

L'importanza dell'intervento precoce, integrato, personalizzato e basato sulle evidenze per i disturbi mentali

Silvana Galderisi

Dipartimento di Psichiatria, Università della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli.

Il presente documento ha la finalità di contribuire alla discussione di alcuni dei temi affrontati nelle risoluzioni oggetto di tale audizione e che appaiono di cruciale importanza nell'attuale quadro della tutela della salute mentale in Italia. Mi riferisco in particolare all'importanza dell'intervento precoce e del trattamento integrato e personalizzato basato sulle evidenze per migliorare l'esito dei disturbi mentali, puntando all'obiettivo del *recovery*, anche nelle persone con disturbi mentali gravi.

La prevenzione primaria o universale (che comprende politiche mirate ad incidere su una serie di fattori con un forte impatto sulla salute fisica e mentale delle persone, quali un'alimentazione adeguata, l'accesso all'istruzione e al mercato del lavoro, la discriminazione in base alla razza o al genere, la povertà, la violenza, nonché una formazione alla genitorialità) esula dagli scopi di questo intervento, anche in ragione del tempo a disposizione.

Nel presente contributo l'attenzione è rivolta a temi di pertinenza della prevenzione secondaria (diagnosi precoce finalizzata all'intervento precoce) e terziaria (miglioramento degli esiti) dei disturbi mentali.

Nell'ambito della **prevenzione secondaria**, è importante diffondere la consapevolezza che l'individuazione e l'intervento precoce riducono la cronicizzazione, la mortalità, la disabilità e il carico socioeconomico legato ai disturbi mentali.

Il 75% di tutti i disturbi mentali insorge prima dei 24 anni; oltre il 20% dei giovani soffre di un disturbo mentale grave. Tali disturbi spesso si sviluppano gradualmente, con una traiettoria che comincia precocemente nel corso della vita con sintomi lievi, non specifici, che possono passare inosservati. Anche in conseguenza di ciò, spesso l'accesso alle cure avviene attraverso i servizi di urgenza nell'ambito dei pronto soccorso generali e nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale, frequentemente per stati psicotici e grave agitazione psicomotoria (causati anche dall'uso di sostanze), tentato suicidio, gravi alterazioni dell'umore, abusi e maltrattamenti, uso di alcol e droghe. In molti di questi casi il primo accesso ci pone di fronte a una condizione che già persiste da tempo, in assenza di una diagnosi, o in presenza di una diagnosi inadeguata.

Per le psicosi, oggi si dispone di numerose evidenze, derivanti da studi rigorosi. Sappiamo che generalmente le persone soffrono del disturbo per diversi mesi, spesso per anni, prima di accedere alle cure. Nei contesti abituali di cura andiamo dai 6 ai 37 mesi, in Europa la media è di un anno, in Italia siamo molto al di sopra della media, e i dati indicano una durata media di oltre 4 anni. Quanto maggiore è la durata della psicosi prima che essa venga riconosciuta in ambito clinico e adeguatamente curata tanto peggiore è l'esito del disturbo (ovvero si osserva nel tempo una maggiore gravità dei sintomi, un più basso tasso di occupazione e di scolarità, nel complesso una peggiore qualità della vita). In Italia, secondo dati del 2015, solo il 25% dei Dipartimenti di Salute Mentale ha al proprio interno un servizio specifico per l'intervento precoce; per lo più tali servizi hanno sede nelle regioni del nord e del centro e non sempre erogano prestazioni coerenti con le linee guida nazionali pubblicate nel 2008. Tutto ciò nonostante gli studi di farmaco-economia

indichino che i vantaggi sono evidenti anche dal punto di vista dei costi, che non solo non aumentano ma, in un arco di tempo relativamente breve (1-3 anni), si riducono.

Due principali elementi critici possono essere individuati in tale ambito. Il primo è rappresentato dalle modalità più appropriate per intercettare il disagio giovanile. Infatti, spesso i giovani non accedono alle cure per mancanza di informazione, ma anche per l'elevata stigmatizzazione di cui ancora oggi sono oggetto i disturbi mentali e i luoghi preposti alla loro diagnosi, cura e riabilitazione. Il Rapporto Salute Mentale in Italia del 2016 ci dice che tra le persone di entrambi i sessi che accedono per la prima volta ai trattamenti in ambito clinico risultano meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni, mentre la più alta concentrazione si ha nella classe 45-54 anni.

Al fine di intercettare il disagio giovanile, in collaborazione con le associazioni di pazienti e di familiari, e più in generale con il terzo settore, la psichiatria dovrebbe promuovere la formazione e l'informazione a livello delle scuole (a partire dalla scuola elementare), delle parrocchie, dei consultori familiari, dei circoli giovanili, e soprattutto degli ospedali generali e della medicina di base (inclusi i pediatri) sui fattori di rischio, sulle manifestazioni cliniche e le traiettorie evolutive di tali disturbi e sui possibili interventi volti a incidere in modo favorevole su di esse, per evitare che condizioni di rischio esitino in disturbi conclamati, che vanno dalla psicosi, all'abuso di sostanze, al suicidio, ai gravi disturbi d'ansia, dell'umore e dell'alimentazione.

Appare irrinunciabile e urgente l'implementazione su scala nazionale di servizi specializzati per la diagnosi e l'intervento precoce, in grado di effettuare un'accurata valutazione diagnostica e dei bisogni psicologici e sociali della persona, al fine di erogare programmi di intervento integrato e personalizzato, basati su solide evidenze di efficacia (in particolare, psicoterapie, training di abilità sociali, cognitive e emotive).

Quanto alla **prevenzione terziaria**, essa ha l'obiettivo, nei casi in cui si è già in presenza di un disturbo conclamato, di promuovere un decorso favorevole e, laddove possibile, il *recovery*. In un quadro di condivisione delle procedure e delle scelte con l'utente e i suoi familiari, questa fase richiede competenze cliniche specialistiche aggiornate e qualificate, che garantiscano: a) una diagnosi accurata sia delle patologie mentali che fisiche; b) l'implementazione di trattamenti farmacologici appropriati, che massimizzino l'efficacia e riducano al minimo gli effetti collaterali; c) l'individuazione di eventuali patologie fisiche e il conseguente avvio di programmi, in consulenza con le altre specialità mediche, volti a diagnosticarle con precisione e curarle. L'apporto di altre figure dell'equipe clinica, ovvero psicologi e tecnici della riabilitazione, deve garantire la valutazione di eventuali compromissioni a carico delle abilità cognitive, emotive e sociali, e l'implementazione di programmi di intervento psicoterapico e riabilitativo, basati sulle evidenze e ritagliati sui bisogni dell'utente.

Oggi si punta al *recovery* anche per le persone che hanno già un disturbo mentale grave, qual è ad esempio la schizofrenia, un disturbo che tuttora non solo compromette gravemente la qualità ma anche l'aspettativa di vita delle persone che ne sono affette. Le persone con diagnosi di schizofrenia vivono mediamente 15-20 anni meno della popolazione generale e in meno del 20% dei casi hanno un lavoro retribuito. In Italia, il Dipartimento di Psichiatria dell'Università della Campania Luigi Vanvitelli, ha coordinato negli ultimi anni un vasto studio al quale hanno partecipato 26 cliniche psichiatriche dislocate al nord, centro, sud e nelle isole, che hanno coinvolto nello studio circa 1000 persone affette da schizofrenia. Solo nel 12% dei casi queste persone rispondevano ai criteri oggi utilizzati per il *recovery* (ovvero non solo miglioramento dei sintomi, ma anche un soddisfacente livello di partecipazione alle attività della vita quotidiana, nonché alla vita sociale e lavorativa). In

questo studio abbiamo verificato che non solo i sintomi hanno un'influenza sulla partecipazione delle persone a questi aspetti della vita ma anche, e persino più dei sintomi, le abilità cognitive, la capacità e disponibilità della persona a collaborare con il servizio di salute mentale, la resilienza e lo stigma internalizzato. Solo nel 27% dei casi queste persone accedevano a trattamenti aggiuntivi alla cura farmacologica che, per quanto di grande aiuto quando correttamente impostata e assunta dalla persona, raramente da sola, senza l'integrazione con programmi di trattamento psicosociale basati sull'evidenza, può conseguire obiettivi ambiziosi qual è il *recovery*.

Oggi esistono programmi di intervento psicosociale basati sull'evidenza per migliorare gli aspetti sopra menzionati: gli interventi di rimedio cognitivo e di apprendimento di abilità sociali, la psicoterapia cognitivo-comportamentale, la psicoeducazione e i programmi di reinserimento lavorativo sono i principali elementi su cui basare la messa a punto di un trattamento integrato e personalizzato. Alcuni studi, soprattutto quelli condotti in persone nelle fasi precoci dei gravi disturbi psicotici, hanno dimostrato che l'associazione di tali programmi con i trattamenti farmacologici si traduce in un minor rischio di sospensione dei trattamenti stessi, una minore frequenza di ricadute, una maggiore consapevolezza del disturbo, un miglioramento delle relazioni interpersonali e delle attività della vita quotidiana, una maggiore probabilità di ottenere un lavoro o frequentare gli studi e, più in generale, un miglioramento della qualità della vita, rispetto al trattamento basato esclusivamente sui farmaci.

In **conclusione**, per migliorare la cura delle persone con disturbi mentali è indispensabile intervenire precocemente e con programmi di intervento integrati, personalizzati e basati sull'evidenza. Ciò richiede adeguate e ripetute campagne di sensibilizzazione e di informazione, nonché un ripensamento dell'organizzazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione. In tale cornice, le risorse umane e finanziarie, sicuramente carenti, devono prevedere un incremento delle figure mediche (psichiatri, neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza) e infermieristiche (auspicabilmente in futuro con una specializzazione in ambito psichiatrico), di psicoterapeuti (medici e psicologi) in grado di erogare psicoterapie basate sull'evidenza, di tecnici della riabilitazione psichiatrica in grado di erogare interventi psicosociali basati sulle evidenze e assistenti sociali, che forniscano un adeguato e proficuo raccordo con gli altri settori del sociale. Solo con tale potenziamento, potremo pensare di avere su scala nazionale percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che in tutte le loro articolazioni mediche, psicologiche e sociali puntino a un obiettivo ambizioso qual è il *recovery*.