

PREVENZIONE E SALUTE MENTALE

I disturbi psichici risultano ampiamente diffusi in tutte le popolazioni della Terra. Si osservano in persone di qualunque Paese, di qualunque religione e di qualunque organizzazione sociale. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 450 milioni di persone al mondo soffrivano di un qualche disturbo psichiatrico nel 2001 ed era previsto che 1 persona ogni 5 avrebbe sofferto di un tale disturbo nel corso della vita (20%) (Who, 2001).

In una ricerca condotta nell'Unione Europea (Eu-27 più Svizzera, Islanda e Norvegia) gli autori hanno osservato che circa il 38% della popolazione soffre ogni anno di un disturbo mentale (psichiatrico o neurologico). Circa 165 milioni di cittadini, nell'area geografica sopra identificata, sono affetti ogni anno da un qualche disturbo meritevole di attenzione clinica (compresi in questa indagine anche minori e anziani). I disturbi più rilevanti risultano essere i seguenti: disturbi d'ansia (14%), insonnia (7%), depressione maggiore (6,9%), dipendenza da alcool o sostanze (4%), Adhd (5% nei minori) e demenza (fino al 30% nelle fasce di età più avanzata). Gli stessi autori hanno poi indagato il livello di disabilità prodotto dalle patologie del sistema nervoso centrale. Hanno osservato che il livello totale di disabilità prodotta dalla patologia correlata al sistema nervoso centrale corrisponde a circa il 26% della disabilità totale osservata per qualunque causa (dato superiore rispetto ad altre aree regionali). Le patologie causa di maggiore disabilità, pur variando per sesso e fascia di età, risultavano nell'ordine depres-

* Dipartimento neuroscienze Ao Fatebenefratelli-oftalmico Milano.

** Presidente Società Italiana di Psichiatria.

*** Membro Commissione Etica Società Italiana di Psichiatria.

sione maggiore, demenza, disturbi correlati all'uso di alcool e stroke (Wittchen *et al.*, 2011). Tale pubblicazione è di particolare interesse per i contributi che fornisce alla comprensione di diverse questioni. Innanzitutto definisce con chiarezza dei numeri (estremamente rilevanti) sulla diffusione delle patologie del sistema nervoso centrale. Contribuisce a precisare il livello di disabilità connesso alle diverse patologie. Fornisce indicazioni su base europea permettendo una valutazione su un'area geografica sufficientemente ampia ma per altri versi omogenea. Spinge ad un cambiamento di visione, trattando in modo omogeneo dati relativi a patologie psichiatriche e neurologiche e permette di comprendere meglio la gravità correlata alla patologia psichica anche in termini di disabilità. Tutto ciò spingerebbe verso una modificazione delle modalità di risposta a tali problematiche sia in termini di ricerca che di organizzazione dei servizi. Rendendo di fatto meno solidi i confini che separano la psichiatria dalla neurologia e dai servizi rivolti alle dipendenze, queste ricerche costringerebbero a ripensare ad un'organizzazione costruita intorno ai bisogni clinici piuttosto che alle abitudini istituzionali. Quando si affronta il tema della salute mentale è necessario occuparsi in modo completo di tutte le patologie che interessano il sistema nervoso centrale coordinando i servizi in un'unica funzione di risposta al servizio del cittadino.

Il tema della disabilità è un'area di grande interesse sia per i costi sociali che per i costi umani (in termini di sofferenza del paziente e dei *caregiver*) che produce. Molte ricerche si sono occupate, negli ultimi anni, di definire meglio e tentare di rendere misurabile tale questione. La definizione di Disability Adjusted Life Years (Dalys) rappresenta un'indicazione di quella parte di vita in buona salute che viene persa a causa della malattia (sia come disabilità che come morte precoce). Quattro delle 10 più rilevanti cause di disabilità definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono condizioni psichiatriche: depressione, abuso di alcool, schizofrenia e disturbo ossessivo compulsivo (Murray e Lopez, 1996).

L'impatto economico associato alla patologia psichica risulta enorme e di difficile definizione. Ai costi per i servizi sanitari e sociali connessi alla cura, è necessario aggiungere i costi per la perdita di giornate lavorative, la riduzione di produttività (patologie croniche insorte su persone in età lavorativa), l'impatto su familiari e *care-giver*, l'impatto sulla precoce mortalità associata a queste condizioni e altri costi di definizione ancora più complessa come l'impatto negativo legato allo stigma e alla discriminazione o alla perdita di opportunità per il paziente e per la sua famiglia (Who, 2001).

Proprio al fine di ridurre il peso sanitario, sociale ed economico di tali disturbi e alla luce di numeri impressionanti relativi alla prevalenza di queste forme morbose nella popolazione generale, risulta essenziale che ogni Paese si doti di specifiche ed efficaci misure di prevenzione dei disturbi/promozione della salute definendo specifici interventi legislativi, procedurali e di allocazione di risorse all'interno del Servizio sanitario nazionale.

1. *Promozione della salute mentale*

La prevenzione nell'area della salute mentale si fonda sulla modificazione dell'esposizione a fattori che presentano un ruolo causale nell'espressione e/o evoluzione di specifici disturbi psichici. In tal senso si possono identificare *fattori di rischio*, associati ad una maggiore probabilità di esordio, una maggiore gravità e/o durata del disturbo e *fattori protettivi* che aumentano la resistenza dell'individuo ai fattori di rischio.

Esiste una rivelante evidenza in letteratura relativa al legame tra fattori di rischio/protettivi e lo sviluppo di patologie psichiatriche (Ingram e Price, 2000). Entrambi possono essere individuali o correlati alla famiglia, biologici o sociali, economici e ambientali. I fattori di rischio presentano un effetto cumulativo. Sono potenziati nel loro effetto dall'assenza di fattori protettivi e muovono il soggetto da una condizione di salute a una condizione di

vulnerabilità portando in seguito lo stesso a manifestare non specifiche problematiche psichiche fino ad un pieno disturbo psichiatrico.

Qualunque intervento a livello di prevenzione primaria è volto a diminuire l'intensità dei fattori di rischio e/o implementare l'effetto dei fattori di protezione.

Quali strategie possono essere utili in quest'area?

Numerosissimi sono i possibili interventi. Sarebbe utile cominciare prima della nascita tramite l'assistenza alle donne in gravidanza fornendo tutti i supporti necessari a comportamenti di promozione della salute (tramite il miglioramento degli stili di vita, l'astensione dall'utilizzo di sostanze d'abuso...) fino all'assistenza durante il parto per ridurre i rischi di complicazioni (con particolare attenzione alle donne che più difficilmente hanno accesso a tali interventi come le persone immigrate). Rilevanti sono anche gli interventi volti a trattare in modo adeguato le patologie affettive ad insorgenza *post-partum* in particolare i disturbi depressivi (Olds, 2002). Tali interventi di promozione della salute mentale possono iniziare prima della nascita della persona e poi riguardare tutte le età della vita.

1.1. *Miglioramento della qualità di vita*

Esistono strategie di grande respiro che sembrano produrre delle modificazioni nel rischio di sviluppare patologia mentale. Le più rilevanti risultano le seguenti:

– *Il miglioramento delle condizioni abitative*, in particolare per condizioni caratterizzate da grave degrado ha un effetto sul rischio di manifestare disagio psichico. Una *review* sistematica (Thomson *et al.*, 2001) ha fornito indicazioni rilevanti sull'effetto positivo fornito dal miglioramento delle condizioni abitative, della percezione di sicurezza e della partecipazione sociale alla vita della comunità. Risulta cioè che un intervento volto a diminuire il degrado ambientale e sociale, a volte presente in alcune aree dei grandi centri urbani, tende a produrre una diminuzione della prevalenza di alcune patologie psichiatriche.

– *Potenziamento delle relazioni comunitarie.* Specifici piani d'intervento volti a implementare il senso di appartenenza ad una comunità, il senso di responsabilità sociale dei membri, sviluppati soprattutto negli Stati Uniti hanno prodotto risultati interessanti sulla possibilità di ridurre l'espressione di condizioni patologiche legate a disturbi del comportamento o all'abuso di alcool e/o sostanze stupefacenti (Developmental Research and Programs, 1997).

– *Riduzione dell'accesso a sostanze che creano dipendenza.* Tramite un aumento della tassazione, la regolazione della vendita e il bando assoluto di qualsiasi forma di pubblicità si è cercato di ridurre la prevalenza di consumo di alcool e tabacco nelle nuove generazioni, riducendo in tal modo la propensione a condotte di abuso (Anderson *et al.*, 2005).

1.2. *Interventi precoci su infanzia e adolescenza*

Interventi di comunità su famiglie a rischio con bambini hanno prodotto risultati incoraggianti. Interventi selettivi rivolti soprattutto a minoranze allo scopo di implementare la stimolazione cognitiva e le competenze linguistiche hanno prodotto una riduzione dell'abbandono scolastico ma anche una diminuzione dell'insorgenza di disturbi della condotta. In alcune ricerche in cui si mantenevano in osservazione per lungo tempo i minori oggetto di intervento si osservava un miglioramento mantenuto fino all'età adulta con una riduzione anche del rischio di arresto (fino al 40%) (Schweinhart e Weikart, 1997).

Riduzione del rischio di abuso o maltrattamento. Interventi specifici basati su regolari visite a casa dei minori a rischio si sono dimostrati efficaci interventi volti a ridurre la frequenza di maltrattamento o di abuso. I risultati appaiono particolarmente rilevanti se tali interventi vengono effettuati su donne non sposate e minori. Verosimilmente aumenta la magnitudo dell'effetto quando viene effettuato su popolazioni esposte a fattori di rischio particolarmente

rilevanti (Olds, 1997). Il fine di questi interventi è ridurre l'esposizione ad una condizione fortemente correlata al rischio di sviluppare patologia psichica nella prima età adulta.

Coping con la patologia mentale dei genitori. I figli di soggetti sofferenti di patologia mentale o con disturbi da abuso di sostanze rappresentano una delle popolazioni a maggiore rischio di sviluppare patologie mentali. Numerosi dati di letteratura evidenziano come la trasmissione di patologia psichica tra le generazioni (in particolare per disturbi depressivi e di ansia) sia il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici, biologici, psicologici e sociali che comincia già durante la gravidanza (van Doersum *et al.*, 2007). Diversi studi hanno mostrato una buona efficacia sia per interventi effettuati a casa nei primi anni di vita del bambino (Kesten-Alvarez *et al.*, 2012) sia per interventi di gruppo rivolti ad adolescenti con genitori sofferenti di patologia depressiva (Clarke *et al.*, 2001).

Interventi nelle scuole. Numerose ricerche hanno mostrato l'utilità di specifici programmi di intervento nelle scuole allo scopo di diminuire il rischio di insorgenza di patologia psichica. Dai dati di letteratura emergono sostanzialmente due modalità di intervento, la prima volta a potenziare le competenze dei soggetti esposti tramite interventi cognitivi finalizzati alla riduzione dell'inibizione o dell'impulsività (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002). La seconda modalità di intervento è caratterizzata da un approccio ecologico all'ambiente scolastico ed è volta a ristrutturarlo, soprattutto quando vengono osservati comportamenti di bullismo (Domitrovich *et al.*, 2005). Tali interventi separati o insieme sono risultati efficaci nel ridurre il rischio di manifestazioni psichiatriche o condotte devianti.

1.3. *Interventi sul lavoro*

Per ridurre lo stress da lavoro, gli interventi vanno diretti sia ad un incremento delle capacità di *coping* del

lavoratore che ad una riduzione dei fattori ambientali di complessa gestione.

Esistono due strategie riconosciute, la prima riguarda interventi tecnici e/o procedurali come l'arricchimento della qualità del lavoro, miglioramenti ergonomici, riduzione del rumore e adattamento dei carichi. La seconda riguarda la chiarificazione dei ruoli e il miglioramento socio-relazionale (comunicazione e risoluzione dei conflitti). Esiste una legislazione ampia sul *risk assessment* e sul *risk management* in termini di stress. Esistono poi numerosi programmi di Stress management che si sono dimostrati efficaci nel ridurre il rischio di sviluppo di patologia psichica o abuso di alcool o sostanze (Price e Kompier, 2005) ma soprattutto in ambito nazionale hanno avuto una scarsissima diffusione, verosimilmente anche per questioni legate allo stigma ancora ampiamente diffuso rispetto alle problematiche psichiche.

Di particolare rilevanza è il tema della perdita del lavoro e della condizione di disoccupazione. Tali condizioni risultano fattori di rischio per patologie di ansia e depressive e per comportamenti di abuso. Se un sistema di welfare rappresenta un valido sostegno per ridurre lo stress associato a tale condizione, specifici programmi di intervento sono presenti in letteratura su tale argomento ma la trasferibilità in ambito nazionale è ridotta dalla grande variabilità nei meccanismi di assicurazione previsti nei diversi stati. Risulta consigliabile fornire opportuna informazione sui luoghi di lavoro per tale problematica e attivare anche in ambito nazionale programmi di reinserimento rapido, quando attuabili, che risultano utili nel ridurre il rischio di depressione (*ibidem*).

1.4. *Invecchiare con buona salute psichica*

L'invecchiamento non rappresenta di per sé un fattore di rischio per lo sviluppo di patologia psichica ma risulta associato a condizioni che possono aumentarne il rischio. In una metanalisi pubblicata nel 2003 (Cole e Dendukuri,

2003), gli autori hanno osservato che i 3 più potenti fattori di rischio per sviluppare depressione in una popolazione anziana erano i disturbi del sonno, eventi di perdita relazionale (lutto) e disabilità indotta da malattia fisica. Per tale motivo sono stati proposti numerosi interventi volti a ridurre il rischio di sviluppare patologia psichica, spesso tali interventi sono volti a migliorare le capacità di adattamento allo stress o ad aumentare le capacità di resilienza della persona. Gli interventi più studiati e più ampiamente descritti in letteratura finalizzati a favorire un invecchiamento in buona salute fisica sono i seguenti:

– *Interventi finalizzati all'esercizio fisico.* In numerose ricerche di letteratura si è osservato che il regolare esercizio fisico si associa ad un aumento della soddisfazione soggettiva generale, senso di benessere, minori sintomi depressivi e minore rischio di cadute (Li *et al.*, 2001). Risulta pertanto indicato estensivamente nelle strutture di tipo residenziale o semiresidenziale per anziani.

– *Interventi finalizzati al miglioramento del supporto sociale.* Molti studi rilevano come l'isolamento sociale nelle persone anziane sia un potente fattore di stress associato ad un aumentato rischio di sviluppare patologia psichica. Nonostante tali diffuse evidenze, sono pochissimi gli studi che vanno ad indagare in modo rigoroso l'effetto di programmi volti ad implementare la rete relazionale soprattutto nel genere femminile che sembra rappresentare una sottopopolazione maggiormente sensibile a tale fattore di rischio (Stevens e van Tilburg, 2000).

– *Interventi di screening e case management.* Sono presenti evidenze di letteratura, per quanto ancora limitate che riportano efficacia di interventi di *case management* in soggetti anziani a rischio di patologia psichica. Interventi a casa, contatti regolari con una rete di servizi sociali (dalle pulizie alla cura personale fino a un sistema di risposta per condizioni di emergenza), conducono ad una riduzione della sintomatologia depressiva ma anche una diminuzione dell'istituzionalizzazione e del rischio generale di morte nel corso dei 18 mesi dello studio (Shapiro e Taylor, 2002).

– *Interventi rivolti ai caregiver*. Le persone che forniscono cura a soggetti anziani e malati (soprattutto se non autosufficienti) tendono a sviluppare con elevata frequenza disturbi psichici (in particolare depressione). Specifici interventi di tipo psicoeducazionali rivolti a questi soggetti, che forniscano informazioni sulla malattia di cui soffre l'assistito, le risorse ed i servizi disponibili e con *training* malattia specifici per rispondere alle problematiche che il *caregiver* affronta, sono in grado di ridurre significativamente il rischio di insorgenza di patologia psichica (Sorensen *et al.*, 2002).

2. *La prevenzione dei disturbi psichiatrici*

Nel presente capitolo verranno affrontate le procedure e le metodiche di intervento che hanno fornito validi risultati relativamente alla prevenzione di specifici disturbi psichiatrici. I dati su questi argomenti sono molto diversificati, non sempre confrontabili dal punto di vista metodologico. Si è preferito, per ragioni di ampiezza utilizzare alcune condizioni esemplificative di tale tipologia di interventi. Si è così deciso di limitare la trattazione a tre condizioni patologiche. Come primo tema saranno affrontati i disturbi della condotta in soggetti minori. Tale scelta risulta motivata dall'importanza che la prevenzione riveste in questa specifica area anagrafica. Le altre condizioni patologiche indagate saranno la depressione maggiore per l'ampia diffusione e l'elevato grado di disabilità ad essa associata ed il tema del suicidio in quanto corrisponde ad una tematica comportamentale non riconducibile ad una specifica diagnosi psichiatrica e in molti casi suscita una reazione nel contesto socio-familiare di elevatissima sofferenza.

Per ognuno di questi disturbi verranno definiti *interventi selettivi*, cioè rivolti a popolazioni esposte a particolari fattori di rischio e *interventi con specifiche indicazioni* rivolti a soggetti con elevato rischio di sviluppare il disturbo in quanto presentano segni o sintomi sugge-

stivi di un avvio del processo che porterà ad una piena espressione del disturbo. Questi ultimi interventi risultano a ponte tra prevenzione primaria (cioè rivolta a soggetti non ancora ammalati e dunque tesa a prevenire l'insorgenza del disturbo) e secondaria (esordio della malattia e obiettivo di ridurne la gravità e gli esiti). Si tratta cioè di intervenire sulla fase prodromica del disturbo allo scopo di evitare la transizione alla malattia o di posticiparla e al contempo diminuirne la morbilità. È importante rammentare che la patologia psichiatrica è caratterizzata da un andamento processuale su cui è possibile intervenire allo scopo di rallentarne o arrestarne la progressione.

2.1. Disturbi della condotta

Sono disturbi ad insorgenza tipica nella prima adolescenza, con elevata prevalenza (2-10%), più diffusi nei maschi e spesso associati a problematiche scolastiche e, nella vita adulta, a difficoltà relazionali e lavorative, abuso di alcool e sostanze e disturbi di ansia o depressivi (Eddy, 2005). I costi sociali di tale disturbo risultano elevati. I maggiori fattori di rischio riconosciuti includono: fumo di sigaretta della madre durante la gravidanza, impulsività comportamentale, comportamenti antisociali e abuso di sostanze da parte dei genitori, abuso infantile, precoce uso di sostanze, relazioni tra pari devianti, scarsa popolarità tra pari per quanto riguarda il minore. Altro fattore associato ad un maggior rischio di sviluppo della condizione patologica è risultato un ambiente sociale di provenienza povero dal punto di vista economico e relazionale. Gli interventi preventivi di maggiore successo sono centrati sul miglioramento delle competenze relazionali e nell'incentivare comportamenti prosociali nel minore, nei genitori e nell'ambiente scolastico di riferimento.

Gli interventi selettivi per la prevenzione del disturbo della condotta si sono dimostrati efficaci, includono pro-

grammi prenatali o nella prima infanzia. Generalmente sono finalizzati al migliorare gli *skill* genitoriali in tema di supporto, nell'insegnamento di comportamenti prosociali e/o nell'apprendimento di specifiche competenze sociali. Tali programmi hanno dimostrato una significativa riduzione del rischio di sviluppo in adolescenza di disturbi della condotta, condotte violente o rischio di arresto (Olds, 1997).

Gli interventi con specifiche indicazioni sono effettuati su bambini o adolescenti identificati da insegnanti o familiari che presentano già chiari alterazioni dei *pattern* comportamentali. Un esempio di provata efficacia è rappresentato dal programma Fast Track (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002). In tale tipologia di intervento i minori, individuati come caratterizzati da alterazione dei *pattern* comportamentali, sono coinvolti in un'ampia varietà di attività che includono *social e problem-solving skill training*. Ai familiari vengono proposte attività di gruppo e ricevono regolari visite a casa. I risultati dopo 3 anni di intervento mostrano una chiara efficacia nella riduzione del rischio di transizione ad una piena comparsa del disturbo.

2.2. *Depressione maggiore e altri disturbi depressivi*

La depressione maggiore rappresenta uno dei più diffusi disturbi psichiatrici. La prevalenza annuale di questo disturbo in Europa, in una pubblicazione del 2010, risultava del 6,9%, era inoltre la causa più rilevante di disabilità tra le patologie del sistema nervoso centrale (Wittchen *et al.*, 2011). Diverse stime concordano nel ritenere che per il 2020 sarà la seconda causa di disabilità tra le patologie riconosciute giustificando il 5,7% dei *Dalys* totali (anni di buona salute persi per disabilità o morte precoce) subito dopo la patologia ischemica cardiaca (Who, 2004).

La patologia è caratterizzata con elevata frequenza da un andamento ricorrente ed in alcuni casi continuo.

L'esordio e la tendenza alla ricorrenza sono influenzati da numerosi fattori di rischio o protettivi che svolgono la loro azione in un arco di vita ampio che comincia nell'infanzia. Questi includono fattori biologici, sociali, familiari e psicologici che si concentrano in un ampio spettro di gruppi a maggiore rischio.

Gli interventi selettivi per la prevenzione del disturbo depressivo (dunque rivolti a soggetti esposti a particolari fattori di rischio) riguardano programmi indirizzati a soggetti che affrontano eventi di stress particolarmente rilevanti come bambini con morte o separazione genitoriale, adulti in occasione di perdita di lavoro o anziani sofferenti di patologia cronica fonte di disabilità o associata a dolore cronico. Tali interventi hanno generalmente dimostrato una buona efficacia nel ridurre il rischio di manifestare il disturbo. Particolare rilevanza hanno popolazioni caratterizzate da esposizione a eventi gravissimi come violenza fisica, minaccia di morte o stupro (Jané-Llopis *et al.*, 2003).

Gli interventi con specifiche indicazioni riguardano soggetti con una sintomatologia depressiva già presente pur senza soddisfare i criteri (per intensità o durata) di un episodio depressivo maggiore. Tali interventi, erogati solitamente in forma gruppale, sono stati rivolti ad adolescenti, adulti e anziani. Generalmente si è osservata una riduzione del 10% della sintomatologia depressiva con questi interventi. I risultati non sono generalizzabili per ogni condizione e per ogni intervento (*ibidem*). Quasi costantemente tali interventi si focalizzano sul potenziamento degli stili cognitivi positivi e miglioramento delle competenze sociali e di *problem-solving*. Si può annoverare tra questa tipologia di interventi – di prevenzione primaria – pur presentando caratteristiche profondamente diverse, l'esposizione alla *ligh-therapy* per la prevenzione della Winter Depression in soggetti con sintomatologia sottosoglia (Avery *et al.*, 2001). In generale i programmi di prevenzione su popolazioni a rischio, quanto indagati con modalità rigorose, hanno dimostrato una riduzione del rischio di transizione ad una condizione piena di depressione maggiore.

2.3. La prevenzione del suicidio

In accordo con le stime della Who nel 2001 quasi 900.000 persone sono morte per suicidio nel mondo. Tale numero, si stima, salirà a 1.200.000 nel 2020. In quasi tutti i Paesi europei i decessi per suicidio superano quelli per incidenti stradali o per episodi di violenza. Il tasso di tentato suicidio è circa 10-20 volte superiore a quello osservato per coloro che giungono al decesso (Who, 2002).

La prevalenza annuale di ideazione suicidaria è stata stimata del 2% circa in molti Paesi diversi. I fattori di rischio per comportamenti suicidari sono: sesso femminile, giovane età, mancanza di occupazione, psicopatologia dei genitori, problematiche infantili e presenza di patologia psichiatrica nei 12 mesi antecedenti il tentato suicidio. È utile sottolineare come il sesso maschile e l'età avanzata risultino più fortemente correlati al rischio di decesso da suicidio (Borges *et al.*, 2010). Le patologie psichiatriche più associate al rischio di suicidio sono schizofrenia, depressione maggiore e disturbo bipolare.

Nonostante da diversi anni siano stati attivati numerosi programmi per ridurre il tasso di suicidio nella popolazione generale, i risultati sono ancora inconsistenti. Gli interventi di maggiore efficacia si sono dimostrati un adeguato trattamento farmacologico rivolto ai soggetti sofferenti di una patologia psichiatrica e la riduzione all'accesso a strumenti utilizzati per commettere suicidio. Di particolare interesse sono gli interventi volti a diminuire i comportamenti suicidari nelle persone più giovani. È questa una questione con risvolti sociali oltre che clinici di particolare rilevanza, per la cui soluzione sono stati proposti interventi diversificati spesso all'interno delle scuole.

Di seguito vengono riportati alcuni dati sugli interventi proposti.

2.3.1. Centri di crisi e «hotlines»

Rappresentano una delle prime e più sistematiche modalità per la prevenzione del suicidio. I risultati gene-

ralmente non si sono dimostrati convincenti sull'utilità di tali progetti per ridurre il tasso di suicidio. Alcune ricerche su popolazioni particolari suggeriscono invece possibili benefici. Uno studio condotto in Veneto su una linea telefonica di aiuto combinata con interventi domiciliari su soggetti anziani per oltre 10 anni ha prodotto una significativa riduzione del tasso di suicidio in questa popolazione (De Leo *et al.*, 2002).

2.3.2. Programmi di intervento nelle scuole

Gli interventi educativi sul suicidio nelle scuole si sono spesso dimostrati inefficaci nel prevenire o ridurre i comportamenti suicidari e in taluni casi sembrano addirittura aumentare la tendenza per alcuni studenti a pensare al suicidio come una soluzione. In contraddizione con ciò un intervento in Florida (Us) su un distretto scolastico pubblico (330.000 studenti dalle elementari alle *high school*) che comprende interventi formativi rivolti a insegnanti e genitori e interventi di Stress management rivolti agli studenti ha prodotto una significativa riduzione sia dei suicidi che dei tentati suicidi (Zenere e Lazarus, 1997). È possibile che la metodologia con cui viene condotto il programma probabilmente ne qualifica anche il risultato, nel senso che un ampio programma che coinvolge scuola, studente e genitori, condotto con metodiche rigorose ha forse maggiore probabilità di successo di altri programmi meno strutturati e di carattere più informativo.

2.3.3. Intervento precoce nel contesto della medicina generale e prescrizione di psicofarmacoterapia

Specifici *training* per i medici di medicina generale risultano utili nel riconoscimento precoce, soprattutto per la patologia depressiva. Ciò correla con un aumento dei soggetti trattati ed una riduzione del rischio di suicidio. Tale effetto protettivo sembra essere prevalentemente confinato ai soggetti con recente insorgenza di depres-

sione. Per le persone con un disturbo depressivo ad andamento ricorrente o cronico, il rischio di suicidio appare più resistente a interventi di questo genere, verosimilmente esiste in questo caso l'indicazione per una presa in cura da parte del servizio specialistico (Rutz *et al.*, 1992).

2.3.4. Ridurre l'accesso ai mezzi per commettere suicidio

È questa la tipologia di prevenzione del suicidio che ha manifestato i più chiari risultati. Strategie che includono la detossificazione del gas domestico, misure di sicurezza per ponti o edifici alti, controllo della disponibilità di sedativi o *pain-killers* e accesso riservato per l'acquisto di pesticidi hanno prodotto risultati notevoli nella riduzione del numero di suicidi condotti con successo, risultano pertanto degli interventi strategicamente essenziali in un modello ecologico di prevenzione del suicidio (Leenars, 2001).

3. Conclusioni

La patologia psichiatrica risulta profondamente diffusa nella nostra società. Il numero di soggetti affetti da una qualche forma di sintomatologia psichica meritevole di attenzione clinica è molto più ampio di quello che comunemente viene creduto. Le ricerche epidemiologiche osservano impietose come forme di disagio rilevante sono espressione molto diffusa anche, probabilmente, in relazione alle sollecitazioni a cui gli individui sono costantemente sottoposti in una società postindustriale. Nel corso della sua vita è altamente probabile che qualunque individuo possa andare incontro ad una qualche forma di disagio psichico, per quanto transitorio o legato a particolari motivi di stress (dalla perdita del lavoro allo sviluppo di malattia organica, ecc.).

Il tema della prevenzione nell'ambito della salute mentale risulta allora centrale perché permette una riduzione del numero di soggetti affetti e dunque una ridu-

zione in termini di sofferenza ma anche una riduzione dei costi sia individuali che sociali connessi a tali patologie.

Ma quale prevenzione? E fatta da quali servizi? Ciò che si osserva nel contesto del nostro Paese è una ampia e diffusa rete di servizi per interventi ospedalieri e extra-ospedalieri (territoriali), frutto della riforma del 1978, che ha permesso di organizzare un sistema di trattamento e assunzione in cura costruito intorno al Dipartimento di Salute Mentale. Tali strutture operano generalmente con buona efficacia sull'area della prevenzione terziaria. Intervengono cioè con modelli collaudati al fine di ridurre la disabilità associata al decorso cronico di molte e gravi patologie psichiatriche. Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, cioè l'intervento precoce, volto a diminuire la morbilità del disturbo e impedire l'insorgenza di condizioni di disabilità, il quadro è meno omogeneo. Esistono infatti servizi che se ne occupano in modo sistematico, ma in molte aree del Paese risulta una scarsa capacità di intercettare i soggetti che iniziano a soffrire di disagio psichico, forse per la difficoltà di interagire con i servizi della medicina generale, oppure per lo stigma ancora presente sulla disciplina psichiatrica o per la presenza di servizi alternativi a cui i pazienti si rivolgono all'esordio del disturbo (spesso a gestione privata) che non sempre forniscono le adeguate garanzie nel trattamento. Oltre a questo è utile sottolineare un'ulteriore area di criticità. Esistono molti altri servizi pubblici alternativi che operano su quest'area come sull'area della prevenzione primaria (l'area di interventi rivolti a soggetti non ancora ammalati). In aggiunta ai Dipartimenti di Salute Mentale sono presenti le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, i Dipartimenti Dipendenze, i Consultori Familiari e operatori di servizi privati accreditati o privato puro. Questa grande disponibilità di servizi diversi in una condizione di limitatezza di risorse provoca necessariamente una dispersione degli interventi. A questo va aggiunto che spesso questi servizi sono caratterizzati da competenze non strettamente sanitarie con il risultato che vengono proposte modalità operative caratterizzate da

un'efficacia mai indagata, costruita su ipotesi provenienti da saperi del tutto estranei all'utilizzo del metodo scientifico per l'acquisizione di conoscenze.

Si ritiene pertanto indispensabile che i Dipartimenti di Salute Mentale si riappropriino della possibilità di effettuare in modo sistematico anche prevenzione primaria e secondaria per la salute mentale in quanto il tema è di enorme importanza per i numeri associati alla patologia oggetto di questa riflessione, per il fatto che sono gli unici portatori delle competenze necessarie per svolgere questo ruolo (direttamente o coordinando altre strutture) e perché lasciare quest'area così delicata all'improvvisazione significa condannare persone ad ammalarsi di gravi disturbi dalle conseguenze umane e sociali enormi.

Riferimenti bibliografici

- Anderson P., Biglan A. e Holder H. (2005), *Preventing the harm done by substances*, in C. Hosman, E. Jané-Llopis e S. Saxena (a cura di), *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*, Oxford, Oxford University Press.
- Avery D.H. et al. (2001), *Bright light therapy of sub-syndromal seasonal affective disorder in the work-place: Morning versus afternoon exposure*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 103, 4, pp. 267-274.
- Borges G., Nock M., Abad J.M.H. et al. (2010), *Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the who world mental health surveys*, in «Clin. Psychiatry», 71, 12, pp. 1617-1628.
- Clarke G.N. et al. (2001), *A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents*, in «Archives of General Psychiatry», 58, pp. 1127-1134.
- Cole M.G. e Dendukuri N. (2003), *Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis*, in «Am. J. Psychiatry», 160, 6, pp.1147-1156.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2002), *The implementation of the Fast Track program: An example of a large-scale prevention science efficacy trial*, in «Journal of Abnormal and Child Psychology», 30, 1, pp. 1-17.

- De Leo D., Dello Buono M., Dwyer J. (2002), *Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy*, in «British Journal of Psychiatry», 181, pp. 226-229.
- Developmental Research and Programs (1997), *Communities that care: A comprehensive prevention program*, Seattle, Wa, Developmental Research and Programs.
- Domitrovich C. et al. (2005), *Enhancing resilience and reducing risk behaviour in schools*, in C. Hosman, E. Jané-Llopis e S. Saxena (a cura di), *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*, Oxford, Oxford University Press.
- Eddy M. (2005), *Prevention of conduct disorders, violence and aggression*, in C. Hosman, E. Jané-Llopis e S. Saxena (a cura di), *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*, Oxford, Oxford University Press.
- Ingram R.E. e Price J.M. (a cura di) (2000), *Handbook of vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*, New York, Guilford.
- Jané-Llopis E., Hosman C., Jenkins R. e Anderson P. (2003), *Predictors of efficacy in depression prevention: Meta-analysis*, in «British Journal of Psychiatry», 183, pp. 384-397.
- Kesten-Alvarez L.E., Hosman C.M., Riksen-Walraven J.M. et al. (2012), *Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: Comparison with community sample*, in «Child Psychiatry Hum. Dev.», 43, 2, pp. 201-218.
- Leenars A. (2001), *Controlling the environment to prevent suicide*, in D. Wasserman (a cura di), *Suicide, an unnecessary death*, London, Martin Dunitz, pp. 259-264.
- Li F. et al. (2001), *Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through Tai Chi exercise: A latent growth curve analysis*, in «Structural Equation Modelling», 8, 1, pp. 53-83.
- Murray C.J.L. e Lopez A.D. (1996), *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020*, Genève.
- Olds D.L. (1997), *The Prenatal/Early Infancy Project: Fifteen years later*, in G.W. Albee e T.P. Gullotta (a cura di), *Primary prevention works*, Thousand Oaks, Usa, pp. 41-67.
- Olds D.L. (2002), *Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication*, in «Prevention Science», 3, 3, pp. 1153-1172.

- Price R. e Kompier M. (2005), *Work, stress and unemployment*, in C. Hosman, E. Jané-Llopis e S. Saxena (a cura di), *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*, Oxford, Oxford University Press.
- Rutz W., von Knorring L. e Walinder J. (1992), *Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 85, pp. 83-88.
- Schweinhart L.J. e Weikart D.P. (1997), *The High/Scope preschool curriculum comparison study through age 23*, in «Early Childhood Research Quarterly», 12, 2, pp. 117-143.
- Shapiro A. e Taylor M. (2002), *Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders*, in «Gerontologist», 42, 3, pp. 334-341.
- Sorensen S., Pinquart M. e Duberstein P. (2002), *How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis*, in «Gerontologist», 42, 3, pp. 356-372.
- Stevens N. e van Tilburg T. (2000), *Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women*, in «Educational Gerontology», 26, 1, pp. 15-35.
- Thomson H., Petticrew M. e Morrison D. (2001). *Housing interventions and health – a systematic review*, in «British Medical Journal», 323, pp. 187-190.
- Van Doesum K.T., Hosman C.M., Riksen-Walraven *et al.* (2007), *Correlates of depressed mothers' sensitivity towards their infants: The role of maternal child and contextual characteristics*, in «J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry», 46, 6, pp. 747-756.
- World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.
- Who (2001), *The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*, Geneva, World Health Organization.
- Who (2002), *Prevention and promotion in mental health. Mental health: Evidence and research*, Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Who (2004), *The world health report 2004: Changing history*, Geneva, World Health Organization.
- Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J. *et al.* (2011), *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain*

- in Europe 2010*, in «Eur. Neuropsychopharmacol.», 21, 9, pp. 655-679.
- Zenere P.J. e Lazarus P.H. (1997), *The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a prevention and intervention program*, in «Suicide and Threatening Behavior», 27, 4, pp. 387-403.