



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

AnnoXXX • n. 1 • gennaio-giugno

## 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:**  
Claudio Mencacci (*Milano, MI*)  
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](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

**EDITORE:**  
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**3** La paranoia (ri-)accende i forni crematori  
di Giannelli A.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**8** L'ADHD nell'adulto  
*Esperienza clinica e linee guida per il trattamento*  
di Migliarese G., Magni E., Cerveri G., Venturi V., Mencacci C.

**23** Linee di indirizzo intersocietarie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento del delirium nella persona anziana  
di Toscano M.

**36** Questioni "Alle Frontiere della 180"  
*Alcuni spunti di riflessione*  
di Bruno D.

**39** Conoscenza degli effetti e uso della Cannabis  
*Uno studio su un campione di studenti bolognesi*  
di Staccini L., Mandelli L., Ali S., Cucchi M., Porcelli S.

**51** La necessità di un intervento precoce nella Schizofrenia  
*Utilizzo dei LAI e barriere nel loro utilizzo*  
di Gala C., Cavallotti S.

**57** Dipendenza da internet e comorbidità psicopatologica  
*Una indagine in pazienti in carico ai servizi di salute mentale dell'area metropolitana*  
di Di Bernardo I., Truzoli R., Varinelli A., Viganò C.A.

**64** Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) nell'Adulto  
*Un progetto in Valtellina e Alto Lario*  
di Ballantini M.

### PSICHIATRIA FORENSE

**69** Il Disegno di Legge c.d. GELLI è divenuto legge dello stato  
di Mantovani R.

IN COPERTINA: Timoteo

*Leda con il cigno*  
*Musei capitolini*

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](http://www.psichiatriaoggi.it)

## **Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) nell'Adulto**

*Un progetto in Valtellina e Alto Lario*

*Mario Ballantini\**

Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività (ADHD) è una condizione morbosa molto frequente che esordisce nell'infanzia e nella preadolescenza (entro i 12 anni di età secondo i criteri diagnostici del DSM V). L'ADHD è associata ad un livello significativo di riduzione del funzionamento personale, quali minore livello di scolarizzazione rispetto alle potenzialità e al QI, ridotto funzionamento in ambito lavorativo con minore livello professionale e retributivo raggiunto, maggiori tassi di disoccupazione o licenziamento, minore funzionamento in ambito familiare e relazionale con maggiori tassi di conflittualità e divorzio/separazione, più alta incidenza di anomalie della condotta per impulsività (liti, risse, violazioni del codice della strada, denunce/condanne), più alti tassi di condotte di abuso di sostanze.

La triade caratteristica del disturbo è costituita da iperattività, impulsività e inattenzione. Il quadro presenta alcune difficoltà diagnostiche e terapeutiche. Queste non consistono in sintomi difficili da riconoscere oppure nella indisponibilità di terapie efficaci.

Per ciò che riguarda la diagnosi, la difficoltà consiste nell'aspecificità dei sintomi e, come accade in molte patologie (l'ipertensione, il diabete, la febbre...), nella loro natura dimensionale; il fatto che in diversi casi (come nell'ipertensione, ad es.) non sia sempre agevole definire un discrimine tra normale e patologico non dovrebbe costituire una critica alla stessa "esistenza" della patologia.

L'altra difficoltà diagnostica è la tendenza a interpretare i comportamenti "eccessivi" di un bambino come problemi di natura psicologica, educativa, sociale ecc e non medica. Ovviamente questi problemi incidono anche

sulle manifestazioni dell'ADHD ma il "core" sintomatologico rimane discreto, ben definito e relativamente indipendente. Cionondimeno questo aspetto insieme alla riluttanza a voler diagnosticare un bambino come portatore di un disturbo, lascia la diagnosi in ombra.

Per quanto riguarda la terapia, il punto principale è la difficoltà a far accettare la somministrazione di farmaci psicotropi ad un bambino da parte della famiglia. Pur non negando la possibilità di un "abuso" nella prescrizione di farmaci psicostimolanti in alcune aree del mondo (non certamente in Italia, dove la prescrizione è molto bassa), il farmaco è di efficacia documentatissima e ben tollerato all'interno di un progetto di cura che comprenda anche interventi non farmacologici. La resistenza incontrata è perlopiù dovuta ad una non conoscenza e a pregiudizio.

### **ADHD TRA BAMBINO E ADULTO**

L'ADHD, se non adeguatamente diagnosticata e trattata, tende a persistere anche in età adulta, sebbene con diverse caratteristiche sintomatologiche. Si stima, infatti, che nei due terzi dei bambini affetti, tale condizione non trattata persista lungo tutto l'arco di vita, dall'adolescenza, all'età adulta e persino alla terza età.

Nell'adulto questa condizione assume carattere altamente comorbile. Il 75% degli adulti con ADHD ha uno o più disturbi mentali associati. In popolazioni adulte con ADHD si riscontrano: Disturbo Depressivo (con Prevalenza Stagionale) (25-66%), Disturbo Bipolare (Prevalenza di II tipo) (10%), Disturbi d'ansia (25-63%), Disturbo da Uso di Sostanze (25-55%), Fumo (40%), Disturbi del sonno (80%), Disturbi di Personalità (Cluster B) (6-25%), Disturbi del Comportamento Alimentare (Bulimia) (9%), Disturbo da Tic (11%). Secondo i dati epidemiologici l'ADHD è atteso in circa il 20% della popolazione clinica che afferisce ai servizi psichiatrici.

Diversi studi indicano che l'ADHD ha una prevalenza di circa il 3% in età infantile e dal 2,5 al 4% in età adulta. Questi dati comprendono casi più o meno gravi ma di sicura identificazione.

Secondo indagini Istat del 2016 la fascia di età tra i 5 e i 15 anni comprende circa il 9% della popolazione (fonte: <http://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-sondrio/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2016>). Pertanto considerando i 181.000 abitanti della Provincia di Sondrio e i 55.000 del Medio Alto Lario ci si attende un totale di circa 21.000 soggetti in tale fascia di età "sensibile". Complessivamente nel nostro territorio di competenza possiamo aspettarci una prevalenza di circa 630 bambini/preadolescenti e circa 5.000 adulti affetti.

Riguardo alla diagnosi e al trattamento dell'ADHD, la situazione italiana è particolarmente deficitaria se confrontata a quella europea. Secondo dati Istat del 2010/11 del 4% di prevalenza della popolazione clinica infantile/preadolescenziiale solo l'1,4% riceve una diagnosi e di questi solo il 48% riceve un trattamento.

Nel nostro territorio, alla data del 31/12/2016 l'UONPIA aveva in carico, nella fascia di età considerata, circa 50 soggetti, identificando una sostanziale sotto stima del disturbo. La NPIA di Sondrio infatti è in contatto, nella fascia di età di competenza con 2.500 bambini e vede circa 700 nuovi casi ogni anno... ma evidentemente l'ADHD non viene percepito e individuato.

Per l'adulto la situazione è ancora peggiore poiché al 31/12/2016 non erano presenti pazienti adulti con ADHD in carico ai servizi psichiatrici del DSM dell'ASST-VAL.

Questi dati di prevalenza trattata nella nostra area ha posto come urgente la necessità un cambiamento culturale nel personale sanitario e nella popolazione generale per sensibilizzare al problema. L'ADHD è riconosciuto e studiato in tutto il mondo (non solo quello c.d. "occidentale") e sono disponibili trattamenti sicuri, efficaci e poco costosi in grado di migliorare in modo marcato il futuro di questi pazienti. E' così inaccettabile, per pregiudizi ideologici e privi di consistenza scientifica, che gli specialisti non vengano sensibilizzati e istruiti alla diagnosi e alla terapia (come per ogni altro disturbo

emotivo e comportamentale); che i bambini e gli adulti non abbiano accesso ad una diagnosi e ad una terapia appropriata, compreso tutte le informazioni necessarie per un valido consenso.

Di qui la necessità di intraprendere una serie di iniziative a due livelli:

- da parte della UONPIA nei confronti di scuola e famiglie per favorire e monitorare la diagnosi nelle fasce 5–15 anni;
- da parte della psichiatria implementare+e un progetto specifico riguardante lo screening, la valutazione e il trattamento dell'ADHD nell'adulto nella popolazione che si rivolge ai servizi del Dipartimento di salute mentale e dipendenze di Valtellina e Alto Lario. Questo progetto è descritto più avanti.

## **OBIETTIVI PRINCIPALI**

Gli obiettivi principali del progetto possono così riassumersi:

- offrire un'unità d'offerta specifica di riferimento (specialistico di secondo livello) per la Provincia di Sondrio e il distretto Medio Alto Lario per l'individuazione e il trattamento delle forme di ADHD dell'adulto,
- migliorare l'accessibilità ai programmi di cura per l'ADHD della popolazione infantile/preadolescenziiale/adolescenziale,
- favorire la cultura della presa in carico multimodale,
- favorire e assicurare la continuità terapeutica nel passaggio all'età adulta.

Questi obiettivi si raggiungono attraverso l'implementazione di protocolli ben definiti atti a circoscrivere le diverse fasi della presa in carico: la fase dello screening della popolazione clinica che accede ai servizi psichiatrici del DSM, la fase diagnostica con strumenti validati per la diagnosi dell'ADHD e delle patologie in comorbidità, la fase del trattamento multimodale attraverso diversi strumenti quali la psicofarmacoterapia, la psicoterapia,

la psicoeducazione e il coaching, il Day Hospital diagnostico e/o terapeutico o il ricovero in SPDC, con la partecipazione al progetto delle diverse figure professionali coinvolte nel trattamento: psichiatri, psicologi, educatori, Infermieri, assistenti sociali.

I programmi di cura sono, infine, sottoposti a periodiche valutazioni circa la verifica delle attività e degli esiti. Ulteriori obiettivi sono la formazione degli operatori coinvolti nel progetto, il collegamento e l'integrazione con le Istituzioni che possono intercettare la popolazione clinica (MMG, UONPIA, Servizi per le Dipendenze, Associazione Italiana Famiglie ADHD, Scuole, Uffici di Piano dei Servizi Sociali), le iniziative volte alla informazione/sensibilizzazione della popolazione, la collaborazione in rete con altre istituzioni di pari o livello superiore in ambito nazionale.

### **ATTIVITÀ PREVISTE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PRINCIPALI**

La prima attività è stata la creazione di un' *equipe dedicata* (Psichiatra, Psicologo, Educatori, Infermieri) e l'avvio di un Ambulatorio per l'ADHD dell'Adulto, che si occuperà della Diagnosi e del Trattamento e che sarà collocato presso il CPS di Ossuccio.

La seconda attività consiste nell'Implementazione di una *fase di Screening* attraverso la Scala di Autovalutazione ASRS-VI.1 per l'ADHD dell'adulto formato a sei items che sarà somministrato agli utenti in prima visita che accedono ai servizi psichiatrici del DSM. La platea interessata sono 1300 adulti che ogni anno si rivolgono ai diversi CPS e ambulatori del DSM.

La terza attività è rivolta alla elaborazione e applicazione di *specifici protocolli di Diagnosi e Cura*. Per la Diagnosi si farà riferimento alla somministrazione di Strumenti Validati per l'ADHD dell'Adulto (DIVA: Intervista Diagnostica per l'ADHD dell'Adulto secondo i criteri del DSM V) e per i principali disturbi in comorbidità (BPRS, SCID-II, Beck, Scala per l'ideazione Suicidaria

Beck). Per il trattamento si fa riferimento, quale modalità validata, al trattamento multimodale attraverso visite specialistiche psichiatriche, psicoterapia individuale o di gruppo, Psicoeducazione, Coaching. Ricorso ad eventuali Day Hospital diagnostici e/o terapeutici o ricoveri presso l'SPDC dell'Ospedale di Menaggio. Nel "pacchetto" trattamentale sono previsti il supporto e valutazione per le famiglie dei pazienti affetti da ADHD attraverso interventi psicoeducativi e il follow-up periodico degli esiti dei programmi di cura.

Le attività previste sono integrate dall'implementazione di specifiche attività formative sia all'interno del DSM che all'esterno (MMG, Scuole) per divulgare il programma di cura per l'ADHD dell'adulto e favorirne l'accessibilità degli utenti.

### **RISULTATI ATTESI**

Il principale risultato atteso è un cambiamento culturale: occorre che gli operatori sanitari, i genitori, la scuola comprendano non tanto che esiste qualcosa che si chiama ADHD, ma che alla base di numerosi problemi e difficoltà nella vita dei bambini e degli adulti con disturbi emotivi e comportamentali (difficoltà di integrazione e funzionamento scolastico e lavorativo) c'è una condizione identificabile e trattabile come l'ADHD. Come ricordato, spesso questi problemi sono letti esclusivamente in chiave psicologico, relazionale, etico-morale, pedagogico ecc. Queste dimensioni evidentemente esistono e hanno un grande valore in un soggetto con ADHD; ma occorre riconoscere "il principio organizzatore" di tutto il quadro per poi accedere ad un trattamento efficace (compresa l'opzione di una terapia farmacologica, talvolta fondamentale).

Un fenomeno simile non è nuovo in medicina. La storia degli attacchi di panico è stata molto simile. Il quadro non veniva riconosciuto non perché non si identificassero i sintomi o i pazienti, ma semplicemente perché non era stato identificato il principio organizzatore che stava alla base di una serie di fenomeni osservati nel tempo,

spesso in successione, e che venivano etichettati in altro modo: dipendenza da alcol, disturbo depressivo, d. di personalità (schizoide, dipendente, borderline ecc.), isteria, agorafobia, fobia sociale ecc.

Per realizzare il progetto si sta costruendo un Centro di riferimento per l'ADHD dell'adulto per la Provincia di Sondrio e per il territorio del Medio Alto Lario con trattamento multimodale in sede ambulatoriale. Da questa serie di azioni, ci aspettiamo quindi un progressivo aumento della prevalenza diagnosticata e trattata rispetto alla prevalenza attesa sulla base dei dati epidemiologici nazionali e internazionali. Questo risultato è

evidentemente correlato al miglioramento delle abilità e delle competenze degli operatori dei servizi della Salute Mentale, UONPIA, Servizi per la cura delle Dipendenze, MMG, per l'individuazione e il trattamento delle forme di ADHD dell'adulto.

Altro risultato è infine la creazione di una rete coinvolgente le Istituzioni locali quali Associazione Famiglie ADHD, Scuole, MMG, SERT, Consultori, Servizi Sociali.

### INDICATORI INDIVIDUATI

Sono stati individuati alcuni indicatori che potranno essere utili nel monitoraggio del percorso negli anni.

Indicatore	Significato
Evento informativo sulle problematiche correlate all'ADHD rivolto alla popolazione	Capacità di intervento educativo sulla popolazione al fine di migliorare le conoscenze e la sensibilità verso questo tipo di patologia
Evento formativo rivolto al personale DSM riguardo all'ADHD	Capacità di intervento educativo sul personale, migliorare conoscenze e sensibilità nei confronti della patologia, nonché addestrare all'uso dello screener (ASRS V. 1.1) e al comportamento di invio
Nr di utenti sottoposti a screening con ASRS-V1.1 / Prime visite	Capacità di proporre lo screener da parte dei servizi a tutti i potenziali pazienti
Nr di utenti sottoposti a Valutazione diagnostica specifica con DIVA / nr utenti positivi allo screening ASRS	Capacità di motivare i pazienti positivi allo screening a giungere fino ad una corretta valutazione diagnostica da parte del centro.
Nr di utenti reclutati al trattamento / nr utenti diagnosticati	Capacità di motivare alla terapia soggetti positivi alla diagnosi strutturata
Utenti con almeno 1 contatto mese con trattamento farmacologico / utenti reclutati in terapia	Capacità di condurre una terapia adeguata nei confronti dei pazienti reclutati

### Afferenza dell'autore

*\*Psichiatra, Direttore Dip. di Salute Mentale e Dipendenze  
Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario*

I°  
INDICATORE

Programmi formativi su ADHD  
e invio per DSM

Programmi informativi  
per la Popolazione

II°  
INDICATORE

Centro Psicosociale

Prime visite screening per  
ADHD (ASRS – V. 1.1)

III°  
INDICATORE

Positivo?

No

Centro Psicosociale

Sì

Informazione all'utenza  
sull'ipotesi diagnostica  
e proposta di invio al Centro  
ADHD: accettata?

No

Centro Psicosociale

Sì

Centro ADHD dell'Adulto

Fase diagnostica:  
DIVA, BPRS, SCID-II,  
Beck Valutazione psicologica,  
psichiatrica, educativa,  
socioambientale

IV°  
INDICATORE

Conferma?

No

Centro Psicosociale

Sì

Fase Terapeutica  
Farmacoterapia, Psicoterapia,  
Psicoeducazione, Coaching

V°  
INDICATORE

VI°  
INDICATORE

Valutazione degli esiti

## 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](mailto: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 (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- 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:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto: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