

LA RETE DEI SERVIZI SANITARI A SUPPORTO DEI MINORI

16 di febbraio 2023, h 15.00 - 17.00

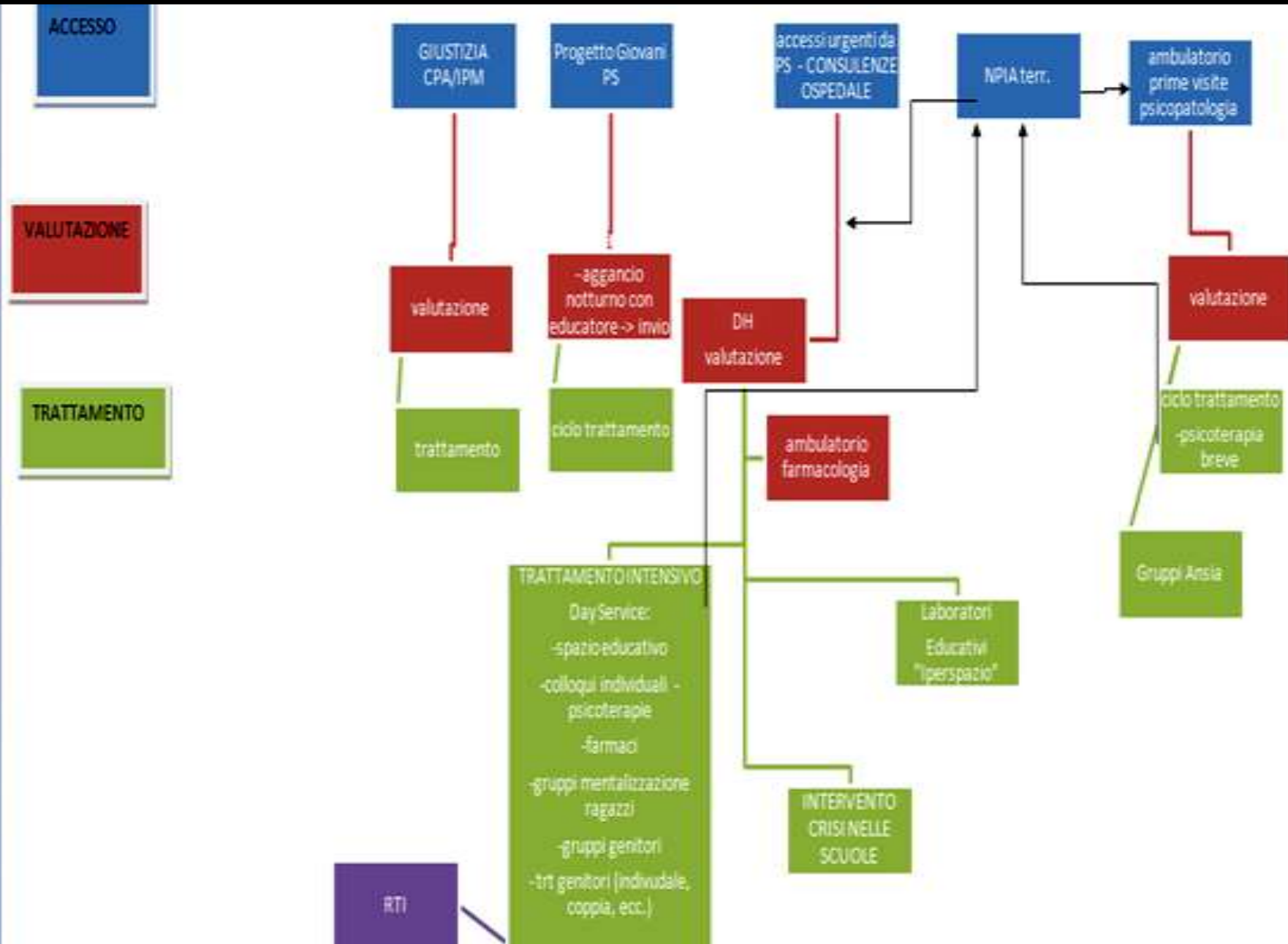
INCONTRO FORMATIVO SUL TEMA DELLA COLLABORAZIONE CON I SERVIZI SANITARI DELL'AUSL DI BOLOGNA. SI APPROFONDIRANNO LE TIPOLOGIE DI SERVIZI E LE RELATIVE MODALITÀ DI ACCESSO E PRESA IN CARICO DEI MINORI.

Stefano Costa, Responsabile UOSD Psichiatria e Psicoterapia età evolutiva, DSM-DP AUSL di Bologna

UO PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA ETÀ EVOLUTIVA:

**INTERVENTI DI 3° LIVELLO PER
I CASI GRAVI E URGENTI DI
PSICOPATOLOGIA DELL'ADOLESCENZA –
CRITERI DI ACCESSO, TIPOLOGIE DI
INTERVENTO**

Articolazioni della UO PPEE



La UOSD PPEE fornisce attività di terzo livello...

- **di diagnosi e trattamento** di soggetti con **condotte autolesive e suicidarie, soggetti con disturbi della personalità e soggetti con disturbi dell'umore**; fornisce inoltre un'attività di consulenza per i **Pronto Soccorso e i Reparti Ospedalieri che ricoverano minori, e alle Strutture del Centro di Giustizia Minorile** per la diagnosi ed il trattamento dei minori autori di reato.
- Il servizio si caratterizza per la possibilità di intervenire in urgenza attraverso un **trattamento intensivo integrato** e multiprofessionale che vede coinvolte diverse figure professionali che si coordinano attraverso un lavoro di équipe: neuropsichiatria infantile, psicologa, infermiera ed educatori.
- Viene fornita anche una attività di approfondimento diagnostico per le UOS della UOC NPIA Attività Territoriale rispetto a quesiti specifici per casi gravi e/o complessi.

Utenti target 1/2

- casi cl clinicamente urgenti che a loro volta hanno una priorità definita:
 - tentati suicidi ed esordi psicotici
 - gravi quadri depressivi acuti con ritiro sociale e minacce autolesive (un riferimento per la gravità può essere un punteggio pari o inferiore a 40 della scala CGAS), crisi acute e gravi di ansia (sintomatologia ossessivo-compulsiva) che bloccano il funzionamento sociale
 - quadri gravi ed acuti di disturbo del comportamento o della condotta tali da compromettere il percorso evolutivo (gravi aggressioni ai coetanei o ai familiari non più gestibili dalla scuola o dalla famiglia) – questo punto può in realtà configurare una emergenza psico-sociale.
 - altri quadri psicopatologici gravi, complessi ed acuti

Utenti target 2/2

- protocolli specifici per TS, ADHD, Episodi deliranti acuti, Istituto Penale Minorile e Comunità;
- consulenze richieste dall'Ospedale Maggiore (es. Chirurgia Pediatrica, NPI, Pediatria, Osp. Bellaria) e dall'Ospedale S. Orsola (in particolare Neuropsichiatria Infantile e Oncologia Pediatrica).
- definizione quesiti specifici e progetti terapeutici per i casi gravi e complessi.
- Di norma accedono alla UOSD pazienti a partire dai **14 anni, fino a 18 anni.**

Caso grave in psicopatologia:

- Funzionamento basso es. scala CGAS
- Arresto percorso evolutivo
- Necessità cura intensiva per rischio: non patologie croniche – possibilità sblocco

50 - 41	<p>Problemi evidenti. Grado moderato d'interferenza nel funzionamento relativo alla maggior parte delle aree sociali o compromissione significativa del funzionamento in un'area: preoccupazioni e ruminazioni suicidari; rifiuto scolastico; forme di ansia (rituali ossessivi, sintomi di conversione, frequenti attacchi di panico); scarse o inadeguate abilità sociali; frequenti episodi di aggressività o altri comportamenti antisociali. Mantiene qualche relazione sociale significativa.</p>
40 - 31	<p>Problemi seri. Grave compromissione del funzionamento in diverse aree (a casa, a scuola, con i coetanei, nella società più allargata). persistente aggressività senza chiara istigazione; ritiro marcato ed evitamenti dovuti ad un disturbo dell'umore o del pensiero; tentativi suicidari con un chiaro intento di morte. Questi bambini, con ogni probabilità, richiedono una scolarizzazione speciale, ospedalizzazioni, ritiro dalla scuola (ciò non comporta un criterio sufficiente di inclusione in questa fascia di punteggio).</p>
30 - 21	<p>Problemi gravi. Incapacità di funzionare in quasi tutte le situazioni: sta in casa, in reparto, a letto tutto il giorno, senza prendere parte ad attività sociali OPPURE compromissione della comunicazione, qualche volta incoerente o inappropriata.</p>
20 - 11	<p>Compromissione molto grave. Necessita di supervisione considerevole: per prevenire danni a sé o ad altri (spesso violento, diversi tentativi di suicidio ...) OPPURE per mantenere l'igiene personale OPPURE compromissione evidente in tutte le forme di comunicazione (gravi anomalie nella comunicazione verbale e gestuale, marcato isolamento sociale, stupor ...).</p>
10 - 1	<p>Estremamente compromesso. Necessita di costante supervisione (24 ore di assistenza), a causa di un comportamento gravemente distruttivo verso sé o gli altri o per evidenti difficoltà nell'esame di realtà, comunicazione, cognizione, umore, igiene personale.</p>

SERVIZIO INTENSIVO = ACCESSO FILTRATO



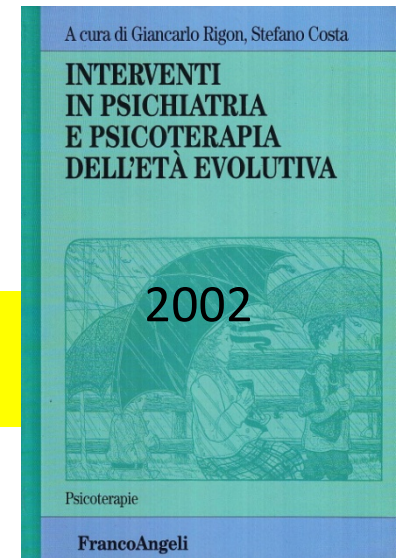
- Appropriatelyzza dei percorsi,
"stepped care" con intensità diverse
- Non sempre intensità elevata è la cosa migliore per ogni quadro -> **rischio regressione**
- Gestione risorse ma soprattutto
rischio imitazione quadri gravi (autolesione, sostanze, comportamenti promiscui ...)



INTERVENTO INTENSIVO CARATTERISTICHE

Unità operativa di “Psichiatria e
Psicoterapia dell’età evolutiva”

1) ANALISI DEL CONTESTO



impostazione organizzativa e funzionale del Servizio che prevede in tutti gli interventi la **decodifica e l'analisi del contesto**, l'attenzione alle dinamiche relazionali

- del paziente
- del suo ambito familiare ,
- degli operatori sanitari

Punto chiave dell'impostazione del trattamento:

DIAGNOSI IN POSITIVO

- la **diagnosi in positivo** (con **ricerca di punti di forza**, capacità ed interessi **sia del ragazzo**, sia **dell'ambiente in cui vive**, su cui sviluppare il progetto), ottenuta mediante una **valutazione strutturale e dimensionale**

Punti chiave dell'impostazione nella valutazione iniziale

NORMALITA'/PATOLOGIA

- il concetto di **continuum fra normalità e patologia** che consente ad esempio di collocare le situazioni di **crisi** in una prospettiva di significato esistenziale come situazioni di **squilibrio temporaneo**, che a volte può avere anche un positivo esito evolutivo nel senso di **uscita da una situazione di blocco**.

QUALE TRATTAMENTO ?



1. Appropriato

2. Accettato

Percentuale di abbandono
elevata dal 30 al 65%

EPIDEMIA INVISIBILE

Gebeyehu et al. *BMC Res Notes* (2019) 12:102
<https://doi.org/10.1186/s13104-019-4126-2>

BMC Research Notes

RESEARCH NOTE

Open Access

Psychotropic medication non-adherence



Abstract

Objective: Medication non-adherence is a major public health problem that has been called an "invisible epidemic". Globally, non-adherence rates among patients with severe mental illness ranged between 30 and 65%. It greatly

La cornice del lavoro clinico tipica dell'urgenza ma sempre più “diffusa”



il lavoro con i ragazzi che **giungono in urgenza, quasi sempre accompagnati contro voglia al Pronto Soccorso** dai familiari o da agenti di pubblica sicurezza, è evidentemente molto influenzato da questo particolare setting iniziale che non prevede **quasi mai una richiesta esplicita di aiuto e spesso neppure una consapevolezza della necessità di sottoporsi ad un intervento**; al contrario è spesso presente una **contrapposizione ambiente-minore** che vuole attirare il sanitario all'interno delle dinamiche conflittuali in atto spingendolo a schierarsi

trt multimodale ed integrato

- Nel nostro modello di trattamento sono utilizzati diversi tipi di intervento: colloqui psicoterapici con il ragazzo, di gruppo, con i genitori o con l'intero nucleo familiare; interventi farmacologici, educativi e sociali, realizzando così un **intervento multimodale**.
- Gli incontri settimanali di équipe, che prendono in esame anche le dinamiche della istituzione, le periodiche discussioni dei casi e gli scambi costanti fra le diverse figure professionali, rendono l'insieme degli interventi proposti un **trattamento integrato**.

«setting» psicoterapico di «sfondo»

Quando ancora non è possibile fare colloqui individuali psicoterapici vi sono elementi comuni utili ed efficaci:

- **Lettura dinamica di significato del sintomo** e della crisi,
- **Attenzione agli aspetti narcisistici** (ai quali è riservato un trattamento individuale, educativo, nel gruppo dei pari o presso scuola) che risultano sempre più frequentemente in gioco nelle situazioni di crisi e blocco evolutivo dei ragazzi oggi ed il cui trattamento appare molto efficace,

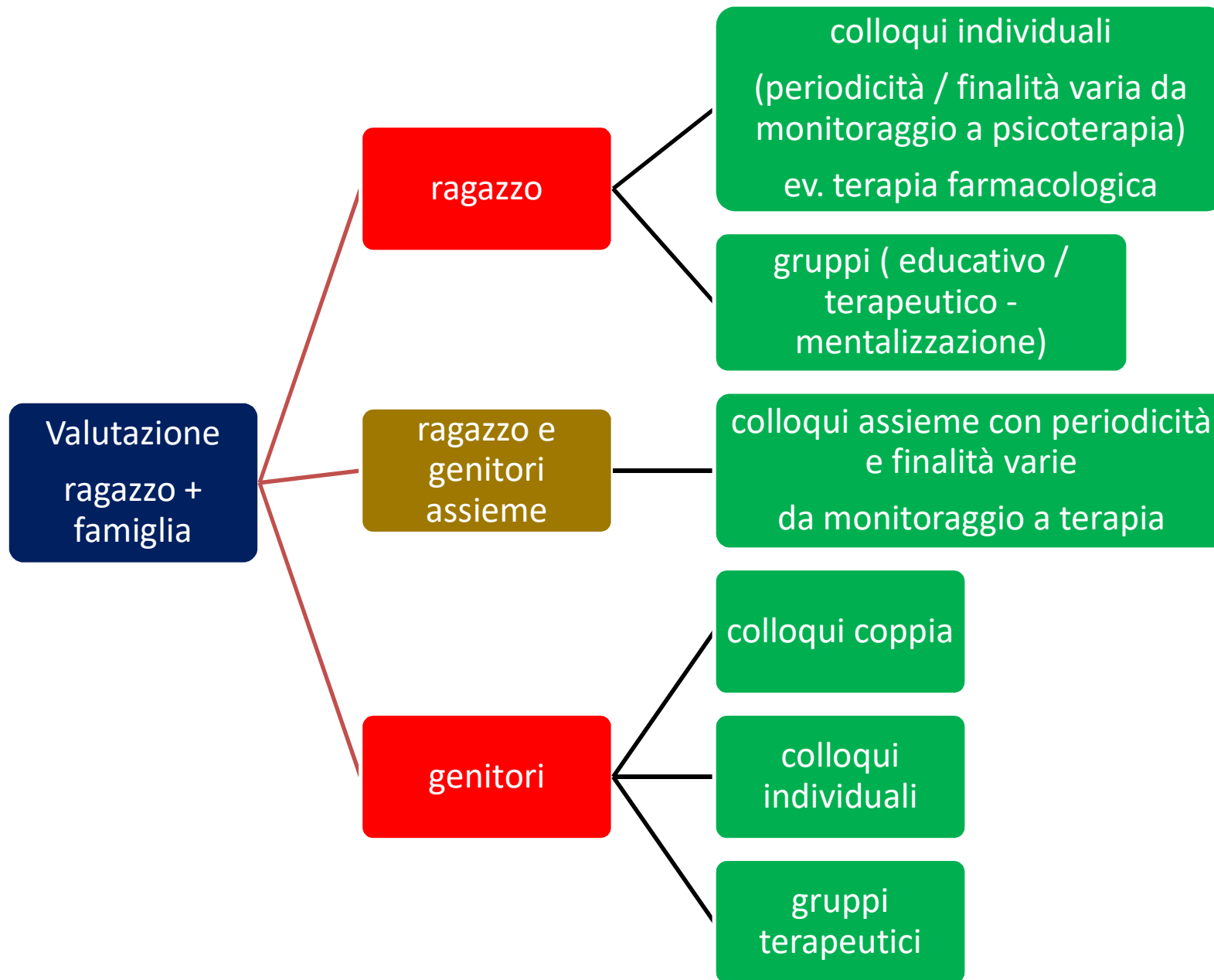
Lettura familiare ed ambientale del sintomo

(anamnesi e colloqui dei familiari con psicologo, intervento nella scuola e nell'ambiente sociale esterno). -> **intervento genitori** coppia (singoli) e di gruppo

Opportunità differenti

Sia per i ragazzi, sia per i familiari sono necessarie (oggi sempre di più) risposte terapeutiche differenti e la possibilità di cambiare nel tempo il progetto di intervento, aggiungendo, togliendo, modificando.

Spesso sia per i ragazzi, sia per i genitori, non è immediatamente accettabile/fruibile l'intervento che teoricamente sarebbe più appropriato e L'OBIETTIVO DIVENTA PROPRIO costruire la capacità di usufruirne.





IL LAVORO CON I GENITORI

Sostegno alla funzione genitoriale: EFETTI POSITIVI

Nella nostra esperienza **il lavoro con i genitori ci aiuta a**

- ridurre le interruzioni del percorso.
- aumentare la compliance e sostenerla lungo il percorso.
- allearci con le figure piu' vicine e che ancora hanno una notevole influenza.
- ottenere informazioni sulla storia individuale e familiare per poter anche valutare la presenza di difficoltà....fragilità... ma anche e soprattutto risorse ambientali e familiari (a volte scopriamo passioni predisposizioni dei ragazzi attraverso i racconti dei genitori...)

Sostegno alla funzione genitoriale per la coppia: la CRISI, modulazione dell'intensità

- attivare l'intervento con i genitori nel

momento della crisi, all'arrivo in DS:

le possibilità di alleanza sono maggiori in un momento in cui le difese sono crollate (maggiore disponibilità ad essere aiutati e difficoltà negare il problema).

MODULAZIONE: Inizialmente li vediamo una/due volte la settimana... per poi passare a una volta ogni due settimane ed infine una volta al mese.



IL LAVORO CON I RAGAZZI

Scale per la valutazione

- Il Test di Valutazione Multidimensionale dell'Autostima (TMA).
- **Personalità:** MMPI-2 , PID, SWAP-A
- La Scala di Valutazione degli Stati Depressivi (SVSD)
- La scala **Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)**. Solo quando si associano problemi in ambito alimentare.
- **CBCL** scala globale per la valutazione complessiva del comportamento.
- La Scala Multi-Attitudinale della Tendenza Suicidaria per Adolescenti (MAST) atteggiamenti nei confronti della vita e della morte.
- **Test proiettivi**
- **Test cognitivi**

approccio adolescente in situazione di crisi

Gli **elementi caratteristici** sono:

1. la gradualità dell'intervento,
2. la capacità di lavorare nell'incertezza,
3. l'investimento sulla ripresa del percorso evolutivo, in particolare con il supporto di un intervento educativo

INCERTEZZA

- L'ostacolo più grosso che abbiamo affrontato all'inizio del lavoro comune fra educatori, psichiatri e psicologi di fronte alle situazioni di urgenza psichiatrica adolescenziale, è stata l'impossibilità di utilizzare alcuni strumenti "temporali" tipici del lavoro educativo:
- un periodo di osservazione preliminare all'impostazione dell'intervento: non sempre si può attendere, spesso occorre iniziare subito
- una idea definita dell'arco di durata dell'intervento medesimo.

- Per gli educatori, spesso si è trattato, infatti, di presentarsi-
assieme medico/psicologo - al letto di un paziente, in una
stanza di degenza della medicina d'urgenza, della pediatria
o dell'ortopedia, con pochissime informazioni (se non
quelle strettamente sanitarie relative alla sintomatologia per
cui è richiesto l'intervento) dovendo affinare “sul campo”,
nella relazione diretta, capacità di osservazione, ed al
contempo di sostegno e per facilitare la comprensione, al
paziente stesso, di quello che sta accadendo.

SAPER ASPETTARE «CON»

- Le situazioni di sofferenza psichica spesso drammatiche che portano i ragazzi che arrivano in urgenza al DS ci spingono ad agire in modo da far diminuire lo stato di sofferenza, a “fare qualcosa”, mentre col tempo e con un ascolto rispettoso si scopre che spesso anche un silenzio partecipe può essere molto utile.

RIPRESA DEL PERCORSO EVOLUTIVO

- Un ulteriore elemento caratteristico dell'impostazione del nostro intervento – all'interno della valutazione dinamica delle diverse componenti ambientali – è il **forte investimento che viene attuato dall'intera équipe rispetto alla ripresa del percorso evolutivo**, da un lato mettendo il ragazzo di fronte alle proprie difficoltà (spesso di tipo inibitorio-difensivo), dall'altro fornendo strumenti concreti e supporto rispetto ai singoli passi da compiere per tale ripresa.
- **Contro rischio regressione e colludere con la situazione si stallo**

LO SPAZIO EDUCATIVO: AGGANCIO

- allo “spazio educativo”, concepito come luogo accogliente, informale, non giudicante, di sostegno e non prescrittivo, si deve gran parte degli agganci positivi dei ragazzi più problematici.

LO SPAZIO EDUCATIVO:

OSSERVAZIONE

- Un altro contributo determinante degli educatori nell'intervento terapeutico è la capacità osservativa dei ragazzi. La possibilità infatti di osservarli all'interno del gruppo dei pari o negli spazi esterni o rispetto all'esecuzione di lavori di tipo espressivo, come pure in attività quotidiane come il mangiare assieme o il fare la spesa, fornisce elementi estremamente utili e non raggiungibili altrimenti.

“tecniche per l’utilizzazione a fini clinici degli eventi di vita” – «clinica del reale»

- Questo elemento del trattamento richiama da un lato un contributo classico relativo alle “tecniche per l’utilizzazione a fini clinici degli eventi di vita” di due analisti che si occuparono della terapia di giovani devianti (tecniche per il trattamento del bambino aggressivo, F.Redl, D.Wineman, 1952), dall’altro raccoglie recenti contributi in merito alla relazione fra terapia e società di oggi, in particolare rispetto a quanto afferma Ehrenberg: “si tratta meno di praticare una clinica del sintomo che una clinica del “reale”, nella misura in cui è questo a creare la sintomatologia. Il reale è il legame sociale disfatto, e il suo risultato è il crollo della fiducia in sè” (Ehrenberg A., 2010). A questo aspetto si richiama l’importanza del lavoro sull’autostima (valutazione e trattamento) e, di conseguenza, del sostegno della ripresa dell’investimento del ragazzo sulla quotidianità esterna (scuola, coetanei, ...).

Trattamento intensivo =
sforzo / risultato

