

1.3 PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI IN ETÀ GIOVANILE: una sfida per la psichiatria di comunità

Mauro Percudani

Introduzione

Negli ultimi anni, una notevole quantità di ricerche ha evidenziato tassi di prevalenza dei disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti molto significativi, e in tendenziale incremento. Anche se i dati disponibili mostrano alcune differenze che dipendono dall'area geografica di riferimento, dalla fascia di età presa in esame e dagli strumenti utilizzati nelle indagini, i risultati mostrano che una percentuale intorno al 10% dei soggetti tra 0 e 18 anni soffre di un disturbo psichico che causa un deficit funzionale (Costello et al., 2005).

La maggior parte delle ricerche che permette di stimare i tassi di prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione giovanile proviene dal Nord America e da alcuni Paesi Europei (Costello et al., 2003; Bilenberg et al., 2005). I dati relativi alla situazione in Italia sono estremamente limitati. Uno studio recente (Frigerio et al., 2009), ha indagato, in diverse città italiane, una popolazione di oltre 3.000 soggetti di età compresa tra 6 e 18 anni riguardo alla presenza di disturbi psichici (diagnosticati secondo i criteri del DSM IV) e di possibili correlati comportamentali. I risultati hanno evidenziato una prevalenza di disturbi psichici del 8,2% e di problematiche comportamentali del 9,8%.

L'importanza di un riconoscimento precoce dei disturbi psichici in età giovanile è ampiamente documentato dalla letteratura scientifica, principalmente per l'efficacia dei trattamenti quanto più rapidamente instaurati e per la migliore prognosi dei disturbi psichici quanto più precocemente riconosciuti (Cocchi et al., 2011). Una recente ricerca stima che i disturbi psichici rientrano tra le prime cause di disabilità nella popolazione generale in termini di "anni vissuti con disabilità" e sollecita i sistemi sanitari ad investire risorse per migliorare la salute pubblica in tale area di patologia (Whiteford et al., 2013).

Nonostante gli sforzi compiuti negli ultimi anni nei Dipartimenti di Salute Mentale riguardo all'avvio di progettualità specifiche dedicate agli interventi precoci nei disturbi psichici, i dati italiani mostrano che la prevalenza trattata di soggetti di età giovanile è ancora inferiore alle attese e che il sottogruppo di utenti giovani è anco-

ra una percentuale limitata del totale degli utenti seguiti dai servizi psichiatrici (Lora et al., 2011; Percudani et al., 2012).

In Lombardia, l'accesso complessivo ai servizi di neuropsichiatria infantile e di psichiatria nella fascia d'età adolescenziale, emerge il dato di una prevalenza che scende al di sotto del 4% a partire dai 14 anni, a fronte di una stima di prevalenza di disturbi psicopatologici di oltre l'8% nella popolazione generale in pre-adolescenza. Questo dato si aggiunge al riscontro che sono sempre più frequenti le situazioni critiche di adolescenti che arrivano al Pronto Soccorso senza essere note ai servizi, né di neuropsichiatria infantile né di psichiatria (Clavenna et al., 2012).

Le criticità attuali nella prevenzione e trattamento dei disturbi psichici in età giovanile

In un recente documento prodotto da un Gruppo di Approfondimento Tecnico istituito dalla DG Sanità di Regione Lombardia, sono state evidenziate alcune rilevanti criticità che si riferiscono all'attuale organizzazione dei servizi dedicati alla diagnosi e al trattamento dei disturbi psichici in età giovanile:

esiste un importante aspetto critico che riguarda la scarsa capacità di "attrazione" dei servizi di neuropsichiatria infantile e di psichiatria nei confronti di adolescenti con problematiche psicopatologiche, col rischio che non presi in carico adeguatamente evolvano in quadri clinici acuti di particolare gravità

esiste una "zona grigia" che comprende un numero consistente di pazienti psichiatrici in età adolescenziale che non sono seguiti nei servizi di NPI e/o di Psichiatria (pazienti che sono in trattamento con farmaci e che non risultano in carico ad alcun servizio psichiatrico) (Clavenna et al. 2012)

in questo ambito, oltre alle UONPIA e alle Unità Operative di Psichiatria, un numero significativo di utenti fa riferimento ad altri servizi, sia specialistici (UO di Psicologia Clinica delle AO o SERT delle ASL) che servizi territoriali pubblici (Consultori familiari) e privati.

le risposte attualmente fornite da questi servizi risultano molto disomogenee e vi sono evidenti criticità: sovrapposizioni, aree scoperte, risposte



Open Access.

Additional material is published online. To view, please visit the journal online @:
<http://www.journal-m&p.com>

Mauro Percudani

Psichiatra, Dipartimento Salute Mentale G.O.M. Niguarda, Milano

Correspondence to:

mauro.percudani@ospedale-niguarda.it

To cite:

M. Percudani - Prevenzione e trattamento dei disturbi psichici in età giovanile: una sfida per la psichiatria di comunità
JMP 2018;1:16-19

parziali, discontinue, ecc.

A tali criticità relative alla prevenzione, diagnosi e trattamento appropriato dei disturbi psichici in età giovanile, si aggiungono le carenze dell'attuale organizzazione dei servizi ospedalieri e per l'emergenza - urgenza. Prima fra tutte, la scarsità di posti letto in reparti di NPIA e di posti letto dedicati specificamente al trattamento delle situazioni psicopatologiche acute di minori. Evidenti appaiono le difficoltà nella rilevazione e presa in carico delle situazioni di urgenza che compaiono in adolescenza e che necessitano di trattamenti in regime di ricovero. La valutazione dei ricoveri ospedalieri psichiatrici in adolescenza è piuttosto imprecisa, spesso sottostimata e non ben conosciuta nella sua specificità, data la frequente comorbidità con episodi di abuso di sostanze che slatentizzano problematiche psicopatologiche ed emergenze comportamentali. Nella situazione attuale diviene sempre più frequente l'utilizzo di reparti di psichiatria in modo non appropriato.

Infine, deve essere sottolineata l'importanza di sviluppare competenze specifiche riguardo agli interventi appropriati da mettere in campo in questa specifica area di psicopatologia e la necessità di avviare azioni formative dedicate.

In Lombardia, questi elementi di criticità legati all'organizzazione attuale delle strutture per la salute mentale sono ben rappresentati e hanno trovato un'iniziale risposta nei numerosi progetti regionali innovativi avviati negli anni scorsi e riconfermati anche per il 2013 sia in area psichiatria che di NPIA (programmi innovativi per la salute mentale e progetti NPIA) (Percudani e Cerati, 2013). Pur nella carenza e talora anche dispersione di risorse dedicate all'adolescenza, questi progetti hanno rappresentato, nella maggior parte della realtà, un'occasione di collaborazione tra psichiatria e NPIA. L'effetto positivo che i programmi innovativi per la salute mentale hanno determinato sul sistema regionale dei servizi per la salute mentale è stato recentemente documentato da una serie di dati che hanno confrontato le attività territoriali di psichiatria tra il 2005 e il 2010. Nel corso del quinquennio è stato registrato un progressivo incremento dei pazienti in contatto con le strutture territoriali di psichiatria, particolarmente per quanto riguarda la fascia di età giovanile compresa tra i 18 e i 24 anni.

Un progetto in corso: Interventi integrati per favorire il riconoscimento e il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni) in gruppi di popolazione a rischio

Il progetto presentato di seguito, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del programma CCM 2013, si colloca nella consolidata area di diagnosi e intervento precoce (prevenzione secondaria e terziaria) delle psicosi.

Il modello proposto dal progetto implica un approccio preventivo duplice: 1. nei servizi di salute mentale, avviando interventi modulati opportunamente; 2. fuori dai servizi di salute mentale, responsabilizzando e sensibilizzando all'identificazione di comportamenti e segni che richiedono attenzione e a modalità di risposta che non siano stigmatizzanti ed espulsive, sia per far sì che i soggetti a rischio di disturbi gravi arrivino precocemente ai servizi, sia affinché i contesti in cui si svolge la vita delle persone a rischio diano le risposte migliori.

Negli ultimi anni si sono accumulate evidenze della presenza di una fascia di rischio in cui comportamenti e sinto-

mi si manifestano in assenza di un episodio acuto per cui è verosimilmente utile un monitoraggio attento. L'identificazione ancora più precoce dei soggetti a rischio può contribuire a ridurre il rischio di deriva sociale e, in termini clinici, ridurre il periodo di malattia non trattata.

La Community Coalition

Se i servizi ritengono che la prevenzione delle psicosi o della disabilità connessa alle psicosi rappresenti un obiettivo, non solo di loro pertinenza ma anche perseguibile, vanno previste modalità di collaborazione con agenzie e soggetti a loro esterni e la loro attivazione autonoma su questi problemi. L'intercettazione dei casi a rischio deve prevedere modalità di identificazione ancora più sensibili di quelle attuate per gli esordi, perché in buona parte questi si collocano al di fuori dei servizi di salute mentale, e spesso anche dei servizi sociali in via di sviluppo.

La mobilitazione della comunità a scopo di prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute è stata declinata in diversi modelli di intervento sociale ed educativo. Tra questi, il modello della *Community Coalition* (Butterfoss et al, 1993; Linowski e DiFulvio, 2012) è stato utilizzato per sostenere, ad esempio, la prevenzione dell'abuso di alcool a livello di comunità. Le coalizioni sono alleanze di lavoro tra molteplici soggetti, singole persone e organizzazioni di varia natura, collaborative e sinergiche, che condividono un obiettivo e dotate di una struttura definita in cui organizzazioni di natura diversa e con interessi diversi si coalizzano su un obiettivo comune esterno e di solito diverso dall'obiettivo specifico di ciascuna organizzazione.

Il modello della *Community Coalition* può venire adottato per migliorare la risposta comunitaria a persone che manifestano comportamenti e segni di disagio e rischio significativo di disturbi mentali gravi. La risposta migliora se si abbassa lo stigma che grava sui comportamenti anomali e sui disturbi mentali, si incrementa la capacità di inclusione delle persone che presentano queste caratteristiche e si rendono noti, accessibili e accettabili i servizi di salute mentale in grado di accogliere e valutare in modo rapido e poco medicalizzato.

La *Community Coalition* è un modello di mobilitazione comunitaria strutturato. Nella sua applicazione in questo contesto, i servizi di salute mentale avranno il compito di definire il problema, ma gli obiettivi, i mezzi e le modalità di lavoro per l'obiettivo comune vanno definiti dalla coalizione.

Gli ambiti specifici di lavoro saranno definiti anche dalla identificazione di due gruppi target in cui l'incidenza di esordi psicotici e di disagio sono più elevati: i figli di persone con disturbi mentali e gli immigrati, in particolare quelli di seconda generazione.

Il progetto prevede di coinvolgere sostanzialmente le organizzazioni e le persone attive in tre macroambiti: educativo, sanitario, sociale. In particolare:

- scuole di tutti i gradi, pubbliche e private;
- studi di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- organizzazioni sportive, palestre;
- le organizzazioni di tutte le religioni: parrocchie, moschee, sinagoghe, chiese minori (ad esempio, chiese avventiste, testimoni di Geova);
- organizzazioni laiche dei diversi gruppi etnici; scout e circoli culturali giovanili.

Sulla base della prima identificazione delle organizzazioni verrà costituito l'organismo, denominato *Board*, che costruirà e condurrà le attività relative al progetto. Le organizzazioni e le figure di riferimento verranno scelte per far parte del *Board* sulla base di una verifica dell'interesse e della adeguatezza strutturale e motivazionale di ciascuna organizzazione. La verifica avverrà attraverso un colloquio con un responsabile e una persona identificata dal responsabile come figura di collegamento o in quanto direttamente investita della conduzione delle attività. Il *Board* sarà preferibilmente costituito da figure non istituzionali e avrà autonomia dai soggetti istituzionali proponenti.

Al *Board* verrà presentato in modo approfondito l'obiettivo generale, i sotto-obiettivi e le modalità di lavoro. I componenti del *Board* dovranno essere consapevoli delle finalità della *Community Coalition*, avere capacità di aggregazione, di lavoro autonomo e organizzative. Esse dovranno attivare altri soggetti rilevanti, in modo da allargare e potenziare l'azione della *Community Coalition*. Verrà quindi individuato un coordinatore che assumerà la responsabilità di promuovere le attività del *Board* e di intrattenere rapporti costanti con l'Equipe Giovani locale e con il centro coordinatore del progetto.

L'equipe integrata Psichiatria e NPIA: L'esperienza del DSM dell'A.O. "G. Salvini" di Garbagnate Milanese

Nell'ambito del progetto CCM 2013 viene identificato lo strumento dell'equipe integrata psichiatria- NPIA come modello di riferimento per lo sviluppo di interventi specifici dedicati al riconoscimento precoce e al trattamento dei disturbi psichici in età giovanile.

Come riferimento organizzativo, il progetto propone l'esperienza maturata nel DSM di Garbagnate Milanese con i progetti di psichiatria "Intervento Precoce nelle Psicosi" e di Neuropsichiatria Infantile su "Emergenza -urgenza nei disturbi psicopatologici in adolescenza".

La finalità è quella di istituire un servizio per l'area giovanile (età 16 - 24 anni), poco connotato dal punto di vista psichiatrico e quindi poco stigmatizzante, che abbia funzione di "filtro", e cioè che permetta l'individuazione precoce delle patologie psichiche gravi all'esordio e di conseguenza faciliti l'accesso ai servizi competenti per la cura e la presa in carico. Di seguito vengono descritti gli aspetti organizzativi specifici sulla base dei quali il progetto è stato avviato:

Sede: il servizio si svolge presso i locali della sede ambulatoriale distaccata del CPS di Bollate - UOP 62, a Paderno Dugnano, Palazzo Sanità. Il servizio è aperto nei giorni di lunedì, martedì, e giovedì con i seguenti orari: lunedì 13,30 - 17,00, martedì 9,00 - 13,00, giovedì 13,30 - 17,00

Destinatari: Il servizio è, ordinariamente, rivolto ad adolescenti e giovani di età compresa fra i 16 e i 24 anni, residenti nel territorio del Distretto 1 della ASL Provincia di Milano 1 (residenti totali: n° 211.904: 0-17 aa: n° 36.589; >18aa: n°175.315), che presentano problemi collegati a sofferenza psicopatologica, con particolare attenzione alle aree: disturbi psicotici, disturbi d'ansia (attacchi di panico, ansia generalizzata, fobie sociali, disturbi ossessivo-compulsivi), disturbi dell'adattamento, disturbi affettivi (disturbo bipolare, depressione maggiore, depressioni lievi e moderate, depressioni ansiose, depressioni reattive), disturbi di personalità

Criteri di inclusione: Soggetti con età compresa tra 16 e

24 anni; presenza di disturbi psicopatologici nell'ambito delle diagnosi sopra citate; esordio dei sintomi da meno di un anno

Criteri di esclusione: Urgenze, ritardo mentale medio e grave, disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi da uso di sostanze (ICD10 F1) come diagnosi principale, esordio dei disturbi antecedente di un anno dal contatto, soggetti già in carico presso le UOP e le UONPIA

Personale: Il servizio nasce dalla collaborazione tra le U.O. di Psichiatria 62 di Bollate, U.O. di Psichiatria 41 di Garbagnate e UONPIA (Poli Territoriali di Paderno Dugnano e Garbagnate Milanese) che danno vita ad una équipe funzionale multi-professionale. L'équipe funzionale si caratterizza per il fatto che gli operatori che la compongono mantengono l'afferenza dalle Unità Operative di provenienza e operano, secondo tempi e modalità definite e concordate, in una équipe integrata che si costituisce come soggetto stabile che promuove attività clinica, di formazione, di supervisione, ecc. L'équipe multidisciplinare è composta da medici (psichiatri e neuropsichiatri infantili), psicologi, infermieri, educatori e assistenti sociali.

Attività: il servizio effettua interventi di inquadramento diagnostico multidimensionale e progettazione del percorso di cura con valutazione parallela di pazienti e genitori da parte di operatori differenti al fine di permettere sia ai ragazzi sia ai genitori una maggiore libertà di espressione e una attenzione specifica ai bisogni e alla tutela della privacy. La fase della valutazione si conclude entro tre mesi dal primo contatto. Al termine della valutazione il paziente può essere:

i) dimesso nel caso non vi siano bisogni specifici di trattamento;

ii) preso in cura dal servizio (assunzione in cura) per un trattamento della durata massima di 1 anno, nel caso della presenza di bisogni che richiedono un trattamento specifico;

iii) inviato direttamente ai servizi competenti (CPS, Poli territoriali UONPIA, SERT, Ambulatorio per il trattamento dei DCA, ecc) nei casi con bisogni complessi. In tali casi, la fase di passaggio è curata con attenzione al fine di contenere al massimo i drop out.

Considerazioni conclusive

Il modello di servizio di salute mentale per i giovani e gli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale è caratterizzato dal superamento della separazione delle competenze tra neuropsichiatria infantile e psichiatria che caratterizza la fascia d'età dai 15 ai 24 anni (McGorry 2007). Il modello di prevenzione che si sta affermando mira ad individuare ancora più precocemente i giovani che potrebbero sviluppare un disturbo psichico grave. Tale modello si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti "stati mentali a rischio" e di strumenti organizzativi per raggiungere, individuare ed accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa (Fusar-Poli et al. 2012; Phillips et al. 2002). La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione è l'elemento caratterizzante di ogni modello di intervento in questo ambito. La questione dell'accessibilità e dell'attrattività di tali servizi appare quindi centrale quanto quella dell'integrazione. La prevenzione deve rivolgersi a gruppi che la ricerca epidemiologica ha mostrato con chiarezza avere un'incidenza più elevata, e fra questi vi

sono le persone che hanno fatto esperienza di migrazione e i figli di persone con disturbi mentali (Cantor-Graae E. et al. 2005).

In tale direzione vanno le indicazioni più recenti che giungono dai documenti di programmazione regionale e nazionale, nell'ambito della salute mentale. A livello regionale, i documenti relativi alla programmazione delle attività per la salute mentale nell'ambito del Sistema Socio-sanitario lombardo (2012-2014), identificano come prioritario il tema della "integrazione tra Psichiatria e NPIA" non solo riguardo agli interventi ospedalieri in acuzie, ma soprattutto a livello territoriale per il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici gravi nella fascia 16-18 anni, e definiscono la necessità di un confronto tra le due discipline capace di realizzare una sintesi operativa e organizzativa che veda il coinvolgimento sistematico dei Dipartimenti di Salute Mentale.

A livello nazionale, il recente Piano di Azione per la Salute Mentale, approvato dalla Conferenza delle Regioni nel 2012, identifica tra i bisogni prioritari sia l'area "esordi - intervento precoce", sia l'area dei "disturbi dell'infanzia e adolescenza, raccomandando ai DSM di elaborare progetti sperimentali con la NPIA per favorire il contatto con adolescenti e giovani (fascia 15 - 21 anni) a rischio di disturbi psichici gravi.

Il progetto presentato in questo articolo si muove dunque nella direzione indicata non solo dalla letteratura scientifica ma anche dai più recenti atti programmatori regionali e nazionali per la tutela della salute mentale.

Bibliografia

- Bilenberg N., Petersen D.J., Hoerder K., et al., *The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9- year-old children in Danish mainstream schools*. Acta Psychiatr Scand, 2005, 111:59-67
- Butterfoss F.D., Goodman R.M., Wandersman A., *Community coalitions for prevention and health promotion*, Health Education Research, 1993; 8:315-330.
- Cantor-Graae E., Selten J.P., *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*, Am J Psychiatry 2005, 162:12-24.
- Clavenna A., Cartabia M., Sequi M. et al., *Burden of psychiatric disorders in the pediatric population*. European Neuropsychopharmacology, 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.04.008>
- Cocchi A., Meneghelli A., Monzani E., Preti A., *Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosis*, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, 2011; n.2
- Costello E.J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A., *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*, Arch Gen Psychiatry, 2003, 60:837-844
- Costello E.J., Egger H., Angold A., *10-year research update review: the Oepidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2005, 44:972-986
- Frigerio A., Rucci P., Goodman R. et al., *Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PRISMA study*, Eur Child Adolesc Psychiatry, 2009, DOI 10.1007/s00787-008-0720-x
- Fusar-Poli P., Hobson R., Raduelli M., Balottin U., *Reliability and validity of the Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State, Italian version (CAARMS-I)*, Curr Pharm Des., 2012,18(4):386-91.
- Linowski S.A., DiFulvio G.T., *Mobilizing for change: a case study of a Campus and Community Coalition to reduce high risk drinking*, J Community

Health 2012, 37:685-693.

Lora A., Barbato A., Cerati G., Erlicher A., Percudani M., *The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 2011 Feb 4.

McGorry P.D., *The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system*, Med J Aust, 2007 Oct 1,187(7 Suppl):S53-6.

Percudani M., Cerati G., Angelozzi A., Gruppo di lavoro SIP, *I modelli regionali nelle politiche di salute mentale*, Sistema Salute, 2012, volume 56, n. 2, 192-204.

Percudani M., Cerati G., *L'innovazione e il miglioramento della qualità dei trattamenti nei servizi di salute mentale*. In: Vita A (ed): *La riabilitazione cognitiva delle psicosi: principi, metodi e valutazione di efficacia*, Springer, Milano, 2013

Phillips L.J., Leicester S.B., O'Dwyer L.E., Francey S.M., Koutsogiannis J., Abdel-Baki A., Kelly D., Jones S., Vay C., Yung A.R., McGorry P.D., *The PACE Clinic: identification and management of young people at "ultra" high risk of psychosis*, J Psychiatr Pract. 2002 Sep;8(5):255-69.

Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J. et al., *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders; findings from the Global Burden of Disease Study 2010*, The Lancet, 2013, Vol 382, Issue 9904, 1575-1586.