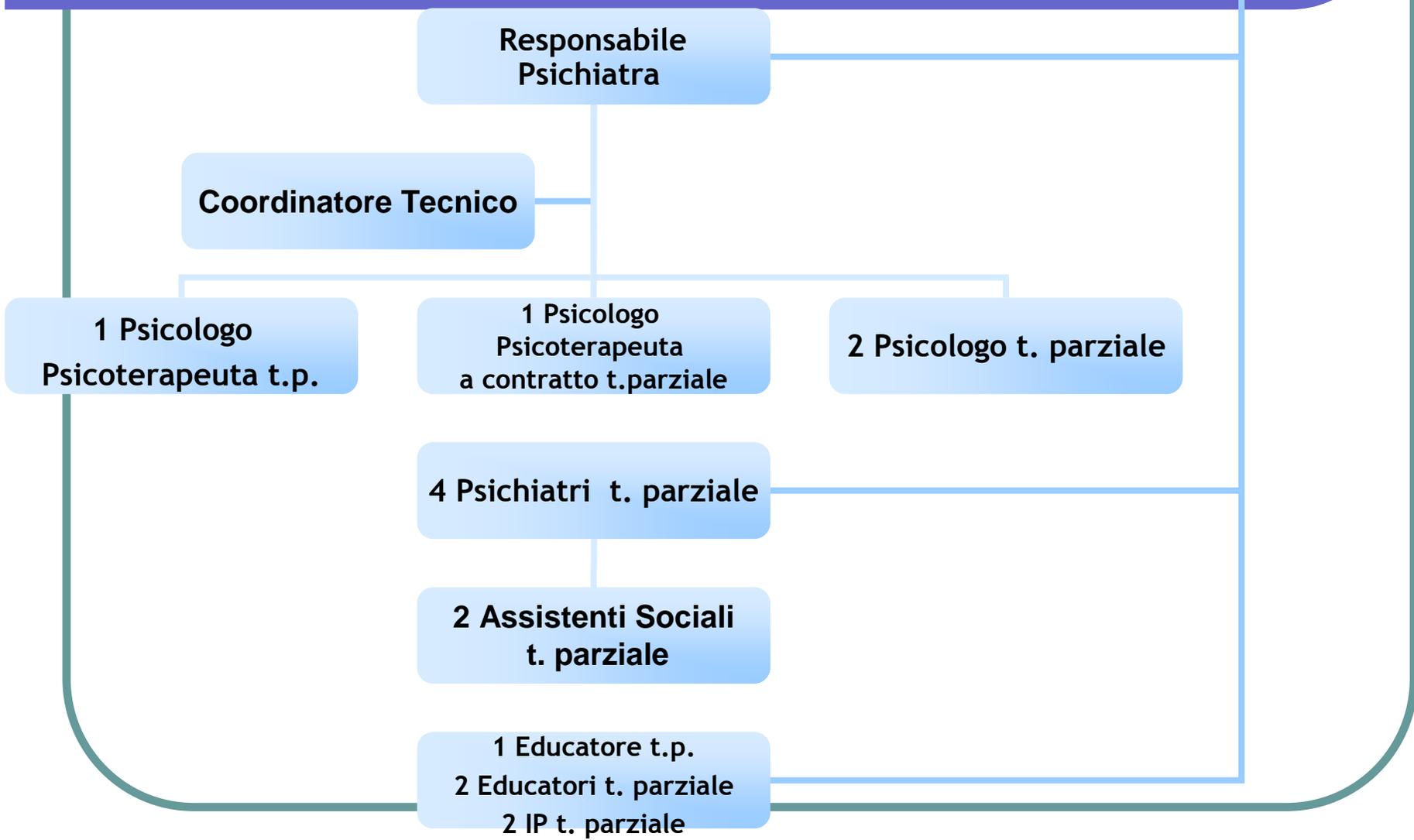
La formazione congiunta del team consente:

- Coesione del gruppo di lavoro
- Condivisione di strumenti tecnici e clinici
- Individuazione di linee di intervento nell'ottica dell'integrazione

PUNTARE SULLA QUALITÀ

- Puntare sulla qualità degli operatori
- Sviluppare la formazione interdisciplinare degli operatori orientata verso la comunità
- Formare gli operatori a lavorare in gruppo e con i gruppi
- Qualificare gli operatori nelle tecniche relazionali di base (psicoeducazione)
- Sviluppare una cultura epidemiologica della valutazione

PERSONALE:



FUNZIONI PROFESSIONALI

- **Educatore professionale :**
 - Si occupa dell'accoglienza e funge da filtro nel valutare l'appropriatezza dell'invio ed effettuare l'analisi della domanda
 - Effettua il 1° colloquio con i genitori e il 1° colloquio col ragazzo/a
 - Riferisce all'équipe quanto emerso nei primi colloqui dopo una prima valutazione per la successiva presa in carico
 - Tiene i contatti con le varie figure intradipartimentali, extradipartimentali e con la famiglia o altre figure significative
- **Psicologi :**
 - Valutazione diagnostica (colloqui clinici e test)
 - Psicoterapia a vario orientamento
 - Terapia familiare
- **Psichiatri:**
 - presa in carico psichiatrica e farmacologica
 - presa in carico psicoterapeutica sia individuale che familiare lì dove il personale ha le specifiche competenze

OFFERTE DI CURA

- Consultazione individuale breve focale
- Psicoterapia di gruppo (psicocorporea, art-therapy, CBT, DBT)
- Psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico
- Consultazione e terapia familiare
- Gruppi psicoeducativi orientati alle famiglie
- Trattamento farmacologico
- Interventi riabilitativi volti al sostegno al ruolo
- Trattamento per l'abuso e la dipendenza

COME LAVORA LA RETE

- **Accesso:** l'adolescente o un suo familiare possono entrare in contatto con uno qualsiasi dei servizi coinvolti nel programma o che con esso si interfacciano. Viene effettuata una valutazione e se il ragazzo soddisfa i criteri di accesso viene inviato al Ri.Se.A.
- **Presentazione del caso a cura dell'inviante:** i servizi invianti presentano il caso all'interno della riunione dell'équipe multiprofessionale che ne valuta l'appropriatezza quindi viene avviato un percorso di assessment sia individuale che familiare che può proseguire con una presa in carico.
- **Elaborazione del piano di trattamento:** l'équipe multiprofessionale, sulla base dell'assessment elabora il piano di trattamento individuando un case manager, gli operatori coinvolti, gli obiettivi di guarigione e gli strumenti più idonei per raggiungerli. Il piano di trattamento è discusso e concordato con l'adolescente e la famiglia
- **Verifica:** le verifiche sono effettuate all'interno dell'équipe multiprofessionale con cadenza connessa alle caratteristiche del caso
- **Emergenze/urgenze:** sono svolte dai servizi coinvolti nel programma preposti a questa funzione

COME LAVORA LA RETE



OBIETTIVI GENERALI

- Il macro esito che ci si pone attraverso la cura è il mantenimento del ruolo sociale atteso per lo stadio evolutivo in cui l'adolescente si trova
- Contrasto all'instaurarsi di fattori istituzionali, sociali e individuali (stigma interno), che possono, nel prosieguo della malattia, ostacolare l'attivazione di processi di recovery

....OBIETTIVI SPECIFICI:

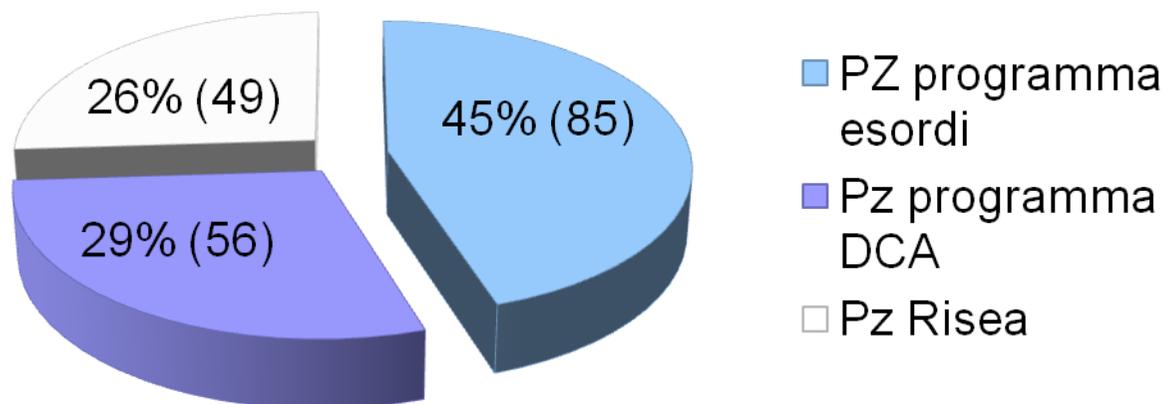
- Superare blocchi evolutivi:
 - aumento delle strategie di fronteggiamento dei sintomi e delle situazioni stressanti
 - aumento delle abilità sociali, comunicative, cognitive, emotive
 - aumento della consapevolezza sul significato dei propri comportamenti per identificare precocemente la possibilità dell'instaurarsi dello stigma interno (es. la rabbia non è un indice di ricaduta, ma un sentimento normale e il sintomo è una modalità di superamento dell'evento stressante in relazione agli eventi di vita e alla fase evolutiva che si sta vivendo)
- Ridurre i rischi di identificazione dell'adolescente con malattia mentale e favorire una identità positiva ed uno stabile senso di Sè
- Ridurre stili comunicativi disfunzionali all'interno del gruppo familiare ed elaborare il vissuto negativo della malattia
- Implementare capacità di lettura dei comportamenti disfunzionali nei contesti di vita dell'adolescente (Scuola, Sport, Associazioni...)

Vantaggi attesi

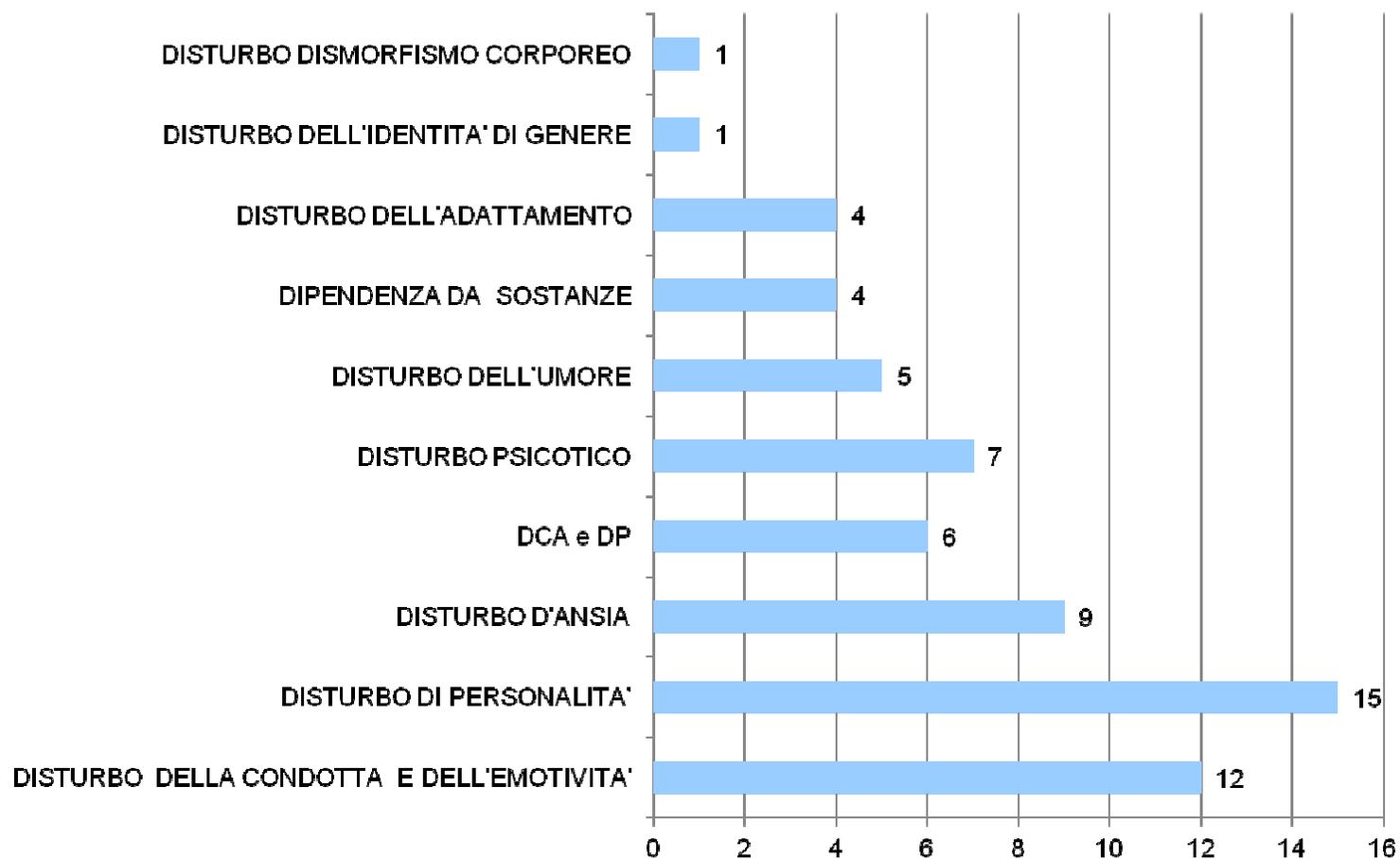
- Strutturazione del programma di cura sul bisogno della persona e non sul modello dell'offerta dei servizi
- Superamento dei modelli di presa in cura sequenziali o paralleli nei casi complessi e di comorbilità
- Trasversalizzare le risorse, utilizzando le competenze già presenti nel Dipartimento
- Operare a soli costi interni

Dati attività dal 1/11/2011 al 31/12/2012

Totale pazienti fascia di età 14-24: 190

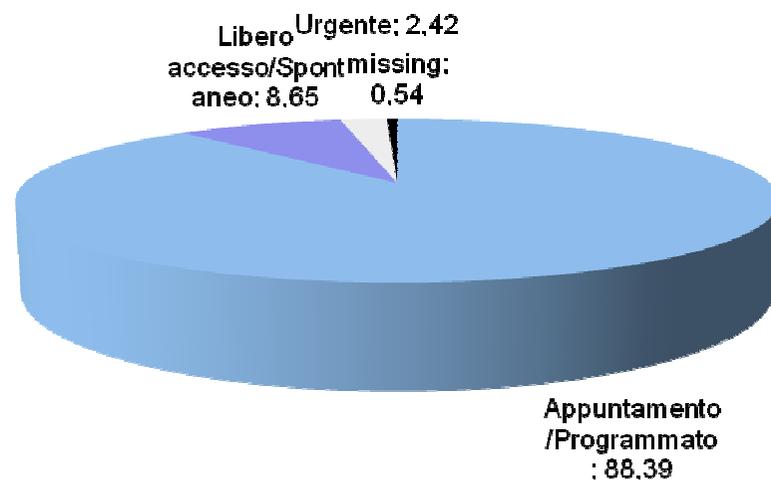


Frequenze per patologia



Accessi per tipologia di modalità

| | n accessi | % |
|--------------------------|-----------|-------|
| Appuntamento/Programmato | 2451 | 88,39 |
| Libero accesso/Spontaneo | 240 | 8,65 |
| Urgente | 67 | 2,42 |
| missing | 15 | 0,54 |



Risultati clinici

- Riduzione sintomatologia d'esordio 60% dei pz
- Remissione clinica: raggiunta per il 10% i pazienti (6 pazienti dimessi dal programma);
- Nuovi episodi di malattia che hanno richiesto un ricovero: due
- Inserimenti in comunità: 3
- Due pazienti trasferiti in Albania con interruzione del Programma

Esiti ripresa del ruolo sociale: scuola/lavoro

- 29 (44,6%) utenti hanno mantenuto il ruolo sociale e continuato la scuola/Università
- 4 (6%) promozioni scolastiche
- 1 (1,5%) Laurea
- 15 (23%) ripresa della scuola/università
- 3 (4,6%) che già lavoravano, hanno mantenuto il lavoro
- 2 (3%) Borse Lavoro
- 10 (15%) Non ancora ripreso il ruolo sociale

CRITICITA'

- Necessità di implementare il modello di lavoro in rete con superamento del modello di appartenenza ai singoli servizi
- Difficoltà dei servizi che lavorano su paradigmi culturali diversi a trovare chiavi di letture comuni che permettano la costruzione di ipotesi interpretative di quel determinato problema e conseguente intervento

CRITICITA'

- Mancanza di luoghi di ricovero o alternativi a questo in momenti critici
- Difficoltà ad acquisire uno stile di lavoro “tempestivo” e “assertivo” superando la tendenza al rinvio e la posizione di attesa