



Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda"
Milano

e

Centro Controllo Malattie - CCM
Ministero della Salute

La individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi.
Un approccio preventivo alla schizofrenia.

ANALISI STRUTTURATA DEL PROBLEMA

Problema

La ricerca e la pratica clinica più innovative stanno evidenziando una area di bisogno rappresentata dalle esigenze di persone giovani nelle fasi iniziali delle psicosi schizofreniche (esordio o alto rischio), che in mancanza di un'individuazione tempestiva e di un intervento multidimensionale specifico e mirato possono scivolare verso un aggravamento della patologia e della conseguente disabilità e verso una irreversibile compromissione della possibilità di realizzare un soddisfacente progetto esistenziale (scuola, lavoro, tempo libero, relazioni amicali ed affettive).

Spiegazioni plausibili. I disturbi psicotici colpiscono prevalentemente nel periodo intercorrente fra la tarda adolescenza e la prima età adulta (fra i 16 ed i 34 anni), periodo cruciale ai fini della costituzione della propria identità e del proprio ruolo sociale. Diverse ricerche, che hanno ormai un valore storico, dimostrano come le psicosi schizofreniche e le sindromi correlate siano caratterizzate, fin dalle loro fasi iniziali, da una progressione di sintomi e da multiple disabilità di natura sociale che durante il decorso della malattia si aggravano ulteriormente, alimentando il circolo vizioso Sintoma/Disabilità. Inoltre è riportato che nel 73% dei casi il primo episodio psicotico è preceduto da un periodo – mediamente da 2 a 4 anni- in cui è possibile scorgere alcuni segnali di disagio e di difficoltà prima che si evidenzino in modo clamoroso i sintomi psicotici (Häfner et al.,1995; Häfner et al.,1999).

Le manifestazioni prodromiche e l'esordio psicotico si collocano quindi in un'area di confine tra processi maturazionali normali e patologia, tra rischi e sintomi, tra le prime ambigue manifestazioni e difficoltà e un deterioramento stabilizzato, area da sempre trascurata nelle procedure standard dei Servizi Psichiatrici, storicamente, organizzativamente e dottrinalmente orientati verso le patologie conclamate, stabilizzate o croniche.

Si tratta anche di un'area condizionata da radicati e diffusi pregiudizi e da vincoli legati allo stigma che accompagna la malattia psicotica, dagli scarsi collegamenti organici tra i diversi ambiti della Sanità pubblica (medicina generale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sportelli ed Agenzie rivolte ai giovani, ecc.) e, infine, dalla carenza, almeno fino a una decina di anni addietro, di convincenti ricerche riguardanti le modalità di esordio delle psicosi.

Soluzioni proposte

Come è sottolineato dalle più recenti linee guida sulla schizofrenia (NICE, 2002; Royal Australian guidelines,2005), l'**intervento precoce**, può non solo a ritardare l'esordio dei quadri psicotici, moderarne la gravità e contrastarne le conseguenze biologiche, psicologiche e sociali, ma avere anche un ruolo cruciale per ostacolare il deterioramento nel funzionamento sociale, già nella fase in cui la psicosi non è ancora manifesta.

L'organizzazione dei Servizi Psichiatrici in Italia (territorialità, presa in carico globale, lavoro in équipe, orientamento sociale e comunitario) costituisce una base fortemente facilitante per l'avvio e lo sviluppo di programmi specifici di individuazione e intervento precoce nelle psicosi. Ne consegue che il progetto proposto può essere portato avanti anche dopo la scadenza del periodo descritto nella presente progettazione e può rientrare nelle pratiche dei Dipartimenti sotto forma di una specifica e mirata funzione orientata alla prevenzione.

La sola esperienza attualmente in corso in Italia è rappresentata dal "Programma 2000", programma di individuazione e intervento precoce all'esordio di patologie mentali, che, dopo un iter burocratico e di definizione organizzativa e concettuale iniziato nel 1997, ha avviato l'attività sul campo nel 1999 nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano.

Tale Programma, mirato alle esigenze e agli obiettivi delle singole fasi della patologia, era strutturato in una articolazione di procedure ed operazioni, indicate come componenti essenziali negli interventi precoci: **individuazione e sensibilizzazione, segnalazione, assessment, trattamento, valutazione e ricerca.**

Lo scopo iniziale e primario dell'attuazione di tale procedura operativa era che essa, sin dall'inizio (cioè del primo contatto tra utente e servizio), fosse in grado di dispiegare tutte le opportunità tecniche attualmente ritenute idonee a prevenire le ricadute psicotiche e la conseguente, possibile disabilità cronica.

Tali iniziali obiettivi, sulla base della esperienza diretta e del confronto con le evidenze della letteratura via via resesi disponibili nel corso degli ultimi anni (McGorry & Jackson,1999; Birchwood et al.,2000; Edwards & McGorry,2002), si sono ampliati e modificati con la costruzione di un programma più complesso e più ricco, con maggiori connotazioni preventive, rigorosamente monitorato con strumenti di valutazione validati, applicati ogni sei mesi o ogni dodici mesi. Ciò ha consentito di sviluppare il lavoro in

modo da orientarlo anche al periodo di tempo che precede l'esordio riconoscibile, cioè alle situazioni che lo stato delle conoscenze scientifiche definisce ad alto rischio.

Modello organizzativo

Il modello operativo proposto prevede la costituzione di un programma specialistico nell'ambito del Dipartimento di salute mentale, in una sede separata. L'aspetto specialistico del Programma riguarda in particolare tre aspetti: equipe, connessioni, setting.

Equipe: costituisce il core del Programma ed è costituita da professionisti acquisiti ad hoc per particolari motivazioni e competenze, e da professionisti dei vari servizi del Dipartimento (Centri di salute mentale, Centri diurni, strutture residenziali, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura), che dedicano parte della loro attività ai pazienti del Programma, nella sede del Programma. All'equipe competono le scelte metodologiche, organizzative e di delimitazione dei progetti di intervento per ogni singolo paziente.

Connessioni: questa equipe "centrale" stabilisce appositi collegamenti, secondo un modello definibile "a stella", con altri operatori e le altre strutture del Dipartimento, con le altre Agenzie del territorio che sono in contatto con il mondo giovanile. Pertanto, le segnalazioni delle situazioni problematiche possono pervenire dai Centri Psico Sociali, dai Centri Diurni, dai Centri Residenziali terapeutici e dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, dai Medici di Medicina Generale, dalle scuole, dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, da altre Agenzie o direttamente dagli interessati. L'équipe si pone, dunque, come gruppo di lavoro trasversale al Dipartimento, sia come composizione che per funzioni.

Settimanalmente, seguendo un'agenda prestabilita, si svolgono riunioni generali di supervisione dell'équipe, nel corso delle quali vengono presentati i nuovi casi clinici, discussi dettagliatamente i cosiddetti casi problematici, passata sinteticamente in rassegna tutta la casistica, decise le inclusioni e le esclusioni nel Programma, verificati i progetti di presa in carico. Vengono, inoltre, accennati i principali aspetti delle ricerche in corso e i programmi scientifici e di visibilità (congressi, incontri, pubblicazioni, richieste di formazione, ecc). Mensilmente si svolge una riunione plenaria estesa a tutti gli operatori, interni ed esterni per un aggiornamento sintetico sullo stato dell'arte del Programma, nuove segnalazioni, andamento dei casi, temi organizzativi di carattere generale.

La valutazione iniziale di una segnalazione avviene attraverso colloqui clinici con l'interessato e i suoi familiari, nonché attraverso l'utilizzo di test (scale e interviste standardizzate). In caso di presa in carico, l'uso di detti test viene ripetuto ogni sei mesi e ogni anno allo scopo di monitorare sistematicamente e con strumenti oggettivi l'evoluzione del quadro clinico e del funzionamento sociale. Il trattamento comprende momenti individuali e di gruppo secondo progetti individualizzati, definiti e concordati in equipe con ogni paziente e la sua famiglia.

Setting: altro aspetto fondamentale è costituito dalla sede di lavoro del Programma, che deve necessariamente essere separata dagli altri locali del DSM, e garantire un clima gradevole ed accogliente, il più amichevole e "giovanile" possibile.

I vantaggi che si vogliono perseguire possono essere così schematizzati:

- separare i giovani all'esordio o a rischio di psicosi dai pazienti in fase più consolidata di malattia;
- creare un ambiente poco stigmatizzante, amichevole, rassicurante e adatto ai giovani;
- sviluppare nel team una metodologia di lavoro coesa ed omogenea, in un'atmosfera di particolare supporto;
- favorire le individuazioni, le prese in carico e il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari, creando specifiche procedure per facilitare gli accessi;
- pianificare opportunità di ricerca.

Obiettivi

Il presente progetto si propone di estendere l'esperienza del "Programma 2000" ad altri dipartimenti di salute mentale (DSM), mediante percorsi formativi, di monitoraggio e di valutazione, concordati e condivisi, allo scopo di arricchire l'offerta all'utenza e di ottenere una massa critica di dati in grado di allineare le conoscenze italiane a quelle di altri Paesi che hanno già orientato i loro Servizi verso la prevenzione secondaria della schizofrenia.

L'obiettivo finale è poter dimostrare l'opportunità di modificare le attuali politiche di "attesa" nei confronti delle psicosi, che comportano alti livelli di sofferenza nei malati e nei loro familiari e elevati costi diretti, indiretti.

Il progetto, coordinato dal Centro per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi - "Programma 2000" - diretto da Angelo Cocchi (DSM dell'A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano - direttore Arcadio Erlicher), sarà attuato in quattro DSM delle Regioni Toscana, Lazio, Campania, Calabria, individuati sulla base della presenza di Servizi ed Operatori già sensibilizzati al problema e consapevoli

della necessità di percorrere nuove strade per affrontare la patologia psicotica, prima di quanto avvenga usualmente (cioè a patologia conclamata) e prima che sia troppo tardi per rimediare utilmente al danno già manifestatosi.

I DSM individuati, oltre a quello di Niguarda, sono i seguenti:

1. DSM Azienda USL Roma D (direttore Andrea Balbi)
2. DSM USL 9 di Grosseto (direttore Giuseppe Corlito)
3. DSM ASL Salerno 1 (direttore Walter Di Munzio)
4. U.O. complessa di Salute Mentale di Soverato, ASL 7 (Catanzaro) (direttore Mario Nicotera)

L'esperienza conferma la fattibilità del progetto, riorientando, sulla base di obiettivi specifici, le risorse presenti nei DSM partner.

Criticità

Le criticità possibili riguardano l'area esterna e l'area interna al Dipartimento

A) Area esterna. La mancanza o la presenza parziale di rapporti organici e collaborativi con soggetti sanitari, sociali e informali dell'area su cui insiste il dipartimento può costituire una criticità nell'avviare il lavoro di sensibilizzazione e informazione necessario a sviluppare i percorsi di individuazione precoce.

B) Area interna. Le principali criticità all'interno dei dipartimenti possono essere considerate di carattere generale che non vanno sottovalutate ma non possono essere considerate rigidamente vincolanti visto che i possibili partner hanno interesse nei confronti dell'argomento; esse riguardano la presenza di competenze tecniche specifiche (specialmente in campo psicologico e psicoeducazionale) e la capacità dei partner di riorientare sotto il profilo organizzativo e tecnico le risorse professionali disponibili attraverso modificazioni procedurali e incisive iniziative formative.

C) Infine è opportuno prospettare e progettare una strategia che garantisca lo sviluppo e il mantenimento del lavoro avviato, strategia che coinvolge le scelte locali di politica sanitaria nel campo della salute mentale.

Bibliografia

Birchwood, M., Fowler, D. & Jackson, C. (eds) (2000). *Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.

Cocchi, A. & Meneghelli, A. (2004). *L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Edwards, J. & McGorry, P.D. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. Londra: Martin Dunitz. Traduzione italiana (2004) *Come realizzare l'Intervento Precoce nelle Psicosi. Una Guida per l'Organizzazione di Servizi di Individuazione e di Intervento Efficaci e Tempestivi*. Torino: Centro Scientifico Editore

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Riecher-Rössler, A. & Nowtmy, B. (1995). Onset and early course of schizophrenia. In *Search of the Causes of Schizophrenia*, vol. III. eds. H. Häfner & W.F. Gattaz. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & an der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 105-18.

McGorry, P.D. & Jackson, H.J. (1999). *The Recognition and Management of early Psychosis. A Preventive Approach*. Cambridge: Cambridge University Press. (Trad It: Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio, Torino: Centro Scientifico Editore, 2001).

National Institute for Clinical Experience (NICE) (2002). *Guidance on the use of newer atypical Antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. NICE Technology Appraisal*.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, (2005). *Clinical guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1-30

OBIETTIVO GENERALE

Attivazione sul territorio, nell'ambito dei DSM, di servizi pilota per l'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi

OBIETTIVO SPECIFICO 1

Sensibilizzazione e formazione degli operatori alle tematiche connesse con l'individuazione precoce delle manifestazioni prodromiche e l'intervento tempestivo e multimodale negli esordi psicotici

OBIETTIVO SPECIFICO 2

Costituzione di un Programma specialistico con una equipe di riferimento. Individuazione, assesment e presa in carico di persone all'esordio e di persone ad alto rischio di evoluzione verso la psicosi

OBIETTIVO SPECIFICO 3

Analisi, valutazione e trasferimento dei risultati sia formativi che operativi, a livello nazionale mediante specifici protocolli

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 1.		
Formazione degli operatori dei quattro DSM sulle tematiche connesse all'individuazione precoce delle manifestazioni prodromiche e l'intervento tempestivo e multimodale negli esordi psicotici		
Indicatore di risultato	Numero di operatori, per ciascun DSM coinvolto, in grado di utilizzare le metodologie di lavoro proposte	
Standard di risultato	Almeno 3 operatori per ciascun DSM coinvolto	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Individuazione del personale da coinvolgere nel progetto	n. di operatori che aderiscono	15% del personale del DSM
	n. di psicologi che aderiscono	30% del personale del DSM
	n. di operatori del comparto che aderiscono	5% del personale del DSM
Formazione del personale del DSM coinvolto. Monitoraggio attività e verifiche/supervisioni	n. di seminari di formazione del personale del DSM coinvolto	tre seminari di due giornate, uno per ciascuno dei primi tre trimestri
	n. di verifiche di apprendimento, tramite strumenti standardizzati	Una ogni tre mesi

CRONOGRAMMA

Trimestre/due anni	1	2	3	4	5	6	7	8
Individuazione del personale								
Seminari di formazione								
Verifiche								

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 2

Avvio di un Programma specialistico con una equipe di riferimento. Individuazione, assesment e presa in carico di persone all'esordio e di persone ad alto rischio di evoluzione verso la psicosi.

Indicatore di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione formale di una equipe di riferimento in ciascuno dei DSM interessati • Numero totale di assesment effettuati e di persone prese in carico, a completamento della fase sperimentale in ciascun DSM 	
Standard di risultato	Almeno due persone sottoposte all'assesment e almeno una persona presa in carico ogni 10.000 abitanti del bacino di utenza del DSM corrispondente ad 1/3 dei casi prevalenti (data una prevalenza di 0.3%)	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Attivazione dell'equipe specialistica e individuazione della sede operativa	Numero e qualifica degli operatori che completano la formazione	Almeno 4 operatori, comprendenti almeno uno psichiatra ed uno psicologo psicoterapeuta
Attivazione delle "commissioni" con gli operatori, le strutture del dipartimento, le agenzie del territorio coinvolte	Numero dei incontri con la rete di commissione di riferimento	Almeno un incontro mensile con gli operatori della rete coinvolta nel programma
Assesment dei casi segnalati, attuato utilizzando strumenti di valutazione validati e standardizzati	Numero delle valutazioni diagnostiche effettuate e numero di pazienti presi in carico	Esame di tutti i casi segnalati e presa in carico dei soggetti con i requisiti di inclusione previsti
Interventi terapeutico riabilitativi in favore dei soggetti presi in carico	Intervento multimodale rivolto alla persona interessata, alla sua famiglia, al contesto naturale di vita	Interventi plurisettemanali a carattere psicoterapeutico (in setting specifici) Eventuale farmacoterapia.
Monitoraggio e verifica delle attività	Regolari momenti di consultazione di tutti i componenti dell'equipe	Almeno un incontro mensile di verifica
Verifica dell'aderenza ai principi del Programma 2000	Numero incontri per valutare le criticità	Almeno un incontro ogni quattro mesi

CRONOGRAMMA

Trimestre/due anni	1	2	3	4	5	6	7	8
Assesment								
Presa in carico								

PIANO DI VALUTAZIONE PER L'OBIETTIVO SPECIFICO 3

Analisi, valutazione e trasferimento dei risultati a livello nazionale mediante protocolli operativi

Indicatore di risultato	Realizzazione di protocolli operativi trasferibili	
Standard di risultato	Un protocollo operativo dettagliato e completo per ciascuna azione prevista	
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo
Raccolta ed elaborazione dei risultati	Organizzazione data base	Disponibilità di non meno dell'80% dei dati
	Utilizzo di test statistici	Elaborazione di tutti i dati disponibili
Stesura di report semestrali e di protocolli operativi provvisori in itinere e protocolli definitivi alla conclusione	Testi aggiornati	Almeno un protocollo operativo generale
Eventi conclusivi	Presentazione finale dei risultati nel contesto del territorio di appartenenza, tramite momenti seminariali/congressuali. Evento congressuale sovra regionale	Almeno due presentazioni finali

CRONOGRAMMA

Trimestre/due anni	1	2	3	4	5	6	7	8
Raccolta ed elaborazione dei risultati								
Report semestrali								
Stesura di protocolli operativi provvisori								
Stesura di protocolli operativi definitivi								
Eventi conclusivi locali e un'evento sovra regionale								

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	1° anno *	2° anno	Totale
Personale	18.000	18.000	36.000
Beni e servizi	10.000	10.000	20.000
Missioni	7.500	7.500	15.000
Spese generali	1.000	3.000	4.000
Totale	36.500	38.500	75.000