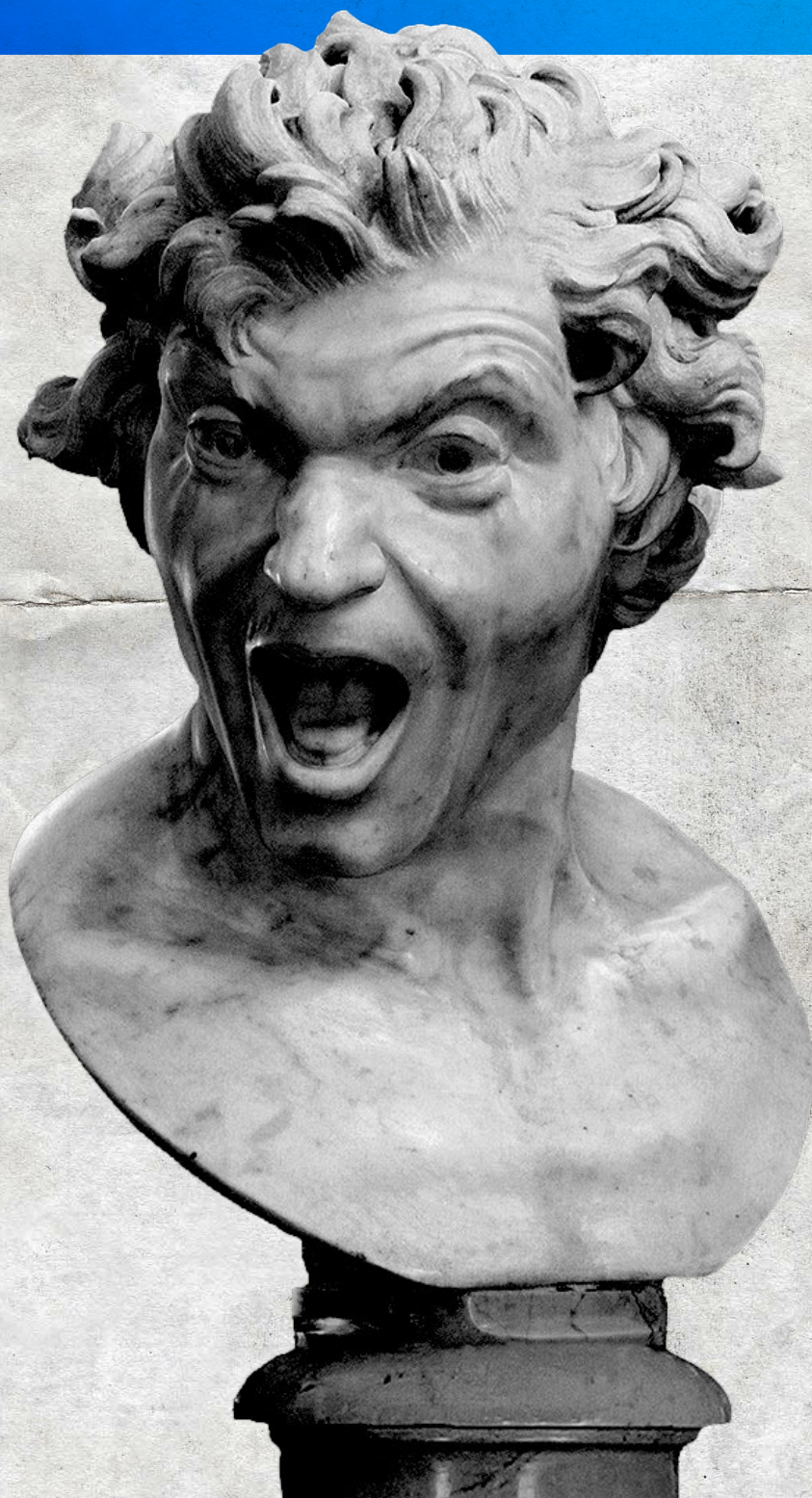




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





Il valore della ricerca.

Avere soluzioni terapeutiche innovative significa migliorare la vita delle persone dal punto di vista umano, sociale ed economico. Ma non sarebbe possibile senza nuove e incoraggianti scoperte in ambito farmaceutico: per questo motivo Janssen sostiene la ricerca globale all'interno dei propri laboratori e collabora con le realtà accademiche, scientifiche, industriali, istituzionali.

Giorno dopo giorno, Janssen affronta sfide sempre più complesse nel campo della medicina, rimanendo al fianco dei pazienti in molte delle principali aree terapeutiche: neuroscienze, infettivologia e vaccini, immunologia, malattie cardiovascolari e metaboliche, oncologia ed ematologia. Al tempo stesso promuove la sostenibilità del sistema salute con modelli innovativi di accesso e programmi di formazione e informazione.

Il valore della ricerca è solo uno dei cardini su cui si basa l'operato di Janssen in Italia: da 40 anni al servizio della ricerca per un mondo più sano.

Janssen. Più vita nella vita.

janssen 



SOMMARIO

AnnoXXXI • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondatore 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*)
Gabiella 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 Dipartimento di Salute Mentale
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza
OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente
tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 Questa notte si recita a soggetto
di Giannelli A.

11 A 40 anni dalla legge Basaglia
Presentazione Carta della Salute Mentale
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

14 Il trattamento del soggetto adulto con ADHD
Focus sulle comorbidità
Migliarese G., Viganò V., Venturi V., Reibman Y., Cerveri G., Mencacci C.

27 La promozione personale: esperienza nella Residenza Protetta
Don Rino Vallorani di Comunità e nella Co.s.e.r. di Forze in un
programma condiviso di sostegno psicosociale post sismico
Fotografia terapeutica e recupero della identità
*di Talamonti R.S., Giaccio P., Iachini M. G., Iachini S., Satulli M.C.,
Passalacqua A., Mazzaroni C., Caucci C., Alidori C., Di Gennaro M.,
Piciotti G., Valentini V., Addis A., Guidotti R., Tesla V., Baldassarri C.,
Rousakova M., Canala S., Gionni D., De Luna I., Petrini V.,
Bonanni M.C., Fioravanti A., Casoni L., Tiberio D., Mari M.,
Pizzi M. F., Galé V., Tania A., Roberta A., Nicolai D.*

31 Strategie innovative di trattamento per il disturbo bipolare
L'esperienza clinica dell'ospedale san carlo borromeo di milano
di Rigliano P., Colombi F., Gervasoni F., Notari G., Biffi G.

PSICHIATRIA FORENSE

36 Le interessantissime innovazioni introdotte dalla recente
Legge 22 dicembre 2017 n. 219
di Mantovani R.

IN COPERTINA: Gian Lorenzo Bernini, *Anima dannata*, circa 1619.
Palazzo di Spagna, Roma

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

Questa notte si recita a soggetto¹

Alberto Giannelli

Che la follia, intesa come sofferenza mentale in tutte le sue declinazioni, sia o possa essere creativa non c'è dubbio. Chiunque di noi — soggetti a dir così normali — ha il suo momento di follia, e ce l'ha nel sogno. Che cosa c'è di più creativo e di più folle di un sogno?

Cito, a questo proposito, il caso di una ragazzina di 13 anni di Oxford, che ha cominciato a suonare il piano a 2 anni, il violino a 3, a comporre a 4. La critica musicale la paragona, quanto a genialità precoce, a Mozart. La sua prima opera, composta a 8 anni e chiamata Cenerella, è già stata presentata in Israele e a Vienna. La cosa ancora più interessante è che nel sogno ode delle melodie, si sveglia, si alza piano piano e va alla scrivania e per due ore le trascrive in musica. Sentiremo parlare presto di lei anche in Italia. Il suo nome è Alma Deutscher.

Freud definiva il sogno la *psicosi dell'uomo normale*. Prima di lui **Schopenhauer**, che, per motivi anagrafici, non poteva aver letto l'Interpretazione dei Sogni (die Traumdeutung), che esce nel 1900, anche se già finita allo scadere dell'ottocento, diceva che *il sogno è una breve follia e la follia un lungo sogno*. Noi sogniamo nella fase REM del sonno, in quei momenti detto sonno paradosso, meno di frequente nei quattro stadi del sonno lento. Lo sappiamo dal 1953, per merito di **Aserinsky** e **Kleitmann**, e, più tardi, di Dement. Possiamo dire che quella è la prima scoperta delle neuroscienze moderne e possiamo definire la fase REM come il *setting neurobiologico* (il software) del sogno. Ci sono dunque segmenti di follia in ciascuno di

noi. *Mi piace intendere i sogni come dei diversivi — folli, appunto — che la mente si concede durante la notte. Brevi viaggi nel paesaggio altrimenti inesplorato della nostra interiorità*. Ma poi la mente ci delude quando al mattino non ne rimangono tracce. Come se a quei diversivi non avessimo avuto il diritto di partecipare. Chissà che in un futuro — non so quanto lontano — si possa, grazie a nuove tecnologie, registrare i sogni durante le fasi REM, per renderci conto di quello che noi abbiamo scritto di noi stessi senza saperlo. Diventeremmo delle biblioteche mobili che custodirebbero in modo indelebile il flusso ininterrotto delle nostre esperienze, di quelle, appunto, folli. *Un buon lettore fa del libro che legge un buon libro*. Qui sta il senso dell'interpretazione dei sogni. Essi sono, in fondo, delle prove teatrali delle quali siamo nello stesso tempo attore e personaggio protagonista, regista, scenografo e sceneggiatore. È come quando andiamo a teatro e non sappiamo nulla di quello cui stiamo per assistere. Rileggeremmo, registrandoli, i nostri sogni. **Borges** diceva di essere *più orgoglioso di quello che ha letto che non di quello che ha scritto*. Ma qui, nel sogno, il lettore è incorporato nell'autore, qualche cosa di più e di diverso.

Ho preso il titolo di questo intervento da **Pirandello**, scambiando la sera con la notte. In quel dramma, che Pirandello ha scritto nella sua piena maturità, il regista chiede ai suoi attori di prendere lo spunto da una novella pirandelliana. Da lui stesso, dunque. Come ci accade quando sogniamo, senza però sapere da quale precedente

1. L. Pirandello: *Questa sera si recita a soggetto*

prima mondiale nel 1930 a Koenigsberg, Prussia orientale, città natale di Kant, oggi Kaliningrad

nostra esperienza vissuta o che avremmo voluto vivere i nostri sogni prenderanno lo spunto, il soggetto, della loro rappresentazione notturna. Un evento, quello del sogno, ancora piuttosto enigmatico.

Approfitto di queste osservazioni per ricordare che quando chiediamo a un paziente come va il suo sonno, non dobbiamo fissare la nostra attenzione solo sulla presenza di un risveglio mattutino precoce e definitivo, ma anche chiedergli se sogna e ricorda i suoi sogni. Normalmente, il primo sogno lo facciamo dopo un'ora o poco più dall'addormentamento. Nel depresso, non c'è solo il risveglio mattutino precoce, ma anche *una latenza tra addormentamento e primo sogno più corta*. Nelle polisonografie questo dato è di comune riscontro. Questo è un contributo — forse il primo — che la neurofisiologia dà a meglio esplorare la sofferenza depressiva. O, meglio, *un primo rinforzo che una scienza naturale (la neurofisiologia, appunto) dà a una scienza umana (la psicopatologia), da sempre ritenuta più debole*. Un secondo contributo, la teoria dei *neuroni-specchio*, arriverà molti anni dopo e porterà alla spiegazione cerebrale dell'empatia e alla neuro-fenomenologia.

Quando un paziente mi racconta angosciato un sogno nel quale temeva di essere aggredito per strada mi devo, prima di tutto, preoccupare di lui e non dei suoi neuroni, di quello che mi dice e di come me lo dice. Perché è lui che ha paura, non i suoi neuroni. Ho a che fare con lui come persona, non la con la fase REM del suo sonno. *La dimensione sintattica del sogno posso anche ricondurla all'evento neurofisiologico*, la semantica no, altrimenti faremmo tutti o quasi lo stesso sogno. Non le neuroscienze, ma l'applicazione delle dottrine ermeneutico-psicologiche mi permetterà di interpretare i contenuti onirici tenendo conto della biografia del soggetto, ma anche della loro interrelazione con l'antropologia, la mitologia e la linguistica. Della fase REM e di come essa si comporta nell'intero corso del sonno notturno terrò conto qualora la paura del

paziente di sognare — magari di rifare lo stesso sogno — lo portasse all'insonnia e dovrò provvedere a individuare la molecola più idonea a facilitargli l'addormentamento.

Affascinante e nel tempo stesso sconcertante *si fa il perché della creatività quando la follia irrompe e si impone nel percorso della nostra presenza mondana, del nostro Da-sein* nel senso di Binswanger. La malattia fisica, quella del *corpo che ho*, logora, consuma, distrugge. La malattia psichica, quella del corpo che sono, crea, o, meglio, può creare. Non per questo è meno sofferta. Del resto, lo stesso creare comporta sofferenza che può alla fine farsi anche fisica.

Prendiamo l'esempio di **Vincent van Gogh** (1853–1890). Su di lui furono nel XX secolo formulate trenta diagnosi diverse. Come dire che spesso la follia sfugge a ogni nostro tentativo nosografico categoriale. Questo è l'ultimo suo autoritratto. Di eccezionale valore artistico. Siamo nel 1888, due anni prima del suicidio. Il volto affilato e lo sguardo rigido, quasi assente, sembrano dirci come *la mente — la sua mente folle — si sia esaurita o stesse esaurendosi nella sua creazione, nel prodotto che lei stessa ha creato*. In *Genio e follia* (1949) **Jaspers** si è occupato, oltre che di van Gogh, anche di **August Strindberg** (1849–1912), pittore e scrittore, sulla cui schizofrenia paranoide (deliri di gelosia e di persecuzione) non ha dubbi. Dice a proposito di Strindberg: “...il significato essenziale della malattia sta nel materiale che fornisce. A ciò si aggiunga la violenza con cui questo materiale si impone, la veemenza del delirio di gelosia, e la persistenza, la caparbia nell'interpretare in senso teosofico le esperienze schizofreniche...quelle esperienze che scavano un abisso tra lui e il mondo”. Le tonalità cupe dei quadri di Strindberg richiamano Boklin e la sua *Isola dei Morti*.

Qui sta il problema: quello dell'abisso tra il Sé e il mondo. Sarà di **Edvard Munch** (1863–1944) il progetto di rimandare continuamente dal piano personale a quello universale e viceversa, cogliendo al fondo di ogni esperienza soggettiva tutta l'umanità. Della madre, morta quando

lui aveva cinque anni, *farà dell'assenza una presenza persecutoria, sembra un ossimoro, ma non lo è*. Tutta l'opera di Munch, che è stato contemporaneo di **Ibsen**, per i cui drammi ha dipinto molti bozzetti, è condizionata dall'insolubile nesso tra morte e follia. L'angoscia della morte, che lo fa più volte precipitare nell'alcolismo e in ricoveri in case di cura psichiatriche, si fa chiaramente vedere in questo *La madre morta e la bambina*, che si trova, come la maggioranza delle sue opere a Oslo, nel Munch Museet. Parlando di sé diceva che *la malattia, la follia e la morte erano i suoi angeli neri affacciati sulla sua culla*. Ne è testimonianza il fatto che abbia fatto del famosissimo Urlo (1893) l'emblema della sua disperazione. La stessa di Ibsen che ha portato in teatro la dimensione più intima della borghesia di fine ottocento, mettendone in luce le contraddizioni e il maschilismo (basta pensare a Borkman, agli Spettri, alla figura di Nora in Casa di Bambola).

Viisto che sono scivolato sul terreno della letteratura,

rimanendo sempre nell'ambito del XIX sec., balza alla mia mente la figura di uno di uno dei grandi poeti romantici, **Friedrich Hoelderlin** (1770–1843), la cui psicosi inizia all'età di trent'anni e lo porterà a vivere nella torre di un falegname di Tubinga per altri trent'anni in una sorta di pacifico autismo, qualche volta illuminato da squarci di dirompente lirismo. Questa è la seconda parte di una poesia tra le più belle, *Halbte des Lebens* (La metà della vita), tra tante altre testimonianza di come *la dissolvenza dell'io si ritrovi in quella del testo poetico*. In Hoelderlin, si osserva come la articolazione testuale corrisponda alla trascrizione diretta e immediata di vissuti interiori patologici, certo riscattata dalla immaginazione e dalla cifra stilistica, come ha scritto **Eugenio Borgna**. Cioè dal *talento originario*, aggiungo io. La malattia non azzerava il talento, anzi a tratti lo esalta, *dando a queste esistenze la possibilità di strutturare altri mondi di valori*. Come succede con alcuni dei nostri malati, ma qui il discorso si farebbe più



Edward Munch, *La madre morta e la bambina*, 1897–99

complesso e meriterebbe una relazione a parte.

Ecco la II parte della poesia di Holderlin:

*“Ahimé, e io dove prendo/D’ inverno i fiori, e dove/Del sole la luce/E l’ombra della terra?/S’ergon le mura/
Mute e fredde, nel vento/ Stridono le banderuole”*
(Hoelderlin, 1988).

Ma non occorre andare tanto indietro nel tempo. Il nesso tra follia e creatività (poetica) appare in tutta la sua evidenza, sia pure con accenti diversi, in **Robert Lowell**, in **Alda Merini**, e prima ancora in **Dino Campana**, tanto per rimanere in casa nostra. E a proposito di casa nostra dobbiamo citare **Ezra Pound**, ricoverato più volte nella Clinica Psichiatrica di Pisa, a cui Romolo Rossi ha dedicato un interessante lavoro molti anni fa.

Nei testi di altri poeti, però, *non si trova corrispondenza tra la schizofrenia o l’oscura intelligibilità del testo e la loro vita*. Anche una grande poetessa di lingua inglese, l’americana **Emily Dickinson** (1830–1886), è vissuta, sempre vestita di bianco, tutta la vita nella sua villa di Amherst (Mass.) affacciata su un bel giardino, in una sorta di autismo, frutto però di una scelta consapevole (non imposto dalla malattia, come quello di Holderlin), una sorta di *clausura laica*, con venature depressive che emergono leggere qua e là nella sua ricchissima produzione poetica. Ma la Dickinson è interessante anche per una sua *anticipazione di quelle che saranno le acquisizioni del XX sec. in tema di psicopatologia e di neuroscienze*. Come si nota in questa sua poesia: *La mia mente sentii fendersi / come se il mio cervello si fosse spaccato*. Questo è l’incipit. Ma altrettanto significativo è quanto segue: *Cercai di ricongiungere i due orli/ Ma non riuscivo a farli combaciare/ Il pensiero anteriore al successivo/ Tentavo in ogni modo di allacciare/ Ma la sequenza era un groviglio muto/ Gomitoli sul pavimento sparsi*. Non sfugge a nessuno la drammaticità di questi versi (Dickinson, 1997). Cinquant’anni più tardi Bleuler individuerà

nella dissociazione il nucleo sintomatologico centrale delle schizofrenie.

Faccio notare che, al di qua dell’oceano, **Walter Griesinger** dal 1861 andava affermando che le malattie mentali sono malattie del cervello, ponendo fine alla psichiatria romantica tedesca e anticipando il grande movimento tardo-ottocentesco della *Gehirnpsychiatrie* (Griesinger, 1861).

Che dalla Germania fosse arrivata a casa di Emily Dickinson un’eco degli studi che in Europa venivano pubblicati sulla malattia mentale? Oppure si tratta di una sua intuizione poetica che casualmente coincide nel tempo con quegli studi? Si tenga presente che la poesia appena richiamata è del 1864, i lavori di Griesinger partono dal 1861. Sappiamo bene come *filosofia, letteratura, arti figurative abbiano di frequente accompagnato i saperi psicopatologico, psichiatrico, psicoanalitico, a volte addirittura anticipandoli*. Un esempio: quello di **Areteo di Cappadocia** (I sec.) è ritenuto il lontano precursore di Kraepelin (XIX).

Un altro esempio di come si possa tematizzare la follia senza essere folli lo troviamo in **Giorgio Caproni**, epigono di Montale — siamo nel secolo appena passato — che ha un linguaggio sovente oscuro, sotteso da una tensione mentale sull’orlo del precipizio. In questa poesia è evidente la ricerca di una identità senza, peraltro, raggiungerla: *Credevo di seguirne i passi/ D’averlo quasi raggiunto/ Inciampai/ La strada si perdeva tra i sassi*. In un’altra ci sono espliciti riferimenti all’identificazione proiettiva sec. Melanie. Klein o all’identificazione con l’aggressore sec. Anna Freud (l’Io si confonde con il lui, l’assassino con l’assassinato). Dice la poesia: *Mi sono risolto/ mi sono voltato indietro/ ho scorto/ uno per uno negli occhi/ i miei assassini/ hanno — tutti quanti — il mio volto* (Caproni, 1982).

Una precisazione è necessaria: non tutto quello che è oscuro è per questo da respingere. Come scrive **M. Baldini**

(Baldini, 1991) di **F.G. Hegel** si dice o si diceva che è un filosofo dal linguaggio oscuro, qualcuno addirittura paragonava la sua prosa alla elaborazione di un malato di mente. Nessuno però nega o negava che sia stato un pensatore potente. Se ci fermassimo a un problema di chiarezza stilistica dovremmo togliere dalla storia della filosofia la sua *Fenomenologia dello Spirito* (prima edizione 1807). Anche il linguaggio di **James Joyce** è sovente difficile e oscuro, ma non per questo cancelleremmo Ulisse dalla storia della narrativa occidentale.

La pittura è quella che ha celebrato più di altre forme artistiche il rapporto della creatività con la sofferenza psichica, soprattutto quella depressiva: da **Lucas Cranach il Vecchio** a **Dürer**, a **Bocklin**, a **Munch**, a **De Pisis** ecc. Anche la musica ha fatto la sua parte. Ma **Alberto Savinio** nella sua *Scatola sonora* (1955) sostiene che essa è in ritardo rispetto alla pittura: per trovare l'equivalente musicale di Tintoretto bisogna aspettare Wagner, quindi trecento anni; per trovare quello pittorico di Bach bisogna indietreggiare fino a Giotto, forse a Cimabue. Comunque, né la musica né le arti figurative hanno avuto — come, invece, la poesia con **Byron** — un autore che fosse la personificazione per eccellenza della più profonda melanconia del romanticismo.

Queste, appena fatte, sono soltanto alcune delle tante esemplificazioni che si possono fare su questo tema, del nesso tra follia e creatività. Dei due illuminati esegeti di opere d'arte rimaste tali nello scorrere del tempo quali sono stati Freud con **Michelangelo** e **Leonardo** e Jaspers con **van Gogh** e **Strindberg**, il secondo riconosce che il mistero di tale nesso tale rimane, insomma non vi è alcuna certezza. Jaspers ha scritto che lo studio psichiatrico è una via per l'analisi delle dissonanze dell'esistenza e del rapporto tra schizofrenia e opera d'arte. Ma quasi settant'anni sono passati da allora, quando Jaspers pubblica *Genio e follia*. Le cose, da allora, sono molto cambiate.

Nel 2016 R. Cortina di **Eric Kandel** pubblica *L'età*

dell'inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni. Ma già qualche anno prima (nel 2007) era uscito un altro libro nel quale lo stesso autore esplorava i rapporti tra psichiatria, psicoanalisi e una nuova biologia della mente. L'ultimo è: *Arte e neuroscienze, due culture a confronto* (2017). Libri che solo un neuro — scienziato, premio Nobel 2000 per la medicina, noto per i suoi studi sulle basi cellulari e molecolari della memoria, poteva scrivere perché, essendo anche neurologo e psichiatra, racchiudeva in se stesso le competenze necessarie ad affrontare la complessità di tali rapporti (Kandel, 2017).

Le neuroscienze, sostiene Kandel, gettano *un ponte tra scienza e arte (astratta in particolare)*. Riprende e sviluppa l'idea di un fisico molecolare, **Snow**, poi divenuto romanziere, il quale già nel 1959 sottolineava come tra le due culture occidentali, quella scientifica e quella umanistica, ci fosse una divaricazione dovuta anche al fatto che l'una non aveva la stessa metodologia e lo stesso obiettivo dell'altra.

Kandel sottolinea come uno stesso autore, Arnold Schoenberg, più conosciuto come musicista che come pittore, abbia in realtà incorporato nella mente due forme di creatività, la musica (atonale) e la pittura (astratta). (In passato, altri autori hanno rivelato un doppio talento, nel loro caso pittorico e letterario, finendo per privilegiare il secondo: August Strindberg, Alberto Savinio, Lalla Romano e altri).

Sarà **Vassily Kandisky**, scosso dall'ascolto di alcuni pezzi per pianoforte e di un quartetto d'archi di Schoenberg, a dare il vi a alla stagione dell'astrattismo di cui faranno parte **Mondrian**, **Pollok** e tanti altri. Gli astrattisti, passando dall'arte figurativa a quella astratta, riducono le immagini ai loro elementi essenziali di forma, linea colore o luce. Ma, ci avverte Kandel, anche se pochi lo sanno il primo pittore astrattista è stato proprio il musicista Schoenberg che precede Kandisky di almeno un anno. E non è un caso che il quadro di Kandisky si

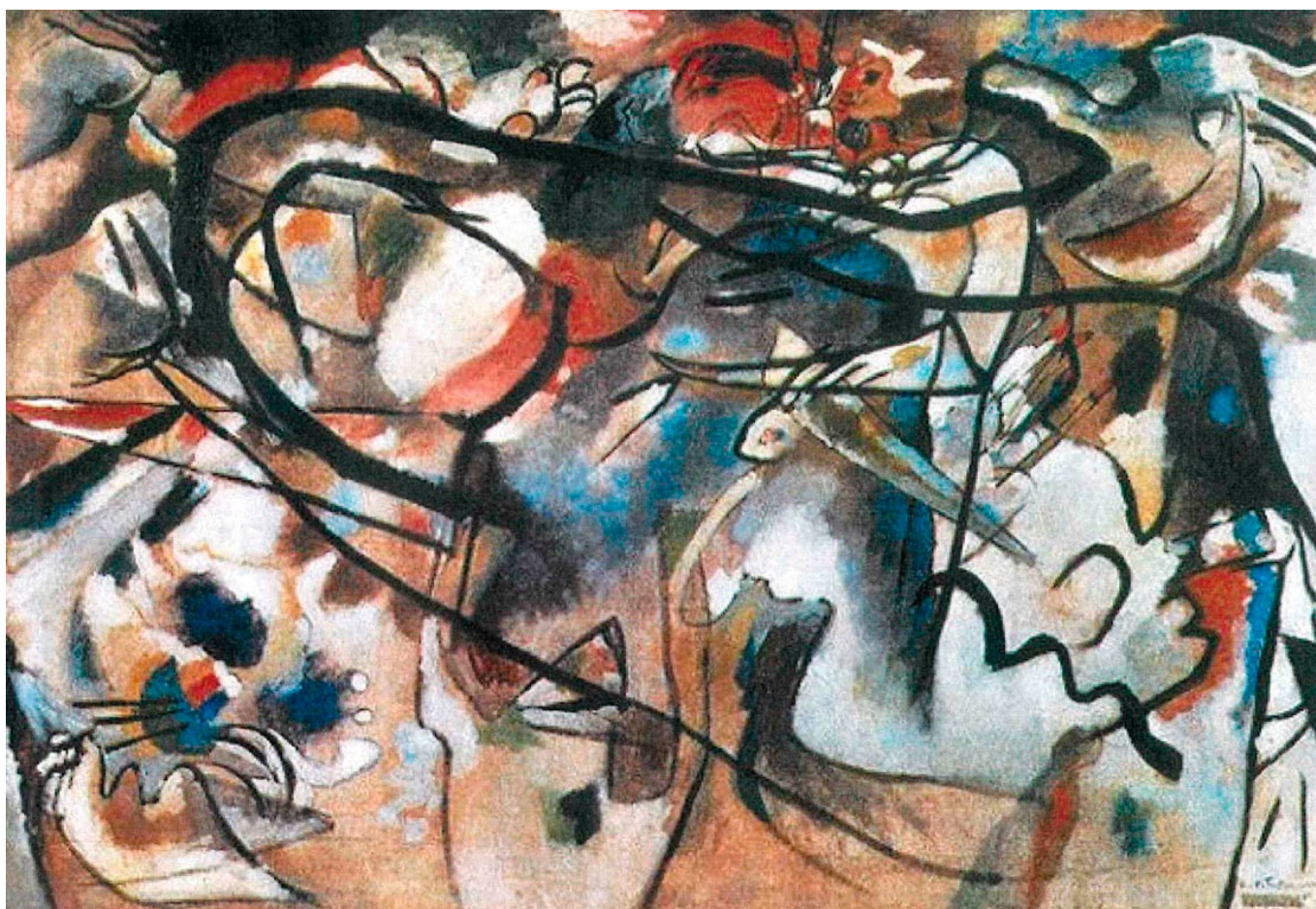
chiami uno *Studio per composizione* (1911).

Non so se Kandell conoscesse le opere di quel nostro geniale folle che è stato **Antonio Ligabue**, e, qualora lo avesse conosciuto, dove lo avrebbe collocato nel panorama della pittura moderna. Ligabue è comparso in una mostra di quest'anno a Mosca, capitale di un paese che ha fatto della compiacenza di tanti psichiatri uno degli strumenti per togliere di mezzo coloro che dissentivano dal regime, mostra che — guarda caso — si è tenuta nel quarantesimo anniversario della nostra legge 180.

A proposito di pittura astratta, c'è un particolare che ci riguarda da vicino. Il quadro di Kandisky, ritenuto il primo dipinto astratto, è dello stesso anno in cui **Eugen Bleuler** allontanandosi dalla *dementia praecox* di Kraepelin, propone la dissociazione, *die Spaltung*, quale nucleo

centrale di quella che chiama schizofrenia o, meglio, il gruppo delle schizofrenie (Bleuler, 1911). *Un riferimento storico che mi sembra significativo nel contesto del discorso che sto facendo*. Svolte fondamentali in forme del sapere solo apparentemente distanti tra loro. Sarebbe riduttivo, se non banale, parlare solo di casuali coincidenze. Come quella di Emily Dickinson con Walter Griesinger, cui ho parlato prima.

Kandel confronta il linguaggio scientifico (nel caso specifico, neuro-scientifico) con quello artistico, tentativo che forse potrà estendersi ad altri ambiti della creatività, al di là di quello pittorico: all'ambito filosofico, poetico, narrativo, musicale. Operazione impegnativa perché *evidenti sono le differenze tra il linguaggio scientifico, che rifiuta le parole polisemiche e si avvale di significati pre-*



Vassily Kandisky, *Studio per composizione*, 1911

cisi e di definizioni esatte, e il linguaggio artistico o argomentativo dove ci imbattiamo in parole polisemiche, cioè che possiedono un potere evocativo ampio e un forte alone di ambiguità. Alla filosofia il linguaggio è essenziale, la stessa cosa vale per la psicopatologia, ivi compresa la meta-psicologia freudiana. I riferimenti della psicopatologia alla filosofia sono ben noti (**Brentano, Bergson, Kierkegaard, Nietzsche,**

Husserl, Heidegger, Sartre, Foucault). È per questo divario linguistico che la psichiatria, a cui la psicopatologia è preliminare, ha sentito la necessità di cercare e attuare un linguaggio e una terminologia fissi. Ne è, in parte, testimonianza anche il **DSM**.

Aggiungo, a proposito dei rapporti con la filosofia, che Nietzsche nella Gaia Scienza sospetta che nella storia della filosofia occidentale prevalgano i pensatori malati. Faccio notare che lo diceva nel 1882, qualche anno prima del famoso attacco di follia a Torino, nel 1889. Ma già prima soffriva di molti disturbi, secondo alcuni biografi di natura psichica. Pre-sentiva — *pre-sentire* nel senso di **Rainer Maria Rilke** — il farsi avanti di quella follia che si farà poi clinicamente manifesta. Ma non gli impedirà pensieri e aforismi incandescenti.

Accanto e al di là delle riflessioni fatte e di altre che si potrebbero fare, penso, concludendo, che di una poesia, di un brano musicale, di un quadro, *dobbiamo innanzitutto goderne, prima di inoltrarci sul sentiero impervio di una loro interpretazione ermeneutica o neuro-*



Antonio Ligabue, *Testa di tigre*, 1955-1956

scientifica, interpretazione che potrebbe deprivarci di quella risonanza interiore derivante dall'impatto emotivo dei primi ascolti o dei primi sguardi. Dobbiamo attuare una sorte di **epochè**, nel senso di **Husserl**, cioè una sospensione di giudizio per *lasciare spazio all'intuizione di un'autentica esperienza vissuta*. La stessa cosa di fronte a un sogno, perturbante o divertente che sia. *Interpretarlo, cioè fare un percorso contrario a quello*

del lavoro onirico, se non è necessario rischia di ribaltare la dotazione di senso che spontaneamente gli attribuiamo.

Ben vengano i sogni, mi sembra di poter dire. Un uomo a settant'anni ne ha passati almeno sei sognando. Sono d'accordo con **Ovidio**: *O lente, lente currite noctis equi* (negli *Amores*). E con **Giulio Giorcello** che, a proposito de *La malattia morale* di **Mario Galzigna** (Galzaniga, 1992), dice che nel mare agitato delle passioni quotidiane tutti, sani o malati, abbiamo bisogno di un'imbarcazione cui affidarci. E preferiamo la zattera di **Erasmus** e di **Bosch** piuttosto che quella del transatlantico di una ragione repressiva. Purchè, mi permetto di aggiungere, su quella zattera, nella quale saliamo cinque o sei volte nel corso della notte, il viaggio sia breve, altrimenti c'è il rischio che la zattera affondi. Giorcello, in fondo, riprende **Bion**, uno dei tre epigoni della Klein, che suggeriva di non credere ciecamente alle grandi costruzioni teoriche — psicoanalisi inclusa — che quando, come il Titanic, incontrano un ostacolo, affondano.

Mi piace concludere con Giorgio Caproni quando

scrive: *E ora che avevo cominciato a capire il paesaggio: si scende — dice il capotreno — è finito il viaggio.*

(Qualche giorno dopo che avevo scritto questo testo, il 6 maggio 2018 sul *Corriere della Sera* è comparso un articolo di Orsola Riva che riprende un lavoro pubblicato su *Journal of General Internal Medicine* del gennaio u.s. firmato anche da S. Mangione, nel quale si mette in evidenza, a seguito di una ricerca delle Università di Filadelfia e New Orleans, come siano importanti anche la conoscenza e la cultura umanistica al fine di avere dei medici più empatici, tolleranti e resilienti. *Medico, leggi Dostoevskij: la letteratura aiuta la scienza*, questo è il titolo dell'articolo comparso sul *Corriere*).

BIBLIOGRAFIA

1. F. Hölderlin, *Inni Odi Elegie*, trad. S. Lupi, Fogola, Torino, 1966, in E. Borgna *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano, 1988
2. E. Dickinson, *Tutte le poesie*, trad. S. Raffo, a cura di M. Bulgheroni, Mondadori, Milano, 1997
3. W. Griesinger (1861), *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*, IV ed., Braunschweig, Stuttgart, 1876
4. G. Caproni, *Il franco cacciatore*, Garzanti, Milano, 1982
5. M. Baldini, *Contro il filosofese*, Laterza, Bari, 1991
6. E. Kandel, *Arte e neuroscienze*, R. Cortina, Milano, 2017
7. E. Bleuler (1911), *Dementia praecox o gruppo delle schizofrenie*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985
8. M. Galzigna, *La malattia morale*, Marsilio, Venezia, 1992

A 40 anni dalla legge Basaglia

Presentazione Carta della Salute Mentale

Dr Claudio Mencacci

PAST PRESIDENT SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

La Società Italiana di Psichiatria, una delle più antiche società scientifiche mediche in Italia, prosegue nel suo ruolo di definizione degli aspetti tecnico/scientifici della disciplina psichiatrica coniugati con le istanze etiche necessarie nell'operare medico. E così a distanza di 40 anni da quel cambiamento epocale che la legge 180 del 1978 (meglio nota al grande pubblico come legge Basaglia) ha prodotto nella vita delle persone che soffrivano di patologia psichica, degli operatori, ma anche nell'intera società, si è deciso di promuovere e produrre, in collaborazione con le associazioni di familiari, una definizione delle essenziali esigenze che caratterizzano la disciplina.

Perché a 40 anni dalla Legge Basaglia? Perché un ciclo della storia della nostra disciplina si è compiuto in modo sostanziale. La battaglia per la chiusura dei manicomi è stata combattuta e vinta. Ora è fondamentale mantenere l'attenzione perché non si riaprano strutture segreganti, che non ci siano cambiamenti delle normative che riaffidino alla psichiatria funzioni di controllo. La cura e l'assistenza per le patologie mentali è e rimane il fulcro della nostra attività. Ma la sfida si è spostata altrove. La necessità di avere risorse qualificate in termini di quantità e qualità è l'aspetto essenziale. Avere la possibilità di investimenti adeguati sulla ricerca farmacologica, psicoterapica e riabilitativa rappresenta una questione essenziale per garantire qualità di cure accettabili e comparabili con quelle offerte dalle altre discipline mediche. L'investimento tecnologico si sta profilando come la prossima sfida. Esistono paesi dove lo screening genetico per ottenere indicatori sulla risposta farmacologica comincia ad essere presente. La tecnologia rappresentata da interventi di stimolazione magnetica trova spazio in alcune strutture. Insomma la sfida attuale è diversa. La scarsa attenzione che la psichiatria suscita nell'agenda po-

litica o nell'interesse del grande pubblico (fatta eccezione in sporadici fatti di cronaca nera) produce un disinvestimento umano e materiale che rischia di produrre lo svuotamento dei servizi sia in termini di personale che di competenze e passioni.

E dunque la Società Italiana di Psichiatria rilancia un'agenda di 12 punti che vuole ridefinire le necessità per assicurare quella salute che riguarda il funzionamento psichico dei milioni di cittadini italiani che ogni anno si ammalano di una patologia psichiatrica. Perché quando si ammalano perdono capacità di lavorare di relazionarsi con gli altri, di occuparsi dei propri cari, e tutto questo in aggiunta all'enorme sofferenza personale che spesso si accompagna a queste condizioni.

Il disinteresse ed il silenzio sono oggi i nostri peggiori nemici. Sono le condizioni che favoriscono l'irrilevanza dei nostri servizi e della nostra disciplina, spingendo ad una sempre minore capacità di risposta e di attrattiva per i pazienti sofferenti. La definizione di standard di trattamento, di una rete psichiatrica presente sul territorio capace di fornire livelli essenziali di assistenza definiti secondo percorsi tecnico-scientifici validati e comuni sul territorio nazionale è il modo migliore per ridefinire la centralità di una disciplina che pesa tantissimo sulla vita della nostra società in termini numerici (oltre 10% della popolazione sofferente ogni anno di un condizione clinicamente rilevante), in termini economici (5% del PIL perso per costi diretti ed indiretti) ed in termini emotivi (sofferenza di persone e familiari).

E dunque la Carta della Salute Mentale come definizione di pochi punti, chiari semplici ed irrinunciabili per riprendere la battaglia contro il pregiudizio sulla salute mentale e ridefinire i confini della nostra disciplina.

PREMESSA

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha emanato nel 2012 e nel 2013 due Risoluzioni (WHA65.4 e WHA66.8) ed ha predisposto un **Piano d’azione globale per la salute mentale 2013-2020**, sollecitando gli Stati Membri ad adottarlo, ad intraprendere le dovute azioni programmatiche e a *“dare la debita priorità alla salute mentale ed a riorganizzarla, includendo la promozione della salute mentale, la prevenzione dei disturbi mentali, l’offerta di cure, di un sostegno e di trattamenti sanitari e di sviluppo, destinando risorse sufficienti a questo scopo”*.

In Italia i disturbi mentali sono stati oggetto di attenzione da parte delle Istituzioni, tuttavia **l’interesse verso la gestione sembra essere sceso così tanto che le Associazioni di pazienti e familiari e le Società scientifiche di riferimento si trovano attualmente in una situazione che definiscono di “emergenza”** da un punto di vista clinico-gestionale, sociale ed economico.

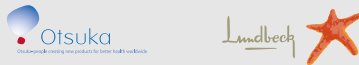
Una recente ricerca del EEHTA del CEIS dell’Università di Roma “Tor Vergata” (Mennini FS et al.), realizzata analizzando **l’impatto economico** e finanziario della schizofrenia (uno tra i disturbi mentali più gravi) sia sul sistema previdenziale e sociale (costi indiretti) che sanitario (costi diretti), ha evidenziato come tale patologia generi un impatto sul welfare per circa 2,7 miliardi di euro ogni anno, di cui 1,33 miliardi di euro di costi diretti e 1,37 miliardi di euro di costi indiretti.

Nel 2013 il Ministero della Salute, in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni, ha elaborato il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM, approvato in Conferenza unificata con accordo n. 4 del 24 gennaio 2013.), che definisce gli obiettivi di salute per la popolazione, le azioni e gli attori necessari per conseguirli, i criteri e gli indicatori di verifica e valutazione. Nel 2014 due documenti approvati in Conferenza unificata (accordi n. 137 e 138 del 13 novembre 2014) si sono proposti di fornire indirizzi operativi e di approfondire alcuni obiettivi prioritari del PANSM relativamente agli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza e alla definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e dei disturbi gravi di personalità.

Tali documenti non trovano tuttavia ancora piena applicazione sull’intero territorio italiano e mancano delle opportune verifiche sul raggiungimento degli obiettivi.

Considerati gli obiettivi indicati dall’OMS e l’attuale situazione italiana in tema di gestione della salute mentale, **la Società Italiana di Psichiatria ha deciso di proporre la costituzione di un gruppo di lavoro indipendente ed autonomo**, che coinvolge società scientifiche e associazioni di pazienti e familiari, con l’obiettivo di **presentare alle Istituzioni e ai decisori un elenco di priorità** con particolare focus sui disturbi mentali, all’insegna del dialogo costruttivo, della sostenibilità e del pragmatismo, tenendo sempre in considerazione il benessere dei pazienti quale fine ultimo.

Con il contributo non condizionato di:



In breve, con la presente Carta della Salute Mentale, Società Scientifiche e Associazioni di Pazienti e Familiari richiedono:

- 1 Garanzie sull’applicazione dei LEA riguardanti l’assistenza psichiatrica in tutta Italia
- 2 La realizzazione di iniziative ministeriali e del coordinamento delle Regioni, che garantiscano standard di qualità confrontabili dell’assistenza psichiatrica in tutte le Regioni
- 3 Lo stanziamento di un fondo destinato all’assistenza psichiatrica (pari ad almeno il 6% del Fondo Sanitario Nazionale)
- 4 La definizione di PDTA condivisi e integrati con i Piani di trattamento individuale (PTI) ed i Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (PTRP) in collaborazione con le Associazioni
- 5 Un maggior coinvolgimento delle farmacie ospedaliere e territoriali nel monitoraggio di farmacovigilanza e dell’aderenza terapeutica
- 6 Lo sviluppo ed il supporto in tutte le Regioni di alternative alle strutture psichiatriche con assistenza permanente quali il *co-housing*
- 7 L’assunzione di personale qualificato e stabile
- 8 Lo stanziamento di fondi in favore di progetti di ricerca in ambito neuropsicofarmacologico e psicosociale
- 9 L’adozione di una strutturata campagna di prevenzione per raggiungere le persone a rischio
- 10 La promozione di una articolata campagna nazionale contro lo stigma delle malattie mentali
- 11 L’implementazione delle REMS e di soluzioni alternative a favore delle persone affette da disturbi mentali autori di reato
- 12 La ricostituzione di un tavolo di lavoro interministeriale ed interregionale che definisca e monitori politiche in tema di reintegrazione graduale dei pazienti nel contesto lavorativo e supervisioni l’implementazione delle attività di miglioramento dell’assistenza psichiatrica su tutto il territorio nazionale

Iniziativa promossa da:



CARTA DELLA SALUTE MENTALE

Associazioni e Società scientifiche unite per il benessere dei pazienti

Con la collaborazione di:



Si ringrazia per la collaborazione la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO)

Il gruppo di lavoro ha individuato tre macroaree sulle quali sarà necessario concentrare le attività:

- I. Miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei familiari attraverso nuovi approcci terapeutici;
- II. Sviluppo di politiche integrate volte al recupero del paziente psichiatrico;
- III. Ripensamento organizzativo, strutturale e funzionale, dell’area salute mentale all’interno dei sistemi socio-sanitari regionali.

Il Gruppo ha inoltre individuato le seguenti **priorità di Intervento**:

- 1. Il **monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) relativi all’assistenza psichiatrica**, che garantisca il rispetto dei vincoli su tutto il territorio nazionale tramite l’istituzione di un Osservatorio stabile gestito a livello centrale, con il coinvolgimento degli esperti di settore (clinici, associazioni di pazienti e familiari...). I LEA per la salute mentale devono garantire l’accesso e la presa in carico precoce del paziente con disturbi mentali, il progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato con i relativi percorsi, la continuità delle cure, nonché la verifica dell’esito dei percorsi.
- 2. Le **linee guida ministeriali d’intesa con la Commissione Salute delle Regioni e il Gruppo Interregionale per la Salute mentale**, che definiscano standard di qualità confrontabili dell’assistenza psichiatrica, collegati ai LEA e quindi vincolanti per le Regioni, che ricompredano tutti gli ambiti d’azione della salute mentale (infanzia, adolescenza ed età adulta), in grado di assicurare la continuità delle cure e l’accesso all’innovazione (farmacologica, gestionale ed organizzativa), con specifiche risorse sia economiche sia umane, utili a sviluppare approcci operativi e terapeutici quanto più integrati e condivisi dell’assistenza psichiatrica nelle diverse realtà regionali, anche mediante l’utilizzo dell’Health Technology Assessment (HTA).
- 3. Lo **stanziamento di un fondo dedicato alla salute mentale** corrispondente ad almeno il 6% del Fondo Sanitario Nazionale, con monitoraggio della spesa, che ad oggi è inferiore al 3,5% e ben al di sotto del 5% stabilito con documento approvato all’unanimità dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 18 gennaio 2001. Ciò, permetterà di recuperare le risorse non assegnate negli ultimi 16 anni consentendo gli opportuni investimenti in tema di riorganizzazione strutturale e funzionale dell’assistenza psichiatrica, riadattamento della dotazione del personale, integrazione dei servizi, prevenzione, ricerca e progettualità *ad hoc*.
- 4. a. L’attuazione dei **percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA)** esistenti e la definizione di ulteriori PDTA condivisi tra i numerosi attori, che coinvolgano i centri specialistici, il territorio, l’assistenza farmaceutica e sociale, le associazioni, sviluppati con approcci innovativi basati su evidenze scientifiche e destinati ad implementare strategie di diagnosi, cura e trattamento precoce, una presa in carico stabile e continuativa, permettendo di raggiungere obiettivi di recupero e reintegro nella

società del paziente al contempo utilizzando razionalmente le risorse, con particolare attenzione ai protocolli riabilitativi inerenti il passaggio dall’età evolutiva all’età adulta.

- b. l’integrazione e la promozione delle pratiche dei **Piani di trattamento individuale (PTI)** e dei **Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (PTRP)**, anche mediante lo sviluppo di alleanze che includano le Associazioni ed enti non profit del privato sociale e le Istituzioni già partecipi con numerose attività di supporto, come strumenti prioritari in grado di:
 - individuare gli specifici bisogni reali e potenziali,
 - pianificare il percorso riabilitativo con approccio multidisciplinare,
 - definire responsabilità e competenze sanitarie e sociali, valorizzare gli interventi basati sulle evidenze scientifiche,
 - verificare periodicamente i risultati degli interventi,
 - coinvolgere attivamente e supportare pazienti e familiari (come ribadito dall’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS nel 2010 nel documento *“User empowerment in mental health”*) e favorire gruppi di utenti e familiari che in modo concordato con le équipes curanti svolgono attività di supporto e vicinanza ad altre persone con disturbo psichico (*“supporto tra pari”* e *“fareassieme”*);
 - ottimizzare l’uso ed il coordinamento delle risorse disponibili, limitandone duplicazioni e sperperi.

- 5. a. La **valorizzazione del ruolo centrale dei medici di medicina generale (MMG)** tramite attività specifiche di formazione e di consulenza per la gestione di casi con disturbi meno severi ed il **coinvolgimento delle farmacie ospedaliere e territoriali e degli stessi MMG**, in tema di monitoraggio e *counselling* dei pazienti, per offrire ai cittadini-utenti un servizio integrato di informazione e supporto alla terapia, ottimizzando il sistema di farmacovigilanza e l’aderenza terapeutica e ponendo delle basi stabili per lo sviluppo di una rete ospedale-territorio in grado di assicurare una corretta continuità assistenziale;

- b. La strutturazione di una maggior integrazione con le attività dei Servizi per l’età evolutiva (TSMREE) - per una continuità di presa in carico di chi è al confine anagrafico della maggiore età - e per le Dipendenze (SerT/SerD) finalizzata ad una presa in carico a 360° del paziente.

- 6. Lo sviluppo ed il supporto in tutte le Regioni delle pratiche di **co-housing**, o gruppo-appartamento, quale alternativa alla residenzialità istituzionale e permanente e nella visione di promuovere sempre maggiori gradi di autonomia dei pazienti. Tali pratiche hanno dimostrato la loro efficacia come strumento di inclusione sociale nonché di acquisizione di una identità sociale degli utenti, comportando altresì risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

- 7. Lo sblocco delle assunzioni volto al reclutamento di **personale qualificato e stabile**,

su cui il paziente possa fare affidamento, formato sulla relazione e secondo specifici standard educativi di qualità ed in grado di gestire i pazienti in ogni circostanza, soprattutto alla luce della recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

- 8. Lo **stanziamento di fondi a favore di progetti di ricerca nello specifico ambito neuropsicofarmacologico e psicosociale**, al fine di sostenere lo sviluppo da parte delle università e degli altri istituti di ricerca, anche mediante partnership pubblico-privato, di linee di indagine finalizzate al miglioramento degli attuali standard terapeutici.

- 9. L’attuazione di una **strutturata campagna di prevenzione**, con l’adozione di programmi specifici e risorse finalizzate, sviluppata con l’aiuto dei professionisti e delle Associazioni di pazienti e familiari, in grado di porre le basi della salute mentale e raggiungere le persone fragili in ambienti come, ad esempio, scuola e lavoro.

- 10. La creazione di una **campagna informativa di sensibilizzazione contro lo stigma connesso ai disturbi mentali**, in grado di orientare gli specialisti della comunicazione di massa verso una più corretta informazione dell’opinione pubblica, evitando allarmismo, discriminazione e negativizzazione dell’area terapeutica.

- 11. L’implementazione di un **adeguato numero di Residenze di Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e di soluzioni alternative**, costantemente monitorate per garantire l’efficacia dei percorsi riabilitativi, e la **verifica dell’applicazione dei LEA all’interno degli istituti di pena**.

- 12. La ricostituzione di un **tavolo di lavoro interministeriale ed interregionale** che coinvolga Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell’Economia, Ministero della Giustizia, Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca, Conferenza Stato-Regioni, INPS, Società Scientifiche e Associazioni di pazienti e familiari, che definisca e monitori politiche in tema di reintegrazione graduale dei pazienti nel contesto lavorativo e sociale.

Il summenzionato tavolo dovrà essere responsabile ed unico interlocutore nazionale anche per la risoluzione di problematiche specifiche che incidono sulla qualità della vita degli utenti, quali:

- pratiche assicurative,
- tassa annuale sul rinnovo della patente,
- innalzamento del reddito per le persone con invalidità inferiore al 100% (da 4.738,63 € fino alla soglia di disoccupazione di € 8.000 annui)
- formazione/informazione delle Commissioni Mediche in tema di esenzioni, concessione delle pensioni di inabilità ed assegni di invalidità, valutazione delle residue capacità lavorative (per superare nei fatti la discriminazione data dalle dichiarazioni di incollocabilità al lavoro).



Il trattamento del soggetto adulto con ADHD

Focus sulle comorbidità

Migliarese G.¹, Viganò V.¹, Venturi V.¹,
Reibman Y.¹, Cerveri G.², Mencacci C.¹

Introduzione

L'ADHD descrive una condizione clinica ad esordio nell'infanzia (o nella pre-adolescenza), caratterizzata da una sintomatologia variegata imperniata su alterazioni in tre grandi aree quali l'attenzione, l'impulsività e l'iperattività.

Fino a due terzi dei soggetti con ADHD continua a manifestare il disturbo, spesso "mascherato", anche in età adulta. Il termine "mascherato" identifica un fenomeno estremamente frequente nel soggetto adulto con ADHD, ovvero la sovrapposizione temporale al quadro clinico dell'ADHD di entità cliniche differenti. Manifestandosi come disturbo precoce l'ADHD può essere, infatti, descritto come un disturbo di base, ovvero una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell'individuo alle interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti, all'analisi delle reazioni emotive. In quanto disturbo di base, l'ADHD non porta a conseguenze esclusivamente dipendenti dalla struttura del disturbo (quindi difficoltà di pianificazione, di organizzazione, di attenzione o di impulsività), ma pone il soggetto in una condizione di rischio, ovvero di predisposizione, allo sviluppo di ulteriori condizioni cliniche. Queste possono essere sia

diretta conseguenza delle difficoltà cui l'ADHD espone i bambini che ne sono affetti, sia favoriti dalla presenza di fattori eziopatogenici comuni, sia a livello genetico (Cross-Disorder Group 2013a, b) che ambientale (Silva et al. 2014).

È dunque una condizione abbastanza rara evidenziare in un soggetto adulto un ADHD che non si presenti in associazione ad altre entità cliniche. I tassi di comorbidità sono infatti estremamente elevati (Anker et al. 2018, Pehlivanidis et al. 2014, Deberdt et al. 2015) e rendono ragione di quadri clinici eterogenei che necessitano di interventi terapeutici differenti per poter essere efficaci.

Epidemiologia delle comorbidità nel soggetto adulto

Il rapporto dell'ADHD con differenti condizioni cliniche appare biunivoco, con tassi significativi di ADHD in un gran numero di patologie psichiche e frequenti comorbidità psichiche in soggetti adulti con ADHD.

In uno studio multicentrico effettuato in diversi paesi d'Europa Debert e coll. (2015) hanno valutato la presenza di ADHD in soggetti seguiti ambulatorialmente per patologie psichiche non psicotiche. La prevalenza globale dell'ADHD è risultata del 15,8% (secondo i criteri del DSM-IV TR) o del 17,4% (secondo i criteri del DSM-5) con tassi compresi tra il 10,8% in soggetti con diagnosi di disturbo bipolare e il 30,8% in soggetti con diagnosi di disturbo da uso di sostanze.

Nello stesso studio è stata valutata anche la prevalenza, in soggetti diagnosticati ADHD, dei medesimi disturbi. I risultati hanno evidenziato in questi soggetti elevati tassi di disturbi depressivi (43%), dist. d'ansia

(36,4%), abuso di alcool e sostanze (entrambi attorno al 10%) e di dist. borderline di personalità (9,2%).

Alcuni autori si sono soffermati sulla valutazione delle comorbidità psichiatriche in soggetti con sottotipi differenti di ADHD evidenziando un differente pattern di distribuzione dei disturbi (Gorlin et al. 2016). I risultati evidenziavano globalmente tassi di comorbidità sovrapponibili a quelli evidenziati nello studio di Debert (con tassi leggermente inferiori per quanto riguarda la diagnosi di disturbi depressivi e leggermente superiore rispetto al disturbo borderline di personalità -BPD). Emergeva però un differente profilo di comorbidità tra l'ADHD combinato e il disattentivo con il primo che si associava con maggior frequenza al disturbo bipolare, alla dipendenza da alcol e BPD e il secondo alla fobia sociale e ai disturbi alimentari.

La comorbidità psichiatrica è influenzata anche dal sesso. Uno studio recente effettuato in Norvegia su più di 40.000 soggetti (Solberg et al. 2018), ha evidenziato che, seppure l'ADHD incrementi dalle 4 alle 9 volte sia negli uomini che nelle donne i tassi di ansia, depressione, bipolarità, disturbi della personalità, schizofrenia e disturbo da uso di sostanze (SUD), le differenze nella prevalenza di questi disturbi rispetto alla popolazione generale risultavano significativamente più marcate nelle donne, ad eccezione che per il disturbo da uso di sostanze e la schizofrenia.

La letteratura scientifica internazionale segnala, dunque, che in quadri clinici quali le tossicofilie, il disturbo da uso di alcool, i disturbi autistici e i disturbi alimentari, la presenza di ADHD mostra tassi di prevalenza molto superiori. Inoltre la presenza di ADHD si associa frequentemente a disturbi d'ansia o depressivi. La risultante di queste associazioni è data da una presentazione clinica eterogenea, spesso complessa e caratterizzata da una scarsa responsività ai trattamenti (Barkley & Brown 2008, Goodman & Thase 2009). È quindi estremamente importante poter sospettare la presenza di un ADHD fino al momento misconosciuto in situazioni cliniche che

mostrano queste caratteristiche, prestando attenzione soprattutto al sesso femminile in cui la presenza di ADHD si associa quasi in un caso su due ad ansia e depressione.

COMPLESSITÀ DIAGNOSTICHE NEL SOGGETTO CON COMORBIDITÀ

La frequentissima co-presenza di ADHD ed altre manifestazioni cliniche, apre il campo a tematiche rilevanti per il lavoro clinico. In primis è indispensabile una corretta differenziazione tra sintomi che spesso mostrano elevate sovrapposizioni (ovvero un'adeguata diagnosi differenziale), in modo da effettuare una diagnosi puntuale che permetta di impostare il trattamento.

In secondo luogo è necessario definire quella che può essere indicata come priorità clinica, ovvero, è necessario comprendere quale delle entità cliniche evidenziate impatti maggiormente sul funzionamento del soggetto e sulla sua qualità di vita. Questo secondo punto è fondamentale perché indirizza l'intervento, dato che tutte le linee guida sul trattamento dell'ADHD nell'adulto sottolineano che, in presenza di comorbidità, il focus deve primariamente rivolgersi al disturbo che causa il maggior impatto clinico.

Effettuare una corretta differenziazione clinica può essere complesso, soprattutto in situazioni cliniche in cui la diagnosi di ADHD risulta misconosciuta. È frequente che livelli non estremamente intensi di disattenzione e/o iperattività in età pediatrica possano essere contenuti dall'ambiente (sia scolastico che familiare) o compensati da capacità intellettive superiori alla norma, non portando di fatto a segnalazioni precoci. In queste condizioni l'andamento temporale classico del disturbo prevede che di fronte alle richieste via via maggiori che l'ambiente pone (ad esempio la progressiva autonomia che si dovrebbe acquisire con la crescita) l'ADHD dia segnale di sé tardivamente. Anche l'esordio dell'adolescenza può fungere da detonatore in quanto le trasformazioni neurobiologiche del periodo facilitano un incremento dell'impulsività che può far precipitare situazioni fino al momento in

apparente equilibrio (Migliarese & Venturi 2018).

Misconoscere l'ADHD e non intervenire in modo adeguato sul suo trattamento può favorire tutta una serie di fallimenti sia relazionali-affettivi, che accademico-lavorativi e dunque l'insorgenza di psicopatologia secondaria.

In questi casi è frequente che all'osservazione clinica giungano persone che non lamentino in primis disturbi attentivi, impulsivi o dell'organizzazione, ma piuttosto sintomi d'ansia o depressivi, magari abuso di sostanze o alcolici, fallimenti relazionali o lavorativi. Per tale motivo è necessario che venga effettuata attentamente una valutazione diagnostica in senso prospettico, a partire dagli anni dell'infanzia, che possa ricostruire il funzionamento del soggetto in età scolare e prescolare (Migliarese et al. 2015).

CENNI GENERALI SUL TRATTAMENTO DEL SOGGETTO CON COMORBIDITÀ

La scelta di un adeguato trattamento per l'ADHD deve essere mirata all'efficacia, alla riduzione della sintomatologia e al miglioramento del funzionamento in tutte le aree influenzate dal disturbo.

Indicatori efficaci possono essere rappresentati da un miglioramento nelle capacità di organizzarsi, da una riduzione della disattenzione e dell'impulsività e dunque da miglior adattamento all'ambito lavorativo (o scolastico) oltre che da relazioni interpersonali meno problematiche. La valutazione dell'efficacia di un intervento si pone dunque su due aspetti in stretta connessione tra loro, da un lato la riduzione sintomatologica e dall'altro il funzionamento generale e la qualità di vita (Rösler et al. 2013). È importante che questa valutazione preveda un'analisi soggettiva da parte del paziente e che sia il più possibile oggettivata, con esempi specifici di cambiamenti in tutti gli ambiti di vita. Alcuni strumenti e test sia auto che etero-somministrati possono essere utilizzati a tal fine, come la CGI, l'AA-QoL, il WHO-QoL (Migliarese et al. 2015).

Poiché nell'adulto ADHD la presenza di comorbidità

è generalmente la norma, l'intervento clinico deve considerare l'impatto sul funzionamento e sulla qualità di vita sia del disturbo di base che delle eventuali comorbidità. Perché un trattamento sia efficace, è infatti, necessario che venga definita una priorità di intervento.

Le linee guida raccomandano che quando l'ADHD coesiste con altre psicopatologie, dovrebbe generalmente essere trattata per prima la condizione più problematica, funzionalmente invalidante o destabilizzante, mentre le altre condizioni dovrebbero essere affrontate in modo graduale una volta che il paziente ha risposto al trattamento (Klassen et al. 2010, McIntosh et al. 2009, CADDRA 2011).

Generalmente, quando vi è comorbidità con i disturbi dell'umore, bisognerebbe dare un'elevata priorità al disturbo affettivo, soprattutto se in presenza di ideazione o progettualità suicidale, perdita di speranza nel futuro e disperazione. In queste condizioni i sintomi residui di ADHD possono essere valutati dopo aver impostato un trattamento adeguato per il disturbo dell'umore (Mao & Findling 2014). Nel disturbo bipolare, la stabilizzazione dell'umore è un prerequisito per un trattamento efficace con ADHD (Wingo & Ghaemi 2007), soprattutto in relazione ai possibili effetti che i trattamenti per l'ADHD possono provocare sul timismo.

Anche per quanto riguarda soggetti con dipendenza da sostanze appare consigliabile una stabilizzazione degli abusi preventiva al trattamento farmacologico per l'ADHD (Schubiner et al. 2002). Alcune indicazioni generali relative al trattamento e modificate a partire da quelle canadesi (CADDRA - Canadian ADHD Practice Guidelines 2011) sono riportate in tabella 1.

Una problematica che ci si ritrova frequentemente ad osservare trattando soggetti con ADHD è data dall'alto tasso di trattamenti di scarsa qualità. I soggetti con ADHD faticano, infatti, a garantire un'assunzione costante dei farmaci, effettuano numerose interruzioni o sospensioni temporanee compromettendo l'efficacia delle terapie. Per tale motivo è necessario che venga definito

un setting strutturato e che venga sottolineata – in fase di impostazione terapeutica – la necessità di preservare il più possibile una buona aderenza alle cure, aspetto che risulta essere cruciale nel processo terapeutico. Questo può essere favorito da un lavoro psicoeducazionale sulla natura del disturbo, ma anche attraverso banali consigli pratici che vanno da come appuntarsi gli appuntamenti di controllo, a strategie per non dimenticare l'assunzione dei farmaci o la richiesta delle ricette in prossimità del termine dei farmaci acquistati.

L'INTERVENTO NEL SOGGETTO ADHD CON DIST. DELL'AFFETTIVITÀ

ADHD e dist. bipolare

L'ADHD mostra tassi elevati di comorbidità con il disturbo bipolare. Il rapporto tra queste condizioni appare biunivoco e favorito da un substrato genico in parte condiviso (Cross-Disorder Group 2013a, b). In persone con diagnosi di disturbo bipolare una valutazione specifica per la presenza di ADHD risulta positiva in percentuali comprese tra il 9,5% e il 21,2%, mentre tassi di comorbidità del disturbo bipolare nell'ADHD sono compresi tra il 5,1% e il 47,1% (Wingo & Ghaemi 2007, Debert et al. 2015, Solberg et al. 2018). Il disturbo bipolare di tipo I è più comune in individui con comorbidità ADHD rispetto al disturbo bipolare II.

La diagnosi differenziale tra le due condizioni non è sempre agevole o immediata, soprattutto se non sono presenti fasi maniacali franche o se l'andamento temporale non è pienamente definito. Alcune dimensioni cliniche mostrano, infatti, una parziale sovrapposizione tra i due disturbi tra cui agitazione, loquacità, distraibilità e irrequietezza (Klassen et al. 2010). In queste condizioni è molto importante cercare di ricostruire l'andamento temporale delle condizioni cliniche ricordando che le caratteristiche ADHD risultano continue nel tempo (seppur sottoposte ad aggravamento in condizioni di stress). La disattenzione e l'impulsività saranno riscontrabili come modalità di funzionamento in entrambe le

fasi di malattia, comprese quelle depressive, mentre le caratteristiche della bipolarità mostrano un andamento fasico.

La comorbidità con l'ADHD sembra favorire l'anticipazione dell'età di esordio del disturbo bipolare. Uno studio comparativo ha evidenziato che il 65% dei soggetti con ADHD hanno avuto un esordio precoce del disturbo bipolare (al di sotto 18 anni), rispetto al 20% delle persone senza comorbidità con ADHD (Taman et al. 2008).

Oltre a favorire un esordio più precoce del disturbo, la presenza dell'ADHD determina un decorso più grave, caratterizzato da periodi più brevi di benessere, episodi più frequenti di mania e depressione, e maggiore frequenza di ulteriori condizioni psichiatriche comorbide tra cui ansia e disturbi da uso di sostanze (Nierenberg et al. 2005).

Alla luce di questi dati di prevalenza e dell'impegno clinico che la co-presenza di queste condizioni può determinare, con impatti estremamente significativi sul benessere individuale e sul funzionamento, risulta importante definire alcune linee guida per definire un corretto intervento. Sul piano clinico è importante effettuare correttamente la diagnosi differenziale tra queste condizioni e valutare la loro eventuale comorbidità.

Va innanzitutto sottolineato che, nonostante l'importanza del tema, la domanda relativa al possibile effetto dei farmaci per il trattamento dell'ADHD sul tono dell'umore rimane senza una risposta definitiva (Carlson et al. 2004, Dell'Osso & Ketter 2013). È stato comunque suggerito che sia metilfenidato che atomoxetina potrebbero essere associati a switch maniformi seppure le evidenze siano di scarsa qualità e non replicate (Bond et al. 2012, Wingo & Ghaemi 2008). Per tale motivo è preferibile, anche in condizioni di stabilità timica, impostare un trattamento stabilizzante con farmaci appropriati (litio, acido valproico) prima di iniziare un trattamento per l'ADHD (Viktorin et al. 2017).

Tra le terapie per l'ADHD possono essere associate alla terapia stabilizzante sia l'atomoxetina, facendo atten-

zione a una titolazione lenta e graduale e all'utilizzo di dosaggi almeno inizialmente più bassi del consueto, sia il metilfenidato, preferendo le preparazioni a lento rilascio. Il bupropione è stato proposto come terapia di prima linea in alcune linee guida (es. CANMAT - Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) seppure i dati a supporto di tale scelta non siano supportati da evidenze scientifiche forti.

ADHD e depressione/distimia

Sicuramente la presenza di ADHD facilita l'esordio di una demoralizzazione secondaria, causata dai numerosi fallimenti relazionali e accademici favoriti dalle caratteristiche cliniche del disturbo. Il percorso a ostacoli che il bambino e poi l'adolescente con ADHD deve compiere comporta il rischio di sperimentare una sensazione profonda di incapacità o impotenza: nel controllarsi, nell'inibire alcuni comportamenti, nel prestare l'attenzione corretta. È raro che un soggetto con una forma significativa di ADHD non abbia quindi deficit dell'autoestima e difficoltà a tollerare le frustrazioni. Questi aspetti ambientali rendono il soggetto con ADHD maggiormente esposto al rischio di sviluppare veri e propri disturbi depressivi, senza dimenticare la predisposizione genetica condivisa tra i due disturbi (Cross-Disorder Group 2013a, b).

I dati epidemiologici ci dicono che ADHD e distimia/depressione mostrano altri tassi di comorbidità: i tassi di prevalenza della depressione in individui con ADHD sono compresi tra il 18,6% e il 53,3% a seconda degli studi, con una maggior prevalenza nelle donne (Torgersen et al. 2006, Kessler et al. 2006, Debert et al. 2015, Solberg et al. 2018). Anche in queste condizioni il legame appare biunivoco: soggetti con depressione presentano, infatti, tassi di ADHD compresi tra il 9% e il 16%, con un tasso medio del 7,8% (McIntosh et al. 2009, Bond et al. 2012).

La co-presenza di queste condizioni identifica soggetti con storia di malattia più grave, caratterizzata da una peggior qualità di vita e maggior sofferenza soggettiva (McIntyre et al. 2010). L'ADHD è stato inoltre associato

a un maggior rischio suicidale e parasuicidale (Impey & Heun 2011), anche in virtù dell'elevata impulsività (dimensione a sua volta trasversalmente correlata a questi comportamenti indipendentemente dalle psicopatologie di base) (Gvion & Apter 2011).

Il trattamento del soggetto depresso con ADHD può avvalersi dell'utilizzo di antidepressivi ad azione noradrenergica e/o dopaminergica. Alcuni dati aneddotici segnalano, infatti, la potenziale utilità di questi farmaci anche sulla sintomatologia ADHD sottostante: sono, infatti, presenti in letteratura scientifica dati di efficacia, purtroppo di bassa qualità e non sufficientemente replicati, relativi a bupropione, venlafaxina, reboxetina e triciclici (Wilens et al. 1996, Popper 1997, Verbeeck et al. 2009, Maidment 2003, Amiri et al. 2012, Hornig-Rohan M & Amsterdam 2002).

Alcuni dati hanno suggerito la possibile utilità di atomoxetina e di bupropione come monoterapia nel trattamento dell'ADHD in comorbidità con depressione, segnalando un miglioramento non solo dell'ADHD ma anche degli aspetti depressivi (Spencer et al. 2006, Verbeeck et al. 2017).

Una volta stabilizzato il quadro depressivo, può essere associato un trattamento specifico per i sintomi residui ADHD, che rischiano, se non trattati, di ridurre l'efficacia dell'intervento antidepressivo stesso, con maggior rischio di risposte parziali, ricadute cliniche, interruzioni del trattamento (Biederman et al. 2009).

L'intervento nel soggetto ADHD con dist. d'ansia

Il rischio di disturbi d'ansia è maggiore nei soggetti con ADHD rispetto alla popolazione generale, con tassi che si avvicinano al 50% (Braaten et al. 2003, Kessler et al. 2006, Debert et al. 2015, Solberg et al. 2018). Gli individui con comorbidità tra disturbi d'ansia ed ADHD tendono ad avere sintomi di ansia più gravi ed età di insorgenza dell'ansia più precoce. Inoltre la comorbidità tra ansia e ADHD facilita l'associazione con altre patologie psichiche comorbide (Mancini et al. 1999).

La diagnosi dell'ADHD in soggetti con disturbi d'ansia in comorbidità può essere effettuata tardivamente. Questo riscontro è stato messo in relazione con una tendenza dell'ansia a inibire l'impulsività e a mascherare il quadro clinico (Schatz DB & Roostain 2006).

Deve però essere segnalato anche un altro aspetto di significativa importanza clinica: tra dist. d'ansia e ADHD vi è un'elevata sovrapposizione sintomatica. Le persone con ADHD, infatti, manifestano spesso sintomi somatici, irritabilità e irrequietezza che possono essere erroneamente classificati come primariamente ansiosi. È dunque importante che durante la valutazione i sintomi comuni a entrambi i disturbi possano essere distinti dai sintomi tipici di un solo disturbo, in modo che l'intervento possa avere un corretto target primario. Essendo l'ADHD distribuito lungo un continuum di intensità, pervasività e impatto funzionale, è possibile che le soggettive difficoltà attentive lamentate da un paziente, soprattutto in età adulta, siano in parte derivate dalla co-presenza di un disturbo d'ansia. L'ansia, infatti, tende ad amplificare difficoltà attentive lievi e in alcune situazioni cliniche il corretto trattamento dei disturbi d'ansia ne riduce l'impatto sul funzionamento.

È anche possibile che il soggetto senta e descriva come preminentemente ansiosi l'inquietudine e l'irrequietezza interna tipica del soggetto ADHD. In questo caso è il corretto trattamento dell'ADHD che migliora la condizione, senza necessità di impostare un trattamento specifico per l'ansia.

In condizioni di reale comorbidità possono essere considerate specifiche indicazioni terapeutiche, che dipendono dalla definizione delle priorità di intervento. Se l'impatto dell'ADHD nel corso della storia del paziente è stato sufficientemente contenuto e si manifesta come significativamente impattante solo nel periodo recente, deve essere compreso quale possa essere il fattore precipitante e su questo venir effettuato il trattamento. In caso di disturbi d'ansia, il trattamento si avvarrà di molecole quali SSRI, SNRI o del bupropione. A

tali molecole possono essere successivamente associati MPH e atomoxetina per trattare sintomi residui legati all'ADHD sottostante, ricordando che atomoxetina è metabolizzata dal citocromo 2D6 e dunque da associare con cautela ad inibitori dello stesso, come ad esempio paroxetina (Dean 2012).

È stato suggerito che atomoxetina possa essere efficace sia sull'ADHD sia sulla sintomatologia ansioso-depressiva in comorbidità anche in monoterapia (Adler et al. 2009, Spencer et al. 2006, Kratochvil et al., 2005).

IL TRATTAMENTO DEL SOGGETTO ADHD CON DIPENDENZA DA SOSTANZE

Cenni generali

La co-presenza del Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività (ADHD) ed il Disturbo da Uso di Sostanze (SUD) è stata oggetto di numerosi studi clinici ed continua ad essere al centro di molteplici controversie.

La ricerca ha dimostrato che soffrire di ADHD risulta essere un importante fattore di rischio per il SUD e che chi soffre di ADHD ha una probabilità maggiore di fare uso di sostanze e alcool (Martinez-Raga et al., 2013). È stato dimostrato che i bambini con diagnosi di ADHD hanno una maggior predisposizione a sviluppare un SUD in età adulta (Barkley et al., 2004).

La principale condizione di comorbidità fra ADHD e SUD risulta essere in particolare con l'utilizzo di alcool, nicotina, cannabis e cocaina (Klassen et al., 2012). L'associazione tra l'ADHD ed il SUD appare bidirezionale e l'eziologia può essere multifattoriale in quanto può essere correlata alla presenza di fattori neurobiologici, di altri disturbi psichiatrici comorbidi, dalla tipologia di caratteristiche comportamentali del soggetto quali la ricerca della novità, dall'impulsività o la tendenza ad utilizzare le sostanze come automedicazione, cercando di gestire gli sbalzi d'umore o le problematiche legate al sonno (Wilens et al., 2008).

Il carico che riveste la comorbidità fra ADHD e SUD è sostanziale in quanto studi hanno dimostrato

che la presenza di ADHD in individui con SUD risulta associata all'utilizzo più precoce di sostanze, tentativi di suicidio, maggiori ospedalizzazioni, percentuali più elevate di poli-abuso di sostanze, ridotta probabilità di raggiungere l'astinenza e di aderire ai trattamenti (Arias et al., 2008; Kooij et al., 2013). In generale quindi, la co-presenza di ADHD e di SUD influisce sul decorso dell'utilizzo di sostanze, sui sintomi psichiatrici e sugli esiti. Per tale motivo appare di rilevante importanza monitorare la presenza di ADHD in soggetti con SUD e viceversa ed individuare, così, l'indicazione terapeutica migliore (Philipsen et al., 2014).

Impostazione del trattamento

La scelta del migliore trattamento deve essere effettuata definendo un gradiente di priorità. Questo implica comprendere quale condizione trattare primariamente. Il quesito è se il trattamento dell'ADHD possa essere effettuato solo in condizioni di sufficiente stabilizzazione rispetto all'utilizzo di sostanze o se, viceversa, possa aiutare il percorso di disintossicazione. A tal riguardo le evidenze presenti in letteratura scientifica non sono definitive.

Il trattamento dell'ADHD in età pediatrica è associato a una riduzione del rischio di sviluppare dipendenze. È stato segnalato che l'utilizzo di metilfenidato in bambini con diagnosi di ADHD, ad esempio, porterebbe ad una riduzione del rischio di utilizzo ed abuso di sostanze nell'adolescenza e nell'età adulta dell'85% (Biederman et al., 1999, Philipsen et al., 2014). In maniera simile è stato evidenziata una minore probabilità di utilizzo di sigarette e di sviluppare SUD dopo un follow-up di cinque anni per adolescenti con ADHD trattati con farmaci stimolanti (Wilens et al., 2008). Tali osservazioni suggeriscono che la terapia farmacologica per i giovani adulti ADHD possa cambiare la traiettoria della morbidità psichiatrica, relativamente all'utilizzo di sostanze, in età adulta (Katzman et al., 2017).

Appare però del tutto diverso il trattamento del soggetto adulto che manifesti un'attuale comorbidità tra

SUD e ADHD o che, seppure senza manifestare attuali abusi, ne abbia avuti in passato o mostri potenziale rischio di sviluppare dipendenze (es. soggetti con dipendenze comportamentali).

In soggetti ADHD che presentano tali caratteristiche bisogna, da un lato preferire trattamenti farmacologici che possiedano basso rischio di abuso, dall'altro definire in modo chiaro un setting di trattamento. Questo prevede l'esposizione chiara e dettagliata delle possibilità terapeutiche al paziente, dei possibili risultati attesi e delle situazioni che potranno portare a una rivalutazione della terapia e del percorso di cura. È inoltre indicato, per pazienti che sono seguiti da più servizi, che vi sia un'adeguata rete tra gli stessi. La diagnosi di ADHD suggerisce che il paziente possa accedere, oltre che ad un intervento farmacologico, anche a trattamenti psicoeducazionali. Evidenze dimostrano, infatti, che la terapia multimodale che utilizza trattamenti farmacologici combinati con interventi psicoeducativi o cognitivo-comportamentali riesca a raggiungere una diminuzione dei sintomi oltre che un miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua funzionalità globale (CADDRA, 2011).

Il trattamento farmacologico

Seppure alcuni studi abbiano evidenziato, in soggetti con comorbidità ADHD-SUD, una potenziale efficacia del trattamento farmacologico per l'ADHD nella riduzione delle dipendenze -ad es. il trattamento con bupropione e metilfenidato è stato associato a una riduzione dell'utilizzo di cocaina (Levin et al., 2002) - è raccomandabile intervenire primariamente cercando di stabilizzare l'abuso di sostanze e rimandando il trattamento dell'ADHD a una sufficiente stabilizzazione nel trattamento delle dipendenze (Schubiner et al. 2002, CADDRA 2011).

Nell'impostare un trattamento farmacologico, la preoccupazione clinica è prevalentemente relativa all'utilizzo di metilfenidato, che possiede un rischio potenziale di dipendenza, e di "autogestione" da parte del paziente. L'utilizzo di tale molecola deve essere valutato con grande

attenzione anche in soggetti con dipendenze stabilizzate ed essere effettuato in modo rigoroso, in un setting che riduca il rischio di abuso o di diversion. Al riguardo si segnala che, come anche per molecole appartenenti ad altre classi farmacologiche, anche per metilfenidato le preparazioni a rilascio modificato presentano un minor rischio di abuso e migliorano l'aderenza (Cortese et al. 2017).

CONCLUSIONI

L'elevata co-presenza dell'ADHD e di altre patologie psichiche fa sì che nella pratica psichiatrica quotidiana vengano frequentemente visitati (ma non obbligatoriamente riconosciuti) pazienti con questa modalità di dis-funzionamento. Questa considerazione comporta una parziale modificazione dell'agire clinico. È infatti necessario, soprattutto in condizioni suggestive, ipotizzare la presenza del disturbo e migliorare la valutazione diagnostica, includendo anche l'ADHD tra le possibili patologie da riconoscere e trattare (Migliarese et al. 2015).

Il trattamento dell'ADHD non può prescindere dalle condizioni cliniche comorbidi, specialmente in relazione all'impostazione dei trattamenti farmacologici. Sulla base della tipologia, e soprattutto della gravità, della patologia in comorbidità devono essere valutate le priorità di intervento. Questo importante compito clinico deve essere effettuato a partire dalla storia individuale, in base alla situazione clinica e al funzionamento globale del paziente.

Generalmente, i disturbi mentali di grado severo, quali depressione, mania o dipendenze, devono essere trattati per primi, in modo tale che la stabilizzazione di questi possa permettere una miglior aderenza al trattamento dell'ADHD o addirittura possa condurre ad una riformulazione di una diagnosi di ADHD (Kooij et al., 2010). Secondo il Consenso Europeo, il trattamento di disturbi depressivi e ansiosi di grado più lieve generalmente può venire invece posticipato rispetto al trattamento dell'ADHD, anche perché, in alcune occasioni,

i sintomi di comorbidità possono risolversi in seguito al trattamento efficace dell'ADHD.

Una situazione particolare è data dal trattamento farmacologico dei pazienti con ADHD in comorbidità con SUD. In queste condizioni è necessario definire un setting chiaro e strutturato, che prevede l'esposizione dettagliata delle possibilità terapeutiche al paziente, dei possibili risultati attesi e delle situazioni che potranno portare a una rivalutazione della terapia e del percorso di cura. È inoltre indicato, per pazienti che sono seguiti da più servizi, che vi sia un'adeguata rete tra gli stessi. Nel paziente con comorbidità con SUD il trattamento per l'ADHD non sembra ridurre il rischio di dipendenze e dunque andrebbe posticipato in seguito a una sufficiente stabilizzazione di quest'ultimo (Kooij et al., 2010).

La diagnosi di ADHD suggerisce che il paziente possa accedere, oltre che ad un intervento farmacologico, anche a trattamenti psicoeducazionali, che sono riconosciuti in grado di migliorare l'esito dell'intervento. Accanto al trattamento farmacologico è dunque importante integrare con un approccio multimodale composto da interventi psicoeducativi, tecniche di CBT o di coaching.

AFFERENZA DEGLI DELL'AUTORI:

1. *Ambulatorio ADHD adulti, Dipartimento di Neuroscienze, ASST-FBF-Sacco Milano*
2. *DSMD ASST Lodi*

Tabella 1. Indicazioni sul trattamento dell'ADHD in comorbidità

Sempre	Trattare prima la condizione più severa
Disturbo bipolare	Trattare prima il Disturbo Bipolare
	Trattare l'ADHD una volta che il disturbo bipolare si è stabilizzato
	Titolare i farmaci con maggior lentezza ("Start low, go slow").
	Valutare in prima battuta bupropione/atomoxetina
Depressione	<i>Lieve o Distimia</i>
	Considerare di trattare l'ADHD
	Considerare la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT)
	<i>Moderata o grave</i>
	Trattare prima la depressione e contenere il rischio suicidario
	Associare atomoxetina o MPH agli antidepressivi sotto monitoraggio
	Preferire AD ad azione noradrenergica o dopaminergica
	Utilizzare interventi psicoeducativi e valutare terapia psicologica
Disturbo d'ansia	"Start low, go slow".
	Valutare possibile utilizzo di farmaci in mono-terapia (es. bupropione/noradrenergici)
	Utilizzare interventi psicoeducativi e valutare terapia psicologica
SUD	Trattare prima il SUD utilizzando interventi multimodali
	Trattare l'ADHD una volta che il SUD sia stabilizzato
	Se il trattamento di ADHD e SUD è contemporaneo definire in modo chiaro il setting della cura e i risultati attesi

BIBLIOGRAFIA

1. Adler LA, Liebowitz M, Kronenberger W, Qiao M, Rubin R, Hollandbeck M, et al. *Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder*. *Depress Anxiety*. 2009; 26(3):212-21.
2. Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer I, et al. *Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorder*. *Addict Behav*. 2008; 33(9):1199-207.
3. Amiri S, Farhang S, Ghoreishizadeh MA, Malek A, Mohammadzadeh S. *Double-blind controlled trial of venlafaxine for treatment of adults with attention deficit/hyperactivity disorder*. *Hum Psychopharmacol*. 2012 Jan;27(1):76-81. doi: 10.1002/hup.1274. Epub 2012 Jan 18.
4. Anker E, Bendiksen B, Heir T. *Comorbid psychiatric disorders in a clinical sample of adults with ADHD, and associations with education, work and social characteristics: a cross-sectional study*. *BMJ Open* 2018;8:e019700. DOI:10.1136/bmjopen-2017-019700
5. Barkley RA, et al. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004; 45(2):195-211.
6. Barkley R.A., Brown T.E., *Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders*. *CNS Spectr*. 2008 Nov;13(11):977-84.
7. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. *Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study*. *Pediatrics*. 2009;124(1):71-8
8. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. *Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder*. *Pediatrics*. 1999;104(2):e20.
9. Bond DJ, Hadjipavlou G, Lam RW, McIntyre RS, Beaulieu S, Schaffer A, Weiss M; *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force*. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):23-37.
10. Braaten EB, Beiderman J, Monuteaux MC, Mick E, Calhoun E, Cattan G, Faraone SV. *Revisiting the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety disorders: a familial risk analysis*. *Biol Psychiatry*. 2003;53(1):93-9.
11. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA), *Canadian ADHD Practice Guidelines*. 3rd Ed. Toronto ON: CADDRA; 2011.
12. Carlson PJ, Merlock MC, Suppes T. *Adjunctive stimulant use in patients with bipolar disorder: treatment of residual depression and sedation*. *Bipolar Dis*. 2004;6(5):416-20.
13. Clemow DB, Bushe C, Mancini M, Ossipov MH, Upadhyaya H. *A review of the efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adult patients with common comorbidities*. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 Feb 3;13:357-371. doi: 10.2147/NDT.S115707. eCollection 2017. Review.
14. Cortese S, D'Acunto G, Konofal E, Masi G, Vitiello B. *New Formulations of Methylphenidate for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Pharmacokinetics, Efficacy, and Tolerability*. *CNS Drugs*. 2017 Feb;31(2):149-160.
15. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, *Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis*. *Lancet*. 2013a Apr 20; 381(9875): 1371-1379. Published online 2013 Feb 28. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62129-1
16. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium., Lee SH, Ripke S, Neale BM, Faraone SV, Purcell SM, Perlis RH, Mowry BJ, Thapar A, Goddard ME, et al. *Nat Genet*. 2013b Sep; 45(9):984-94. Epub 2013 Aug 11.
17. Dean L. *Atomoxetine Therapy and CYP2D6 Genotype*. 2015 Sep 10. In: Pratt V, McLeod H, Rubinstein W, et al., editors. *Medical Genetics Summaries* [Internet]. Bethesda (MD):National Center for Biotechnology Information (US); 2012

18. Deberdt W, Thome J, Lebrech J, Kraemer S, Fregenal I, Ramos-Quiroga JA, Arif M. *Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe*. BMC Psychiatry. 2015;15(1):242.
DOI: 10.1186/s12888-015-0624-5.
19. Dell'Osso B, Ketter TA. *Use of adjunctive stimulants in adult bipolar depression*. Int J Neuropsychopharmacol. 2013;16(1):55-68.
20. Goodman D.W., Thase M.E., *Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management*. Postgrad Med. 2009 Sep;121(5):20-30. doi: 10.3810/pgm.2009.09.2049
21. Gorlin EI, Dalrymple K, Chelminski I, Zimmerman M. *Diagnostic profiles of adult psychiatric outpatients with and without attention deficit hyperactivity disorder*. Compr Psychiatry. 2016 Oct;70:90-7.
DOI: 10.1016/j.comppsych.2016.06.015. Epub 2016 Jun 29.
22. Gvion Y, Apter A. *Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature*. Arch Suicide Res. 2011;15(2):93-112. doi: 10.1080/13811118.2011.565265.
23. Hornig-Rohan M, Amsterdam JD. *Venlafaxine versus stimulant therapy in patients with dual diagnosis ADD and depression*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2002 Apr;26(3):585-9.
24. Impey M, Heun R. *Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder*. Acta Psychiatr Scand. 2012 Feb;125(2):93-102.
DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01798.x. Epub 2011 Nov 25.
25. Katzman MA, Bilkey T, Chokka P, Fallu A, Klassen LJ. *Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach*. BMC Psychiatry 2017;17:302
26. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. Am J Psychiatry. 2006;163(4):716-23.
27. Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P. *Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder*. J Affect Disord. 2010;124(1-2):1-8
28. Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P. *Comorbid attention deficit/Hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment consideration*. Curr Drug Abuse Rev. 2012; 5(3):190-8.
29. Kooij JJ, Bejerot S, Blackwell A et al. *European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD*. BMC Psychiatry. 2010;10:67
30. Kooij SJ, Rosler M, Philipsen A, Wachter S, Dejonckheere J, van der Kolk A, et al. *Predictors and impact of non adherence in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder receiving OROS methylphenidate: results from a randomized, controlled trial*. BMC Psychiatry. 2013;13:36.
31. Kratochvil CJ, Newcorn JH, Arnold LE, Duesenberg D, Emslie GJ, Quintana H, Sarkis EH, Wagner KD, Gao H, Michelson D, Biederman J. *Atomoxetine alone or combined with fluoxetine for treating ADHD with comorbid depressive or anxiety symptoms*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Sep; 44(9):915-24.
32. Levin FR, Evans SM, McDowell DM, Brooks DJ, Nunes E. *Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Addict Disord. 2002; 21(2):1-16.
33. Maidment ID. *The use of antidepressants to treat attention deficit hyperactivity disorder in adults*. J Psychopharmacol. 2003 Sep;17(3):332-6.
34. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. *Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders*. Psychol Med. 1999;29(03):515-25.
35. Mao AR, Findling RL. *Comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a practical guide to diagnosis in primary care*. Postgrad Med. 2014; 126(5):42-51.
36. Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R. *Attention deficit Hyperactivity disorder and dual disorder. Educational needs for an underdiagnosed condition*. Int J Adolesc Med Health. 2013; 25(3): 231-43.
37. McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. *Adult ADHD and comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD*. Neuropsychiatr Dis Treat. 2009;5:137-50

38. McIntyre RS, Kennedy SH, Soczynska JK, Nguyen HT, Bilkey TS, Woldeyohannes HO, et al. *Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(3):e1-7.
39. Migliarese G, Venturi V. *L'ADHD in adolescenza: trasformazioni cliniche e implicazioni rispetto al funzionamento adulto*. in Mencacci C., Migliarese G. Quando tutto cambia: la salute psichica in adolescenza ed. Pacini Medicina 2017 pg 169-183
40. Migliarese G, Magni E, Cerveri G, et al. *L'ADHD nell'adulto. Esperienza clinica e linee guida per il trattamento*. Psichiatria Oggi Anno XXX, n. 1, gennaio-giugno 2017.
41. Migliarese G, Venturi V, Cerveri G, et al. *L'ADHD nell'adulto Misdiagnosi e incidenza della patologia nei servizi*. Psichiatria Oggi Anno XXVIII, n. 2, luglio-dicembre 2015.
42. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. *Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants*. Biol Psychiatry. 2005;57(11):1467-73.
43. Pehlivanidis A, Papanikolaou K, Spyropoulou AC, Papadimitriou GN. *Comorbid ADHD in adult psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorders*. Int J Psychiatry Clin Pract. 2014 Oct;18(4):265-71.
44. Philipsen A, Graf E, Jans T, Matthies S, Borel P, Colla M, et al. *A randomized controlled multicenter trial on the multimodal treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder: enrollment and characteristics of the study sample*. Atten Defic Hyperact Disord. 2014; 6(1):35-47.
45. Popper CW. *Antidepressants in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Clin Psychiatry 1997; 58(Suppl 14):14-29.
46. Rösler M, Ginsberg Y, Arngrim T, Adamou M, Niemelä A, Dejonckheere J, et al. *Correlation of symptomatic improvements with functional improvements and patient-reported outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with OROS methylphenidate*. World J Biol Psychiatry. 2013;14(4):282-90.
47. Silva D, Colvin L, Hagemann E, Bower C. *Environmental risk factors by gender associated with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics. 2014 Jan;133(1):e14-22. DOI: 10.1542/peds.2013-1434. Epub 2013 Dec 2.
48. Schatz DB, Roßtain AL. *ADHD with comorbid anxiety a review of the current literature*. J Atten Disord. 2006;10(2):141-9.
49. Schubiner H, Downey KK, Arfken CL, Johanson CE, Schuster CR, Lockhart N, et al. *Double-blind placebo-controlled trial of methylphenidate in the treatment of adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence*. Exp Clin Psychopharm. 2002;10(3):286.
50. Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsoyr K. *Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder*. Acta Psychiatr Scand 2018; 137: 176-186 DOI: 10.1111/acps.12845
51. Spencer TJ, Faraone SV, Michelson D, Adler LA, Reimherr FW, Glatt SJ, et al. *Atomoxetine and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: the effects of comorbidity*. J Clin Psychiatry. 2006;67(3):415-20.
52. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. *Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008;258(7):385-93.
53. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. *ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity*. Nord J Psychiatry. 2006;60(1): 38-43
54. Verbeek W, Tuinier S, Bekkering GE. *Antidepressants in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review*. Adv Ther. 2009 Feb;26(2):170-84.
55. Verbeek W, Bekkering GE, Van den Noortgate W, Kramers C. *Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Oct 2;10:
56. Viktorin A, Rydén E, Thase Meet al. *The Risk of Treatment-Emergent Mania With Methylphenidate in Bipolar Disorder*. Am J Psychiatry. 2017 Apr 1;174(4):341-348.

-
57. Weiss MD, Weiss JR. *A guide to the treatment of adults with ADHD*. J Clin Psychiatry. 2004; 65:27-37.
58. Wilens TE, Biederman J, Prince J, Spencer TJ, Faraone SV, Warburton R, Schleifer D, Harding M, Linehan C, Geller D. *Six-week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder*. Am J Psychiatry 1996, 153(9):1147-1153.
59. Wilens TE, Adamson J, Monuteaux MC, Faraone SV. *Schillinger M, Westerberg D, et al. Effect of prior treatment for attention deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents*. Arch Pediatr Adolesc. Med. 2008; 162(10):916-21.
60. Wilens TE, Morrison NR. *The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse*. Curr Opin Psychiatry. 2011; 24(4):280.
61. Wingo AP, Ghaemi SN. *A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder*. J Clin Psychiatry. 2007; 68(11):1776-84.
62. Wingo AP, Ghaemi SN. *Frequency of stimulant treatment and of stimulant associated mania/hypomania in bipolar disorder patients*. Psychopharmacol Bull. 2008; 41(4):37-47

La promozione personale: esperienza nella Residenza Protetta Don Rino Vallorani di Comunanza e nella Co.s.e.r. di Force in un programma condiviso di sostegno psicosociale post sismico

*Fotografia terapeutica e recupero della
identità*

*Talamonti R.S.¹, Giaccio P.¹, Iachini M. G.¹,
Iachini S.¹, Satulli M. C.¹, Passalacqua A.¹,
Mazzaroni C.¹, Caucci C.¹, Alidori C.¹,
Di Gennaro M.¹, Piciotti G.², Valentini V.²,
Addis A.², Guidotti R.², Testa V.², Baldassarri C.²,
Roussakova M.², Canala S.², Gionni D.²,
De Luna I.², Petrini V.², Bonanni M. C.²,
Fioravanti A.², Casoni L.³, Tiberio D.⁴, Mari M.⁵,
Pizzi M. F.⁶, Galié V.², Tania A.², Roberta A.¹,
Nicolai D.¹*

IL CONTINUUM STORICO E ARTISTICO

Il sisma del 30 ottobre 2016 ha comportato la inagibilità della Comunità socio educativa riabilitativa (Co.s.e.r.), funzionante dal 2011, situata nell'ex ospedale Fratelli Lepri di Force (Ap)¹. I dodici ospiti sono stati per tre settimane nella palestra comunale, primo punto di accoglienza, al pari degli altri cittadini terremotati². In seguito ospiti e personale sono stati trasferiti presso la Residenza Protetta di Comunanza³, al fine di garantire

la continuità della assistenza, ma anche la continuità lavorativa nella emergenza determinata dalla successione degli eventi sismici, iniziata il 24 agosto 2016 e culminata negli eventi maggiori del 26 e 30 ottobre e del 17 gennaio 2017, e peraltro non conclusa a tutt'oggi.

OBIETTIVI

Il sostegno psicosociale delle popolazioni colpite dalla successione di eventi sismici, è iniziato fin da agosto 2016 con la costituzione di una équipe dedicata che ha integrato il lavoro del DSM dell'Area Vasta 5 dell'Asur Marche, da sempre in atto nell'ATS XXIV⁴. Il supporto psicosociale è stato integrato con i "Concerti per le Città ferite" del dicembre 2016 (Pieve Torina, Montefortino e San Benedetto del Tronto). Tali eventi musicali sono nati dalla intuizione di creare sollievo anche grazie alla musica ed hanno percorso di molto la successiva iniziativa "RisorgiMarche" che ha richiamato in luoghi colpiti dal sisma molte persone, come le cronache estive hanno narrato. Del resto la musica è stata protagonista anche a Sarajevo, che ospitò il concerto del gruppo U2 nel 1997, nel luogo simbolo della distruzione e della follia omicida, che aveva colpito nel cuore l'Europa a 45 anni dalla fine della seconda guerra mondiale.

La musica e l'arte sono alcune delle articolazioni del sostegno psicosociale a favore delle comunità colpite dalla sequenza sismica iniziata il 24 agosto 2016. Del resto ogni paese ed ogni frazione offriva al visitatore opere d'arte importanti e fondamentali per la comprensione della storia dell'arte italiana; un territorio di confine tra più centri

1. www.culturaitalia.it/opencms/it/temi/viewItem.jsp?language=it&case=&id=oai%3Aasirpac.cultura.marche.it%3A80328
2. www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2016/12/PsichiatriaOggi_annoXXIX_n2_5_Damiani_ComunitaSocioEducativa.pdf
3. La Residenza protetta di Comunanza ha iniziato la propria attività a luglio 2016
4. Dapprima Usl 24, poi Zona territoriale 13 ed ora Area Vasta 5, l'ATS è "zona condivisa per il DSM tra le Aree vaste 4 e 5 ai sensi della deliberazione n. 472 del 2/4/2012. Controllo Atti – Legge n. 412/91, Art. 4, Comma 8 – L.R. n. 26/96, art. 28 – determina n. 169 del 8.03.2012 adottata dal Direttore Generale dell'ASUR, concernente: "Attuazione delle disposizioni di cui all'allegato A) richiamato dall'art. 9 della Legge Regionale n. 13/2003"

culturali⁵, oggi come nel passato, e che esprime questa molteplicità di influssi in opere diffuse con capillarità⁶. Il continuum storico, artistico e culturale, pur colpito nei secoli dai terremoti e dallo spopolamento, rappresentava uno dei punti di partenza per il sostegno psicosociale per quanti abitano quotidianamente a contatto con capolavori. Arte e musica tuttavia non possono essere disgiunte da una ricostruzione capillare del tessuto di paesi e frazioni ed attività, cosa che determina un'aspettativa altissima tra le popolazioni, sempre in bilico tra speranza volontà e rabbia che si alternano davanti ad una notizia positiva o ad un evento avverso, come l'ultimo suicidio del 2 maggio 2018. A gennaio 2017, nell'ambito degli interventi di sostegno per le popolazioni colpite dal sisma è stato messo in atto un piccolo progetto speciale a favore di due utenti del DSM, il primo film-maker e residente in Amandola (Fm) e l'altro fotografo professionista ed ospite della Coser di Force (Ap), al fine di valorizzare le loro professionalità di realizzazione fotografica e video.

La fotografia è utilizzata nei paesi anglosassoni come strumento terapeutico di comunicazione non verbale delle proprie emozioni⁷, come mezzo di socializzazione e restituzione all'individuo di un ruolo sociale, documentare la realtà, e restituzione alla sua rete sociale di un cittadino con ruolo attivo e valido. Per la realizzazione di una documentazione foto e video è necessario un lavoro costante di interazione adeguata e congrua con la

popolazione e le istituzioni, con il proprio ambiente di vita, con chi ha fornito materiale aggiuntivo (i Vigili del fuoco per una parte del video) e per chi ne ha ospitato la presentazione il 31 marzo 2017 al convegno regionale della riabilitazione nell'aula magna della facoltà di medicina di Ancona⁸. Nel nostro specifico caso si tratta di un lavoro di accompagnamento della persona nel ruolo sociale attivo, con una precisa professionalità, che si mette a disposizione della comunità per esprimerne le emozioni.

METODI

Il progetto è stato condiviso con il responsabile regionale degli interventi di sostegno psicosociale, Dr. Massimo Mari, in collaborazione con Cooss-coop, con i responsabili della Coser, l'Ambito sociale territoriale 24, il DSM dell'Area Vasta 5, l'amministratore di sostegno, e con l'Area vasta 2 dell'Asur Marche. È stato previsto l'impegno bisettimanale per tre mesi di una tecnica per la riabilitazione psichiatrica, che ha accompagnato i due pazienti nella ricognizione del territorio e nella documentazione dei danni causati dal sisma. Il primo momento del progetto è stata la conoscenza reciproca dei due pazienti, e il dialogo sulle diverse competenze, uno fotografo e l'altro realizzatore di video, e delle diverse tecniche, tra analogico e digitale. In questa fase di conoscenza reciproca è stato fondamentale il dialogo in rete costante degli operatori della Coser e della Residenza Protetta con la operatrice che conduceva in prima persona

5. E. Casteluovo e C. Ginzburg, *Centro e periferia*. in Giulio Bollati – Paolo Fossati (a cura), *Storia dell'arte italiana. Questioni e metodi*, Torino, Einaudi, 1979, p. 285.

6. Sono stati recuperati 11386 beni culturali nella Regione Marche e 5611 nella Regione Umbra. Cfr: http://www.beniculturali.it/mibac/export/MiBAC/sito-MiBAC/Contenuti/visualizza_asset.html_1350580052.html
Citare la chiesa della Filetta di Amatrice, il santuario dell'Ambro di Montefortino, Santa Maria delle Macchie a Gagliole, santa Maria a Vallo di Nera con il ciclo di affreschi sul movimento dei Bianchi del 1399, o la cappella affrescata da Luca Signorelli in alta Val Nerina, non vuol essere di torto a nessun altro di tutti gli altri centri artistici colpiti.

7. <https://www.imh.com.sg/wellness/page.aspx?id=1243>,
<https://phototherapy-centre.com/therapeutic-photography/>
<http://www.analytiquephotographique.be/phototherapie.html>
"People use Therapeutic Photography techniques for their own personal self-inquiry or intentional change process, whereas therapists use PhotoTherapy techniques to assist other people (their clients) who need help resolving personal emotional problems"

8. http://www.univpm.it/Entra/Engine/RAServeFile.php/f/congressi_seminari/2017/Educatori_marzo17.pdf

il progetto, nonché le varie figure che fanno parte della rete sociale, istituzionale ed informale che sostiene i due pazienti (ATS 24, DSM servizi sociali)⁹, al fine di integrare il lavoro e la osservazione e ridurre le criticità non secondarie che si presentavano. In effetti ogni intervento riabilitativo altera un equilibrio dei ruoli in cui si relazionano paziente e rete sociale. Un ruolo ed una relazione reciproca nuova per entrambe le parti comporta non solo un riconoscimento di diritto alla nuova espressione del paziente, ma aumenta la autostima reciproca, in quanto tutti avvertono sia la fatica dell'impegno, sia anche la soddisfazione per il risultato ottenuto.

RISULTATI

È stato realizzato un video di documentazione dei danni generati dai sismi in alcuni comuni dell'ATS XXIV e del territorio circostante, che è stato presentato dai realizzatori il 31 marzo alla giornata regionale dei tecnici della riabilitazione psichiatrica¹⁰. Un impegno condiviso tra numerosi soggetti coinvolti in una rete di fatto in grado di esprimere una valenza terapeutica condivisa, anche nella differenza tra ruolo ufficiale e ruolo sostanziale ma non ufficiale¹¹, ha consentito la percezione da parte dei due pazienti di un proprio sé valido, capace ed adeguato alle

circostanze susseguitesesi nel corso dei tre mesi del progetto¹², culminati nella presentazione in un contesto ufficiale del proprio lavoro, fatto del tutto imprevedibile all'inizio del programma. Uno dei pazienti per inciso, ha potuto anche superare un grave lutto, grazie alla partecipazione del progetto. È da specificare che questo progetto si è inserito in un continuum di piccole iniziative: le mostre fotografiche realizzate a più riprese a Force dal 2011 al 2016 dal paziente della Coser, in un percorso poliennale di valorizzazione personale¹³, mentre il paziente di Amandola ha realizzato le riprese video del concerto di dicembre 2016 tenutosi a Montefortino "per le città ferite". A primavera 2018 il paziente ospite della Coser ha realizzato in piena autonomia una esposizione fotografica "Notturmi, astratti e vedute..." il 10 e 11 febbraio 2018.

LIMITI

L'unico limite è stato la brevità dell'intervento e la difficoltà di replicarlo in maniera meno provvisoria.

CONCLUSIONI

La valorizzazione delle singole persone che cerca di rispettarne le caratteristiche, senza ricorrere ad impegni stereotipati, è uno degli obiettivi della riabilitazione in

9. Psichiatria e territorio, Provincia di Rieti, s.i.a.

10. http://www.univpm.it/Entra/Engine/RAServeFile.php/f/congressi_seminari/2017/Educatori_marzo17.pdf

11. WALKING WITH OUR PATIENTS THE COMMUNITY. Cfr: http://catalyst.nejm.org/walking-patients-community-mih-cp-programs/?utm_campaign=Connect%20Weekly&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=54859612&_hsenc=p2ANqtz--2uqsqac6VDhbfq0AcQDl-rDiUzxm_Wr2JIaeH8jcfZ26FrdaC79Nf6VTTJAKf5N-cT2ZXflgS4hb0FYivuB05z0eWu9A&_hsmi=54859612

Cfr. anche: What are the effects of education on health? By Leon Feinstein, Ricardo Sabates, Tashweka M. Anderson, Annik Sorhaindo and Cathie Hammond pag 291: "Our most robust evidence is from a US randomised control trial which shows that social and psychological support is significantly associated with a reduction in depression and improvements in social functioning."

12. The self, or the individual, has a degree of agency and so cognitions, beliefs and psycho-social capabilities feature as crucial elements of the self in this model. Yet, there are a range of different systems for classifying the key features of the self in the determination of health. "Individuals differ in terms of features of the self that are important in the formation of health outcomes, features such as competencies (Rychen and Salganik, 2003), capabilities (Sen, 1992), resources and internal resilience (Masten, 2004; Rutter, 1990), capitals such as human capital (Becker, 1975), social capital (Coleman, 1988; Putnam, 1999) and identity capital (Côté and Levine, 2002)".

Cit. What are the effects of education on health? pag. 182

13. <http://www.bmj.com/content/358/bmj.j4126> Editorials Implementing person centred approaches

psichiatria. Il riscatto dal fallimento e dalla negazione complessiva che ha portato il paziente in una struttura, ovvero all'isolamento dalla propria comunità, ha necessità che sia ricostruita la relazione con il tessuto sociale nonché garantita dalla rete di più soggetti istituzionali e sociali¹⁴. Tutti questi elementi fanno sì che le esperienze lavorative al di fuori della struttura residenziale¹⁵ siano tra gli obiettivi principali da concordare, pianificare e realizzare all'interno dei progetti formativi individuali dei pazienti. Il progetto della primavera 2017 ha consentito la restituzione alla comunità locale di un lavoro importante¹⁶, che è stato anche restituito con piena congruità durante il convegno regionale di Riabilitazione il 31 marzo 2017 all'Università politecnica, ed è stato una tappa importante di un percorso complessivo tuttora in corso, come lo spettacolo teatrale di realizzato dai pazienti delle due strutture a Natale 2017 e la partecipazione al concerto di Riky Porter come voci narranti proprie esperienze personali, a primavera 2018. Trasformare il ruolo dei pazienti che diventano soggetti attivi nella comunità, sviluppando la comunicazione attiva e non solo passiva, restituisce loro un ruolo di cittadino, spesso offuscato dalle acuzie psicopatologiche.

CONCLUSIONI

Si tratta di accompagnare il paziente lungo un percorso complesso per un adeguato percorso di recupero personale e sociale, considerando che la risposta del paziente alla offerta formativa non è mai lineare, ma spesso ha necessità di pause, affinché possa essere superata l'ansia insita nella psicosi di non essere in grado di contenere la valenza distruttiva che fa parte della patologia medesima.

AFFERENZA AUTORI:

1. *Co.s.e.r. Force (Ap)*
2. *Residenza protetta Comunanza (Ap)*
3. *Tecnico della riabilitazione psichiatrica Cooss-coop, Area Vasta 2 Casa Rossa*
4. *DSM Area Vasta 5, ASUR Marche*
email: tiberio_damiani@libero.it
5. *DSM Area Vasta 2, ASUR Marche, responsabile del programma di sostegno psico-sociale post sisma*
6. *Area Vasta 5, équipe sisma*

14. La riabilitazione comunitaria: una risposta utile in tempo di crisi. Pestelli Germano, Mattozzi Ivano, Zannini Chiara
In: Abstract Book 13a Conferenza Nazionale GIMBE Salute prima di tutto, sanità per tutti

15. "A sense of connection with others is also positively associated with health" cit: What are the effects of education on health?
Pag.289.

16. The individual experiences dynamic interaction with others in terms of social relations and with the environment. These have important implications for the health of individuals.
Cit: What are the effects of education on health? Pag. 183

Strategie innovative di trattamento per il disturbo bipolare

L'esperienza clinica dell'ospedale san carlo borromeo di milano

*Paolo Rigliano, Francesca Colombi, Francesca Gervasoni, Giorgia Notari, Giuseppe Biffi **

INTRODUZIONE

Il disturbo bipolare è una problematica psichiatrica che interseca aspetti bio-psicologici complessi, con un potenziale invalidante e cronicizzante alto, con notevoli conseguenze sociali e con un carico familiare elevato.

Dal 2012 presso l'Ospedale San Carlo Borromeo dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, è attivo il programma "Trattamento integrato dei disturbi bipolari" che, coerentemente con le Linee Guida Internazionali presenti in letteratura, offre in modo integrato una varietà di percorsi terapeutici. Per assicurare tale obiettivo, l'equipe che lavora nel programma è multidisciplinare ed è composta da uno psichiatra strutturato, coordinatore del progetto, e tre psicologhe-psicoterapeute.

Il programma è rivolto a tutti i pazienti con disturbo bipolare I e II, afferenti dell'area metropolitana di Milano (quindi a tutti i cittadini della città di Milano e dell'hinterland), dando massima attenzione alla presa in carico di pazienti giovani e giovanissimi, così da intercettare il fenomeno del ritardo nella diagnosi e trattamento del disturbo bipolare. Si può accedere al Programma direttamente su richiesta del paziente, oppure tramite invio da parte del medico curante. I pazienti che partecipano al programma rimangono in carico ai CPS di riferimento per tutta la durata del percorso.

Il progetto si configura come un programma d'avanguardia, validato ed operazionalizzato secondo standard scientifici, con riferimento al modello di Francesc Colom

e Eduard Vieta, ma rivisitato ed approfondito in senso psicoterapeutico.

Il programma si articola in percorsi psicoterapeutici differenziati e nella presa in carico farmacologica, a partire da un'accurata fase di valutazione psicodiagnostica volta non solo ad inquadrare il funzionamento psichico del soggetto ma anche ad instaurare una buona alleanza terapeutica, fondamentale per un'adesione al programma stesso.

Tutta la letteratura internazionale evidenzia la presenza in altissima percentuale di traumi nell'anamnesi di pazienti bipolari. Questi traumi sono stati rilevati essere di diversa origine, entità e conseguenze, ma in ogni caso sempre gravi. Tali traumi risultano sempre connaturati con la genesi del disturbo, la sua prognosi, la sua gravità e gravosità clinica e con l'esito del trattamento. Si è evidenziato infatti che, quanto più efficacemente è trattata la costellazione post traumatica e sono risolte le memorie traumatiche, tanto più i pazienti possono raggiungere adeguata stabilizzazione, compenso clinico, compliance e dunque qualità di vita.

Altro aspetto da sottolineare fortemente è il rapporto (proprio per tale prevalenza di traumi pregressi) tra disturbi di personalità afferenti al Cluster B (prevalentemente Disturbo Borderline di Personalità) e i disturbi bipolari. Si viene così ad individuare una rete psicopatogenetica che connette l'area traumatica all'area borderline e all'area clinica bipolare.

OBIETTIVI PRINCIPALI DEL PROGETTO

1. Aumentare la consapevolezza riguardo il disturbo bipolare
2. Aumentare la compliance alla terapia farmacologica
3. Aumentare la consapevolezza dei comportamenti a rischio per evitare agiti e/o comportamenti auto-lesivi
4. Intervenire precocemente sui nuclei traumatici e sulle aree di personalità problematiche per ridurre le comorbilità complesse
5. Prevenire le ricadute e le recidive
6. Ridurre il numero di ospedalizzazioni e di giorni trascorsi in ospedale

ATTIVITÀ PREVISTE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

- Valutazione psicodiagnostica, attraverso colloqui psichiatrici e psicologici con utilizzo di strumenti testali specifici per il disturbo bipolare (QUIDS - SR 16; ASRM; CORE), per l'individuazione di traumi e aree dissociative (Scala DES, SDQ 20) e per la valutazione della disregolazione emotiva e dell'impulsività (DERS; Self harm inventory)
- Incontri di psicoeducazione di gruppo rivolti a pazienti: 16 incontri settimanali di psicoeducazione (più due incontri di follow up a tre e sei mesi) che hanno l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del disturbo e migliorare, quindi, la gestione delle fasi maniacali e depressive qualora si presentassero.
- In alternativa al gruppo, per coloro ai quali non è indicato un setting gruppale sono previsti incontri di psicoeducazione individuale con i medesimi obiettivi.
- Percorso di psicoterapia individuale, secondo i principi della psicoterapia cognitivo comportamentale e della terapia EMDR per l'individuazione e il trattamento dei nuclei traumatici e dissociativi.
- Percorso di psicoterapia familiare, qualora ne sussistano le indicazioni cliniche
- Skills training della DBT (Dialectical Behavioral Therapy) per la gestione dei nuclei di personalità legati alla disregolazione emotiva e all'impulsività. Nello

specifico si implementeranno quattro moduli di abilità:

- Abilità di mindfulness: volte ad aumentare la consapevolezza di se stessi, dei propri pensieri, emozioni e comportamenti al fine di superare e gestire in modo efficace i momenti in cui si sperimentano emozioni dolorose.
- Abilità di tolleranza alla sofferenza: volte ad affrontare momenti di crisi in modo funzionale e ad accettare la realtà così come è.
- Abilità di regolazione emotiva: volte ad aiutare la persona ad avere un rapporto più funzionale con le proprie emozioni e a modificare i comportamenti che vengono messi in atto quando si sperimentano emozioni intense.
- Abilità di efficacia interpersonale: volte ad apprendere strategie che aiutino a migliorare le relazioni e a gestire i conflitti interpersonali.
- Riunioni di equipe: per il monitoraggio, la discussione dei casi e il coordinamento delle attività cliniche.

RISULTATI ATTESI

1. Ridurre la percentuale dei drop - out al trattamento sia psicologico che farmacologico
2. Favorire la compliance alla terapia farmacologica
3. Prevenire le ricadute e le recidive (quindi ridurre le riammissioni in SPDC) con conseguente riduzione dei costi sanitari

Tabella 1: criteri di inclusione ed esclusione del Progetto

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
– Disturbo Bipolare (tipo 1, tipo 2, disturbo ciclotimico) – Disturbi con disregolazione emotiva	– Altre sindromi affettive; – Episodi depressivi "gravosi" (che richiedono interventi multidisciplinari e trattamenti semi-residenziali o residenziali e che si presentano in contesti familiari particolarmente problematici); – Doppia diagnosi; – Deficit cognitivo; – Mancati suicidi in anamnesi; – Comorbidità con altri disturbi clinici (Disturbi d'ansia, somatoformi...) o organici (fisici cronici) primari o se concomitanti e gravemente invalidanti

REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA NELL'ANNO 2017

Il totale dei pazienti inviati nel 2017 è di 50, considerando sia i pazienti con un primo accesso al programma nel corso del 2017, sia i pazienti presi in carico nell'anno precedente.

Durante il trattamento si sono riscontrati tre casi di drop out.

I pazienti hanno partecipato agli incontri di psicoeducazione di gruppo, che consta di 16 incontri quindicinali della durata di un'ora e mezza ciascuno dove vengono affrontate tematiche quali: la natura del disturbo bipolare (sintomi e manifestazioni della fase maniacale e depressiva), i fattori di vulnerabilità, di rischio e di protezione, il riconoscimento dei campanelli di allarme, la comunicazione del disturbo, la gestione dello stress e il problem solving, la prevenzione di future ricadute.

Durante gli incontri di psicoeducazione, a settimane alterne, alcuni pazienti hanno partecipato anche agli incontri di psicoterapia individuale, che hanno l'obiettivo di aiutare il paziente a migliorare la consapevolezza rispetto ai propri processi che sono causa e mantenimento del disturbo stesso e di trovare modalità più funzionali di affrontare la vita quotidiana in modo da prevenire future ricadute. Ove necessario, viene effettuato anche un lavoro sull'elaborazione dei traumi utilizzando il protocollo EMDR.

Tutti i pazienti hanno partecipato al percorso proposto in modo attivo e interessato mostrando, nel corso del trattamento, un approccio al disturbo più attento e consapevole; l'aumentata consapevolezza del disturbo ha permesso ai pazienti di evitare ricadute e recidive.

Diversi pazienti presi in carico nel 2017 hanno proseguito le attività del programma anche nel corso del 2018.

REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA PER L'ANNO 2018

Attualmente i pazienti in carico sono 30, di cui 21 inviati nel 2018.

Da gennaio 2018, oltre alle attività già in essere, sono stati attivati due gruppi di skills training, tutt'ora in corso, ai quali hanno aderito 17 pazienti complessivamente (di questi: 4 partecipano al gruppo per disregolazione emotiva, ma non usufruiscono dell'individuale poiché non hanno una diagnosi di disturbo bipolare; ci sono stati tre casi di drop out per pazienti senza diagnosi di disturbo bipolare ed un paziente ha rinunciato per impegni lavorativi).

11 partecipanti al gruppo seguono parallelamente anche un percorso di psicoterapia individuale almeno mensile; 12 pazienti hanno intrapreso, invece, soltanto il percorso psicoterapeutico individuale almeno quindicinale o sono in attesa di partecipare al nuovo gruppo di psicoeducazione; una paziente ha avuto due incontri e si è dichiarata interessata, ma poi è stata irreperibile.

In prospettiva futura si sta ipotizzando, inoltre, l'attivazione di un gruppo family connection per sostenere i familiari ed insegnare loro delle skills perché le relazioni familiari non siano iatrogene in merito ai disturbi dei pazienti in carico.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Se si considera il paradigma noto in psichiatria come continuum vulnerabilità stress, troviamo fondamentale per la cura di tale disturbo, considerare aspetti biologici, aspetti psicologici, aspetti relazionali sui quali si può intervenire a vari livelli.

Riguardo alla componente biologica è fondamentale intervenire aiutando il paziente ad apprendere modalità di autocura del proprio corpo e del proprio disturbo attraverso la psicoeducazione in gruppo che fornisca al paziente consapevolezza della malattia e del proprio funzionamento, per gestirlo in modo funzionale, e lo skills training di regolazione emotiva basato sui principi della Dialectical Behavioural Therapy (DBT) di M. Linehan, per possedere abilità cognitivo-comportamentali che gli permettano di farlo. Spesso infatti erroneamente, le

persone che soffrono di disregolazione emotiva vengono etichettate come resistenti o poco motivate quando, a volte, agire in modo impulsivo e disregolato agli stimoli e situazioni emotigeni è la miglior strategia acquisita per la storia di apprendimento da cui provengono. Questo è estremamente riscontrabile in situazioni di neglet o sviluppi post-traumatici che spesso sono tra i fattori eziopatogenici del disturbo bipolare.

Rispetto alla componente psicologica è opportuno aiutare la persona a divenire consapevole delle proprie credenze, delle proprie emozioni e comportamenti che alimentano circoli viziosi disfunzionali che portano a malessere; in particolare nelle fasi depressive, che rischiano di divenire pervasive e persistenti. Per questo uno strumento utile è la Terapia Cognitivo Comportamentale, in formato individuale o di gruppo.

In alcuni casi per riuscire a liberare alcuni “blocchi” è necessario intervenire sulla storia di vita del paziente e, dopo una fase di stabilizzazione, elaborare i ricordi traumatici o dell’attaccamento che altrimenti non permettono l’evoluzione dell’individuo verso modalità di vita funzionali. In questo caso, come segnalato dalle linee guida internazionali, il protocollo elettivo è quello dell’EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

A volte, invece, è necessario intervenire tramite approcci bottom-up poiché il paziente troppo attivato non ha la possibilità di accedere a risorse cognitive ed è quindi necessario fornirgli momentaneamente abilità quali quelle presentate all’interno del modulo di tolleranza dei momenti di crisi dello skills training.

Riguardo all’aspetto relazionale, sono da considerare due aspetti; il primo è una difficoltà relazionale del paziente, che può accrescere le sue abilità relazionali apprendendone di nuove attraverso skills training di efficacia interpersonale (chiedere aiuto, dire no..).

L’altro aspetto è una difficoltà relazionale dei familiari

che possono sostenerlo. Poiché la ciclicità e la disregolazione emotiva del disturbo bipolare rendono oneroso il ruolo del caregiver, è utile fornire ai membri della famiglia interventi psicoeducativi per i familiari, che li aiutino a comprendere e monitorare il disturbo, nonché relazionarsi con una modalità che non divenga iatrogena per il paziente oltre che logorante per i familiari.

Di fondamentale importanza per intervenire su questi aspetti è la promozione un atteggiamento di mindfulness, sia da parte dei pazienti che dei familiari: un atteggiamento di accettazione e non giudizio, orientato al presente ed alla consapevolezza. Tale prospettiva sostiene l’incremento di consapevolezza ed è in opposizione all’alta emotività espressa che è nota come fattore precipitante dei disturbi psichiatrici.

AFFERENZA AUTORI

* D.S.M.D. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
ASST Santi Paolo e Carlo Milano

BIBLIOGRAFIA:

1. Bonn, Steele, Van der Hart, *La dissociazione traumatica, comprenderla ed affrontarla*. Mimesis, 2011.
2. S. Jones, P. Hayward, D. Lam, *Il disturbo bipolare. Una guida per affrontare la malattia*. Springer, 2008.
3. Linehan, *DBT skills training*. Raffaello Cortina editore, 2015.
4. Linehan, *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Volume 1: il modello dialettico. Volume 2: i gruppi di skills training. Raffaello Cortina Editore, 2011.
5. Liotti Farina, *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina Editore, 2011.
6. Luber, *Protocollo della terapia Emdr per il disturbo bipolare in Trattamento dei disturbi d'ansia, del disturbo ossessivo-compulsivo e dei disturbi dell'umore*. Giovanni Fioriti Editore, 2016.
7. Miklowitz, *Il disturbo bipolare, una guida per la sopravvivenza*. Giovanni Fioriti Editore, 2002.
8. Miklowitz, *Il disturbo bipolare, l'approccio del trattamento centrato sulla famiglia*. Giovanni Fioriti Editore, 2013.
9. Mosquera Dolores, *Diamanti grezzi. Manuale psicoeducativo del trattamento del disturbo di personalità borderline*. Mimesis, 2017.
10. Knipe, *Emdr toolbox. Teoria e trattamento del PTSD complesso e della dissociazione*. Giovanni Fioriti editore, 2015.
11. Popolo, Balbi e Vinci, *Early Psychosis*. Alpes, 2007.
12. Ross, *Trauma Model Therapy*. Giovanni Fioriti Editore, 2017.
13. Francine Shapiro, *Lasciare il passato nel passato*. Casa Editrice Astrolabio, un approccio pratico ed integrativo. Mimesis, 2013.
14. Sheri Van Dijk, *The dialectical behavior therapy skills workbook*, 2009.
15. Steele, Boon, Van der Hart, *La cura della dissociazione traumatica*, 2017.
16. Swenson, *I principi della DBT in azione. Accettazione, cambiamento e dialettica*. Raffaello Cortina Editore, 2018.
17. Williams, Penman, *Metodo Mindfulness 56 giorni alla felicità*. Oscar Mondadori, 2016.
18. Zindel V. Segal, J. Mark. G. Williams, John D. Teasdale, *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati Boringhieri editore, 2006.
19. Vieta Eduard, Torrent Carla, Martinez-Aran Anabel, *La riabilitazione funzionale per il disturbo bipolare*. Giovanni Fioriti Editore, 2016.



PSICHIATRIA FORENSE

Le interessantissime innovazioni introdotte dalla recente Legge 22 dicembre 2017 n. 219

Renato Mantovani

È entrata in vigore il 31 gennaio di quest'anno questa legge che contiene le "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Norma di notevole importanza perché introduce la possibilità per i cittadini italiani di poter predisporre specifiche disposizioni al fine di indicare in modo vincolante la loro volontà di essere o di non essere trattati in ambito sanitario in previsione di una futura eventuale incapacità di autodeterminarsi.

Una tale facoltà viene ad essere garantita da una specifica norma solo da quest'anno ed è da ritenersi sicuramente una conquista per i cittadini che si vedono riconosciuta espressamente la capacità di autodeterminarsi anche quando il loro stato di salute non consenta più di esprimere chiaramente questo loro primario diritto costituzionalmente garantito (si veda quanto disposto dall'art. 32 della Costituzione), ciò è oggi appunto possibile predisponendo anticipatamente, quando si è ancora in grado di esprimere liberamente il proprio volere, predisponendo una Dichiarazione Anticipata di Trattamento.

Documento questo che può essere redatto per atto pubblico e depositato da un notaio (come per il te-

stamento pubblico), oppure può anche avere la forma della scrittura privata autenticata o depositata presso un apposito ufficio che ogni comune ha già o dovrà a breve predisporre.

È inoltre possibile consegnarla anche presso la struttura sanitaria dove il paziente è ricoverato o che ha come azienda di riferimento per le sue patologie, qualora questa sia dotata di autonoma gestione telematica della cartella clinica.

La norma, che nei suoi primi articoli rappresenta con grande chiarezza il dovere del personale sanitario di fornire una completa, esaustiva e soprattutto comprensiva informazione al paziente affinché questi fornisca un consenso realmente informato sull'accettare o meno il trattamento sanitario propostogli, impone per la prima volta nel nostro ordinamento giuridico la forma scritta per la informativa e per il conseguente consenso al trattamento individuato come il più idoneo, sottolineando poi come le DAT con le scelte anticipate del paziente devono essere oggetto di una preventiva ed esaustiva informazione sanitaria.

Nelle DAT dovrà anche essere indicata una persona di fiducia del redante che assumerà, se accetta il ruolo, una specifica funzione di "fiduciario" facendo le veci del

dichiarante in ambito dei rapporti con i sanitari interessati quando questi non sarà più in grado di esprimere le proprie volontà per l'aggravarsi di una patologia.

Fiduciario che dovrà curare in ambito sanitario l'esecuzione corretta delle dichiarazioni rese da chi questo ruolo gli ha conferito impedendo, quando ciò è chiaramente riportato delle DAT, che al paziente incapace per l'aggravarsi della patologia siano praticati trattamenti anticipatamente dichiarati come non voluti.

Si tenga presente che questa norma ha riconosciuto la specifica qualifica di "trattamenti sanitari" alla nutrizione artificiale e alla idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

Rimanendo nell'ambito della informazione del paziente, sia al fine di concordare con lui un determinato trattamento sanitario sia quando questi abbia lasciato specifica dichiarazione al non trattamento si deve sottolineare, come fa la norma in esame, che la manifestazione del paziente di rinuncia o il rifiuto al trattamento sanitario ritenuto necessario alla sopravvivenza, non può prescindere dal fatto che il medico gli abbia preventivamente prospettato a questi e, se espresso consenso del paziente stesso, ai suoi familiari, le conseguenze di una tale decisione evidenziando inoltre, quando ciò è possibile, le alternative di cura praticabili eventualmente idonee a superare quelle non accettate.

In ogni caso al medico la norma devolve il preciso onere di promuovere ogni azione di sostegno al paziente che non accetti le terapie salvavita proposte, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

La legge poi è chiara nell'affermare che il medico non potrà mai manifestare una obiezione di coscienza di fronte ad un rifiuto al trattamento e quindi trattare il paziente contro la sua espressa (anticipata o meno) volontà.

Con tale dovuto rispetto della volontà del paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo una volta intrapreso il medico va espressamente esente da ogni responsabilità sia in ambito civile che penale.

Però a questo possibile diniego al trattamento proposto la legge pone un limite in quanto prevede che il paziente non può esigere comportamenti sanitari alternativi a quelli proposti quando questi siano chiaramente contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali.

A fronte di tali eventuali richieste, il medico non ha alcun obbligo professionali di assecondarle.

Altra importante innovazione introdotta dalla norma è quella che prevede il tempo della comunicazione tra medico e paziente come dovuto "tempo di cura".

Infine vale la pena ricordare che la formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie deve oggi comprendere anche la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

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 (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 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 Lombarda
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 (*Somdrino*)
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