

RACCOMANDAZIONI REGIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE IN PERSONE ALL'ESORDIO PSICOTICO



RACCOMANDAZIONI REGIONALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE IN PERSONE ALL'ESORDIO PSICOTICO

Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare
Servizio Assistenza territoriale
Area Salute mentale e dipendenze patologiche

Allegato alla Circolare n. 2 del 11/04/2016 della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare

Questo documento è consultabile sul portale E-R Salute
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale-e-dipendenze/documentazione>

In copertina Giuseppe Quartieri, Distanze, 2016

grafica Gabriella Napoli
stampa Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna
Bologna, maggio 2016

Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

INDICE

Premessa	7
1. Oggetto	7
2. Scopo	7
3. Campo di applicazione	8
4. Responsabilità	8
5. Documenti di riferimento	9
6. Definizioni	11
7. Aspetti generali e descrizione sintetica del programma	12
8. Fasi del percorso "Esordi psicotici"	20
9. Modello organizzativo	38
10. Indicatori	38
11. Popolazioni speciali	38
Il gruppo di lavoro	43

PREMESSA

Il presente documento descrive le raccomandazioni della Regione Emilia Romagna per la promozione della salute e del benessere nelle persone con disturbo psicotico all'esordio.

I contenuti generali del documento sono descritti in forma sintetica nel capitolo 7, mentre i restanti capitoli sono dedicati ad approfondire gli elementi per la definizione dei percorsi di cura rivolti alle persone che presentano un episodio psicotico in fase di esordio e a quelle ad alto rischio di esordio psicotico.

1. OGGETTO

Raccomandazioni per la definizione dei percorsi di cura delle persone con esordio psicotico o ad alto rischio di psicosi che accedono ai servizi sanitari della regione Emilia Romagna.

2. SCOPO

Il percorso di cura "Esordi Psicotici" si pone come principali obiettivi:

- **ottimizzare il sistema di riconoscimento dei casi di** soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico;
- **ridurre il tempo intercorrente tra comparsa dei sintomi/esordio e presa in carico** integrata da parte dei servizi territoriali finalizzata ad una recovery clinica, personale e sociale più ampia possibile;
- **mettere in rete e coinvolgere** nel percorso "esordi psicotici" i DSM, i Distretti Sanitari, i Servizi Sociali, il volontariato ed il privato-sociale; realizzare una rete di prossimità con MMG, PLS, centri adolescenza e scuole, per migliorare l'individuazione precoce e la presa in carico assistenziale;
- **incrementare le competenze** dei professionisti della salute mentale, per il riconoscimento e il trattamento precoce delle psicosi all'esordio, dei soggetti ad alto rischio e migliorare la qualità delle cure tramite un percorso di cura specifico, condiviso e coerente con le raccomandazioni nazionali ed internazionali;
- **favorire la recovery** più ampia e precoce possibile delle persone con psicosi all'esordio o con alto rischio di psicosi;
- **ridurre lo stigma** personale e sociale associato alla malattia e favorire l'inclusione sociale di soggetti con psicosi all'esordio o ad alto rischio;
- **garantire ai soggetti con psicosi all'esordio o ad alto rischio interventi specifici e appropriati**, basati su evidenze scientifiche e implementati sviluppando una metodologia di lavoro, omogenea, mirata e coesa.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le raccomandazioni relative al percorso di cura descritto nel presente documento si applicano ai servizi delle Aziende Sanitarie della regione Emilia Romagna e riguardano le persone descritte di seguito.

A. Persone con esordio psicotico che presentano le condizioni:

- Età compresa tra 15 e 35 anni
- Assenza di ritardo mentale moderato o grave (Q.I. <50)
- Assenza di psicosi organiche
- Storia di disturbo psicotico in trattamento inferiore ai 24 mesi
- Una delle seguenti diagnosi principali secondo ICD-9:
- Tutte le Psicosi schizofreniche da 295.0 a 295.95 compreso episodio schizofreniforme
- Depressione maggiore, episodio singolo o ricorrente, grave, con comportamento psicotico 296.24, 296.34
- Mania, episodio ricorrente, grave, con comportamento psicotico 296.14
- Disturbo bipolare, episodio maniacale, grave, con comportamento psicotico 296.44
- Disturbo bipolare, episodio depressivo grave, con comportamento psicotico 296.54
- Disturbo bipolare, episodio misto, grave, con comportamento psicotico 296.64
- Depressione maggiore, episodio singolo, grave, con comportamento psicotico 296.24
- Disturbi deliranti 297.0 - 297.9
- Altre psicosi non organiche 298.0 - 298.9
- Psicosi non specificate 299.9 che comprende psicosi e schizofrenia dell'infanzia.

B. Persone ad alto rischio di evoluzione psicotica

Il percorso esordi psicotici prevede anche una presa in carico di persone ad alto rischio di evoluzione psicotica, attraverso interventi terapeutici specifici, al fine di ridurre il più possibile la transizione verso la psicosi conclamata. Si tratta di soggetti nella fascia di età 15-35 che direttamente o tramite i loro familiari si rivolgono ai Servizi con una specifica richiesta di aiuto. Sono persone che presentano uno stato mentale ad alto rischio di evoluzione verso una psicosi conclamata per la presenza di:

- **sintomi psicotici attenuati:** presenza di sintomi psicotici sotto-soglia nel corso dell'ultimo anno;
- **sintomi psicotici brevi intermittenti:** episodi di sintomi psicotici conclamati a remissione spontanea e per periodi inferiori a una settimana;
- **vulnerabilità familiare e declino funzionale recente:** familiari di primo grado con diagnosi di disturbo psicotico o di disturbo schizotipico di personalità;
- declino significativo del funzionamento complessivo durante l'anno precedente

I criteri sopra elencati sono stati inseriti nel glossario del sistema informativo regionale per l'inclusione del paziente nel percorso di cura "Esordi psicotici".

4. RESPONSABILITÀ

Il personale del Dipartimento di Salute Mentale è responsabile dell'applicazione delle raccomandazioni descritte nel presente documento. I professionisti che prendono in carico le persone all'esordio psicotico o ad alto rischio di psicosi garantiscono l'implementazione delle raccomandazioni relative al percorso di cura.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia). R.S.E. Keefe and Al Duke. University Medical Center ,1999. Traduzione Italiana a cura di di S. Anselmetti, R. Cavallaro. IRCSS Istituto Scientifico Universitario San Raffaele V.3.1
- Bertolotti G., Michielin O.,Vidotto G., Sanavio E., Bottesi G., Bettinardi O., Zotti A.M. Metric qualities of the cognitive behavioral assessment for outcome evaluation to estimate psychological treatment effects. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2015;11 2449-2460
- Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Roc Boronat, Barcelona, 2009.
- Cocchi A., Meneghelli A. Rischio ed Esordio Psicotico: una sfida che continua. Manuale d'Intervento Precoce. Ed-Ermes, Milano, 2012.
- Conferenza Stato Regioni “Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità”. Novembre 2014.
- Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna. Costituzione Gruppo di Lavoro con i Referenti dei Percorsi Esordi Psicotici delle Aziende Sanitarie Regionali Determinazione N° 1856 del 17/02/2014.
- EPA Guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. Schultze-Lutter et al, European Psychiatry 30, 405-41, 2015.
- EPA Guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. Schmidt et al., European Psychiatry 30, 388-404, 2015.
- HoNOS-MHCT Scala di esito per soggetti adulti. Mental Health Clustering Booklet v2.01 2011/12 Department of Health. Versione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi AUSL Modena
- Otto E, Fioritti A, Burns T, Hilarion P, Weghel J, Cappa C, Sunol R. Individual Placement and Support in Europe. Psychiatric Rehabilitation Journal. Vol.37 No.2 123-128, 2014.
- Linea guida del Sistema Nazionale Linee Guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia. SNLG Documento 14, 2007 (agg. 2009).
- Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità. Servizio salute Mentale Dipendenze Patologiche Salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna, 2015.
- Ministero della Salute. Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (2013). http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf
- Promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: “Progetto adolescenza” Linee di indirizzo regionali. Deliberazione di Giunta regionale n.590/2013.
- Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People Recognition and Management. National Clinical Guideline Number 155, National Collaborating Centre

for Mental Health. Commissioned by The National Institute for Health and Care Excellence. Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2013.

- Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people. National Clinical Guideline Number 120, National Collaborating Center for Mental Health. Commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist, 2013.
- Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie nel territorio. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna (2012). http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/lineeguida/raccomandazioni_prevenzione_suicidi_e_territorio.pdf
- Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, De Girolamo G, Fioritti A, Rucci P, Santonastaso P, Neri G, Pileggi F, Ghigi D, Miceli M, Scarone S, Cocchi A, Torresani S, Faravelli C, Zimmermann C, Meneghelli A, Cremonese C, Scocco P, Leuci E, Mazzi F et al. Get Up group. Feasibility and effectiveness of a multi-element psychosocial intervention for First-Episode Psychosis. Results from the cluster randomized controlled GET UP PIANO trial in a catchment area of 10 million inhabitants. *Schizophrenia Bulletin*. Sep;41(5):1192-203, 2015.
- Smith L, Nathan P, Juniper U, Kingsep P & Lim L. (2003). *Terapia Cognitivo Comportamentale per i Sintomi Psicotici: Manuale per i Terapisti*. Australia: Centre for Clinical Interventions. Edizione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi AUSL Modena, 2013.
- Victoria Bird, Mary Leamy, Clair Le Boutillier, Julie Williams e Mike Slade. *Promuovere la Recovery nei servizi di salute mentale di comunità*. Rethink Mental Illness recovery series, 4. Versione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi, AUSL Modena, 2013.
- Vignatelli L, Camerlingo M, Trimaglio F, Ballini L. *Analisi pilota sulle LG delle psicosi in adolescenza Osservatorio per l'Innovazione, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale-Regione Emilia-Romagna* 26 novembre 2013.
- Yung et al. CAARMS (Comprehensive Assessment of at Risk Mental States). Dipartimento di Psichiatria Università di Melbourne. Traduzione e adattamento italiano a cura di A.Raballo, E.Semrov, Y.Bonner, M.B. Simmons 2006.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 suppl 20:22-33.

6. DEFINIZIONI

SIGLE	DEFINIZIONI
DSM	Dipartimento Salute Mentale
CSM	Centro Salute Mentale
DUP	Durata della psicosi non trattata
PE	Psicoeducativo
CBT	Terapia Cognitivo-Comportamentale
BACS	Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (Batteria per la valutazione delle funzioni Cognitive nella Schizofrenia)
HoNOS-MHCT	Health of the Nation Outcome Scale-Mental Health Clustering Tool (Scala di valutazione per soggetti adulti)
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
IPS	Individual Placement and Support
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview (intervista clinica strutturata per una diagnosi differenziale categoriale in accordo ai criteri DSM-IV e ICD-10)

LIVELLO DELLE RACCOMANDAZIONI E DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE	
Rating della forza delle evidenze a supporto delle raccomandazioni	A Almeno uno studio clinico randomizzato; evidenze scientifiche complessivamente di buona qualità e consistenza B Studi clinici metodologicamente corretti ma non randomizzati La validità delle evidenze scientifiche è intermedia tra A e C C Documenti o opinioni di comitati di esperti Sono comprese anche le opinioni di esperti di quella specifica area clinica. Questa valutazione indica l'assenza di studi clinici controllati.

7. ASPETTI GENERALI E DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGRAMMA

I disturbi psicotici, sono considerati fra i disturbi psichiatrici più gravi per la complessità della gestione terapeutica, per la disabilità che ne può conseguire, per lo stigma che colpisce chi ne è affetto, per le difficoltà e il costo che pongono alle famiglie dei pazienti e ai servizi.

“La schizofrenia può essere un disturbo fortemente invalidante, capace di limitare l'autonomia di chi ne soffre sia nelle relazioni sociali che nello svolgimento delle normali attività quotidiane. Inoltre, la famiglia del paziente è di solito estremamente coinvolta dalla malattia e si trova ad affrontare un gravoso carico di ansia, preoccupazione, assistenza, frequentemente associato allo stigma che tale condizione tuttora comporta”¹.

7.1 Epidemiologia

I disturbi psicotici interessano soprattutto i giovani: circa il 2-3% degli adolescenti e dei giovani adulti sviluppano un disturbo psicotico, spesso con un decorso persistente, che frequentemente necessita di trattamenti psicofarmacologici a lungo termine, frequentemente gravati da effetti collaterali². Esiste una grande variabilità di incidenza dei disturbi psicotici tra paesi e aree diverse (urbane vs non urbane) e questa variabilità ha oggi richiamato grande attenzione allo studio dell'interazione tra variabili biologiche, ambientali, individuali e di area.

Tra i disturbi psicotici, il più grave, sia in termini clinici che di impatto sociale, è la schizofrenia; pur non essendovi una piena concordanza rispetto ai dati epidemiologici, la prevalenza lifetime della schizofrenia oscilla approssimativamente fra 0.3%-0.7% con variazioni rispetto all'etnia, alle aree geografiche e ai flussi migratori³. Il tasso mediano di incidenza per la schizofrenia è di 15,2 per 100.000 ab. con un rapporto M/F di 1,4. La popolazione immigrata ha una incidenza di schizofrenia 4,6 volte più elevata della popolazione locale⁴.

L'età media di comparsa del disturbo è compresa tra i 15 ed i 35 anni con un valore mediano dell'età di insorgenza pari a 22 o 23 anni⁵.

Prevenzione

L'evoluzione e gli esiti finali della malattia psicotica sono in larga parte condizionati dalla tempestività e dalla qualità degli interventi terapeutici offerti nelle fasi precoci del disturbo. Il ritardo nel trattamento o interventi inappropriati possono accrescere il rischio di cronicizzazione del disturbo, con una conseguente riduzione della qualità della vita, il fallimento scolastico e/o la perdita dell'occupazione, la comparsa di comportamenti auto/etero-lesivi, di conflitti intra-familiari e il peggioramento delle relazioni interpersonali.

1 Ministero della Salute: “Gli interventi precoci nella schizofrenia” (2007)

2 EU-GEI Study European Network of National Schizophrenia Networks studying Gene-Environment Interactions.

3 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, DC

4 McGrath et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. 2004; BMC Medicine 2004;2:13

5 Kessler R et al. Age at onset of mental disorders: A review of recent literature. Curr Opin Psychiatry 2007 Jul;20(4):359-364

Pertanto, il percorso di cura dovrebbe mirare a rilevare la malattia il prima possibile, possibilmente in fase pre-psicotica e ad alto rischio di evoluzione psicotica, al fine di fornire tempestivamente il trattamento più appropriato per ogni fase della malattia.

L'attenzione ai segnali precoci di rischio è fondamentale; "prima si è in grado di intervenire, maggiori saranno le probabilità che il soggetto non acceda o prosegua su percorsi di rischio"⁶ fino alla patologia conclamata. Un intervento precoce sulle persone ad alto rischio può modificare il percorso di vita di un ragazzo per portarlo da comportamenti problematici verso comportamenti preventivi e conservativi dello stato di salute. Il presente documento descrive il processo clinico che va dalla ricezione della domanda di aiuto/cura fino alla definizione di un percorso terapeutico strutturato.

7.2 Il processo di valutazione della persona all'esordio psicotico o ad alto rischio

La presa in carico clinico-assistenziale ha sia funzioni di valutazione che di intervento terapeutico e prevede l'avvio di un intervento evidence-based solo dopo una accurata indagine del funzionamento e del sistema relazionale di riferimento della persona a rischio di esordio. Si tratta quindi di un **processo di valutazione e intervento sistemico** che coinvolge uno o più soggetti con legami reciproci, normalmente di tipo familiare o parafamiliare, che entrano in una relazione di aiuto con uno o più professionisti fra loro collaboranti ai fini dell'avvio della cura e della scelta (co-definita con l'utente o gli utenti) del successivo, eventuale, percorso terapeutico-assistenziale.

L'area della sofferenza/disagio alla quale ci riferiamo riguarda soggetti che si collocano in un continuum che va da una 'crisi evolutiva adolescenziale' spesso di natura fisiologica fino ad una ben definita psicosi conclamata con una diagnosi categoriale; tali estremi evidentemente abbracciano un ampio range di condizioni intermedie. I servizi sanitari in funzione della loro specificità, intercetteranno prevalentemente alcuni segmenti di popolazione, mentre altre tipologie di servizi potranno essere fondamentali per l'individuazione in altri segmenti (es. scuole, Servizi Sociali); tuttavia, essendovi ampie aree di sovrapposizione all'interno della popolazione in oggetto, si renderà necessaria una forte integrazione tra i servizi e una specifica competenza clinico-assistenziale dei professionisti. Tale competenza sarà centrata sulla capacità sia di cogliere e valutare la complessità delle dimensioni bio-psico-sociali della sofferenza/disagio nell'età adolescenziale e nel giovane-adulto, sia di definire le categorie diagnostiche e/o assistenziali necessarie per attivare specifici percorsi di cura.

L'assessment dell'esordio psicotico e/o delle persone ad elevato rischio

Negli ultimi 20 anni il modello di cura si è sempre più spostato dall'intervento convenzionale finalizzato al supporto delle fasi più avanzate di malattia e disabilità, ad un approccio preventivo, che valorizzi gli interventi integrati precoci già nelle fasi ad alto rischio, in modo da influire positivamente sulla evoluzione psicologica, biologica e sociale dei giovani con forme iniziali di disagio psichico. Questo cambiamento paradigmatico, presuppone l'implementazione di strategie di valutazione e di intervento precoci, efficaci ed innovative. Nella fase di valutazione esso si avvale di un approccio multidisciplinare e multidimensionale.

6 Regione Emilia-Romagna. Promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: "Progetto adolescenza" - Linee di Indirizzo (2013)

L'obiettivo è quello di offrire all'utenza interventi terapeutici che consentano la più ampia recovery personale e integrazione sociale nella vita reale. Al fine di favorire il processo di recovery, la consultazione/valutazione categoriale, multi-dimensionale e funzionale, specie dei soggetti ad alto rischio di evoluzione psicotica, dovrebbe avvenire all'interno di un contesto che sia il meno stigmatizzante e/o traumatizzante possibile.

La consultazione/valutazione dovrebbe avere le seguenti finalità principali:

1. Costruire di una solida alleanza che preveda una buona comunicazione tra le persone coinvolte nella gestione dell'esordio e la loro motivazione al trattamento terapeutico; questa finalità è prioritaria rispetto alla valutazione stessa; sarà utile pertanto adattare il setting e i contenuti della valutazione a questa finalità.
2. Individuare il più precocemente possibile quei soggetti con disagio/sofferenza psichica che potenzialmente possano trarre beneficio da interventi terapeutici farmacologici, psicosociali, familiari). Si fa riferimento non solo a soggetti con diagnosi conclamata di esordio psicotico ma anche a persone ad alto rischio (o con sintomatologia sotto-soglia) che necessitino di una "stadiazione" del rischio, monitoraggio dei sintomi e programmi terapeutici specifici per la riduzione della probabilità di evoluzione verso la psicosi.
3. Raccogliere informazioni multidimensionali sulla persona e sul suo contesto di vita, allo scopo di definire una formulazione del caso e un percorso di cura personalizzato. Il percorso di cura sarà specifico in funzione della diagnosi, della gravità e complessità del caso, dei bisogni espressi dalla persona e dal suo contesto familiare, dai suoi punti di forza e dalle preferenze dell'utente; sarà inoltre orientato ad una recovery più precoce e ampia possibile.
4. Attuare un monitoraggio del percorso di cura attraverso indicatori di processo ed esito, al fine di valutarne l'appropriatezza e gli esiti, e favorire al tempo stesso un miglioramento continuo della qualità del processo assistenziale attraverso un'attività di benchmarking tra i diversi servizi.

7.3 Professionisti e persone coinvolte: stile relazionale applicabile nel percorso di cura "Esordi psicotici"

I responsabili principali del progetto di cura saranno, a seconda del caso, NPI, Psichiatra, Medico del SERT, Psicologo affiancati da altre figure professionali, non meno importanti, come terapisti della riabilitazione psichiatrica, infermieri, educatori, assistenti sociali, dietisti, medici di medicina generale, altri medici specialisti, che si faranno carico di valutazioni e interventi concordati e integrati nel percorso assistenziale. Potranno avere un ruolo rilevante anche altri soggetti non in possesso di qualifiche professionali specifiche come familiari, associazioni di familiari, utenti esperti, amici, volontari.

La partecipazione e l'integrazione all'interno del percorso di cura personalizzato e condiviso con l'utente in carico, di professionisti della salute mentale con qualifiche e/o competenze diverse potrà avvenire man mano che il 'responsabile del progetto di cura', in accordo con la persona all'esordio o a rischio di psicosi (e preferibilmente anche con i suoi familiari), sviluppi delle ipotesi diagnostico-assistenziali e d'intervento che orientino verso ulteriori contributi terapeutici (ad es. uno specialista di area nutrizionale per la prevenzione di una sindrome metabolica, un educatore per una visita domiciliare, un esperto di counselling familiare, etc.).

Appare necessario sottolineare che la persona alla quale si fa riferimento è un 'soggetto relazionale', dunque un soggetto che organizza la sua esperienza, talvolta con modalità ca-

riche di disagio o di sofferenza, ma che possiede un suo personale contesto prossimale di riferimento (in gran parte quello familiare con le sue varie configurazioni), che costituisce un co-determinante forte dell'esperienza stessa. Sarà tanto più importante coinvolgere tale contesto, anche nella definizione dell'assetto di cura, specie quando la situazione critica riguarda le esperienze e i vissuti dei primi anni dell'adolescenza stessa. Va ricordato che l'adolescenza e la prima età adulta sono fasi del processo evolutivo dell'individuo che avvengono in stretta interazione con i processi evolutivi di altri soggetti, in particolare quelli della famiglia nella quale la persona si colloca. E' dunque opportuno che questo incrocio di traiettorie biografiche e vissuti personali venga considerato attentamente nel suo interconnettersi nelle diverse fasi di valutazione e nel processo diagnostico assistenziale.

Il percorso clinico assistenziale dedicato agli esordi psicotici può prevedere fra i protagonisti della domanda e del percorso di cura, diverse configurazioni di soggetti (dall'adolescente singolo alla famiglia intera, a piccoli gruppi di amici, ai genitori) anche in funzione dei contesti nei quali essa si esprime (Consultori giovani, Servizi di NPIA e di Salute Mentale Adulti, Pronto Soccorso, etc), dunque i processi saranno differenziati anche in relazione ai portatori della domanda e al contesto di accoglienza della stessa.

La valutazione/consultazione viene sempre mediata dalla relazione interpersonale, che di fatto può costituire un processo al alto **valore trasformativo**; pertanto, dovrà essere condotta da professionisti formati ed esperti nella gestione di soggetti adolescenti o giovani adulti, all'esordio psicotico o ad alto rischio.

In particolare, l'approccio relazionale da perseguire è sintetizzabile nei seguenti principi generali:

- **Accettazione** dei vissuti e della narrazione dell'utente e del suo contesto familiare senza pregiudizi o critiche giudicanti.
- **Valorizzazione** del racconto personale dell'utente e dei suoi familiari quali maggiori esperti per esperienza vissuta della malattia, attribuendo valore e legittimità ai racconti personali.
- **Autostima**: finalizzare la valutazione al mantenimento dell'autostima della persona, valorizzando i punti di forza sia personali che del contesto sociale di riferimento; aiutare la persona a evitare atteggiamenti di stigmatizzazione al fine di favorire una recovery più ampia possibile.
- **Normalizzazione**: fornire all'utente e ai familiari una comprensione dei sintomi e vissuti correlati alla psicosi il più possibile "normalizzanti", descrivendoli in una prospettiva dimensionale rispetto alla normalità e favorendo la condivisione di modelli normalizzanti nel contesto di vita della persona.
- **Comunicazione**: migliorare la comunicazione tra l'utente e i suoi familiari, favorendo la capacità di ascolto reciproco; tale intervento consiste nell'aiutare le persone che si trovino ad affrontare un esordio psicotico a trovare parole per esprimere il proprio disagio che altrimenti potrebbe manifestarsi nei sintomi.
- **Empatia**: entrare in sintonia emotiva con i contenuti che la persona e i familiari riferiscono e manifestare sincera condivisione e interesse per la loro sofferenza.
- **Speranza**: offrire speranza e ottimismo rispetto alla malattia, al percorso di cura e agli esiti.

I principi sopra descritti, sintetizzabili nell'acronimo **AVANCES**, hanno lo scopo di far sentire il più possibile la persona stessa meno "malata"; essi tendono a favorire, durante tutto il percorso di valutazione e cura, il dialogo tra l'utente e il suo contesto di vita, il mantenimento

della fiducia e stima in se stessi e inoltre a migliorare la comprensione e l'accettazione dei propri vissuti e difficoltà.
(Raccomandazione di livello C)

7.4 Descrizione sintetica del programma terapeutico “multicomponentiale” per gli esordi psicotici.

Il percorso di cura si propone di offrire alle persone con esordio psicotico e alle loro famiglie un programma terapeutico specifico “multicomponentiale” che comprenda i seguenti interventi:

- **Interventi terapeutici più precoci possibili** per ridurre il periodo di malattia non trattata (DUP)
- **Identificazione di un operatore di riferimento** garante dell'applicazione del percorso terapeutico integrato in accordo ai principi e raccomandazioni descritte nel presente documento
- **Interventi farmacologici coerenti con le linee guida** più accreditate ed aggiornate^{7 8}
- **Frequenti contatti tra l'operatore (gli operatori) di riferimento e l'utente ed i suoi familiari**; la frequenza degli incontri dovrà essere tale da garantire l'applicazione del programma descritto nel presente documento
- **Interventi CBT**⁹
- **Interventi di psicoeducazione rivolti a familiari e utenti**¹⁰ (è auspicabile che, quando possibile, tali incontri avvengano anche al domicilio del paziente)
- **Programmi di inclusione sociale** finalizzati alla recovery; il percorso di recovery dovrà avere obiettivi specifici concordati con l'utente, basati sulla comprensione dei suoi valori, dei suoi punti di forza e delle sue preferenze, al fine di favorire la ripresa dello studio, di attività socialmente utili, di gestione gratificante del tempo libero, del lavoro; in quest'ultimo caso applicando i principi del metodo IPS¹¹.
- **Promozione della salute fisica e prevenzione del rischio cardiovascolare**, al fine di evitare gli effetti collaterali correlati alla somministrazione dei farmaci come ad es. la sindrome metabolica. A tale scopo potrà essere utilizzata la versione italiana del “Australian Positive Cardiometabolic Algorithm”¹² (v. Appendice 1). Favorire uno stile di

7 EPA Guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses.Schmidt et al.,European Psychiatry. 2015; 30,388-404.

8 Practice Guidelines in the NHS for Schizophrenia and Psychotic Incipient Disorders (Ministry of Health and Consumer Affairs) http://guiasalud.es/GPC/GPC_495_Schizophrenia_compl_en.pdf

9 Le linee guida considerano appropriato ed efficace un intervento ad orientamento CBT che comprenda più di 10 sedute di psicoterapia per un periodo di almeno 6 mesi (Practice Guidelines in the NHS for Schizophrenia and Psychotic Incipient Disorders (Ministry of Health and Consumer Affairs) http://guiasalud.es/GPC/GPC_495_Schizophrenia_compl_en.pdf)

10 Le linee guida considerano appropriati ed efficaci interventi individualizzati di psicoeducazione per un periodo di almeno 6 mesi; la psicoeducazione dovrebbe essere riconsiderata dopo ogni eventuale ricaduta (Standard Guidelines for Early Psychosis Intervention Programmes EIP. Ministry of Health Service, province of British Columbia, 2010. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/BC_EPI_Standards_Guidelines.pdf)

11 Wehman and Moon. Vocational rehabilitation and supported employment. Baltimore, Brookes Publishing, 1988.

12 M. Ferrara, F. Mungai, F. Starace. Strategie per implementare il monitoraggio della salute fisica in soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi: revisione della letteratura e presentazione dell'adattamento

vita salutare attraverso interventi psicoeducativi mirati (es. sospensione dell'abitudine tabagica, promozione dell'attività fisica, prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale).

- **Programmi di formazione e informazione** rivolti al personale sanitario, alla popolazione, agli utenti e ai loro familiari per la lotta allo stigma e per diffondere la conoscenza dell'utilità di un rapido aggancio dei soggetti all'esordio.

(Raccomandazione di livello A)

Nelle persone ad alto rischio il programma terapeutico sarà finalizzato alla cura della sintomatologia emergente e utilizzerà preferibilmente interventi non farmacologici.

(Raccomandazione di livello B)

7.5 Attività pianificata di formazione, supervisione e benchmarking

Al fine di garantire la manutenzione costante del percorso di cura dovrà essere organizzata un'attività di formazione e miglioramento continuo della qualità, coerente con le raccomandazioni descritte.

A livello regionale verranno mantenuti gli incontri tra i responsabili dipartimentali del Programma "Esordi psicotici" con frequenza almeno trimestrale. Durante gli incontri particolare attenzione sarà dedicata alla valutazione tra pari delle diverse esperienze di implementazione del percorso di cura, finalizzando il confronto a favorire una conduzione clinica e organizzativa omogenea, mirata, coerente, su tutto il territorio della Regione.

Le Direzioni dei DSM-DP pianificheranno incontri periodici con cadenza almeno trimestrale nei quali verrà valutato come le linee d'indirizzo regionali "Esordi psicotici" siano realmente applicate e implementate nei PDTA dipartimentali.

In ogni DSM-DP verrà inoltre organizzata un'attività di supervisione periodica con valutazione dei casi all'esordio più complessi. La supervisione dovrà essere svolta da persone qualificate ed accreditate a livello regionale e/o nazionale per quanto concerne gli interventi terapeutici dell'esordio psicotico.

7.6 Modalità organizzative per l'implementazione del percorso di cura

Per facilitare l'implementazione e il monitoraggio del percorso di cura si raccomanda di costituire un gruppo di lavoro dipartimentale con rappresentatività multiprofessionale e unità operative (costituite da una massimo di 10-12 professionisti, con un coordinatore) che curino le fasi di adattamento, implementazione e monitoraggio del percorso di cura, assicurando, attraverso gli opportuni feedback, la condivisione del percorso da parte di tutti gli operatori. Le stesse unità operative avranno successivamente il compito di organizzare attività di audit atte a verificare la conformità delle pratiche e a valutare gli esiti.

Le modalità organizzative da attuare in ogni DSM-DP dovranno garantire:

- accesso e presa in carico facilitati, tempestivi e appropriati delle persone all'esordio o ad alto rischio
- applicazione delle raccomandazioni descritte nel presente documento, compresa una coerente definizione delle figure responsabili delle specifiche procedure
- governo clinico e organizzativo attraverso il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito; adeguata alimentazione del Sistema Informativo dipartimentale
- partecipazione alle attività di supervisione, di benchmarking dipartimentali e regionali al fine di garantire il miglioramento continuo del percorso di cura.

Le raccomandazioni descritte nel presente documento prevedono, per la loro implementazione, l'integrazione delle attività dei servizi sociali e sanitari, e - all'interno del DSM-DP - delle attività della NPI, del SERT, della psicologia clinica con il CSM; il percorso di cura necessita pertanto di essere definito attraverso l'integrazione e definizione delle competenze tra professionisti diversi.

I professionisti che di volta in volta potranno essere coinvolti in funzione della complessità del quadro clinico-assistenziale saranno: neuropsichiatri, psichiatri, operatori SERT, psicologi, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori dei servizi sociali e servizi alla persona, delle agenzie d'inserimento lavorativo, della scuola, di altre istituzioni formative e/o educative. Essi dovranno interagire con il paziente, la famiglia, ed eventualmente altri soggetti significativi del contesto della persona con disagio, in quanto soggetti attivi del sistema di valutazione e come risorse indispensabili per la costruzione, condivisione e implementazione del percorso di cura.

Pertanto, successivamente alle prime fasi di identificazione e di valutazione, che serviranno alla raccolta di tutte le informazioni necessarie, saranno organizzati incontri fra i soggetti coinvolti, durante i quali si definiranno le responsabilità individuali (chi fa che cosa, quando e come) per l'implementazione del percorso di cura. Agli incontri parteciperanno tutti i professionisti e le persone, che il referente del caso (case manager) riterrà necessari e utili per l'implementazione del percorso di cura della persona all'esordio psicotico o ad alto rischio (di norma saranno presenti l'utente e i suoi familiari, in quanto persone primariamente coinvolte).

I case managers dopo le prime due fasi del percorso di cura (fase 1 di screening e fase 2 di valutazione, descritte di seguito) organizzeranno incontri successivi, stendendo una breve relazione sui risultati delle fasi di identificazione e valutazione, compresa la formulazione del caso, da rendere disponibile ai partecipanti al fine di garantire la massima trasparenza e condivisione del percorso di cura.

Di norma i case managers saranno lo psichiatra di riferimento (o il NPI se si tratta di un minore) e l'infermiere che hanno in carico l'utente.

L'organizzazione degli incontri tra tutte le persone coinvolte nel percorso di cura dovrà iniziare il più presto possibile (Fase 2) e proseguire con incontri ravvicinati fino ad una definizione condivisa del percorso di cura e delle responsabilità individuali relative al percorso stesso.

I partecipanti agli incontri saranno convocati periodicamente (di norma almeno una volta ogni 6-12 mesi) per verifica e aggiornamento del percorso clinico-assistenziale personalizzato dell'utente in carico. Il passaggio della titolarità del caso tra servizi (NPI, CSM,

SERT, psicologia clinica) dovrà avvenire nel corso di uno o più specifici incontri con la partecipazione dell'utente e dei suoi familiari.

I professionisti e le persone coinvolte nel percorso personalizzato di cura dell'utente in carico rimarranno in contatto continuo con i case managers per la condivisione delle informazioni, le integrazioni, le verifiche e gli aggiornamenti, a garanzia dell'appropriata esecuzione del percorso di cura.

Tutti i componenti dell'equipe multiprofessionale che si faranno carico del percorso di cura multicomponentiale personalizzato, e più in generale coloro che partecipano agli incontri, dovranno essere a conoscenza del presente documento e condividere gli strumenti operativi prescelti (scale di valutazione, manuali etc.), le procedure necessarie per implementarli, gli indicatori di processo ed esito definiti, le modalità di comunicazione e di raccordo tra i servizi, funzionali alla continuità assistenziale e all'applicazione delle raccomandazioni.

Il monitoraggio periodico degli obiettivi (ogni 6-12 mesi) comprenderà la somministrazione e la valutazione periodica mediante HoNOS-MHCT¹³, assieme agli strumenti prescelti. A seguito di questo monitoraggio potranno essere ridefiniti con l'utente e/o i suoi familiari gli obiettivi terapeutici e/o proposte nuove strategie per perseguirli qualora vi siano difficoltà nel raggiungerli.

Qualora possibile si suggerisce l'uso come misura addizionale, del CBA-OE¹⁴ in funzione della sua specificità nella valutazione degli esiti delle psicoterapie e per le sue caratteristiche di auto-somministrabilità.

Tutte le attività implementate durante il percorso di cura personalizzato, gli indicatori di processo ed esito, dovranno avere riscontro nel Sistema Informativo e saranno oggetto delle attività di supervisione, di benchmarking dipartimentali e regionali al fine di garantire il miglioramento continuo del percorso di cura.

L'organizzazione del percorso di cura basata sulla creazione di una equipe multiprofessionale in grado di erogare interventi terapeutici multicomponentiali, ha dimostrato maggiore efficacia in termini di funzionamento sociale, professionale, di soddisfazione e qualità della vita rispetto al solo trattamento farmacologico.

(Raccomandazione di livello A)

13 HoNOS-MHCT Scala di esito per soggetti adulti. Mental Health Clustering Booklet v2.01 2011/12 Department of Health. Versione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi, AUSL Modena, 2012

14 Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G., Sanavio E., Bottesi G., Bettinardi O., Zotti A.M. Metric qualities of the cognitive behavioral assessment for outcome evaluation to estimate psychological treatment effects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015;11 2449-2460

8. FASI DEL PERCORSO ESORDI PSICOTICI

In accordo con la letteratura scientifica possono essere descritte **sei fasi del percorso di cura**, variamente integrate tra loro e ampiamente sovrapponibili nella loro implementazione:

Fase 1. Identificazione di soggetti ad alto rischio o con esordio psicotico

Fase 2. Valutazione, approfondimento diagnostico, formulazione del caso in soggetti ad alto rischio di esordio psicotico o con sospetto esordio psicotico

Fase 3. Trattamento di soggetti ad alto rischio

Fase 4. Trattamento esordi psicotici: fase di scompenso psicotico acuto, esordio o ricaduta

Fase 5. Trattamento esordi psicotici: fase di ripresa dalla fase acuta, clinicamente stabilizzata, primi due anni dall'esordio

Fase 6. Trattamento esordi psicotici: fase clinicamente stabilizzata, due-cinque anni dall'esordio

Fase 1 Identificazione di soggetti ad alto rischio di psicosi o con esordio psicotico

Obiettivo è individuare il più precocemente possibile soggetti con disagio/sofferenza psichica ad alto rischio o con esordio psicotico che possano trarre beneficio da interventi terapeutici farmacologici, psicosociali, familiari. Trattare il disturbo il più precocemente possibile al fine di ridurre la DUP è di fondamentale importanza: una DUP breve è associata a migliori esiti, sia in termini di miglior risposta agli antipsicotici, che di miglior funzionamento globale, sociale e professionale, oltre che di miglioramento della qualità della vita.

(Raccomandazione di livello B)

Una DUP più lunga è associata a una maggiore gravità dei sintomi negativi.

(Raccomandazione di livello B)

Perseguire questi obiettivi, presuppone l'adozione di adeguate modalità organizzative che facilitino l'accesso di persone a rischio e l'adozione di strumenti di screening generale per individuare soggetti ad alto rischio e/o con esordio psicotico.

(Raccomandazione di livello B)

Per garantire l'identificazione e la segnalazione tempestiva di soggetti a rischio, dovranno essere previste attività di informazione e formazione, differenziate e specifiche, rivolte ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, ai medici degli ambulatori STP¹⁵, agli operatori sociali dei servizi pubblici maggiormente coinvolti nel supporto alla persona, al privato sociale, alle associazioni di volontariato, alla popolazione generale, e a tutti i professionisti che potrebbero venire a contatto con la popolazione a rischio.

¹⁵ Straniero Temporaneamente Residente

In particolare si dovrà focalizzare la formazione sull'uso di strumenti di screening affidabili e sulle modalità di presa in carico delle persone ad alto rischio o all'esordio psicotico. **(Raccomandazione di livello C)**

Tra gli strumenti sviluppati ad hoc per facilitare lo screening della variegata popolazione dei giovani "help-seekers" che sperimentano sintomi suggestivi di uno stato prodromico di psicosi si suggerisce l'uso della versione italiana della "Primary Care Checklist for Referral to Aspire" (CVEP)¹⁶. (v. Appendice 2)

Qualora il colloquio iniziale e/o gli strumenti di screening mettano in risalto la necessità di una valutazione più approfondita il soggetto verrà inviato al personale del DSM opportunamente formato in grado di effettuare la valutazione specifica come descritta nella fase 2.

Sarà inoltre importante segnalare l'eventuale difficoltà di espressione / comprensione della lingua italiana e se lo screening è stato o meno effettuato in presenza di interprete.

La valutazione descritta nella fase 2 potrà avvenire al CSM, al servizio di NPI, o in altro luogo, compreso il domicilio della persona o lo studio del medico di famiglia, in relazione all'obiettivo di attuare una presa in carico meno stigmatizzante possibile e che offra la maggiore probabilità di costruire una buona alleanza terapeutica.

Fase 2 Valutazione, approfondimento diagnostico, formulazione del caso in persone ad alto rischio o con sospetto esordio psicotico

Questa fase di valutazione, successiva a quella di screening, richiede tempo adeguato e necessita di particolare cura nell'esecuzione, poiché è essenziale per comprendere se la psicopatologia e le caratteristiche bio-psico-sociali dell'utente necessitano di un intervento terapeutico. Qualora questo fosse necessario, occorre spiegare all'utente e ai suoi familiari le motivazioni della proposta di terapia, stimolando una loro partecipazione attiva e costruttiva rispetto ai contenuti.

In questa fase dovranno essere raccolte tutte le informazioni necessarie al fine di:

1. attuare una diagnosi differenziale accurata (si suggerisce a tal fine l'uso di strumenti standardizzati come la CAARMS¹⁷ e/o la M.I.N.I.¹⁸)

16 Checklist per la Valutazione dell'Esordio Psicotico (CVEP); adattamento italiano ad uso sperimentale della Primary Care Checklist for referral to Aspire. A cura di Feo C., Raballo A. DSM-AUSL Reggio Emilia 2007

17 CAARMS (Comprehensive Assessment of at Risk Mental States). Yung et al. Dipartimento di Psichiatria Università di Melbourne. Traduzione e adattamento italiano a cura di A.Raballo, E.Semrov, Y.Bonner, M.B. Simmons 2006

18 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59 suppl20:22-33.

2. attuare una formulazione del caso (Smith et al, 2003)¹⁹
3. definire con l'utente e, qualora se ne ravveda l'utilità, con i suoi familiari, un percorso terapeutico specifico e personalizzato con obiettivi concordati ed espliciti, basati sulla formulazione del caso, sui punti di forza dell'utente e del suo contesto di vita, sulle sue preferenze di cura (Smith et al, 2003)²⁰
4. definire fattori di stress e/o di rischio che potrebbero innescare sintomi di recidiva, come ad esempio l'abuso di sostanze ed eventi di vita stressanti (Smith et al, 2003)²¹
5. valutare i fattori di rischio correlati al ruolo di care-giver.
6. valutare la compliance terapeutica, analizzandone i fattori favorenti e gli ostacoli da includere nella definizione del piano di trattamento.
7. valutare la presenza di ideazione autolesiva: anamnesi personale positiva per tentativi di suicidio, presenza di umore depresso, sono fattori prognostici negativi che aumentano la probabilità di un agito autolesivo. Vedasi anche "Raccomandazioni per la prevenzione del suicidio e delle condotte suicidarie nel territorio"²².
8. valutare la probabilità di comportamenti pericolosi e/o aggressivi verso se stessi e/o gli altri; le informazioni saranno utilizzate per definire il programma terapeutico.
9. effettuare le valutazioni di laboratorio e strumentali di routine, utili e necessarie ad operare una diagnosi differenziale, compresa la storia clinica medica, psichiatrica generale, l'esame fisico e l'esame della stato mentale al fine di escludere cause secondarie di psicosi; se necessario verranno effettuati approfondimenti strumentali (EEG, TAC, RMN, etc.), di laboratorio ed eventualmente consulenze specialistiche.
10. valutare l'eventuale comorbidità con abuso/dipendenza da sostanze; qualora presente verrà coinvolto il SERT sia nella fase di valutazione sia nella definizione operativa del progetto terapeutico durante gli incontri di pianificazione.
11. valutare e monitorare la salute fisica (v. Appendice 1); qualora vengano evidenziati problemi saranno suggeriti interventi finalizzati alla promozione di stili di vita salutari e coinvolti i professionisti necessari ad una appropriata gestione del caso.

(Raccomandazione di livello A)

Se l'utente presenta un **quadro clinico psicopatologico sottosoglia** rispetto alla diagnosi di psicosi, si dovrà valutare caso per caso l'utilità di una "stadiazione" del rischio psicopatologico, il monitoraggio della sintomatologia riscontrata e, qualora ne emerga la necessità, verranno proposti interventi terapeutici di prevenzione e/o di cura correlati alla diagnosi, ai sintomi o al disagio emergenti.

19 Smith L, Nathan P, Juniper U, Kingsep P & Lim L. (2003). Terapia Cognitivo Comportamentale per i Sintomi Psicotici: Manuale per i Terapisti. Australia: Centre for Clinical Interventions. Edizione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi AUSL Modena, 2013

20 Smith L, Nathan P, Juniper U, Kingsep P & Lim L. (2003). Terapia Cognitivo Comportamentale per i Sintomi Psicotici: Manuale per i Terapisti. Australia: Centre for Clinical Interventions. Edizione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi AUSL Modena, 2013

21 Smith L, Nathan P, Juniper U, Kingsep P & Lim L. (2003). Terapia Cognitivo Comportamentale per i Sintomi Psicotici: Manuale per i Terapisti. Australia: Centre for Clinical Interventions. Edizione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi AUSL Modena, 2013

22 Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie nel territorio 2012. http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/lineeguida/raccomandazioni_prevenzione_suicidi_territorio.pdf

La valutazione dovrà iniziare tempestivamente e concludersi, salvo eccezioni, entro un mese dall'invio. Di norma sarà effettuata dallo psichiatra o dal NPI se minore, in collaborazione con un infermiere, opportunamente formati all'applicazione del percorso di cura, che diventeranno i case managers (responsabili del percorso di cura). I case managers si faranno carico, qualora necessario, anche dell'organizzazione degli incontri multiprofessionali dedicati all'organizzazione e pianificazione del percorso terapeutico personalizzato, che verrà messo in atto tempestivamente al termine della valutazione. (Raccomandazione di livello B)

Fase 3 Trattamento delle persone ad alto rischio

Qualora la fase di valutazione e approfondimento diagnostico identifichi soggetti con sintomatologia suggestiva per un alto rischio di evoluzione psicotica, si dovrà procedere attivando un percorso di cura appropriato che coinvolga i professionisti della salute mentale (NPI, psichiatri, psicologi) formati per il trattamento di soggetti ad alto rischio. (Raccomandazione di livello B)

Tale attivazione potrà avvenire, qualora necessario, attraverso l'organizzazione di incontri di pianificazione e implementazione del percorso terapeutico nei quali i soggetti coinvolti nel percorso di cura definiranno le responsabilità e le modalità degli interventi.

Se le persone hanno meno di 18 anni (minori) l'intervento avverrà a cura della neuropsichiatria infantile (NPI); se la persona ha più di 18 anni, lo stesso sarà a cura della salute mentale adulti (CSM). Questa indicazione potrà essere disattesa qualora motivi organizzativi (ad es: presenza di servizi per utenza 15-35 anni) o ragioni di opportunità clinica lo rendano necessario. Ad esempio se il soggetto è vicino all'età adulta potrà essere preso in carico direttamente dal CSM; se il soggetto minore sta concludendo un percorso di cura potrà rimanere in carico alla NPI.

Si dovrà valutare caso per caso l'utilità di una "stadiazione" del rischio psicopatologico, il monitoraggio della sintomatologia e/o la possibilità di proporre interventi terapeutici di prevenzione e/o di cura correlati ai sintomi o al disagio emergente. L'esecuzione del percorso di cura dovrà avvenire all'interno di un setting che sia il meno stigmatizzante possibile e finalizzato ad una recovery ampia e precoce.

Stati mentali ad alto rischio

Sono stati individuati tre sottotipi di stati mentali ad alto rischio che correlano con una maggiore probabilità di sviluppare una psicosi^{23,24}

- 1.** Sintomi psicotici attenuati (APS): presenza di sintomi psicotici sottosoglia nel corso dell'ultimo anno;
- 2.** Sintomi psicotici brevi intermittenti (BLIPS): episodi di sintomi psicotici conclamati a remissione spontanea e per periodi inferiori a una settimana;

23 Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res.* 2004;67:131-14.

24 Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull.* 1996;22(2):283-303

- 3.** Vulnerabilità familiare e declino funzionale recente (familiari di primo grado con un disturbo psicotico o diagnosi di disturbo schizotipico di personalità e compromissione significativa del funzionamento durante l'anno precedente).

Anche se il concetto di intervento terapeutico in fase pre-psicotica è tuttora oggetto di discussione, per il rischio di intervenire su casi “falsi positivi” e perché solo il 30-50% delle persone ad alto rischio evolveranno verso la psicosi conclamata, è evidente che la maggior parte di questi soggetti soffre significativamente a causa dei sintomi presenti; essi richiedono aiuto e hanno quindi necessità di interventi terapeutici, indipendentemente dalla diagnosi che eventualmente potrà emergere a lungo termine.

In questa fase, l'obiettivo del trattamento è di impedire, ritardare o ridurre il rischio di transizione verso la psicosi. Gli interventi mirano, da un lato, al trattamento dei sintomi presenti, e, dall'altro, a ridurre il rischio di peggioramento di evoluzione verso un episodio psicotico conclamato.

Per perseguire questi obiettivi, in letteratura sono stati descritti e applicati diversi tipi di intervento: in particolare, sono state utilizzate tecniche a indirizzo cognitivo-comportamentale e, in casi selezionati, anche interventi farmacologici (antipsicotici a basso dosaggio, antidepressivi, farmaci ansiolitici)^{25,26}. Questi interventi sono stati implementati, sia nell'ambito dei servizi di salute mentale tradizionali sia di servizi e programmi specificatamente dedicati a soggetti ad alto rischio.

Le evidenze scientifiche mostrano che interventi specifici con programmi di intervento precoce nei soggetti ad alto rischio abbiano ottenuto risultati migliori rispetto ai trattamenti non specifici nel diminuire o ritardare il passaggio alla psicosi, migliorare la sintomatologia prepsicotica e prevenire il declino sociale e del funzionamento.

(Raccomandazione di livello A)

Qualunque sia la strategia terapeutica adottata, un primo passaggio verso un eventuale intervento terapeutico, sarà comunque preceduto da un'attenta valutazione finalizzata alla “stadiazione” del rischio psicopatologico, dall'identificazione dei sintomi o comportamenti oggetto dell'eventuale intervento terapeutico o, in alternativa, da un loro semplice monitoraggio evolutivo qualora si rinunci a intervenire.

(Raccomandazione di livello A)

Questo approccio di valutazione mirata alla “stadiazione” del rischio, presuppone l'adozione di adeguati strumenti di assessment (ad es.: CAARMS).

Identificato e correttamente quantificato il disagio mentale dei soggetti ad alto rischio di sviluppare un disturbo mentale grave, si potrà successivamente decidere di monitorare il decorso dei sintomi stessi o di pianificare un trattamento, se necessario, orientato sui sintomi e finalizzato ad alleviare la sofferenza associata (ad esempio, depressione, ansia e insonnia etc.).

25 Practice Guidelines in the NHS for Schizophrenia and Psychotic Incipient Disorders (Ministry of Health and Consumer Affairs) http://guiasalud.es/GPC/GPC_495_Schizophrenia_compl_en.pdf

26 EPA Guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. Schmidt et al. European Psychiatry. 2015; 30,388-404.

In particolare si raccomanda di sviluppare programmi di intervento precoce nei soggetti ad alto rischio con attività terapeutiche di tipo psicosociale specifiche (colloqui a indirizzo CBT, interventi familiari e di supporto).

(Raccomandazione di livello C)

Qualora si evidenzino fattori di stress correlati ai sintomi in atto, si potrà intervenire attraverso strategie psicoeducative o tecniche ad indirizzo cognitivo-comportamentale finalizzate a migliorare la capacità della persona di far fronte ai fattori stressanti, diminuendone la percezione minacciosa e le corrispondenti reazioni fisiologiche di disagio.

(Raccomandazione di livello A)

In ogni caso si dovrà essere molto cauti sia nell'intervenire con programmi terapeutici nei soggetti a rischio, sia nell'informare la persona e/o i suoi familiari relativamente al livello di rischio di sviluppare psicosi, essendoci ancora un alto livello d'incertezza scientifica in quest'ambito.

(Raccomandazione di livello A)

In particolare si raccomanda di:

- effettuare trattamenti specifici per le psicosi (ad esempio, interventi psicoeducativi familiari specifici sulla psicosi, psicoterapie specifiche, farmaci antipsicotici) solo dopo aver ottenuto un adeguato consenso informato e sia stata formulata una diagnosi di psicosi.
- non prescrivere farmaci antipsicotici come procedura standard a meno che non vi sia il riscontro di un accelerato deterioramento, un elevato rischio di suicidio o se il trattamento con un antidepressivo a seguito del riscontro di una sindrome depressiva non sia stato efficace o se l'aggressività e l'ostilità mettono in pericolo l'incolumità del soggetto stesso o di altre persone.

(Raccomandazione di livello C)

In generale i trattamenti sia farmacologici che non farmacologici, non essendovi evidenze certe che dimostrino l'efficacia nel prevenire il passaggio alla psicosi, dovranno essere applicati per un tempo limitato e finalizzati primariamente ad alleviare la sofferenza²⁷.

Gli operatori manterranno un atteggiamento realisticamente fiducioso sulla possibilità di evitare la progressione della gravità dei sintomi e favorire un completo recupero del funzionamento.

Di fondamentale importanza sarà offrire disponibilità alla persona a rischio e ai suoi familiari ad intervenire qualora la situazione a rischio evolva verso una crisi conclamata.

(Raccomandazione di livello C)

27 Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophr Bull. 1996;22(2):283-303

Fase 4 Trattamento esordi psicotici: fase di scompenso psicotico acuto, esordio o ricaduta

Un primo episodio psicotico può presentarsi in maniera improvvisa o lenta e insidiosa. La maggior parte delle persone presenta una fase prodromica caratterizzata da uno sviluppo di sintomi e segni lento e graduale (ritiro sociale, perdita di interesse per il lavoro o la scuola, peggioramento del funzionamento personale e sociale, scarsa igiene e cura di sé, modificazioni del comportamento con aspetti bizzarri o insoliti, episodi di rabbia etc.). Il periodo prodromico può durare giorni, settimane o diversi mesi. A questa fase può far seguito la comparsa di sintomi più acuti affettivi o non affettivi, che permettono di formulare la diagnosi di esordio psicotico.

Anche nella fase di scompenso acuto dovrà essere posta particolare attenzione a offrire un percorso terapeutico nel setting meno coercitivo e/o restrittivo possibile, evitando per quanto possibile il ricovero in strutture ospedaliere.

(Raccomandazione di livello B)

Gli obiettivi terapeutici correlati a questa fase sono:

- 1.** instaurare una relazione di sostegno
- 2.** stabilire un'alleanza con il paziente e la sua famiglia
- 3.** trasmettere speranza ai pazienti e alle loro famiglie
- 4.** introdurre un dialogo sul disturbo e sulla necessità di un trattamento
- 5.** aiutare ad accettare la terapia farmacologica e individuare la più appropriata
- 6.** coinvolgere i familiari chiedendo loro collaborazione e fornendo loro supporto
- 7.** ridurre la sintomatologia psicotica attiva e i sintomi associati utilizzando farmaci e interventi psicosociali
- 8.** identificare e risolvere i fattori che hanno innescato l'inizio dell'episodio acuto
- 9.** evitare che il paziente rechi danno a se stesso e/o ad altri
- 10.** gestire l'eventuale comportamento disorganizzato e/o disfunzionale
- 11.** ripristinare rapidamente un livello di funzionamento commisurato a quello precedente la crisi, favorendo comunque come obiettivo prioritario una recovery più precoce e ampia possibile
- 12.** iniziare la fase di valutazione (fase 2)
- 13.** iniziare a formulare piani di trattamento a breve e lungo termine (fase 5-6)

Qualora l'esordio psicotico avvenga in concomitanza con la necessità di ospedalizzazione, si dovrà comunque attivare al più presto la presa in carico da parte del CSM o della NPIA, concordando con il medico che ha in carico il paziente le valutazioni e il programma terapeutico in coerenza con le raccomandazioni.

In particolare, i medici che avranno in carico il paziente durante il ricovero ospedaliero dovranno essere formati al trattamento dei pazienti all'esordio.

(Raccomandazione di livello A)

Gli interventi principali nella fase acuta oltre a garantire l'incolumità e la sicurezza del paziente sono finalizzati a fornire un sostegno a lui e alla sua famiglia e si concentrano prevalentemente sui problemi immediati.

Le modalità relazionali con l'utente seguiranno i principi generali descritti nell'introduzione. Il primo obiettivo terapeutico sarà di costruire una buona alleanza terapeutica; una volta che questo è stato raggiunto, l'intervento si concentrerà sulla valutazione finalizzata alla formulazione del caso e alla definizione del percorso terapeutico.

Se l'utente entrerà in contatto con i servizi nel corso di uno scompenso acuto, appena le condizioni cliniche del paziente lo consentano si procederà con la fase di valutazione (Fase 2), alla quale seguiranno gli incontri organizzativi finalizzati alla pianificazione e implementazione del percorso terapeutico personalizzato; questo sarà di norma "multicomponentiale", coinvolgerà diversi professionisti, e verrà condiviso con l'utente e i suoi familiari.

Qualora il percorso terapeutico sia rivolto a un soggetto ad alto rischio esso seguirà le indicazioni già descritte; se è rivolto a persona con esordio psicotico seguirà le raccomandazioni di seguito riportate che prevedono l'utilizzo, oltre che della terapia farmacologica, di interventi psicosociali: tecniche a indirizzo CBT, interventi di inclusione sociale e finalizzati alla recovery, interventi psicoeducativi rivolti alla famiglia e al paziente.

Gli interventi terapeutici saranno integrati tra loro e condivisi con l'utente e i suoi familiari, la priorità delle attività terapeutiche sarà decisa dai case managers durante gli incontri organizzativi e saranno coerenti con gli obiettivi e le necessità dell'utente emersi durante gli incontri iniziali, nelle fasi di screening e valutazione (Fasi 1 e 2).

Di seguito vengono descritti brevemente i contenuti del programma terapeutico.

4.1 Presentazione programma e condivisione progetto terapeutico

Il/i case manager (referente/i del caso), effettuata la valutazione (Fase 1 e 2), attua la formulazione del caso e definisce le priorità terapeutiche condividendole con il paziente stesso, con i suoi familiari (possibilmente con tutti i soggetti coinvolti nel percorso di cura) e con l'équipe multiprofessionale che si occuperà del caso.
(Raccomandazione di livello A)

4.2 Intervento farmacologico nella fase acuta

Le modalità con le quali somministrare la terapia farmacologica al paziente all'esordio sono descritte analiticamente nelle principali linee guida; vengono qui riportate in maniera sintetica alcune raccomandazioni più rilevanti.

Il trattamento farmacologico dovrebbe iniziare al più presto, a meno che non interferisca con la valutazione diagnostica, poiché l'aggravamento della sintomatologia psicotica si associa a intenso disagio emotivo, a comportamenti che possono mettere in pericolo la vita del paziente e generalmente influisce negativamente sul funzionamento del paziente peggiorando la prognosi.
(Raccomandazione di livello B)

Lo stato attuale della ricerca sul trattamento farmacologico al primo episodio psicotico mostra che non vi sono prove scientifiche sufficienti per preferire antipsicotici di prima o seconda generazione; tuttavia, alcuni studi sembrano dimostrare

che gli antipsicotici di seconda generazione sono associati ad una migliore aderenza alla terapia, anche se espongono ad un rischio maggiore di sviluppare una sindrome metabolica; quelli di prima generazione presentano una maggiore frequenza di drop-out, minor rischio di sindrome metabolica e maggior rischio di sintomi extrapiramidali.

(Raccomandazione di livello A)

Informazione sui farmaci: Pazienti e familiari devono essere pienamente informati sui benefici e sui rischi della terapia farmacologica e consigliati nella scelta dei farmaci antipsicotici; interpreti e mediatori culturali dovrebbero essere utilizzati quando necessario. Nel caso non sia possibile discutere apertamente opzioni di trattamento con il paziente, come avviene in alcuni episodi acuti, i farmaci di seconda generazione dovrebbero essere il trattamento di scelta a causa del minor rischio di sintomi extrapiramidali ed effetti collaterali.

(Raccomandazione di livello C)

Prima di iniziare un antipsicotico effettuare un ECG (o effettuarlo il più presto possibile dopo l'inizio del trattamento) e ripeterlo a breve distanza e al raggiungimento del dosaggio ottimale del farmaco al fine di monitorare il QTc e valutare eventuali anomalie del tracciato. Iniziare la somministrazione con basse dosi di antipsicotico di seconda o prima generazione.

(Raccomandazione di livello A)

Evitare la neurolettizzazione rapida e l'utilizzo di alti dosaggio se non strettamente necessario.

(Raccomandazione di livello B)

Quando si sceglie un farmaco antipsicotico, devono essere presi in considerazione: il profilo degli effetti collaterali (metabolici, extrapiramidali, cardiovascolari, ormonali) e le preferenze per una determinata via di somministrazione.

(Raccomandazione di livello C)

Un periodo di osservazione senza antipsicotico di 24-48 ore è consigliato nel primo episodio, particolarmente se vi sono incertezze diagnostiche; in questa eventualità si possono utilizzare per i sintomi ansiosi o insonnia le Benzodiazepine

(Raccomandazione di livello C)

Le dosi raccomandate di antipsicotici sono descritte nelle principali linee guida^{28, 29}. Il principio chiave rimane quello di evitare la scelta di farmaci che potrebbero indebolire la futura aderenza alla terapia a causa dello sviluppo di effetti collaterali.

28 Practice Guidelines in the NHS for Schizophrenia and Psychotic Incipient Disorders (Ministry of Health and Consumer Affairs) http://guiasalud.es/GPC/GPC_495_Schizophrenia_compl_en.pdf

29 Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People, Recognition and Management. National Clinical guideline Number 155, National Collaborating Centre for Mental Health. Commissioned by The National Institute for Health and Care Excellence. Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2013.

L'obiettivo immediato non solo è la riduzione dell'aggressività, dell'agitazione, della psicopatologia e del rischio di ricadute, ma anche offrire al paziente la sensazione soggettiva di stare meglio e di avere una buona tolleranza del farmaco ai dosaggi concordati.

(Raccomandazione di livello C)

Se vi è una risposta al trattamento, si suggerisce di mantenere la terapia per un periodo di 12-24 mesi; se si osserva la remissione completa dei sintomi ridurre gradualmente la dose nell'arco di alcuni mesi con uno stretto follow-up al fine di evidenziare una eventuale ricomparsa dei sintomi.

(Raccomandazione di livello C)

Se con l'uso di un farmaco di seconda generazione si è sviluppata una sindrome metabolica o un aumento significativo di peso, offrire la possibilità di uno switch ad altro farmaco di seconda generazione o a un farmaco di prima generazione.

(Raccomandazione di livello B)

Nel caso non si osservi risposta terapeutica, va stabilito se i farmaci antipsicotici siano stati adeguatamente utilizzati in termini di dose, orario e modalità di assunzione. Dovrebbero essere considerate tutte le possibili cause di scarsa risposta, come ad esempio l'uso concomitante di sostanze di abuso, la scarsa aderenza al trattamento, l'uso simultaneo di altri farmaci prescritti per malattie fisiche

(Raccomandazione di livello C)

Se vi è scarsa aderenza alla terapia, analizzare le ragioni, eventualmente ottimizzare le dosi e fornire aiuto per migliorare la compliance; considerare la possibilità di utilizzare un farmaco depot, specialmente se il paziente lo preferisce.

(Raccomandazione di livello C)

Se non c'è risposta al trattamento o esiste un rischio persistente di suicidio, è raccomandato l'uso di Clozapina. L'uso di Clozapina implica un monitoraggio dell'emocromo e della troponina come da linee guida.

(Raccomandazione di livello A)

La politerapia (più di un AP, oppure 1 AP più litio, carbamazepina, acido valproico o benzodiazepine) **dovrebbe essere evitata** o valutata con estrema prudenza e motivata caso per caso.

(Raccomandazione di livello A)

4.3 Incontri individuali con l'utente, con utilizzo di tecniche a indirizzo cognitivo comportamentale.

All'interno della équipe multiprofessionale devono essere presenti figure professionali formate all'utilizzo di tecniche terapeutiche a indirizzo cognitivo comportamentale³⁰

30 Smith L, Nathan P, Juniper U, Kingsep P & Lim L. (2003). Terapia Cognitivo Comportamentale per i Sintomi Psicotici: Manuale per i Terapisti. Australia: Centre for Clinical Interventions. Edizione italiana a cura di F. Starace, F. Mazzi AUSL Modena, 2013

Tale approccio sarà finalizzato alla accettazione e alla normalizzazione dell'esperienza del soggetto (modulo 3), alla condivisione del modello stress vulnerabilità (modulo 4), alla terapia cognitiva dei deliri con particolare attenzione al monitoraggio dei propri pensieri e acquisizione della capacità di correlarli ai sintomi e al comportamento. Inoltre si farà riferimento all'ABC cognitivo, ABC comportamentale (modulo 5), alla terapia cognitiva delle voci (modulo 6), al training sulle abilità comportamentali al fine di migliorare il funzionamento (modulo 7), alla terapia cognitiva dei sintomi secondari (modulo 8), agli interventi di prevenzione delle ricadute (modulo 9).

L'applicazione di tecniche CBT ha evidenziato maggiori benefici rispetto alle cure standard nel prevenire l'evoluzione negativa e la cronicizzazione della psicosi e nel ridurre i sintomi e la prescrizione di farmaci antipsicotici.

(Raccomandazione di livello A)

Un intervento ad orientamento CBT è raccomandato nella fase acuta, insieme con terapia standard, per accelerare il recupero funzionale e la dimissione ospedaliera nei pazienti ricoverati.

(Raccomandazione di livello A)

4.4 Incontri di psico-educazione familiare

All'interno della équipe multiprofessionale devono essere presenti figure professionali formate all'utilizzo di interventi psico-educazionali rivolti al paziente e alla sua famiglia sulle seguenti tematiche: comprensione del disturbo, farmaci, abilità di comunicazione, emotività espressa, problem solving, segni precoci di crisi, obiettivi di crescita personale di ogni membro della famiglia. Fondamentale sarà favorire tra i componenti della famiglia la ripresa del dialogo, la capacità di ascolto reciproco e la valorizzazione dei vissuti e percorsi di vita personali.

L'attività di psicoeducazione nella fase acuta di malattia ha evidenziato maggiori benefici rispetto alle cure standard nel favorire la costruzione dell'alleanza terapeutica, nel migliorare l'aderenza alle cure e la soddisfazione degli utenti.

(Raccomandazione di livello A)

4.5 Attività finalizzate alla recovery e inclusione sociale del paziente

Le attività volte alla recovery potranno iniziare anche durante questa fase ma la loro implementazione completa sarà più specifica nelle fasi successive di stabilizzazione e mantenimento (Fase 4 e 5).

All'interno dell'equipe multi professionale dovranno essere presenti figure professionali formate all'utilizzo delle strategie di implementazione del processo di recovery personale dell'utente: conoscenza del significato di recovery personale, dell'utilizzo del coaching finalizzato al sostegno dell'utente nel suo percorso di recovery, delle prassi di lavoro e dei valori correlati alla recovery, delle modalità per attuare un progetto di collaborazione con l'utente, dando voce e soddisfacendo le sue aspettative e assicurando che i suoi valori, punti di forza e obiettivi siano prioritari. Per garantire che il progetto terapeutico sia basato sui valori personali e sulle preferenze individuali degli utenti, l'implementazione del processo di recovery personale implica che questi discutano i propri valori e preferenze di trattamento con l'equipe, che tali informazioni siano registrate nel progetto terapeutico individua-

lizzato e che lo staff sostenga gli utenti nel raggiungimento dei loro obiettivi.
(Raccomandazione di livello A)

4.6 Monitoraggio e promozione salute fisica

Il case manager durante la fase di valutazione raccoglierà informazioni dettagliate sulla salute fisica incluso peso, altezza, dieta, esercizio fisico, salute sessuale, uso di sostanze, abitudine tabagica.

Il case manager monitora periodicamente peso corporeo, circonferenza addominale e pressione arteriosa e fornisce suggerimenti relative ad un corretto stile di vita. Il case manager, in collaborazione con il medico di medicina generale e/o il pediatra di libera scelta, prescrive gli esami ematochimici e l'elettrocardiogramma secondo le cadenze appropriate.

In allegato viene fornita una scheda di monitoraggio della salute fisica con le indicazioni delle valutazioni periodiche da effettuarsi al fine di garantire l'applicazione di strategie per la promozione della salute fisica³¹. Il case manager si avvale della collaborazione del SERT per la gestione dei problemi correlati a fumo, alcool e sostanze d'abuso. In particolare il case manager ha la responsabilità di farsi carico di programmi di cura per il benessere dell'utente. Saranno forniti interventi di psicoeducazione per seguire regimi dietetici specifici, effettuare attività fisica regolare e/o suggerimenti per interventi farmacologici specifici o altri interventi terapeutici necessari. L'eventuale coinvolgimento di altri professionisti sarà deciso durante gli incontri di pianificazione e implementazione. Gli obiettivi di promozione della salute fisica sono trascritti nel progetto terapeutico individualizzato.

(Raccomandazione di livello A)

Fase 5 Trattamento esordi psicotici: fase di recupero dalla fase acuta, clinicamente stabilizzata; primi due anni

La fase di stabilizzazione o post-crisi corrisponde ai primi 6-12 mesi a seguito di un episodio acuto e può protrarsi fino al secondo anno. La maggior parte della disabilità si manifesta durante i primi due anni, dopo questo tempo tende a stabilizzarsi. Diversi studi mettono in evidenza che il periodo iniziale dei primi 2-5 anni è il periodo critico nel quale si sviluppa la maggior parte del deterioramento clinico, psicologico e sociale, ed è in questo periodo che gli interventi terapeutici specifici possono sviluppare la loro maggiore efficacia per ottenere una recovery più ampia possibile. Il livello di funzionamento raggiunto 2 anni dopo la diagnosi è un buon indicatore di quale sarà il livello di funzionamento nei quindici anni successivi³².

Questa fase si è dimostrata cruciale per evitare perdita del funzionamento globale e la cronicizzazione del disturbo; tuttavia, i servizi offrono spesso un trattamento meno intenso nei periodi tra le fasi acute. Questo modello è inadeguato a soddisfare le esigenze

31 M Ferrara, F Mungai, M Miselli, D Shiers, J Curtis, F Starace. Strategies to implement physical health monitoring in people affected by severe mental illness: a literature review and introduction to the Italian adaptation of the Positive Cardiometabolic Algorithm. J of Psychopathology. 2015;21:269-280.

32 Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br J Psych. 2010 Nov;197(5):350-6. Doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526.

dei pazienti che sono nel periodo critico per tentare di recuperare il migliore funzionamento possibile. Durante questa fase il paziente è orientato verso una sua recovery personale e a sviluppare abilità e competenze per un adattamento ottimale al proprio contesto ambientale; pertanto il sostegno da parte dei servizi con programmi di cura specifici è di fondamentale importanza.

(Raccomandazione di livello A)

Un trattamento ottimale e continuato è indicato in questo periodo critico, in cui la vulnerabilità rispetto a possibili ricadute raggiunge il suo picco e nel quale fattori personali, sociali e biologici possono influenzare il futuro equilibrio tra disturbo e benessere.

Le recidive sono infatti molto comuni durante i primi due anni dopo l'insorgenza di un disturbo psicotico e la vulnerabilità alla ricaduta persiste in circa l'80% dei pazienti.

I trattamenti psicologici e psicosociali dovrebbero essere gli elementi centrali di questo periodo critico e dovrebbero essere utilizzati per migliorare i sintomi positivi e negativi residuali o i sintomi secondari persistenti, per favorire una recovery più ampia possibile. In questa fase gli obiettivi prioritari saranno la ricerca e il mantenimento del benessere personale e sociale, la ricerca di un significato dell'esperienza psicotica e la capacità di sviluppare e accrescere il "controllo" della propria situazione nel contesto abituale di vita.

Gli obiettivi del trattamento in questa fase sono:

Qualora vi sia un recupero funzionale ottimale dalla malattia:

1. raggiungere obiettivi di studio o di lavoro realistici e gratificanti
2. sviluppare una buona inclusione sociale con relazioni sociali, affettive e sessuali adeguate
3. riuscire a raggiungere autonomamente, o con il supporto dei servizi, una vita indipendente
4. promuovere la creazione di valori e identità personali significativi

Qualora non vi sia un recupero funzionale ottimale dalla malattia:

1. ridurre per quanto possibile lo stress sperimentato dal paziente migliorando le sue capacità di gestirlo
2. diminuire la probabilità di ricaduta migliorando la gestione dei sintomi e dei segni precoci di crisi
3. ridurre la sintomatologia residuale ancora presente e consolidare la remissione
4. favorire il migliore processo di recupero funzionale possibile, sia a livello personale che sociale (recovery)
5. insegnare strategie di coping per ridurre il ritiro sociale mediante interventi basati su strategie individuali e/o di gruppo; aiutare a ricostruire l'autostima; migliorare le competenze sociali
6. limitare la sofferenza e le conseguenze negative del comportamento psicotico
7. fornire sostegno alle famiglie
8. rimuovere i fattori che possono ostacolare un'adeguata collaborazione al trattamento, come le procedure assistenziali che provochino il rifiuto a collaborare, gli effetti collaterali dei farmaci, lo stigma sociale o internalizzato
9. offrire un trattamento per problemi correlati alla psicosi, quali tendenze suicide, depressione, aggressività, abuso di sostanze, deterioramento cognitivo, disturbi d'ansia

10. sottolineare la necessità di astinenza da sostanze di abuso e alcool, e l'utilità di uno stile di vita salutare
11. ottenere e mantenere l'impegno del paziente e della sua famiglia nel processo di cura
12. fornire un sostegno costante per l'aderenza al trattamento.

Durante questa fase gli obiettivi terapeutici individuati nel corso della valutazione saranno perseguiti in modo più attivo con il sostegno dell'equipe multiprofessionale. Il paziente deve essere aiutato a stabilire obiettivi di realizzazione e crescita personale realistici e compatibili con una strategia di prevenzione dello stress, evitando un aumento del rischio di recidiva. Pur mantenendo l'obiettivo di favorire una recovery più ampia possibile, si cercherà di evitare la pressione a raggiungere livelli di funzionamento professionale e/o sociale che fossero fonte di stress eccessivo. In questa fase gli interventi psicosociali descritti in precedenza, che hanno dimostrato di essere efficaci nella fase acuta, rappresentano il fulcro del programma terapeutico delle fasi di stabilizzazione clinica.

(Raccomandazione di livello A)

5.1 Intervento farmacologico

Le indicazioni nella scelta del farmaco saranno le stesse descritte nella fase acuta. Particolare attenzione dovrà essere dedicata al monitoraggio degli effetti collaterali (metabolici, extrapiramidali, cardiovascolari, ormonali) e al mantenimento di una compliance ottimale al trattamento. L'eventuale comparsa di effetti collaterali, ricadute, resistenza, scarsa compliance dovrà guidare il terapeuta nel proporre all'utente modifiche del dosaggio o il passaggio ad altro farmaco.

(Raccomandazione di livello A)

5.2 Incontri individuali con l'utente, con utilizzo di tecniche a indirizzo cognitivo comportamentale

Proseguire con il programma concordato durante gli incontri di valutazione e pianificazione del percorso terapeutico.

Vi sono evidenze che mostrano come l'applicazione di tecniche CBT sia raccomandata per il trattamento di sintomi positivi e negativi che sono resistenti agli antipsicotici; pertanto, tali tecniche, se necessario, andranno applicate nelle persone che non rispondono in modo ottimale al trattamento farmacologico.^{33,34,35}

(Raccomandazione di livello A)

33 Practice Guidelines in the NHS for Schizophrenia and Psychotic Incipient Disorders (Ministry of Health and Consumer Affairs) http://guiasalud.es/GPC/GPC_495_Schizophrenia_compl_en.pdf

34 Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4

35 Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People, Recognition and Management. National Clinical guideline Number 155, National Collaborating Centre for Mental Health. Commissioned by The National Institute for Health and Care Excellence. Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2013.

Qualora permangano difficoltà relative alla consapevolezza di malattia o alla compliance ai trattamenti, vi sono evidenze che le tecniche CBT siano efficaci nel trattare questi problemi.

(Raccomandazione di livello A)

5.3 Incontri di psico-educazione familiare

Proseguire con il programma concordato durante la fase di valutazione e di pianificazione del percorso terapeutico.

Vi sono evidenze che suggeriscono l'utilizzo della psicoeducazione per insegnare l'autogestione delle terapie farmacologiche e dei sintomi (identificazione dei primi segni di una ricaduta e la loro prevenzione).

(Raccomandazione di livello A)

Gli interventi psicoeducativi col paziente sono raccomandati perché riducono il rischio di recidiva, probabilmente migliorando l'aderenza alla terapia e la soddisfazione del paziente al trattamento.

(Raccomandazione di livello A)

Gli interventi familiari sono raccomandati per ridurre il carico assistenziale sulle famiglie, in particolare in presenza di pazienti con disabilità da moderate a gravi e in quelli con evoluzione a lungo termine della malattia.

(Raccomandazione di livello A)

Sono raccomandati interventi familiari basati sulla gestione e riduzione delle emozioni espresse attraverso il miglioramento delle abilità di comunicazione e di ascolto reciproco perché riducono la probabilità di ricadute e migliorano la prognosi della malattia.

(Raccomandazione di livello A)

Gli interventi familiari hanno mostrato maggiore efficacia se condotti in gruppo con il paziente e con una singola famiglia.

(Raccomandazione di livello A)

Le attività da condurre con i familiari non riguardano solo la comunicazione di informazioni ma anche l'acquisizione di abilità nella gestione dello stress, l'applicazione del problem-solving rispetto ai problemi relazionali e della vita quotidiana e il sostegno nel perseguire obiettivi di crescita personale di tutti i componenti della famiglia.

(Raccomandazione di livello A)

5.4 Attività finalizzate alla recovery e inclusione sociale del paziente

Proseguire con il programma concordato durante gli incontri di valutazione e pianificazione del percorso terapeutico.

Il trattamento extra-ospedaliero, sarà finalizzato a mantenere un certo livello di attività per migliorare il funzionamento sociale e trasmettere al paziente e alla sua famiglia, sentimenti di speranza e di miglioramento continuo.

(Raccomandazione di livello A)

Il processo di adattamento e integrazione all'interno della comunità sarà facilitato dalla definizione di obiettivi realistici e evitando una eccessiva pressione sul paziente per ottenere un'occupazione ed elevate prestazioni sociali.

(Raccomandazione di livello B)

Prendere in esame la possibilità di utilizzare l'arte terapia, per esempio il ballo, il teatro, la musica, o altre forme di arte al fine di favorire l'inclusione sociale e il miglioramento dei sintomi negativi. L'arte terapia favorisce l'autostima, diminuisce lo stigma internalizzato, migliora la conoscenza di se stessi e delle proprie emozioni e aiuta a sviluppare processi creativi di autogestione. Questo approccio può iniziare già dalla fase acuta della crisi e proseguire nelle altre fasi senza interruzioni³⁶.

(Raccomandazione di livello B)

Durante i primi due anni una fase di ripresa dalla fase acuta, è importante il raggiungimento di obiettivi realistici e gratificanti legati allo studio o alla ricerca di un lavoro salariato.

In tal senso, il modello Individual Placement and Support (I.P.S.)³⁷ ha mostrato essere un approccio efficace. L'I.P.S. utilizza strategie per l'inserimento lavorativo centrate prevalentemente sul sostegno delle abilità individuali e sulla motivazione personale (empowerment, ricerca autonoma, orientamento, etc.); la persona quindi raggiunge maggiore consapevolezza e responsabilizzazione rispetto al proprio progetto lavorativo e questo la rende capace di rimanere all'interno del mercato del lavoro.

5.5 Monitoraggio e promozione salute fisica

Proseguire con il monitoraggio della salute fisica e dei vari parametri secondo le indicazioni e le cadenze previste al fine di garantire l'applicazione di strategie per la promozione della salute fisica.

Il case manager si avvale della collaborazione del SERT per la gestione dei problemi correlati a fumo, alcool e sostanze d'abuso. Saranno effettuati interventi di psicoeducazione per seguire regimi dietetici specifici, svolgere attività fisica regolare e/o suggerimenti per interventi farmacologici specifici o altri interventi terapeutici necessari. Il coinvolgimento di altri professionisti (es.: MMG) sarà deciso durante gli incontri di pianificazione e implementazione del percorso di cura. Gli obiettivi di promozione della salute fisica sono trascritti nella cartella personale.

(Raccomandazione di livello A)

36 Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People, Recognition and Management. National Clinical guideline Number 155, National Collaborating Centre for Mental Health. Commissioned by The National Institute for Health and Care Excellence. Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2013

37 E. Otto, A. Fioritti, T. Burns, P. Hilarion, J. Weghel, C. Cappa, R. Sunol. Individual Placement and Support in Europe. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2014 Vol.37 No.2 123-128

Fase 6 Trattamento esordi psicotici: fase clinicamente stabilizzata; 2-5 anni

La fase successiva ai primi due anni, fino al quinto anno successivo all'esordio psicotico, sebbene possa essere considerata meno critica in relazione agli esiti funzionali correlati alla psicosi, rimane una fase di alta vulnerabilità. Durante questa fase i pazienti potrebbero non avere alcun sintomo o presentare sintomi come tensione, irritabilità, depressione, sintomi negativi e deterioramento cognitivo. Alcuni pazienti possono ancora presentare sintomi positivi (allucinazioni, deliri o comportamento disorganizzato) ma in misura minore rispetto alla fase acuta.

Gli obiettivi terapeutici in questa fase sono:

1. mantenere la remissione dei sintomi o gestire quelli residui sia primari che secondari
2. mantenere o migliorare la funzionalità e la qualità della vita.
3. trattare efficacemente l'eventuale aggravamento sintomatologico e/o le ricadute.
4. effettuare un continuo follow-up degli effetti collaterali del trattamento ed intervenire se necessario

In questa fase è utile mantenere i contatti con persone che sono vicine al paziente al fine di avere tempestive segnalazioni di un eventuale peggioramento della sintomatologia, o di eventi stressanti o di altri fattori che possono interferire con il programma terapeutico in corso.

La scelta degli obiettivi verrà discussa caso per caso durante gli incontri periodici che avranno il compito di verificare l'efficacia del programma di cura personalizzato ed apportare le eventuali modifiche necessarie per accrescere la probabilità di raggiungere i risultati attesi.

6.1 Intervento farmacologico

Il trattamento farmacologico nella fase di stabilizzazione dovrebbe essere mantenuto. L'eventuale riduzione dovrebbe avvenire gradualmente e solo se presente una remissione completa dei sintomi, con un attento monitoraggio. I rischi correlati alla riduzione della terapia dovrebbero essere sempre discussi con il paziente e con la famiglia.

(Raccomandazione di livello C)

Le indicazioni nella scelta del farmaco saranno le stesse descritte nella fase acuta. Particolare attenzione dovrà essere dedicata al monitoraggio degli effetti collaterali (metabolici, extrapiramidali, cardiovascolari, ormonali) e al mantenimento di una compliance ottimale al trattamento. L'eventuale comparsa di effetti collaterali dovrà guidare il terapeuta nel proporre all'utente modifiche nel dosaggio o il passaggio ad altro farmaco. In generale, la somministrazione di antipsicotici dovrebbe aderire alle seguenti raccomandazioni:

- stabilire un piano di trattamento a lungo termine per ridurre gli effetti collaterali e il rischio di recidiva; nei pazienti con una storia di scarsa compliance, si dovrebbe prendere in considerazione l'utilizzo di farmaci depot. La significativa riduzione o l'interruzione dell'assunzione di farmaci antipsicotici può causare molto rapidamente un aggravamento della sintomatologia

- la dose di terapia di mantenimento deve essere stabilita sapendo che alte dosi possono produrre effetti collaterali extrapiramidali (acinesia o acatisia) e/o possono ostacolare l'integrazione all'interno della comunità e ridurre la compliance al trattamento,
- durante il trattamento a lungo termine si può sviluppare, una forma di acinesia lieve (diminuzione dei movimenti spontanei, ridotta conversazione, apatia e difficoltà ad iniziare qualsiasi attività) difficile da distinguere dai sintomi negativi della schizofrenia e dai sintomi di depressione,
- dosi molto basse di antipsicotici possono essere associate ad aumento della compliance, miglioramento dello stato soggettivo, e una migliore adattabilità alla comunità, vi sarà un più alto rischio di recidiva e riacutizzazione dei sintomi psicotici

Durante questa fase l'attenzione del terapeuta sarà dedicata ad individuare la finestra terapeutica ottimale.

In generale qualsiasi variazione dei farmaci dovrebbe essere fatta gradualmente e monitorando attentamente sintomi e segni clinici.

(Raccomandazione di livello C)

Un esame fisico completo, compreso peso, pressione arteriosa, profilo lipidico, ECG e glicemia a digiuno dovrebbe idealmente essere eseguita in collaborazione con il medico di base, di norma una volta l'anno. Nelle donne dovrebbe essere effettuato lo screening di routine del carcinoma della cervice e della mammella.

(Raccomandazione di livello C)

Gli interventi psicosociali in fase di stabilizzazione rimangono efficaci e devono essere considerati complementari al trattamento farmacologico.

In generale dovrebbero essere meno strutturati rispetto alla fase precedente; rimangono utili i programmi che aiutano il paziente a migliorare le competenze di base della vita quotidiana, che facilitano inserimenti lavorativi, la gestione gratificante del tempo libero e l'inclusione sociale.

6.2 Incontri individuali con l'utente, con utilizzo di tecniche a indirizzo cognitivo comportamentale

Proseguire con il programma concordato durante gli incontri periodici.

6.3 Incontri di psico-educazione familiare

Proseguire con il programma concordato durante gli incontri periodici.

6.4 Attività finalizzate alla recovery e inclusione sociale del paziente

Proseguire con il programma concordato durante gli incontri periodici.

6.5 Monitoraggio e promozione salute fisica

Proseguire con il monitoraggio della salute fisica con le indicazioni delle valutazioni periodiche, da effettuarsi al fine di garantire l'applicazione di strategie per la promozione della salute fisica.

9. MODELLO ORGANIZZATIVO

Ogni DSM-DP definirà il modello organizzativo più appropriato per implementare le linee d'indirizzo descritte nel presente documento in uno specifico PDTA.

10. INDICATORI

Indicatori di processo annuali

- Numero soggetti all'esordio psicotico inseriti nel percorso "esordio psicotico" del S.I.
- Presenza della 'Scheda di Monitoraggio' completata
- Percentuale di pazienti all'esordio psicotico che risultano in carico dopo 1 anno dal primo contatto
- Percentuale di pazienti all'esordio psicotico che hanno ricevuto tutti gli interventi previsti
- Socializzante: attivazione di programmi di inclusione sociale
- Salute fisica: monitoraggio parametri di salute fisica
- Familiare: attivazione di percorsi di psico-educazione familiare

Indicatori di esito annuali

- Psicopatologico: Punteggi HoNOS/MHCT al tempo 0 vs. Punteggi HoNOS/MHCT ai follow-up semestrali.

11. POPOLAZIONI SPECIALI

11.1 Doppia diagnosi

I disturbi da uso di sostanze sono un importante fattore di morbidità quando si sviluppano in combinazione con la psicosi. Si stima che fino al 40% delle persone affette da psicosi abusino di sostanze o abbiano una dipendenza. La prevalenza life time in alcuni studi arriva al 60%. Disturbi connessi all'uso di sostanze sono associati a più frequenti e prolungati ricoveri e/o altri esiti negativi, come l'essere senza dimora, la violenza, il carcere, il suicidio e l'HIV.

(Raccomandazione di livello C)

Si raccomanda che gli obiettivi di trattamento nei pazienti con questa patologia associata siano gli stessi della psicosi senza comorbidità aggiungendo gli obiettivi connessi all'uso di sostanze, come la riduzione del danno, l'astinenza, la prevenzione delle ricadute e l'inserimento in comunità "Doppia diagnosi" se necessario. Tutte le fasi del percorso Esordi Psicotici sono applicabili anche alle persone che hanno in comorbidità un abuso di sostanze. In aggiunta si dovranno promuovere gli interventi terapeutici previsti dai protocolli di cura dei SERT in funzione del tipo di abuso/dipendenza e della gravità.

(Raccomandazione di livello B)

La responsabilità del caso e la definizione del percorso di cura dovranno prevedere il coinvolgimento dei professionisti del SERT con modalità d'integrazione organizzativa in funzione delle caratteristiche specifiche di ciascun DSM.

La presenza di disturbi connessi all'uso di sostanze sfugge spesso o è sottovalutata in un paziente all'esordio psicotico, soprattutto se il paziente viene esaminato durante una crisi psicotica acuta. Le informazioni spontanee fornite dall'utente in crisi sono spesso incomplete, rendendo quindi necessario intervistare altre fonti, come i familiari e/o altri operatori che sono stati coinvolti nella gestione del paziente. È necessario effettuare screening di laboratorio anche ripetuti per evidenziare l'abuso di sostanze. Molti pazienti con psicosi non presentano una sindrome da dipendenza associata ad alcool o dipendenza da altre sostanze; pertanto si dovranno esaminare eventuali altri aspetti suggestivi di abuso di sostanze, come la marginalità, la violenza, la mancanza di compliance al trattamento, frequenti riacutizzazioni, conflitti con la famiglia e difficoltà economiche. Gli effetti del consumo di sostanze sui sintomi psicotici sono diversi, il che rende difficile differenziare i sintomi da uso di sostanze dai sintomi correlati alla psicosi o dovuti a entrambe le situazioni.

Il problema principale del trattamento in questa popolazione è sviluppare un approccio che integri gli interventi per la psicosi con i programmi terapeutici per l'abuso di sostanze. I farmaci antipsicotici possono essere utilizzati a dosi standard, ma i pazienti devono essere informati che l'uso combinato di farmaci antipsicotici e di altre sostanze o alcool può aumentare la sedazione e ridurre il coordinamento motorio. Nel prescrivere farmaci, lo psichiatra dovrebbe tener conto, quando si utilizzano farmaci antipsicotici, della possibilità che la soglia convulsiva possa diminuire, nonché la possibilità che i pazienti possano abusare di benzodiazepine e di farmaci anti-Parkinson. Raramente, farmaci antipsicotici possono scatenare crisi convulsive durante le fasi di astinenza da alcool o benzodiazepine.

(Raccomandazione di livello B)

Il disulfiram può comportare un certo rischio per i pazienti con psicosi che assumono alcool e può innescare un episodio psicotico. Dato che questo farmaco ha effetti dannosi gravi se assunto con alcool, esso deve essere utilizzato solo in pazienti con buona capacità di giudizio, consapevolezza di malattia, che aderiscono al trattamento e mantengono un adeguato contatto con la realtà.

I pazienti e i loro familiari devono essere messi in condizione di comprendere che coesistono due disturbi cronici complessi che, insieme, determinano una prognosi peggiore e a difficoltà maggiori nel definire il programma terapeutico integrato.

11.2 Disturbi gravi di personalità

Si stima che fino al 30-40% delle persone affette da psicosi abbiano in comorbidità un grave disturbo di personalità. Tale comorbidità è associata a più frequenti e prolungati ricoveri e/o altri esiti negativi, come la scarsa compliance, agiti auto-eterolesivi, il suicidio e l'HIV. Si raccomanda che gli obiettivi di trattamento nei pazienti con questa comorbidità associata siano gli stessi della psicosi senza comorbidità.

Nei persone all'esordio psicotico che presentano in comorbidità un disturbo grave di personalità sarà necessario fare riferimento alle linee d'indirizzo per il trattamento dei disturbi gravi di personalità (DGP) emesse dalla Regione Emilia Romagna e alle quali si rimanda per un ulteriore approfondimento³⁸. Di questo documento riassumiamo brevemente alcuni principi generali.

38 Regione Emilia-Romagna. Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità. Servizio salute Mentale Dipendenze Patologiche Salute nelle carceri. 2015.

Nelle linee d'indirizzo, viene fatto esplicito riferimento al principio di scelta ed autonomia declinato come un lavoro in collaborazione con la persona con disturbo di personalità finalizzato a promuoverne l'autonomia e la possibilità di scelta attraverso il richiamo all'assunzione di un ruolo attivo da parte di quest'ultima nel ricercare una soluzione ai propri problemi, inclusa la gestione delle crisi, e l'incoraggiamento a considerare le differenti opzioni di trattamento e le scelte di vita disponibili unitamente alle loro possibili conseguenze.

La necessità di adottare il Contratto terapeutico come estensione di quello che si definisce progetto di cura, elaborato insieme al paziente ed espressione reale della possibile motivazione verso il cambiamento come tale redatto in triplice copia, sottoscritto dagli attori coinvolti e nel quale sono compresi:

- la descrizione degli obiettivi di cura (di lungo e medio termine) ed i relativi tempi di verifica;
- le competenze attivate dall'equipe;
- le competenze richieste all'utente (ed alla sua famiglia);
- le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio);
- i comportamenti non negoziabili;
- il piano di gestione delle crisi.

Nelle linee d'indirizzo inoltre sono affrontati i seguenti temi: la configurazione generale dei servizi più funzionale ai fabbisogni di flessibilità e di continuità del trattamento del DGP, l'integrazione funzionale tra i Servizi di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Servizi di Psichiatria dell'Adulto (comprese le Dipendenze Patologiche), gli interventi più efficaci per gestire le crisi psicopatologiche e comportamentali acute in corso di trattamento del Disturbo Grave di Personalità, gli strumenti diagnostici disponibili per assicurare la specificità e l'attendibilità delle diagnosi dei DGP, le terapie farmacologiche efficaci nel trattamento dei DGP, gli interventi di carattere psicoterapeutico di documentata efficacia, le azioni e gli interventi che possono favorire lo sviluppo delle attitudini terapeutiche di equipe nei confronti dei DGP. Tutti questi aspetti sono approfonditi nel documento originale al quale si rimanda.

11.3 Migranti

In Italia la popolazione migrante è in progressiva e rapida crescita: l'aumento dei residenti stranieri in Italia è stato di circa 3 milioni nel primo decennio di questo secolo, durante il quale la presenza straniera è quasi triplicata, e più di 1 milione negli ultimi tre anni (ISTAT, 2014)³⁹. L'Emilia Romagna, la regione italiana con la più elevata prevalenza di stranieri residenti, i migranti rappresentano il 12% della popolazione residente e circa il 40% della popolazione residente con meno di 40 anni (ISTAT, 2015)⁴⁰. Il dato demografico e l'evidenza che i migranti di prima generazione e generazioni successive sono esposti a un rischio maggiore di sviluppare psicosi rispetto alla popolazione generale ⁴¹

39 Istat (Istituto Nazionale di Statistica) (2014) Noi Italia, 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo. ISBN 978-88-458-1783-0

40 Istat (Istituto Nazionale di Statistica) (2015) ANNUARIO STATISTICO ITALIANO 2015

41 Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. Psychol Med. 2011 May;41(5):897-910.

richiamano all'importanza che a questa popolazione sia dedicata particolare attenzione nei programmi di prevenzione e cura delle psicosi. Per lo sviluppo di tali programmi, grande interesse rivestono le evidenze oggi disponibili che mostrano come il così detto eccesso di psicosi nei migranti sia largamente correlato a fattori avversi, ambientali e culturali, individuali e di area (quali lo svantaggio sociale, il razzismo, la scarsa rete sociale, il vivere in aree urbane degradate) potenzialmente modificabili tramite interventi socio-sanitari (Morgan & Hutchinson, 2009)⁴². Inoltre, le barriere linguistiche e la diversità culturale sono tra le cause più rilevanti di difficoltà del percorso di cura, errori diagnostici, ritardo e scarsa efficacia delle cure nei migranti (Bhugra et al., 2014)⁴³.

(Livello di raccomandazione A)

Risulta pertanto particolarmente importante tenere conto di queste evidenze nell'impostazione del percorso di cura dei migranti con esordio psicotico. In particolare, accanto alle linee generali per il trattamento delle psicosi all'esordio sopra descritte, si richiede di porre specifica attenzione a due elementi:

- Assicurare adeguata **mediazione linguistica e culturale** in tutte le fasi della cura, da quella di valutazione a quella di implementazione degli interventi sopra descritti per la popolazione generale;
- Rafforzare la **presa in carico sociale**, mediante il coinvolgimento, accanto al case-manager di area sanitaria, dell'operatore sociale

(Livello di raccomandazione B)

Il problema principale in questa popolazione, particolarmente fragile dal punto di vista sociale, è mettere in atto un'azione di rafforzamento della **"cultural competence" nei servizi di salute mentale e in specifico nei programmi di trattamento delle psicosi**⁴⁴ che abbia come obiettivi il rendere visibile e accessibile il sistema di cure e rafforzare l'aderenza al programma di cura.

La competenza culturale, sia a livello della relazione medico paziente, che in quella utente-servizio, è un processo trasformativo lento.

L'introduzione nel setting di cura del mediatore culturale e il coinvolgimento dell'operatore sociale sono due elementi di facilitazione di questo processo. Il mediatore linguistico fornisce al clinico spunti di aggiornamento e di riflessione che, a partire dalla singolo caso clinico, vanno a formare nel tempo, caso dopo caso, il patrimonio culturale del servizio.

L'operatore sociale consente di strutturare i rapporti con le associazioni cittadine che fuori dall'ambito sanitario possono intervenire efficacemente sui bisogni di integrazione sociale del soggetto, facilitando la messa in rete dei servizi e delle risorse cittadine, formali e informali.

42 Morgan C, Hutchinson G. The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy. Psychol Med. 2009 Apr 1;1:5.

43 Bhugra D, Gupta S, Schouler-Ocak M, Graeff-Calliess I, Deakin NA, Qureshi A, Dales J, Moussaoui D, Kastrup M, Tarricone I, Till A, Bassi M, Carta M; European Psychiatric Association. EPA guidance mental health care of migrants. Eur Psychiatry. 2014 Feb;29(2):107-15.

44 Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup MC, Bhugra D. EPA guidance on cultural competence training. Eur Psychiatry (2015) Mar;30(3):431-40.

Un'attenzione particolare deve essere posta "ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno", ai quali, secondo la legge italiana (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 32) "sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".

La presenza nei Dipartimenti di Salute Mentale di progetti a "bassa-soglia", che prevedono un coordinamento sovra-territoriale della presa in carico dei migranti privi di residenza o stabile domicilio, in stretta collaborazione con i servizi sociali del Comune, facilita la elargizione e la continuità delle cure.

Il gruppo di lavoro

La redazione delle raccomandazioni è stata curata dai referenti dei percorsi esordi psicotici delle aziende sanitarie regionali (Determinazione del Direttore Generale Sanità e politiche sociali n. 1856/2014)

Franca Angelini - AUSL Romagna
Paola Avveduti - AUSL Romagna
Silvia Azzali - AUSL Parma
Ornella Bettinardi - AUSL Piacenza
Sara Cero - AUSL Parma
Roberto De Falco - AUSL Imola
Luisa Garofani - AUSL Ferrara
Daniela Ghigi - AUSL Romagna
Massimo Imbesi - AUSL Piacenza
Emanuela Leuci - AUSL Parma
Daniela Marangoni - AUSL Romagna
Fausto Mazzi - AUSL Modena
Enrico Meregalli - AUSL Romagna
M.Gabriella Minenna - AUSL Bologna
Tiziana Piroddi - AUSL Romagna
Michela Pratelli - AUSL Romagna
Cosimo Ricciutello - AUSL Imola
Enrico Semrov - AUSL Reggio Emilia
Elena Soldati - AUSL Romagna
Paolo Stagi - AUSL Modena
Fabrizio Starace - AUSL Modena (coordinatore)
Gino Targa - AUSL Ferrara
Ilaria Tarricone - Università di Bologna
Sandra Ventura - Regione Emilia-Romagna

Il gruppo è stato successivamente integrato da:

Cristina Bellosi - AUSL Romagna
Raffaella Bertelli - AUSL Ferrara
Marco Chiappelli - AUSL Bologna
Luca Cimino - AUSL Bologna
Andrea Raballo - AUSL Reggio Emilia
Ilaria Scazza - AUSL Reggio Emilia

