

ABSTRACT CONVEGNO 18/11/2016 – PROGETTI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO COMUNITA': I PUNTI DI FORZA E LE CRITICITA', LE PROSPETTIVE.

Nei disturbi psichici in età evolutiva esiste un binomio indissolubile di cura e tutela che impegna gli operatori in modo specifico e rilevante.

Già nella primissima fase del ricovero ospedaliero, il servizio NPI territoriale della presa in carico, deve predisporre un progetto di dimissioni in collaborazione con tutti gli altri attori con particolare tempestività per evitare danni iatrogeni per ricoveri prolungati e relativi sprechi economici.

La DGR 25 del 18/12/2012 e la DGR 66 del novembre 2006 rappresentano le cornici essenziali che indicano la filiera delle opportunità e delle risorse per la costruzione del progetto personalizzato che prevede anche l'invio, se le condizioni cliniche e di tutela, lo richiedono, presso le comunità terapeutiche.

In Piemonte dal 2009 abbiamo sperimentato queste risorse che hanno rilevato elementi di criticità quali:

- Notevoli mutamenti del personale educativo e sanitario
- Scarso collegamento con i contesti locali
- Scarsa capacità progettuale nel senso pre-professionale lavorativo
- Notevoli difficoltà nella gestione di situazioni davvero complesse e problematiche
- Ricorso, in certi casi, a personale non qualificato

D'altra parte i servizi invianti hanno dei punti di debolezza anch'essi nella capacità di coordinamento e mantenimento del lavoro in rete con tendenze, in certi casi, alla delega. L'esperienza di Paolo VI presso Casalnoceto, rappresenta invece un punto di forza ed un importante modello di riferimento nella estrinsecazione della filiera definita e organizzata secondo diversi livelli di intensità, di gravità e, soprattutto, di prospettive riabilitative ed educative. Il punto di riferimento di tutti i progetti deve essere, fatta la dovuta eccezione, (abuso, maltrattamenti ecc...), il rientro in famiglia. Le prospettive per il futuro dovrebbero essere quelle della costituzione permanente di un tavolo tecnico permanente, con funzioni di osservatorio epidemiologico, di centro per la definizione di indicatori strutturali e funzionali di best pratic. Tale tavolo, definito a livello regionale, deve prevedere la presenza di tutti gli attori istituzionali e del privato sociale.

Pirro

Relazione: "L'invio in comunità: i bisogni di cura nelle nuove forme di psicopatologia in adolescenza"

Il contributo è relativo alla descrizione e all'avvio della comprensione dei nuovi bisogni di cura nelle nuove forme di psicopatologia in adolescenza, in particolare di quelle definite come "Attacco al Sé corporeo". Queste si caratterizzano per esordio in adolescenza, prevalenza nel sesso femminile, aumentata incidenza negli ultimi anni, presenza di comportamenti patologici agiti sul corpo, importante vuoto interiore e grave difetto della funzione simbolica. Sono concettualizzate come meccanismi disfunzionali di coping, cioè di strategie adattive con importante disregolazione emotiva agita sul corpo percepito e vissuto in modo negativo. Sono rappresentate dai disturbi alimentari, in particolare l'anoressia nervosa, dai tentativi di suicidio, dall'intensa ideazione suicidaria, dall'autolesività non suicidaria e dai gravi ritiri sociali. Dal punto di vista psicopatologico rimandano a condizioni di grave trascuratezza emotiva e noncuranza affettiva e possono essere descritte come esiti evolutivi di relazioni di attaccamento traumatico che hanno generato distorsioni gravi dello sviluppo della personalità e che rendono ragione dell'espressione sintomatologica peculiare. Verranno esposti e commentati i dati degli ultimi anni relativi al mutamento della psicopatologia durante il ricovero e agli invii in comunità.

Anna Peloso

I BISOGNI DEL TERRITORIO, CRITICITA' E INDICAZIONI ALLA RESIDENZIALITA' TERAPEUTICA

Oggi assistiamo ad un aumento quantitativo (come indicano i dati NPI net/SMAIL) e qualitativo (disturbi del comportamento con agiti auto- etero-aggressivi ,break down psicotico , discontrollo degli impulsi ,

agitazione psicomotoria,) delle problematiche psichiatriche, specialmente riferite alla fase adolescenziale e con sempre più frequente anticipazione alla pubertà .

La Comunità Terapeutica è uno strumento di intervento specifico e peculiare necessario in un momento di elevata problematicità. L'adolescenza è di per sé una fase evolutiva critica dove la psicopatologia può raggiungere espressioni molto intense, ed assumere forme sintomatologiche talvolta drammatiche. Nella maggior parte dei casi tali forme patologiche si accompagnano a contesti familiari fragili ed ambientali sfavorevoli.

La C. T. entra, quindi, a far parte del percorso di vita del ragazzo e della sua famiglia in un momento di particolare difficoltà , in cui si presentano gravi problematiche psichiatriche o neurologiche.

E' una fase del progetto clinico che vede coinvolti diversi e molteplici Servizi e Istituzioni, che si prendono cura del paziente e dei suoi familiari, impegnati in un fondamentale lavoro di rete .

E' uno spazio protetto dove gli operatori sono impegnati a curare e sostenere i ragazzi , ripristinando, per quanto possibile, la ripresa del cammino evolutivo e, anche attraverso l' alleanza terapeutica con i genitori, il recupero ed il rientro nel proprio contesto di appartenenza .

Questa **fase " terapeutica "** è preceduta dalla **fase del PRIMA** e seguita dalla **fase del DOPO** :

il PRIMA si declina nel progetto messo a punto con il paziente e la sua famiglia dagli Enti e Servizi territoriali

il DOPO riguarda le dimissioni dalla struttura ed il reinserimento .

L'UMVD-M coordina e sovrintende al continuum evolutivo di ogni fase.

I Servizi NPI territoriali risentono di alcune criticità / carenze **che, se colmate, limiterebbero il ricorso alle strutture residenziali:**

- o Assenza, nell'ambito dei servizi di NPI, di tecnici della riabilitazione psichiatrica, di educatori professionali e di un budget per l'educativa;
- o Impossibilità per i servizi stessi di attuare interventi riabilitativi articolati ;
- o Carenza di Comunità diurne che possano ospitare i minori per più di otto ore (per es. fino alle 21.00);

Queste ultime avrebbero la funzione di facilitazione la gestione dei percorsi di ingresso e di dimissione dalla cura residenziale .

Dott E. Cordella

RUOLO E CRITICITA' DELLA DEGENZA OSPEDALIERA NEI DISTURBI PSICHIATRICI DELL'ETA' EVOLUTIVA

Vengono presi in esame in particolare i ricoveri psichiatrici con carattere di urgenza.

Infatti il concetto medico di urgenza in psichiatria si estende e si amplia: riguarda pazienti che presentano sotto diverse forme un pericolo per l'integrità psichica e fisica del Sé, è legato a come il soggetto e la famiglia vivono la situazione critica, a come riescono a tollerare e gestire la sofferenza e il disturbo e rimanda alla disponibilità di adeguate strutture di accoglienza.

Si tratta della rottura dell'equilibrio personale e sociale con un carattere esplicitamente relazionale, le cui radici sono nel funzionamento di tutto il nucleo (familiare o istituzionale).

La degenza ospedaliera dovrebbe fornire una risposta immediata a tale emergenza ma, specie in ambito pediatrico, le strutture sono spesso inadeguate o sottodimensionate ai compiti richiesti in tali situazioni. Viene quindi preso in esame il ruolo di diagnosi e cura che dovrebbero rivestire le strutture di degenza ospedaliera di neuropsichiatria infantile, la loro adeguatezza alle richieste sempre maggiori che vengono dal territorio e le criticità legate al ricovero e alla dimissione del paziente sia nel caso (auspicabile) di rientro a domicilio sia nel caso di trasferimento in una comunità riabilitativa/ terapeutica.

Cremonte

Analisi dell'efficacia dell'intervento

L'intervento si propone di descrivere i risultati di una ricerca effettuata nel corso di tre anni all'interno dell'Unità che accoglie adolescenti e preadolescenti del Centro di Riabilitazione Etraospedaliera "Paolo VI" di Casalnoceto. Si mostreranno alcuni dati descrittivi del contesto nel quale sono stati somministrati i tests.

Verranno descritti i tests utilizzati. Successivamente si andranno a descrivere i risultati ottenuti verificando eventuali cambiamenti nei pazienti sottoposti a trattamento residenziale e di psicoterapia individuale e di gruppo, cercando infine di porre l'attenzione alle variabili che maggiormente influenzano i miglioramenti.
Saverio Bergonzi

Valutazione di esito e percorsi di cura per i disturbi psichiatrici gravi in adolescenza

I disturbi psichiatrici gravi in adolescenza sono disturbi complessi, che durano a lungo nel tempo, coinvolgono più aree funzionali e diversi contesti di vita e nei quali utente, famiglia e scuola e le risorse che sono in grado di attivare sono elementi fondamentali del percorso di cura.

La maggior parte degli strumenti di esito utilizzati sono invece monodimensionali, centrati sull'utente, sui suoi sintomi e sui deficit funzionali. A volte raccolgono le diverse opinioni di utenti, famiglia e scuola, in assenza di modalità per combinare le informazioni in un quadro globale che non solo permetta di monitorare il cambiamento e gli esiti dei trattamenti, ma che possa consentire di orientare il trattamento stesso per priorità successive e di concordarlo con l'utenza.

Nelle situazioni di complessità, separare e scomporre le parti degli interventi per valutarne i singoli effetti può ad esempio portare all'annullamento dell'effetto che si voleva misurare. Il contemporaneo coinvolgimento di più ambiti richiede allora una multidimensionalità nella valutazione, con l'attenzione costante ad esplorare adeguatamente tutte le dimensioni coinvolte (cliniche, sociali, dei bisogni di cura, della soddisfazione, dell'uso dei servizi, dei costi). Allo stesso tempo, la presenza di una pluralità di soggetti (utenti, familiari, operatori, istituzioni, ecc.) con sguardi, valori, ruoli e responsabilità diversi, che contribuiscono ciascuno alla definizione degli obiettivi e al raggiungimento dei risultati attesi, richiede che la multidimensionalità si intrecci con la multiassialità dei diversi punti di vista, che viene a rappresentare non solo un elemento essenziale della valutazione iniziale con il paziente e la sua famiglia, per poter individuare e concordare adeguatamente le priorità, ma un componente ineludibile della strutturazione degli interventi e della valutazione degli esiti.

Ma con quali modalità possono essere combinate le informazioni relative ai diversi ambiti? Ovvero, che peso relativo è opportuno dare a ciascuna dimensione, sia al momento della prima valutazione che nella scelta delle priorità e delle strategie di intervento che nell'ambito della valutazione di esito? E ancor più, come mettere insieme informazioni (e priorità) spesso divergenti di utenti, familiari, operatori? E come rendere facilmente comunicabile tra tutti gli interlocutori il risultato della valutazione, rendendo esplicito e semplice a sé, ai colleghi, ai pazienti-famiglie da dove stiamo partendo, che strada abbiamo scelto e perché, verso dove stiamo andando, quando e come faremo insieme un punto e quali elementi ci aiuteranno a capire se siamo sulla strada giusta? Infine, come includere informazioni rilevanti di processo, differenziando gli esiti a secondo del metodo con il quale sono stati ottenuti? Esiti ottenuti con la semplice applicazione di interventi appropriati sono verosimilmente differenti da esiti ottenuti con una presa in carico personalizzata e basata sul concorso professionale e ancor più da esiti in cui è presente sia l'apporto professionale che quello non professionale, e l'utente "contribuisce"

al percorso. In questo caso la personalizzazione di esito beneficia dell'apporto che la persona è messa in grado di dare e che tecnicamente può essere descritto proprio come "concorso all'esito".

Nell'intervento verranno descritti alcuni problemi nella valutazione degli esiti, e la sperimentazione in atto di uno strumento multidimensionale e multi assiale di esito che permetta di costruire concordanza con l'utente e la famiglia e di orientare le scelte nel trattamento dei disturbi psichiatrici gravi in adolescenza.

Costantino