

Un centro dedicato agli esordi psicotici in tempi di crisi economica

Angela Carofiglio¹, Cristina Filograno², Daria Portnova³

¹Medico Psichiatra, ASL Bari, DSM, Centro GIPPSI

²Psicologa Psicoterapeuta, Fondazione EPASSS, Centro GIPPSI

³Medico Psichiatra, Fondazione EPASSS, Centro GIPPSI

Corresponding author: Angela Carofiglio

carofiglio.form@asl.bari.it

[Tel:0805842431/3207981763](tel:0805842431/3207981763)

Riassunto

Obiettivo dell'articolo è descrivere il percorso che ha portato alla nascita del primo centro per l'individuazione e il trattamento degli esordi psicotici nel Sud Italia, il GIPPSI di Bari, e di come sia possibile organizzare un centro innovativo nei contenuti e originale nella prassi, in un periodo di crisi economica del Paese, mentre la regione Puglia è impegnata nel "piano di rientro economico" e le ASL sono poco propense a sostenere esperienze nuove, potenzialmente foriere di nuovi impegni economici.

Summary

This article defines the path that led to the birth of the first center for detection and treatment of early psychosis in southern Italy, the GIPPSI of Bari, and how it's possible to organize an innovative center in the content and original in the practice, in a period of economic crisis in the country, while the Puglia region is engaged in "economic thrift plan" and the local sanitary trust is reluctant to support new experiences, harbingers of potential new economic commitments.

*In rebus quibuscumque difficilioribus non expectandum,
ut qui simul, et serat, et metat,
sed praeparatione opus est, ut per gradus maturescant*

BACON, *Serm. fidel*, n. XLV

*In tutte le cose più difficili non ci si deve aspettare
che qualcuno semini e raccolga contemporaneamente
ma è necessario un periodo di attesa
affinché esse a poco a poco giungano a maturazione*

Premessa

Nel 2010 era presente nel DSM della ASL BA un acceso dibattito stimolato da alcuni operatori che si erano appassionati alla letteratura internazionale sugli interventi precoci (5, 6, 7, 4) e conosciuto tramite le esperienze italiane di "Programma 2000" a Milano, di "Smile" a L'Aquila e della ricerca "Get Up" a Verona, che riportavano l'esigenza di portare contenuti nuovi nel tradizionale impegno dei CSM, chiusi nelle problematiche della cronicità e della riabilitazione psichiatrica, spesso identificata con la residenzialità.

Si faceva strada il bisogno di introdurre nel quotidiano la speranza nella cura, la prevenzione delle psicosi come prassi e la possibilità di cominciare a coniugare entusiasmo e speranza con efficienza clinica.

Partivamo da due riferimenti precisi: da una parte la considerazione, ovvia, che se la ASL aveva l'intenzione di realizzare un contenimento della spesa avrebbe dovuto puntare su servizi più efficienti, eliminare gli sprechi, monitorare gli interventi offerti, continuare a prestare un'attenzione attiva ai bisogni emergenti e dall'altra che, nelle leggi regionali, vi erano sollecitazioni etiche ed operative, rimaste inascoltate.

Il Piano della Salute della Regione Puglia 2008/2010, infatti, al punto 1.3.7, riporta che "il disagio psicologico degli adolescenti può sfociare nel 7/8 per cento dei casi in disturbo mentale vero e proprio" e che "queste patologie in età evolutiva determinano un bisogno di salute emergente per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico"; per la prima volta, si fa riferimento a interventi "età specifici" nel campo della salute mentale e alla necessità di "interventi rispettosi della globalità e unitarietà del soggetto".

Nella pratica del DSM permaneva, invece, uno scollamento tra psichiatria dell'infanzia/adolescenza e dell'età adulta e non era prevista nessuna iniziativa per intervenire sui disturbi psichici prima del loro manifestarsi come malattia conclamata con tutto il corredo di disabilità e di stigma sociale che sempre comporta.

Si sono a lungo contrapposte nel DSM le posizioni di chi riteneva maturo il tempo per porre all'ordine del giorno il tema dell'intervento sugli esordi e il bisogno di una struttura dedicata all'intervento precoce e quelle ancorate all'idea che il CSM fosse il solo deputato a svolgere tutti gli interventi, dalla prevenzione alla riabilitazione. Quest'ultima interpretazione non riusciva però a spiegare il numero estremamente scarso di "esordi" in carico ai CSM e l'impossibilità di dare ascolto a quei soggetti ad

alto rischio di evoluzione in psicosi.

Va ricordato che questa discussione, interna al DSM, tra fautori e oppositori del cambiamento di paradigma, si situa in una fase di oggettiva crisi dei servizi della salute mentale:

- nei CSM gli operatori in quiescenza da tempo non sono stati più sostituiti (alcune figure professionali come gli Assistenti Sociali sono quasi sparite dai servizi territoriali);
- la Regione comincia a proporre come rimedio alla debolezza dei servizi un piano di "rafforzamento", che passa curiosamente attraverso la riduzione dei presidi territoriali e l'accorpamento di questi ai centri più grandi, con un meccanismo che dissimula le carenze e, di fatto, nega quella politica di comunità che aveva voluto servizi capillari sempre più radicati nel territorio.

E' possibile in questo contesto investire in un servizio totalmente nuovo?

- La Direzione del DSM sceglie di sfidare l'inerzia dei servizi, alcuni dei quali chiusi in gabbie concettuali e operative, e delibera un Progetto sperimentale biennale per l'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi (Del. N. 2464 del 28/12/2010);
- l'idea forte che sottende il progetto è che l'introduzione dell'ottica preventiva, possa non solo ridurre la sofferenza di tanti giovani altrimenti condannati ad un destino di cronicità, ma anche contagiare l'intero dipartimento verso un cambiamento di prospettiva e di operatività.

Cosa fare per perseguire questi obiettivi senza intaccare le risorse dei CSM, già così ridotte?

Dalla valutazione dell'esistente nasce l'ipotesi di convertire a centro dedicato, una struttura della riabilitazione psichiatrica gestita dal privato sociale, accreditata come Centro Diurno (CD) per minori, che risultava sottoutilizzata e non rispondente alle più recenti linee di indirizzo e operative regionali (n.7/2002, 4/2007 e 26/2006), senza risorse aggiuntive, come ci chiede l'amministrazione della ASL.

La Fondazione EPASSS, ente storicamente impegnato nella riabilitazione psichiatrica e gestore del suddetto CD, si mostra interessata al progetto, che però comporta il rischio di "perdere l'accreditamento" (le norme per l'accreditamento istituzionale, come è noto, sono rigide e vincolanti).

Le leggi regionali anche se parlano di necessità di riconvertire le strutture in esubero o di favorire il passaggio da strutture pesanti a strutture più leggere, non ne forniscono le modalità operative.

EPASSS e DSM elaborano di concerto, un progetto con caratteristiche di sperimentazione: mantenere la struttura formale del centro diurno per quanto attiene le risorse complessive, umane e strumentali, pur impegnandosi in un progetto completamente nuovo per tipo di prestazioni offerte (psicoterapia cognitivo-comportamentale, psicoeducazione individuale e familiare, Problem Solving Training, Social Skills Training) e modalità di erogazione (interventi intensivi e flessibili, domiciliarità, assunzione della complessità con interventi integrati a livello sintomatologico, psicologico, familiare e sociale), insomma, un servizio che enfatizzi il recovery e la ripresa delle funzioni psico-sociali dei clienti attraverso l'utilizzo di pratiche terapeutiche validate (10, 8), in modo molto più massiccio rispetto ad un tradizionale centro semiresidenziale.

Il progetto

Tutte le risorse umane e strutturali del CD vengono riconvertite per il progetto, ma con l'introduzione di due importanti cambiamenti:

- uno psichiatra del DSM, responsabile del progetto, entra a far parte integrante della équipe del GIPPSI;
- gli altri operatori ,facenti capo al privato sociale (1 psichiatra, 1 psicologo, 4 educatori e 1 coordinatore), pur ricalcando le figure e i numeri previsti, sono stati scelti con il criterio di favorire l'ingresso di soggetti molto motivati, interessati al tema della early psychosis, disposti ad accettare modalità di lavoro più gravose (turni flessibili) e meno gratificanti economicamente, carichi di entusiasmo per l'innovazione del progetto.

Nasce così una collaborazione tra pubblico e privato di tipo nuovo: il DSM non esercita solo delega e controllo, ma si impegna in una collaborazione vera, quotidiana, fatta di condivisione di obiettivi, con particolare attenzione ad organizzare una formazione comune.

Formazione

Forti anche di un grande investimento motivazionale si sceglie di partire subito nelle attività e di optare per la formazione continua sul campo.

Dopo un breve tirocinio presso "Programma 2000" a Milano Niguarda, si parte con un programma formativo interno in cui si mettono a fuoco le esperienze consolidate in altre realtà e si segue un iter rigoroso volto a monitorare soprattutto il percorso di crescita interna, prima ancora dei risultati nei confronti degli assistiti.

Si sceglie poi di valorizzare ed integrare le formazioni eterogenee dei diversi componenti dell'equipe: la formazione psicologica di tipo cognitivo - comportamentale è alla base della maggior parte degli interventi psicoterapeutici individuali, ma anche lo strumento per formare gli operatori alle tecniche del problem - solving e del social skills training, mentre la formazione terapeutica di tipo relazionale viene utilizzata per gli interventi con le famiglie (interventi di psicoeducazione, interventi terapeutici veri e propri e il nascente gruppo allargato di famiglie).

L'intervento precoce attrae specializzandi provenienti da una formazione cognitivo - comportamentale, che arricchiscono il centro di forze giovani che portano sapere e voglia di fare, mentre si allenano sotto la guida dei colleghi più anziani alla relazione complessa con il paziente adolescente.

Per 2 mesi attiviamo una formazione sui temi specifici degli interventi precoci allargata ai colleghi delegati dai 14 CSM e dalle 4 unità di neuropsichiatria che compongono

il DSM.

Il cambiamento

Questo percorso di trasformazione dall'interno di un centro diurno ha comportato rischi e difficoltà per entrambe le parti in gioco.

Il privato ha innescato un processo di profonda trasformazione delle sue formule organizzative e della sua prassi abituale.

Il DSM si è esposto ad un rischio di fallimento di una iniziativa implementata in via sperimentale e ha dovuto difendere con forza la scelta, ma grazie ai risultati del primo biennio, nel secondo biennio 2013/14 è riuscito ad ottenere la proroga del progetto per altri 2 anni.

La Direzione Generale della ASL, nel formulare la delibera 24 gennaio 2013, fa suo il progetto e, importante passaggio, abolisce il termine sperimentale, riconoscendo l'iniziativa come compresa tra gli interventi validati a livello nazionale e internazionale.

Permane, comunque, una sorta di precarietà, in quanto è necessario che adesso sia la Regione Puglia a prendere ufficialmente atto dell'esistenza del centro e ad esprimersi sulla sua formula organizzativa.

Il centro ha valenza dipartimentale, quindi si rivolge idealmente ad un bacino di utenza estremamente vasto (1.200.000 abitanti dislocati su un territorio geograficamente vasto e complesso).

Risultati dopo il primo biennio

- Il centro GIPPSI ha in carico 30 giovani di età compresa tra 15 e 29 anni.
- La collaborazione con i CSM è migliorata e allo stesso tempo sempre più gli operatori del DSM riconoscono l'utilità del centro all'interno del dipartimento.
- Il progetto esordi/ intervento precoce si sta diffondendo in tutto l'ambito regionale. Anche le altre ASL della Puglia stanno adottando esperienze analoghe.
- L'èquipe di GIPPSI ha portato il suo contributo a diversi congressi tematici nazionali e internazionali e intrapreso di recente un rapporto di collaborazione e ricerca con la Clinica Psichiatrica di Bari.

Conclusioni

Il modello organizzativo attuato nella ASL BA, caratterizzato dalla riconversione di una struttura semiresidenziale in centro dedicato, che a tutt'oggi continua ad avere sempre maggiori richieste di giovani da valutare e prendere in cura, ci sembra possa indicare un percorso virtuoso di implementazione di servizi innovativi, realizzabile anche in tempi di crisi economica.

Nei due anni, con gli stessi costi di un progetto riabilitativo semiresidenziale standard per 20 posti, il nuovo centro ha intercettato il bisogno di salute di giovani che avrebbero rischiato di sfuggire all'attenzione dei CSM o avrebbero atteso anni prima di essere presi in cura.

Possiamo affermare che, al momento, sia stata interrotta la deriva verso la cronicità e che tutti loro abbiano ottenuto un discreto recupero del loro ruolo sociale.

Il centro GIPPSI ha fornito prestazioni individuali intensive, mai erogate prima né nel pubblico, né nel privato e tutte le attività sono state monitorate.

È stata offerta la possibilità di monitorare, per 5 anni, la condizione di salute psichica di tutti i giovani, compresi quelli che hanno scelto di interrompere la frequenza, avendo raggiunto miglioramenti sintomatologici.

Questa esperienza ha rafforzato nella realtà della ASL BA il convincimento che sia possibile ed eticamente doveroso intraprendere progetti innovativi anche e forse, soprattutto, in fasi di crisi economica, perché l'intervento sui soggetti ad alto rischio psicotico e sugli esordi, prevenendo l'insorgere della psicosi e della cronicità, potrà indurre anche un risparmio di risorse pubbliche.

L'individuazione e l'intervento sulle psicosi precoci, inoltre, è un'attività che fa bene anche agli operatori.

Lavorare con entusiasmo, essere ripagati da risultati assai più positivi rispetto al normale lavoro di "attesa" dei CSM, impegnarsi per assicurare un futuro ai giovani con disturbi psicotici iniziali rappresenta un grande stimolo alla creatività soggettiva e alla voglia di fare insieme.

Riferimenti

1. Cocchi A, Meneghelli A. Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale d'intervento precoce. Milano: Edi – Ermes; 2012.
2. Cocchi A, Meneghelli A, Monzani A, Preti A. Gli insegnamenti dell'early interventions in psychosys. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2011; 2.
3. Cocchi A, Meneghelli A, Preti A, Cavicchini A, Collavo M, Macchi S. Tra il dire e il fare. Riflessioni intorno a un'indagine conoscitiva sugli interventi precoci nei dipartimenti di Salute mentale italiani. Psichiatria di Comunità. 2011; 10(2):77 – 87.
4. Cocchi A, Meneghelli A. L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio. Torino: Centro Scientifico Editore; 2004.
5. Edwards J, Mc Gorry PD. Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di servizi efficaci e tempestivi. Torino: Centro Scientifico Editore; 2004.

6. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Cognitive behavior therapy for psychosis: theory and practice. Ed. It. Terapia cognitive – comportamentale delle psicosi: teoria e pratica. Milano: Masson; 1997.
7. McGlashan TH, Joannessen JO. Early Detection and Intervention with Schizophrenia: Rationale. Schizophrenia Bulletin. 1996; 22 (2):201 – 22.
8. NICE Clinical Guideline. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. Update of NICE clinical guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence. March 1, 2009.
9. Petruzzello MG, Corlito G. L'intervento precoce nelle psicosi. Quattro anni di esperienza a Grosseto. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. 2012;6.
10. Linea Guida. Gli interventi precoci nella Schizofrenia. Sistema Nazionale per le Linee Guida. Ministero della Salute. Ottobre 2007.