

# Affrontare insieme la sfida della salute, del disagio, dei disturbi mentali: costituito un tavolo intersocietario SIMG-SIP

**Fabio Samani\*, Luigi Ferrannini\*\***

\* Medico di Medicina Generale, Trieste; Coordinatore SIMG al tavolo intersocietario SIMG-SIP;

\*\* Dipartimento di Salute Mentale, Genova; Segretario Nazionale SIP

Sulla base di un ormai consolidato rapporto di collaborazione, si è ufficialmente costituito un tavolo intersocietario permanente tra Società Italiana di Psichiatria (SIP) e Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), che si prefigge un ancor più stretto coordinamento delle attività comuni. Già da tempo molte iniziative vedono impegnate congiuntamente le due società scientifiche: ci si attende ora un ulteriore rilancio a tutto campo dei tanti temi comuni, dalla ricerca alla formazione, dall'organizzazione dei servizi alla politica della professione, in una visione condivisa che pone al centro dell'attenzione la salute intesa nella sua accezione globale.

A trent'anni dalla legge di riforma dei servizi psichiatrici è giunto il tempo di fare il punto, e di farlo insieme, sui problemi ancora sul campo: affrontare il tema della separatezza tra mondo psichiatrico e mondo delle cure primarie vuol dire oggi essere consapevoli delle dimensioni epidemiologiche e delle dinamiche sociali del disagio e del disturbo psichico, e provare a darvi una risposta per quanto possibile integrata. La valorizzazione della "medicina del territorio" è la caratteristica che unisce SIMG e SIP: consta di progettazione a lungo termine, promozione della relazione terapeutica, proposizione di temi etici, definizione di strategie di utilizzo delle risorse. Eppure la medicina del territorio è ancora sottovalutata nel nostro Paese: la valorizzazione dovrebbe iniziare nelle facoltà mediche attraverso un'enfasi sulla formazione (non solo disciplinare, ma anche metodologica) e il rinforzo del tirocinio sul territorio.

Il tavolo di lavoro, nella sua prima seduta, ha definito le priorità di intervento: affrontare il problema della gestione delle patologie somatiche – abitualmente sottovalutate nelle persone affette da disturbi mentali gravi – e definire strategie condivise per la decodifica e la gestione dei disturbi dell'umore e per il riconoscimento precoce degli esordi psicotici e delle espressioni psicopatologiche della società di oggi, incentrando l'attenzione sulle situazioni a rischio (adolescenti, nuove dipendenze, migranti ...).

Le Società si propongono una valorizzazione e un approfondimento del lavoro congiunto attraverso studi su modelli di collaborazione, quali quello della psichiatria di consultazione, e sullo sviluppo di indagini epidemiologiche collaborative che aiutino a fotografare il "continente sommerso" dei disturbi psichiatrici.

La collaborazione si articolerà in iniziative di carattere interno alle due Società, dedicate quindi in primo luogo ai professionisti che vi fanno riferimento, ma anche di carattere esterno, rivolte alla popolazione e ai rappresentanti istituzionali.

Il primo appuntamento ufficiale sarà costituito da un congresso nazionale intersocietario che si terrà nella primavera del 2009 con l'obiettivo di affrontare insieme i temi in oggetto, coinvolgendo il maggior numero di Medici di Medicina Generale (MMG) e psichiatri del nostro Paese, per aumentare la sensibilità e diffondere la consapevolezza che solo attraverso il dialogo e la sinergia si possono ottenere risultati rilevanti sul piano della salute della popolazione.

Per la SIMG il gruppo è coordinato da Fabio Samani e composto da Paolo Carbonatto, Tiziano Scarponi, Alberto Giammarini Barsanti, Pierclaudio Brasesco e Roberto Barra; per la SIP il gruppo è coordinato da Mariano Bassi e al momento composto da Luigi Ferrannini, Domenico Berardi, Eugenio Aguglia e Marcello Nardini.

## A proposito di "disturbi psichiatrici e cure primarie" ...

La costituzione del tavolo intersocietario SIMG-SIP e la stimolante lettura del recente libro curato da Asioli e Berardi, già recensito sul numero precedente di questa rivista, ci offre il pretesto per spaziare in una serie di riflessioni sul tema.

Come mai solo ora i problemi dei rapporti tra cure primarie e disturbi psichiatrici (e organizzazione dei servizi psichiatrici ...) si impongono e non sono più eludibili? Dove e perché ci sono stati errori in passato? Dove risiedono oggi i possibili rischi di un approccio così ragionevole e praticabile, come quello prospettato dal libro di Asioli e Berardi, che si cerca di riproporre anche attraverso il tavolo intersocietario?

Rifuggendo dalla tentazione di pensare che per gli psichiatri sia troppo faticoso trattare tutte le persone affette da ogni tipo di disturbo psichiatrico, e che quindi sia bene che se ne occupino anche altri, ci chiediamo tuttavia come mai il "continente inesplorato" sia rimasto per tanto tempo fuori dall'interesse della maggior parte degli specialisti e dei MMG (che in Italia si fa strada solo negli anni '90), pur essendo stato "scoperto" da oltre 30 anni.

Michele Tansella, citando nella lucida presentazione del libro l'ultima intervista a Shepherd, ci ricorda come "l'orribile fatto" consistesse nel fatto che "gli psichiatri sapevano poco dei disturbi mentali, perché non avevano visto più che una minuscola porzio-

ne di quei disturbi”; ma anche che le sue pionieristiche ricerche erano viste freddamente dagli psichiatri, “che erano terrificati dalle implicazioni del nostro lavoro”, e ignorate dai MMG, “che erano presi da Michael Balint da una parte e dall’industria farmaceutica dall’altra”.

Il problema era già stato posto in due “testi sacri” per chi si sia interessato allo sviluppo della psichiatria di comunità in Italia.

Ne *L’approccio epidemiologico in psichiatria* (a cura di M. Tansella, pubblicato da Boringhieri nel 1985) – in uno scenario ancora dominato dal rapporto tra il superamento delle istituzioni manicomiali e lo sviluppo dei servizi di comunità – fin dall’introduzione si enfatizzava il modello di J.K. Wing della *community care*, definita “*responsible, comprehensive and integrated*”. Nel capitolo di P. Williams su disturbi psichiatrici e medicina generale, partendo dal “modello teorico” di Golberg e Huxley (ma perché “teorico”, ci chiediamo ora?) veniva rappresentata un’organizzazione su tre livelli (sostituzione, invio allo specialista, collegamento strutturato), in linea con le conclusioni del Gruppo di lavoro della *World Health Organization* (WHO) su *Psichiatria e medicina di base* del 1973 (in Italia siamo solo agli inizi dello sviluppo del movimento anti-istituzionale che avrebbe portato alla riforma psichiatrica): “Il medico di base ... dovrà rivestire un ruolo-guida nell’assistenza psichiatrica ... La domanda cruciale non è tanto come il medico possa integrarsi nei servizi di salute mentale, quanto piuttosto come lo psichiatra possa collaborare nel modo più funzionale con i servizi sanitari di base, allo scopo di aumentare l’efficacia degli interventi del medico di base nella gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici” (questo ci pare ancora oggi il problema cruciale).

*Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*, curato dallo stesso Asioli insieme ad A. Ballerini e G. Berti Ceroni ed edito da Bollati Boringhieri nel 1993, affronta invece marginalmente, in alcuni contributi, il problema dei rapporti con il circuito delle cure primarie.

Questa breve parentesi solo per ricordare che l’interesse per il tema ha avuto nel nostro Paese uno strano percorso: preso in considerazione nella fase iniziale della trasformazione legislativa e operativa dell’assistenza psichiatrica (prevalentemente sull’onda dell’approccio epidemiologico piuttosto che delle scelte organizzative), dimenticato negli anni ’80 (dedicati alla costruzione dei servizi territoriali e ospedalieri, alla chiusura – con alterne vicende – degli ospedali psichiatrici e all’attivazione di strutture riabilitative residenziali, cioè alla presa in carico di pazienti affetti dai cosiddetti “disturbi mentali gravi”), assume oggi una centralità parallelamente alla crisi multifattoriale dei sistemi di psichiatria di comunità (dall’autoreferenzialità alla saturazione, all’isolamento, a nuove forme di delega) e al contemporaneo sviluppo dei sistemi di cure primarie nel nostro Paese.

Ora, se non ci è sembrato che in Italia negli anni ’70-80 i vecchi medici di famiglia fossero tutti impegnati ad analizzare le dinamiche del rapporto medico-paziente in gruppi Balint o si dedicassero a visitare e conseguentemente a prescrivere psicofarmaci a pazienti affetti da disturbi psichiatrici, crediamo che quello che accadeva in Gran Bretagna negli anni ’60 – a fronte dello sviluppo storico in quel Paese dei sistemi di cure primarie e del ruolo del *General Practitioner* – si è proposto in Italia solo nell’ultimo decennio o poco più, con il cambiamento generazionale, formativo e istituzionale della Medicina Generale e anche con la diffusione di nuovi trattamenti farmacologici (pensiamo, ad esempio, all’introduzione nel mercato degli antidepressivi non triciclici), diretta-

mente prescrivibili dal non specialista, con le conseguenti spinte anche delle aziende farmaceutiche produttrici.

Ma allora, se queste considerazioni mirano a definire l’importanza strategica del tema e, quindi, del libro di Asioli e Berardi, in cosa questo si differenzia da altre pubblicazioni precedenti, anche degli stessi autori?

Alcune questioni ci paiono importanti.

1. La distinzione dei disturbi psichiatrici in “comuni”, “impegnativi” e “che coinvolgono più agenzie sanitarie”, indubbiamente utile sul piano pratico, non va assunta come una semplificazione (riduzionista?) della complessità psicopatologica e nosografica della vasta gamma dei disturbi psichiatrici, pena il rischio della costruzione di una “psichiatria minore”, *pret-à-porter*, insomma per non specialisti! Non è il necrologio della nosografia moderna, globalizzata, neo-kraepeliniana, ma una suggestiva modalità di rendere avvicicabile una sofferenza, spesso perturbante. Crediamo quindi che questa tassonomia non neghi l’intrinseca complessità, e al contempo non la trasformi in alibi per non ascoltare, non capire, non intervenire. Oltre il paradigma di una follia definita dalla sua incomprendibilità e alterità, la Medicina Generale moderna può accostarsi alle persone affette da disturbi psichiatrici (e sono tante, quanto un “continente inesplorato”) in scienza e coscienza, senza deleghe a priori e senza risposte superficiali, sentendosi pienamente coinvolta e assumendosi la propria quota di responsabilità. Non solo disturbi d’ansia e dell’umore, ma – con obiettivi differenziati – anche disturbi maggiori (e quindi impegnativi, ma anche i primi non sono sotto questo profilo da meno) e disturbi di confine (diagnosi multiple), non solo per gli aspetti psicopatologici, ma soprattutto per le artificiose separazioni di competenze tra servizi.
2. L’attenzione al modello di intervento, in questo libro centrato sulla clinica più che sull’organizzazione della risposta, rimanda implicitamente all’assunzione della sfida dell’appropriatezza clinica, di cui l’aspetto organizzativo è condizione necessaria ma non sufficiente. Certo non va sottovalutato come nuovi modelli organizzativi delle cure primarie (case per la salute, unità territoriali di assistenza primaria [UTAP] e altro ancora) – e quindi un nuovo e più forte ruolo del MMG all’interno del servizio sanitario pubblico – apriranno nuove opportunità, ma anche delicati equilibri tra sistemi specialistici (il Dipartimento di Salute Mentale) e sistemi generalisti, sui quali si dovrà riflettere con grande attenzione, anche per evitare nuovi isolamenti e scollamenti, non senza buone ragioni delle parti in causa.
3. Questo modello di intervento – in altre occasioni denominato *collaborative care* – andrà nel tempo valutato rispetto a indicatori di Public Health: ad esempio, indicatori di *focusing*, di *coverage*, di impatto sui costi della spesa farmaceutica (sappiamo come essa sia particolarmente aumentata per alcune classi di psicofarmaci, anche per effetto della prescrivibilità da parte del MMG), di analisi di costi/utilità nella prevenzione dei ricoveri ospedalieri e della disabilità. E anche con indicatori di outcome clinico, come ad esempio un miglioramento dell’adesione al trattamento e una riduzione dei tassi di morbilità e di mortalità per patologie somatiche di vario tipo.
4. Crediamo infine necessario avviare, a partire dai contributi e dagli stimoli offerti dal libro, un’attenta riflessione sui problemi della formazione del MMG, ma più in generale di tutti i

laureati in Medicina e delle altre professioni sanitarie, in tema di riconoscimento e trattamento di disturbi psichiatrici; sull'attenzione al corpo del paziente e ai fattori di rischio connessi alla patologia psichiatrica e ai trattamenti, come luogo privilegiato di collaborazione tra MMG e specialista; a una maggiore possibilità di integrazione con altri interventi del campo "psi", dalle psicoterapie di vario tipo agli interventi psicoeducazionali e di *counselling*, attraverso precise indicazioni e utilizzo di strumenti di monitoraggio e valutazione; sul rischio di una semplificazione della complessità della sofferenza mentale e dei disturbi psichiatrici, attraverso il prevalere di un approccio sintomatico culturalmente e tecnicamente riduzionista, sostanzialmente dipendente dal mercato e soprattutto poco attento al nesso tra sofferenza e persona, sul quale si gioca gran parte dell'esito del trattamento.

Questi e altri pensieri, anche contraddittori, ci ha mosso la lettura del libro di Asioli e Berardi, che ringraziamo per la determinazione e l'impegno. E poiché consideriamo pessimistica l'affermazione di

Shepherd nella già citata intervista ("Nella professione psichiatrica ... non credo che il livello sia sufficientemente alto. Perciò o si fa qualcosa di radicale per migliorare l'intera situazione o dovremo ammettere la sconfitta ..."), riteniamo che il "migliorare l'intera situazione" passi anche attraverso un costante confronto tra le due società scientifiche. Niente di più tempestivo, niente di più appropriato di quanto si sta appunto facendo, con la costituzione di un tavolo permanente di incontro e di confronto.

### **Bibliografia di riferimento**

Asioli F, Berardi D, eds. *Disturbi psichiatrici e cure primarie. Psichiatria per medici di medicina generale e del territorio*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2007.

Asioli F, Ballerini A, Berti Ceroni G, eds. *Psichiatria di Comunità*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.

Healy D. *Michael Shepherd intervistato da David Healy (Londra, giugno 1995)*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2003;12:28-42.

Tansella M, ed. *L'approccio epidemiologico in psichiatria*. Torino: Boringhieri 1985.



 **Abbott**  
Immunology



**IL NUOVO VOLTO  
DELL'EFFICACIA**

**CLEAR WITH CONFIDENCE**