



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)



In schizofrenia, come fai a cambiare



da così...



... a così?

Xeplion, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg
Sospensione iniettabile a rilascio prolungato ⁽¹⁾

1. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto
fare click sul logo di prodotto per accedere all'RCP





SOMMARIO

Anno XXVI • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

- 3** Che paese è mai questo
di Giannelli A.
- 9** Lettera all'Assessore alla Salute al Presidente della Commissione Sanità della Regione Lombardia
di Clerici M., Rabboni M.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 11** Influenza del deficit neurocognitivo sul funzionamento personale, sociale e lavorativo della schizofrenia: uno studio sperimentale
di Bechi M., Cocchi F., Bianchi L., Bosia M., Buonocore M., Guglielmino C., Pignoni A., Spangaro M., Smeraldi E., Cavallaro R.
- 21** Un programma innovativo di individuazione e trattamento della depressione in gravidanza e nel post partum presso l'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano
di Bo F., Tallarico L., Grecchi A., De Isabella G., Biffi G.
- 30** L'intervento in adolescenza e sugli esordi psicopatologici: complessità cliniche e criticità organizzative
di Grecchi A., Migliarese G.
- 41** Disturbo bipolare o malattia globale
di Zarattini F.

49 L'attualità di Jaspers
di Schiavone M.

54 Sogno ed esistenza
di Borgna E.

NOTE DAI CONVEGNI

58 Percezione soggettiva ed effetto contesto nel trattamento farmacologico infusivo dell'episodio depressivo maggiore resistente
di Galimberti C., Bosi M.F., Tirelli A., Truzoli R., Viganò C., Ba G.

61 Asenapina nel trattamento del paziente con disturbo bipolare di tipo II: uno studio retrospettivo
di Genova C., Galimberti C., Viganò C., Truzoli R., Bassetti R., Bosi M., Ba G.

64 Valutazione delle dinamiche familiari nei pazienti con disturbi Psichiatrici maggiori: il test di Brem Graser
di Bottarini F., Beltrami M.M., Truzoli R., Galimberti C., Mattone C., Viganò C., Ba G.

66 Gravità e gravosità: studio nel contesto dei centri diurni dell'Azienda Ospedaliera di Varese
Berto E., Caselli I., Bonalumi C., Vender S.

71 Depressione e rischio di mortalità in soggetti affetti da stroke: revisione sistematica e meta-analisi
Lax A., Bartoli F., Lillia N., Crocamo C., Carrà G., Clerici M.

IN COPERTINA: *Tavolo surrealista,*

Alberto Giacometti (1933)

Musee national d'art moderne, Centre Georges Pompidou, Paris

L'intervento in adolescenza e sugli esordi psicopatologici: complessità cliniche e criticità organizzative

Grecchi Alessandro, Migliarese Giovanni***

INTRODUZIONE

La realtà clinica che si trovano ad affrontare i medici e gli operatori nei Servizi di Salute Mentale sta progressivamente mutando evidenziando, tra i bisogni emergenti, la necessità di studiare strategie di intervento adeguate al trattamento dei disturbi psichiatrici con esordio in adolescenza e la transizione dei nuovi utenti dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile alla Psichiatria.

Come evidenziato dai documenti stilati dai GAT (Gruppi di Approfondimento Tecnico) all'interno dell'area dello sviluppo e innovazione nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza, in Lombardia, infatti, la prevalenza degli accessi degli adolescenti ai Servizi NPIA e psichiatrici è bassa (2,5% a 15 anni, 1,7% a 17 anni) a fronte di un andamento inverso nella prevalenza per età dei ricoveri per diagnosi psichiatrica (3% tra 11 e 17 anni) e di un aumento del 64% dei ricoveri per diagnosi psichiatrica nella fascia d'età tra i 14 e i 17 anni tra il 2001 e il 2008.

Il nodo principale da sciogliere riguarda la "diagnosi d'ingresso" laddove il processo diagnostico risulta essere in itinere e la distinzione tra patologia e umana condizione, facilmente distinguibile retrospettivamente, rischia di condurre ad un overtreatment con conseguenze, lavorando nei Servizi, anche di ordine medico legale. I criteri diagnostici su cui basiamo il nostro ragionamento clinico ci vengono perlopiù da categorie derivate da pazienti con un medio-lungo percorso di malattia. L'attesa della comparsa della soglia di sintomi per cui poter fare diagnosi rischia di ritardare il trattamento riducendo i percorsi di cura successivi a palliativi e rinforzando la

percezione pubblica di una relativa impotenza terapeutica dell'intervento psichiatrico (16). Inoltre, la presentazione spesso atipica della sintomatologia all'esordio rischia di produrre un numero elevato di imperfezioni diagnostiche e interventi solo parzialmente efficaci (16). In quest'ottica, la stigmatizzazione associata alla diagnosi psichiatrica nei minori e l'assenza di ricerca rappresentano una barriera che impedisce alla clinica psichiatrica di raggiungere gli stessi successi in termini di prevenzione e trattamento precoce di altre branche mediche.

In Italia, per come è strutturata la rete di Servizi Psichiatrici, qualunque servizio territoriale, con un bacino d'utenza determinato, diventerà responsabile della maggior parte di tutti i nuovi casi di "patologia mentale grave" della zona di competenza (eccetto quelli transitori e che si risolvono spontaneamente). Da questa coorte, nel giro di alcuni anni, originerà il sottogruppo di utilizzatori regolari e cronici del servizio e cioè alla maggioranza dei pazienti (17). Questa eventualità rende necessaria la programmazione di interventi integrati di prevenzione specifica che abbiano l'obiettivo di intercettare quegli utenti che pur essendo sintomatici e non motivati da sofferenza attuale presentino un'anormalità clinica dimostrabile. Questi interventi devono essere indirizzati ad individui ad alto rischio, che presentano segni o sintomi minimi, ma individuabili, che facciano presagire un disturbo mentale, ma che non soddisfano i requisiti diagnostici attuali (1).

Molte patologie psichiatriche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza (24). Nel caso dei disturbi psichiatrici ad esordio in età adolescenziale vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici e agli interventi in età evolutiva. Le specificità appaiono di tipo clinico e organizzativo, soprattutto in quelle situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di

lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiederebbe quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato range di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

Nonostante le indicazioni previste nei Progetti Obiettivo Materno-infantile e Salute mentale e i successivi approfondimenti nelle Linee di indirizzo per la Salute mentale, la situazione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è disomogenea nelle diverse regioni e, in taluni casi, presenta evidenti carenze. Particolarmente critiche appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento dell'acuzie (con la pressochè assoluta assenza di strutture ospedaliere dedicate al ricovero di situazioni d'urgenza) e l'intervento precoce e la presa in carico nelle disabilità complesse e dello sviluppo. Appare infine problematica anche la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta, sia per una diversa organizzazione dei servizi, sia perchè lo scoglio della maggiore età appare del tutto arbitrario in situazioni che clinicamente prevederebbero una costanza dell'ambiente di cura (e del personale che ha in carico una determinata condizione clinica) almeno fino al termine dello sviluppo evolutivo (indicativamente i 24 anni). Nell'attuale assenza di strutture psichiatriche dedicate all'intervento in età adolescenziale (14-24 anni) appare quindi fondamentale che le Regioni - nell'ambito delle proprie autonomie - migliorino la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e attivino uno stabile sistema di monitoraggio (21). Diviene pertanto necessaria l'individuazione di protocolli realmente operativi di intervento negli esordi psicopatologici e di integrazione tra la Neuropsichiatria Infantile e la Psichiatria per garantire una continuità di cura adeguata. All'interno di questa cornice analizzeremo

due casi clinici che ci possano permettere alcune descrizioni delle problematiche che si affrontano nel contesto della pratica clinica.

CASO CLINICO N.1

Prima visita

L. ha 19 anni e si presenta accompagnato dal padre e dal fratello più grande (24 anni). L'accesso in CPS è stato accettato dal paziente e richiesto invece dal padre, preoccupato per una situazione clinica che mostrava un rapido e progressivo peggioramento. Il padre imprenditore, estremamente pragmatico, aveva prima messo in contatto il figlio con una psicoterapeuta, poi, vedendo il progredire del peggioramento clinico ha deciso di fissare una visita psichiatrica in CPS. Il figlio ha accettato passivamente.

Anamnesi psicopatologica prossima

Nel corso delle ultime settimane L. si era mostrato sempre più chiuso e reticente, e da alcuni giorni ha iniziato a non parlare e a non alimentarsi. Da un paio di settimane ha abbandonato la frequenza scolastica (doveva fare l'esame di maturità pochi mesi dopo). Viene riferito un saltuario abuso di cannabis negli ultimi 3 mesi. Non risulta invece uso di alcolici. Vengono riferiti dai parenti discorsi sconnessi riguardanti la morte.

Modalità di accesso al colloquio

La prima visita è pressochè interamente occupata dal colloquio con i familiari in quanto L. non parla e rimane silenzioso, con lo sguardo basso e apparentemente allucinato, in un angolo dello studio. Il padre non pare del tutto sorpreso della situazione del figlio, che ha sempre considerato come il più sensibile e fragile della famiglia. L. analizza lo studio con aria angosciata e pur non parlando riesce a compilare alcune scale cliniche autosomministrate che di routine vengono proposte in CPS a soggetti di giovane età. I risultati dei test indicano una situazione al

confine tra aspetti chiaramente psicotici/interpretativi e aspetti depressivi, in una situazione dominata da una fortissima quota d'ansia.

Anamnesi psicopatologica remota

Non si apprezzano alterazioni del funzionamento psichico fino all'età di 12 anni, quando, in seguito alla perdita della madre per neoplasia, il paziente presenta una sintomatologia compatibile con lutto complicato (circa un anno), non trattata. Riferito successivo benessere fino ai 17 anni quando inizia nuovo periodo caratterizzato da peggioramento dei risultati scolastici, ritiro socio-relazionale, ridotta cura di sé, apatia. Tale episodio ha portato a una riduzione delle capacità scolastiche tanto che L. è stato bocciato al 4 anno del liceo scientifico in seguito a un rapido peggioramento delle performance.

Anamnesi medica

Silente

Anamnesi familiare

Padre senza precedenti psichiatrici (nonostante temperamento tendenzialmente ansioso e ipertimico). Madre con dubbio episodio depressivo post-partum. Zia materna con ansia generalizzata in trattamento con benzodiazepine da anni.

Decisioni cliniche successive al primo colloquio e andamento clinico nel tempo

La situazione clinica (diagnosi iniziale effettuata "episodio psicotico acuto") suggerisce di proporre un breve ricovero ospedaliero, in modo da impostare una terapia idonea ed effettuare una più approfondita valutazione diagnostica, anche testale. Il rifiuto del paziente e della famiglia a questa ipotesi si associa a una buona disponibilità ad assumere trattamenti indicati e a effettuare visite frequenti presso il servizio, in modo da monitorare la situazione clinica, non suggerendo il ricorso al ricovero obbligatorio. Viene definito quindi un case manager e il

paziente viene accolto giornalmente per l'impostazione della terapia farmacologica presso il CPS. Si provvede poi a fissare degli incontri con i familiari sia di tipo informativo che di tipo psico-educazionale. La terapia farmacologica con lorazepam e aloperidolo causa una rapida lisi dell'angoscia tanto che al colloquio successivo il paziente si presenta da solo e riesce ad accedere al colloquio in prima persona. In occasione della visita riferisce una sintomatologia depressiva iniziata vari mesi prima, che accanto a manifestazioni tipicamente neurobiologiche (sonno poco riposante e disturbato, riduzione dell'appetito, anergia, apatia, disinteresse sessuale) mostra la presenza di pensieri di colpa relativi al lutto materno e una forte tendenza all'auto-svalutazione. Accanto a questa sintomatologia, che ben conosce e bene riesce a descrivere, L. riferisce anche la presenza di sintomi più sfumati ed insorti più recentemente, soprattutto in seguito a uno sporadico abuso di cannabis con gli amici: manifesta infatti una sensazione di estraniamento in cui fatica a riconoscere i propri confini e in cui il proprio pensiero risulta influenzato da quello degli altri, che viene vissuto come intrusivo e giudicante, riducendo gli spazi di intimità. Sono presenti allucinazioni uditive commentanti, non particolarmente chiare, ma presenti in sottofondo, che si accentuano soprattutto alla sera quando fatica ad addormentarsi. Nello stesso momento della giornata riferisce di aver sperimentato anche fenomeni dispercettivi visivi angoscienti.

La relazione con L. si instaura in modo positivo: si sente accolto ed ascoltato e si mostra curioso ad effettuare un lavoro che cerchi di inserire i sintomi all'interno della sua storia personale, dando loro un senso. Appare collaborante nell'assunzione della terapia farmacologica, che gli permette una migliore gestione dell'angoscia. In circa due mesi si assiste a una completa scomparsa della sintomatologia psicotica ed emergono via via più chiaramente gli aspetti depressivi già accennati alle prime visite. Si decide di modificare la diagnosi clinica (episodio depressivo maggiore con sintomatologia psicotica) e la

terapia, introducendo un antidepressivo. Gli incontri con la famiglia riescono a ridurre il clima di allarme presente durante i primi incontri e iniziano inoltre a creare le condizioni di un distacco tra L. e il padre. L., su sua richiesta, inizia, all'esterno del CPS, un intervento psicoterapico che lo aiuta a lavorare sulla propria storia, sulle proprie aspettative e il suo rapporto col padre, che inizia a trasformarsi gradualmente e diviene via via più maturo. Si può così ridurre gradualmente la frequenza delle visite in CPS e in alcuni mesi si assiste a una completa restitutio ad integrum, con ripresa della frequenza scolastica e di un buon funzionamento socio-relazionale. Dopo due anni la terapia farmacologica viene sospesa ma L. prosegue la terapia psicologica. A distanza di circa tre anni dalla prima visita L. presenterà, a distanza di quasi un anno dalla sospensione della terapia antidepressiva e a quasi 2 dalla sospensione di quella antipsicotica un episodio di eccitazione ipomaniacale: verrà posta così la diagnosi di disturbo bipolare di tipo II e impostata una terapia stabilizzante con acido valproico, tuttora in essere. I contatti tra L. e il servizio si sono diradati dopo circa 5 anni: attualmente mostra un buon compenso psichico, ha finito gli studi, sta iniziando a lavorare, appare consapevole del problema psichiatrico e ha deciso di farsi seguire privatamente.

Commento

Il caso in esame, seppur esposto in modo estremamente sintetico, permette di trarre alcune suggestioni utili per il lavoro clinico con l'adolescente (e il giovane-adulto) e sugli esordi psicopatologici.

Il primo punto che merita di essere analizzato riguarda l'aspetto diagnostico: l'esordio con sintomatologia psicotica può infatti verificarsi in condizioni estremamente eterogenee (esordio schizofrenico, disturbo bipolare, depressione delirante, disturbi di personalità, abuso di sostanze), soprattutto in età giovanile. La fascia d'età compresa tra i 14 e i 24 anni rappresenta la fascia d'esordio di quasi tutte le patologie psichiche (24): approssimativamente il 50%

dei casi di disturbo bipolare esordiscono in questo periodo anche se c'è una correlazione lineare tra l'età media di esordio e una minor gravità clinica, così che casi più lievi possono esordire più tardivamente (20). L'esordio del disturbo bipolare avviene generalmente con sintomatologia depressiva (spesso misconosciuta) il che rende estremamente difficoltosa la diagnosi, soprattutto in assenza di fattori chiaramente suggestivi di bipolarità (come avvenuto nel caso esposto dove l'episodio all'età di 12 anni non è stato riconosciuto né trattato). Tra i fattori suggestivi di bipolarità da tener presente in caso di sintomatologia depressiva si segnalano *fattori anamnestici* (familiarità per disturbo bipolare, esordio estremamente precoce) e *fattori clinici* (nei minori l'esordio risulta più spesso atipico, correlato alla dimensione della disforia o dell'irritabilità, può esserci sovrapposizione con il disturbo da uso di sostanze e a volte possono essere presenti manifestazioni psicotiche. E' segnalata inoltre un'elevata labilità dell'umore e una scarsa responsività ai trattamenti). L'esordio maniacale, soprattutto in età giovanile, spesso si presenta con sintomatologia delirante o produttiva che rende necessaria la diagnosi differenziale dai disturbi psicotici: possono inoltre essere presenti alterazioni del comportamento e forme di agitazione (anche motoria) che devono essere differenziate dall'ADHD. Diversi studi prospettici sugli esordi di bipolarità in adolescenza descrivono lo stretto legame tra i disturbi d'ansia e il disturbo bipolare (15): studi su figli di pazienti con disturbo bipolare suggeriscono che i disturbi d'ansia possano rappresentare una forma precoce di espressione del disturbo stesso (6;11). E' inoltre ormai noto che le sostanze posseggono un effetto slatentizzante rispetto all'esordio di diversi disturbi psichici, anche al di là degli effetti transitori e confondenti legati all'intossicazione acuta che complicano di per sé il compito diagnostico (22). L'importanza dell'utilizzo di sostanze nell'emergenza di sintomatologia psicotica nel giovane-adulto è stata ampiamente dimostrata (7;10): inoltre sintomi secondari all'uso di sostanze possono mimare un disturbo psicotico rendendo necessaria una attenta diagnosi differenziale (9).

La complessità diagnostica relativa all'esordio bipolare, ben nota in ambito clinico, è stata confermata da studi longitudinali, che hanno riscontrato tassi estremamente bassi di specificità e sensibilità nella diagnosi. È stato riscontrato, ad esempio, che, a distanza di 10 anni dall'esordio psicopatologico, più del 50% dei soggetti successivamente diagnosticati come affetti da disturbo bipolare non avevano ricevuto una diagnosi corretta. Inversamente, studi retrospettivi su soggetti con diagnosi all'esordio di dist. bipolare (MIDAS Project, Rhode Island) hanno dimostrato che utilizzando interviste strutturate il 60% delle diagnosi effettuate non risultava corretto (29). La presenza di queste complessità diagnostiche suggerisce di definire un protocollo diagnostico che possa ridurre il rischio di misdiagnosi, anche alla luce di una terapia farmacologica che, seppur efficace, è potenzialmente e generalmente gravata di effetti collaterali disturbanti. A tal proposito la letteratura scientifica internazionale è ricca di contributi e il dibattito scientifico estremamente fecondo. Arrasate et coll (2) hanno suggerito l'importanza dell'identificazione tramite la Young Mania Rating Scale e la Hamilton Depression Rating Scale delle dimensioni affettive negli esordi psicotici acuti: in questo studio il riscontro all'esordio di sintomatologia affettiva maniacale si mostrava in grado di predire una successiva stabile diagnosi di disturbo bipolare. La diagnosi di disturbo bipolare non può essere effettuata in presenza di sola sintomatologia depressiva (anche con sintomi psicotici) e familiarità per bipolarità (23): una condizione simile rende però necessario un attento e stretto monitoraggio delle condizioni cliniche. L'utilizzo di scale diagnostiche può essere di supporto al colloquio clinico: tra le scale più utilizzate la Young Mania Rating Scale e la Hamilton Depression Rating Scale, la WASH-U-KSADS (8). L'utilizzo di un protocollo diagnostico aumenta specificità e sensibilità della diagnosi, che comunque deve essere rivalutata nel corso del tempo, e non può essere ritenuta definitiva. Alcuni autori (19) hanno suggerito un approccio clinico basato sulla stadiazione del rischio

di sviluppare episodi maniacali o psicotici in soggetti con sintomatologia depressiva: in soggetti con basso rischio vengono proposti interventi a bassissimo rischio (follow-up, interventi psicologici brevi o strutturati, interventi sui familiari, implementazione alimentare, ad esempio con Omega-3) mentre la terapia farmacologica viene suggerita in soggetti a rischio elevato. Osservare longitudinalmente l'andamento clinico risulta comunque fondamentale, soprattutto in quei casi dove gli aspetti psicopatologici ad esordio precoce si sovrappongono a importanti tematiche evolutive ed identitarie. In questi casi risulta estremamente indicato un approccio integrato psicologico e psichiatrico che non banalizzi da un lato le difficoltà evolutive dall'altro la diagnosi clinica, cosa che purtroppo è ancora estremamente comune in ambito clinico. È infatti esperienza estremamente comune quella di essere consultati tardivamente dai soggetti con sintomi sottosoglia o dalle loro famiglie, che spesso supportano tale decisione (a volte con il beneplacito degli psicoterapeuti): il timore della terapia farmacologica infatti allontana i pazienti dai servizi e impedisce un approfondimento diagnostico che invece risulterebbe estremamente indicato, soprattutto nei minori. Questo aspetto non risulta sottolineato a sufficienza: un gran numero di ragazzi con sintomatologia depressiva non effettua una valutazione clinica, transitando in molti casi presso ambulatori psicologici piuttosto che in ambulatori medici specialistici (UONPIA e CPS). Integrare il lavoro di rete con la medicina e la pediatria di base, primo referente in situazioni di disagio psichico, risulta fondamentale.

Un'ulteriore suggestione che si può estrapolare da questo primo caso clinico viene dalle modalità di inserimento nel percorso di cura della famiglia (12). Lo scoglio della maggiore età infatti definisce un cambiamento netto di approccio e di possibilità di coinvolgimento dei genitori nel percorso di cura. Mentre per il soggetto minore la famiglia risulta un soggetto imprescindibile rispetto all'intervento dei servizi, in caso di maggiore età la posizione che l'utente assume nei confronti dell'inseri-

mento del percorso di cura dei familiari è fondamentale. Il paziente giovane, anche se maggiorenne, vive ancora generalmente in famiglia e i genitori mantengono un ruolo di assoluto riferimento per gran parte degli aspetti della sua vita. La tendenza dell'adolescente a proiettare sul contesto ambientale e familiare i propri vissuti e quindi anche gli aspetti della propria psicopatologia (tanto che alcuni autori di formazione psicoanalitica hanno definito la famiglia come "spazio psichico allargato") suggerisce la necessità, riscontrata frequentemente nella clinica, di avere la famiglia come alleato rispetto al percorso di cura, quale soggetto in grado di riconoscere gli aspetti patologici e disfunzionali e mettere in atto risposte e comportamenti il più possibile terapeutici ed evolutivi. Diversi studi hanno evidenziato che il coinvolgimento della famiglia è uno dei fattori prognostici favorevoli all'esito del trattamento e l'opposizione familiare alle cure, specie in soggetti giovani, favorisce elevati tassi di drop-out o una scarsa aderenza ai programmi terapeutici (25; 26). Il coinvolgimento può essere declinato in modi differenti a seconda delle necessità cliniche, sia con l'utilizzo di interventi strutturati (interventi psico-educazionali e parent-training, interventi psicoterapici) che non strutturati (periodici incontri con i curanti, incontri di restituzione) o con veri e propri interventi di terapia familiare. Il coinvolgimento della famiglia deve comunque essere esplicitato ed inserito in un "contratto" terapeutico con il paziente, sia che questi abbia (in caso di maggiore età) o non abbia il potere di autorizzarlo.

CASO CLINICO N.2

Primo Contatto

Il primo contatto con A., ragazzo di 17 anni, viene mediato dalla madre e dalla zia materna in SPDC poco dopo la fuga del ragazzo dal reparto dove era stato ricoverato un giorno prima per un'acuzie psicotica. In un clima di "allarme emotivo" i familiari denunciavano l'abbandono del ragazzo

da parte delle istituzioni nonostante nella presa in carico fossero coinvolti la NPI di competenza territoriale, il Servizio di Tutela Minori del Comune di Milano, il Servizio di Psicologia Clinica e, da poco, il nostro Servizio Psichiatrico. Raccogliendo le informazioni emergeva la mancanza di coordinamento delle parti in causa che venivano stimolate più dagli input dei familiari e dalla necessità di ridurre l'angoscia che dalla necessità di costruire un progetto di cura condiviso. Attraverso il consenso dei familiari si decideva, dato ormai il transito di A. in un contesto di adulti, di assumere, come Servizio Territoriale, la titolarità del caso cercando di coordinare i Servizi interessati.

Al momento, dato il rientro di A. al domicilio, la sua sostanziale tranquillità, la indisponibilità da parte dei familiari ad un nuovo ricovero in SPDC ma la disponibilità a riportarlo in PS in caso di necessità, si concordava una data per una visita domiciliare. Durante la riunione d'equipe del CPS competente si definiva un Case Manager (nella figura di un educatore professionale) per coordinare gli interventi e pianificare un Progetto Terapeutico. Si fissava la data per una domiciliare e le date d'incontro con i Servizi interessati.

Anamnesi Patologica Prossima

Da alcune settimane, A., iniziava a presentare reattività nei confronti della madre, allarme e interpretazione delirante con aspetti megalomaniaci. Mai trattato farmacologicamente, era stato inviato al Servizio di Psicologia per una presa in carico psicologica da parte della UONPIA. Data, però la condizione di acuzie, la collega psicologa indirizzava il paziente per un ricovero in SPDC. Dopo un giorno di ricovero scappava dal reparto per far rientro al domicilio.

Primo Colloquio

La prima visita avveniva al domicilio del paziente con la madre presente. Era presente anche il Case Manager. A. si presentava vigile, dissintono e scarsamente collaborante. Emergeva un costrutto delirante genealogico in cui si identificava come congiunto di personaggi famosi (tra cui

alcuni rapper). Abitava con la madre e il fratello minore di 2 anni in una casa di proprietà acquistata dalla madre nonostante le difficoltà economiche. Il padre, divorziato dalla madre, aveva lasciato il nucleo familiare da alcuni anni. Sulla base del ricordo negativo del ricovero e del timore di poter fare ritorno in SPDC accetta un programma di visite domiciliari e di assumere terapia farmacologica a base di risperidone inizialmente a bassi dosaggi (2mg/die).

Anamnesi Patologica Remota

L'esordio sintomatologico sembrava collocarsi tra la fine delle elementari e l'inizio della scuola media con condotte francamente oppostive, isolamento sociale, ideazione centrata su tematiche sessuali e progressivo scadimento della performance scolastica. In quel periodo il nucleo familiare (composto dalla madre, da A. e dal fratello minore poiché il padre aveva da tempo abbandonato la famiglia) veniva segnalato ai Servizi del Comune che assegnavano un educatore al domicilio del paziente. Intorno ai 15 anni, dato il perseverare e l'aggravarsi delle condizioni psichiche veniva inviato alla NPI senza che si raggiungesse, nel tempo, alcuna alleanza terapeutica né si individuasse la necessità di trattare farmacologicamente A.

Anamnesi Familiare: nonna paterna affetta da schizofrenia paranoide ed in cura presso i Servizi Psichiatrici; il padre verosimilmente affetto da un grave disturbo di personalità; la madre, ansiosa, con tratti di dipendenza; la zia materna estremamente rivendicativa. Nel complesso il nucleo familiare tendeva a banalizzare le condotte di A. e cercava di "normalizzare" le tematiche deliranti.

Progetto Terapeutico

Veniva organizzata una riunione con i colleghi della NPIA al fine di acquisire informazioni e definire il progetto di presa in carico alla psichiatria. Il percorso con la Psicologia Clinica si era chiuso naturalmente con il ricovero. I Servizi del Comune si impegnavano a garantire il supporto educativo ed accompagnamenti fino al

raggiungimento della maggiore età di A. Si definivano delle riunioni di aggiornamento. L'obiettivo primario del progetto era di indirizzare A., dopo la costruzione di un'alleanza terapeutica e l'impostazione della terapia farmacologica, verso il Centro Diurno a cui era già stato segnalato il caso.

Evoluzione del caso e suo attuale stadio

Nonostante gli iniziali accordi A. non aveva assunto la terapia e si rendeva irreperibile alle domiciliari. Veniva segnalata dalla madre reattività. Si rendeva necessario un nuovo ricovero in SPDC, trovando l'accordo con la madre, e si reimpostava il progetto terapeutico indirizzando, già nel corso del ricovero, A. al DH e verso l'introduzione di una terapia farmacologica long acting (risperdal 37,5mg ogni 2 sett.). Parallelamente, con l'avvicinarsi della maggiore età, si iniziava a valutare l'ipotesi di una Amministrazione di Sostegno e la domanda di Invalidità Civile. Attualmente A. è in buon compenso psicopatologico tanto da iniziare il programma di dimissione dal DH e di inserimento al CD.

Commento

Questo secondo caso clinico discusso, pur mostrando alcuni punti in comune con il precedente, ne diverge in modo importante per alcune tematiche e permette di affrontare criticità che spesso si incontrano nella pratica clinica.

Emergono alcuni temi da discutere: il primo riguarda la difficoltà a progredire in un percorso di cura condiviso quando, sul caso, operano più enti in modo "orizzontale" laddove esiste una frattura nella presa in carico che si colloca ad un'età precisa (i 18 anni); il secondo riguarda i rischi/benefici del ricovero di un adolescente in SPDC; il terzo riguarda l'utilizzo di terapie "off label", la disomogeneità nell'utilizzo di presidi psicofarmacologici in NPIA e la necessità di linee guida e di linee di ricerca sulla sicurezza di farmaci nella fascia 14-17 anni.

Per quanto riguarda il primo punto in esame la "fram-

mentazione per età” dei Servizi mal si adatta al possibile intervento precoce: infatti, il trasferimento dei giovani da un Servizio all’altro al compimento del diciottesimo anno, comporta notevoli inefficienze, mancano approcci coordinati e si perdono occasioni di formazione rispetto a questioni che sono a cavallo dell’età di passaggio. Inoltre le impostazioni culturali rispetto a cura e assistenza, nonché la miscela di abilità presenti nei Servizi per bambini e in quelli per adulti sono radicalmente diverse (18;27). Un passo nella direzione dell’integrazione tra i Servizi è rappresentato dalla Procedura per i Passaggio in cura dei pazienti dalle UONPIA ai Servizi dei DSM stilata dalla SC Salute Mentale dell’ASL di Milano (3). Questo prevede delle procedure “minimali a garanzia di un’adeguata continuità terapeutica per i soggetti reputati bisognosi di assistenza successivamente al compimento dei 18 anni”. Si articola su tre ambiti:

1. *Diagnosi e profilo di cura:* questo definisce un passaggio per presa in carico e riguarda soggetti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi, un passaggio a servizi del DSM quali Programmi Innovativi triennali di Salute Mentale, UO di Psicologia Clinica, CPS per assunzione in cura per pazienti con bisogni prevalentemente di tipo specialistico e, infine, passaggio al CPS per consulenza (es. ritardo intellettivo).
2. *Modalità di passaggio e tempi:* per i pazienti con un profilo di presa in carico il 1° contatto avviene un anno prima dell’effettivo passaggio con l’effettuazione di almeno 2 incontri tra le equipe per la programmazione e eventuale revisione del programma di cura e di un incontro dell’equipe con il paziente e la famiglia; per i pazienti con un profilo di assunzione in cura è previsto un incontro tra le equipe nei 6 mesi precedenti al passaggio e del paziente i familiari con il nuovo servizio di cura; per le consulenze la modalità è analoga alla precedente.
3. *Strumenti:* scheda di passaggio, colloquio/incontro, lettera a cura della UONPIA che comunica la MMG il passaggio del paziente.

Se sul piano operativo questo permette di “non perdere di vista” situazioni potenzialmente gravi e gravose nella transizione di cura, dall’altra ancora, come abbiamo visto nel caso descritto, non consente al Servizio “accettante” di assumere decisioni terapeutiche prima del passaggio, con il rischio mantenere “viva” la frammentazione (di ordine terapeutico sia farmacologico che riabilitativo).

In relazione al secondo pare opportuno introdurre alcune riflessioni sul SPDC e sulla tipologia di utenza che un giovane viene a configurare. Se nel caso di patologie gravi (psicosi, disturbi borderline di personalità in fase di scompenso, alterazioni comportamentali auto od etero aggressive) può rendersi necessario un intervento intensivo da attuare in un ambiente ospedaliero non va dimenticato come questo è stato sempre considerato un rimedio estremo cui ricorrere quando le capacità contrattuali e una possibile alleanza con le aree di sanità del paziente sono inesistenti o molto fragili. Da questa posizione consegue il riconoscimento di una specificità funzionale in senso terapeutico della degenza che va salvaguardata malgrado si possa spesso venire a creare una conflittualità tra interesse del singolo paziente e organizzazione complessiva del Servizio (4). Gli adolescenti che giungono al primo ricovero in SPDC, come nel caso di A, rappresentano utenti che vivono in modo drammatico e perturbante l’incontro con il clima “folle” che connota il reparto per cui la motivazione predominante è quella della dimissione, con scarsissima disponibilità a mettere in discussione la crisi che ha determinato il ricovero (5). Laddove, però, le potenzialità terapeutiche di un reparto si attivino il reparto può diventare luogo d’elezione per iniziare un percorso di cura che consente di prendere in carico l’utente e i familiari, di iniziare un trattamento farmacologico e di conoscere i referenti del Servizio territoriale che lo accoglieranno al momento della dimissione.

Per quanto concerne il terzo punto l’uso di terapie farmacologiche off label sta diventando un argomento molto discusso nel trattamento psichiatrico degli adolescenti. Se si escludono farmaci approvati per l’ADHD la

maggior parte dei farmaci viene prescritto off label (con problemi di rimborsabilità in alcuni Paesi Europei) e principalmente per trattare condizioni di impulsività e aggressività (14). I trattamenti farmacologici sono largamente basati su studi effettuati sugli adulti con i limiti di una tale estrapolazione ma nonostante vi sia accordo sulla necessità di ricerca in tal senso mancano dati sulla sicurezza nel breve e lungo periodo (28). A questo si aggiunge che gli aspetti etici dei trattamenti psichiatrici nei minori sono ancora raramente discussi (13). Se consideriamo i rischi di ordine medico-legale che possono accompagnarsi ad errate prescrizioni o alla presenza di eventi avversi il rischio di escludere dalla possibilità di interventi precoci gli adolescenti che accedono ai Servizi, cui venga diagnosticato tempestivamente un disturbo psichiatrico, diviene reale e con esso il rischio di intercettare giovani utenti con scarse possibilità di remissione sintomatologica.

CONCLUSIONI

La descrizione dei casi clinici sopra menzionati ha permesso di evidenziare alcuni dei problemi emersi nell'introduzione.

L'opportunità, come descritto in letteratura, di definire una diagnosi d'ingresso che potrà poi essere modificata attraverso l'uso di un protocollo diagnostico che possa ridurre il rischio di trattamenti inappropriati. Sappiamo infatti che l'età tra i 14 e i 24 è a la fascia d'esordio di quasi tutte le patologie psichiatriche (24) ed è inoltre una fascia a rischio per l'utilizzo di sostanze d'abuso la cui identificazione rende necessaria un'attenta diagnosi differenziale (9).

Tale pratica, per chi lavora sul territorio, soprattutto in relazione all'uso di scale di valutazione, è ancora carente rendendo disomogenea l'offerta clinica per i pazienti che può variare da Servizio a Servizio e anche all'interno dello stesso DSM.

La necessità di costruire un sistema di coordinamento tra le Strutture che lavorano sul territorio al fine di creare una rete che possa realmente condurre ad una transizione dai Servizi per gli adolescenti a quelli per l'età adulta che garantisca non solo una continuità di presa in carico ma soprattutto un'omogeneità nel proseguimento del percorso di cura.

La frattura, infatti, che si crea al compimento del diciottesimo anno paradossalmente definisce una situazione che permette trattamenti non "autorizzati" fino al giorno precedente con la concreta possibilità di non poter offrire la migliore cura possibile e nei tempi adeguati a condizioni di esordio sintomatologico.

Come evidenziato precedentemente la definizione di protocolli, che hanno sicuramente il pregio di ridurre i "persi di vista", non può che rappresentare il primo passo di un'integrazione che necessita di revisione costante per non rendere le procedure svuotate da un contenuto terapeutico.

Il bisogno di definire un Progetto Terapeutico all'interno dell'equipe curante per favorire l'alleanza terapeutica con il Servizio (e non solo con il singolo operatore) includendo non solo il paziente ma anche i familiari (12) cercando questa definizione anche nel contesto dell'urgenza del SPDC.

Infine, per le condizioni più gravi e gravose, il dovere di lavorare per definire risposte terapeutiche e farmacologiche adeguate, sia sotto il profilo di sicurezza per l'utente che medico-legale per il prescrittore, per migliorare le risposte cliniche e ridurre la percezione d'impotenza ed inefficacia dei trattamenti psichiatrici dovute al ritardo nell'intervento (16).

* *Dipartimento di Psichiatria, Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo, Milano*

** *Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Alison R.Y., Henry J.J., *L'esordio del disturbo psicotico: aspetti clinici e di ricerca*. In McGorry P.D., Henry J.J. Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio. Centro Scientifico Ed. Torino, 2001.
2. Arrasate M., González-Ortega I., Alberich S., Gutierrez M., Martínez-Cengotitabengoa M., Mosquera F., Cruz N., González-Torres M.A., Henry C., González-Pinto A., *Affective dimensions as a diagnostic tool for bipolar disorder in first psychotic episodes*. Eur Psychiatry, 2013 Sep 26.
3. ASL di Milano. SC Salute Mentale. *Procedura di Passaggio in Cura dei Pazienti dalle UONPIA ai Servizi dei DSM*. Rev.00 del 18.05, 2010.
4. Caverzasi E., Vender S., *L'approccio al paziente in un Servizio di diagnosi e cura*. In Fare e Pensare in Psichiatria. Raffaello Cortina ed. Milano, 1987.
5. De Martis D., *Il Servizio di diagnosi e cura in un'ottica relazionale*. In Fare e Pensare in Psichiatria. Raffaello Cortina ed. Milano, 1987.
6. Duffy A., Alda M., Crawford L., Milin R., Grof P., *The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents*. Bipolar Disord 2007;9 (8) 828- 838.
7. Duffy A., Horrocks J., Milin R., Doucette S., Persson G., Grof P., *Adolescent substance use disorder during the early stages of bipolar disorder: a prospective high-risk study*. J Affect Disord. 2012 Dec 15;142(1-3):57-64.
8. Geller B., Williams M., Zimmerman B., et al. *Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-UKSADS)*. St. Louis: Washington University, 1996.
9. Geller B., Luby J., *Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 1168-1176, 1997.
10. Goldstein B.I., Bukstein O.G., *Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder: opportunities for early identification and prevention*. J Clin Psychiatry. 2010 Mar;71(3):348-58.
11. Henin A., Biederman J., Mick E., Sachs G.S., Hirshfeld-Becker D.R., Siegel R.S., McMurrich S., Grandin L., Nierenberg A.A., *Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study*. Biol Psychiatry 2005;58 (7) 554- 561
12. Justo L.P., Soares B.G., Calil H.M., *Family interventions for bipolar disorder*. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4).
13. Koelch M., Schnoor K., Fegert J.M., *Ethical issues in psychopharmacology of children and adolescents*. Curr Opin Psychiatry. 2008 Nov;21(6):598-605.
14. Kölch M., Allroggen M., Fegert J.M., *Off-label use in child and adolescent psychiatry*. An ongoing ethical, medical and legal problem, Nervenarzt. 2009 Jul; 80(7):789-96
15. Lewinsohn P.M., Seeley J.R., Buckley M.E., Klein D.N., *Bipolar disorder in adolescence and young adulthood*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2002;11 (3) 461-475
16. McGorry P.D., *The next stage for diagnosis: validity through utility*. World Psychiatry, Vol. 12, n. 3, 2013 Oct; pag. 213-215
17. McGorry P.D., *Mettiamo a fuoco l'obiettivo: l'intervento nel mondo reale*. In McGorry P.D., Henry J.J., Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio. Centro Scientifico Ed. Torino, 2001.
18. McGorry P.D., Mihalopoulos C., Carter R.C., *Is Early Intervention in First Episode of Psychosis an Economically Viable Method of Improving Outcome?* Proceedings of the 1996 World Psychiatric Congress, Madrid, 1996.
19. McNamara R.K., Strawn J.R., Chang K.D., DelBello M.P., *Interventions for youth at high risk for bipolar disorder and schizophrenia*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2012 Oct;21(4):739-51.
20. Merikangas K.R. et al., *Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative*. Arch. Gen. Psychiatry 2011; 68 (3):241-251.
21. Ministero della Salute, *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*. Roma, 2013.
22. Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T.R., Jones P.B., Burke M., Lewis G., *Cannabis use and risk of*

-
- psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*. Lancet. 2007 Jul 28;370(9584):319-28.
23. NICE, *National Clinical Practice Guideline Number 38*
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg38fullguideline.pdf>, 2006.
24. Paus T, Keshavan M., Giedd J.N., *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* Nat Rev Neurosci. 2008 Dec;9(12):947-57. doi: 10.1038/nrn2513. Epub 2008 Nov 12.
25. Perlick D.A., Miklowitz D.J., Lopez N., et al., *Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder*. Bipolar Disord 2010; 12:627-637.
26. Pfennig A., Correll C.U., Marx C., Rottmann-Wolf M., Meyer T.D., Bauer M., Leopold K., *Psychotherapeutic interventions in individuals at risk of developing bipolar disorder: a systematic review*. Early Interv Psychiatry. 2013 Aug 22.
27. Rutter M., *Psychosocial Disorders in Young People*. Chichester, UK: Wiley 1995.
28. Wohlfarth T., Kalverdijk L., Rademaker C., Schothorst P., Minderaa R., Gispen-de Wied C., *Psychopharmacology for children: from off label use to registration*. Eur Neuropsychopharmacol. 2009 Aug;19(8):603-8.
29. Zimmerman M., Ruggero C.J., Chelminski I., Young D., *Is bipolar disorder overdiagnosed?* The Journal of clinical psychiatry, 2008 Jun;69(6):935-940.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio: I. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi