

Stefano Cocchi¹, Emiliano Monzani¹, Antonio Preti², Anna Meneghelli¹

¹A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Dipartimento di Salute mentale, Programma 2000

²Centro di Psichiatria di Consulenza e Psicosomatica Azienda Universitario-Ospedaliera di Cagliari, Cagliari

Riassunto

Gli Autori, dopo aver sottolineato l'importanza di una attività clinica che incorpori organicamente procedure di valutazione, descrivono sinteticamente come ciò sia stato alla base della costruzione di Programma 2000. Viene tratteggiato il percorso dell'équipe dall'avvio della raccolta di dati riguardanti la casistica alla loro elaborazione verso la strutturazione di una vera e propria attività di documentazione scientifica.

La pratica clinica strutturata è divenuta una esigenza, soprattutto in aree di lavoro innovative, come risposta "dal campo" alle esigenze di una attuale visione della malattia mentale. Su di essa e sulle più recenti acquisizioni della ricerca dovrebbero plasmarsi le necessarie conseguenti risposte dei servizi psichiatrici. Infine non va dimenticato che la valutazione del proprio lavoro, oltre che renderlo più coinvolgente e gratificante, è la premessa per chiedere e ottenere piani e risorse per l'innovazione.

Summary

The Authors underline the importance of a structured clinical practice, able to include systematic evaluation procedures, and synthetically describe how these principle inspired the building of Programma 2000. The pathway of the équipe is outlined from the start of the case data collection to the their analysis, with the objective of documenting scientifically the clinical activity.

The structured clinical practice has become necessary in order to provide a proper answer to the requests coming from the modern conception of mental illness, particularly in innovative work areas. Therefore psychiatric services should shape their activity on this practice and on the recent findings of recent scientific research. Moreover we can't forget that the evaluation of clinicians' work makes their own job and research activity even more involving and gratifying and is a crucial premise allowing to ask and obtain plans and resources to promote and realize innovation.

Premessa

Il mondo della Salute Mentale da circa due decenni è coinvolto in una sfida che sta dando forma ad una visione completamente nuova delle malattie mentali gravi, volta ad integrare le conoscenze cliniche accumulate nel corso degli anni con quelle più recenti, provenienti dalla biologia e dalla psicologia e dall'indagine sull'impatto dell'ambiente, per giungere ad un modello credibile di malattia che tenga conto della complessità delle determinanti e nel contempo apra a prospettive di cura e di prevenzione, sino ad ora ritenute improbabili.

Ripensare la malattia mentale grave come un disturbo del neuro sviluppo nell'ambito del modello bio-psico-sociale e non come un fenomeno "sottrattivo", arricchisce e modifica le concezioni fino ad ora predominanti e alimenta nuove aspettative, speranze e ottimismo. I dati scientifici più attuali sembrano confermare che l'intervento tempestivo, mirato e multidimensionale quale offerto dai Servizi di Intervento Precoce, produce esiti clinici migliori rispetto a quelli dei servizi generici e, inoltre, ha un rapporto costo efficacia più favorevole (1). E' necessario, tuttavia, ancora un lungo percorso per giungere alla formulazione di obiettivi terapeutico-riabilitativi ben delineati, di procedure di assessment e di modalità di intervento fondate su conoscenze scientifiche inoppugnabili e accettate universalmente dal mondo degli operatori, capaci di cambiare il destino di molti giovani e, con loro, anche quello dei loro familiari e, infine, degli Operatori e dei Servizi stessi.

Sembra ineludibile avviare percorsi, di pensiero e di pratiche cliniche, che sappiano, concretamente e fattualmente, integrare i dati della ricerca con l'esperienza clinica sul campo. A tal fine è indispensabile declinare tali pratiche in modelli di intervento e di organizzazione dei Servizi, che tengano presente alcuni aspetti fondamentali: la continuità con cui i disturbi si presentano a partire dalla giovane età (2), l'obbligo professionale ed etico di fornire interventi e trattamenti basati su conoscenze scientificamente provate, l'inevitabilità di una revisione organizzativa dei Servizi, l'utilità di collaborazioni fondate sullo stato delle conoscenze tra Servizi e il mondo dell'utenza e, infine, la fondata necessità di affrontare la malattia con ottimismo e speranza (3).

A nostro parere è preliminare a quanto sopra il ri-orientamento dei Servizi di Salute Mentale verso pratiche a carattere preventivo, superando la visione prevalentemente riparativa che in larga misura ancora li permea e che contribuisce a rinforzare il pregiudizio che collega la malattia mentale con l'inguaribilità e la cronicità.

L'orientamento "early intervention" va al di là del significato letterale e limitativo dell'espressione "intervento precoce", ma ha contenuti ben più ampi e si declina in molte "dimensioni": cliniche, nosografiche, terapeutiche, di organizzazione dei Servizi, di politiche e di economia sanitaria, di contrasto ai pregiudizi e allo stigma, ecc.

All'interno di questa cornice sono sorte e si sono sviluppate iniziative rivolte all'individuazione e all'intervento precoce delle psicosi con lo scopo di dare ai giovani con esordio o ad alto rischio di evoluzione psicotica risposte tempestive e scientificamente corrette, fruibili ed adeguate alle loro esigenze.

Il ritardo nella comprensione dei segnali precoci o prodromici e nella messa in atto di risposte corrette è collegato a svariati e numerosi fattori che spaziano dal livello culturale della Società alla disponibilità al cambiamento degli operatori, alla complessità organizzativa dei Servizi e alla loro molteplicità di funzioni e compiti e, infine, allo stato delle conoscenze scientifiche che nel campo della salute mentale sono "deboli" e dai confini mal definiti. Questo può rendere gli operatori più inclini ad aderire a convinzioni ideologiche, a fantasie intellettualistiche o persino magiche piuttosto che ad ancorarsi, stabilmente e con umiltà, alla conoscenza oggettiva e contribuire ad arricchirla.

Mentre è ben chiaro l'interesse che i mondi della neurobiologia e una parte di quello della psicologia hanno nei confronti di questo nuovo paradigma, non è ben chiaro in

che misura il mondo della psichiatria clinica sia genuinamente interessato ad esplorare il nuovo, allineandosi peraltro ai percorsi che la medicina somatica sta sviluppando da decenni.

Alla radice dell'early intervention vi sono osservazioni epidemiologiche. Tuttavia, mentre quelle di John Snow (4), nella meta dell'ottocento, sono state sufficienti a cambiare il sistema degli acquedotti di Londra, debellando così le epidemie di colera, il mondo della psichiatria sembra attendere una sorta di "rivelazione" salvifica – simile a quella della psichiatria anti-manicomiale negli anni Sessanta e Settanta del Novecento – per attuare alcune misure elementari. Pensiamo a una risposta tempestiva e informata alle richieste di aiuto, all'adeguamento dei servizi ad una soglia di accesso e di gradimento accettabile da parte dei giovani, all'uso di metodologie di motivazione, di accompagnamento, di aiuto e di cure fondate solo ed esclusivamente su tecniche di comprovata efficacia, che abbiano cioè passato la soglia di studi randomizzati, all'organizzazione di reti di servizi, collaboranti e sinergici, ad una corretta informazione della cittadinanza sullo stato delle conoscenze cliniche e, infine, alla ricerca di alleanze con chi ha sperimentato direttamente la drammaticità di una malattia disabilitante e instauratasi in modo stabile.

Il mondo della psichiatria clinica sembra interrogarsi su argomenti e attendere risposte che, viceversa, esso stesso deve e può contribuire a dare attraverso il lavoro quotidiano.

La pratica clinica strutturata

Per pratica clinica strutturata Tansella (5) intende " lo studio di outcome condotto in situazioni di routine" a condizione che la routine preveda e promuova, ad esempio, l'uso di protocolli di trattamento e linee guida cliniche che utilizzano misure di outcome standardizzate e di provata validità.

Capire il senso del nostro lavoro e confrontarci con i colleghi, sono state le idee che ci hanno guidato, 15 anni fa, quando abbiamo avviato l'esperienza di Programma 2000, maturando via via la speranza (o l'illusione?) che saremmo riusciti a portare qualche goccia nell'oceano delle conoscenze e a suscitare curiosità e interesse. Molte delle nostre aspettative si sono realizzate (vedi Meneghelli et al. in questo stesso numero), altre hanno dovuto confrontarsi con l'inerzia al cambiamento, anche quando proposto in modo critico e graduale, o hanno visto la strada sbarrata da una implicita o esplicita opposizione.

Eravamo e siamo convinti che ognuno di noi possa contribuire alla conoscenza e abbiamo deciso fin fa subito di raccogliere sistematicamente dati per capire cosa stavamo facendo e quali risultati sortissero dal nostro lavoro.

Abbiamo quindi delineato una cornice di azioni riguardanti protocolli per la valutazione e il monitoraggio nel tempo di ciò che facevamo, e un dettagliato programma riguardante le prassi, i processi e le metodiche di lavoro (6,7).

La procedura di valutazione è stata costruita, come di seguito riportata (Fig. 1), avendo due riferimenti e due guide principali, colleghi con i quali nel tempo si è strutturata

ERraos Checklist - ogni 12 mesi
BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) - ogni 6 mesi
HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) - ogni 6 mesi
CBA 2.0 (Cognitive-Behavioral Assessment) - ogni 12 mesi
CFI (Camberwell Family Interview) - ogni 12 mesi
DAS (Disability Assessment Schedule) - ogni 12 mesi
SAT-P (Satisfaction Profile) - ogni 12 mesi
GAF (Global Assessment Functioning) - ogni 12 mesi
Batteria di test cognitivi - ogni 12 mesi

una solida amicizia: Heinz Häfner e Patrik D. McGorry.

Fig. 1 strumenti di assessment Batteria di test cognitivi – ogni 12 mesi

Per quanto riguarda le metodiche di lavoro in campo psicoeducativo e psicoterapeutico oltre alla alta competenza acquisita nell'équipe (6,7) abbiamo sviluppato il confronto con colleghi non italiani, in particolare, ma non solo, con Max Birchwood e David Fowler, mentre per l'uso dei farmaci ci siamo riferiti alle linee guida che via via si sono susseguite.

Tale cornice ha subito aggiornamenti nel tempo senza, tuttavia, perdere o modificare radicalmente la sua struttura. Anche perché, non raramente, ci siamo resi conto che l'esperienza maturata nel contesto italiano era più avanzata di quella presente in altri Paesi, in particolare nell'ambito di un approccio sociale e di comunità.

Inizialmente è stato necessario creare una scheda-paziente e un data base (ristrutturato e riaggiornato tre volte), incontrando molte difficoltà legate soprattutto alla nostra inesperienza nella ricerca, i cui limiti sono emersi nella stesura di una prima pubblicazione (8).

Abbiamo capito, poi, che era necessario uscire da una dimensione "autarchica", almeno per quanto riguardava la ricerca e la parte di documentazione scientifica, e sviluppare con nuovi colleghi una collaborazione mirata, disegnando un programma di lavoro che potesse suscitare interesse, negli argomenti e nelle forme di presentazione (9,10)

Sono stati affrontati alcuni temi, tra i tanti che abbiamo ancora sul tavolo, legati agli strumenti assessment, in particolare la adeguatezza e validità psicométrica di alcuni strumenti nella popolazione dei soggetti ad alto rischio, strumenti quali CFI, ERraos e Honos (11,12,13,14). Sono state inoltre approfondite alcune osservazioni sulle

caratteristiche della casistica riguardanti il genere, la suicidalità, i percorsi di accesso al servizio (15,16,17,18) e affrontato il tema dei costi/benefici (19). Sono attualmente in corso analisi di out come.

La partecipazione a ricerche (vedi Meneghelli et al. in questo stesso numero di NRSP),

sia come leader che come partner, ha aperto nuovi orizzonti e ha permesso un lavoro di manutenzione o miglioramento del lavoro clinico e "scientifico".

Tutto questo è stato fatto con poche risorse, ma con grande partecipazione e determinazione e, in qualche caso, con vera e propria entusiastica abnegazione e con il fondamentale aiuto di tanti giovani (tirocinanti e volontari) che si sono susseguiti nel tempo. La loro collaborazione è stata determinante, ad esempio, nella gestione del data base.

Non abbiamo trascurato di diffondere in campo nazionale la conoscenza sulle attività in corso con pubblicazioni in riviste italiane, con una serie di opere di pubblicistica (manuali e video) e con i già citati manuali (6,7). Infine, tutte le altre attività di sensibilizzazione e disseminazione già ricordate nell'articolo di Meneghelli et al.

A ben vedere le risorse economiche aggiuntive impiegate sono state contenute rispetto al lavoro fatto mentre sono state rilevanti quelle di professionalità e di tempo messo a disposizione da tutti, volontari e tirocinanti compresi, certo non paragonabili ai 60 operatori e 30 ricercatori a tempo pieno presenti nella prima fase di EPPIC (20)

Osservazioni conclusive

Per concludere, le osservazioni che ci sembra di poter fare, partendo dall'esperienza di Programma 2000, sono improntate a soddisfazione ed ottimismo e si possono articolare in due fondamentali punti:

A.- Riflettere, con la maggiore oggettività possibile, sul proprio lavoro e documentarlo ci tiene lontani dalla tentazione dell'autoreferenzialità e ci fa scoprire aspetti nuovi, interessanti o inaspettati e costruttivi, della fatica quotidiana.

Se la procedura di lavoro è ben definita sin dall'avvio (disporre di un data base, di una scheda paziente e di pochi essenziali strumenti da somministrare all'assessment iniziale e a cadenze annuali o semestrali, e di metodiche di intervento evidence based) e ne viene fatta una costante manutenzione (riunioni sistematiche di discussione e aggiornamento tecnico degli operatori) tutto ciò è compatibile con il lavoro clinico di routine.

L'indispensabilità di una documentazione oggettiva di ciò che viene fatto nei programmi di early intervention pur richiedendo un minimo di impegno aggiuntivo costituisce un arricchimento importante. I dati che emergono possono diventare, attraverso un opportuno collegamento tra servizi, un patrimonio della psichiatria italiana da mettere in campo nel confronto internazionale.

B. – Non cedere mai alla seduzione della routine e alla rassicurante pigrizia indotta dall'abitudine o, peggio, da una non ben definibile pratica tradizionale.

Il nostro lavoro in generale, e in particolare quello nell'area degli esordi e delle situazioni a rischio, per potersi sviluppare in modo gratificante, ha bisogno di dubbi, di riflessioni, di "rotture", di creatività, di fantasia e di lungimiranza visionaria.

Senza una chiara progettualità e una metodica di attuazione documentata, mai nessun soggetto coinvolto in termini decisionali nelle politiche sanitarie ci prenderà in considerazione e la psichiatria è destinata, sia nei contenuti dottrinali che nella operatività, a derivare verso l'insignificanza, a fronte di continue e costanti voci che ne predicano l'importanza.

Sviluppare l'orientamento preventivo rivolgendo l'attenzione sui giovani e sugli esordi è un percorso obbligato se si vuole garantire un futuro alla salute mentale del Paese.

Riferimenti

1. Singh S. (2010) Early Intervention in Psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 343-345
2. De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry P D (2012) Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr*, 21(1):47-57
3. Cocchi A, Meneghelli A, Monzani E, Preti A. (2011) Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosis. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*. Rivista online di Psichiatria. Vol 2
4. Cooper B., Morgan H.G. (1981) *Psichiatria epidemiologica*. Boringhieri, Torino
5. Tansella M. (1999). Dalla ricerca scientifica alla assistenza psichiatrica: un flusso irregolare e discontinuo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 124, 3, 159-64.
6. Cocchi A., Meneghelli A. (2004) *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*, Centro Scientifico Editore, Torino
7. Cocchi A., Meneghelli A. (2012) *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua - Manuale d'intervento precoce*. Edi-ermes, Milano
8. Fusar-Poli, P., Meneghelli, A., Valmaggia, L., Allen, P., Galvan, F., McGuire, P. & Cocchi, A. (2009). Duration of untreated prodromal symptoms and 12-month functional outcome of individuals at risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2):181-182.
9. Meneghelli A, Cocchi A, Preti A. (2010) "Programma2000": a multi-modal pilot programme on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999. *Early Intervention in Psychiatry*, 4:97-103.

10. Cocchi A, Meneghelli A, Preti A. Programma 2000 (2008) Celebrating Ten Years of Activity of an Italian Pilot Program on Early Intervention in Psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (42)1003-1012.
11. Meneghelli, A., Alpi, A., Pafumi, N., Patelli, G., Preti, A., Cocchi, A. (2011) Expressed emotion in first-episode psychosis and high-risk of psychosis patients: Results from the Programma 2000 (Milan, Italy.) *Psychiatry Research*, 189,331-338.
12. Raballo A, Meneghelli A, Cocchi A, Sisti D, Rocchi MBL, Alpi A, Cascio MT, Preti A, Maurer K, Häfner H. (2013) Shades of vulnerability: latent structures of clinical caseness in prodromal and early phases of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. DOI 10.1007/s00405-013-0421-4
13. Meneghelli A, Alpi A, Cascio MT, Häfner H, Maurer K, Preti A, Raballo A., Cocchi A (2013) Versione Italiana dell'Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist: Affidabilità, validità e istruzioni per l'uso. *Giornale di Psicopatologia*, In corso di stampa
14. Preti A, Pisano A, Cascio M T, Galvan F, Monzani E, Meneghelli A, Cocchi A (2012) Validation of the Health of the Nation Outcome Scales as a routine measure of outcome in early intervention programmes. *Early Interv Psychiatry* (6)4: 423-431 .
15. Preti A., Meneghelli A., Pisano A., Cocchi A. (2009) Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: Results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis. *Schizophrenia Research* 113,145–150.
16. Cascio M.T., Cella M., Preti A., Meneghelli A., Cocchi A. (2012) Gender and duration of untreated psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 6:115–127
17. Preti A., Pisano A., Cascio M.T. , Monzani E., Meneghelli A., Cocchi A. (2012) Obstetric complications in early psychosis: Relation with family history of psychosis. *Psychiatry Research*, 200, 708-714
18. Cocchi A, Meneghelli A, Erlicher A, Pisano A, Cascio MT, Preti A. (2013) Patterns of referral in first episode schizophrenia and ultra high-risk individuals: Results from an early intervention program in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, DOI 10.1007/s00127-013-0736-5
19. Cocchi A., Mapelli V., Meneghelli A., Preti A. (2011) Cost-effectiveness of treating first-episode psychosis: five-year follow-up results from an Italian early intervention programme. *Early Intervention in Psychiatry*, 5: 203–211
20. Edwards J., McGorry PD (2002) *Implementing early intervention in psychosis*, Martin Dunitz, London . Edizione italiana a cura di Meneghelli A, Cocchi, A. (2004) *Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di Servizi efficaci e tempestivi*. Centro Scientifico Editore, Torino