



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXV • n. 1-2 • giugno-dicembre

IN PRIMO PIANO

2 L'attualità della paranoia
di A. Giannelli

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

13 Non solo lavoro: esperienze di reinserimento e risocializzazione per pazienti gravi
di G. Tomaselli, S. Fenaroli, O. Papetti, G. Biffi, G. Cerati, M. Clerici, G. De Paoli, C. Mencacci, M. Percudani, M. Rabboni

24 Dalla qualità percepita alla qualità partecipata
Utenti e operatori in un percorso di miglioramento della qualità
di G.P. Frediani, A. Scaramellini, G. Cerveri, C. Mencacci

37 La crescita personale come guarigione post-traumatica
di S. Cristinelli, G. Biffi, G. De Isabella

40 Il problema emergente della depressione nell'anziano
di C. Gala, I. Iandoli, C. Redaelli

NOTE DAI CONVEGNI

49 La psichiatria territoriale nel sistema sanitario lombardo
Organizzazioni e competenze per la gestione dei gravi disturbi psichici
di P. Bortolaso, G. Cerveri

53 Il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi nei giovani
di S. Comerio, P. Scovazzi, F. Rosatti, M. Zara, Dr. A. Basilisca, G. Belloni, L. Micheletti, G. Cerati, P. Castiglioni

57 Studio epidemiologico osservazionale sull'innovativo servizio per il trattamento dell'ansia e della depressione presso l'Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese
di E. Berto, F. Aletti, F. Marzanati, S. Vender, C. Callegari

62 "Theory of mind training" per pazienti schizofrenici: uno studio pilota
di F. Cocchi, M. Bechi, F. Fresi, M. Bosia, E. Smeraldi, R. Cavallaro

SPAZIO APERTO

68 Progetto un ambulatorio per giovani con disagio psichico e le loro famiglie

69 Attivazione di un servizio per giovani adulti con problemi di dipendenza e narcisismo patologici

71 Progetto di attivazione di un servizio per la diagnosi precoce ed il trattamento ambulatoriale dei Disturbi Affettivi in giovani Adulti in una realtà metropolitana

PSICHIATRIA OGGI
Fatti e opinioni dalla Lombardia
Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

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

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

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

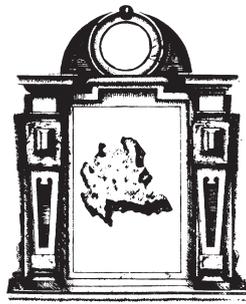
EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

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

PSICHIATRIA OGGI

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

IN COPERTINA: *L'oggetto invisibile (mani che afferrano il vuoto)*
Alberto Giacometti, 1934
New York - Museum of Modern art



NOTE DAI CONVEGNI

La psichiatria territoriale nel sistema sanitario lombardo *Organizzazioni e competenze per la gestione dei gravi disturbi psichici*

*Sala Congressi, Villa Cagnola, Gazzada (Varese)
18-19 maggio 2012*

Di Paola Bortolaso e Giancarlo Cerveri

In data 18-19 maggio 2012 presso la Sala Congressi di Villa Cagnola a Gazzada (Varese) si è svolto un corso di aggiornamento incentrato sul ruolo dei Centri Psico-Sociali nella modulazione di interventi efficaci e mirati alle nuove manifestazioni delle patologie psichiatriche, che coinvolgono fasce di popolazione diverse e si presentano sempre più frequentemente in comorbidità con patologie organiche e abuso di sostanze.

Il convegno “La psichiatria territoriale nel sistema sanitario lombardo: organizzazioni e competenze per la gestione dei gravi disturbi psichici”, organizzato dal Gruppo Giovani Psichiatri della Sezione Lombarda della SIP, è nato dalla necessità di proporre un evento formativo aperto al confronto di esperienze e competenze per stimolare un percorso professionale che utilizzi il metodo scientifico e l’esperienza clinica come riferimenti necessari.

In quest’ottica è stata raccolta una survey focalizzata sulla pratica clinica degli specialisti partecipanti al convegno, di cui presentiamo i risultati.

Risultati e Discussione

Al questionario, composto da 20 domande relative a interventi terapeutici, a percorsi di cura e a strategie or-

ganizzative della psichiatria territoriale, hanno risposto 43 soggetti. Per quanto il numero degli intervistati non sia elevato, sono rappresentate fasce di età eterogenee (età media compresa nell’intervallo 42 ± 9 anni). Inoltre i partecipanti svolgono la loro attività clinica prevalentemente in CPS (58,6%) e in SPDC (24,1%), mentre in percentuale minore in Comunità (3,4%) o in altre sedi (13,8%).

Nella tabella 1 vengono presentate le domande proposte agli specialisti e le percentuali di risposta.

Per quanto riguarda le domande relative ai trattamenti terapeutici, le risposte sono in linea con quanto presente in letteratura circa le finalità della terapia long-acting – domanda 1- (6), la terapia di mantenimento del disturbo bipolare – domanda 2-(3; 2) e la terapia dell’agitazione delle sindromi psicorganiche e nelle demenze – domanda 8- (4).

Inoltre le risposte seguono le linee-guida internazionali circa il trattamento del primo episodio psicotico – domanda 3-, la gestione del primo episodio depressivo – domanda 4- e la prescrizione di clozapina -domanda 17-, farmaco generalmente sottoutilizzato per timore degli effetti collaterali (5; 1). Invece le risposte sono più

eterogenee circa la terapia della depressione resistente –domanda 16-.

Colpisce positivamente l'attenzione circa la necessità di effettuare interventi psicoterapeutici mirati per l'esordio psicotico- domanda 3-, la depressione –domanda 4 e 10- e il disturbo borderline di personalità –domanda 9-, grazie forse anche all'approvazione di progetti innovativi specifici e alla presenza di équipe dedicate nei CPS. Di fatto la psicoterapia rappresenta un approccio da non sottovalutare tenuto conto delle patologie più frequentemente incontrate dai nostri intervistati nella popolazione giovane, ovvero disturbi di personalità (59%) e disturbo da attacchi di panico (31%) –domanda 13-.

Va sottolineata anche l'importanza data dagli intervistati (93%) al supporto del nucleo familiare del paziente psicotico –domanda 6-.

Relativamente alla tematica della doppia diagnosi è stato praticamente unanime il consenso (93%) circa la necessità di lavorare in integrazione con i servizi preposti al trattamento delle tossicodipendenze (Ser.T) -domanda 5-, probabilmente per le difficoltà e la gravosità connesse a questo tipo di pazienti che necessitano di un approccio multidisciplinare e condiviso, nonostante la schizofrenia dei servizi. Infatti, nel 70% dei casi l'uso di sostanze viene considerato come slatentizzante i sintomi psicotici in pazienti quindi già vulnerabili –domanda 14- e le manifestazioni cliniche sono spesso poliedriche e poco caratteristiche –domanda 20-.

Appare rilevante l'attenzione espressa dagli intervistati verso la prescrizione di esami di controllo –domanda 7-, che riflette la tendenza ad un approccio al paziente che non trascura gli aspetti organici della patologia e le implicazioni dei possibili effetti collaterali dei farmaci, che impattano sulla qualità di vita del paziente, soprattutto come l'aumento di peso e gli EPS –domanda 19-.

A proposito dei percorsi di cura, circa la tematica di recente riscontro in occasione della prossima chiusura

degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le risposte indicano la necessità di progetti terapeutico-riabilitativi semi/residenziali che favoriscano il reinserimento del paziente nel territorio –domanda 11-, viste anche le criticità evidenziate nei percorsi di residenzialità leggera, adatti a pazienti ad alto funzionamento e con disponibilità economica –domanda 12-. In questo senso la possibilità per il paziente psicotico di accedere ad un'occupazione – domanda 15- appare di notevole importanza (57%), sebbene non sia spesso purtroppo un obiettivo raggiungibile (37%).

Infine, circa le strategie di organizzazione dei servizi, è interessante come per migliorare il lavoro di équipe in CPS le proposte siano molteplici –domanda 18-: oltre alla necessità di una supervisione esterna (50%), il confronto tra gli operatori nelle riunioni, la necessità di un numero adeguato di personale e la preparazione appaiono fattori ugualmente determinanti.

Conclusioni:

Dalle risposte alla survey relativa alla pratica clinica quotidiana degli specialisti partecipanti al convegno emerge come gli psichiatri abbiano un approccio sempre più evidence-based alle nuove realtà con cui si interfacciano, mostrandosi attenti ai dati di letteratura, ma altrettanto sensibili alle necessità di una popolazione di pazienti in trasformazione, per cui ritengono importante il lavoro di équipe multidisciplinare e la condivisione con i servizi e le agenzie territoriali.

Tabella 1: Risultati della survey.

<p>1. Qual è la finalità con cui utilizzi la terapia long acting:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della compliance 79% - Riduzione degli effetti collaterali 0% - Riduzione della frequenza delle recidive 7% - Aumento dell'alleanza terapeutica grazie a colloqui in concomitanza di ogni somministrazione 14% 	<p>2. In base alla tua esperienza qual è la terapia di mantenimento migliore nel disturbo bipolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilizzante dell'umore in monoterapia 27% - Antipsicotico atipico in monoterapia 3% - Antipsicotico atipico e stabilizzante dell'umore 63% - Antipsicotico atipico, antidepressivo e stabilizzante 7%
<p>3. Quale terapia ritieni più indicata nel trattamento dell'esordio di un disturbo psicotico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipsicotico atipico 67% - Antipsicotico tipico 0% - Terapia Long acting (tipico/atipico) 0% - Terapia antipsicotica associata a Psicoterapia 33% 	<p>4. Cosa ritieni più indicato nella gestione dell'episodio depressivo maggiore (1° episodio):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antidepressivo in mantenimento per 6 mesi 10% - Antidepressivo in mantenimento per 12 mesi 45% - Impostazione Antidepressivo e invio dal MMG 0% - Antidepressivo e psicoterapia 45%
<p>5. Cosa ritieni più indicato nel trattamento di un paziente con comorbidità per abuso/dipendenza da sostanze?:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trattamento seriale (CPS e poi Ser.T o viceversa) 0% - Trattamento in parallelo CPS e Ser.T 93% - Invio esclusivo al Ser.T 0% - Progetto individuale psicoterapico per il riconoscimento e trattamento della psicopatologia di base 7% 	<p>6. Cosa ritieni utile proporre ai familiari del pz con esordio di psicosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supporto genitoriale (informativo/educativo) 93% - Invio a gruppi di auto mutuo-aiuto 7% - Colloqui psicologici in presenza del paziente 0% - Nessun coinvolgimento 0%
<p>7. Come ti comporti relativamente agli esami ematici e strumentali dei pz in carico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delego la gestione degli aspetti organici al MMG 0% - Prescrivo solo le analisi previste per specifici trattamenti (litio/clozapina/acido valproico etc.) 17% - Prescrivo come da linee guida (valutazione metabolica annuale etc) 83% - Attendo eventuale ricovero in SPDC. 0% 	<p>8. Quale delle seguenti azioni attui più frequentemente a seguito di una richiesta di consulenza per sindrome psicorganica e agitazione in pz con demenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione antipsicotico atipico 63% - Prescrizione antipsicotico tipico 33% - Consiglio ricovero in reparto di medicina 0% - Consiglio ricovero in SPDC 3%
<p>9. Cosa ti è sembrato più efficace nella gestione del paziente borderline in base alla tua esperienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ripetuti ricoveri in ambiente psichiatrico 7% - Invio in gruppi psicoterapici 36% - Psicoterapia individuale 50% - Terapia farmacologica gestita ambulatorialmente 7% 	<p>10. Efficacia delle psicoterapie brevi negli episodi depressivi lievi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono efficaci senza altro trattamento aggiuntivo 45% - Non sono efficaci 0% - Sono efficaci ma contemporaneamente ad assunzione di antidepressivi 52% - Sono efficaci ma contemporaneamente ad assunzione di ansiolitici 3%
<p>11. In occasione dell'uscita dagli OPG spesso si rende necessaria la presa in carico di pazienti non noti. Quale pensi sia la strada migliore per il reinserimento sul territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frequenza di un Centro Diurno 7% - Invio in comunità specifiche per ex-OPG 82% - Inserimento in comunità riabilitative standard 11% - Ricovero in SPDC 0% 	<p>12. Criticità della residenzialità leggera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicata solo per pz ad elevato funzionamento 50% - Non adatta a pazienti giovani 0% - Eccessiva responsabilizzazione dello specialista curante 0% - Spesso al pz viene richiesta una partecipazione economica eccessiva rispetto alle sue possibilità economiche 39%
<p>13. Rispetto alla tua esperienza nei servizi, la patologia psichica prevalente nelle fasce di età più giovani è:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disturbo da attacchi di panico 31% - Disturbo di personalità 59% - Depressione 7% - Prodromi di episodio psicotico 3% 	<p>14. Secondo la tua esperienza qual è il ruolo prevalente dell'uso di sostanze nei pz con esordio di psicosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slatentizza sintomi psicotici 70% - Utilizzo come autoterapia 17% - Determinazione di un danno nelle strutture cerebrali nel periodo adolescenziale 7% - Serve per ottenere una "prestazione sociale" 7%
<p>15. Ricerca di un lavoro per il pz psicotico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - È essenziale per raggiungere un buon funzionamento sociale 57% - Spesso non è un obiettivo raggiungibile 37% - È uno strumento per stimolare l'aderenza alle terapie 3% - È un obiettivo dei familiari 3% 	<p>16. Come ti comporti nella depressione resistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aggiungo litio all'antidepressivo 10% - Aggiungo antipsicotico atipico all'antidepressivo 41% - Terapia con 2 antidepressivi con azione diversa 31% - Propongo trattamento psicoterapico in associazione 17%

Tabella 1: Risultati della survey.

17. Quando decidi di iniziare terapia con clozapina: - Dopo inefficacia di 2 antipsicotici - Dopo inefficacia di tre o più antipsicotici - Mai per il timore degli effetti collaterali - Solo durante un ricovero in SPDC.	41% 48% 3% 7%	18. Per migliorare il lavoro di équipe in CPS: - Sarebbe opportuna adeguata supervisione esterna - Sono necessarie frequenti riunioni - Sono necessarie risorse qualitativamente adeguate - Sono necessarie risorse numericamente adeguate	50% 20% 13% 17%
19. In funzione della tua esperienza quale effetto indesiderato degli antipsicotici incide maggiormente sulla qualità di vita dei pz? - L'aumento di peso - La sedazione - Gli EPS - L'iperprolattinemia	60% 13% 27% 0%	20. Cosa risulta peculiare a tuo parere nelle psicosi indotte da sostanze: - La presenza di concomitanti alterazione affettive - La prevalenza di dispercezioni - Il disorientamento e la confusione - Non esistono differenze cliniche rilevanti con le psicosi tradizionali	21% 23% 28% 28%

BIBLIOGRAFIA

- Croissant B, Hermann D, Olbrich R. Reduction of side effects by combining clozapine with amisulpride: case report and short review of clozapine-induced hypersalivation-a case report. *Pharmacopsychiatry* 2005;38:38-9.
- Fountoulakis KN, Kasper S, Andreassen O, Blier P, Okasha A, Severus E, et al. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Jun;262 Suppl 1:1-48.
- Grande I, de Arce R, Jiménez-Arriero MA, Lorenzo FG, Valverde JI, Balanzá-Martínez V, et al. Patterns of pharmacological maintenance treatment in a community mental health services bipolar disorder cohort study (SIN-DEPRES). *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012 Apr 27:1-11. [Epub ahead of print].
- Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirttila T, Popescu BO, Rektorova I, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*. 2010 October; Vol 17, Issue 10:1236-1248.
- Nielsen J, Røge R, Schjerner O, Sørensen HJ, Taylor D. Geographical and temporal variations in clozapine prescription for schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012 Apr 13. [Epub ahead of print].
- JC, Marcus SC, Wilk J, Countis LM, Regier DA, Olfson M. Use of Depot Antipsychotic Medications for Medication Nonadherence in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008 September; 34(5): 995-1001.

Il 18-19 maggio 2012 si è svolto il primo convegno organizzato dal gruppo Giovani Psichiatri della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria. All'interno di tale evento era presente una sezione poster. Di seguito riportiamo i 3 poster premiati in quell'occasione. Ci appare un modo per valorizzare la ricerca nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale del territorio regionale.

Giancarlo Cerveri

Responsabile Scientifico del Congresso

Il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi nei giovani

Il modello del progetto innovativo TR43



*Dott. ssa S. Comerio, Dott.ssa P. Scovazzi, Dott. ssa F. Rosatti, Ed. p. M. Zara, Dr. A. Basilisca,
Dr. G. Belloni, Dr. L. Micheletti, Dr. G. Cerati, Dr. P. Castiglioni*

*A.O. Ospedale Civile di Legnano (Mi), Dipartimento di Salute Mentale, U.O. di Psichiatria di Legnano e di Magenta
Direttore Dr. Giorgio Cerati*

OBIETTIVI

Prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici gravi e a rischio di cronicizzazione.

Aree di intervento:

1. *precoce individuazione* dei soggetti a rischio di sviluppare disturbi psichiatrici gravi e degli stati mentali a rischio;
2. *tempestivo* trattamento degli esordi e del primo episodio in modo da ridurre la durata di malattia non trattata e facilitazione dell'accesso ai trattamenti;
3. sviluppo e ottimizzazione di trattamenti specifici per la fase di malattia mirati alla prevenzione della disabilità, al mantenimento del ruolo sociale della persona, al sostegno del contesto relazionale familiare e sociale ed alla prevenzione delle ricadute.

CRITERI DI ARRUOLAMENTO

Pazienti al primo contatto per disturbo psicotico

età 16 – 30 anni, diagnosi F2 secondo ICD 10, primo contatto con il servizio indipendentemente dalla DUP, contatto nei 2 anni precedenti, con meno di 2 anni dall'esordio della sintomatologia psicotica.

Pazienti con fattori di rischio per sviluppo di disturbo psichico

età 16-30 anni, Scala ERI-raos con 1 indicatore di sintomatologia positiva o almeno 3 indicatori di stato mentale a rischio associato al punteggio totale della stessa scala superiore a 12, o superiore a 6 con almeno un fattore di rischio tra: familiarità per psicosi, complicanze parto, uso di sostanze, comportamenti suicidari o parasuicidari, ritiro sociale, mancato assolvimento del ruolo sociale atteso, sofferenza psichica, abuso, maltrattamento.



LAVORO CLINICO

Aspetti Organizzativi:

- Presenza di équipe dedicata.
- Attività specifica rivolta ai casi di psicosi all'esordio secondo i criteri: tempestività dell'intervento: primo contatto entro 48 ore, prima visita entro 48 ore se esordio; entro 7 giorni se segnali di rischio.
- Assessment strutturato.
- Programmi individualizzati e ottimizzazione dei trattamenti: trattamento farmacologico, terapia di sostegno e motivazionale, psicoterapia, psicoeducazione con paziente e familiari, utilizzo di tecniche di problem solving, terapia familiare, interventi riabilitativi individuali e di gruppo, programmi di reinserimento lavorativo, mantenimento dell'adesione e della continuità terapeutica con interventi attivi e sostegno alla motivazione di utenti e familiari.
- Prevenzione ricadute: monitoraggio regolare e costante delle persone in carico, addestramento di utenti e familiari al riconoscimento tempestivo di segnali iniziali di malattia per prevenire le ricadute.

Lavoro terapeutico:

- Obiettivi col paziente: dare un senso e un significato all'esperienza di malattia attraverso una riformulazione

dell'evento vissuto. Dare informazioni per favorire una maggiore integrazione nella propria esperienza di vita e sostenere la motivazione al trattamento; valorizzare le esperienze personali per potenziare l'autoestima; favorire la ristrutturazione di assunti disfunzionali e la rilettura delle convinzioni deliranti; lavorare sulle emozioni; stimolare la consapevolezza del proprio funzionamento; riconoscere e saper fronteggiare i segnali di ricaduta.

- Obiettivi con la famiglia: fornire informazioni su disturbo, cure e terapia farmacologica; sostegno alle famiglie e addestramento al riconoscimento dei segnali di malattia per prevenire le ricadute.

Lavoro educativo:

- Obiettivi: supporto per la ripresa ed il recupero delle attività e progetti di vita antecedenti all'esordio (scuola, lavoro e tempo libero)
- Favorire il recupero delle abilità relazionali e di pianificazione necessarie al mantenimento del proprio ruolo sociale
- Supportare nel mantenimento e/o costituzione della rete sociale
- Favorire il confronto fra pari rispetto all'esperienza di malattia per facilitare azioni di empowerment.

LAVORI DI RETE

Individuazione precoce delle situazioni a rischio:

- Sensibilizzazione a potenziali invidanti (insegnanti, MMG, pediatri, volontariato);
- Offerta di consulenza e supporto agli operatori sociali e sanitari di primo livello.

Riduzione dello stigma:

- Campagne informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione;
- Attività informativa rivolta a scuole, associazioni e genitori.

Facilitazione accesso ai trattamenti:

- Setting diversi dal CPS (ambulatori non connotati, domicilio);
- Protocolli collaborativi con servizi NPI e Consultori;
- Programm di sensibilizzazione e formazione specifica per MMG, scuole, associazioni volontariato, classi popolazione a rischio.

Mmg, pediatri, consultori, piani di zona, distretti:

- Attività di informazione: il rationale del programma innovativo, gli stati mentali a rischio, gli esordi, importanza di ridurre la DUP, modalità di arruolamento, i differenti percorsi che seguono gli stati a rischio e gli esordi;
- Consulenza e supporto agli invidanti.

Scuole

- Lavoro con gli studenti: esplorare il pregiudizio sulla malattia mentale, sensibilizzare sul tema del disagio psichico, dare informazioni sulla patologia psichiatrica grave, presentazione del progetto;
- Lavoro con gli insegnanti: sensibilizzare sul tema della

psicosi, fornire informazioni precise sulla psicosi e sugli esordi, far conoscere il progetto;

Volontariato e associazioni:

- Attività di informazione sul progetto;
- Coinvolgimento nei percorsi individualizzati.

INTEGRAZIONE

- Procedure di collaborazione tra i servizi del Dipartimento di Salute Mentale;
- Protocolli collaborativi con altri servizi (Neuropsichiatria Infantile, Servizi Dipendenze, Consultori);
- Coinvolgimento servizi territoriali: distretti, piano di zona;
- Servizio Integrazione Socio Lavorativo (SISL): percorso individualizzato;
- Coinvolgimento Terzo Settore.

RICERCA SCIENTIFICA, FORMAZIONE E OPPORTUNITÀ

- Ricerca scientifica sull'esito con strumenti standardizzati;
- Programma di formazione e aggiornamento per gli operatori;
- Sviluppo di un percorso di presa in carico per i familiari di giovani all'esordio e nelle prime fasi della psicosi;
- Focus sui deficit cognitivi e i sintomi base come criteri di inclusione nel progetto.

CRITICITÀ

- Difficoltà di aggancio e di costruzione di un'alleanza terapeutica all'interno di una cornice dove il processo di cambiamento si costruisce insieme, variabilità di

- sintomi specifici ed aspecifici, aspetti di comorbidità, livello di consapevolezza del disturbo, difficoltà a fronteggiare la nuova situazione mantenendo una coerenza di sé e del futuro, rischio di interruzione del percorso, possibile instaurarsi di sintomiresistenti, motivare la persona a seguire la terapia;
- Difficoltà di condivisione di progetti dati dalla resistenza a riconoscere la necessità di un supporto per il mantenimento del ruolo sociale;
 - Scarsità di risorse territoriali accessibili a questa specifica fascia d'età;
 - Difficoltà di integrazione tra la rete, il territorio e i progetti di vita dei pazienti.
6. Falloon IRH, *Early intervention for first episodes of schizophrenia: preliminary exploration*, Psychiatry 1992; 55:4-15.
 7. McGorry, P.D., Jackson, H.J. (eds), *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio. Un approccio preventivo*, Centro Scientifico Editore, 2001, Torino.
 8. *SNLG – sistema nazionale per le linee guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia*. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, documento 14; 2007.

BIBLIOGRAFIA

1. Birchwood, M., *Early intervention in psychosis*, in: Haddock, G., Slade, P. (Eds), *Cognitive-behavioral Interventions with Psychotic Disorders*, Routledge, 1996, London
2. Cocchi A., Meneghelli A, *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*, in *Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*, Centro Scientifico Editore, 2004, Torino.
3. Cocchi, A., Meneghelli, A., Breda, A., Galvan, F., Patelli, G., *L'intervento precoce nelle psicosi: l'esperienza di Programma 2000*, in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXV, 3, 150-161, 2001.
4. De Masi S., Sampaolo M., Mele A., Morciano C., Capello S., Meneghelli A., De Girolamo G., *The italian guidelines for early intervention in schizophrenia: development and conclusion*, *Early intervention in Psychiatry* 2008; 2:292-302.
5. Edwards, J., McGorry, P.D., *Intervento precoce nelle psicosi*, in *Guida per l'organizzazione di Servizi efficaci e tempestivi a cura di Meneghelli, A., Cocchi, A.*, Centro Scientifico Editore, 2004, Torino.



Studio epidemiologico osservazionale sull'innovativo servizio per il trattamento dell'ansia e della depressione presso l'Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese



Berto E., Aletti F., Marzanati F., Vender S., Callegari C.,

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Clinica, Università degli Studi dell'Insubria, Varese Direttore Dr. Giorgio Cerati

ABSTRACT

Introduzione

I dati epidemiologici relativi all'attività dei CPS della U.O.P. di Varese degli ultimi anni segnalano un incremento dei pazienti affetti da depressione, disturbi d'ansia e dell'adattamento, in linea con quanto osservato a livello internazionale.

In questo contesto si inserisce la realizzazione di un "Ambulatorio per l'ansia e la depressione" che si integra nella U.O.P. e che rappresenta un progetto innovativo inserito in un ambito poliambulatoriale presso l'Ospedale di Circolo -Fondazione Macchi" di Varese.

Materiali/metodi

L'attività svolta si è basata sulla valutazione dell'intera popolazione di pazienti che ha usufruito del servizio da quando è stato avviato (dicembre 2009) sino all'aprile 2011, all'interno di uno studio trasversale osservazionale analitico.

Risultati

È emerso che l'utenza è per la maggior parte di sesso femminile, con una prevalenza della fascia di età compresa tra i 40-49 anni. Le diagnosi riscontrate sono state: 34% disturbo depressivo, 32% disturbi ansioso-depressivi, 28% disturbi ansiosi.

L'87% del campione ha intrapreso farmacoterapie; le

prescrizioni maggiormente effettuate sono risultate essere antidepressivi associati ad ansiolitici (40%) e antidepressivi (29%), principalmente SSRI.

La modalità più frequente di accesso al servizio è stata su invio da parte del medico di medicina generale (53%).

Conclusioni e considerazioni

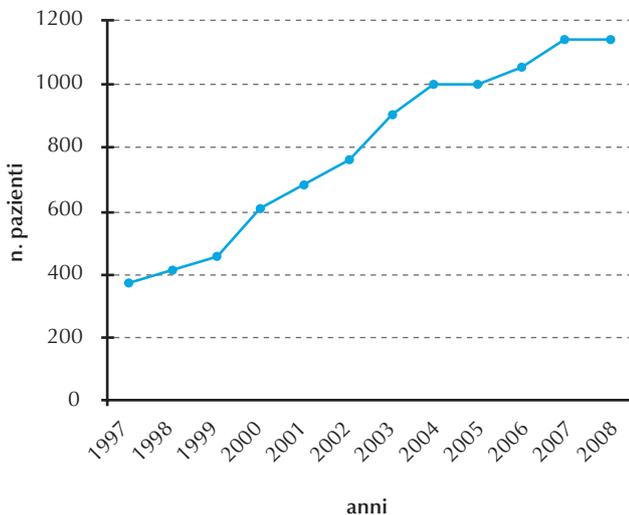
Tale servizio ha avuto un rapido incremento del bacino d'utenza: 48 pazienti dopo sei mesi, 240 dopo 16 mesi e 343 dopo 24 mesi. Sarebbe pertanto auspicabile una futura espansione, cercando un continuo miglioramento attraverso una maggiore divulgazione e un potenziamento del servizio stesso. L'ampliamento della possibilità di cure, oltre che farmacologiche, anche psicoterapiche, nonché la continuità terapeutica della presa in carico degli utenti rappresenterebbero un indiscutibile valore aggiunto.

INTRODUZIONE

I disturbi d'ansia e quelli depressivi, che spesso coesistono, tendono a colpire tutte le fasce d'età ed entrambi i sessi e possono risultare notevolmente invalidanti per la quotidianità dei soggetti affetti. Tali patologie, proprio per la loro elevata diffusione, sono spesso trattate dal medico di medicina generale, per il quale rappresentano dei problemi non sempre di facile gestione.

Per quanto riguarda i Dipartimenti di Salute Mentale,

1. Numero pazienti con diagnosi di disturbi d'ansia, dell'adattamento e della depressione non psicotica presso i CPS dell'U.O.P. di Varese



invece, la struttura di riferimento è il Centro Psico-Sociale che, dato il notevole incremento delle richieste di intervento per pazienti con disturbi d'ansia e/o depressivi, sarebbe costretto a ridurre le prestazioni destinate a pazienti più gravi. Inoltre, dato l'incremento del bacino di utenza che afferisce al CPS, questo servizio non riesce a garantire una presa in carico sempre ottimale dei pazienti con disturbi ansiosi e/o depressivi, anche in considerazione della necessità, per queste patologie, di trattamenti intensivi per raggiungere obiettivi in tempi ristretti.

I dati epidemiologici relativi all'attività dei CPS della U.O.P. di Varese degli ultimi anni segnalano un aumento dei pazienti affetti da disturbi d'ansia, dell'adattamento e della depressione non psicotica e, conseguentemente, degli interventi richiesti.

In questo contesto si inserisce la realizzazione di un "Ambulatorio per l'ansia e la depressione" che si integra con l'intera rete medicoassistenziale dell'Unità Operativa di Psichiatria del Presidio di Varese.

Tale ambulatorio rappresenta un progetto innovativo ed è un servizio inserito in un ambito poliambulatoriale ospedaliero pubblico, così da poter venire incontro alle

esigenze dei pazienti con disturbi ansiosi e depressivi senza sovraccaricare i servizi già presenti.

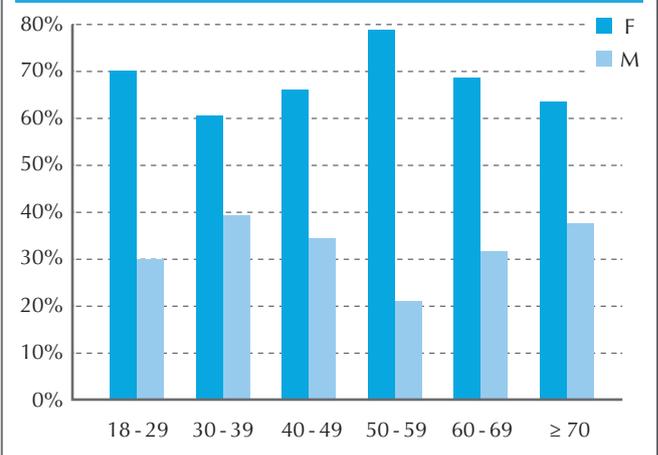
Autentici valori aggiunti di tale ambulatorio sono, per quanto concerne i pazienti psichiatrici, quello di ricercare dei servizi sempre meno stigmatizzanti nei confronti degli stessi, in modo da poter facilitare e incoraggiare un loro accesso alle cure nonché una maggiore compliance, mentre, per quanto concerne gli operatori coinvolti, quello di essere occasione di un approfondimento, sia teorico che pratico, di questo tipo di patologie.

MATERIALI E METODI

L'attività svolta si è basata sulla valutazione epidemiologica dell'intera popolazione di pazienti che è stata presa in carico presso l'"Ambulatorio per l'ansia e la depressione" di Varese all'interno di uno studio trasversale osservazionale di tipo analitico. Il campione di popolazione valutato è rappresentato dai 343 pazienti che hanno avuto accesso al servizio da quando quest'ultimo è stato avviato (Dicembre 2009) sino al mese di Novembre 2011 compreso.

Non essendo stato applicato alcun criterio di esclusione, sono stati valutati tutti gli utenti del servizio, raccogliendo i dati attraverso la consultazione delle cartelle cliniche.

2. Distribuzione del campione per età e genere



RISULTATI

Distribuzione del campione per età e genere

- *Genere*: 68% femmine vs 32% maschi.
- *Età*: la fascia d'età maggiormente rappresentata è risultata essere quella dei 40-49 anni, con un'età media di 49 anni.

Tali dati sono in accordo con quanto rilevato c/o i CPS della U.O.P. (Varese, Azzate e Arcisate), che, nel 2008, registravano il 66% di F tra i pazienti affetti da queste patologie. Analoghe osservazioni presenti in letteratura, condotte a livello di popolazione generale, hanno evidenziato per il sesso femminile, un picco di incidenza negli anni immediatamente precedenti la menopausa, tra i 45 e i 49 anni, proprio l'età media dei pazienti di questo ambulatorio.

Modalità d'accesso al servizio

La modalità d'accesso al servizio ambulatoriale più frequente è stata quella su invio da parte del medico di medicina generale (48%), figura spesso chiamata a fare diagnosi e a individuare un corretto iter terapeutico. Tale dato conferma la necessità di un servizio ambulatoriale specializzato, conosciuto e facilmente raggiungibile,

dove poter indirizzare i pazienti affetti da sintomatologia ansioso-depressiva al fine di offrire un trattamento farmacologico e psicoterapico ad hoc.

A seguire, in ordine decrescente, si è osservato:

- l'invio da parte dei CPS (17%); per tali servizi l'importanza di poter indirizzare pazienti con tali disturbi presso l'ambulatorio deriva dal fatto che, oltre a garantire un trattamento ottimale, non sottrae risorse ad altre tipologie di utenti (es. pazienti psicotici);
- l'invio da parte di specialisti psichiatri (15%);
- l'accesso spontaneo (11%), spesso su segnalazione da parte di altri utenti.

Bacino d'utenza

Per quanto riguarda la provenienza degli utenti è stato possibile osservare che il 50,1% del campione era residente a Varese, il 12,6% faceva riferimento alla competenza territoriale del CPS di Arcisate e l'11,3% a quello di Azzate. Il dato più significativo, che sottolinea l'importanza di tale servizio e la necessità di un suo potenziamento, è il restante 26% del campione: 12,8% residenti a Cittiglio, 6,4% a Luino e 6,8% da altri paesi che non fanno parte della U.O.P. di Varese, né del Verbano (Tradate e Solbiate Arno tra i più Provenienza degli utenti rappresentati).

Anamnesi psichiatrica

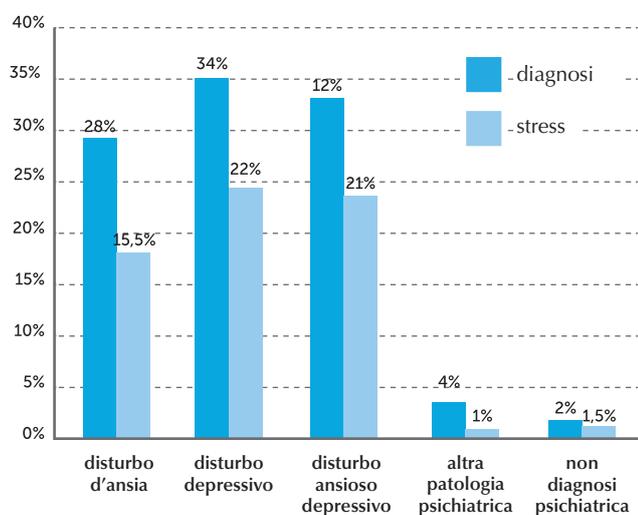
Tra gli utenti, il 20% ha presentato un'anamnesi familiare psichiatrica positiva, il 36% ha invece riferito precedenti di natura psichiatrica. In entrambi i casi si trattava in gran parte di disturbi ascrivibili all'ambito delle patologie ansiose e depressive, fornendo in tal senso supporto a tutta la letteratura che sottolinea l'importanza della familiarità per tali disturbi e la tendenza a ripresentarsi nell'arco della vita di un individuo.

Correlazione con life events

All'intero campione di pazienti, il 61% ha dichiarato di aver avuto eventi fonte di distress nei 6 mesi antecedenti



4. Correlazione eventi stressanti/diagnosi scontrate



alla prima visita effettuata. La natura di tali stressors è stata nella maggioranza dei casi legata all'ambito lavorativo, seguita per frequenza da problematiche familiari, di salute ed economiche. Tali risultati appaiono in linea con studi di letteratura, sia per quanto riguarda la tipologia degli eventi stressanti che per l'impatto che questi possono avere sull'insorgenza di disturbi ansiosi e/o depressivi.

Situazione lavorativa

Il 51% del campione presentava un'attività lavorativa continuativa, il 13% un lavoro saltuario, l'8% era disoccupato, il 20% in pensione, il 3% era composto da studenti e infine il 5% non noto.

Tali dati sembrano in contrasto con quanto osservato a livello internazionale in quanto, nel caso specifico dei disturbi d'ansia e depressivi, la prevalenza è doppia nelle persone senza un impiego rispetto a chi lavora. A tal proposito ci sembra importante segnalare due condizioni di estrema attualità e di notevole interesse in relazione all'insorgenza di tali disturbi psichici: il mobbing lavorativo e la crisi economica globale degli ultimi anni.

Diagnosi e prescrizioni terapeutiche.

Le diagnosi riscontrate sono state per il 34% disturbo

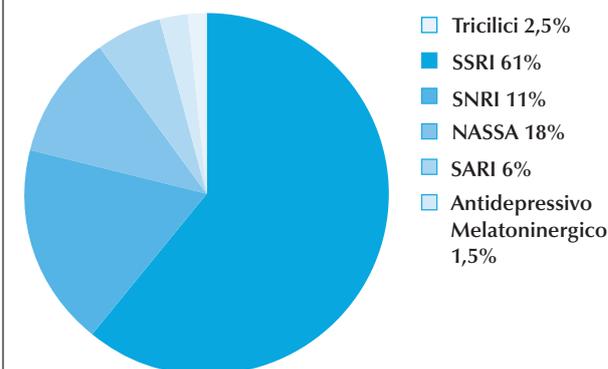
depressivo, 32% disturbi ansioso-depressivi, 28% disturbi ansiosi. La quasi totalità dei pazienti (88%) ha intrapreso farmacoterapie, mentre al 12% dei pazienti non sono state effettuate prescrizioni farmacologiche.

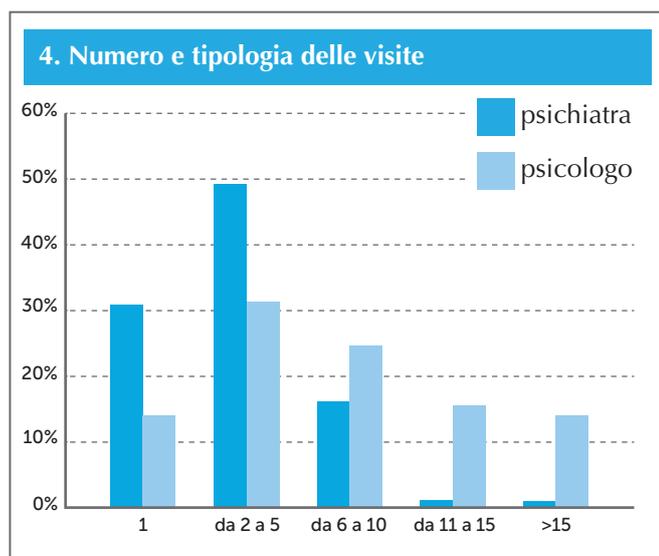
Il 40% delle prescrizioni riguardava l'associazione di antidepressivi e ansiolitici, il 27% solo antidepressivi, il 6% ansiolitici; infine sono stati consigliati, in misura minore, anche neurolettici, stabilizzatori del tono dell'umore, farmaci neurotropi e integratori alimentari. Considerando sia le monoterapie sia le associazioni, la classe più utilizzata è stata quella degli antidepressivi, e all'interno di questa categoria, la più impiegata è stata quella degli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (61%).

Accanto alla farmacoterapia, nel trattamento di pazienti con disturbi ansiosi e/o depressivi, va inoltre considerato il ruolo di indiscutibile importanza che possono avere interventi di tipo psicoterapico anche in ambito pubblico. L'ambulatorio prevede, oltre al medico psichiatra, la presenza di uno psicologo con il quale i pazienti possono avere visite regolari e abbastanza frequenti. L'85% degli utenti ha avuto visite solo con lo psichiatra, l'11% ha avuto visite sia psichiatriche che psicologiche; solo il 4% ha avuto visite unicamente con lo psicologo.

L'osservazione della frequenza delle visite e della variabilità relativa alla differente figura professionale, è un dato che sottolinea l'importanza e la complementarietà

5. Classificazione antidepressivi





di questi ruoli all'interno di un servizio pubblico dedicato ai disturbi ansiosi e/o depressivi.

CONCLUSIONI

L'innovativo "Ambulatorio per l'ansia e la depressione" ha avuto un rapido incremento del bacino d'utenza: si è passati dalla presa in carico di 48 pazienti dopo 6 mesi a 240 dopo 16 mesi, a 343 dopo 24 mesi, a 467 dopo 28 mesi.

L'esistenza di tale servizio si è dimostrata essere un elemento positivo nella realtà psichiatrica varesina e una sua futura espansione è auspicabile, pur cercando un sempre crescente miglioramento attraverso:

- una maggiore divulgazione e potenziamento del servizio stesso, attraverso informazioni capillari ai medici di medicina generale che spesso si trovano in prima linea nell'affrontare tali patologie, con corrispondente incremento del personale dedicato così da consentire un accorciamento delle liste di attesa;
- l'ampliamento della possibilità di cure, oltre che farmacologiche, anche psicoterapiche in ambito pubblico, dato di indiscutibile valore nel garantire a tutta la popolazione un'opportunità prima preclusa in quanto la psicoterapia veniva svolta prevalentemente

in ambito privato;

- una continuità nel tempo della presa in carico degli utenti così da garantire un'assistenza nel periodo di acuzie, ma anche un riferimento a lungo termine per queste patologie che spesso si rivelano invalidanti e ad andamento cronico.

Alla luce di tali considerazioni, la realizzazione di questo servizio all'interno dell'Ospedale di Circolo e Fondazioni Macchi di Varese e dell'Unità di Psichiatria è sicuramente positiva e una sua futura espansione è auspicabile.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al., *ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*, Acta Psychiatr Scand Suppl, 2004; 21-27.
2. Alonso J, Lépine JP, *ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*, J Clin Psychiatry, 2007; 68: 3-9.
3. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, Mazzi F, Alonso J, Vilagut G, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A, Warner R., *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006; 41: 853-861.
4. Kessler RC, *The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective*, J Clin Psychiatry, 2007; 68: 10-19.



“Theory of mind training” per pazienti schizofrenici: uno studio pilota

Cocchi F., Bechi M., Fresi F., Bosia M., Smeraldi E., Cavallaro R.

Bechi.Margherita@hsr.it

INTRODUZIONE

È ormai noto che il funzionamento sociale sia alterato nei pazienti affetti da schizofrenia e rappresenti uno degli aspetti più debilitanti della patologia¹. Ancora prima dell'esordio, i pazienti mostrano scarse capacità relazionali, che vanno ad accentuarsi durante il corso della malattia. Negli ultimi anni la ricerca si è focalizzata sullo studio dei processi cognitivi potenzialmente coinvolti nell'impairment sociale dei pazienti schizofrenici, evidenziando come i deficit di “Teoria della Mente” (ToM) possano esserne alla base. La ToM è la capacità di attribuire stati mentali a se stessi ed agli altri, nonché l'abilità di predire e capire il comportamento altrui grazie all'attribuzione di stati mentali, come credenze e desideri. Deficit di ToM sono associati alle scarse abilità sociali e sembrano predire maggiormente il funzionamento quotidiano, rispetto ai domini neuropsicologici, compromessi dalla patologia². È ancora argomento di dibattito se la ToM rappresenti un network cognitivo indipendente, o sia associata ad un più generale deficit di processazione cognitiva dell'informazione. Date tali premesse, recenti studi si sono occupati di valutare l'efficacia di trattamenti riabilitativi specifici che avessero come target di intervento la ToM³. L'effetto di tali interventi ha ottenuto esiti positivi grazie all'introduzione di semplici strategie cognitive, come ad esempio l'utilizzo della verbalizzazione, durante lo svolgimento di un compito di ToM⁴.

Questo studio si propone di valutare longitudinalmente

l'efficacia di un nuovo training cognitivo di Teoria della Mente, progettato per pazienti schizofrenici stabilizzati, che si avvale della tecnica della verbalizzazione per potenziare la comprensione di vignette a contenuto ToM. Inoltre, intende analizzare le possibili influenze del funzionamento quotidiano e del livello intellettuale sulle abilità di Teoria della Mente e sul potenziale miglioramento di tale capacità.

METODOLOGIA

Soggetti:

31 pazienti schizofrenici, DSM-IV (APA, 1994), stabilizzati da almeno 3 mesi, sono stati reclutati nel Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Ospedale San Raffaele, Milano. I criteri di esclusione sono stati: dipendenza o abuso di sostanze, co-diagnosi di Asse I o II, problemi neurologici, traumi prenatali e ritardo mentale.

I pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato, rispettivamente, ad un Training ToMCT (ToMCT n=20) o ad un gruppo di controllo attivo - gruppo discussione giornali (ACG n=11).

Valutazioni:

I pazienti sono stati valutati:

- Valutazione Clinica: Scala dei sintomi Positivi e Negativi (PANSS)
- Livello intellettuale: WAIS-R (QI Tot)
- Funzionamento quotidiano: UCSD Batteria per la

Valutazione delle abilità di Base (UPSA- B)

- *Compiti di Teoria della Mente: picture of sequencing task (Brune, 2003)

*la ToM è stata rivalutata dopo 3 mesi.

Analisi statistiche:

I cambiamenti pre-post trattamento nei due gruppi, ToMCT of ACG, sono stati calcolati con un'ANOVA a misure ripetute, per valutare l'effetto dell'interazione tempo-trattamento. Una correlazione multipla è stata svolta per verificare l'influenza delle variabili neuropsicologiche e del funzionamento quotidiano sulle performance di Teoria della Mente. L'Effect size (Cohen's d) è stato calcolato per quantificare l'intensità dei cambiamenti dopo il trattamento. Una correlazione multipla ha valutato la relazione tra il miglioramento alle prestazioni di ToM dopo il gruppo, il funzionamento quotidiano e il livello intellettuale.

RISULTATI

Tabella 1. Caratteristiche demografiche

	ToMCT		ACG		ANOVA
	M	DS	M	DS	F P
N	20		11		
Sex	9M 11F		7M 4F		
Età	37.80 ± 8.21		37.72 ±15.45		Ns
Scolarità	12.25±3.59		10.18±3.34		Ns
Onset	26.33±7.59		24.22±6.51		Ns
PANSS pos	15.68±4.42		15±4.18		Ns
PANSS neg	21.93±8.41		23.77±6.49		Ns
PANSS gen	34.62±7.57		42.66±10.63		Ns
PANSS tot	72.25±16.94		81.44±14.11		Ns

Tabella 2. Analisi descrittiva del livello intellettuale, del funzionamento quotidiano e ToM nel campione in esame

	ToMCT		ACG		ANOVA
	M	DS	M	DS	F P
QI	85.95±14.09		82.3±10.66		Ns
PST Tot. score	39.65±12.62		39.09±11.31		Ns
Upsa-B Tot.score	68.75±18.72		55.28±20.42		Ns

Tabella 3. Picture of sequencing task

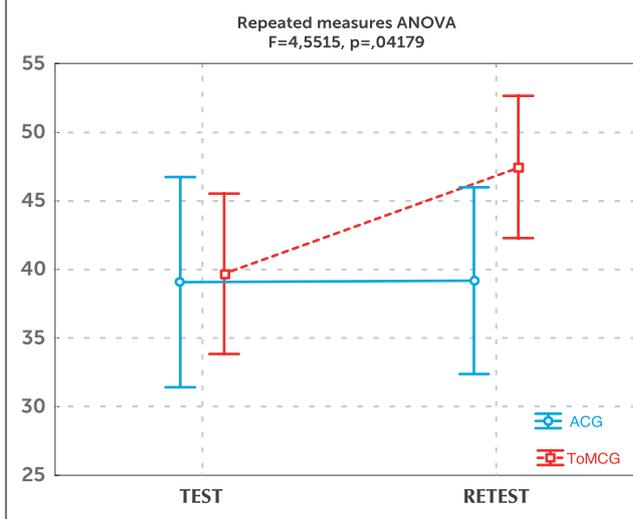
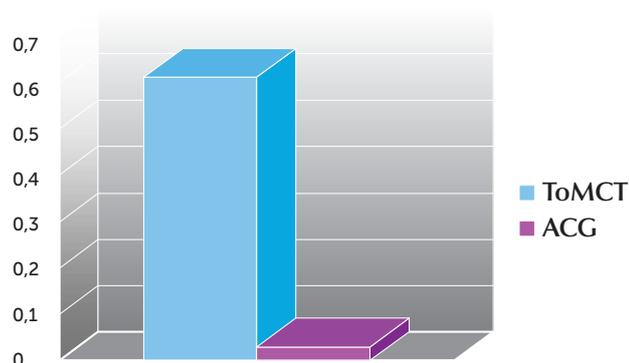


Tabella 4. Correlazione multipla effettuata tra il QI, il funzionamento quotidiano e il punteggio basale ToM

UPSA-B Total Score	p=0,01	r=0,48
QI	p=0,006	r=0,52

Tabella 5. Effect Size PST Total Score



Nessuna correlazione è stata trovata tra il miglioramento al ToMCT e livello intellettuale o l'outcome funzionali

2. Harvey, PD., Penn, D., *Social Cognition: The key factor predicting social outcome in people with schizophrenia?* Psychiatry 7: 41-44, 2010;
3. Kayser N., Sarfati Y., Besche C., Hardy-Baylé M. C., *Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of "theory of mind" impairment in schizophrenia*, Neur. Rehab 16 (1), 83-95, 2006.
4. Sarfati, Y., Passerieux, C., Hardy-Bailè, M C., *Can verbalization remedy the theory of mind deficit in schizophrenia?* Psychopathology 33, 246-251, 2000.

CONCLUSIONI

- I risultati ottenuti mostrano un miglioramento delle abilità dei pazienti nell'attribuzione delle intenzioni, confermando l'ipotesi di un possibile potenziamento e plasticità della ToM.
- Non sono state osservate influenze delle variabili neuropsicologiche e funzionali sul miglioramento di Teoria della Mente, suggerendo l'indipendenza di tale circuito dal funzionamento cognitivo di base nei pazienti schizofrenici.
- Nonostante questi risultati debbano essere confermati e implementati, suggeriscono un approccio valido per i training di riabilitazione psicosociale basati sulle abilità di Teoria della Mente.

BIBLIOGRAFIA:

1. Green M. F., et al., *Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference*, Schiz. Bul. 2005, 31, 882-887.

Cari Colleghi,

è con grande piacere che vi diamo il benvenuto a Milano in occasione del 46° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria che si terrà dal 07 al 11 Ottobre del 2012.

Nutrire la mente

Dalla prevenzione alla Riabilitazione Oggi

Questo è il titolo che descrive l'essenza di un grande progetto che vorrebbe restituire alla psichiatria un ruolo ampio, riconoscibile e centrale nell'ambito delle discipline mediche ma anche una necessaria funzione di comunicazione con la società.

La scelta di aprire con l'espressione "Nutrire la mente" nasce come continuum ideale con l'evento di Milano "EXPO 2015 Nutrire il pianeta". L'obiettivo è discutere e definire le caratteristiche di un contesto capace di sostenere una condizione di crescita sostenibile della mente che valga non solo per i pazienti ma per tutti i cittadini.

Il percorso definito dalla seconda parte del titolo "Dalla prevenzione alla riabilitazione" riconduce l'area del sapere psichiatrico ad un ambito più vasto. Non più quindi una psichiatria orientata alla sola psicopatologia, ma aperta a tutti gli interventi necessari a creare salute psichica, in tutte le età della vita ed in tutti i contesti, in quanto unici specialisti a possedere, per formazione, le competenze necessarie a svolgere questo compito.

E dunque la sfida posta dal congresso sarà quella di poter pensare ad una psichiatria che non si occupi solo dei pazienti più "visibili" e più "destinati alla marginalizzazione" ma che sia capace di un'opera di integrazione di tutte le espressioni del disagio psichico presenti nella società e dunque capace di parlare ai cittadini, di essere compresa e quindi di operare come soggetto forte portatore di un sapere forte. Risulta importante cioè colmare la perdita di definizione dell'agire psichiatrico nato dall'abbandono voluto, del mandato custodialistico. E' necessario riconoscere e saper comunicare le basi di un sapere fondato su rigorose procedure metodologiche, di tipo diagnostico e terapeutico. Un sapere costruito dalla capacità di integrare in una logica inclusiva scienze mediche tradizionali, scienze sociali e l'esplosiva ribalta prodotta dalle neuroscienze.

La psichiatria in questo senso viene riconosciuta come scienza dell'inclusione capace di contenere aree disciplinari diverse e apparentemente inconciliabili ma capaci di rafforzarsi a vicenda pur con costrutti e luoghi di osservazione così diversi. Lo psichiatra è il portatore di un sapere capace di misurarsi con fenomeni che vanno dal comportamento di un recettore neuronale esposto ad una molecola ad azione antagonista alla risposta comportamentale di una persona esposta a grandi elementi di stress. Il metodo ed il sapere garantiscono così una competenza unica e preziosa che spesso negli ultimi anni è stata nascosta o mostrata in modo incoerente. Una posizione di continua discussione dei propri mezzi e delle proprie competenze che nel corso degli ultimi anni ha contribuito ad una relativa perdita di centralità. Spesso, purtroppo, abbiamo consegnato la nostra disciplina ad una marginalizzazione comunicativa. Pensate alla rappresentazione mediatica dello psichiatra che interviene solo quando qualcuno agisce con violenza irrazionale. La marginalizzazione nella rappresentazione collettiva

è un pericoloso cono d'ombra che porta necessariamente alla marginalizzazione di tutto quanto, compresi i finanziamenti. Ciò che viene svolto nei servizi, in quanto incomunicabile diventa invisibile e dunque inutile, agli occhi degli amministratori e dei cittadini. Sembra rarefarsi il bisogno stesso di cura a cui gli psichiatri rispondono.

Eppure dai dati epidemiologici emerge che circa 1/3 della popolazione soffre annualmente di patologia psichica, dunque l'esperienza di un familiare più o meno stretto sofferente è estremamente comune e diffusa in tutta la popolazione. Ma non sembra esserci proporzione tra bisogno e risposta in un'esigenza condivisa e pubblicamente discussa di cure, interventi, trattamenti e servizi opportunamente dedicati. Il tema viene sempre affrontato con una forma di silenziosa discrezione carica di vergogna e una impossibilità di pubblica condivisione di cui noi psichiatri siamo in parte responsabili. Pensate come sarebbe diverso se 1/3 della popolazione soffrisse ogni anno di invalidanti forme di patologie cardiologiche od oncologiche. Quali servizi, quale eco mediatica, quale discussione pubblica, quale opera di prevenzione verrebbe attivata, quali finanziamenti verrebbero stanziati?

Tornando all'organizzazione del congresso si ritiene utile sottolineare come tutto verrà svolto con sobrietà. Interpreti del momento di crisi che affronta la nazione, è stata svolta un'attenta opera di contenimento delle spese.

Proprio in funzione del grande momento di crisi internazionale coglieremo l'occasione per chiedere un potenziamento di servizi ancora più esposti a segnali di disagio psichico crescenti provenienti da aree della popolazione precedentemente sconosciute. La crisi amplifica il bisogno cure psichiatriche.

Il Congresso si svolgerà volutamente in contemporanea alla 20° giornata mondiale della Salute Mentale (10/10/2012) che quest'anno sarà dedicata alla "Depressione e crisi globale". Ci sarà occasione per declinare tali criticità al contesto del nostro paese che in modo particolare ha risentito della crisi economica.

I lavori saranno indirizzati a tutti i colleghi che operano nell'ambito dei disturbi psichici e come segno del cambiamento del contesto in cui operiamo si è cercato di coinvolgere non solo gli psichiatri che lavorano nei Dipartimenti di Salute Mentale ma anche coloro che operano in strutture private o come liberi professionisti. Sarà un momento di confronto aperto anche ad altri operatori dei servizi di salute mentale e ad altre specialità mediche.

Il programma è articolato ed intenso, prevede una giornata di apertura con l'intervento ed il confronto con personalità del mondo della politica e delle istituzioni. In tale contesto si è convenuto di far intervenire colleghi psichiatri in rappresentanza della World Psychiatric Association e della European Psychiatric Association.

Le successive giornate di lavoro sono articolate su 4 grandi aree:

- **Neuroscienze**
- **Clinica e psicopatologia**
- **Riabilitazione**
- **Modelli Organizzativi**

Tali tematiche saranno affrontate in circa 200 eventi tra ECM, simposi, letture magistrali e forum con circa 580 relatori tra cui i più autorevoli psichiatri italiani ed internazionali. Di particolare rilevanza la presenza di

percorsi tematici proposti sia dal Coordinamento Giovani Psichiatri che dal Coordinamento Donne della Società come espressione della particolare attenzione posta a queste aree della professione.

La realizzazione di un evento così grande nei contenuti e nella partecipazione è stata resa possibile dall'attenta e partecipata opera di orientamento del Consiglio Esecutivo e Direttivo della Società Italiana di Psichiatria (SIP), della Sezione Regionale Lombarda della SIP, del Coordinamento Primari Psichiatri Lombardi e delle Cliniche Psichiatriche delle Università.

Il congresso sarà anche l'occasione per avviare incontri e discussioni di contrasto a tutte le riforme legislative peggiorative della salute psichica dei cittadini. Verrà affrontato un aperto e appassionato confronto tecnico sulla legge 9/2012 che prevede il Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con particolare attenzione alle gravi criticità aperte e alle migliori possibilità attuative.

Grande spazio verrà infine fornito al complesso tema della necessaria ridefinizione della posizione di garanzia del medico nell'operare in un contesto di psichiatria territoriale.

Per concludere, il Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria torna a Milano dopo 27 anni (1985 ultima occasione) ed è dedicato a una persona scomparsa da pochi anni, che della scuola di psichiatria di Milano è stato maestro, che ha caratterizzato con la sua grande passione la storia della psichiatria Italiana, il Professor Carlo Lorenzo Cazzullo. Egli verrà ricordato insieme all'altro grande maestro della psichiatria italiana il prof Dargut Kemali il giorno 08.10.2012 con un evento speciale al quale teniamo con particolare affetto.

Per chi è interessato al programma dettagliato dell'evento questo è l'indirizzo:

[www. ideacpa.com/2012/psichiatria](http://www.ideacpa.com/2012/psichiatria)

Vi aspettiamo

Eugenio Aguglia

Presidente SIP

Luigi Ferrannini

Past Presidente SIP

Claudio Mencacci

Presidente Comitato Scientifico Locale

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

Presidenti:

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

Segretario:

Mauro Percudani
(*Garbagnate Milanese, MI*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)

Consiglieri Eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabriella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)