

# **L'intervento precoce nelle malattie mentali gravi: un futuro ineludibile**

**Nota per uno sviluppo dei Servizi di Salute Mentale  
orientato alla prevenzione e centrato sui giovani**



Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi



Sezione speciale Società Italiana di Psichiatria

Moving backward in time with psychotic disorders toward prevention is the guiding idea and direction of the IEPA. It promises to transform our work from that of alienists caring for the chronically ill to that of clinicians treating risk and protecting health. It is a new and sometimes uncomfortable reorientation of our perspective, but it is the future.

T. Mac Glashan, documento IEPA, 2006.

## L'intervento precoce nelle malattie mentali gravi: un futuro ineludibile

### A. Premesse

La legislazione del 1978 (Leggi 180 e 833) aveva, soprattutto, l'obiettivo di superare l'istituzione manicomiale dando indicazioni generali riguardo l'organizzazione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni e affidando la loro realizzazione ai progetti obiettivo e all'iniziativa di operatori e amministratori (Amaddeo et al., 2012; Ferrannini et al., 2014). Nei decenni successivi, il bagaglio di conoscenze scientifiche sulla malattia mentale grave e le sue possibilità di cura si è molto sviluppato ed arricchito, senza tuttavia diventare un patrimonio comune e condiviso e senza essere utilizzato e indirizzato in percorsi coerenti con le finalità del SSN, come dimostra il parziale scollamento tra insegnamento accademico e SSN (Furlan et al., 2013). Inoltre, la realtà sociale e la consapevolezza delle persone si sono modificate profondamente. La malattia mentale ha perso le connotazioni di "tabù", minaccia o definitiva condanna e i persistenti atteggiamenti stigmatizzanti sono andati, via via, sgretolandosi (Angermeyer et al., 2014).

Tuttavia il complesso dei Servizi non ha ricevuto la manutenzione necessaria, sia operativa che di politiche sanitarie, rimanendo almeno in parte ancorato a posizioni tendenzialmente conservatrici, paventando qualunque cambiamento come minaccia di un ritorno, risibile e concretamente impossibile, all'epoca manicomiale.

### B. Necessità di cambiare in forza dei dati scientifici: l'orientamento preventivo e l'intervento precoce

Le conoscenze scientifiche negli ultimi due decenni hanno fatto "passi da gigante". Il passo più significativo riguarda la consolidata certezza, sostenuta da solidi studi epidemiologici, che quasi tutti i disturbi, soprattutto quelli cosiddetti gravi, insorgono, spesso in modo sfumato ma progressivo, in giovane e giovanissima età (indicativamente 14 – 24 anni), ma vengono riconosciuti come tali e affrontati in fasi avanzate, con sintomi ormai stabilizzati e con danni spesso irreversibili (Kessler et al., 2007; de Girolamo et al., 2012). Quando giungono al trattamento, i giovani pazienti hanno interrotto il percorso di formazione scolastica e professionale, patiscono non di rado una compromissione della personale rete sociale con riduzione e deterioramento delle amicizie e frequente isolamento sentimentale, hanno in taluni casi iniziato percorsi di socializzazione deviante, andando incontro a violazioni delle norme di legge, hanno iniziato il consumo di sostanze psicoattive, sia legali che illegali, e manifestano le conseguenze negative dell'abuso di sostanze. Soltanto nelle fasi iniziali, quando la malattia è ancora plastica e il processo di disabilità e di deterioramento appena avviato, è possibile contrastare e spesso prevenire le conseguenze della sua insorgenza, mediante l'individuazione e l'intervento precoce, preservando e migliorando il funzionamento psicologico e sociale dei giovani e il loro progetto di vita (Yung et al., 2007; McGorry et al., 2009; 2011).

Ne consegue che il futuro della salute mentale deve essere affidato in larga misura ad un **orientamento preventivo**, individuabile nel quadro dottrinale e clinico-operativo definito dall'espressione "**early intervention**", come utilizzata dalla comunità scientifica (Birchwood, 2014; Cocchi et al., 2014). Tale orientamento, che al momento può solo riferirsi a forme di prevenzione specifica o selettiva, a ponte tra prevenzione primaria e secondaria, consiste nel cogliere

tempestivamente e precocemente le prime manifestazioni e i primi fattori e segnali di rischio o di malattia, modulando risposte efficaci e tecnicamente corrette, ora disponibili. Le azioni principali consistono nell'orientare gli operatori e riorganizzare i Servizi verso percorsi di individuazione e intervento precoce, **in sedi specifiche per i giovani e secondo criteri di intervento fortemente ancorati alle conoscenze scientifiche**. In questa direzione si sono mosse da anni le legislazioni di interi Paesi (Regno Unito, Singapore), di province (Canada) o di Stati (Australia), nonché innumerevoli esperienze e ricerche nella gran parte dei Paesi Europei (Paesi scandinavi, Germania, Olanda, Svizzera, Spagna, ecc) condotte, con il supporto di specifiche politiche sanitarie, da singole università o da equivalenti amministrativi dei nostri DSM (Reading & Birchwood, 2005; Farooq et al., 2009; Stafford et al., 2013). L'obiettivo è garantire, contrastando o attenuando i percorsi verso la cronicizzazione, notevoli **"risparmi"** in termini di sofferenza dei malati e delle loro famiglie e, più in generale, del corpo sociale e risparmi concreti in termini economici (**riduzione dei costi**) in relazione alla attenuazione dei bisogni di assistenza a lungo termine (Valmaggia et al., 2009; Cocchi et al., 2011, Mihalopoulos et al., 2012)

Questi obiettivi sono perseguibili concretamente con un intervento mirato di sistema. In proposito, esistono già in Italia linee guida apposite (SNLG 2007, De Masi et al., 2008), ricerche CCM ( vedi Relazione rassegnata al CCM in data 31.1.2010 relativa alla ricerca/intervento 2007-2009 e la relativa pubblicazione: Cocchi et al., 2014), ricerche ex articolo 12, isolati atti amministrativi regionali, la realizzazione di Programma 2000-Milano (Meneghelli et al.,2010) apripista sul tema, e infine le realizzazioni di alcuni altri Dipartimenti di Salute Mentale e Università (Cocchi et al., 2008; Ghio et al., 2012).

**C. Realizzare appieno questi obiettivi implica una ampia e radicale riprogettazione organizzativa dei servizi, ridefinendo compiti e organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale in termini di "funzioni" e non, come di fatto nell'attualità, in termini di "strutture"**

I servizi per la Salute Mentale vanno ripensati nelle loro competenze e articolazioni all'interno della cornice costituita dal Dipartimento di Salute Mentale (bacino di utenza definito, continuità terapeutica, responsabilità verso l'utenza).

Va ridefinita la struttura e l'articolazione attuale dei servizi, pensata in passato per **"strutture"** (CSM, SPDC, Comunità, Centri Diurni, Residenze, ecc) con una articolazione per **"funzioni" (Prevenzione, Acuzie, Riabilitazione a medio e lungo termine, Aspetti forensi, Formazione e Ricerca)**. Tale processo avrebbe anche l'obiettivo di rimotivare gli operatori su obiettivi concreti, innovativi, rispondenti alle esigenze dell'utenza. Le limitazioni e gli ostacoli per la riorganizzazione dei servizi di salute mentale sono numerosi ma superabili con una adeguata gradualità: essi riguardano, ad esempio, l'inerzia al cambiamento sia degli operatori che dell'impianto burocratico, la cultura generale e i pregiudizi nel campo della malattia mentale, alcuni interessi radicati e, infine, il contenuto stesso della formazione che gli operatori ricevono.

In questa cornice, a lungo termine e di ampio respiro, fin da subito è possibile procedere individuando aree cliniche specifiche, a bassa soglia di accesso, **rivolte ai giovani** con il concorso di competenze tecniche provenienti dalla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e dalla Psichiatria degli Adulti (Paul et al., 2014) nonché con la collaborazione di aree istituzionali (ad esempio la Scuola e i MMG) e di volontariato esistenti sul territorio.

Una prima implementazione di questo programma - ambizioso come è necessario in un'epoca di risorse sempre più limitate ma di richiesta crescente di interventi - può sfruttare il programma di aggiornamento continuo nelle professioni sanitarie. La necessaria motivazione degli operatori, e la diffusione del modello, può essere affrontata in prima istanza attraverso un programma di formazione orientato alla conoscenza dei protocolli ed alle operatività necessarie alla loro implementazione. Gli attuali protocolli di intervento precoce si basano su alcuni principi cardine, facilmente manualizzabili (e manualizzati in altri Paesi), ognuno però indispensabile alla riuscita dell'intervento.

Poiché l'efficacia degli interventi è funzione dell'aderenza al modello, un programma parallelo – finanziabile con risorse CCM, AIFA o assimilabili – potrebbe verificare l'aderenza al modello in quei servizi nei quali un programma di intervento precoce è già attivo.

Esistono al proposito esperienze già maturate in Italia, sia di formazione che di valutazione degli interventi, che potrebbero essere considerate come pilota per una implementazione a livello nazionale.

**L'AIPP si propone di divulgare il presente documento sia nell'ambito della comunità clinico-scientifica italiana che negli ambiti istituzionali riguardanti le politiche sanitarie chiedendo in particolare:**

1. l'avvio di un programma di ristrutturazione parziale dei servizi con la creazione di **“ambiti di lavoro” rivolti ai giovani**, cogestiti dalla Psichiatria degli adulti e dalla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, in un'ottica preventiva fondata sulle conoscenze scientifiche;
2. un programma di **formazione/informazione** rivolto agli operatori dei DSM, avviato con gradualità, partendo da organizzazioni centrali (ad es. l'ISS), successivamente sperimentato in Regioni pilota e quindi diffuso in tutte le Regioni;
3. l'adozione di un agile protocollo per valutare l'aderenza al modello delle iniziative avviate o in programmazione, onde evitare dispersione di risorse;
4. la presenza della Società Scientifica (AIPP) nelle sedi centrali di confronto e discussione. Non va dimenticato che il prestigio di alcuni suoi membri e il significativo lavoro svolto nell'ultimo decennio ha fatto sì che l'Italia sia stata individuata come sede, nel 2016, del 10° Congresso Mondiale IEPA (International Early Psychosis Association).

Agosto 2014

**Angelo Cocchi, Presidente AIPP**

per il Consiglio Direttivo



#### **Riferimenti bibliografici**

Amaddeo F, Barbui C, Tansella M.(2012). State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data. Int Rev Psychiatry, 24(4):314-20.

- Angermeyer MC, Matschinger H, Carta MG, Schomerus G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *Eur Psychiatry*, 29(6):390-5.
- Birchwood M. (2014). Early intervention in psychosis services: the next generation. *Early Interv Psychiatry*, 8(1):1-2.
- Cocchi A, Balbi A, Corlito G, Ditta G, Di Munzio W, Nicotera M, Meneghelli A, Pisano A, Preti A. (2014). Early intervention in psychosis: a feasibility study financed by the Italian Center on Control of Maladies. *Early Interv Psychiatry*. 2014 Mar 28. doi: 10.1111/eip.12135.
- 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 Interv Psychiatry*, 5(3):203-11.
- Cocchi A, Meneghelli A, Preti A. (2008). Programma 2000: celebrating 10 years of activity of an Italian pilot programme on early intervention in psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 42(12):1003-12.
- de Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012 Mar;21(1):47-57.
- De Masi S, Sampaolo L, Mele A, Morciano C, Cappello S, Meneghelli A, De Girolamo G. (2008). The Italian guidelines for early intervention in schizophrenia: development and conclusions. *Early Interv Psychiatry*, 2(4):291-302.
- Farooq S, Large M, Nielssen O. (2009). Early intervention in psychosis in developing countries: evidence and action. *World Psychiatry*, 8(2):123.
- Ferrannini L, Ghio L, Gibertoni D, Lora A, Tibaldi G, Neri G, Piazza A; Italian Mental Health Data Group. (2014). Thirty-five years of community psychiatry in Italy. *J Nerv Ment Dis*, 202(6):432-9.
- Furlan PM, Oliva F, Picci RL. (2013). University psychiatry in Italy. Organisation and integration of university clinics and the National Health Service. *Ann Ist Super Sanita*, 49(3):292-9.
- Ghio L, Natta W, Peruzzo L, Gotelli S, Tibaldi G, Ferrannini L. (2012). Process of implementation and development of early psychosis clinical services in Italy: a survey. *Early Interv Psychiatry*, 6(3):341-6.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4):359-64.
- McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, Bechdolf A, Francey SM, Berger G, Riecher-Rössler A, Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Nordentoft M, Hickie I, McGuire P, Berk M, Chen EY, Keshavan MS, Yung AR. (2009). Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *J Clin Psychiatry*, 70(9):1206-12.
- McGorry PD, Purcell R, Goldstone S, Amminger GP. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Curr Opin Psychiatry*, 24(4):301-6.
- Meneghelli A, Cocchi A, Preti A (2010). Programma2000': a multi-modal pilot programme on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999 *Early Interv Psychiatry*, 4: 97–103.
- Mihalopoulos C, McCrone P, Knapp M, Johannessen JO, Malla A, McGorry P. (2012) The costs of early intervention in psychosis: restoring the balance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(9):808-11.
- Paul M, Street C, Wheeler N, Singh SP (2014). Ransition to adult services for young people with mental health needs: a systematic review. *Clinical child psychology and psychiatry* DOI: 10.1177/1359104514526603.
- Reading B, Birchwood M. (2005). Early Intervention in psychosis. *Dis Manag Health Outcome*, 13(1): 53-63.
- Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346:f185.

Yung AR, Killackey E, Hetrick SE, Parker AG, Schultze-Lutter F, Klosterkoetter J, Purcell R, McGorry PD. (2007). The prevention of schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*, 19(6):633-46.

Valmaggia L.R., McCrone P., Knapp M., Woolley J.B., Broome M.R., Tabraham P., Johns L.C., Prescott C., Bramon E., Lappin J., Power P., McGuire P.K. (2009). Economic impact of an early intervention service for people with an at risk mental state for psychosis. *Psychol Medicine*, 39: 1617-1626.

Sito web AIPP:

[www.aipp-italia.it](http://www.aipp-italia.it)

Sito web IEPA (International Early Psychosis Association):

[www.iepa.org.au](http://www.iepa.org.au)