

L'intervento precoce nelle psicosi: quattro anni di esperienza a Grosseto (commento a Petruzzello e Corlito)

Author: **Giampiero Cesari** affiliation Responsabile UFSMA Arezzo del DSM ASL 8



Ho accolto con piacere l'invito a commentare l'articolo dei colleghi Petruzzello e Corlito anche perché tratta di un argomento che mi sta particolarmente a cuore e che ritengo costituisca uno degli elementi fondamentali per valutare se i nostri servizi di salute mentale sono in grado di modificarsi in modo costruttivo di fronte alla trasformazione continua della società, che interroga noi ancora di più di altri servizi sanitari o socio-sanitari. Apprezzo molto il lavoro che è stato fatto, che mostra che un intervento precoce è possibile anche all'interno dei servizi pubblici attuali, anche se correttamente viene sottolineato come la questione dell'integrazione tra il gruppo di lavoro e il servizio nel suo insieme sia un problema delicato, che non deve essere dato per scontato, ma necessita di continua attenzione e manutenzione. Ritengo che l'intervento precoce nelle psicosi sia perfettamente in linea con la tradizione "alta" della psichiatria italiana, quella che ha permesso di chiudere gli ospedali psichiatrici e di spostare nella comunità l'intervento di cura. Intervenire il prima possibile costituisce una delle basi della sanità di iniziativa (in cui spesso la psichiatria è poco rappresentata, pur essendo, per pacifica ammissione di molti dei fautori della sanità d'iniziativa, una sua fondamentale fonte di ispirazione). Nell'intervento precoce si realizza il cambiamento del paradigma assistenziale, passando dall'attendere in ambulatorio di curare gli esiti dei disturbi delle persone " motivate" al cercare di intervenire il prima possibile, ai primi sintomi del disturbo, e, se possibile, a prevenire l'insorgenza dei disturbi, intervenendo sulle situazioni a rischio. Una volta che il disturbo è già presente o comunque quando non si riesce a evitare la transizione a psicosi delle situazioni a rischio, l'attenzione alla prevenzione delle recidive e delle ricadute è ancora in linea con la migliore tradizione dei servizi italiani e si integra perfettamente con le tecniche psicoeducative e con gli interventi comunitari ispirati alla sanità di iniziativa e alla gestione non attendistica dei casi di lunga durata.

Condivido e apprezzo l'impostazione del lavoro di Petruzzello e Corlito perché fornisce dati (si può descrivere e valutare ciò che facciamo!) e anche perché, descrivendo i singoli strumenti tecnico-professionali che vengono utilizzati nell'intervento, evidenzia con estrema chiarezza che la flessibilità nell'uso dei diversi strumenti è probabilmente l'abilità più importante che viene richiesta al gruppo curante. Sarebbe interessante potere valutare quanto questa variabile incide nell'esito del trattamento. L'abilità del gruppo multiprofessionale degli operatori consiste nel sapere usare i diversi tipi di intervento in maniera flessibile, molto attenta alla persona con cui il gruppo interagisce, e che tenga pienamente conto del suo punto di vista. Questo è particolarmente importante per le persone molto giovani, che hanno bisogno che si condivida il loro linguaggio per potersi fidare di un intervento che spesso, all'inizio, gli è stato solo consigliato e non è stato ricercato attivamente da loro. È particolarmente importante che la sede dell'intervento non è connotata in senso psichiatrico tradizionale: è noto che questo è un elemento fondamentale per l'attrattività sui potenziali utenti e non rischia, nell'impatto con persone con evidenti segni di cronicità, di indurre fenomeni negativi di rispecchiamento che possono portare alla fuga o a considerarsi destinati a un futuro di inevitabile cronicità.

Aspetti che vengono opportunamente sottolineati sono l'importanza della formazione degli operatori; la centrabilità del gruppo di lavoro; l'obiettivo di intervenire sulla "strozzatura" rappresentata dal passaggio dall'età minore all'età adulta, quando il passaggio istituzionale da servizi per l'infanzia e adolescenza a quelli per l'età adulta è spesso problematico e contribuisce a far sì che proprio una delle fasce di età a maggiore rischio per ciò che riguarda la patologia psichica grave sia molto poco presidiata, con la realtà ben nota che ai servizi adulti intercettiamo giovani adulti con DUI e DUP spesso troppo lunghe; altro aspetto ben sottolineato è la multidisciplinarietà dell'intervento. A tale proposito è interessante sottolineare che la psicoterapia risulta sempre utilizzata, ancora più spesso dei farmaci, che lo sono solo quasi sempre. La durata della fase iniziale della psicoterapia non viene definita a priori, il sintomo non viene visto come qualcosa assolutamente da cancellare, ma come un elemento cui attribuire senso nella costruzione di un percorso verso la "normalità" (parola ambigua e criticabile, ma di cui non è facile fare a meno), che è il risultato di un percorso condiviso con il terapeuta. Un'opportuna importanza viene attribuita al ruolo dei familiari (in specie dei genitori) non solo dal classico punto di vista psicoeducativo, ma anche nel recupero del significato positivo della storia familiare. Nei rapporti con la rete territoriale c'è un atteggiamento attivo teso a limitare, contrastare e invertire la tendenza alla perdita di ruolo, che nell'età delle persone di cui si sta trattando può riguardare studio o lavoro. Questi due aspetti richiedono come è ovvio una stretta interazione con la realtà sociale, uscendo dall'ambito specialistico. Con uno slogan efficace si può concludere con gli autori che è importante "arrivare prima e arrivare in tempo".

In considerazione del fatto che i nostri servizi non sono quelli anglosassoni (che riguardano la fascia d'età 12 – 25 anni), ma sono divisi a 18 anni, diventa indispensabile migliorare il collegamento tra tutte le agenzie potenzialmente coinvolte. Tra queste credo che un ruolo particolare (oltre a servizi infanzia e adolescenza e servizi adulti, scuola, medici di medicina generale, pediatri di famiglia) lo abbiano i servizi per le dipendenze patologiche, proprio per il motivo che non sono divisi per età ed è ben noto che l'uso in età tardo-infantile e pre-adolescenziale di sostanze è un fattore di rischio per lo sviluppo di psicosi. Senza una stretta correlazione possiamo correre il rischio che l'uso di sostanze venga inquadrato solo come tale, misconoscendone il significato di profondo disagio psichico e, come tale, fattore di rischio per lo sviluppo di più gravi patologie psichiche e quindi meritevole di un intervento altamente professionale come quello descritto dai colleghi. Infine vorrei concludere ricordando che nel recente report sul progetto "SEMe", a cura dell'I.S.S., si osservava che i servizi dedicati intercettano la domanda molto meglio dei servizi che forniscono una risposta generica e generale. Optare per un servizio dedicato oppure creare uno specifico gruppo di lavoro dedicando risorse di più servizi è una scelta sicuramente complessa, in cui esistono buone e cattive ragioni per entrambe le soluzioni e forse una variabile importante per la scelta può riguardare le dimensioni del bacino di utenza e della tipologia della sede del servizio (metropolitana, città di medie dimensioni, città di piccole dimensioni con aree poco urbanizzate). Tuttavia non credo che si possa dubitare del fatto che la problematica degli esordi è una variabile cruciale cui si trovano di fronte i servizi di oggi e che la risposta deve essere fortemente professionale, all'altezza degli standard scientifici attuali. L'articolo di Petruzzello e Corlito descrive un'esperienza di questo tipo.