

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

**A** Azienda  
**S** Servizi  
**S** Sanitari

**N°1** triestina



A.S.S. n. 1 Triestina

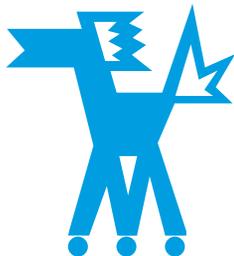
Dipartimento di Salute Mentale



**“Qualcosa è cambiato?”**  
aiutare i giovani  
a rischio di psicosi



Ass n. 1 Triestina  
Dipartimento di Salute Mentale  
[www.triestesalutementale.it](http://www.triestesalutementale.it)



A.S.S. n. 1 Triestina

Dipartimento di Salute Mentale

## “Qualcosa è cambiato?” aiutare i giovani a rischio di psicosi

A cura di Roberto Mezzina, Chiara Luchetta e Clara Minisini  
Con la collaborazione di Daniela Vidoni, Alessandra Oretti  
e Alberto Giammarini.

*Finito di stampare Luglio 2014  
grafica e impaginazione:  
Stampa*



## Sommario

	Presentazione	7
	Cos'è psicosi	13
	Psicosi	13
	Quando e come inizia?	15
	La storia di Filippo	15
	Possibili segnali che qualcosa non va e sintomi psicotici	18
	Quali sono le cause	23
	Vulnerabilità/stress, la goccia che fa traboccare il vaso	24
	Uso di sostanze	25
	Per saperne di più	26
	La sfida della presa in carico: il riconoscimento precoce	29
	Stato Mentale a Rischio non una <i>evoluzione naturale</i>	30
	Per saperne di più	31
	Criteri per lo Stato Mentale ad Alto Rischio (UHR)	31
	Perchè è importante l'intervento precoce	31
	Alcune correlazioni col ritardo nella presa in carico	32
	Appunti per i medici di medicina generale	34
	Come comprendere in colloquio i segnali precoci che qualcosa non va	34
	Specificità degli interventi con ragazzi con possibile stato mentale a rischio	39
	Definire gli scopi	39
	Definire le azioni	39
	Quando il disturbo diventa evidente	41
	Esordio e decorso nella psicosi.	41
	Dal periodo critico alla recovery	42
	Appunti per i medici di medicina generale	44

●	Come arrivare alle cure	45
	L'accesso ai servizi	45
	Appunti per Medici di Medicina Generale	47
	Valutazione e strategie di gestione	47
	L'approccio da adottare fin dal primo contatto	48
	La famiglia	49
	Per saperne di più	51
	Approccio nella somministrazione di farmaci: lo può e lo deve fare il medico di medicina generale?	52
●	Quali sono i compiti dei servizi di salute mentale	55
●	Qual è il ruolo dei Medici di medicina generale	57
	Appunti per Medici di Medicina Generale	60
	Guida alla valutazione e alla gestione del caso	60
●	Trieste: il programma "qualcosa è cambiato?"	65
	Protocollo condiviso	66
	Che cosa offre oggi il programma "Qualcosa è cambiato?"	68
●	Attori chiave a Trieste	71
	Il Dipartimento di Salute Mentale	71
	I Servizi per bambini e adolescenti	76
●	Appendice A	81
●	Appendice B	82
●	Appendice C	83
●	Appendice D	84
●	Bibliografia	85

*«...ora mi conosco più di prima, la mia vita è sicuramente cambiata e questo tipo di esperienza non mi ha tolto dignità, ma ha dato un nuovo senso alla mia storia».*



## PRESENTAZIONE

A partire dagli anni Novanta, il Dipartimento di salute mentale dell'ASS n. 1 Triestina si è reso conto della necessità di specializzare maggiormente la risposta al disagio giovanile, definito fino a quel momento in termini ampi, ponendosi quindi l'obiettivo di meglio specificare ed articolare l'intervento precoce negli esordi psicotici di persone tardo adolescenti e giovani adulti.

Nel corso degli ultimi anni, la domanda di cura dei disturbi mentali severi, e in particolare delle psicosi, non solo si è modificata ma si è di molto qualificata. La speranza di ripresa e di guarigione, oggi più realistica, è nella coscienza delle persone con disturbo mentale, dei loro familiari, dei cittadini. Sempre più spesso molteplici *sensori* come istituzioni scolastiche, famiglie, consultori e medici di medicina generale sono testimoni di quel *qualcosa è cambiato* nella vita di un giovane e sono disposti alla comprensione e all'aiuto.

Più risorse, di differente natura (persone, gruppi, istituzioni, servizi, media) sono oggi contemporaneamente disponibili. Le conoscenze disciplinari e le possibilità di intervento, la consapevolezza e la conoscenza *incondizionate* proprie dei giovani che vivono esperienze di disturbo mentale sono molto più qualificate. È possibile oggi dare valore all'esperienza e tentare di far fronte al profondo rischio di sottrazione di diritto, di risorse, di dignità che coincide con il riconoscimento del disturbo psichico e il contatto con un servizio di salute mentale.

Tuttavia la stessa rete, per altro presente fa fatica a riconoscere il problema e lo rinvia avviando, di contro, un percorso caratterizzato da comunicazioni distorte, dissonanti se non antagoniste o contrapposte; tanto che già prima dell'attivazione di un adeguato programma di intervento si registrano misconoscimenti, rinvio di responsabilità, appropriazioni settoriali o riduttive, perdita di risorse ed infine certamente di tempo.

Non vanno certo trascurati gli aspetti di ordine etico che l'attivazione di programmi di riconoscimento precoce impone. Benché ci sia un accordo unanime sulla necessità di curare gli esordi psicotici nei giovani, e una serie di evidenze sui migliori esiti di tali interventi, che anche Italia ora

si stanno diffondendo, vi sono altresì aspetti problematici che riguardano la loro prevenzione specie se rivolta a soggetti cosiddetti *a rischio* (c.d. prevenzione indicata).

Viene qui sottolineata la questione dei cosiddetti *falsi positivi*: il rischio di individuare persone che mostrano tratti considerati *a rischio* di sviluppare una psicosi, e di sottoporle a trattamenti, mentre invece esse non transiteranno mai verso il disturbo conclamato o andranno incontro a remissione spontanea di una sintomatologia iniziale, le espone ad stigmatizzazione, etichettamento e medicalizzazione e iatrogenicità.

In termini di *stigma*, i servizi di salute mentale non sono sempre *user friendly*, e in sé contengono aspetti negativi, per la percezione sociale che se ne ha ancora oggi, a prescindere dalla qualità del servizio. Quindi occorre mettere in campo strategie specifiche anti-stigma. Infine gli *effetti iatrogeni* dei trattamenti: non esistono interventi sanitari che non abbiano effetti iatrogeni, come ad esempio chiaramente dimostrano farmaci, ma qualsiasi intervento per il solo fatto di essere inserito in un contesto di tipo sanitario. Occorre quindi riconoscere che si deve entrare in contatto con un'area di popolazione che ha dei motivi molto consistenti per non rivolgersi ai Servizi. Un approccio precoce non può riprodurre gli strumenti della psichiatria clinica, bensì occorre mettere in atto strategie mirate sui bisogni e puntare al recupero sociale.

10

Per altro la domanda, ovvero la domanda che stiamo cercando di evidenziare, si presenta sempre più diffusamente con caratteristiche differenti di cui le più frequenti sono conflitto familiare, difficoltà scolastica o lavorativa, droga, comportamenti preoccupanti; caratteristiche tutte legate alle difficoltà che oggi sembrano più rilevanti di assunzione di una identità, o di capacità di giocare con competenza tra le differenti identità che si propongono nell'attuale complessità sociale. Il *sistema salute mentale* appare di per sé sufficientemente accessibile, senza filtri né liste d'attesa, flessibile, declinato in una dimensione altamente comunitaria, dotato di risorse integrate socio-sanitarie e già valutato in studi di esito come efficace.

Dal 2000 è attivo a Trieste il programma dedicato all'esordio che si è posto come obiettivo la definizione di strategie integrate, sia di



prevenzione che di intervento precoce.

Obiettivo del progetto era di ottimizzare il sistema di riconoscimento ed intervento precoce sulla psicosi negli adolescenti e nei giovani adulti, per ridurre il tempo intercorrente tra esordio e presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali; mettere in rete su quest'area il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, i Distretti, i servizi sociali, il volontariato ed il privato-sociale; realizzare una rete di prossimità con i medici di medicina generale e scuole, per segnalare situazioni a rischio verso un singolo punto di accesso della domanda; incrementare le competenze per il riconoscimento precoce; migliorare la qualità delle cure tramite un percorso approfondito di trattamento.

Un intervento precoce, con carattere preventivo, va potenzialmente indirizzato anche a chi non presenta sintomi conclamati ed ha l'obiettivo di ridurre il danno iatrogeno allo sviluppo personale e all'ambiente familiare e sociale prevenendo eventuali ricadute e contrastando il peggioramento delle competenze sociali.

La strategia di prevenzione rivolta a popolazioni già con sintomatologia iniziale prevede una metodologia di intervento articolata attraverso le seguenti azioni:

11

1. Ottimizzazione del sistema di riconoscimento ed intervento precoce sulla psicosi negli adolescenti e nei giovani adulti con l'incremento delle competenze per il riconoscimento precoce.
2. Riduzione del tempo intercorrente tra esordio e presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali mettendo in rete su quest'area il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, i Distretti, i servizi sociali, il volontariato ed il privato-sociale.
3. Realizzazione di una rete di prossimità con i medici di base e le scuole, per segnalare situazioni a rischio verso un singolo punto di accesso della domanda.
4. Miglioramento della qualità delle cure tramite un percorso specifico e sperimentale di trattamento e valutarne il rapporto costo-efficacia.

Il Dipartimento di Salute Mentale, che già propone dal 1991 due edizioni annuali del corso rivolto alle famiglie ad alto carico, nel 2002 realizza la



prima esperienza di intervento indirizzato ai familiari all'esordio  
Organizzata come modulo denominato *gruppo di accoglienza per i familiari di giovani all'esordio psicotico*, risponde alla necessità di prestare attenzione particolare a tali situazioni sia per la delicatezza del momento che sperimentano sia l'utente che i familiari che per la necessità di orientarli verso cure adeguate e di durata congrua a seconda del bisogno, contrastando il rischio, particolarmente alto in queste fasi, di intraprendere percorsi terapeutici discontinui ed irrazionali, oppure di attuare una drammatica sottovalutazione del problema. È rivolto dunque ai familiari di persone giovani che per la prima volta nella loro vita sperimentano dei disturbi psichici o delle vere e proprie crisi psicotiche, e pertanto sono in contatto coi servizi del Dipartimento, da cui sono stati presi in carico e sono stati o sono attualmente seguiti. Si predilige la dimensione del piccolo gruppo e la concentrazione temporale in due settimane allo scopo di fornire il sostegno in modo intensivo in un ambiente personalizzato e confidenziale.

12

Più in generale il programma *Esordio* è stato dettagliato con maggior precisione nell'ultimo decennio per il nuovo impulso ricevuto dalla nascita dei Distretti. Nel 2002 si sono definiti protocolli comuni con i Distretti per le aree ad alta integrazione (handicap psichico, famiglie a rischio e adolescenti problematici, comorbidità con la tossicodipendenza, demenze). Il distretto sanitario, o sociosanitario, è il luogo d'elezione per la raccolta e l'orientamento della domanda, ma anche per la valutazione, specie sui casi a rischio o dubbi, e talora di monitoraggio e trattamento.

Il perfezionamento delle buone pratiche nell'intervento precoce e nel lavoro integrato con i servizi distrettuali ed il Dipartimento delle Dipendenze nel 2004 è stato successivamente sintetizzato nel progetto di ricerca - intervento *Qualcosa è cambiato?*.

Questo libro nasce dal programma *Qualcosa è cambiato?* e intende essere un tassello della strategia di prevenzione rivolta a ragazzi già con sintomatologia iniziale e, attraverso una promozione della salute mentale in una rete integrata con le scuole e i medici di base che favorisca il cambiamento culturale, è finalizzato ad una riduzione dei ritardi nella presa in carico da

parte dei Servizi.

Uno degli obiettivi che si vuole perseguire è la costruzione di un percorso di arrivo ai servizi non stigmatizzante, che faciliti il contatto e, ove opportuna, la presa in carico.

Nella creazione di questo percorso le scuole superiori e i medici di base possono rivestire un ruolo strategico in quanto testimoni diretti di richieste d'aiuto.

Nelle scuole la figura dell'insegnante come interlocutore esperto, come spettatore di processi di socializzazione secondaria e di crescita negli adolescenti e come promotore di una cultura sociale sulla salute mentale può divenire mediatore consapevole tra la richiesta di aiuto di un ragazzo e la risposta dei Servizi.

Al contempo i medici di base, già *informant* delle famiglie, ovvero attori primi di percorsi di educazione sanitaria, possono operare per una diagnosi precoce, per il monitoraggio delle situazioni a rischio e per l'invio di secondo livello ai Servizi del Dipartimento di salute mentale e per il successivo mantenimento della continuità terapeutica. Cruciale è anche il loro ruolo nella tutela della salute fisica e del benessere, anche in relazione alla sicurezza dei trattamenti farmacologici.

13

Gli obiettivi diretti del progetto *Qualcosa è cambiato?* nell'area delle cure primarie e delle scuole sono:

- destigmatizzazione e cambiamento culturale;
- facilitare l'invio di condizioni di disagio di adolescenti e giovani adulti (età 18-30 aa.);
- riconoscimento precoce del disturbo psicotico: formazione delle capacità diagnostiche (Medico di base) e di riconoscimento dei problemi del disagio in ambito di socializzazione (Scuola);
- sviluppo di esperienze di collaborazione sul campo tramite ad es. accessi e primi contatti presso il medico di medicina generale.

Gli obiettivi indiretti sono:

- attenzionare servizi e strutture della comunità e sensibilizzarli sul problema;
- riduzione del ritardo di trattamento;



- aumento dei casi segnalati come a rischio o dubbi per fornire comunque un aiuto in termini ampi, psico-sociali;
- evitare l'arrivo traumatico in condizioni di emergenza ed in ambito ospedaliero;
- differenziare i settings di intervento nei luoghi comunitari e di vita delle persone;
- collegamento stretto operativo tra medici di base, servizi per Bambini e Adolescenti dei Distretti e Dipartimento di Salute Mentale.

Tra i vari strumenti, si è valutata la produzione di materiali multimediali (cartacei ed audiovisivi) e promozione di una campagna di stampa e nella comunità, anche da usare in corsi di formazione ed interventi di educazione alla salute in ambito scolastico in funzione antistigma.

14 Ci si è rivolti all'attuale letteratura internazionale sull'esordio psicotico e sulla salute mentale dei giovani, cercando di selezionare esempi, frasi, suggerimenti, analisi che si ritenevano utili ad una divulgazione che non fosse troppo semplificante, ma che mantenesse un'attenzione adeguata ai contenuti e alla profondità dei problemi e dei vissuti.

Il risultato è uno strumento di lavoro per i medici di medicina generale, che sono a stretto contatto con i giovani con il complesso ruolo di chi ascolta e aiuta.

Roberto Mezzina



# COS'È PSICOSI

## Psicosi

*«Il termine Psicosi si riferisce ad una sindrome non specifica caratterizzata da deliri (false credenze), allucinazioni (false percezioni sensoriali non condivise dagli altri), perdita di contatto con la realtà e comportamento bizzarro.*

*Questa sindrome può essere il risultato di un ampio spettro di condizioni che includono sia disturbi psichiatrici primari (schizofrenia e disturbi ad essa correlati), disturbi di ordine medico (traumi fisici, epilessia temporale, demenza, malattie neurologiche ed endocrine, anomalie metaboliche) e disturbi da abuso di sostanze (in particolare amfetamine e allucinogeni).» WHO, 2009.*

Tale termine è quindi usato per descrivere un disturbo in cui l'individuo sperimenta una distorsione o una perdita di controllo con la realtà (senza offuscamento della coscienza).

Oltre alla presenza di deliri, allucinazioni e disorganizzazione del pensiero (c.d. sintomi positivi), vi sono anche perdita di iniziativa e motivazione, mancanza di interessi, chiusura in se stessi con tendenza all'isolamento ed al ritiro sociale (c.d. sintomi negativi).

Inoltre possono essere presenti altri sintomi quali deflessione dell'umore, ansia, disturbi del sonno, disturbi dell'attenzione, della concentrazione e della memoria che comportano spesso scarso funzionamento scolastico o lavorativo.



## QUANDO E COME INIZIA?

Il dialogo e confronto tra familiari e medici di medicina generale quando vi siano delle avvisaglie di malessere, come un insolito isolamento, un'apatia diffusa o un'inspiegabile iperattività, è la forma migliore di prevenzione di un crollo psicotico.

### La storia di Filippo

Filippo è un bambino vivace, primogenito in una famiglia numerosa, viene seguito alla elementari dalla neuropsichiatria infantile per dislessia. Sportivo e spigliato, quando è in compagnia cerca sempre di essere al centro dell'attenzione e ha un forte legame con la sua squadra di calcio, con cui si allena tre volte alla settimana. A scuola il rendimento non risponde alle aspettative di genitori e insegnanti, e perde un anno di scuola in terza elementare.

Giunge alle superiori e si iscrive all'istituto tecnico, inizialmente i genitori non riferiscono alcun problema, se non una certa tendenza di Filippo a minimizzare e sottovalutare i carichi di studio, ma poi riemergono le difficoltà di attenzione e memorizzazione. Perde un anno di scuola al quarto anno e durante l'estate si chiude in casa, smettendo di giocare a calcio e terminando il corso di chitarra iniziato l'anno prima, con la motivazione di dover studiare per recuperare. Con l'inizio dell'anno scolastico gli insegnanti raccontano ai genitori che lo vedono più chiuso, come se fosse preoccupato, e che più volte ha avuto delle incomprensioni e degli screzi con i compagni che accusa di *giudicarlo troppo* e di *ridergli sempre dietro*. Lui stesso ricorda che in quel periodo sentiva una sensazione strana, *come qualcosa che arriva da dentro e che ha bisogno di essere accerchiata* e che era cambiato il suo modo di stare con gli altri, perché riteneva che questi dicessero di lui delle cose non veritiere.

Racconta ai genitori che in autobus tutti parlano di lui e che ogni tanto accadono delle cose che non si sa spiegare, quasi che gli altri gli leggano la mente.

Inizialmente i genitori hanno minimizzato le cose, considerandole un passaggio adolescenziale, ma di fronte all'angoscia sempre crescente del figlio e alla chiusura avvenuta in quel periodo, lo portano privatamente da uno psichiatra, che gli prescrive una terapia antipsicotica e che lo visita una volta al mese per circa sei mesi.

Parallelamente Filippo inizia un percorso psicoterapeutico con una psicologa privata, che lo segnala al Centro di Salute Mentale dopo qualche mese poichè ritiene indispensabile un approccio territoriale. Filippo ed i suoi genitori giungono al servizio quindi dopo più di un anno dall'inizio della sintomatologia; sono tutti molto spaventati: Filippo perché teme di avere una malattia grave e inguaribile, di cui dice di non sapere nulla e su cui ha paura a fare domande, i familiari perché si sentono molto soli e preoccupati per il suo futuro.

Filippo ha vissuto quell'esperienza che viene comunemente detta episodio psicotico.

18 Quando questo disturbo compare, di solito nella tarda adolescenza o nella prima età matura, si parla di esordio psicotico.

È opinione diffusa che nei giovani adolescenti si possa parlare soltanto di un possibile sviluppo di disturbi psicotici, e non di schizofrenia. Schizofrenia è un termine che viene comunemente associato ad un disturbo che dura da più tempo, maturato, consolidato e che si è stabilizzato. Pertanto si potranno riscontrare in un giovane dei vissuti analoghi a quelli presenti quando si parla di schizofrenia ma nulla deve far pensare ad un esito *naturale* del disturbo. È per uscire da questo pessimismo che si parla di psicosi come condizione in mutamento continuo.

### **Il 75% dei disturbi psichiatrici si manifesta in maniera sintomatologicamente evidente entro i 25 anni.**

Quasi tre ragazzi su cento possono andare incontro ad esperienze di tipo psicotico nella loro vita, anche se pochi svilupperanno un disturbo franco. La più alta incidenza di esordi psicotici si colloca nella tarda adolescenza e nella prima età adulta (14-24 anni) con il 10% - 15% di *Early Onset*

*Psychosis* (EOP, esordio prima dei 18 anni). In questa fase gli adolescenti e i giovani adulti hanno una serie di grandi sfide da affrontare mentre crescono, si separano dalla loro famiglia e cercano di trovare un loro ruolo nel mondo.

Nel periodo di transizione alla prima giovinezza vi sono importanti compiti evolutivi come la separazione dalla famiglia, la scoperta e la pratica della propria sessualità, lo sviluppo e il mantenimento di relazioni tra cui quelle intime, la nascita e la crescita dei propri interessi, hobbies ed abilità, la rincorsa di obiettivi quali un primo lavoro o le opportunità di studi più avanzati. Durante questa fase cruciale di vita, molti giovani fanno fatica ad affrontare le sfide che lo sviluppo impone e molti possono sperimentare una sequenza crescente di stress. Se si affronta l'adolescenza scarsamente equipaggiati, gli *eventi stressanti* possono produrre una spirale negativa nel funzionamento, nella fiducia in se stessi e nelle relazioni sociali.

Quando un adolescente o un giovane adulto sperimenta la psicosi, molti aspetti chiave dello sviluppo possono essere profondamente alterati sin dall'esordio del disturbo. Spesso si hanno regressioni importanti, vengono perdute o rinviate quelle opportunità di lavoro o di studio, possono esserci difficoltà a stabilire relazioni o a reintegrarsi nel gruppo dei compagni.

L'esperienza della malattia può incidere sull'autostima, con vissuti di ansia e depressione. La persona quindi può essere portata ad avere un'immagine di sé disfunzionale, con problemi di dipendenza dagli altri e all'assunzione del ruolo di "paziente psichiatrico".

Storia e cultura non hanno favorito la diffusione di una reale conoscenza sulla psicosi, che risente ancora oggi di luoghi comuni e stereotipi che rischiano solo di rallentare l'accettazione del disturbo e il conseguente passaggio alla cura.

Ad oggi è riconosciuto che la ripresa dalla psicosi è tanto migliore quanto più tempestivi sono il riconoscimento dei sintomi, la ricerca di aiuto e l'inizio della terapia.

(vedi dopo)



Vediamo, al di là dei sintomi, che cosa può essere notato, che cosa è cambiato.

## Possibili segnali che qualcosa non va e sintomi psicotici

### **Scambiare il giorno per la notte.**

La persona ha un'alterazione del ciclo sonno/veglia, con insonnia notturna e desiderio di dormire durante il giorno.

### **Mancanza di scopi**

La persona si sente spossata, priva di energia e di determinazione. Perde interesse nella vita, non ha cura né dell'igiene personale né della propria salute: sembra condizionata da un'incapacità di provare piacere che spesso determina problemi nell'affrontare il lavoro o lo studio.

### **20 Pensiero disordinato o confuso**

La persona ha difficoltà di memorizzazione e di concentrazione. Oppure fatica a pensare in modo lineare. Di conseguenza, spesso dice o fa cose che gli altri stentano a comprendere, parole o azioni che possono essere definiti *discorsi illogici, idee e comportamenti bizzarri*.

Valerio: «*Sono sempre stato preciso nel lavoro, io faccio montaggi di filmati, quando sono stato male ho montato e rimontato un pezzo facendo 7 filmati diversi in pochi giorni, non andava mai bene, ma non sapevo cosa non andasse, intanto non dormivo e non mangiavo, mi stavo lasciando andare senza rendermene conto*»

### **Convinzioni inattaccabili**

La persona vive una condizione in cui le proprie idee e convinzioni non corrispondono ai fatti reali, contrastano con il buon senso comune e sono difficilmente criticabili con il ragionamento. La persona trae conclusioni non condivise, attraverso un esercizio inadeguato della critica.

### **Deliri**

La persona crede che altri, anche congiurando tra loro, cerchino di farle del male. Oppure può essere convinta di possedere super-poteri. O ancora che gli altri possano sentire distintamente i suoi pensieri. O infine che la radio, la tv o l'intero ambiente circostante mandino messaggi speciali proprio per lei.

*Federico: «...è cominciato tutto come un puzzle, un film della mia guerra contro il diavolo. È durato due anni. Viaggiavo l'Europa per studio, ma mi portavo dietro questa idea che prendeva forma. Quando sono tornato a casa mi sono convinto che il diavolo in persona era entrato dentro un oggetto.»*

### **Allucinazioni**

La persona percepisce voci immaginarie che, per esempio, parlano proprio a lei. Oppure vede, ascolta ed odora cose inesistenti. O ancora il cibo ha per lei un sapore del tutto insolito. Talvolta possono essere avvertite fantasiose sensazioni tattili.

21

*Nicola: «Giravo per la città e continuamente incrociavo un vecchio amico che mi passava accanto col motorino, anche 15 volte al giorno. All'inizio mi sembrava strano e impossibile, poi però era reale. Un giorno ho chiesto ad un amico di entrare in un locale al posto mio per verificare che ci fosse dentro quella persona che io da fuori sentivo parlare. Mi ha detto che non c'era e ha cercato di farmi ragionare, ma quella volta non è servito a molto.»*

### **Negazione**

La persona è portata a negare situazioni e circostanze per lei spiacevoli e spesso accetta solo con difficoltà il confronto con le idee degli altri. Inoltre nella maggior parte dei casi non riconosce di avere un disturbo mentale e di conseguenza tende a rifiutare le cure, la cooperazione con i medici e l'aiuto degli altri.



### **Alterato senso di sé**

La persona ha la sensazione che il proprio corpo si stia trasformando, che la propria immagine sia diversa o deformata. Oppure ha la sensazione di non esistere. A volte la persona stenta a percepire fisicamente dove finisce il proprio corpo e dove inizia il resto del mondo. Può credere ad esempio che le sue braccia non le appartengano, oppure di essere priva di corpo.

Fabio: *«Mi sentivo scisso, il corpo voleva fare delle cose ma i pensieri e la mente lo bloccavano, non trovavo un equilibrio. Col passare del tempo sentivo che lo star fermo alterava il mio corpo, la schiena era tutta storta e un ginocchio era sceso per la mancanza di muscoli.»*

### **Reazioni alterate di fronte ad eventi normalmente gestibili**

La persona ha emozioni attutite ed appiattite, o al contrario sovraeccitate ed incontrollate.

22

Le prime tolgono interesse a tutto quanto succeda intorno, sembrano spegnere l'individuo e possono ridurre la mimica facciale che si cristallizza in un'espressione rigida e neutra.

Le seconde sembrano accendere a sproposito l'individuo e portano a risposte emotive fuori luogo. La mimica facciale può apparire esagerata.

Sara: *«Ero euforica, stavo benissimo, pensavo di avere una storia col mio professore, facevo tantissime cose e non ero mai stanca.»*

### **Isolamento sociale**

La persona ha difficoltà ad avere rapporti con gli altri, fino a giungere ad evitarne la compagnia per rifugiarsi in un mondo tutto proprio.

### **Depressione**

La persona può sovraccaricarsi di un insostenibile fardello di colpe per essersi comportata male nel passato, per aver distrutto amicizie ed affetti; può temere di non essere degna di venire amata. Tutti questi sentimenti possono portare ad un grave stato depressivo definibile come mancanza



di speranza. Questo stato può far pensare alla fine della vita come ad una soluzione auspicabile.

### **Senso di impotenza e disperazione**

La consapevolezza delle concrete, serie e continue difficoltà incontrate nella vita quotidiana può portare la persona a sentimenti di sconforto e di inadeguatezza.

### **Cambiamenti dell'umore**

Lo stato emotivo cambia repentinamente: la persona vive continui sbalzi di umore.

[mod. da *Fuori come va?* , P. Dell'Acqua. Ed. Feltrinelli. 2013]





## QUALI SONO LE CAUSE

«Un uomo pensante  
non è prigioniero del suo ambiente,  
nè vittima della sua biografia»  
G. Kelly

Sebbene la ricerca abbia fatto notevoli progressi negli ultimi decenni, la comprensione esaustiva delle psicosi rimane ancora una sfida aperta. Vi è comunque un generale consenso sull'origine multifattoriale del disturbo: la genetica, la biochimica e la neurofisiologia interagiscono in maniera dinamica con le esperienze di vita, il *background* socio-culturale e tutti quei fattori che incidono sullo sviluppo psicofisico della persona. Per comprendere l'origine multifattoriale della psicosi, un modello tuttora condiviso è quello della *Vulnerabilità-Stress* (1977). Per questo modello esiste una specifica *vulnerabilità* alla psicosi; vi si valutano inoltre i diversi fattori che possono influenzarne lo sviluppo.

25

Questi fattori sono distinti in:

- Fattori biologici: rappresentati da tutto ciò che è fisico come l'assetto ormonale, il corredo genetico e tutti quegli aspetti prettamente fisiologici che caratterizzano una persona (per esempio, la glicemia alta è un fattore biologico).
- Fattori psicologici: rappresentati da tutto ciò che è mentale come la capacità di gestire lo stress, l'autostima, l'espressione delle emozioni (per esempio, la tristezza che può provare una persona in seguito ad un lutto è un fattore psicologico)
- Fattori sociali: rappresentati da tutto ciò che è in relazione con la persona come la famiglia, l'ambiente lavorativo, il contesto sociale e culturale (per esempio, la condizione economica è un fattore sociale che può incidere sullo sviluppo individuale)

Fin dal concepimento tali fattori determinano in ogni istante quello che siamo, quali sono le nostre fragilità e i nostri punti di forza.

Questi fattori dunque concorrono alla definizione della *vulnerabilità* personale. La complessità dello sviluppo umano non ci permette di prevedere quale direzione prenderanno le interazioni tra tali fattori, né di prevedere se un individuo vulnerabile svilupperà o meno una psicosi. È tuttavia riconosciuto dalla letteratura che, sommata ad una condizione di preesistente vulnerabilità, l'esperienza di fattori stressanti può essere causa di uno scoppio psicotico.

Innanzitutto eventi di vita quali una bocciatura a scuola, una delusione sentimentale, un lutto, un incidente, la perdita del lavoro e alcune fasi del ciclo di vita come l'adolescenza (considerata di per sé un'età di transizione e quindi un passaggio critico altamente stressante) possono essere *fattori di rischio* che aumentano la probabilità che si passi a uno stato di sofferenza psichica.

Fattori di rischio possono anche derivare da un ambiente familiare conflittuale o da una situazione sociale difficile.

26 Viceversa la presenza di una rete sociale forte e di figure familiari di riferimento, l'accesso all'istruzione, le capacità personali di fronteggiare lo stress sono *fattori di protezione* che aumentano la resistenza delle persone agli eventi stressanti.

Conoscere i fattori di protezione e favorirli è utile nel prevenire le ricadute in chi ha già avuto un primo episodio di psicosi, ma è anche importante per sostenere quei ragazzi che si trovano in condizione di vulnerabilità, che attraversano cioè un periodo critico del loro sviluppo e non riescono più a far fronte autonomamente agli eventi di vita

## Vulnerabilità/stress, la goccia che fa traboccare il vaso

L'individuo è in continuo movimento, ma lo sviluppo dell'adolescente e del giovane adulto può, in alcuni casi, andare incontro a battute di arresto, traumi o rallentamenti che non possono essere affrontati efficacemente; sommate, tutte queste esperienze possono indebolire e appesantire la struttura della persona e determinare un certo grado di fragilità.

L'esordio psicotico può così essere visto come la reazione ad una goccia che ha fatto traboccare il vaso, ed i fattori scatenanti possono essere

svariati: un brutto voto, il “no” di un/a ragazzo/a, l’ennesima angheria subita a scuola. Eventi che magari in passato il giovane ha già gestito ma che sommandosi ad una sua fragilità hanno un effetto dirompente e inaspettato.

Accettare la psicosi è un passo cruciale: all’inizio accade spesso che il giovane possa essere portato a minimizzare quanto accaduto (per difesa, paura, stigma), liquidandolo come stress. Questa visione deresponsabilizza ed espone la persona a forte rischio di ricaduta.

## Uso di sostanze

Una nota va fatta sul possibile ruolo giocato, nel favorire una vulnerabilità, dall’uso di sostanze.

I tassi di prevalenza dell’uso di sostanze tra giovani pazienti psicotici sono molto alti, tra il 25% e il 60% e la percentuale di giovani psicotici che abusano di alcool e di droghe è tre volte quello riscontrato in un gruppo di pari età nella popolazione generale (*Regier, Farmer e Rae, 1990*).

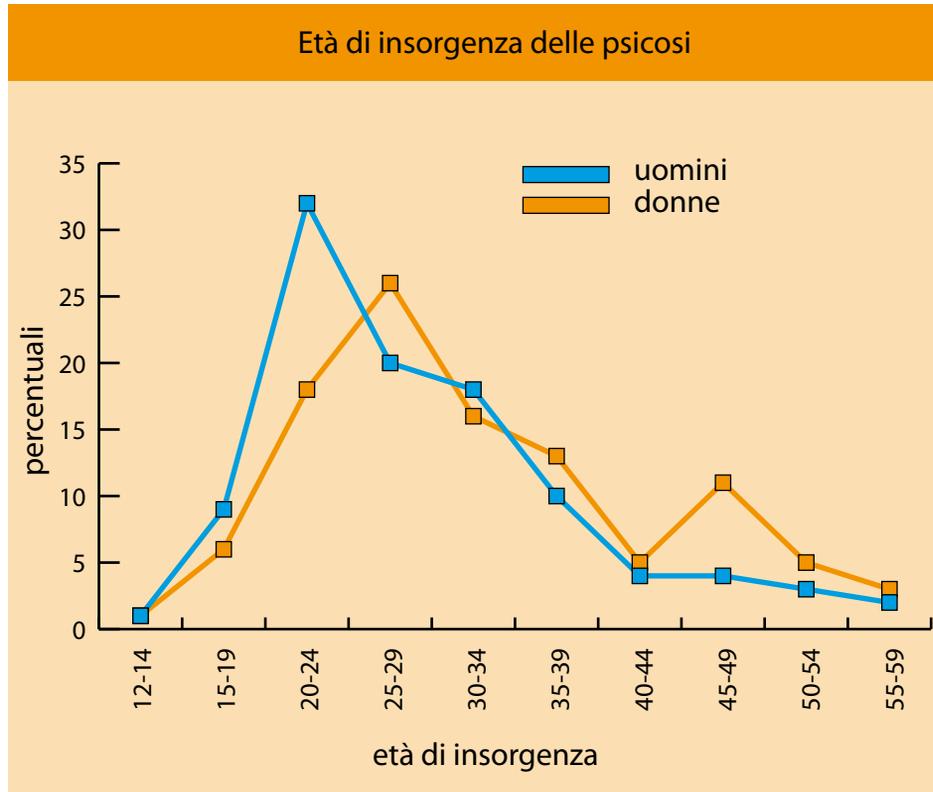
Tali numeri impongono un’attenzione particolare nell’indagare la questione se l’abuso di sostanze faccia precipitare la psicosi oppure ne sia una conseguenza. A questa domanda è spesso molto difficile dare una risposta ma possiamo ritrovarne gli estremi nelle due ipotesi più accreditate per spiegare tale comorbidità. Anche se in alcune situazioni si assiste ad un abuso che contribuisce allo sviluppo ed alla manifestazione della sintomatologia psicotica (ipotesi della vulnerabilità pregressa), l’uso di sostanze può in alcuni casi rappresentare per il ragazzo un tentativo di alleviare i sintomi disturbanti della malattia o gli effetti collaterali della terapia farmacologica (ipotesi dell’automedicazione).



## Per saperne di più

### Età di insorgenza delle psicosi

28



#### Quali sono le cause: modello multifattoriale

Il modello (Zubin-Spring, 1977) tutt'ora condiviso per comprendere l'origine multifattoriale della psicosi è quello della *Vulnerabilità-Stress*. In questo modello (ampliato in *vulnerabilità-stress-coping* da Nuechterlein, 1987), si parla di una specifica *vulnerabilità* alla psicosi e si valutano i diversi fattori di rischio che possono influenzarne lo sviluppo, questi fattori sono distinti in:

1. Fattori di rischio di tratto (permanenti)
  - Familiarità per disturbi psicotici
  - Storia di complicazioni ostetriche perinatali
  - Infezioni virali in gravidanza
  - Ritardo sviluppo psicomotorio
  - Basso livello intellettivo
  - Personalità vulnerabile (schizoide o schizotipica)
  - Funzionamento premorbo scadente o problematico
  - Storia di traumi cranici
  
2. Fattori di rischio di stato (situazionali)
  - Nascita e infanzia in aree urbane
  - Eventi di vita stressanti, inclusi eventi traumatici infantili
  - Abuso di sostanze
  - Appartenenza a minoranze svantaggiate

### **Modello vulnerabilità-stress-coping ( Nuechterlein, 1987)**

Tre categorie di fattori interagenti tra loro: fattori di vulnerabilità, fattori di stress psicosociali e fattori protettivi. 29

1. Fattori di vulnerabilità personale
    - Disfunzioni dopaminergiche
    - Ridotta capacità di processazione
    - Iper-reattività del sistema nervoso autonomo e stimolazioni negative
    - Tratti schizotipici di personalità (secondo il DSM IV TR)
  
  2. Stressor e fattori ambientali facilitanti
    - Clima familiare caratterizzato da ipercoinvolgimento critico o emotivo
    - Ambiente sociale iperstimolante
    - Eventi di vita
  
  3. Fattori protettivi personali e ambientali
- Personali
- Coping e autoefficacia (ad esempio una buona relazione tra affetti e

modalità di coping)

- Farmaci antipsicotici

Ambientali

- Capacità della famiglia nella risoluzione dei problemi
- Interventi psicosociali di supporto



## LA SFIDA DELLA PRESA IN CARICO: IL RICONOSCIMENTO PRECOCE

*Ciò che si perde in precisione  
lo si guadagna in esattezza*

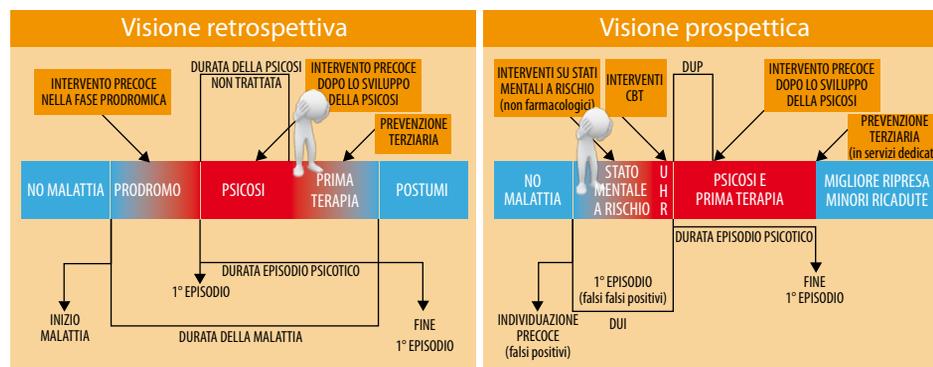
Gli studi sulla fase prodromica della psicosi di fatto sono studi retrospettivi (studio della fase che ha preceduto un episodio condotta solo dopo la comparsa dei sintomi, con conseguente ricostruzione a posteriori e limitazione del campione a chi effettivamente giunge ai servizi). Ciò comporta dei limiti operativi notevoli soprattutto se si vuole puntare la lente sull'intervento pre-psicotico (prevenzione primaria).

Ad oggi l'individuazione mirata di situazioni sottosoglia è ancora una questione controversa. Se da un lato tali sintomi possono essere i precursori di un disturbo, dall'altro potrebbero essere l'epifenomeno di una condizione di temporanea fragilità e risolversi spontaneamente (sintomi falsi positivi).

In una visione prospettica, che tenga in considerazione la variabilità della fase che potrebbe precedere un disturbo, viene a cadere il concetto di prodromo (che suggerisce una progressione che non può essere interrotta) in favore del più articolato *stato mentale a rischio*.

31

### Visione Retrospettiva vs Prospettica



## Stato Mentale a Rischio non una *evoluzione naturale*

Lo stato mentale a rischio coglie l'insieme dei cambiamenti che sono manifestazione di un disagio ma che non sono ancora patologici. I primi segnali a manifestarsi sono aspecifici e si configurano come limitazioni autopercepite (non riconoscibili dall'esterno) associate a flessione del tono dell'umore, relative alla percezione di sé e alla funzionalità corporea, alla tolleranza dello stress, alla organizzazione del pensiero (attenzione, memoria e concentrazione), alla interazione sociale (sintomi di base). Ad essi si aggiungono una serie di "sintomi negativi attenuati" quali: isolamento sociale, diminuita capacità di espressione delle emozioni, modalità di pensiero rigide o semplicistiche, scarsa cura di sé. Si parla di durata del disturbo non trattato (DUI - *Duration of Untreated Illness*) per riferirsi al tempo che intercorre tra l'inizio del disturbo e la presa in carico.

- 32 Sebbene aspecifici questi vissuti possono essere per il giovane estremamente angoscianti e invalidanti, indipendentemente dall'esito (dal 10% al 50% di giovani riportano almeno 2 sintomi prodromici di psicosi all'età di 16 anni, il 99% andrà incontro a remissione spontanea).

L'intervento dei servizi di salute mentale in questa fase di disagio smuove pertanto delle questioni etiche non sottovalutabili (quando, se e soprattutto come intervenire) anche alla luce della non specificità e non sensibilità dei criteri di identificazione degli stati mentali a rischio. Per ridurre tali margini di incertezza gli studiosi hanno cercato di individuare, con valore predittivo sempre più alto, quella popolazione con maggiore probabilità di giungere all'esordio del disturbo conclamato giungendo alla definizione dei criteri che identificano stati mentali ad alto rischio (UHR - *Ultra High Risk*).

I criteri in questione sono stati validati in numerosi studi e individuano i giovani *ad alto rischio* di sviluppare una psicosi con una transizione all'esordio, nei 24 mesi successivi, dal 16% al 41% delle persone (Yung, 2008).

## PER SAPERNE DI PIÙ

### Criteri per lo Stato Mentale ad Alto Rischio (UHR)

1. Sintomi psicotici Attenuati (per diverse volte a settimana) come:
  - idee di riferimento dove rimane la possibilità di critica;
  - sospettosità;
  - dispercezioni uditive o in altri canali sensoriali ma sotto la soglia psicotica;
  - bassi livelli di disorganizzazione concettuale.
2. Sintomi psicotici Brevi/ Limitati/ Intermittenti presenti nell'ultimo anno: sintomi psicotici di durata minore di una settimana (si risolvono spontaneamente).
  - idee di riferimento senza critica;
  - pensieri magici;
  - disturbi della percezione;
  - ideazione paranoide;
  - pensieri ed eloquio idiosincrasici.
3. Tratti e fattori di stato a rischio che durano per almeno un mese e sono accompagnati da una diminuzione del funzionamento globale: presenza di sintomi non specifici (ansia, deflessione del tono dell'umore) più tratti di rischio per lo sviluppo di un disturbo psicotico (personalità schizotipica o familiarità per i disturbi psicotici in un parente di primo grado)

33

### Perchè è importante l'intervento precoce

I soggetti con disturbo psicotico giungono generalmente ai servizi di salute mentale solo dopo una lunga durata di psicosi non trattata (DUP- *Duration of Untreated Psychosis*) di 1 - 2 anni (con media di 26 settimane).

La durata della psicosi non trattata segna il tempo che intercorre tra la



comparsa della psicosi conclamata e la presa in carico da parte dei servizi. A livello clinico c'è accordo sull'impatto che il ritardo nel trattamento dei sintomi psicotici conclamati ha sugli esiti del disturbo.

Diversi studi longitudinali hanno dimostrato una stretta connessione tra la DUP e il decorso della psicosi. Sia Johnstone et al. (1986) che Loebel et al. (1992) hanno riscontrato negli studi che le persone con una DUP maggiore avevano tassi di ricaduta molto più alti di chi aveva ricevuto trattamento in tempi più brevi.

Wyatt (1991) propone l'ipotesi della *tossicità della psicosi* suggerendo che un inizio ritardato di assunzione dei neurolettici sia associato ad una maggiore incidenza di resistenza al trattamento, con conseguenti difficoltà nel processo di *recovery*.

## Alcune correlazioni col ritardo nella presa in carico

Gli studi rivelano una correlazione tra DUP elevata e:

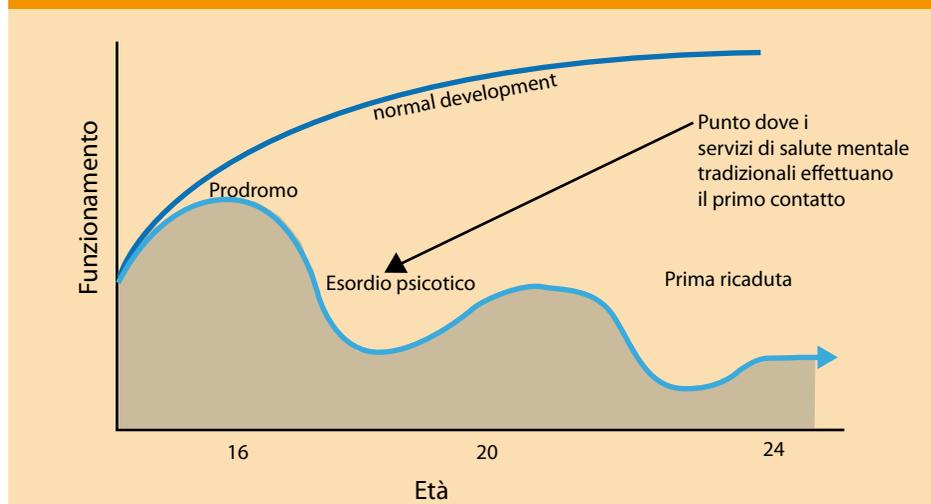
34

- prognosi meno favorevole;
- incompleta remissione dei sintomi;
- aumento di depressione e suicidi;
- abuso di sostanze;
- perdita di autostima;
- interferenze nello sviluppo psichico e sociale;
- interruzione degli studi e del lavoro;
- aumento del carico familiare e dell'emotività espressa;
- alto dosaggio di neurolettici necessari per il trattamento;
- maggiori ricoveri.

Appare chiaro che l'intervento precoce al primo episodio psicotico (prevenzione secondaria) debba puntare a ridurre la durata della psicosi non trattata agendo sulle possibili cause del ritardo:

- difficoltà del riconoscimento
  - riluttanza nel cercare aiuto
  - assenza di servizi di salute mentale prossimi alla persona
- 

## Il corso normale della psicosi



La difficoltà del riconoscimento – con gli interrogativi che smuove – e la presenza di servizi di salute mentale prossimi alla persona (programma *Qualcosa è cambiato?*) verranno trattati approfonditamente in seguito. La riluttanza nel cercare aiuto porta con sé la questione irrisolta dello stigma che accompagna i disturbi mentali e che vede nelle campagne di promozione della salute e nell'informazione fornita alle famiglie dagli operatori presenti in prima linea nel territorio (come i medici di medicina generale) i principali strumenti di cambiamento culturale.

35

I primi tentativi dei familiari di riconoscere il comportamento difficile del giovane come disagio mentale o disturbo che richiedono un intervento, possono portare a far nascere risentimento e sfiducia nel parente. Questi tentativi possono confermare il senso di fallimento personale e di rigetto nel parente o rafforzare le sue idee fisse. *I familiari sono costretti a scegliere se agire in collusione con le convinzioni e i comportamenti, a volte già patologici, o se ritenere che i problemi richiedano l'attenzione medica.*

Il modo in cui i membri della famiglia interpretano il comportamento del figlio o della figlia ha un profondo effetto sulla loro reazione pratica ed emotiva. La rapidità e il modo in cui cercano aiuto vengono influenzati

dal fatto che la famiglia consideri il comportamento un problema medico o psicologico, piuttosto che non un problema legale o sociale. Non si dimentichi che le prime manifestazioni sono aspecifiche.

## Appunti per i medici di medicina generale

### Come comprendere in colloquio i segnali precoci che qualcosa non va

36 Il medico di medicina generale è spesso il primo ad intercettare la richiesta di aiuto di un ragazzo (o della sua famiglia), in questo incontro è cruciale il colloquio che diventa strumento di approfondimento e diagnosi laddove il medico può inizialmente cogliere vaghi aspetti discordanti nella comunicazione. È stato uno psichiatra canadese della McMaster University di Hamilton (Lesser, 1981) a codificare le 5 fasi del colloquio alla fine degli anni ottanta. Il suo intento è stato quello di fornire al medico una bussola per il *riconoscimento di un disagio* che appare nell'intervista ad un paziente, fornendogli alcuni elementi per riconoscerlo e se possibile trattarlo. Analoghi lavori su questo argomento sono stati condotti in Europa (Golberg .1993 e Mc Guyre 2002) e in Italia (Asioli 1996).

Ci chiariremo meglio con l'esempio seguente.

*«I risultati dell'emocromo, Marco, sono nella norma. Ora abbiamo la conferma che la stanchezza e la pesantezza agli arti che senti a volte non sono dovute a carenze, come prima pensavi. I tuoi valori sono quelli di un ragazzo di 23 anni in buona salute».*

A queste parole il ragazzo non reagisce con un sorriso, come ci si aspetterebbe o comunque con una retroazione positiva, ma abbassa il capo e non guarda il medico negli occhi muovendosi più e più volte cambiando posizione sulla sedia. Non può e non deve sfuggire al medico



che il ragazzo ha un problema del quale non è ancora riuscito a parlare. Questa prima fase del colloquio è quella dell'intuizione. A questo punto è necessario che sia lo stesso medico ad incoraggiare il paziente a parlare per mettere in evidenza, se c'è, un problema nascosto con frasi del tipo «*mi sembra che non sei così contento di sapere che non hai i valori sballati, mi sarei aspettato un sorriso o un cenno di assenso da parte tua, forse c'è qualcos'altro che ti preoccupa?*». È a questo punto che il paziente, incoraggiato, saprà trovare le parole per esprimere il suo disagio. Questa seconda fase del colloquio è quella del riconoscimento.

Alcuni segnali che i ragazzi possono manifestare sono:

- aumentata difficoltà o preoccupante declino scolastico, lavorativo e/o nel funzionamento sociale
- difficoltà di concentrazione o di pensare lucidamente;
- sospettosità, sfiducia o disagio con altri;
- idee inusuali, pensieri e/o comportamenti bizzarri;
- cambiamenti nel modo di percepire le cose e i suoni;
- ritiro sociale/isolamento;
- emozioni disregolate o mancanza di emozioni;
- sentimenti depressivi o di ansia;
- ritiro dalle amicizie e dai legami familiari;
- aumentata sensibilità alle esperienze sensoriali;
- declino nella cura di sé o nell'igiene personale;
- confusione rispetto alla propria identità e al proprio futuro;
- sentire come se la propria mente si stesse prendendo gioco di sé o come se non si avesse controllo sui propri pensieri o idee.

(dal *North American Prodrome Longitudinal Study – NAPLS*)

Segue a questo punto la fase di *valutazione* del problema, il medico dovrà cioè rendersi conto di quale impatto abbia sulla salute del paziente il problema che sta emergendo. A volte, anzi spesso, un problema psicologico ha reali impatti sullo stato di salute, può causare ad esempio insonnia che potrà a sua volta causare scarso rendimento scolastico,

isolamento, irritazione e così via.

Si entra quindi nella fase di *ventilazione* cioè nel momento in cui bisogna *dare aria* al problema, facendo in modo che il paziente ne parli apertamente, descrivendo e prendendo coscienza di tutti gli aspetti della questione e come ad essa si possano effettivamente correlare anche disturbi fisici.

Infine (ma ripetiamo che questa suddivisione è del tutto schematica) c'è la fase, auspicabile, della risoluzione del problema. A volte non si tratta di una risoluzione totale e definitiva, che spesso esula dai compiti del medico, ma può essere comunque una presa di coscienza, da parte del paziente, di quello che lui può fare rispetto a quel problema (parlarne se necessario con un operatore dei Servizi di salute mentale) migliorando in maniera sostanziale la sua qualità di vita.

38 È nella natura di chi ha problemi di salute (ribadendo sempre che quella del *paziente* non è una professione) fare domande e richieste; spesso il medico si trova in una posizione di inferiorità perché non è in grado (non sa, non può o non vuole) di rispondere a queste richieste. Si tratta, molto spesso, di richieste di prestazioni improprie, non associate al caso, che il paziente vorrebbe ottenere perché è convinto che siano appropriate per lui e per il suo caso oppure perché ne ha sentito parlare dai mass media o dall'amico o in altri contesti.

Il medico di medicina generale si trova in prima linea ad arginare questo tipo di situazioni per due motivi principali: in primo luogo perché deve essere lui a guidare il processo di cura (*clinical governance*) evitando di percorrere strade che non porterebbero a nessun risultato in termini di salute, in secondo luogo perché, essendo un *allocatore di risorse* incaricato da una convenzione nazionale di adottare tutte le procedure corrette per un razionale iter diagnostico e terapeutico, non può e non deve disperdere risorse in richieste di esami inutili o di terapie incongrue.

Far partecipe, responsabilizzare, spiegare sono tutte attività che competono al medico di medicina generale e insieme alla comprensione e la costruzione del rapporto di fiducia sono il precipitato dei diritti definiti

dalla Carta Europea:

- diritto alla prevenzione;
- diritto all'accesso;
- diritto all'informazione;
- diritto al consenso;
- diritto al rispetto della privacy e della confidenzialità;
- diritto al rispetto dei tempi dei pazienti;
- diritto al rispetto di standard di qualità;
- diritto alla sicurezza;
- diritto all'innovazione;
- diritto ad evitare le sofferenze e il dolore non necessari;
- diritto a un trattamento personalizzato;
- diritto al reclamo;
- diritto al risarcimento.

(I diritti definiti dalla Carta Europea, Bruxelles 2002)

Quando il medico di medicina generale si orienta verso una diagnosi di disturbo mentale è suo dovere informare il giovane paziente e di inviarlo ai Servizi di salute mentale competenti, precisando che la decisione dell'invio allo specialista non implica in alcun modo una diagnosi, l'informazione non deve quindi dare origine ad un eccessivo carico emotivo e di stress. 39

*Un utile accorgimento sarebbe quello di usare come canale informativo il medico di medicina generale... Infatti le persone tendono ad essere influenzate nelle loro scelte dalle opinioni e dall'incoraggiamento che ricevono da persone per loro importanti, come il medico di medicina generale.*

(Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna)

Comunicare al ragazzo che quello che sta vivendo può essere affrontato con degli operatori della salute mentale è cruciale poiché è incisivo nel creare il rapporto con i Servizi e nell'agevolare la presa in carico da parte degli operatori sanitari.

Quanto più è tempestivo il passaggio ai Servizi, tanto prima il ragazzo potrà accedere ad un programma di cure che prevedono il coinvolgimento della famiglia e della rete sociale.

Ecco un modello relazionale che può essere utilizzato da qualunque medico che si accinge a mettere al corrente il paziente del suo stato.

### **Protocollo a sei (+1) punti**

1. Garantisci tempo sufficiente e riservatezza.
2. Stabilisci ciò che il paziente ed i suoi familiari già sanno.
3. Identifica quanto il paziente ed i suoi familiari desiderano conoscere.
4. Fai partecipe (diagnosi, prognosi, possibili terapie).
5. Cerca di comprendere le reazioni emotive del paziente e/o della sua famiglia e rispondi adeguatamente.
6. Formula un piano di assistenza e stabilisci un contratto di lavoro per il futuro - alleanza terapeutica.
  - Rivedi il paziente entro una settimana.

(Buckman)



## SPECIFICITÀ DEGLI INTERVENTI CON RAGAZZI CON POSSIBILE STATO MENTALE A RISCHIO

### Definire gli scopi

L'intervento nel periodo considerato a rischio dovrebbe essere indirizzato a:

- rivolgersi a persone sintomatiche con diminuito funzionamento sociale;
- prevenire i danni causati dai sintomi al normale sviluppo personale e sociale;
- evitare lo stigma che può derivare da un lungo deterioramento;
- alzare la soglia della vulnerabilità;
- minimizzare i costi umani ed economici in caso di transizione all'esordio psicotico.

Dovrebbe altresì considerare i rischi:

- la difficoltà intrinseca a distinguere i sintomi da una normale esperienza adolescenziale;
- la non specificità dei segnali precoci e quindi la loro scarsa accuratezza prognostica;
- la conseguente possibilità di falsi positivi;
- le conseguenze di una precoce, e forse inutile, immissione in un circuito psichiatrico, con la stigmatizzazione derivante dall'ambiente circostante e l'autostigmatizzazione con percezione negativa di sé e del proprio futuro;
- l'impiego di risorse che verrebbero così sottratte a fasi più avanzate e più gravi della patologia.

41

### Definire le azioni

Si è visto che è più efficace con stati mentali a rischio utilizzare interventi che si sono mostrati validi, e già consolidati, nel prevenire le ricadute, come ad esempio:



- interventi con i familiari (counseling, psicoeducativi, psicoterapeutici);
- approcci psicoterapeutici individuali (es. cognitivo-comportamentale) e sul mantenimento del funzionamento sociale;
- interventi sociali (ripresa della formazione/lavoro).

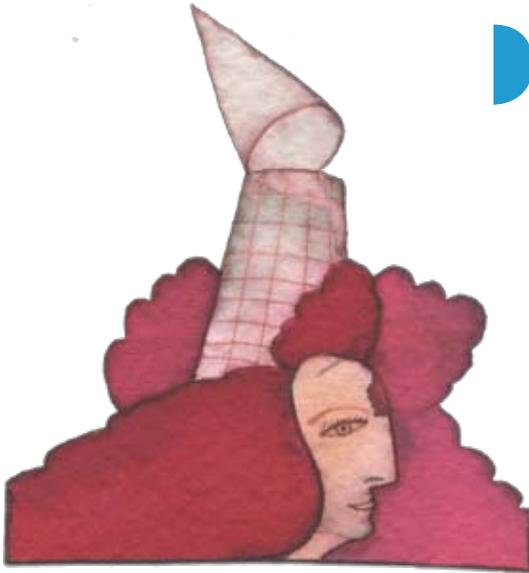
In questa fase è cruciale il ruolo della famiglia e dei medici di medicina generale nel supporto del percorso, porti esso all'esordio o ad una remissione spontanea.

Il periodo che precede l'identificazione di un comportamento difficile o insolito come disagio mentale, può essere particolarmente duro per i familiari. Tra i ragazzi che sviluppano un disturbo psicotico, coloro che mostrano una scarsa integrazione sociale premorbose ed un lento avvio del disturbo, spesso hanno dei genitori che sono stati eccessivamente protettivi, invadenti o con atteggiamenti negativi (Goldstein, 1985).

Un prolungato periodo di tempo tra il primo manifestarsi dei sintomi e il contatto con i servizi può essere associato ad un atteggiamento maggiormente critico o di rifiuto tra i familiari (MacMillan et al., 1986).

42 Durante questa fase, quando spesso manca un sostegno formale, od informale, i parenti devono affrontare la loro propria confusione ed ansietà e, contemporaneamente, cercare di ridurre al minimo il disagio e la perdita delle capacità di relazione sociale della persona.

La centralità del nucleo familiare, come risorsa e puntello alla temporanea vulnerabilità del giovane, è alla base di molti interventi con i giovani all'esordio. A Trieste soprattutto questa centralità si è coniugata con la visione territoriale dei servizi e con l'espressione prettamente domiciliare della *recovery*.



## QUANDO IL DISTURBO DIVENTA EVIDENTE

### Esordio e decorso nella psicosi.

Per cercare di comprendere come avvenga il passaggio da disagio a disturbo può essere utile usare il modello trifasico che vede l'esordio del disturbo psicotico evolversi da prodromo a ripresa con una fase centrale di psicosi conclamata (a volte acuta). Tale modello ritrae semplicisticamente una condizione complessa che può variare anche di anni da una persona all'altra e le cui manifestazioni sono così diversificate quanto lo sono le soggettività pertanto va visto come un efficace modello bidimensionale di una tridimensionalità che non può essere messa su carta.

#### **Prodromo**

Cambiamenti:

- nella sfera affettiva (ansia, irritabilità, depressione, rabbia o appiattimento);
- nella sfera cognitiva (difficoltà nella concentrazione e nella memoria);
- nel pensiero (preoccupazioni, pensieri inusuali);
- fisici (cambiamenti di appetito, perdita di energia e di motivazione);
- nel funzionamento sociale (isolamento, ritiro sociale);
- sintomi positivi attenuati o intermittenti.

43

#### **Fase conclamata / acuta**

Sintomi psicotici positivi:

- disordine del pensiero;
- allucinazioni;
- deliri (persecutori, mistici, di grandiosità, di riferimento, somatici, di inserzione del pensiero).

#### **Prima risoluzione / ripresa precoce**

Il 25 per cento dei giovani all'esordio psicotico si rimetterà completamente, solo nel 10-20 per cento dei giovani i sintomi perdureranno.

## Dal periodo critico alla recovery

I tassi di remissione nel primo episodio sono molto buoni: più dell'85-90% dei soggetti dopo l'esordio psicotico raggiunge la remissione totale o parziale dei sintomi positivi entro 12 mesi dall'inizio del trattamento – e, spesso, anche in assenza di trattamento – (Lieberman 1993, Wiersma e al. 1998).

Nonostante ciò, anche se i sintomi sono stati trattati o si sono fortemente attenuati, la vulnerabilità resta la caratteristica degli anni che seguono l'esordio: sia nella schizofrenia che nelle psicosi affettive si verifica una ricaduta in più dell'80% dei pazienti entro i primi 5 anni; nello stesso periodo si verifica la più alta percentuale dei suicidi e si aggravano o stabilizzano le disabilità ed il deterioramento sociale. Per tali motivi, i primi anni successivi all'esordio psicotico sono detti *periodo critico* (Birchwood, 1997).

44

Il periodo che fa seguito alla remissione dopo il primo episodio psicotico, per una durata di 2-3 anni ma che si può estendere anche fino a 5 o più anni, è detto critico poiché si gioca una partita decisiva tra il precipitare nella “catastrofe personale” (Raphael, 1986) della psicosi e le risorse che la persona può mettere in campo per fronteggiarla.

Questa si configura come una fase di alta vulnerabilità (Birchwood et al. 1998) in cui è indispensabile un intervento di sostegno esterno nel quale si giocano le strategie, i dispositivi e l'organizzazione dei Servizi preposti se si vuole favorire una ripresa (recovery) precoce.

I dati evidenziano negli uomini un esito meno favorevole rispetto alle donne e correlano la giovane età all'esordio con una maggiore gravità della patologia.

Inoltre la presenza di sintomatologia affettiva al primo episodio è tradizionalmente associata ad esiti più favorevoli (Mc Glashan, 1988) anche se numerosi studi dimostrano che la compresenza di depressione e ideazione suicidaria comportano maggiori tassi di ricovero nelle strutture, aumento del numero delle ricadute nei periodi successivi l'esordio e del numero di suicidi (Shepherd et al., 1989; Johnson, 1981; Roy, 1986).

Col termine *recovery*, dal verbo inglese *to recover* che significa riaversi,

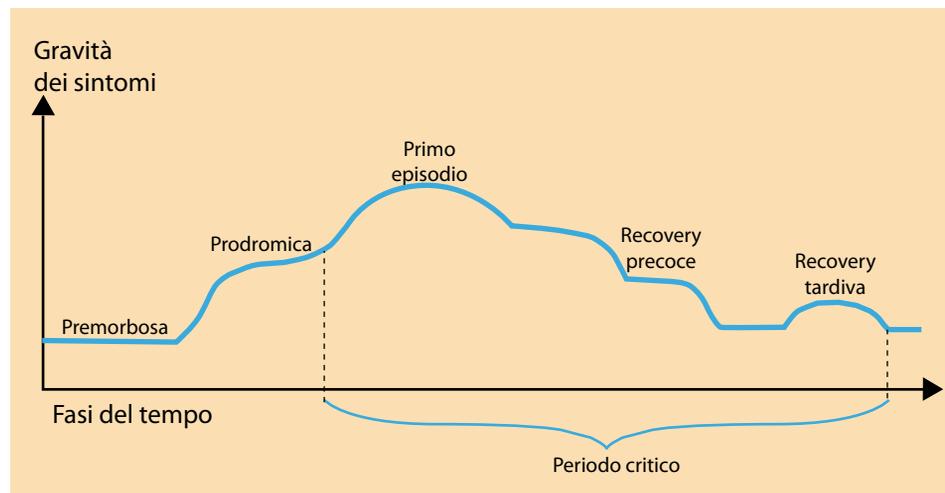
riprendersi, recuperarsi, si indica il percorso o processo che si compie nel superamento della psicosi. Il termine non significa necessariamente guarigione clinica, ma enfatizza il viaggio compiuto da ciascuno nel costruirsi una vita al di là della malattia. *Recovery* ha a che fare con la *presa di coscienza* di sé e dei propri problemi, ma soprattutto dei propri obiettivi di esistenza.

Fondamentale nella recovery è agire tempestivamente su più livelli:

- Biologico: assumere regolarmente la terapia, fare attività fisica all'aperto, controllare la propria dieta, evitare l'assunzione di alcool e droghe.
- Psicologico: instaurare un'alleanza e un dialogo continuo con un operatore del Centro di Salute Mentale (psichiatra, infermiere, psicologo, assistente sociale o tecnico della riabilitazione) poiché conosce questo disturbo e sa come aiutare nell'affrontare i pensieri e le difficoltà che accompagnano la psicosi.
- Sociale: riprendere gli studi, cercare un lavoro con l'aiuto dei tecnici della riabilitazione, riallacciare i rapporti con gli amici o risperimentarsi al più presto in nuove occasioni di incontro e svago.

L'interruzione di alcuni di questi passaggi può rallentare la ripresa o favorire una ricaduta.

45



## Appunti per i medici di medicina generale

Se si sviluppa un disturbo schizofrenico, tener presente che ...

1. La schizofrenia è la più comune tra le psicosi primarie. Con questo termine si indica un disturbo severo che tipicamente compare nella tarda adolescenza o nella prima età adulta; si riscontra equamente sia nei maschi che nelle femmine, sebbene nelle femmine il disturbo compaia più tardi, con un decorso e una prognosi solitamente migliori. Ricerche epidemiologiche riportano una prevalenza puntuale di 0.4%.
2. La schizofrenia è caratterizzata da distorsioni nel pensiero e nella percezione e da emozioni inappropriate. I disturbi coinvolgono le funzioni più nucleari che generano nella persona il senso dell'individualità, dell'unicità e dell'essere nel mondo. Il comportamento ne può risultare seriamente compromesso durante alcune fasi del disturbo, compromettendo il funzionamento sociale della persona. I deliri (inattaccabili convinzioni che sono false e senza alcun fondamento) e le allucinazioni (più frequenti quelle uditive, come il sentire delle voci) sono tipici sintomi psicotici di questo disturbo. Le persone con schizofrenia sono solitamente ben inserite con gli altri, nel tempo e nello spazio.
3. La schizofrenia segue un decorso variabile, con una totale recovery sintomatica e sociale in circa 1/3 dei casi. La schizofrenia può, tuttavia avere un decorso cronicizzante o ricorrente, con sintomi residui e ripresa sociale incompleta. Con i moderni progressi nelle terapie farmacologiche e nella presa in cura psico-sociale, quasi la metà delle persone che sviluppano una schizofrenia possono raggiungere una ripresa piena e duratura. Dei rimanenti, solo 1 su 5 svilupperà serie limitazioni al normale svolgimento della vita di tutti i giorni. Anche dopo la scomparsa dei sintomi franchi di questo disturbo, possono permanere alcuni sintomi residui: perdita di interesse e iniziativa nelle attività quotidiane e nel lavoro, inabilità sociali, incapacità a trarre piacere dalle attività. Questi sintomi possono causare ulteriori disabilità e un graduale peggioramento nella qualità della vita. I sintomi residui possono comportare un grosso peso per le famiglie.



## COME ARRIVARE ALLE CURE

### L'accesso ai servizi

#### **dal contatto con i MMG...**

I programmi comprensivi di individuazione e trattamento precoci di psicosi all'esordio che supportino i bisogni dei giovani in questa fase del disturbo, devono perseguire *la promozione della ripresa, dell'indipendenza, dell'equità (pari diritti) e dell'auto-sufficienza*. Si devono altresì impegnare nel facilitare la ripresa delle opportunità sociali, educative e d'impiego. Questi programmi derivano da una forte sinergia tra équipe dei Servizi di salute mentale e i medici di medicina generale.

Questi interventi tempestivi ed efficaci rivolti a giovani in fase di esordio psicotico, alle loro famiglie, ai loro amici o ai loro carer, rappresentano la maggior garanzia di diritto alla cittadinanza e inclusione sociale.

I medici di medicina generale devono essere equipaggiati per fronteggiare la psicosi all'esordio grazie ad una formazione continua e ad una stretta collaborazione avviata con i Servizi di salute mentale. Il medico di famiglia ha un ruolo importante nella formulazione della diagnosi di psicosi; è lui infatti il primo a dover valutare se i sintomi della persona possono far pensare a una fase prodromica della malattia oppure, nel caso di adolescenti e giovani adulti, se si tratta di semplici problemi legati allo sviluppo (vedi oltre: *Guida alla valutazione e alla gestione del caso*).

La prima cosa da fare è cercare di approfondire il racconto del ragazzo o dei suoi familiari, per comprendere e valutare la situazione. In caso di sospetta psicosi, il medico di base deve affidare il paziente al Centro di salute mentale della zona di appartenenza per una valutazione più approfondita.



### **...all'invio al CSM**

Per accedere ai Centri di salute mentale non sono necessarie formalità di tipo burocratico. La domanda può essere posta al Centro di salute mentale competente dalla persona interessata o da altri soggetti coinvolti (familiari, amici, vicini di casa, ecc.). Le modalità di contatto con il servizio per richiedere l'appuntamento o la consulenza possono essere:

- accesso diretto in orario di apertura;
- richiesta telefonica;
- invio tramite il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- invio tramite medico curante – in questo caso sono possibili due modalità di invio: invio diretto al csm o invio al presidio distrettuale di salute mentale.

### **Invio tramite medico curante diretto al CSM**

I quattro Centri di salute mentale accolgono richieste di visita – anche urgenti, che vengono di norma espletate in giornata – ogni giorno dalle ore 8 alle 20 esclusa la domenica e nei giorni festivi (quando è attivo il medico reperibile dipartimentale presso il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura). Al Centro di salute mentale la persona può essere inviata direttamente:

- preferibilmente tramite contatto telefonico del medico curante col Centro di salute mentale di competenza territoriale, riferendosi alla residenza o al domicilio della persona. Risponderà l'operatore in reception /accoglienza del Centro di salute mentale che raccoglierà i primi dati. Il medico verrà richiamato da un dirigente medico o psicologo nel più breve tempo possibile e comunque in giornata;
- indicando alla persona interessata il Centro di salute mentale di competenza territoriale e fornendone i recapiti. La persona prende da sé l'appuntamento telefonando o recandosi al Centro di salute mentale. Non ci sono liste d'attesa e il primo colloquio di solito avviene entro le 24 ore successive alla richiesta. Tale primo contatto può avvenire in sedi diverse, da quella del Centro di salute mentale competente, quali strutture sociosanitarie, a domicilio e in ogni altro luogo di vita della persona.



### **Invio tramite medico curante al presidio distrettuale di salute mentale**

Per facilitare l'invio da parte del medico curante alla valutazione e consulenza psichiatrica del Servizio di Salute Mentale del territorio di competenza della persona e come complementare al riferimento diretto al Centro di salute mentale, sono operanti nei Distretti i *Presidi distrettuali di salute mentale*.

I presidi sono organizzati dai Centri di salute mentale operanti nel medesimo Distretto. Questo percorso viene suggerito in particolare quando si richiede un rapido riscontro diagnostico e terapeutico riguardo a pazienti che restano in carico al Medico di medicina generale, che comunque possono eventualmente essere presi in carico dal Centro. La persona viene visitata da un medico psichiatra o da uno psicologo del Dipartimento di salute mentale, anche con ulteriori incontri, e poi rimandata al Medico di medicina generale con consiglio terapeutico o presa in carico da parte del Centro di salute mentale.

#### **Modalità d'invio al presidio distrettuale:**

La persona, in possesso di impegnativa che indichi:  
*valutazione presidio distrettuale salute mentale*

per prendere l'appuntamento dovrà telefonare allo 040-3995295 - 5296 da lunedì a venerdì dalle 8 alle 13.

49

## Appunti per i medici di medicina generale

### Valutazione e strategie di gestione

1. I medici devono inizialmente escludere la possibilità che una patologia organica o l'abuso di sostanze siano la causa dei sintomi psicotici riscontrati. Va condotta una accurata raccolta della storia medica e psichiatrica, seguita da esame fisico, neurologico e da una valutazione dello stato mentale.

2. Nelle psicosi causate da condizioni mediche si deve provvedere a curare tali condizioni sottostanti, con l'affiancamento della gestione psichiatrica dei problemi comportamentali. Nelle psicosi indotte da sostanze, può essere necessaria la disintossicazione o una revisione della terapia farmacologica.
  3. Di norma, le persone che stanno attraversando la fase acuta della psicosi dovrebbero essere valutate tempestivamente, anche in presenza di eventuale agitazione e non collaborazione. I medici dovrebbero coinvolgere la persona avviando un dialogo. I familiari e gli amici possono rappresentare un valido aiuto per far collaborare la persona.
  4. I medici possono ottenere dettagli clinici importanti dai familiari o dagli amici. Cambiamenti nel sonno, nel modo di parlare, nel comportamento o nel modo di trascorrere la giornata.
  5. I medici potrebbero essere i primi a indagare se la persona sta pensando a compiere gesti di autolesionismo. I tentativi di suicidio possono presentarsi in ogni momento della fase di recovery , ma i periodi più preoccupanti sono durante la fase acuta, quando la persona può reagire a deliri e allucinazioni e nelle settimane successive alla fase acuta, quando la persona può andare incontro a sintomi depressivi secondari alla psicosi.
- (WHO, 2009)

## L'approccio da adottare fin dal primo contatto

Il primo passo fondamentale per la persona ed i suoi familiari è accettare che qualcosa non va, che altri ragazzi hanno avuto questo disturbo e l'hanno superato con interventi specifici. Il superamento della fase acuta è accompagnato da una sensazione di smarrimento e dalla paura che una cosa così inaspettata possa ricapitare da un momento all'altro.

È importante, per i ragazzi, per i familiari e per gli operatori dei servizi, cercare di comprendere cosa nell'esperienza della persona ha determinato la fragilità e quali sono stati i fattori stressanti. L'elaborazione di questi contenuti può favorire la ripresa e ridurre la probabilità di ricadute in futuro.



La sviluppo della consapevolezza dei propri punti deboli e dei propri punti di forza è il primo passo per avviare un processo di cura di sé, tuttavia questo punto cruciale del percorso di ripresa da un episodio psicotico è lento e difficile.

Inizialmente è possibile un rifiuto del disturbo, specialmente nelle fasi iniziali, per paura dello stigma che tuttora esiste nella società intorno al disagio mentale.

La persona può andare incontro a cali dell'umore e depressione derivati spesso dal pensiero di essere soli o dalla consapevolezza che qualcosa è cambiato per sempre. L'esperienza può essere percepita come incomunicabile e il disturbo come irrisolvibile e sconosciuto.

*Tutte queste emozioni si possono superare e possono evolvere in una maggiore conoscenza di sé se si favorisce una ricostruzione del percorso individuale e familiare.*

## La famiglia

In questo contesto l'esperienza del familiare, ed in particolare del genitore, risulta essere caratterizzata da un elevato carico soggettivo e oggettivo, e si struttura attraverso modalità e stili comunicativi molto studiati. Il modello esplicativo più noto è quello della c.d. *emotività espressa* (EE), dove le tipologie familiari si collocano lungo un *continuum* che va dalla famiglia ad alta emotività espressa (caratterizzata dalla presenza di commenti critici, ostilità, ipercoinvolgimento emotivo, comunicazione confusa) alla famiglia a bassa emotività espressa (caratterizzata da calore affettivo, commenti positivi).

Gli interventi volti a modificare, orientare o supportare il contesto familiare – e gli stili comunicativi interni – vede ad oggi contrapporsi programmi mono e multifamiliari, con o senza la presenza del paziente. Questi ultimi sono stati anche formalizzati in un modello più ampio e articolato, che comprende sedute di *joining* per agganciare i pazienti e i loro familiari, un workshop multifamiliare di psicoeducazione e incontri multifamiliari organizzati attorno al *problem solving*.

*Gli approcci multifamiliari sono inclusi come componenti fondamentali del trattamento delle psicosi all'esordio.*



Gli interventi familiari e individuali messi in atto in questa fase sono orientati alla continuità, a prescindere dalle manifestazioni sintomatiche, ciò è sostenuto dal fatto che il livello di disabilità raggiunto dalla persona entro i primi due anni in seguito all'esordio è altamente predittivo del livello di disabilità successivamente riscontrabile (vedi *periodo critico*). Il rapporto terapeutico con la famiglia, o con il *carer*, riveste un ruolo cruciale nella prevenzione delle ricadute nella fase di *recovery*. Per i ragazzi l'adattamento al disturbo psicotico è una sfida spesso superiore alle loro forze e i *drop-out* sono frequentissimi. In questi casi la costruzione di una buona relazione terapeutica e la definizione concordata di una strategia in caso di ricaduta sono fattori imprescindibili per la continuità della cura. Proprio con questi obiettivi a Trieste si è progettato e realizzato dal 2002 un modulo specifico di interventi con i familiari di giovani all'esordio psicotico, che si differenzia dal programma già attuato nel dipartimento di salute mentale (corso standard), cui i familiari possono successivamente essere inviati.



## PER SAPERNE DI PIÙ

Per comprendere quali possano essere le tappe possibili per l'avvio di un percorso di cura può essere utile cercare di delinearle alla luce dei punti nodali nel riconoscimento del disturbo.

### Punti nodali nel riconoscimento precoce (stadiazione)

	Dal disagio al disturbo	Quale recovery
Stadio 1	Vissuto soggettivo di un cambiamento	La persona ha delle esperienze che sente come <i>strane</i> ma che ancora non riconosce consapevolmente. Questa fase prende forma nel mondo interiore della persona. La cornice per meglio comprendere questi vissuti soggettivi è quella dei <i>sintomi di base</i> (presenti molti anni prima dell'esordio psicotico) che si intrecciano e sfumano con gli stili cognitivi della persona.
	Consapevolezza oggettiva (familiari/ insegnanti/ medici di medicina generale) del cambiamento	La persona manifesta i primi cambiamenti comportamentali che rendono possibile un intervento di <i>prevenzione selettiva</i> (su popolazione a rischio). Gli interventi possono essere psicoterapeutici e psicosociali, volti ad un superamento delle idee disfunzionali e della sintomatologia sottosoglia (si veda Appendice A - <i>Early detection Screening</i> )
	Riconoscimento che il disagio o i cambiamenti sono un problema (calo di <i>performance</i> ) di salute mentale	Il livello della sintomatologia intacca il mantenimento della funzionalità individuale. Il giovane non ha più una rete amicale o comunque gli è estremamente difficile svolgere le attività quotidiane. Gli interventi in questa fase sono di <i>prevenzione mirata</i> (su popolazione ad alto rischio di psicosi). Un ostacolo alla tempestività degli interventi in questa fase può dipendere dal ritardo nell'identificazione del disturbo come disturbo di tipo mentale (in questa fase si collocano le prime ricerche di soluzioni e le consultazioni di vari specialisti che sovente precedono l'approdo alla salute mentale).

Stadio 2	Ricerca di aiuto e approdo al riconoscimento dei sintomi da operatori altri, sociali e/o sanitari	La persona o più frequentemente i familiari avviano un percorso di ricerca di aiuto che spesso si rivolge in prima battuta a specialisti privati (neurologi, psichiatri, psicologi) per consulti o cure (cliniche private). In questa fase è cruciale l'informazione fornita dai medici di medicina generale sulle modalità di accesso e sui percorsi offerti dai Servizi pubblici.
	Riferimento del caso ai Servizi di Salute Mentale	La sintomatologia incide sul tempo che intercorre tra i primi sintomi psicotici e l'arrivo ai Servizi di salute mentale. Una sintomatologia caratterizzata maggiormente da chiusura delle relazioni sociali, da umore depresso, da apatia e da mancanza di energie (c.d. sintomi negativi) caratterizza gli esordi più insidiosi e difficili da cogliere con un ritardo nella presa in carico. L'espressione di una sintomatologia di questo tipo è predittiva di un esito sfavorevole sia a breve termine che a lungo termine per la maggior parte degli autori (Beiser et al., 1988; Eaton et al., 1995).

## Approccio nella somministrazione di farmaci: lo può e lo deve fare il medico di medicina generale?

L'impiego dei trattamenti farmacologici nei soggetti ad alto rischio o nella fase prodromica di una psicosi franca, al fine di prevenire l'insorgenza del disturbo o di migliorare l'evoluzione clinica dello stesso, è controverso.

È invece *raccomandato* il trattamento farmacologico dei soggetti al primo episodio di psicosi, cioè con sintomatologia conclamata (Sistema nazionale per le linee guida, 2007).

In questi casi è buona prassi seguire uno stile c.d. *cominciare con poco e piano*, ovvero:

- prescrivere basse dosi serve a minimizzare la possibile comparsa di effetti collaterali (i più frequenti sono effetti extrapiramidali);
- gli antipsicotici hanno bisogno di tempo per essere efficaci. A volte si possono associare nelle prime settimane gli ansiolitici per un controllo dell'agitazione;
- procedere aumentando di poco (es. 0,5 mg. Risperidone) ogni settimana.

I trattamenti farmacologici sono sicuramente indispensabili nel trattamento delle fasi acute, ma non c'è pieno accordo invece in letteratura per quel che riguarda la continuazione di terapie con neurolettici a bassi dosaggi.

Si consiglia di prendere in considerazione la possibilità dell'interruzione della terapia farmacologica nei pazienti con una durata breve di malattia e, contemporaneamente, di lavorare sull'identificazione di un paradigma *a intermittenza* o *mirato* in cui il farmaco sia prescritto solo al primo segnale di ricaduta (Birchwood, 1995)

55

### **Quale antipsicotico**

Non emerge una sostanziale differenza fra antipsicotici tipici e atipici (risperidone, olanzapina, quetiapina, amisulpride, aripiprazolo) quanto all'efficacia, ma vi è un profilo differente negli effetti collaterali favorevole agli atipici per quanto riguarda i sintomi extrapiramidali.

Da alcuni studi clinici controllati e randomizzati con soggetti *first-episode* è emerso, a fronte di un limitato vantaggio in termini di efficacia, un minore rischio di induzione di sintomi extrapiramidali dell'olanzapina rispetto all'aloiperidolo e del risperidone rispetto all'aloiperidolo.

Gli effetti collaterali più comuni dei farmaci tipici sono di tipo extrapiramidale (parkinsonismo, distonie, acatisia, discinesia tardiva), con un rischio di provocare discinesia tardiva persistente del 5% per anno di trattamento.

Gli antipsicotici atipici, sono responsabili soprattutto di effetti collaterali di tipo metabolico (aumento di peso, iperglicemia, diabete), endocrinologico (elevazione della prolattina e conseguenti disfunzioni

nella sfera sessuale) e cardiologico (ipotensione ortostatica e prolungamento del tratto QT).

Non esistono prove di maggiore efficacia dei farmaci atipici rispetto a quelli tipici per i soggetti all'esordio o in fase acuta di schizofrenia, anche se linee guida internazionali raccomandano di considerare l'uso degli antipsicotici atipici come trattamento di prima scelta.

L'alternativa tra farmaci di prima e seconda generazione (atipici) deve essere valutata caso per caso, in considerazione da un lato della minore incidenza di sintomi extrapiramidali e dall'altro del maggior rischio di effetti metabolici che possono emergere a seguito dell'uso di farmaci atipici. In ogni caso ogni persona reagisce in modo diverso e il trattamento va quindi individualizzato.

La terapia farmacologica nel periodo che segue l'esordio psicotico è efficace nel ridurre le ricadute. L'impiego dei farmaci in questa specifica fase della patologia è raccomandato, mentre sono necessari ulteriori studi per verificare l'impatto di tale terapia sulla prognosi a lungo termine (Sistema nazionale per le linee guida, 2007).

56

### **Farmaci antipsicotici**

#### Antipsicotici tipici

- Aloperidolo (Serenase, Haldol)
- Amisulpiride (Solian)
- Perfenazina (Trilafon)
- Clorpromazina (Largactil)

#### Antipsicotici atipici

- Risperidone (Risperdal)
- Olanzapina (Zyprexa)
- Quetiapina (Seroquel)
- Aripiparazolo (Abilify)
- Clozapina (Leponex)



## QUALI SONO I COMPITI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Sono raccomandati trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari e il *training* di competenza sociale nel periodo che segue il primo episodio psicotico.

Sono raccomandati il regime di Trattamento assertivo di comunità (ACT) e le caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità, quali elementi indispensabili a un buon funzionamento di servizi dedicati all'identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio psicotico (Sistema nazionale per le linee guida, 2007).

Il programma dedicato all'esordio si pone l'obiettivo della definizione di *strategie integrate sia di prevenzione che di intervento precoce* su questa fascia di utenza.

Gli interventi a carattere preventivo (prevenzione indicata) vanno indirizzati anche a chi non presenta sintomi conclamati ed hanno l'obiettivo di ridurre il danno iatrogeno allo sviluppo personale e all'ambiente familiare e sociale prevenendo eventuali ricadute e contrastando il peggioramento delle competenze sociali.

57

La strategia di prevenzione rivolta a popolazioni già con sintomatologia iniziale prevede una metodologia di intervento articolata attraverso le seguenti azioni:

- ottimizzazione del sistema di riconoscimento ed intervento precoce sulla psicosi negli adolescenti e nei giovani adulti con l'incremento delle competenze per il riconoscimento precoce;
- riduzione del tempo intercorrente tra esordio e presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali mettendo in rete su quest'area il Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento delle dipendenze, i Distretti, i Servizi sociali, il volontariato ed il privato-sociale;
- realizzazione di una rete di prossimità con i medici di base e le scuole, per segnalare situazioni a rischio verso un singolo punto di accesso della domanda;
- miglioramento della qualità delle cure tramite un percorso specifico di trattamento.

Dal punto di vista clinico il servizio di salute mentale compie le seguenti azioni specifiche rivolte a ragazzi all'esordio:

- coinvolgimento della famiglia;
- informazione mirata entro 48 ore;
- coinvolgimento separato nel gruppo esordio rivolto ai familiari ed in quello rivolto ai/lle giovani;
- uso mirato ed attento del farmaco;
- programmazione di un intervento terapeutico e di ascolto, sia individuale che familiare e di un intervento formativo e/o riabilitativo (corso);
- percorso terapeutico di almeno sei mesi;
- osservazione protratta per un anno.

### **Interventi nella fase acuta e nella prima ripresa**

1. Interventi basati sulla filosofia del Servizio territoriale con trattamenti a domicilio e ricoveri brevi.
2. Interventi farmacologici orali e che tengano conto degli effetti collaterali.
3. Interventi psicologici e psicosociali (colloqui, psicoeducazione, interventi multifamiliari, reinserimenti scolastici/lavorativi).
4. Intervento multi/familiare a tutti i parenti o caregiver che vivono o che sono in stretto contatto con il giovane all'esordio (ridurre la colpa, coinvolgere nel progetto terapeutico, informare sul disturbo e sui servizi).
5. Interventi condotti con modalità gruppal, possono essere significativi nell'aiutare i ragazzi a superare l'interruzione dei percorsi di sviluppo che conseguono all'insorgenza della psicosi (potenziamento delle abilità sociali).
6. Coinvolgimento in un gruppo di coetanei, essenziale per raggiungere molti compiti evolutivi e può fornire un senso di appartenenza e di accettazione, oltre ad offrire un ambiente più sicuro e meno giudicante in cui è possibile sperimentarsi (potenziamento sul campo).



## QUAL È IL RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Per quanto riguarda il lavoro congiunto tra i medici di medicina generale e Servizi di salute mentale, va rilevato che i medici di base generalmente identificano i 2/3 dei casi di disturbo mentale (tra cui una proporzione ancora maggiore di disturbi psicotici, Goldberg & Huxley, 1980) anche senza formazione specifica (Prince & Peelan, 1994). La relazione che vantano da tempo con il paziente e la famiglia e la loro conoscenza del background sociale e medico offrono una base per una valutazione raramente paragonabile a quella dello specialista, specie alla presentazione iniziale.

È riconosciuta l'importanza a vari livelli del fattore relazionale (conoscenza – fiducia) e del ruolo *destigmatizzato* del medico di medicina generale.

### **Nel dettaglio il ruolo che il medico di base riveste è centrale**

#### A) Nell'individuazione dei casi precoci / a rischio

- Formazione al riconoscimento dei disturbi psicotici e dei segni prodromici (*Early Detection 10*).
- Contatto iniziale orientato sull'utente nei luoghi di sua elezione.
- Consultazioni informali: ogni persona con presentazioni di sintomi inusuali riceve in tempi brevi una valutazione specialistica dal Centro di salute mentale evitando i ritardi.

#### B) Nel trattamento

##### 1. Come autorevole agente di invio al Servizio di salute mentale

- consigliare i familiari, per orientare la loro ricerca di aiuto restando nel contesto sociale dell'utente;
- evitare invii al privato in prima battuta, se ci sono pregiudizi o timori verso i Centri di salute mentale;
- evitare un ricovero in prima battuta by-passando il Centro di salute mentale, specie fuori territorio (dovrà tornare comunque – continuità terapeutica);
- indurre aspettative razionali nei familiari – no al mito dei *luminari*;

- sottolineare l'importanza del Servizio pubblico per un programma integrato ed il lavoro multidisciplinare;
2. Come facilitatore/mediatore del primo contatto (es. a domicilio o nel proprio studio).
  3. Come fonte di informazioni clinico-sociali
    - fornire un'anamnesi medica, esami ematochimici, ecc.;
    - definire il *background* sociale in modo affidabile, apportando elementi preziosi all'approccio psichiatrico e accorciandone i tempi.
  4. Come collaboratore del trattamento
    - Minimizzare i rischi di sviluppare obesità: la maggior parte dei farmaci antipsicotici può causare un aumento di peso. Circa metà delle persone andrà incontro ad un aumento di peso pari al 7% del proprio peso iniziale nel primo anno di trattamento (a seconda del farmaco scelto). Entro alcune settimane dall'inizio del trattamento si può assistere a cambiamenti nel metabolismo (rischio *sindrome metabolica*). Si prescrive il profilo lipidico. Consigliare attività fisica può aiutare a contrastare l'aumento di peso.
    - Minimizzare il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari: si monitori della pressione arteriosa informando sui rischi correlati al consumo di fumo e alcol.
    - Minimizzare il rischio di sviluppare il diabete: si misuri la glicemia considerando l'aumento del rischio di diabete.
    - Successivi colloqui congiunti.
    - Prescrizione di terapie sotto indicazione dello psichiatra.
    - Uso di strumenti semplici di registrazione che sono pure di guida alla pratica.
  5. Per la prevenzione secondaria
    - riferire al Servizio pubblico le situazioni problematiche, di rifiuto o di non consapevolezza;
    - segnalare possibili segni di ricaduta in pazienti in carico al Centro di



salute mentale;

- segnalare noxae somatiche che possono influenzare direttamente e indirettamente la salute mentale (traumi, abuso di alcol o sostanze legali/illegali, patologie endocrine – tiroide – o neurologiche a carattere degenerativo, ecc.) ed eventi di vita o familiari gravi (incidenti, lutti, ecc.).
6. Come *tutor di salute* dei casi a rischio a causa della comorbidità per gravi patologie somatiche e gravi disturbi mentali, specie se lungoassistiti e privi di famiglia compartecipa ai problemi. Fare piano di controlli concordati col Centro di salute mentale. Vi è un'alta percentuale di casi ignoti ai medici di medicina generale in questa popolazione.
7. Come case manager del trattamento, sotto supervisione e consultazione a richiesta del centro di salute mentale (*second opinion*)
- Per terapie farmacologiche e counseling (per i medici di medicina generale specialisti in psichiatria il rischio è di agire in modo *alternativo*, non strategico e non coordinato col Centro di salute mentale).
  - Per la prevenzione delle ricadute e per il mantenimento di continuità terapeutica nei casi *dimessi* e rinviati dal Centro di salute mentale in quanto gestibili fuori da un rapporto diretto col Servizio di salute mentale (es. disturbi bipolari con lunghi intervalli liberi - trattamenti profilattici con litio e relativi controlli, a volte trattamenti con clozapina in persone con sintomi in remissione grazie a questo farmaco).

Uno dei problemi centrali della presa in carico è il mantenimento della continuità di cura evitando abbandono precoce del trattamento, ricorso a altri pareri specialistici ritenuti più autorevoli o a risposte nel privato che si rivelano sempre insufficienti a fronteggiare tale complessità. O peggio il deviare verso risposte non ortodosse (guaritori, maghi, ecc.). In tutto ciò la collaborazione del medico di medicina generale e il suo atteggiamento critico nei confronti di questi percorsi è fondamentale.

## **Importanza degli infermieri psichiatrici come collaboratori del medici di medicina generale:**

- Approccio congiunto a pazienti difficili (es. nel programma *tutor di salute*);
- maggiore disponibilità per valutazioni informali a domicilio;
- scambi di informazioni su casi noti.

## Appunti per MMG

### Guida alla valutazione e alla gestione del caso dal mhGAP

#### **La persona è affetta da psicosi acuta?**

- Eloquio incoerente o non pertinente
- Deliri
- 62 • Allucinazioni
- Ripiegamento (*withdrawal*), agitazione, comportamento disorganizzato
- Convinzione di inserimento o trasmissione dei pensieri
- Ripiegamento sociale e abbandono delle mansioni consuete relative a lavoro, scuola, attività domestiche o sociali

SI, se sono presenti più sintomi, è probabile che si tratti di psicosi.

Se l'episodio psicotico è:

- un esordio OPPURE
- una ricaduta OPPURE
- il deterioramento di sintomi psicotici

1. in caso di episodio psicotico acuto:

- spiegare alla persona e ai carer cosa è la psicosi e le possibilità terapeutiche;
- cominciare la terapia con antipsicotici;
- se possibile, offrire interventi psicologici e sociali, p.es. terapia



familiare, acquisizione delle competenze sociali;

- promuovere la riabilitazione;
- tenere appuntamenti periodici di follow-up;
- mantenere un atteggiamento realistico di speranza e ottimismo.

NOTA BENE: NON prescrivere di prassi una terapia anticolinergica per prevenire gli effetti collaterali degli antipsicotici.

2. Domandare alla persona o al carer:

- quando è cominciato l'episodio;
- se si erano verificati altri episodi in passato;
- informazioni dettagliate su terapie precedenti o in corso.

3. Escludere i sintomi psicotici dovuti a:

- abuso di alcolici o sostanze e crisi di astinenza;
- delirio associato a patologie come la malaria cerebrale, infezioni sistemiche/setticemia, lesioni cerebrali.

4. Avvio della terapia con farmaci antipsicotici

- Per un controllo tempestivo di sintomi psicotici acuti, è opportuno iniziare il trattamento con farmaci antipsicotici immediatamente dopo la valutazione. Nelle acuzie, scegliere la somministrazione per iniezione intramuscolare soltanto se il trattamento orale non è possibile. Non prescrivere iniezioni di forme deposito/a rilascio prolungato per un controllo rapido di sintomi psicotici acuti.
- Prescrivere un solo farmaco antipsicotico alla volta.
- *Cominciare con poco e piano.* Cominciare con un dosaggio basso entro il range terapeutico (per i dettagli si rimanda alla tabella successiva) e aumentare gradatamente fino alla dose efficace più bassa allo scopo di minimizzare il rischio di effetti collaterali.
- Provare il farmaco alla dose ottimale per almeno 4-6 settimane prima di giudicarlo inefficace.
- Alle persone affette da psicosi va offerto di prassi un trattamento orale a base di aloperidolo o cloropromazina.

## Monitoraggio di soggetti in terapia antipsicotica

Se la risposta a uno o più farmaci antipsicotici è inadeguata mentre si utilizza un farmaco alla volta a un dosaggio adeguato e per una durata adeguata:

- rivedere la diagnosi (ed eventuali diagnosi di comorbidità);
- accertarsi che la psicosi non sia realmente indotta dall'abuso di alcol e sostanze psicoattive (anche se era già stato verificato all'inizio);
- garantire l'aderenza alla terapia; eventualmente passare a farmaci iniettabili in forma deposito/rilascio prolungato allo scopo di migliorare la compliance;
- valutare se incrementare la dose del farmaco in uso o se passare a un altro farmaco;
- valutare se ricorrere ad antipsicotici atipici (eccetto clozapina) come alternativa all'aloiperidolo o alla clorpromazina, sempreché non sussistano problemi di costo e disponibilità;
- valutare se utilizzare la clozapina su soggetti che non hanno risposto ad altri principi antipsicotici a dosaggi adeguati e per un tempo adeguato. La clozapina può essere prescritta da personale sanitario non specializzato, preferibilmente sotto la supervisione di un professionista della salute mentale. A causa del rischio mortale di agranulocitosi, la clozapina può essere utilizzata a condizione che sia disponibile un monitoraggio tramite esami di laboratorio.

64

Se si verificano effetti collaterali extrapiramidali (es. Parkinson o distonia):

- ridurre la dose del farmaco antipsicotico;
- valutare se passare a un altro antipsicotico (es. dall'aloiperidolo alla clorpromazina);
- valutare l'opportunità di una terapia anticolinergica di breve durata se le altre strategie non sono efficaci oppure quando gli effetti extrapiramidali sono acuti, gravi o invalidanti.

## Interruzione della terapia antipsicotica

- *Psicosi acuta*: proseguire il trattamento antipsicotico per altri 12 mesi



dopo la remissione completa.

- Soggetti affetti da *psicosi cronica*: considerare la sospensione della terapia quando il soggetto è stabile da diversi anni, soppesando il rischio accresciuto di ricaduta in seguito all'interruzione della cura contro i potenziali effetti collaterali del farmaco, tenendo anche conto delle preferenze del paziente e consultando la famiglia.
- Se possibile, *consultare uno specialista* prima di decidere di interrompere la terapia farmacologica antipsicotica.

### **Promozione di una vita sana**

L'importanza di una vita sana e dei controlli sanitari dal programma Vite Sane e Attive - Healthy Active Lives (HeAL)

L'impulso alla dichiarazione HeAL è nato in un gruppo di lavoro internazionale, l'iphYs (*international physical health in Youth stream*), sviluppato a partire dalla Consensus Conference del 2010 di Amsterdam della International Early Psychosis Association (IEPA) e consolidato nei successivi incontri dell'iphYs a Sydney (2011, 2013) e San Francisco (2012), cui hanno partecipato gruppi di clinici, pazienti, familiari e ricercatori provenienti da più di 11 nazioni.

65

Il programma punta a raggiungere obiettivi concreti riguardo alla tutela del benessere fisico di giovani con psicosi. In particolare che:

- i giovani con psicosi abbiano la stessa aspettativa di vita e le stesse possibilità dei loro coetanei non psicotici;
- i giovani con psicosi, le loro famiglie e gli altri caregiver sappiano come mantenere la salute fisica e minimizzare i rischi associati al trattamento e siano costantemente informati e supportati al riguardo;
- le preoccupazioni espresse dai giovani, dalle loro famiglie e dagli altri caregiver sugli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici siano rispettate e considerate nelle decisioni d'intervento;
- i professionisti della salute mentale e le loro organizzazioni cooperino attivamente e congiuntamente per proteggere e mantenere la salute fisica dei giovani in cura;

- uno stile di vita attivo venga promosso come prassi sin dall'inizio del trattamento, con un'attenzione per l'alimentazione sana e la dieta, l'attività fisica finalizzata e la riduzione dell'uso di tabacco.



## TRIESTE

### IL PROGRAMMA “QUALCOSA È CAMBIATO?”

*È raccomandabile che un servizio destinato all'identificazione e trattamento di soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia presenti caratteristiche come specificità, personalizzazione e flessibilità degli interventi, collocazione geografica autonoma dai centri di salute mentale, oltre che attività informative e formative indirizzate ai medici di base, agli operatori di servizi sanitari del territorio, alla popolazione e alle istituzioni*

(Sistema nazionale per le linee guida, 2007).

Dal 2009 è operativo a Trieste un programma denominato *Qualcosa è cambiato?*: progetto di prevenzione ed intervento precoce nell'esordio psicotico di adolescenti e giovani adulti che punta ad applicare tutte le conoscenze relative all'esordio psicotico calandole nel modello territoriale triestino, con una forte valorizzazione delle risorse presenti nei tessuti urbano e sociale.

Questo programma ha rappresentato un primo passo verso la definizione di strategie integrate sia di prevenzione indicata, che di intervento precoce su questa fascia di utenza, rese possibili dallo sviluppo di un sistema territoriale integrato. Tale progetto si basa sulla costruzione di un percorso di arrivo non stigmatizzante ai Servizi di salute mentale per gli adulti ed a quelli per l'adolescenza, che faciliti il contatto e la presa in carico ove opportuna.

Esso si è articolato nella realizzazione di un punto di riferimento della domanda chiaro e definito; nello sviluppo di risposte integrate da parte dei Servizi attraverso una rete intra-aziendale (Dipartimento di salute mentale, Distretti, Dipartimento di prevenzione, Dipartimento delle dipendenze) ed extra-aziendale (neuropsichiatria infantile dell'ospedale materno-infantile, privato sociale); nella sensibilizzazione della popolazione e nello sviluppo di una rete di prossimità necessaria per



assicurare la segnalazione e l'invio della domanda di cura. Nel progetto rivestono altresì un ruolo strategico i medici di medicina generale e le scuole.

Il lavoro svolto per migliorare l'integrazione tra servizi offerti ad adolescenti e giovani a rischio di disturbo mentale severo nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, ha portato all'attuazione di un protocollo d'intervento, condiviso dai servizi, che facilita i percorsi di cura.

*Il Protocollo Condiviso garantisce che, in qualunque punto d'accesso si arrivi (Dipartimento di Salute Mentale, Distretti, Dipartimento delle Dipendenze), tutti i servizi e le opportune risposte siano messi in rete e a disposizione delle persone e delle loro famiglie nel modo più ampio possibile. Il protocollo prevede dei percorsi specifici in funzione del luogo di primo contatto, dell'età del/la giovane e dell'esito del primo colloquio di valutazione.*

## 68 Protocollo condiviso

Col protocollo condiviso si stabilisce in modo inequivocabile il principio della sovrapposizione tra i Servizi per l'utenza compresa nella fascia d'età 16-19 anni. Pertanto qualsiasi situazione a rischio o conclamata per esordio psicotico in questa fascia d'età, che venga segnalata o presa in carico da un centro di salute mentale (o dal Servizio psichiatrico di diagnosi e cura) o da un Servizio per minori (Struttura semplice tutela salute bambini e adolescenti) prevede il coinvolgimento dei Servizi appartenenti alle due diverse Strutture operative (il Dipartimento di salute mentale e il Distretto) nelle fasi di valutazione e di presa in carico.

### **Principi e valori**

- La presa in carico di adolescenti e giovani con stato mentale a rischio o all'esordio di un disturbo mentale severo deve essere centrata sulla persona nel senso più ampio e riconoscerne la soggettività come elemento focale del percorso di ripresa.
- Essa si deve svolgere nel pieno esercizio dei diritti di cittadinanza ed è finalizzata non solo alla cura del disturbo ma anche alla crescita,

all'emancipazione e all'autonomia, nonché all'inclusione sociale, contrastando rischi di stigmatizzazione ed esclusione.

- Il servizio pubblico si assume la responsabilità di tale presa in carico, garantendo il governo e la regia dei percorsi di cura, rendendo sinergici gli interventi tra servizi per adolescenti e servizi per adulti nelle fasce d'età di passaggio anche al di là del loro stretto mandato istituzionale.

### **Caratteristiche e criteri dei Servizi**

I Servizi devono:

- operare a bassa soglia, nel tempo più rapido possibile e senza criteri di esclusione o selezione per gravità;
- lavorare in stretta integrazione nell'interesse del soggetto, mettendolo in contatto e attivando tutte le opportune risorse terapeutiche e di inclusione sociale offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità;
- realizzare la massima continuità di cura, senza demandare o rinviare deliberatamente ad altri soggetti pubblici o privati la presa in carico.

L'approccio deve:

- essere multidimensionale in senso bio-psico-sociale e rispettoso delle specificità culturali e di genere;
- svolgersi nei luoghi di vita, prevalentemente a domicilio, anche in condizioni di crisi;
- evitare l'ospedalizzazione attraverso interventi attivi, anche di ospitalità 24 ore su 24 al Centro di salute mentale;
- in caso di ricovero, deve essere il meno restrittivo possibile, evitando trattamenti sanitari obbligatori e condizioni stigmatizzanti di assistenza;
- essere flessibile e modulato sui bisogni del singolo e sulla sua situazione sociale, e orientato al recupero più rapido possibile di una vita normale, nel rispetto degli obiettivi di vita del soggetto, delle sue scelte e del suo percorso evolutivo;
- coinvolgere la rete sociale in funzione di supporto, attivandone il capitale umano e sociale in alleanza col servizio;



- essere realizzato da un team multidisciplinare interservizi di volta in volta identificato;
- prevedere una diversificazione delle risposte ai bisogni manifestati (approccio globale).

### **Implementazione *équipe funzionale* del progetto**

Il protocollo stabilisce che ogni servizio della rete citata si impegna a identificare al proprio interno almeno due operatori dedicati i cui compiti saranno in una prima fase quelli di:

- garantire l'interfaccia tra servizi nei singoli casi secondo le procedure qui indicate;
- all'interno del proprio servizio, stimolare l'applicazione del protocollo e mantenere l'attenzione sul percorso di cura degli stati mentali a rischio e degli esordi nelle componenti essenziali, garantendo la relativa raccolta dati;
- raccordarsi con i programmi trasversali, individuali e di gruppo, rivolti alle persone ed ai loro familiari.

70

Dal 2009 il monitoraggio relativo al programma *Qualcosa è cambiato?* ha permesso di valutare l'entità del fenomeno e della popolazione coinvolta.

In tema di prevenzione, dal 1996 in poi, si è potenziata l'esperienza del progetto rivolto alla prevenzione del rischio suicidario. Tale progetto, denominato *Telefono Speciale*, vedrà nel 2014 l'attivazione di un sito dedicato ai ragazzi e alla loro informazione su di un ampio spettro di problematiche legate alla salute mentale.

## **Che cosa offre oggi il programma "Qualcosa è cambiato?"**

Sia che si prenda contatto col Distretto (Consultorio Familiare e Servizio Bambini e Adolescenti) che col Centro di Salute Mentale:

- primo colloquio telefonico o di persona con un operatore in accoglienza;



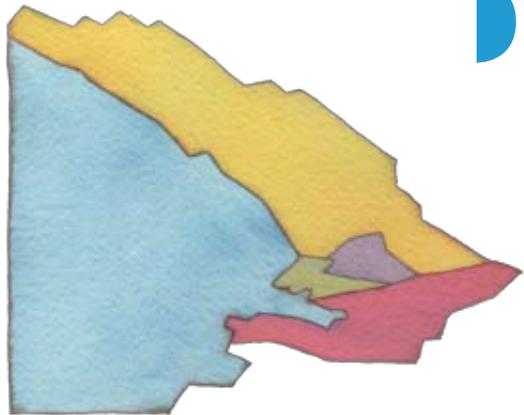
- primo appuntamento, anche a domicilio, o al presidio distrettuale, concordandolo anche col medico di base, per valutazione e aggancio (presa in carico);
- colloquio con persone significative (familiari / amici) – tramite l’ascolto, si cerca l’identificazione dei problemi di vita e dei vissuti, la rilevazione dei disturbi;
- dopo una prima ipotesi diagnostica (anche con eventuali questionari), prescrizione di terapia farmacologica se necessaria, a basse dosi;

A questo punto la persona è in carico, e si costruiscono le altre componenti del programma terapeutico-abilitativo, quali:

- serie di appuntamenti per valutare anche le abilità, gli obiettivi di vita e del programma terapeutico, anche con impiego di approcci psicoterapeutici idonei (es. TCC);
- monitoraggio della terapia farmacologica sia nei suoi effetti terapeutici che in quelli indesiderati con la persona e i suoi familiari;
- valutare la compresenza di altri disturbi quali uso di sostanze e alcol, ansia e depressione, autolesionismo e pensieri suicidari, e impostare cure adeguate ad essi anche insieme con servizi appositi;
- invito a partecipare ad attività di gruppo terapeutico per i giovani, e ad attività ricreative e socializzanti tra pari, come uscite, gite, brevi soggiorni;
- informazioni ai familiari su quanto si sta valutando e facendo, e successivo invito a partecipare a un gruppo di accoglienza e primo orientamento in cui si danno notizie dettagliate sul problema e sui servizi offerti, si discutono e si mettono a confronto storie e punti di vista, risorse e punti di forza e debolezza;
- mantenimento di un supporto costante alla famiglia da parte del Centro di Salute Mentale, con disponibilità a considerare qualsiasi tipo di richiesta;
- individuazione di un operatore-chiave non-medico attivo nel tenere il contatto, ma mantenendo un approccio d’equipe (es. intervento dell’assistente sociale e di tecnici della riabilitazione; uso di sussidi economici per bisogni urgenti; verifica abitativa; programmi di tempo



- libero e socialità, identificazione di hobbies e interessi vari, ecc);
- offrire percorsi per una valida formazione ed occupazione, anche con uso di borse di lavoro;
  - identificazione dei segni precoci di ricaduta;
  - gestione di eventuali fasi di crisi con supporto intensivo, se possibile a domicilio, o tramite ospitalità diurna o diurno-notturna nel Centro di Salute Mentale, sempre concordata con la persona e familiari;
  - verifiche regolari in equipe e insieme col gruppo familiare, col coinvolgimento attivo della persona;
  - informazione e collaborazione col medico di base, cui la persona potrebbe anche essere riferita alla dimissione dal programma.



## ATTORI CHIAVE A TRIESTE

### Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste serve una popolazione di 231.755 abitanti. Il perno organizzativo del Dipartimento è costituito dai *Centri di Salute Mentale* dotati di 4-8 posti letto ognuno ed attivi 24/24 (26 posti letto complessivi). Sono quattro aree territoriali che servono circa 60 mila abitanti. Si rapportano non solo con tutti gli altri servizi del Dipartimento ma anche con le altre strutture sanitarie e gli enti a carattere socio assistenziale del territorio.

All'interno di un rapporto organico con i Centri di Salute Mentale il *Servizio Abilitazione e Residenze* coordina le strutture e le attività abilitative, riabilitative e di integrazione sociale a favore dell'utenza e le attività di formazione professionale e inserimento lavorativo.

Il *Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura* è situato presso l'ospedale maggiore di Trieste ed è dotato di 6 posti letto. Fornisce una risposta all'emergenza di pronto soccorso psichiatrico e svolge funzione di filtro ed avvio ai servizi territoriali e di base. Anche di Area Vasta.

73

### I Centri di Salute Mentale

L'attività del Centro di Salute Mentale (CSM) è rivolta ad accogliere la domanda di cura delle persone adulte del territorio, ad accesso diretto.

I programmi e gli interventi non sono indirizzati, come a torto si pensa, solo alla popolazione che presenta problemi e disturbi mentali gravi, che rappresenta comunque l'assoluta priorità, ma a tutti coloro che in cicli e fasi della loro vita sperimentano stati più o meno prolungati di angoscia e di tristezza, di paura e di ansia, spesso in coincidenza con particolari eventi. In molti di questi casi il rapporto con il Centro può risolversi in una sola consultazione o in un numero limitato di incontri; altre volte, con modalità diverse, dura per periodi lunghi.

Le persone arrivano al servizio anche su invio del Medico di medicina generale con ipotesi di diagnosi quali disturbo depressivo, insonnia, disturbo d'ansia ed altro. Il rischio che questa condizione di malessere si

trasformi in condizione di malattia e di successiva invalidazione è molto elevato. Questa domanda che raggiunge anche il Distretto richiede una forte collaborazione del Centro di Salute Mentale con le Unità Operative del Distretto e con i medici di famiglia.

### **Come accedere ai servizi di salute mentale**

Per accedere ai servizi di salute mentale di Trieste non sono necessarie particolari procedure. La richiesta può essere posta direttamente dalla persona interessata e/o da terzi coinvolti (coniunti e familiari, parenti, amici, vicini di casa, persone a vario titolo coinvolte) al Centro di Salute Mentale competente territorialmente.

Le modalità di contatto sono le seguenti:

- accesso diretto in orario di apertura (8 - 20), per richiedere l'appuntamento e/o la consulenza (20 - 8 in Servizio di diagnosi e cura);
- intervento a domicilio, sia con carattere di urgenza o meno;
- richiesta telefonica di colloquio e/o consulenza;
- richiesta di intervento tramite il medico curante.

74

Il primo contatto può avvenire anche in sedi diverse da quella del Centro di Salute Mentale: presso il Distretto (con richiesta del medico di base), a domicilio, o presso altre agenzie, istituzioni o strutture sociosanitarie. L'arrivo al Centro di Salute Mentale tramite il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura riguarda esclusivamente persone la cui domanda – generalmente d'urgenza o d'emergenza – sia pervenuta alle strutture di pronto soccorso dell'ospedale.

Non ci sono liste di attesa e il primo colloquio avviene di solito entro le 24 ore successive alla richiesta. La domanda è accolta dallo/ dalla psichiatra o psicologo/a che in quel momento è responsabile dell'attività di accoglienza. La prima valutazione è multi dimensionale e pluriprofessionale perché avviene dopo il colloquio iniziale e in collaborazione con gli altri componenti dell'équipe (infermieri/e,



assistenti sociali).

Nel corso del primo contatto si avvia l'analisi dei bisogni e si valuta se e come agire una presa in carico con un progetto terapeutico individuale e flessibile.

### **Attività ed interventi del Centro di Salute Mentale**

I Centri di Salute Mentale si caratterizzano come luogo d'incontro e di scambio, svolgono attività di emergenza e urgenza, ambulatoriali, di day hospital e di centro diurno, accogliendo domande molto diversificate. Gestiscono inoltre gruppi - appartamento, comunità terapeutiche di transizione e gruppi di convivenza.

### **Ospitalità Notturna**

Per periodi di tempo variabili (da una notte a più settimane, mediamente per 12 giorni) il Centro può offrire ospitalità notturna. In ogni struttura sono disponibili 4-6-8 posti letto, utilizzati come uno degli strumenti di risposta alla crisi, per periodi in cui vi è maggiore necessità di protezione o per offrire possibilità di distanziamento sia al paziente (trattamento sanitario volontario e/o obbligatorio) che alla sua famiglia.

75

### **Ospitalità Diurna/Day Hospital**

L'ospitalità per alcune ore, o per l'intera giornata, viene proposta per offrire una condizione di temporanea protezione o tutela, specie negli stati di crisi o di tensione, per favorire il distanziamento dal proprio gruppo di convivenza e alleggerire il carico della famiglia, per seguire terapie farmacologiche, per il sostegno psicoterapeutico e per stimolare la partecipazione ad attività.

### **Visita ambulatoriale**

Durante la visita ambulatoriale si scambiano notizie e pareri con la persona e/o con i suoi familiari, si effettuano verifiche sul trattamento farmacologico, si danno consigli o si interviene in situazioni di crisi. È in questa sede che si preparano certificati medici e relazioni sanitarie specialistiche.



### **Visita domiciliare**

Programmata o svolta d'urgenza, la visita domiciliare consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia. In certi casi serve a mediare i conflitti nelle relazioni di vicinato, specie nell'intervento in situazioni di crisi. Per le persone che hanno difficoltà a recarsi al servizio, viene utilizzata per somministrare la terapia farmacologica e portare sostegno, o accompagnare a/da casa, in ospedale, negli uffici pubblici, a corsi di formazione e al lavoro.

### **Lavoro terapeutico individuale**

### **Lavoro terapeutico con la famiglia**

### **Attività in/di gruppo**

- 76 Incontri programmati, in cui il confronto e lo scambio di informazioni su problemi comuni rafforza la capacità di conoscersi reciprocamente, organizzarsi e organizzare la partecipazione e il tempo libero, costruire e ampliare la rete sociale. Possono essere di auto-aiuto o tenuti da operatori su temi specifici.

### **Interventi di abilitazione e prevenzione**

### **Sostegni per l'accesso a diritti e opportunità sociali**

### **Centro Diurno**

L'ospitalità per alcune ore, o per l'intera giornata ha lo scopo di allargare la rete sociale, conoscere altre persone e partecipare ad attività individuali e di gruppo.



### **Budget Individuale di Salute / Sostegno all'abitare**

Programmi terapeutico - riabilitativi individualizzati rivolti al sostegno della persona nei suoi luoghi di vita o in condizioni di residenzialità (gruppi appartamento, comunità alloggio, comunità terapeutiche), mirati a sostenere le capacità di vita quotidiana, per preservare o riapprendere abilità sociali e interpersonali, di vita in gruppo. I programmi comportano differenti gradi di intensità assistenziale in rapporto alle disabilità e ai bisogni delle persone.

### **Attività di consulenza**

Interventi presso servizi sanitari o reparti ospedalieri, nelle case di riposo pubbliche e private ed anche con il carcere per le persone detenute che presentano problemi e disturbi psichici.

### **Attività dei Centri di Salute Mentale nel 2013: alcuni dati**

La penetrazione del servizio pubblico nel territorio della città trova conferma nell'esiguità del circuito privato e nei dati statistici. Nel 2013 con i servizi del Dipartimento di Salute Mentale sono entrate in contatto 5.190 persone; 3.976 si sono rivolte ai CSM. Il 16% (655 persone) sono al primo contatto con i servizi di salute mentale, quasi la metà dell'utenza (49%) presenta un disturbo mentale severo: disturbi nell'area della psicosi, del tono dell'umore, di personalità. Lo scorso anno il 46% delle persone in contatto con i CSM sono state visitate a domicilio e/o in luoghi diversi dalla sede dei servizi di salute mentale territoriale. 310 persone nel 2013 hanno utilizzato l'ospitalità diurna e notturna nei CSM 24 ore per oltre 7.800 giornate di accoglienza. La rete di servizi del DSM così improntata sul lavoro territoriale a chiusura del bilancio del 2012 è costata € 18.793.514 (37 miliardi di lire). Nel 1971 l'OP costava all'Amministrazione Provinciale più di 5 miliardi di allora, 40 milioni di euro odierni (il costo del denaro nel frattempo è aumentato di quasi 15 volte).



## I Servizi per bambini e adolescenti

I servizi per bambini ed adolescenti della ASS1 (Struttura Semplice Tutela Salute Bambini e Adolescenti) sono cinque: uno per ogni distretto e uno sovra distrettuale per la popolazione di lingua slovena.

All'interno delle Unità operano medici pediatri di comunità, psicologi, psichiatri, fisiatri, assistenti sanitari/e, infermiere/i, fisioterapiste/i, logopediste/i. Le consulenze neuropsichiatriche vengono svolte dalla Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCSS Burlo Garofolo.

Ogni professionalità ha delle competenze specifiche ma lavora in un'ottica di équipe per la presa in carico delle famiglie in stretta connessione con i pediatri ed i medici di famiglia con i quali collabora anche in merito ad azioni di pediatria di comunità. A seconda del problema prevalente/emergente il case manager è una diversa figura professionale.

L'unità svolge la sua attività per 5 giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì.

78

*L'accesso è diretto o su invio del Pediatra di libera scelta o di altri specialisti. La famiglia si rivolge al servizio spontaneamente o su consiglio della scuola, di agenzie educative, del servizio sociale di base ecc...*

### **Compiti e funzioni**

Il servizio per Bambini e Adolescenti è direttamente responsabile della tutela e della promozione della salute dei bambini e degli adolescenti, prioritariamente se affetti da malattie croniche, disabilità rilevanti, ad elevato rischio di disagio psicosociale o in situazione di rischio, di svantaggio o di sofferenza tali da incidere negativamente sul loro sviluppo.

- Garantisce una presa in carico complessiva senza separatezze o frammentazioni di intervento coinvolgendo il suo contesto familiare, sociale ed ambientale.
- Svolge attività di prevenzione, accoglienza, diagnosi e cura, riabilitazione.
- Mette in atto interventi multiprofessionali individuali familiari e di

gruppo sia a livello domiciliare che ambulatoriale e negli ambienti di vita per problematiche semplici e complesse relative a minori.

- Promuove interventi volti a sostenere le famiglie, garantire l'integrazione scolastica e sociale ed a prevenire e/o ridurre l'esclusione sociale che può accompagnare queste situazioni. In particolare si attiva per contrastare i percorsi di istituzionalizzazione.
- Cura percorsi diagnostico terapeutico assistenziali in particolare per i disturbi dello spettro autistico, i disturbi specifici dell'apprendimento e gli stati mentali a rischio/esordio psicotico secondo le Linee Guida Nazionali.

Negli ultimi anni il numero di famiglie che si sono rivolte al servizio è progressivamente aumentato.

### **Accoglienza**

Quando la famiglia arriva al servizio per la prima volta c'è una prima fase di accoglienza che serve a raccogliere informazioni essenziali e concrete per decodificare la domanda e chiarirne i bisogni sottesi. Spesso la domanda, sempre portatrice di un bisogno, non necessita di percorsi sanitari ma di avvio e sostegno a percorsi altri (sociali, educativi, di scambio, di sostegno economico) ed in questo caso, dopo la valutazione iniziale, il servizio stesso si fa da tramite per l'accesso a questi percorsi.

79

### **Presenza in carico situazioni complesse**

Dopo la prima fase di accoglienza la situazione viene discussa in équipe dove vengono identificati gli operatori che seguiranno la famiglia e formuleranno assieme a questa il progetto terapeutico personalizzato. Il servizio per Bambini e Adolescenti opera, in stretto raccordo oltre che con i pediatri ed i medici di famiglia ed il servizio sociale del Comune, con tutti i diversi attori e servizi formali ed informali del territorio rivolti ai minori, quali educatori, scuole, ricreatori, associazioni, volontariato, comunità di accoglienza, istituzioni confessionali realizzando interventi integrati di ordine sanitario, educativo e assistenziale, con un approccio multidimensionale e multiprofessionale.



Il monitoraggio, la valutazione e l'aggiornamento del programma terapeutico/riabilitativo individuale, familiare o di gruppo avvengono attraverso incontri periodici. La scuola riveste un ruolo di primaria importanza nel perseguimento degli obiettivi del progetto di vita, in stretto raccordo con gli altri attori (famiglia, associazioni, agenzie educative, comunità) coinvolti.

### **Salute mentale in età evolutiva**

Per quanto riguarda la salute mentale in età evolutiva il servizio per Bambini e Adolescenti garantisce l'approfondimento diagnostico ed il trattamento delle psicopatologie con percorsi definiti per fasce d'età in relazione ai bisogni e comunque *evidence based*, in continuità con Pediatra di libera scelta e Ospedale ed in forte sinergia e integrazione con le unità operative sanitarie territoriali rivolte agli adulti (Servizi di salute mentale e delle dipendenze). Provvede alla stesura del progetto personalizzato integrato condiviso con la famiglia, alla verifica e rivalutazione dello stesso, in modo integrato con i servizi sociali di base, le agenzie educative, la scuola.

80

Fondamentale il percorso per l'intercettazione e l'intervento precoce degli stati mentali a rischio di disturbo mentale severo, attraverso interventi congiunti e integrati con il Dipartimento di salute mentale per adulti, la Neuropsichiatria Infantile Ospedaliera, il Dipartimento delle dipendenze. La connessione con l'équipe distrettuale consultoriale consente l'intercettazione precoce delle situazioni che accedono ai servizi direttamente nella fascia d'età 15-25 anni.

### **Continuità terapeutica nel passaggio all'età adulta**

Nel rispetto della continuità terapeutica i servizi per Bambini e Adolescenti si articolano con le Unità di Riabilitazione Distrettuale per gli adulti e con gli altri servizi per l'età adulta (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze) per facilitare i passaggi nella presa in carico dopo il raggiungimento del 18° anno di età, garantendo la prosecuzione, laddove necessario, dell'intervento fino all'attivazione del



servizio ricevente o fino alla conclusione del progetto terapeutico iniziato in età evolutiva.

### **Continuità assistenziale**

Il servizio per Bambini e Adolescenti collabora con l'I.R.R.C.S Burlo Garofolo al fine di garantire la continuità terapeutico assistenziale (per i bambini/adolescenti che necessitano di un programma terapeutico-riabilitativo post-dimissione e/o di cure ambulatoriali complesse ed integrate (situazioni di disabilità, situazioni di fragilità, patologie complesse/rare, rischio psico-sociale, esiti di prematurità, patologie croniche, malattie rare, ...) e ridurre l'ospedalizzazione dei bambini attraverso interventi domiciliari.

Il servizio per Bambini e Adolescenti e il Consultorio Familiare svolgono attività specifiche come previsto dalle normative vigenti, ma collaborano in diverse funzioni integrate quali: percorso nascita, interventi rivolti agli adolescenti ed ai giovani adulti, famiglie multiproblematiche, gravidanze e post partum a rischio psicosociale, promozione alla salute, sviluppo di comunità. Tali percorsi prevedono naturalmente anche un'integrazione con i servizi sociali ed i servizi per gli adulti.

81

### **Compiti e Funzioni dei Consulteri Familiari**

Relativamente ai consultori familiari, il Progetto obiettivo materno infantile afferma che il consultorio familiare deve garantire quattro ambiti di attività: area ostetrica, area ginecologica, area pediatrica, area psicosociale.

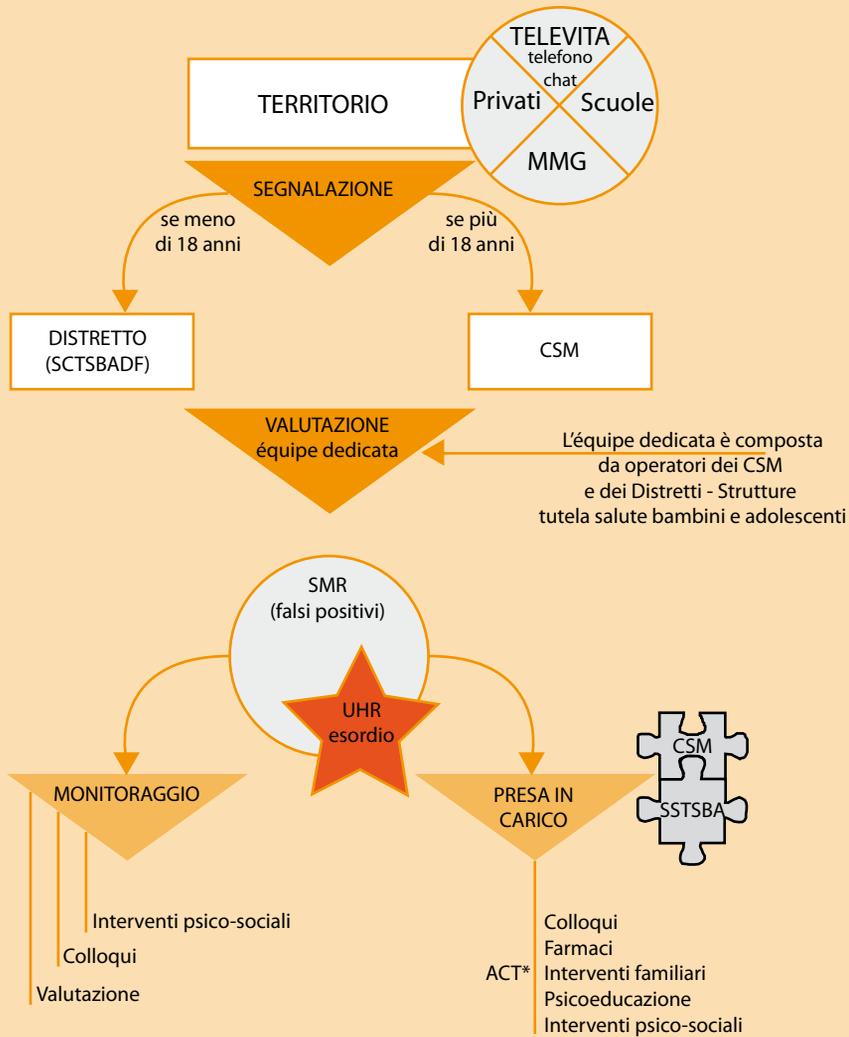
Agli adolescenti presta assistenza psicologica, sociale e sanitaria relativa alle problematiche sessuali, relazionali e affettive (spazio giovani).

A seguito di recenti innovazioni normative, ai consultori sono stati assegnati nuovi compiti nell'area della prevenzione e tutela dei minori in particolare in casi di abbandono, grave trascuratezza, adozioni nazionali e internazionali, nuclei familiari a rischio, situazioni di disagio psicosociale.

L'équipe è composta da ostetriche, assistenti sanitarie, infermiere, Operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi.



## Percorsi di accesso ai servizi per adolescenti e giovani adulti



\*Il modello basato su interventi di comunità (Assertive Community Treatment) prevede un approccio integrato per lo sviluppo di servizi per la salute mentale territoriale

## Appendice A

*Early detection Screening* in 10 domande

Fonte: Ian R. H. Falloon e coll., *Schizophrenia Bulletin*, 1996

1. Come hai dormito quest'ultima settimana? Hai avuto qualche difficoltà nell'addormentarti? Ti sei svegliato presto?
2. Hai perso appetito di recente? Sei dimagrito di 2 Kg. o più?
3. Hai iniziato a provare di recente una perdita di energie o di interessi?
4. Ti sei preoccupato molto dei problemi di ogni giorno?
5. Hai avuto difficoltà di concentrazione nel leggere o nel guardare la televisione? Sei stato più distratto del solito?
6. Come vedi il futuro? Hai mai pensato che la vita non meriti di essere vissuta? Hai mai provato il desiderio di finirla?
7. Hai qualche abitudine strana, ad esempio nel controllare le cose o nella pulizia, più di altra gente?
8. Hai mai avuto attacchi con palpitazioni, sudorazioni, forti tremori, o capogiri accompagnati da sensazioni di paura intensa?
9. Qualcuno ha detto che il tuo modo di parlare è diventato strano o difficile da comprendere?
10. Hai mai avuto esperienze come l'udire voci di persone quando non sembra esserci nessuno nelle vicinanze?

## Appendice B

Brochure per info ragazzi del programma “Qualcosa è cambiato?”

# Ti sembra che qualcosa non quadri?

**Parlane al tuo MMG**

Sei depresso o stressato?  
Perso interesse in attività consuete?

Hai difficoltà a concentrarti?  
Hai un calo a scuola/ sul lavoro?

I pensieri paiono accelerati, lenti,  
disordinati o confusi?

Le persone ti sembrano diverse?  
Ti insospettisce ciò che pensano o  
fanno?

Senti delle voci che parlano di te o  
che gli altri non sentono?

Ti senti strano e tagliato fuori dal  
mondo?

Gli amici dicono che non sei il solito  
tu?



Queste cose ti succedono di  
frequente?

O soltanto quando sei molto  
stressato?

O solo quando fumi spinelli o  
prendi altre droghe?

### Sono cose che succedono spesso

Molti giovani hanno questo tipo di esperienze. Il medico di base può darti una mano. Puoi confidarti con lui: ti ascolterà con attenzione e ti spiegherà a chi puoi rivolgerti per un aiuto.

# Appendice C

Brochure per MMG sulle linee guida per il trattamento di giovani in fase di esordio psicotico del programma “Qualcosa è cambiato?”

## Curare la psicosi giovanile

*Nell'ambito del progetto 2000 d'intervento precoce della Northern Sydney Area Mental Health sono state elaborate delle linee-guida condivise "Curare la psicosi giovanile: strategie farmacologiche e altri aspetti". Le linee-guida sono basate su evidenze pubblicate e sulle Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, oltre a essere state avallate da 21 psichiatri operativi nei servizi di salute mentale di Sydney Nord. Si propongono come guida alle varie alternative di cura ma non si sostituiscono alla valutazione clinica. Qui riassumiamo le raccomandazioni specifiche riportate nelle linee-guida.*

Si consiglia agli operatori di usare il termine "episodio psicotico" o "psicosi acuta" durante il colloquio con il paziente e i familiari

### Esame fisico

- ♦ Si raccomanda che qualsiasi giovane con un esordio psicotico sia sottoposto a un esame medico fisico completo prima di cominciare la farmacoterapia con antipsicotici
- ♦ Appena possibile, la valutazione dovrebbe includere una visita medica, tutti gli esami ritenuti opportuni e una visita neurologica.
- ♦ Valutare l'opportunità di un EEG, ECG, una tomografia cerebrale e un esame cardiologico.

## Cominciare con poco e piano

- ♦ Una terapia con antipsicotici atipici è il primo trattamento consigliato
- ♦ Il dosaggio va incrementato lentamente, a cominciare da dosi basse. Queste le dosi consigliate dalle aziende:  
**Risperidone (Risperdal)** - dose iniziale da 0.5mg a 1mg  
**Olanzapina (Zyprexa)** - dose iniziale da 5 a 10mg  
**Quetiapina (Seroquel)** - dose iniziale 50 mg
- ♦ L'obiettivo è somministrare una terapia efficace minimizzando gli effetti collaterali

## Gestione del sonno e degli stati di agitazione

- ♦ L'effetto sedativo dell'antipsicotico potrebbe essere sufficiente a ridurre l'agitazione e a migliorare il sonno.
- ♦ Le benzodiazepine possono essere utilizzate per tempi brevi in caso di agitazione e sonno difficile.
- ♦ È possibile passare ad antipsicotici tipici a bassa potenza nel caso di risposta inadeguata alle benzodiazepine o se l'utilizzo di queste è considerato inopportuno. Mantenere il dosaggio più basso possibile.

Nel caso di un esordio psicotico in un giovane di età compresa tra 18-26 anni, un operatore del Team di Intervento Precoce è disponibile per:

- ♦ Affiancarvi in un esame del paziente presso il vostro ambulatorio
- ♦ Concordare una verifica del trattamento da parte dello psichiatra del Centro
- ♦ Offrire servizi di informazione alla famiglia, counselling individuale e programmi di gruppo, mentre voi rimanete il medico curante

# Appendice D

Brochure per MMG per l'individuazione precoce di giovani in fase di esordio psicotico del programma "Qualcosa è cambiato?"

Northern Sydney Health, Area Mental Health

## Informazioni al medico di medicina generale

### La psicosi giovanile

I fattori di rischio che possono causare un esordio psicotico:

- ♦ Storia familiare di disturbi psicotici
- ♦ Scarso adattamento premorbo
- ♦ Lesione cerebrale pregressa
- ♦ Uso di droghe
- ♦ Eventi personali - gravi motivi di stress

#### "C'è qualcosa che non quadra"

Sintomi che richiedono un approfondimento:

- ♦ Sospettosità
- ♦ Depressione/ansia/irritabilità
- ♦ Fluttuazioni dell'umore
- ♦ Disturbi del sonno
- ♦ Alterazioni dell'appetito
- ♦ Mancanza di energia o motivazione
- ♦ Difficoltà di memoria o concentrazione
- ♦ Impressione che le cose attorno siano diverse
- ♦ Convinzione che i pensieri sono accelerati o rallentati
- ♦ Calo nel rendimento scolastico o lavorativo
- ♦ Isolamento e perdita d'interesse alla socializzazione
- ♦ Comparsa di idee insolite/ pensieri deliranti
- ♦ Evidenza di eventuali allucinazioni acustiche

**Per una valutazione urgente dello stato di salute mentale, chiamare il Manly Hospital al 9976-9611 e chiedere che rintraccino l'équipe con orario lungo**

olgersi a Northern Sydney Area Mental Health, Macquarie Hospital, PO Box 169, North Ryde, NSW 1670.

### Suggerimenti pratici

Porre domande di questo tipo:

- ♦ Altri giovani mi dicono talvolta che le cose o le persone appaiono diverse dal solito - a te è mai capitato?
- ♦ Senti mai delle voci che parlano di te e che gli altri non sono in grado di sentire?
- ♦ Ti è mai parso di avere pensieri confusi o di avere difficoltà a concentrarti?
- ♦ Hai osservato variazioni nel sonno di recente?
- ♦ A volte qualcuno mi dice di sentirsi seguito o osservato, o che altri vogliono fargli del male. A te è mai capitato qualcosa del genere?
- ♦ Qualcuno nella tua famiglia ha mai sofferto di disturbi mentali?

Se ritenete che la persona abbia evidenti sintomi psicotici:

- ♦ Parlatene come di un "episodio psicotico" - una diagnosi sarebbe prematura a questo punto
- ♦ Parlatene con ottimismo - la psicosi è alquanto diffusa tra i giovani e in genere si ottiene un buon recupero.

### Invio

**Se pensate che un giovane manifesti o possa manifestare i primi sintomi di una psicosi, effettuate un invio all'équipe di Intervento Precoce o all'équipe Adolescenti per una valutazione.**

Il Centro di Intervento Precoce Brookvale offre un servizio specialistico ai giovani tra 18 e 26 anni interessati da un esordio psicotico.

**Telefono: 9939-1805 o 9938-5350**

**Fax: 9905-2567**

Contatto del Servizio Adolescenti per i giovani:

**Tel: 9466-2520**

Criteria: Age 12-18

## Bibliografia

- Birchwood, M., Mc Gorry, P., Jackson, H., *Early intervention in schizophrenia*. British Journal of Psychiatry. 1997.
- Buckman, R., *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*. Ed. Cortina Raffaello. Milano.
- Carcione, A., Nicolò, G., Procacci, M. (a cura di) *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. FrancoAngeli. 2012.
- Cocchi, A., Meneghelli A., *L'Intervento Precoce tra Pratica e Ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Centro Scientifico Editore.
- Cocchi, A., Meneghelli A., *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale d'intervento precoce*. Edi-Ermes. 2012.
- Dell'Acqua, P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*. Universale Economica Feltrinelli.
- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, *La guida ai servizi di salute mentale*, ASS1 Triestina, DSM Trieste 2009.
- Edwards, J., McGorry P., *Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di Servizi efficaci e tempestivi*. Centro Scientifico Editore.
- Falloon I. et al., *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*. Edizioni Erickson. 2002.
- Falloon I. et al., Early detection Screening, *Schizophrenia Bulletin*, 1996.
- Giammarini, A., *Malpractice medica, prerogative della persona, voci emergenti della responsabilità*. Ed. CEDAM, 2011.
- Goldstein, M., *Family factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders: the results of a fifteen year prospective*

*longitudinal study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, vol.71. 1985.

- Johnstone, E. C., et al., *The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: Presentation of the illness and problems relating to admission*. British Journal of Psychiatry, 148. 1986.
- Loebel, A. D., et al., *Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 149. 1992.
- Ministero della salute - Istituto superiore di sanità, *Gli interventi precoci nella schizofrenia*. Sistema Nazionale Linee Guida, 2007. Doc. 14.
- McGlashan, T. H., *A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 1988.
- McGorry P., Jackson H., *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio. Un approccio preventivo*. Centro Scientifico Editore. 2001.
- McFarlane, W.R., *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: The Guilford Press. 2002.
- Neuchtelein, K. H., et al., *A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes*. Schizophrenia Bulletin, 1984.
- OMS, *Schizofrenia, informazioni per le famiglie* (ed. italiana a cura di Dell'Acqua G. Vidoni D., Campiutti E.). Edizioni Biblioteca dell'Immagine, Pordenone. 1994.
- Raphael, B., *When disaster strikes: how individuals and communities cope with catastrophe*. Basic Books, 1986.
- Regier, D. A., et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area / ECA) Study*. JAMA. 1990.
- Rosen, A., *Ethics of early prevention in schizophrenia*. Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, n.24. 2000.
- Singh S. P., *Transition from CAMHS to Adult Mental Health Services (TRACK): A Study of Service Organisation, Policies, Process and User and Carer Perspectives. Report for the National Institute for Health*



*Research Service Delivery and Organization programme.* Queen's Printer and Controller of HMSO. 2010.

- Warner, R., McGorry, P. D., *Early intervention in schizophrenia: points of agreement.* Epidemiologia e psichiatria sociale. Vol 11, n°4. 2002.
- Wyatt, R. J., *Neuroleptics and the natural course of schizophrenia.* Schizophrenia Bulletin, 17.1991.
- World Health Organization, *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care,* 2009. QV77.2
- [www.triestesalutementale.it](http://www.triestesalutementale.it)
- [www.who.int/mental\\_health/management/psychotropic/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html)
- Yung, A. R., McGorry, P. D., *Validation of “prodromal” criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up.* Schizophrenia Research, 105. 2008.





