

# SCOMPENSO PSICHICO ADOLESCENZIALE ED EMERGENZA PSICHIATRICA: COSTRUZIONE DI UN MODELLO DI INTERVENTO IN RETE

*Adolescent breakdown and psychiatric emergency: constructing a network model of intervention*

M.G. Martinetti  
E. Innocenti  
M.C. Stefanini  
S. Teatini  
G. Serni  
T. Pisano\*  
F. Mannelli\*\*  
C. Trapani\*\*  
R. Leonetti\*\*\*

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, SOD di NPI, Università di Firenze; \*Clinica di Neurologia Pediatrica Azienda Ospedaliera Universitaria "Meyer", Firenze; \*\*Dipartimento Emergenza Accettazione Azienda Ospedaliera Universitaria "Meyer", Firenze; \*\*\*Direttore U.O. N.P.I., ASL 10, Firenze*

## RIASSUNTO

Nel tentativo di strutturare risposte sempre più pertinenti alla sofferenza psichica adolescenziale, si evidenzia nella letteratura scientifica nazionale e internazionale la criticità della risposta terapeutica all'acuzie psichica. Nel presente lavoro si riflette sull'esperienza della costruzione di un intervento in rete fra servizi ospedaliero-universitari (Neuropsichiatria Infantile-NPI, Pediatria) e territoriali (Unità Funzionali Infanzia Adolescenza), focalizzando quei setting che rendono possibile la tempestività e intensità della risposta, integrando la pronta accoglienza del Dipartimento di Emergenza Accettazione-DEA e l'eventualità di ricovero presso letti dedicati di NPI, con la consulenza specialistica e l'attivazione di un ambulatorio di NPI per il trattamento multidimensionale integrato intensivo dell'acuzie psichica. La cornice metodologica è rappresentata dalla necessità di costruire modelli di intervento tempestivi, flessibili e personalizzati, integrati già nella fase di acuzie col successivo progetto terapeutico di presa in carico territoriale. Viene approfondito l'inquadramento diagnostico dell'acuzie psichica rispetto alla diagnosi nosografica e dimensionale dello scompensamento psichico adolescenziale, analizzando la casistica seguita negli anni 2008-2009, per sintomi acuti psichiatrici, dalla NPI della Struttura Organizzativa Dipartimentale-SOD dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi-AOUC di Firenze, nelle diverse tipologie di intervento tempestivo, intensivo: consulenziale (presso DEA e i Reparti di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer-AOUM); ambulatoriale (Ambulatorio Intensivo Adolescenti) della NPI presso l'AOUM; ospedaliero (ricovero, ospedale diurno, presso la NPI dell'AOUC). La significatività complessiva dell'intervento viene analizzata sulla base di indicatori quali l'incidenza dei pluriricoveri al DEA, l'integrazione coi servizi territoriali, la pertinenza delle diagnosi psichiatriche rispetto alla sintomatologia in acuto.

## SUMMARY

*In an attempt to formulate answers more relevant to the mental suffering of adolescents, it becomes apparent through the National and International scientific literature, the criticality of addressing through therapy this acute mental condition.*

*In this paper, we reflect on the experience of constructing a combined network approach, integrating Hospital/University services (Pediatric Neuropsychiatry, Pediatrics) with more local services (Functional Infant/Adolescent Units), focusing the activities that facilitate a rapid and intense response by consolidating the initial activity of the Emergency Admissions Department and an eventual hospital stay in a Pediatric Neuropsychiatric ward with specialist consultants, plus the creation of a Pediatric Neuropsychiatric out-patients department for the multi-dimensional intensive treatment of this acute mental condition.*

*The methodological framework is represented by the need to construct working models of this type of quick response therapy that are flexible and can be personalized and furthermore incorporated at an early stage with a subsequent therapy project at a local level.*

*The elaboration of the diagnostic overview of this acute mental condition in respect of the nosographic diagnosis and dimension of the mental imbalance of the adolescent, by analyzing case histories carried out in 2008-2009 for acute psychiatric symptoms by the Pediatric Neuropsychiatry department of the Departmental Organization Structure of the University Hospital Careggi in Florence, in varying forms of rapid response and intensive intervention: consultations (at the Emergency Admissions Department and Pediatric Ward of the University Hospital*

### PAROLE CHIAVE

Adolescenza - Scompensamento Psichico - Emergenza psichiatrica

### KEY WORDS

Adolescence - Mental imbalance - Psychiatric emergency

*Meyer in Florence) out patients department (specialized out-patients department for adolescents) of the Pediatric Neuropsychiatric ward of the Meyer Hospital, Florence; hospital care (admission, day hospital) at the Pediatric Neuropsychiatric ward of the Careggi Hospital, Florence. The comprehensive significance of the*

*intervention is analyzed based on indicators relative to the number of multiple hospital admittances at the Emergency Admissions Department, the amalgamation of local services and the pertinence of the psychiatric diagnosis as regards the acute symptomatology.*

## INTRODUZIONE

Nel panorama della salute mentale in età evolutiva dati statistici rilevano come circa il 10% della popolazione che affrisce al Sistema Sanitario Nazionale per problematiche neuropsichiatriche richiede interventi di ricovero specialistico (gran parte è costituito da gravi crisi adolescenziali)<sup>1</sup>. Negli Stati Uniti è stato stimato che le situazioni di emergenza psichiatrica in bambini e adolescenti rappresenta circa il 10% di tutte le emergenze psichiatriche e circa il 2% di tutte le situazioni di emergenza sotto i 18 anni. In Gran Bretagna il numero di accessi psichiatrici di adolescenti ai Pronto Soccorso è cresciuto più del 30% nell'arco di 5 anni<sup>2</sup>. Nella Regione Toscana, il numero di minori ricoverati presso i presidi ospedalieri con diagnosi psichiatrica, è stata di 2735 soggetti nel 2007, di 2928 nel 2008 con un assorbimento del 72% e 71% da parte delle Strutture Organizzative Dipartimentali delle Aziende ospedaliere universitarie di Neuropsichiatria Infantile collocate nelle tre aree vaste della Regione Toscana (NPI IRCCS Stella Maris di Pisa, NPI Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze, NPI Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena); si valuta che il 10% di questi accessi avvenga in situazioni di acuzie psichica.

Tali dati confermano come l'emergenza-urgenza rappresenti una modalità crescente di espressione del disagio in adolescenza in relazione all'esordio acuto di una sintomatologia polimorfa (disturbi della condotta, attacchi di panico, somatizzazioni acute, stati dissociativi, disturbi del pensiero, condotte agite, disturbi dell'umore) che in alcuni casi si delinea come scompenso psichico, con alterazione dei processi di mentalizzazione e vissuto di perdita dell'integrità e continuità del sé<sup>3-5</sup>. Ne consegue che l'intervento terapeutico e il ripristino della tutela non riguardano soltanto la dirompenza delle condotte agite, ma devono essere orientati alla protezione dei processi mentali, affettivi ed emozionali che mostrano nello scompenso la loro vulnerabilità e fragilità. Intervento terapeutico significa-

tivo per il decorso, in quanto la gravità sintomatologica non è di per sé predittiva di outcome.

Rispetto alle modalità di intervento in letteratura si individuano modelli attinenti alle singole patologie psichiatriche come i tentativi di suicidio<sup>6</sup>, i disturbi borderline di personalità<sup>7</sup> i disturbi della condotta<sup>8</sup>, i disturbi del comportamento alimentare<sup>4</sup>, con riflessioni metodologiche calate nei singoli disturbi, senza che si individuino un possibile modello di intervento tempestivo e incisivo sull'ampia gamma delle manifestazioni sintomatiche che caratterizzano lo scompenso psichico acuto adolescenziale<sup>9-11</sup>.

Notevoli appaiono le criticità a fronte della richiesta di intervento immediato e specifico in situazioni di acuzie psichica, sia quando si tratti di ragazzi conosciuti e in carico ai Servizi Infanzia e Adolescenza della Salute Mentale, sia quando l'acuzie psichica sia relativa a manifestazioni e sintomatologia emergente, e ancor di più nei casi che non accedono ai servizi. Genera infatti criticità la necessità di un intervento specifico tempestivo, multidimensionale, tutelante e la non disponibilità, per l'attuale organizzazione dei servizi, ad un accesso immediato per l'età evolutiva sia a livello ambulatoriale (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza), che ospedaliero (ricoveri programmati nelle NPI, anche se con tempi brevi per i letti specifici previsti per l'emergenza); esperienza differita fra domanda di accesso e accoglimento che risulta di per sé ansiogena per il soggetto e i familiari, incidendo nella manifestazioni stesse dello scompenso. Nel tentativo di organizzare percorsi prevedibili e specifici, l'orientamento assistenziale attuale tende prevalentemente all'individuazione di posti letto specialistici dedicati, con difficoltà evidenziate nel tempo rispetto alla tempestività della valutazione iniziale in acuzie sia psicodiagnostica che del rischio, e alla conseguente congruità del progetto terapeutico. L'accesso immediato, attualmente filtrato dai Dipartimenti Emergenza Urgenza, risulta d'altronde un passaggio necessario anche per la possibilità di doppia diagnosi o di stati

mentali legati a fattori organici, momento di primo accoglimento in cui attuare l'iniziale complessivo iter di valutazione ed intervento rispetto all'acuzie psichica. Focalizzeremo in questo articolo i possibili inquadramenti diagnostici dello scompenso psichico, per individuare modalità di intervento terapeutiche rispetto agli aspetti sintomatici e ai processi mentali in atto; viene riportata l'esperienza condotta in questi anni nella progressiva individuazione di un percorso integrato, multidimensionale in rete, che prevede una continuità di progetto terapeutico fra momenti di gravità che richiedono intensità di cure e differenti format (a livello territoriale Servizi Infanzia e Adolescenza della Salute Mentale – UFSMIA: ambulatoriale, diurno, residenziale educativo, riabilitativo, terapeutico; a livello ospedaliero ricoveri in Day Hospital e ordinari, prevalentemente specialistici nelle Neuropsichiatrie Infantili delle AOU e IRCSS); l'intervento che viene proposto si colloca nell'ambito ospedaliero specialistico, con modalità integrata rispetto ai servizi UFSMIA territoriali. L'orientamento da cui nasce la presente esperienza individua e focalizza il periodo di scompenso psichico acuto come stato che rende necessaria una risposta assistenziale caratterizzata da tempestività, specificità, intensità di cure, senza appiattire l'intervento nell'unica possibilità dell'ospedalizzazione, ancorché specialistica, ma individuando modalità terapeutiche articolate e integrate nel complessivo percorso di cura e riabilitazione. L'intervento attuato dalla NPI dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi-AOUC, mette in rete due Aziende Ospedaliere Universitarie dell'area Vasta Centro della Regione Toscana, (la NPI dell'AOUC con i reparti della pediatria e il DEA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer-AOUM, unico DEA di modello 4° della Regione Toscana, con più di 30.000 accessi per anno), con i servizi territoriali aziendali della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA). Si individua pertanto un percorso ospedaliero specifico, articolato fra format diversi (consulenziale, ambulatoriale, ricovero) che partecipa alla costruzione integrata del complessivo intervento multidimensionale. A fronte dell'acuzie psichica in età evolutiva la modalità complessiva attivata si inserisce come elemento innovativo all'interno del modello organizzativo di intervento della rete dei Servizi in Toscana, tuttora in fase di costruzione e dibattito.

L'esperienza effettuata negli ultimi tre anni, permette una riflessione maturata nel gruppo di lavoro della SO-Dc di Neuropsichiatria Infantile dell'AOUC relativamente a situazioni di scompenso psichico adolescenziale<sup>4,5</sup>. Il percorso individuato sottende un approccio terapeutico trasversale nelle diverse manifestazioni sintomatiche dello scompenso psichico, calato in un assetto organizzativo di rete tra Struttura Ospedaliera e Servizi Territoriali, all'interno di possibili differenziazioni di risposta in acuzie che rendano flessibili ma anche personalizzati e individualizzati i percorsi di ciascun paziente e della famiglia, con un assetto metodologico che mantenga coerenza e continuità fin dal primo accoglimento, che coincide peraltro con l'attivazione dell'intervento terapeutico.

## MATERIALI E METODI

Il contesto assistenziale che viene analizzato nel presente contributo è quello della pediatria individuando possibili setting di intervento in acuto da parte della NPI dell'AOUC (consulenziale tempestivo, intensivo, continuativo; reparti, DEA, Ambulatorio Intensivo Adolescenti – AIA presso l'AOUM; ricovero ordinario e DH presso AOUC), su richiesta dei pediatri. In particolare ci focalizzeremo sull'organizzazione dell'Ambulatorio Intensivo Adolescenti (AIA), che si è inserito come anello incisivo nella possibile concatenazione del percorso terapeutico: si tratta di un intervento ambulatoriale, tempestivo (prenotabile direttamente dal DEA del Meyer o attivato dopo consulenza), intensivo multidisciplinare (neuropsichiatri infantili, psicologi) integrato (col coinvolgimento immediato con i servizi UFSMIA di zona), dove può essere svolto un intervento di tipo breve (3-6 mesi) a cadenza settimanale o plurisettimanale, multifocale, multidimensionale (sia con il ragazzo che con la famiglia, con valutazione della terapia farmacologica e contemporanea attivazione di interventi educativi), nel tentativo non solo di risposta medicalizzata al sintomo acuto ma di contemporaneo avvio di un progetto terapeutico. L'intervento intensivo ambulatoriale è indicato nelle situazioni in cui l'acuzie psichica (a volte anche molto intensa) permetta il mantenimento di un contatto mediato con la quotidianità (scuola ambito familiare, rete relazionale); il ricovero (DH intensivo, ospedale diurno, ricovero ordinario)

viene indicato nei casi in cui gli input ambientali risultino eccessivamente attivanti la situazione di disagio, o manchi una tutela ambientale.

La *riflessione diagnostica* parte dalla necessità di tracciare una mappa di riferimento che permetta una conoscenza multidimensionale e che consideri la potenzialità evolutiva dei movimenti che caratterizzano la forma identitaria "liquida"<sup>12</sup>, propria dell'adolescente, anche nella criticità dello scompensamento. Nella *definizione dello scompensamento psichico adolescenziale* la vulnerabilità e la sofferenza soggettiva sono intimamente legate all'intreccio fra spinte evolutive ed aspetti psicopatologici; il processo adolescenziale di per sé comporta elementi di criticità per il riassetto identitario in corso, sia intrapsichico in termini di coesione e strutturazione del Sé, sia relativo ai legami relazionali (familiari, gruppo dei pari): aspetti che, in presenza di aree di vulnerabilità, risultano potenzialmente destabilizzanti, sotto la spinta della modificazione fisica, neurobiologica con i corrispettivi della maturazione sessuale, cognitiva, affettiva e della modificazione dell'immagine corporea. Si può evidenziare così uno stato di scompensamento psichico che è stato delineato, in una sintesi descrittiva, come: "emergenza di situazioni con un carattere esplicitamente relazionale, che hanno radici nel funzionamento di tutto il nucleo (familiare o istituzionale), ma nelle quali è il paziente a sperimentare la sensazione soggettiva acuta di rottura dell'equilibrio emotivo e di impasse nelle proprie capacità di adattamento"<sup>13</sup>.

In quest'ambito gli *inquadramenti categoriali* risultano descrittivi, rilevando la prevalenza di raggruppamenti sindromici; differenti fasce di gravità vengono individuate nell'ottica del venir meno della competenza di tutela da parte del ragazzo e dell'ambiente, e della necessità di offrire un ripristino di questa come aspetto contenitivo dell'intervento terapeutico.

L'estremo polimorfismo sintomatico che caratterizza lo scompensamento e la notevole fluttuazione sintomatologica che osserviamo rendono comunque necessario integrare un primo approccio sintomatico categoriale (DSM IV TR, ICD)<sup>14 15</sup>, utilizzando una *diagnosi dimensionale* centrata su una valutazione di tratti emergenti della personalità e del funzionamento mentale in fieri, dove nello scompensamento risultano compromessi<sup>3</sup>: la *coesione strutturale*, con la comparsa di sentimenti di depressione, devitalizzazione e angosce di frammentazione; la

*stabilità temporale*, per cui viene minata la capacità di avvertire la propria stabilità e coesione, già scossa da cambiamenti impressi dall'adolescenza; la *coloritura affettiva*, da cui dipende l'autostima e la modulazione emotiva delle esperienze intrapsichiche e relazionali. Lo scompensamento si pone quindi come diagnosi funzionale a livello della comprensione psicopatologica dei meccanismi di difesa e degli aspetti strutturali<sup>16</sup>, dei criteri di sviluppo che orientano il progetto di trattamento a seconda dello scacco del processo adolescenziale<sup>17-19</sup>, e dell'iscrizione dell'emergenza sintomatica nella "persona" adolescente<sup>20</sup>. La possibilità di utilizzare la griglia valutativa del Manuale Diagnostico Psicodinamico<sup>21</sup>, assieme all'inquadramento sindromico, sembra offrire uno strumento sensibile a delineare aspetti emergenti del black-out dei processi di mentalizzazione, nel mentre, nel tempo, si rilevano tratti di personalità emergente, spesso sommersi durante lo scompensamento.

Particolare attenzione è rivolta al contemporaneo scompensamento della funzione genitoriale dove risulta minata la capacità di rappresentazioni integrate del proprio figlio, sentito come alieno ed estraneo, e risulta impraticabile la funzione di rispecchiamento del figlio com'è.

Ci sembra che valga ancor di più quanto affermato da Lingiardi<sup>22</sup>, di come per l'età evolutiva e in particolare in adolescenza un approccio dimensionale diagnostico centrato su una valutazione del profilo di personalità e del funzionamento mentale in fieri possa rappresentare un elemento valutativo importante che integra un primo approccio sintomatico categoriale (DSM, ICD).

Il contributo di alcuni autori<sup>23</sup> alla comprensione delle esperienze cliniche e terapeutiche portate avanti in questi anni è stato fondamentale, mostrando sia la vulnerabilità dei processi di mentalizzazione, che la distorsione o incompetenza rispetto ad essi, e collocando la complessità di questa competenza nei compiti evolutivi. In queste ricerche si è evidenziato come nel corso dello sviluppo, l'assenza di un Sé riflessivo stabile (conseguente alla reiterata esperienza di un rispecchiamento empatico all'interno della relazione di attaccamento), possa portare a distorsioni legate a parziale mancanza di capacità di mentalizzare, fino ad una vera e propria incompetenza dei processi

di mentalizzazione (come avviene ad es. nei disturbi borderline di personalità).

Nella situazione di scopenso psichico i processi di mentalizzazione mostrano un'area di "cecità dinamica", che li opacizza e distorce. Contemporaneamente osserviamo nei genitori alterazioni di questi stessi processi, conseguenti alla pressione destabilizzante dell'esperienza dello scopenso del figlio, con conseguente rinforzo della distorsione dei processi di mentalizzazione intrafamiliari<sup>5 24</sup>.

Pensiamo che l'attenzione ai processi di mentalizzazione mantenga il legame fra analisi dimensionale<sup>12</sup>, analisi delle difese (criterio di sviluppo), inquadramento nosografico, comprensione dello scopenso nella storia individuale<sup>20</sup>, analisi dei processi mentali in atto nel contemporaneo scopenso del contesto familiare; comprensione che facilita e orienta il progetto terapeutico. Fino dall'accoglimento iniziale, il gruppo terapeutico funziona col modello a équipe unica integrata multiprofessionale (NPI, Psicologo, Educatore, Infermiere), ed ha come finalità quella di creare un ambiente terapeutico a orientamento psicodinamico, che si configuri come *spazio psichico allargato*<sup>25</sup>, spazio costituito da coloro (persone, luoghi, gruppi) ai quali l'adolescente affida inconsciamente le proprie istanze psichiche nei diversi momenti della sua storia; in aiuto al soggetto e alla famiglia il gruppo attiva una funzione riflessiva<sup>26</sup> facilitante processi di integrazione, nel tentativo di incidere in senso terapeutico su quei processi di mentalizzazione che risultano compromessi.

La specificità dell'intervento multifocale svolto nella situazione di acuzie in maniera tempestiva nei diversi setting di intervento si delinea nella sua peculiarità attraverso i seguenti punti operativi-metodologici: 1) valutazione diagnostica centrata sul contenimento del sintomo, contemporaneamente alla valutazione dei fattori di rischio/protettivi, sia riguardo al soggetto che ai familiari e al contesto; 2) intervento psicoterapeutico focalizzato su: coesione del sé/integrazione, supporto alla funzione parentale riflessiva, costruzione dei presupposti per un'alleanza terapeutica, lavoro a équipe unica integrata multiprofessionale.

In questa cornice l'intervento ambulatoriale intensivo e tempestivo in risposta a situazioni di disagio acuto consente di individuare i seguenti caratteri specifici di intervento: 1) percorso di approfondimento diagnosti-

co (dalla diagnosi sintomatica ad un inquadramento nosografico e dimensionale e delle dinamiche familiari), nel mentre è possibile mantenere e mediare il contatto con la quotidianità; 2) valutazione prognostica dei fattori di rischio/protettivi, ma anche della rigidità/fluidità sintomatica del soggetto e del contesto durante la consultazione in acuto; 3) valutazione della risposta all'intervento, come indice di modificabilità soggettiva e del contesto.

Tale approccio inoltre crea le premesse per avviare in maniera coerente e continuativa un percorso di rete con i Servizi Territoriali accompagnando il successo, e a volte già contemporaneo intervento da parte dell'UFSMIA, attraverso l'attivazione di interventi supportivi ambientali (educativi, sociali), e la successiva riformulazione di un progetto terapeutico personalizzato per il soggetto e i familiari.

## ANALISI DELLA CASISTICA

Riportiamo l'analisi dei dati relativi al 2008 e 2009. Il campione di soggetti in acuzie psichica seguiti dalla NPI con i differenti setting (consulenza, AIA, ricovero), risulta sovrapponibile: 157 nel 2008 e 148 nel 2009; con analoga distribuzione maschi/femmine (Tab. I) e con un'età media di 12 anni ed 1 mese (DS 3 anni e 7 mesi) nel 2008, e di 12 anni e 3 mesi (DS 3 anni e 6 mesi) nel 2009.

### Provenienza dell'utenza (Tab. II)

Nei due anni si osserva un'ulteriore incremento della provenienza dall'area fiorentina. Ciò conferma la scelta di una modalità di lavoro di "prossimità", che permetta l'attivazione della rete, con netta prevalenza di richieste provenienti dall'Area Vasta Centro. Prossimità che nelle situazioni di scopenso psichico a maggior ragione solleva le famiglie e i soggetti dal peso di interventi collocati a distanza e che comportano uno sradicamento temporaneo dal proprio ambiente di vita quotidiano.

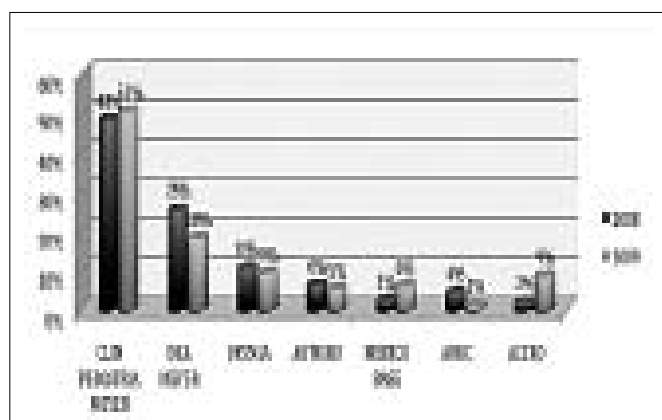
Tab. I. Casistica anni 2008-2009.

Soggetti	2008	2009
Numero	157	148
Femmine	62%	61%
Maschi	38%	39%

### Invio (Fig. 1)

Per quanto riguarda le richieste di intervento tempestivo a fronte di acuzie psichica, le percentuali degli invii effettuati dalle cliniche pediatriche dell'Ospedale Meyer sono sovrapponibili: 48% con 76 pz nel 2008; 51% con 75 pz nel 2009. Tra i dati più significativi si evidenzia:

- Una netta riduzione (7%) relativa agli invii effettuati dal DEA Meyer, segno di una probabile miglior collaborazione tra équipe e di migliorate capacità ad interagire con il disagio psichico da parte dei professionisti del Meyer, (riduzione della risposta di ansia, spavento e stress negli operatori del DEA); questo dato va comunque correlato col contemporaneo incremento delle richieste di intervento (AIA), che può essere prenotato direttamente dal DEA, e che comporta una presa in carico intensiva, rispetto a quella consulenziale, puntiforme anche se reiterata.
- L'incremento del 3% degli invii da parte dei medici di base, forse per una miglior conoscenza del progetto di intervento integrato nelle situazioni di acuzie psichica.
- L'incremento del 7% degli invii della voce "altro" (che si riferisce prevalentemente a psicoterapeuti e psichiatri privati, centri educativi), confermando la maggior conoscenza del progetto non solo territoriale, ma anche nella rete privata.



**Fig. 1.** Richieste intervento terapeutico effettuate negli anni 2008 e 2009.

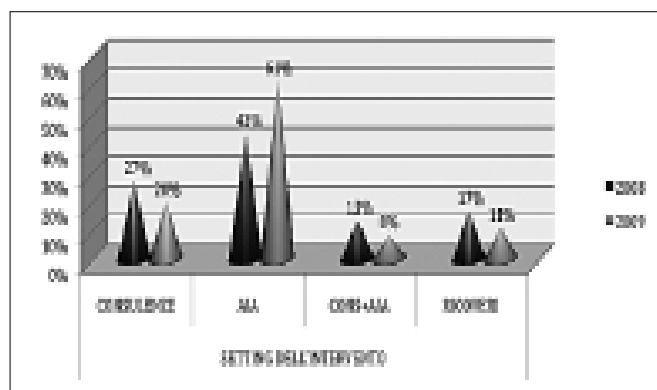
**Tab. II.** Provenienza campione.

anno	2008	2009
Area Vasta Centro	77% (di cui 66% di Firenze)	83% (di cui 72% di Firenze)
Regione	91%	94%
Extra regione	9%	6%

### Setting dell'intervento (Fig. 2)

Si osserva un significativo incremento del 13% nell'attività dell'Ambulatorio Intensivo Adolescenti (AIA): nel 2008 era stata infatti attivata nel 57% dei casi (89 pz), mentre nel 2009 è stata attivata per il 70% dei pazienti (103 pz). Risulta essere l'incremento maggiore fra quelli osservati, confermando come il setting individuato corrisponda alla risposta più utilizzata.

Per quanto riguarda infine i ricoveri presso la NPI AOUC, da 26 (17% del totale) nel 2008 ne sono stati effettuati 16 (11% del totale) nel 2009. Dato che sembra mettere in evidenza il fondamentale ruolo avuto dall'ambulatorio acuti, come possibilità di una presa in carico in grado di ridurre probabilmente anche il numero di ricoveri. Tale dato tuttavia risente anche della impossibilità di assorbire richieste di ricovero vista la limitazione a tre posti letto per ricoveri psichiatrici della SOD di NPI (che per altro assorbe per altri percorsi assistenziali anche ricoveri per Disturbi Alimentari con due posti letto dedicati, diagnosi che infatti sono poco rappresentate nella casistica qui analizzata).



**Fig. 2.** Setting degli interventi (C = consulenze AIA = ambulatorio R = ricoveri). Per quanto riguarda i ricoveri effettuali, la tipologia dell'intervento è stata la seguente: nel 2008: 26 ricoveri di cui 3% AIA+R, 4% C+AIA+R, 6% C+R, 4% R; nel 2009: 16 ricoveri di cui 2% AIA+R, 1% C+AIA+R, 5% C+R, 2% R.



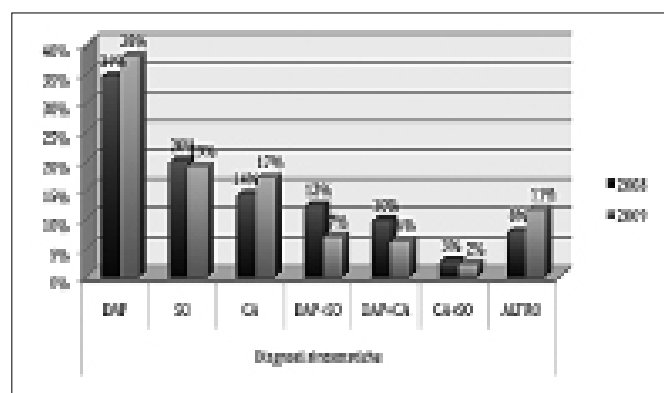
### Diagnosi sintomatiche (Fig. 3)

Sono stati individuati strumenti di rilevazione dei dati in acuto relativi sia alle manifestazioni sintomatiche che ai fattori di rischio/protettivi (scheda paziente con descrizione anamnestica e sintomatica specifica dell'acuzie, check list relative a fattori di rischio generali per la salute mentale e specifici per agiti aggressivi e suicidari integrate)<sup>27 28</sup>.

Per quanto riguarda le aree sintomatiche individuate in acuto (condotte agite – CA, disturbi dell'affettività e/o del pensiero – DAP, sintomatologia ad espressione prevalentemente somatica – SO, "altro" che si riferisce soprattutto a disturbi multisistemici e generalizzati dello sviluppo, tic, disturbi del linguaggio), non si sono evidenziate differenze particolarmente significative nei due anni considerati. I sintomi prevalenti risultano essere quelli dell'affettività e del pensiero (DAP 56% del campione nel 2008 vs 51% nel 2009), seguiti da quelli ad espressione somatica (SO 33% nel 2008 vs 28% nel 2009), per finire con le condotte agite (CA 27% dei pz nel 2008 vs 25% del 2009).

### Progetti terapeutici (Fig. 4)

I dati relativi ai servizi coinvolti ed ai progetti terapeutici risultano omogenei, con un costante coinvolgimento dei Servizi di zona UFSMIA nella maggioranza dei casi (Tab. VI).

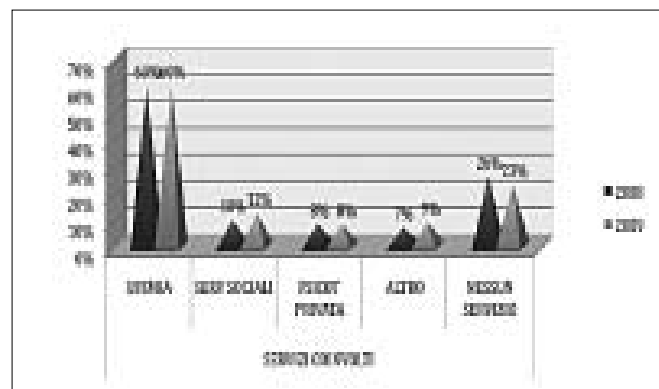


**Fig. 3.** DAP: disturbi dell'affettività e del pensiero; SO: sintomatologia ad espressione prevalentemente somatica; CA: condotte agite; ALTRO: prevalenza di disturbi multisistemici e generalizzati dello sviluppo, tic, disturbi del linguaggio.

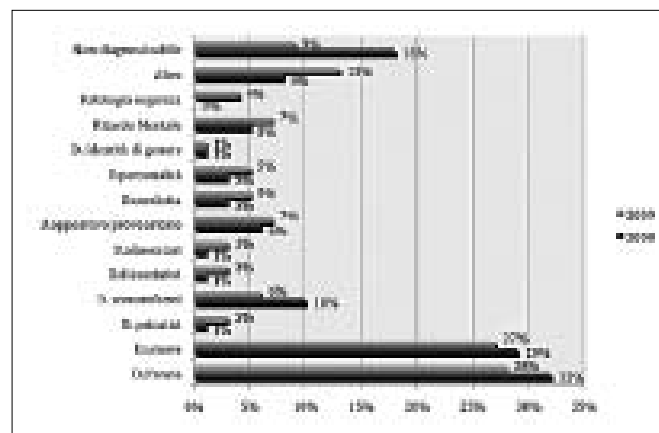
### Ipotesi diagnostiche (Fig. 5)

La definizione delle ipotesi diagnostiche viene effettuata nel tempo, in modo da poter fare anche una attenta valutazione della possibile "fluidità" e reversibilità<sup>12</sup> di sintomatologie anche dirompenti ed importanti, che, nel momento evolutivo adolescenziale, a volte sono soggette a drastici cambiamenti e modificazioni. Non per tutti i pazienti del campione è stato, pertanto, possibile definire l'ipotesi diagnostica, come per quelli la cui presa in carico sia troppo recente e per quelli a cui siano state erogate solo prestazioni di consulenza.

Le ipotesi diagnostiche sono state effettuate clinicamente e utilizzando strumenti per la valutazione del profilo psicopatologico (in particolar modo K-SADS<sup>29</sup> e scl-90<sup>30 31</sup>) e risultano grossolanamente sovrapponibili.



**Fig. 4.** Servizi e professionisti coinvolti nei progetti terapeutici.



**Fig. 5.** Ipotesi diagnostiche effettuate utilizzando i criteri del DSM-IV.

Prevalgono i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore nell'inquadramento sintomatico (secondo il DSM IVtr): da considerare che questi dati non comprendono i casi riguardanti i Disturbi Alimentari che giungono alla Sod di NPI attraverso percorsi diversi specifici per questo tipo di patologia e sono seguiti in regime di ricovero o dh (i pochi casi DCA di questa casistica sono probabilmente sfuggiti alla rete dei percorsi specifici già presenti sul territorio). Nella valutazione dell'andamento sintomatico nel tempo è risultato uno strumento sensibile la scala Honosca<sup>32 33</sup> (testata al tempo 0-3-6 mesi).

Riguardo alla diagnosi della casistica complessiva, risulta interessante potere effettuare nel tempo un inquadramento di tipo strutturale (tratti di personalità, funzionamento mentale, secondo il PDM<sup>21</sup>) che consenta di poter orientare e individualizzare le indicazioni di intervento terapeutico e che permetta di individuare dei fattori predittivi evolutivi in uscita dallo scompenso-acuzie in correlazione con la tipologia sintomatica di esordio dello scompenso psichico.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'esperienza di lavoro svolta conferma, anche nei dati esposti, la complessità e significatività della casistica incontrata a riprova di quanto anche in letteratura si ritrova in merito all'importanza di costruire percorsi di intervento specifici in questo tipo di situazioni<sup>2 34-36</sup>. Dall'elaborazione di questi dati sono stati individuati dei possibili indicatori per valutare come un'organizzazione più appropriata della risposta terapeutica, incida nella dispersione dei casi diminuendola (casi dimessi senza prosecuzione di progetto terapeutico, sottovalutazione delle problematiche inerenti disturbi psichici, insufficienti posti letto psichiatrici per le necessità di ricovero specialistico), e aumenti la possibilità di presa in carico (a livello AIA e nell'individuazione di percorsi in rete con i servizi territoriali).

Abbiamo considerato i seguenti indicatori:

*Dispersione.* Si valuta il fenomeno del pluriaccesso al DEA (valutato su una casistica parziale pari a 114 casi nel primo anno di intervento): la riduzione significativa della media da 3,5 a 0,75 del pluriaccesso al DEA con valutazione antecedente e successiva all'inizio

dell'attività consulenziale e dell'AIA, conferma quanto la tempestiva risposta attraverso il filtro intensivo dell'Ambulatorio costituisca un modello incisivo di intervento nell'acuzie psichiatrica, limitativo dei fenomeni di dispersione.

*Fruizione del servizio.* In tre anni, a fronte di un numero di richieste complessivamente omogeneo (consulenze, AIA, ricovero), si è assistito ad un incremento del 13% dei casi seguiti con l'AIA e una diminuzione del 7% dei casi in consulenza, dati indicativi dell'opzione di un intervento intensivo, continuativo, integrato, rivolto sia ai ragazzi che alle famiglie, rispetto all'intervento puntiforme e focale della consulenza.

*Appropriatezza della richiesta.* Abbiamo considerato indice indicativo di appropriatezza la percentuale di diagnosi che confermino la presenza di disturbo psichico rispetto allo stato di acuzie psichica iniziale, e l'incremento del 9% delle ipotesi diagnostiche effettuate che mostrano una prevalenza di disturbi dell'umore e disturbi d'ansia.

*Continuità del percorso terapeutico in rete.* Ci è sembrato un dato particolarmente significativo il coinvolgimento dei servizi UFSMIA nel progetto terapeutico nel 60%, e la costanza di questa percentuale sia nel 2008 che nel 2009.

La stretta collaborazione con l'Ospedale Pediatrico Meyer in particolare ha sancito un crescente scambio culturale tra due discipline specialistiche (pediatria e psichiatria dell'età evolutiva) che sempre più possono integrarsi in una sinergia e reciproca collaborazione crescente.

Riprendendo il recente articolo di Calderoni et al.<sup>2</sup>, alla luce anche di questa nostra esperienza, condividiamo il concetto che distingue "ospedalizzazione" ed "emergenza psichiatrica" come due condizioni non omologabili. Pertanto la definizione di "emergenza" come affermano questi Autori passa per la convergenza tra "la condizione clinica del paziente e l'efficienza della risposta della rete sanitaria di prevenzione e assistenza". Nel modello di intervento tempestivo proposto nella costruzione di una rete di possibili percorsi, si individuano, dei tre punti segnalati come livelli di risposta organizzativa, la convergenza sui primi due:

- 1) incremento del filtro ambulatoriale/territoriale;
- 2) incremento delle competenze psichiatriche presso le strutture di emergenza ospedaliere.



L'individuazione e attivazione di una "buona prassi", dal primo accoglimento al progetto terapeutico integrato coi servizi territoriali, e l'ampliamento della gamma delle risposte terapeutiche allo scompenso psichico, ci sembra che contribuisca a ridurre lo scollamento dal proprio tessuto relazionale e ambientale, già di per sé intrinseco allo scompenso psichico, e costituire quindi fattore protettivo nel complessivo intervento terapeutico, riducendo l'impatto traumatico dell'esperienza soggettiva di scompenso individuale e dei familiari.

L'interesse di tale lavoro consiste nella possibilità futura di affinare risposte metodologicamente corrette e incisive in risposta ai bisogni dell'acuzie psichiatrica in età evolutiva, considerandone la complessità ma anche l'estrema fluidità e evolutività. È all'interno di questa fluidità (anche dei processi diagnostici) che gli operatori si muovono assieme al ragazzo e ai familiari nel tentativo di sostenere e riavviare il processo evolutivo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Levi G. *Dove va la psichiatria dell'età evolutiva?* (Editoriale). *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2009;76:3-12.
- 2 Calderoni D, Ferrara M, Sarti M, et al. *"More with less": minori e ricovero psichiatrico*. *Gior Neuropsich Età Evol* 2008;28:149-66.
- 3 Stolorow LR, Lachmann F. *Psychoanalysis of developmental arrests*, New York: International University Press 1980.
- 4 Martinetti MG. *Fragilità psichiatrica: gli interventi dei servizi*. *Minorigiustizia* 2007;3:1-10.
- 5 Martinetti MG, Landi N. *Riflettendo sullo scompenso psichico adolescenziale: quale mappa e quale bussola?* Società psicoanalitica Italiana, Centro psicoanalitico di Firenze, Seminari di formazione "Oltre la diagnosi verso la (psico-)terapia". Firenze, 31 Ottobre 2009. Archivio [www.spi-firenze.it](http://www.spi-firenze.it).
- 6 Perakis E, Conдини A. *Il ricovero psichiatrico urgente dell'adolescente: itinerari diagnostico-terapeutici*. *Imago* 2003;1:31-47.
- 7 Neri F, Erlicher P, Gallo P. *Riflessioni sull'urgenza in una azienda ospedaliera lombarda*. *Imago* 1999;3:205-13.
- 8 Monniello GL. *Luoghi istituzionali e adolescenza*. Roma: Borla 2005.
- 9 Pavan L. *Intervento psicoterapico breve in situazioni di urgenza*. In: Rigon G, Costa S, eds. *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*. Milano: Franco Angeli 2002.
- 10 Rigon G, Costa S. *Le urgenze in psichiatria del bambino e dell'adolescente: aspetti clinici e organizzativi*. *Imago* 1998;2:121-37.
- 11 Rigon G, Costa S. *Presa in carico in rete delle situazioni di urgenza/emergenza psichiatrica in età evolutiva*. XXI Congresso Nazionale SINPIA "Sistemi di cura in NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza", Modena, 7/10 Novembre 2004.
- 12 Cancrini L. (2007) *Nuove famiglie, nuovi ruoli, nuove soggettività*. Convegno I.P.R.S "L'adolescenza liquida": *Nuove identità e nuove forme di cura*. Roma, 28 maggio 2007, Roma: Adolescenza Psychomedia [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it).
- 13 Casacchia M, Sconci V. *Urgenza, emergenza e crisi in psichiatria*. In: Casacchia M, ed. *Urgenze in psichiatria*. Milano: Masson 1990.
- 14 American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: text revision*. Milano: Masson 2001.
- 15 Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICD-10, Decima revisione della classificazione internazionale della sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali - Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Ed. It. a cura di Kemali et al. Milano: Masson, 1992.
- 16 Kernberg O. *Disturbi gravi della personalità*. Trad. It. Torino: Bollati Boringhieri 1987.
- 17 Cahn R. *L'adolescente nella psicoanalisi*. Trad. It. Roma: Borla 2000.
- 18 Ladame F, Perret-Catipovic M. *Il setting con l'adolescente*. *Seminari romani con F. Ladame e M. Perret-Catipovic*. *Adolescenza e Psicoanalisi* 2001;11:2.
- 19 Laufer M, Laufer ME. *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Trad. It. Torino: Bollati Boringhieri 1986.
- 20 Western D, Gabbard GO, Blagov P. *Ritorno al futuro: la struttura di personalità come contesto per la psicopatologia*. In: Dazzi N, Lingiardi V, Gazzillo F, eds. *La diagnosi in psicologia clinica: personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina 2009, pp. 87-122.
- 21 Lingiardi V, Del Corno F. *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina 2008.
- 22 Lingiardi V. *Quale diagnosi di personalità in adolescenza?* *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* 2009;76:127-45.
- 23 Allen J, Fonagy P. *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Trad. It. Bologna: Il Mulino 2008.
- 24 Martinetti MG, Stefanini MC. *Il lavoro con la coppia genitoriale durante lo scompenso acuto adolescenziale in fase di ricovero*. *Contrappunto* 2003;32:106-15.

- <sup>25</sup> Jeammet PH. *Psicopatologia dell'adolescenza*. Roma: Borla 1993.
- <sup>26</sup> Fonagy P, Target M. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina 2001.
- <sup>27</sup> Hillard R, Zitek B. *Emergency psychiatry*. McGraw-Hill companies 2004.
- <sup>28</sup> King R, Lloyd C. et al. *Development and evaluation of clinical suicide risk-assessment checklist*. AejAMH vol 5 issue 1 2006. [www.ausunet.com/journal/vol5iss1/king.pdf](http://www.ausunet.com/journal/vol5iss1/king.pdf).
- <sup>29</sup> Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. *Test K-SADS-PL. Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti*. Torino: Erikson 2004.
- <sup>30</sup> Derogatis LR. *Symptom Checklist 90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. 3<sup>rd</sup> ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems 1994.
- <sup>31</sup> Derogatis LR. *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research 1983.
- <sup>32</sup> Gowers SG, Levine W, Bailey-Rogers SJ, et al. Commissioned Review: *The Health of the Nation Outcome Scales for Child and Adolescent Mental Health (HoNOSCA)*. Child Psychol Psychiatry Review 2000;5:50-6.
- <sup>33</sup> Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, et al. *HoNOSCA Scala di esito per bambini ed adolescenti - Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*. Vers. It. IRCSS Medea E. *La Nostra Famiglia*, Roma: Bosisio Parini (LC)-ISS 2002.
- <sup>34</sup> Caratelli TJ, Ferrara M, Monniello G, et al. *Adolescenti e ricovero psichiatrico*. Milano: Franco Angeli 1988.
- <sup>35</sup> Caratelli TJ, Ferrara M, Monniello GL, et al. *Servizi e cure istituzionali per adolescenti. Esperienza clinica e modelli operativi*. Giorn Neuropsich Età Evol 1995;15:121-7.
- <sup>36</sup> Ferrari P, Speranza M. *Les urgences pédopsychiatriques: expérience de la création d'une unité d'accueil et d'urgence au sein du CHU de Bicêtre*. Arch Pédiatr 1999;6(Suppl 2):471-4.

**Corrispondenza:** Maria Grazia Martinetti, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, viale Morgagni 85, 50134 Firenze - E-mail: [mariagrazia.martinetti@unifi.it](mailto:mariagrazia.martinetti@unifi.it)