



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

AnnoXXX • n. 1 • gennaio-giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

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

Comitato Scientifico:

Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
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** La paranoia (ri-)accende i forni
crematori
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

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

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

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

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

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

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

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

PSICHIATRIA FORENSE

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

IN COPERTINA: Timoteo

Leda con il cigno
Musei capitolini

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

PSICHIATRIA OGGI

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

La paranoia (ri-)accende i forni crematori

Alberto Giannelli

Avevamo detto “mai più”, ma il fumo da un camino riporta l’umanità nel baratro. Così si è espressa Donatella Di Cesare con la sua scrittura sempre incisiva e lucida (*Corriere della Sera*, 11 maggio 2017) riferendosi a quanto successo in medio-oriente, più precisamente nella disastrosa Siria, a nord di Damasco. I forni crematori sono stati il crimine più efferato compiuto dai nazisti nei lager dello sterminio soltanto qualche decennio fa e, aggiungo io, proprio nel cuore dell’Europa cristiana, cattolica e luterana. Ora, da essa non lontano, si sono ripresentati quale oltraggio il più disumanizzante, con cui competono le esecuzioni di massa, l’uso dei gas tossici, le torture nei campi di internamento, il lancio della mother-bomb, le bambine-soldato del Congo ecc. La storia si ripete nella sua versione più bieca e più cupa. Ora l’Europa, terra di Auschwitz, ha il dovere di mobilitarsi, dice l’autrice dell’articolo ora citato. Condivisibile appello, non c’è dubbio. Ma tardivo, a un’Europa da troppo tempo sorda e inerte alle mattanze che dilanano questo mondo, e non solo in medio-oriente. E quali sono le modalità con cui questa vecchio continente potrebbe mobilitarsi, dal momento che non è, almeno per ora, che una precaria Unione fondata sulla moneta unica, alla

*Il viaggio non finisce mai.
Solo i viaggiatori finiscono*

José Saramago

quale, peraltro, alcuni paesi vorrebbero rinunciare e dalla quale un altro è rimasto fuori fin dalla sua introduzione? Il terrorismo islamico non colpisce i paesi dove al potere c’è un dittatore, ma quelli a regime democratico:

da New York a Londra, Madrid, Parigi, Bruxelles, Nizza, Stoccolma, Berlino, Manchester. Come ben sappiamo, la democrazia costa molto, da sempre. Il paese europeo che se ne sta andando dall’Unione non per questo è più sicuro (nel giro di poco tempo di attacchi ne ha subiti, se non sbaglio, almeno tre, a breve distanza di tempo).

Uccidere in nome di Dio, saltare deliberatamente in aria assieme all’ordigno esplosivo, sempre in nome di Allah, spesso come lupi solitari che sono però diretti da una regia occulta e quasi sempre difficile da identificare, rappresenta la messa in atto di un folle disegno che si chiama *paranoia*. Uccidere in nome di Dio è di per sé la *negazione (delirante)* della sostanza dell’ente divino, che nelle tre religioni abramitiche incarna per il suo stesso essersi costituito il bene e l’amore dell’uomo per l’uomo.

Le frange estremiste (jihadiste) destituiscono di senso una parte del Corano, quella condivisa dalle due altre religioni monoteiste, facendo rischiare la mistificante identificazione del popolo musulmano con il terrorismo, come settori della politica, italiana



Salvador Dalí, Dawn, Noon, Sunset and Dusk, 1979

e non solo, stanno facendo attraverso una spericolata propaganda. Approfittando del grave problema dei flussi migratori, problema la cui ragionevole e umana soluzione richiede un progetto purtroppo ancora lontano dall'essere delineato e ancor di più dall'essere attuato. Dopo il G-7 di Taormina l'Europa, anzi l'Italia rimane ancora più sola di fronte a questo epocale e inarrestabile flusso. La mistificante identificazione cui accennavo poco più sopra fa dimenticare, tra l'altro, che quella islamica è una delle radici della stessa Europa e che è difficile sottovalutare il fatto che centinaia di migliaia di islamici vivono da molti decenni in Europa, ben integrati con chi professa le altre religioni. Combattere gli jihadisti è un dovere, discernere gli islamici non fondamentalisti è anch'esso un dovere.

Accanto e al di là dei fattori politici, economici, sociali e religiosi che vanno chiamati in causa nella spiegazione del terrorismo che colpisce, con inusitata frequenza, varie parti del globo, in primis l'Europa, sta, a mio avviso, la messa in crisi di quella che la psicopatologia fenomenologica indica la pienezza dell'esser-ci (*Dasein*) quale espressione dell'essere-uomo (*Mensch-sein*). Alla psichiatria non può sfuggire la radicalità di tale crisi che offende, fino all'azzeramento, la dignità dell'umana presenza. La paranoia è un *termine semanticamente insostituibile*, anche se non trova spazio quale categoria nosografica nell'attuale tassonomia (al suo posto si parla nel DSM-5, come nelle precedenti edizioni del manuale, di Disturbi Deliranti Cronici). Racchiude in sé il concetto psicopatologico (non necessariamente psichiatrico) dell'*alienazione*. È paranoia quella di chi uccide in nome di Dio, per poi dileguarsi, disperdendosi in un nulla senza confini.

La paranoia, follia lucida, e per certi versi fascinosa e credibile, ha fatto la storia, la parte peggiore della storia, e continua a farla, anche se la pubblica opinione continua a ignorarne la presenza, distratta dall'enfaticizzazione di altre, pur importanti, interpretazioni dei cosiddetti addetti ai lavori (uomini politici, commentatori attraverso la stampa

e tutte le altre vie di comunicazione oggi tecnologicamente disponibili, personaggi autorevoli nell'ambito della cultura laica e religiosa). Luigi Zoja, già qualche anno fa (*Paranoia*, Bollati Boringhieri, 2011), ci ha chiaramente documentato come la paranoia abbia precipitato nel buio la prima metà del novecento. Ma non solo. Nel corso della storia dell'umanità ha ucciso più vittime delle epidemie di peste, ha umiliato e annientato masse di uomini più della stessa collera di Dio. Questa follia — l'unica psicosi nella quale il delirio primario o reattivo, derivabile o inderivabile, comprensibile o incomprensibile nel senso di Jaspers, mono- o pluri-tematico, è l'elemento essenziale per la sua significazione clinica — si chiama, appunto, *paranoia*. Quello del despota di turno che la trasmette al popolo è un delirio di grandezza o, se si vuole, megalomane, ma avvinghiato a quello persecutorio in una alleanza che non prevede divorzio.

Come diceva F.W. Nietzsche (*La gaia scienza*, 1882) nei singoli la follia è qualcosa di raro, ma nei gruppi, nei partiti e nei popoli è la regola. È una malattia fortemente contagiosa. Ha fatto la parte peggiore della storia, e continua a farla. Infatti, *da fenomeno individuale non tarda a farsi collettivo* quando il capo è fortemente carismatico, capace di un linguaggio seducente, anzi incendiario, eroga potenza con rutilanti richiami alla storia e all'orgoglio del popolo, provato e stremato da intollerabili sofferenze (basti pensare, per stare a casa nostra, a Mussolini, pochi anni dopo la fine del I conflitto mondiale o, spostandoci di poco, a Hitler, sul finire della repubblica di Weimar). *Nelle adunate di massa, cessa l'individuo e ne prende il posto la folla*. Folla e follia, un'assonanza non trascurabile. Come quella tra *foule* e *fou*. Si realizza così il concorso del grave disagio sociale al realizzarsi di quella forma particolare di follia che si chiama paranoia, collettiva in questo caso. Che si mobilitino in queste circostanze i retaggi di posizioni schizo-paranoidi alberganti in ciascuno di noi? La psichiatria francese del XIX secolo ne

aveva tracciato una versione in miniatura con il *délire à deux o a trois*.

Va comunque fatta una precisazione. La follia ha ripreso a fare la storia agli albori del nuovo millennio, ma con *una specifica caratteristica, quella di stampo religioso*, non per questo meno truce, anzi, se possibile, peggiore di quella che già conoscevamo. È dispersa nel tempo e nello spazio, il carisma può non essere di questo o quel personaggio ma di personaggi diversi, ha assunto una sua globalità tramite l'abile uso di mezzi informatici, è imprevedibile, dispone di enormi mezzi finanziari e di uomini reclutati negli stessi paesi che intende colpire. Colpisce in nome di Dio, ma non quello di Abramo, Isacco e Giacobbe, bensì di Allah che ha parlato per mezzo del suo profeta, Maometto. Un'altra caratteristica di questi persecutori del terzo millennio è che *sacrificano, accanto a quella delle loro vittime, la propria vita in una sorta di radiosa e aberrante esultanza*.

Sarà difficile affrontare e debellare i terroristi islamici senza tenere anche conto che si tratta di uomini contagiati da una malattia, la paranoia, già difficile di per sé da curare quando si tratta di paranoia individuale. Patire dal presupposto che gli "infedeli" vadano eliminati e che la propria morte coincidente con la loro sia la volontà di Dio, di Allah per la precisione, significa non solo deliberatamente disconoscere il Corano (il che può capitare anche a chi professa le altre due religioni del Libro: ignorare, cioè, quello che dice la propria), ma soprattutto significa che l'altro è comunque l'*alieno*, che un dialogo è impossibile perché esiste una sola verità, impermeabile a qualsiasi punto di vista che la metta in discussione, vuol dire, insomma, che è questo che vuole il loro Dio, una trascendenza senza confini che annulla ogni presenza, compresa la propria, e contraddice dunque quella volontà divina cui delirantemente si ispirano.

La paranoia jihadista si fonda sul processo della negazione, sobillato o promosso o costretto che dir si voglia.

È un processo che distrugge, non costruisce, dunque va combattuto. Ma curarlo, nel senso tradizionale del termine, è impossibile, ingenuo, irrealizzabile. Si tratta invece di una paranoia da prevenire, da individuare al suo inizio, non già quando ormai è collettivizzata perché, a quel punto, il contagio irreversibile sta già facendo i suoi danni. Ne deriva la necessità di un progetto culturale, che ogni paese deve mettere in atto, naturalmente a prescindere da quello che deve fare quando il male -endemico o epidemico che dir si voglia- ha già prodotto i suoi crimini, al fine di individuarne e isolarne gli attori.

Non bastano i controlli alle frontiere, le forze dell'ordine sparse sul territorio, i muri che qualcuno sta già costruendo, i proclami politici (magari in fase pre-elettorale), le indignazioni dei potenti di turno, laici o religiosi che siano, né è sufficiente cercare di stabilire accordi con i paesi da cui provengono i profughi, né basta distribuirli con razionalità sul territorio che li "ospita" tenendo conto dei diritti di chi, volente o nolente, li "ospita" ecc. Chiedere, mi riferisco in particolare all'Italia, di non essere lasciati soli, finora non ha avuto concrete, sostanziali risposte. Bisogna diffidare di chi promette o suggerisce soluzioni, è, invece, necessario riflettere su come *prevenire*. Mi provo a farlo.

Tenendo conto che la maggior parte dei terroristi sono nati e cresciuti negli stessi paesi in cui entrano in azione, ne hanno il passaporto e ne parlano la lingua, una delle prime cose da fare è inserire nel corso degli studi scolastici l'*insegnamento della storia delle religioni*, facendone un insegnamento fondamentale e non facoltativo o complementare. Una cosa questa, ben diversa dall'insegnamento della sola religione di stato o comunque della più seguita in quello stato (come accade ancora oggi). *Studiare la storia delle religioni* significa imparare a conoscere i rapporti che intercorrono tra religione e diritto, a distinguere tra islam e islamismo radicale, aprire un dialogo interreligioso costruttivo e non solo deputato a ricordare i pregiudizi

antigiudaici dei mussulmani e dei cristiani, mirare all'eguaglianza (del diritto a professare liberamente la propria fede) nella diversità (insita nelle tradizioni delle singole fedi). Progetto ambizioso, ma sentito da più parti come ormai necessario (in questa direzione va il lavoro che sta facendo l'*European Academy of Religion*).

Un'altra iniziativa a scopo preventivo è quella di *individuare precocemente i segnali di una struttura di personalità paranoica*, che contiene in sé i germi della futura follia. Si tratta di personalità schive, timide, poco o nulla propense al dialogo interpersonale, piuttosto sospettose e diffidenti. Spesso questi segnali sono mascherati al punto che appaiono, ricostruendo la storia della loro vita ad attentati eseguiti, persone normali, inoffensive, anzi addirittura banali. È qui che vanno chiamati in causa gli *psichiatri, soprattutto dell'infanzia e dell'adolescenza, gli psicologi dell'età evolutiva, gli stessi insegnanti, in molti casi le famiglie*.

Altrettanto importante è la qualità dell'accoglienza prestata ai profughi. Al di là del soddisfacimento delle loro esigenze primarie, che ne rispetti la dignità, è necessaria una *mediazione linguistica*, oltre tutto essenziale per la loro identificazione. Parlare una stessa lingua, magari tramite la presenza di un mediatore, vuol dire mettere le basi del conoscer-si, sollecitare una reciproca collaborazione, spegnere sul suo nascere uno stato d'animo di estraneità e in un secondo momento di livore nei confronti di chi ha loro salvata la vita e assicurata la sopravvivenza. Vuol dire creare un clima se non di familiarità almeno di confidenza che attenua la loro sensazione di essere stati sì salvati, ma anche di essere sopportati anziché supportati. La confusione delle lingue condanna alla follia: non c'è nulla di più terribile che parlarsi senza comprendersi. È la condanna alla disintegrazione del gruppo. *E da un gruppo disintegrato può uscire un possibile lupo solitario*. Nei centri di accoglienza *la presenza dello psicologo cli-*

nico o dello psichiatra è necessaria, sempre e comunque, anche laddove non si intravedano motivi particolari di allarme. La necessità di tale presenza è legata anche alle (inevitabili) crisi di non adattamento al nuovo ambiente e alla possibilità di recidive o nuovi episodi psicotici nelle persone sbarcate sul nostro territorio (James B. Kirkbride, *Migration and psychosis: our smoking lung?* in *World Psychiatry* 16, 2, 2017).

Tutto questo sapendo dall'esperienza che, come già detto, l'attività terroristica si attua il più delle volte nel paese dove si è nati o cresciuti, dove si è studiato e del quale si è acquisita la nazionalità, non tra quelli salvati dal mare affrontato, qualunque siano le sue condizioni, nella disperazione e nella fuga da persecuzioni politiche o dalla fame o dalla miseria più nera. Potrebbe anche significare, peccando certo di un po' di ottimismo, fare dell'immigrazione (controllata) una *risorsa* per il paese di accoglienza.

Tra le tante forme tramite le quali la paranoia collettiva segna indelebilmente la storia c'è stata, come dicevo all'inizio, la ri-accensione dei forni crematori. Certo, sono stati il mezzo più disumano che la follia nazista abbia usato durante la seconda guerra mondiale, dopo la messa a punto a Wansee del progetto finale della eliminazione del popolo ebraico. Senza però dimenticare che a Strasburgo in un solo giorno, quello di San Valentino del 1943, di ebrei ne furono mandati al rogo ben duemila. E che nella Roma papalina la stessa sorte è toccata a Giordano Bruno nel 1600 a Campo dei Fiori, dalla chiesa cattolica dell'epoca condannato per eresia. Gli esempi potrebbero continuare. Cremare vuol dire cancellare qualsiasi traccia dell'essere-corpo, non lasciare alcun segno del delitto commesso, mettersi (provvisoriamente) al riparo dalla condanna del resto dell'umanità. L'uso dei forni crematori ha dunque anche un sua valenza politica, al di là e accanto a quella etica e antropologica.

Il problema di fondo non troverà soluzione fino quando non si comprenderà che il terrorismo jihadista è anche e soprattutto una forma collettiva di follia delirante che, ripeto, prende il nome di paranoia. Al di là dei mezzi di intelligence, politici, militari ecc. necessari a contenerlo e a combatterlo, sta la necessità di una prevenzione culturale alla quale anche noi che siamo tutori della complessa totalità delle persone siamo chiamati a dare un contributo. Si tratta non soltanto di un (discutibile) conflitto di civiltà o di una guerra di religioni (altrettanto discutibile), ma anche di una patologia sociale che trova nell'ignoranza, nella mancanza di un linguaggio comune, nella discriminazione sociale ingravescente, terreno fertile per nascere e crescere, diffondendosi ovunque e con le modalità meno prevedibili.

Last but not least, c'è l'altro problema al primo strettamente connesso e del quale mi limito, in questa sede, a qualche rapido cenno, perché per la sua complessità merita un articolo a parte. Quello della *paura* che nella gente comune deriva dall'assistere direttamente o attraverso le immagini dei mezzi di comunicazione o dall'essere sopravvissuti a un attentato terroristico. C'è la rabbia e il dolore di chi ha perso parenti o amici. Basta che uno sconsiderato getti un petardo in mezzo alla folla che assiste a un concerto perché si scateni qualche cosa addirittura più grave della paura, *il panico*, che a sua volta ferisce e colpisce. Bisogna non farsi prendere dal panico, dicono le autorità, i giornali, i cosiddetti esperti consultati. Ma il panico è incontrollabile, è lo stravolgimento radicale dei rapporti tra le dimensioni emotive e razionali della personalità, è la risposta a dir così istintiva, primitiva, al pericolo reale o presunto, amplificata nell'immaginario individuale e collettivo dalla ormai troppo lunga serie di eventi a così alto potere traumatico. Certo, assuefarsi al terrore, diventare indifferenti a quanto di orribile capita attorno a noi, sarebbe altrettanto disastroso, perché

porterebbe a una attenuazione dell'attenzione e della vigilanza che ognuno di noi deve tenere allertate quando casualmente o intenzionalmente si trova in mezzo alla folla, in uno stadio piuttosto che a un concerto, ma anche passeggiando su un lungomare o attraversando un ponte o sostando al banco di un mercatino di Natale. Mantenere le proprie abitudini e il proprio stile di vita, si sente dire da più parti, è la risposta migliore a simili eventi. Purtroppo non è così o non è soltanto così: gli attentati terroristici vanno prevenuti prima che esorcizzati. Le misure preventive vanno co-ordinate all'interno di un singolo paese e tra paesi diversi. Nessun paese da solo riuscirà a debellare il terrorismo jihadista. Nessun paese da solo potrà o saprà regolamentare l'epocale flusso migratorio senza rinunciare a principi di umanità che rispettino chi arriva, ma anche chi ospita. *Noi siamo ospiti della vita*, diceva Heidegger. La vita sarà tanto più ospitale quanto più noi sapremo coniugare la nostra (irrinunciabile) sicurezza con un progetto di accoglienza degno di questo nome, sia sul piano di quanti ne arrivano che di come vengono accolti. Altrimenti sarà psicosi collettiva.



L'ADHD nell'adulto

Esperienza clinica e linee guida per il trattamento

G. Migliarese *, E. Magni *, G. Cerveri *,
V. Venturi *, C. Mencacci *

ABSTRACT

L'ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) fa parte dei disturbi del neurosviluppo e identifica una condizione clinica ad esordio precoce che può persistere per tutta la durata della vita. Può essere descritto come un "disturbo di base", cioè come una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell'individuo alle interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti e delle reazioni emotive. Il mancato trattamento di soggetti adulti con ADHD ha dei costi sociali importanti, con un'influenza significativa sul funzionamento globale e sulla qualità di vita (vi è una significativa associazione con uno scarso rendimento accademico, uno scarso adattamento sociale e familiare e con difficoltà coniugali). Inoltre, il soggetto con ADHD non trattato è a maggior rischio di sviluppare differenti manifestazioni psichiche tra cui disturbi d'ansia e dell'umore, uso di sostanze e di alcolici.

Nonostante l'ADHD in età adulta risulti un rilevante problema di salute pubblica, c'è purtroppo ancora una carenza di servizi specialistici e solo una minoranza di questi soggetti viene correttamente diagnosticata e trattata. Inoltre, nel nostro paese, la prescrivibilità di farmaci che risultano efficaci per tale condizione appare problematica, con limitazioni che ne rendono complesso l'utilizzo, di fatto rendendo ancor più ridotto il numero di soggetti che riceve trattamenti adeguati.

In questo lavoro verranno esposte le evidenze disponibili nella letteratura internazionale per il trattamento farmacologico di questa condizione e le indicazioni pratiche per l'impostazione di un trattamento alla luce dell'esperienza clinica ricavata in questi anni presso l'ambulatorio per il trattamento dell'ADHD in età adulta.

Parole chiave

ADHD, deficit di attenzione e iperattività, disturbo ipercinetico, metilfenidato, comorbidità psichiatrica

INTRODUZIONE

L'ADHD è una condizione clinica ad esordio precoce che può persistere per tutta la durata della vita (Barkley et al. 2002, Kessler et al. 2005). La sua caratteristica principale è rappresentata da un modello di disfunzionamento persistente e pervasivo in tre grandi aree: l'attenzione, l'impulsività, l'iperattività. Per le sue caratteristiche di pervasività, di stabilità e durata l'ADHD può essere descritto come un "disturbo di base", cioè come una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell'individuo alle interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti e delle reazioni emotive. Generalmente nell'adulto si osserva una parziale modifica delle caratteristiche cliniche del disturbo determinata dal corso dello sviluppo individuale: negli adulti la caratteristica prevalente e maggiormente disturbante appare di norma legata alle difficoltà attentive, mentre gli aspetti di iperattività si modificano e rimangono evidenziabili soprattutto in una dimensione impulsiva e in una sensazione interna di irrequietezza e/o inquietudine.

L'ADHD in età adulta può essere "mascherato" da

altre manifestazioni psicopatologiche che insorgono nel percorso dello sviluppo individuale, facilitate dal fatto che le strategie individuali di coping sono spesso insufficienti per determinare un buon funzionamento in diversi ambiti di vita (lavoro, studio, relazioni). Il mancato trattamento di soggetti adulti con ADHD ha dei costi sociali importanti: vi è una significativa associazione dell'ADHD in età adulta con l'uso di sostanze, con la dipendenza da alcol, con uno scarso rendimento accademico, con uno scarso adattamento sociale e familiare e con difficoltà coniugali. Inoltre, soggetti con ADHD non trattati hanno maggiori tassi di disoccupazione e di assenze per malattia rispetto ai controlli (Bolea-Almanac et al 2014). Nonostante l'ADHD in età adulta risulti un rilevante problema di salute pubblica nel nostro paese c'è purtroppo ancora una carenza di servizi specialistici e solo una minoranza di questi soggetti viene correttamente diagnosticata (Gustavsson et al, 2011; Wittchen et al, 2011). Inoltre, la prescrivibilità di farmaci che risultano efficaci per tale condizione appare problematica, con limitazioni che ne rendono complesso l'utilizzo, di fatto rendendo ancor più ridotto il numero di soggetti che riceve trattamenti adeguati. In questo lavoro esporremo le indicazioni internazionali per il trattamento farmacologico di questa condizione e l'esperienza clinica ricavata dal nostro ambulatorio per l'ADHD in età adulta con l'obiettivo di fornire delle indicazioni pratiche per l'impostazione di un trattamento corretto.

L'ESPERIENZA CLINICA DELL'AMBULATORIO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADHD IN ETÀ ADULTA

La diagnosi di ADHD è una diagnosi clinica che si avvale, accanto al colloquio, dell'utilizzo di alcuni strumenti testali standardizzati (Migliarese et al. 2015). La valutazione deve essere effettuata in senso evolutivo, con una raccolta anamnestica attenta che si concentri da un lato sulle modalità di funzionamento in minore

età in diversi ambiti (scolastico, familiare, relazionale) e dall'altro sull'evoluzione nel tempo delle difficoltà legate alle dimensioni dell'attenzione e dell'iperattività. Essendo tali caratteristiche distribuite in un continuum, la valutazione dovrà riuscire a discriminare quando tali aspetti siano disfunzionali e, al contempo, quando siano primari, non determinati da altre condizioni o patologie associate: risulta poi fondamentale riconoscere quanto alterazioni in queste aree abbiano causato compromissioni nel funzionamento e abbiano influito negativamente sulla qualità di vita.

Il quadro clinico dell'ADHD in età adulta può facilmente essere misconosciuto per diversi ordini di motivi. Da un lato si assiste a una progressiva modificazione delle manifestazioni cliniche nel corso dello sviluppo individuale che diventano meno immediatamente suggestive. Inoltre, manifestandosi come "disturbo di base" il soggetto vive spesso il proprio meccanismo di funzionamento in modo sintono di fatto non portandolo come problematico. Per questo motivo soggetti adulti con ADHD frequentemente giungono all'osservazione clinica lamentando una sintomatologia psichica differente (Pehlivanidis et al. 2014, Deberdt et al. 2015), spesso secondaria alle difficoltà di coping che scaturiscono dall'ADHD, ma che in parte può essere associata non casualmente, stante la predisposizione crociata a livello genetico.

Il sospetto clinico di ADHD deve essere posto in situazioni caratterizzate da elevata impulsività, disorganizzazione (ad esempio è frequente, nella storia clinica di questi soggetti, che emergano chiare difficoltà a organizzarsi e a definire le priorità in modo corretto in ambito lavorativo/accademico, affettivo/relazionale), inquietudine interna (possono faticare a presenziare a meeting, possono essere logorroici o mostrarsi incapaci di attendere il proprio turno in una conversazione interrompendo gli altri prima che abbiano completato i loro ragionamenti), irrequietezza comportamentale (che può evidenziarsi anche in comportamenti poco visibili quali

il mangiarsi le unghie, muovere le gambe, continuare a muovere le mani, tamburellare con le dita), iperattività mentale, distraibilità, tendenza al disordine. Un ultimo aspetto da considerare è rappresentato dalla disorganizzazione dei ritmi circadiani: è stato infatti segnalato come soggetti con ADHD sembrano mancare di senso del tempo e che i problemi del sonno siano più la regola che l'eccezione, colpendo fino all'83% dei soggetti adulti con ADHD (Philipsen et al. 2006, Sobanski et al. 2007).

Di fronte al sospetto diagnostico di ADHD deve essere effettuata una valutazione specialistica in centri di secondo livello. Presso il nostro ambulatorio è stato definito un protocollo diagnostico composto sia da strumenti testali che da valutazioni psicologiche e psichiatriche standardizzate. Stante il focus dell'attuale articolo sul trattamento farmacologico dell'ADHD in età adulta, si rimanda a precedente pubblicazione (Migliarese et al. 2015) per approfondimenti relativi al percorso diagnostico.

IL TRATTAMENTO DELL'ADHD NELL'ADULTO

Il Trattamento sull'ADHD in età adulta prevede una combinazione di vari interventi, all'interno di un percorso multimodale (cioè educativo, psicoterapico e farmacologico). Diversamente rispetto a quanto avviene nei bambini, la terapia farmacologica in soggetti adulti risulta il trattamento elettivo (Kooij et al. 2010, NICE guidelines 2016). Accanto al trattamento farmacologico risultano importanti la psicoeducazione e la terapia cognitiva. Pochi dati sono presenti sull'efficacia di interventi alternativi, i più convincenti riguardano la possibile utilità nel disturbo di protocolli mindfulness-based (Mitchell et al. 2015).

Una volta effettuata la diagnosi, l'impostazione di un intervento adeguato per l'ADHD in età adulta prevede due momenti distinti. Un primo fondamentale momento, correlato anche temporalmente al percorso diagnostico, è dato dalla restituzione al paziente di quanto emerso grazie alla valutazione. Il paziente viene informato sulla diagnosi, sulla natura del disturbo, sul suo andamento,

sulle strategie terapeutiche disponibili. Un secondo momento pone il focus sul trattamento concordando con il paziente la terapia farmacologica più indicata (con esposizione al paziente dei vari farmaci a disposizione e il loro profilo di efficacia oltre agli effetti collaterali più comuni). Nello stesso momento vengono esposti i possibili interventi psicoeducazionali e di coaching, individuali e/o di gruppo ponendo il focus sul loro ruolo nel progetto di cura. In questa fase verrà infine valutata la necessità di un intervento psicologico di tipo cognitivo.

Noradrenalina e dopamina risultano i neurotrasmettitori maggiormente implicati nell'azione terapeutica dei farmaci per l'ADHD. Diversi principi attivi che agiscono su questi neurotrasmettitori sono stati impiegati nel trattamento di soggetti con ADHD, sia in minore che in maggiore età. Di seguito approfondiremo l'efficacia clinica, la prescrivibilità e gli effetti collaterali dei principi attivi disponibili in Italia.

METILFENIDATO (MPH)

A livello internazionale il farmaco più utilizzato nel trattamento dell'ADHD in età adulta è rappresentato dal metilfenidato. Il metilfenidato si lega ai trasportatori sinaptici per la dopamina (DAT) e, in minor misura, per la noradrenalina, inibendo in questo modo la ricaptazione (reuptake) presinaptica della dopamina. Il successivo incremento della concentrazione extracellulare e della neurotrasmissione dopaminergica e noradrenergica si riscontra nella corteccia prefrontale, nel nucleo accumbens, nello striato (Heal et al. 2012). Più recentemente è stato riscontrato che dosi elevate di MPH facilitano la trasmissione sinaptica mediata dai recettori NMDA con un meccanismo indipendente (Zhang et al. 2012), suggerendo una maggior complessità del meccanismo d'azione del farmaco. Tra gli effetti del metilfenidato sono segnalati l'aumento o il mantenimento di vigilanza, la riduzione della fatica, il miglioramento dell'attenzione.

Efficacia clinica

Diverse metanalisi sono state effettuate per valutare l'efficacia del metilfenidato in soggetti adulti con ADHD: uno studio recente ha riscontrato un effetto moderato (0.57-0.58) sulla sintomatologia. L'efficacia del metilfenidato era influenzata da diverse variabili tra cui le principali risultavano la dose, la formulazione e l'eventuale presenza clinica di dipendenza (Castells et al. 2011, Cunill et al. 2016). Una recente metanalisi (Tamminga et al. 2016) ha valutato l'efficacia di metilfenidato in relazione all'età dei soggetti relativamente ai domini cognitivi (response inhibition, working memory, sustained attention) senza identificare differenze di efficacia in relazione all'età.

Precauzioni all'utilizzo di metilfenidato

Il metilfenidato è controindicato in caso di ipersensibilità allo stesso o ad uno qualsiasi degli eccipienti delle preparazioni presenti in commercio, in caso di glaucoma, feocromocitoma, alterazioni cardiovascolari (ipertensione grave, insufficienza cardiaca, aritmie, angina pectoris, infarto miocardico ecc.), disturbi cerebrovascolari come aneurisma cerebrale, anomalie vascolari, ipertiroidismo. In caso di concomitanti diagnosi psichiche (depressione, anoressia nervosa, ideazione suicidale, sintomi psicotici, disturbi dell'umore, mania, schizofrenia, disturbi psicopatologici/borderline della personalità, disturbo bipolare) il trattamento richiede che sia effettuato il bilancio tra rischi e benefici della terapia.

Seppure l'utilizzo di metilfenidato nei minori con ADHD sia associato a una riduzione del successivo uso/abuso di sostanze, in soggetti ad alto rischio di dipendenza o con forme già conclamate è controindicato, stante la sua natura di molecola stimolante e il potenziale rischio di utilizzo come enhancer cognitivo e di abuso (Greely et al. 2008). Come anche per molecole appartenenti ad altre classi farmacologiche, anche per metilfenidato le preparazioni a rilascio modificato presentano un minor rischio di abuso (Oldendorf 1992) e migliorano l'aderenza. Le formulazioni a rilascio modificato non hanno inoltre il

potenziale di abuso per via inalatoria, che invece è possibile con il Metilfenidato a pronto rilascio (Cortese et al. 2017).

Effetti collaterali di metilfenidato

Gli effetti indesiderati più comuni del metilfenidato sono insonnia, disturbi gastroenterici (nausea, vomito, raramente alterazioni della funzionalità epatica), diminuzione dell'appetito, cefalea. Generalmente appaiono lievi e facilmente gestibili con alcune accortezze (evitare l'assunzione del farmaco nel tardo pomeriggio, somministrazione dopo i pasti). Inoltre sono stati riportati: movimenti involontari (tics), idee ossessive, allucinazioni, variazione del tono d'umore, aumento o diminuzione dell'eloquio, ansia, eccessiva euforia, irritabilità, tristezza (disforia), vertigini. Occasionalmente sono stati riportati effetti cardiovascolari quali palpitazioni, aritmia, cianosi e tachicardia. Esiste qualche evidenza che il metilfenidato possa abbassare la soglia convulsiva (cioè favorire l'insorgenza di convulsioni) in persone con precedenti di convulsioni, con anomalie all'elettroencefalogramma (EEG) in assenza di convulsioni e, anche se molto raramente, in assenza di storia di epilessia o di anomalie all'EEG. Il sovradosaggio di metilfenidato può causare agitazione, tremori, contrazioni muscolari, convulsioni, stati euforici, confusione, allucinazioni, delirio, sudorazione, vampate di calore, cefalea, iperpiressia, tachicardia, palpitazioni, aritmie cardiache, ipertensione, midriasi e xerostomia.

Tutti i pazienti che assumono metilfenidato, particolarmente quelli con ipertensione, devono controllare periodicamente la pressione arteriosa.

Prescrivibilità del metilfenidato

La prescrivibilità di metilfenidato è soggetta a norme differenti in maggiore e minore età.

Il metilfenidato è stato approvato per l'immissione in commercio in Italia con determina AIFA del 19/04/2007 che riporta le condizioni di prescrivibilità principali del farmaco Ritalin® e degli altri farmaci contenenti lo stesso principio attivo (Medikinet® e Equasym®).

Il farmaco è inserito in *tabella 2*, sezione A degli stupefacenti secondo il D.P.R. 309/1990 e successive modifiche in quanto considerato ad alto rischio di dipendenza e abuso e pertanto occorre prescriberlo su Ricetta Ministeriale a Ricalco valida 30 giorni e sui cui è possibile prescrivere fino a 30 giorni di terapia.

Per i minori la prescrizione dei medicinali a base di metilfenidato deve essere effettuata su diagnosi e piano terapeutico (PT) dei centri specialistici; questi centri sono responsabili dell'attivazione dei piani terapeutici individuali e del follow-up dei pazienti che ricevono il trattamento.

Sempre nei minori è inoltre prevista dal 2007 un'attività di farmacovigilanza per il monitoraggio dell'uso di metilfenidato nella popolazione affetta da ADHD. Per monitorare la sicurezza e l'appropriatezza d'uso di questi farmaci nei bambini e negli adolescenti è stato istituito il Registro nazionale dell'ADHD, gestito dall'ISS su mandato di AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). In questo vengono registrati i pazienti ai quali è stata fatta diagnosi di ADHD da uno dei centri di riferimento regionali, in accordo con i criteri del "Manuale di diagnostica e statistica dei disordini mentali".

Come per i pazienti pediatrici è stato recentemente istituito (febbraio 2016) il Registro nazionale dell'ADHD nell'adulto, implementato dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità). Soggetti adulti con ADHD in trattamento con metilfenidato devono essere inseriti nel registro nazionale.

Si possono individuare tre tipologie di indicazioni terapeutiche in base alle quali classificare il regime prescrittivo.

Bambini e adolescenti fino ai 18 anni: indicazione On-label

Il metilfenidato è indicato come parte di un programma globale di trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti nei casi in cui i soli interventi psico-sociali o psico-comportamentali si

dimostrino insufficienti

- Il trattamento deve essere effettuato sotto il controllo di un neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza o specialista affine nei centri autorizzati;
- Il trattamento deve essere inserito nel registro ADHD per cui dovrebbe essere richiesta l'autorizzazione all'uso dei dati personali per l'inserimento nel registro;
- La prescrizione deve essere effettuata su Ricetta Ministeriale a Ricalco in triplice copia.

Negli adulti già in trattamento con metilfenidato prima dei 18 anni: Off-label ma inserito in 648/96 (Determina n. 488/2015 e n. 860/2015)

È stato ritenuto opportuno assicurare un'adeguata continuità terapeutica ai pazienti adulti affetti da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) già in trattamento farmacologico prima del compimento del diciottesimo anno di età, e consentire il trattamento a totale carico del SSN assicurando un'adeguata continuità terapeutica: l'AIFA ha quindi recentemente deliberato l'inserimento del farmaco per questa specifica indicazione in 648/96 consentendone l'erogabilità a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Condizioni per prescrivere farmaci inseriti in 648/96 sono:

- aver acquisito il consenso informato scritto del paziente dal quale risulti che lo stesso è consapevole della incompletezza dei dati relativi alla sicurezza ed efficacia del medicinale per l'indicazione terapeutica proposta;
- Il trattamento deve essere effettuato sotto il controllo di un medico specialista nei centri autorizzati a livello regionale;
- Il trattamento deve essere inserito nel registro ADHD; a tal fine dovrebbe essere richiesta l'autorizzazione all'uso dei dati personali per l'inserimento nel registro;
- La prescrizione deve essere effettuata su Ricetta Ministeriale a Ricalco in triplice copia;
- dispensazione tramite il servizio farmaceutico delle strutture prescrittrici, ove possibile, oppure del servizio

farmaceutico dell'azienda sanitaria locale di residenza del paziente.

I dati, relativi alla spesa farmaceutica dei medicinali inseriti in elenco, saranno comunicati dalle strutture interessate ad AIFA e alla regione di appartenenza.

Negli adulti mai stati in trattamento con metilfenidato prima dei 18 anni: Off-label

Il farmaco non è autorizzato all'uso nei pazienti di età adulta naïve pertanto la prescrizione può essere effettuata solo seguendo la legislazione off-label.

L'utilizzo off-label di farmaci è pratica ampiamente diffusa in vari ambiti della medicina nei quali rientra anche la psichiatria e riguarda sia la popolazione adulta che quella pediatrica per farmaci che hanno ricevuto evidenze scientifiche di efficacia e tollerabilità anche al di fuori di quelle che sono le indicazioni approvate.

Condizioni per prescrivere farmaci in off-label sono:

- aver acquisito il consenso informato scritto del paziente dal quale risulti che è consapevole che il farmaco verrà utilizzato al di fuori delle indicazioni d'uso autorizzate esponendo il paziente a rischi potenziali in considerazione del fatto che l'efficacia e la sicurezza sono state valutate in popolazioni diverse da quelle oggetto della prescrizione off-label;
- Il trattamento deve comunque essere effettuato sotto il controllo di un medico specialista nei centri autorizzati a livello regionale;
- Il trattamento deve essere inserito nel registro ADHD e, a tal fine, dovrebbe essere richiesta l'autorizzazione all'uso dei dati personali per l'inserimento nel registro;
- È richiesto che il medico compili una dichiarazione di assunzione di responsabilità;
- Essendo il farmaco non rimborsato dal SSN la prescrizione deve comunque essere effettuata su Ricetta Ministeriale a Ricalco (poiché è farmaco soggetto alla legge sugli stupefacenti) ma deve essere priva della sezione relativa alla copia SSN.

ATOMOXETINA (ATX)

L'atomoxetina è un inibitore selettivo del reuptake pre-sinaptico della noradrenalina (NRI — Norepinephrine reuptake inhibitor). L'atomoxetina risulta il farmaco non-stimolante principale per il trattamento dell'ADHD negli adulti. L'atomoxetina si mostra potenzialmente efficace dopo circa 2 settimane dall'inizio del trattamento anche se la risposta clinica può essere più tardiva e comunque si mostra incrementale raggiungendo il picco nelle successive 24 settimane di trattamento. Il trattamento deve essere effettuato per almeno 6-12 mesi. Seppure siano assenti informazioni indipendenti i tassi di risposta e l'effect size di atomoxetina sono stati paragonati, negli adulti, a quelli di metilfenidato (Bushe et al. 2006). Alla sospensione del trattamento il 50% dei soggetti mantengono una buona risposta clinica per almeno 6 mesi (Clemow & Bushe 2015).

Dal punto di vista farmacocinetico l'atomoxetina, pur mostrando un'emivita breve (5 ore), mostra un'efficacia di 24 ore, presumibilmente in virtù del meccanismo d'azione, legato a modificazioni neuroadattative.

Essendo metabolizzata prevalentemente a livello del citocromo CYP2D6 i livelli ematici di atomoxetina possono mostrare variazioni elevate tra soggetti diversi, con un range di circa 10 volte tra metabolizzatori rapidi e metabolizzatori lenti (Yu et al. 2016).

Effetti collaterali di atomoxetina

Gli effetti indesiderati più frequenti dell'atomoxetina sono rappresentati da dolore addominale e riduzione dell'appetito che può essere associata a perdita di peso. Anche nausea e vomito sono frequenti, soprattutto durante le prime settimane di trattamento. Altri effetti indesiderati meno comuni ma comunque frequenti (1-10% circa dei pazienti) comprendono insonnia, irritabilità, oscillazioni dell'umore, vertigini, sonnolenza, midriasi, xerostomia, stitichezza, dispepsia, nausea, dermatite, prurito, rash, affaticamento, palpitazioni, tachicardia, difficoltà di minzione, esitazione urinaria, ritenzione urinaria e dismenorrea. Molti pazienti che assumono atomoxetina

manifestano un leggero aumento della frequenza cardiaca e/o della pressione arteriosa, tanto che risulta indicato il monitoraggio dei parametri.

Prescrivibilità di atomoxetina

L'unica specialità medicinale contenente atomoxetina come principio attivo è Strattera® ed è stato autorizzato in commercio nel 2007 con indicazione al trattamento del Disturbo da deficit dell'Attenzione e Iperattività nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti come parte di un programma di trattamento multimodale.

Successivamente, l'AIFA ha concesso anche l'utilizzo nei pazienti adulti con Determina 275/2014 sulla base di nuova documentazione presentata dalla ditta che ne dimostra l'efficacia e la sicurezza anche nei pazienti di età superiore ai 18 anni.

Regime prescrittivo:

- Il trattamento deve essere effettuato sotto il controllo di un neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza o specialista affine nei centri autorizzati;
- Il trattamento deve essere inserito nel registro ADHD per cui dovrebbe essere richiesta l'autorizzazione all'uso dei dati personali per l'inserimento nel registro;
- La prescrizione, per essere a carico del SSN, deve essere effettuata su ricetta non ripetibile redatta esclusivamente dallo specialista.

BUPROPIONE

Il bupropione è stato riscontrato superiore al placebo nel trattamento dell'ADHD in età adulta (Maneeton et al. 2011, Wilens et al 2001, Verbeeck et al 2009).

Il bupropione risulta un inibitore selettivo del reuptake della noradrenalina e della dopamina. L'effetto sul reuptake e sul successivo incremento della trasmissione dopaminergica e noradrenergica appare lineare. Risultati preliminari (Maneeton et al. 2014) suggeriscono che bupropione sia comparabile al metilfenidato nel trattamento dell'ADHD nell'adulto, ma ulteriori studi

appaiono necessari per confermare questi dati.

Dal punto di vista clinico il bupropione non è considerato un trattamento di prima linea per l'ADHD in età adulta, ma, soprattutto in soggetti con potenziale d'abuso e dipendenza, può risultare un'alternativa valida al trattamento con metilfenidato. L'efficacia antidepressiva del bupropione può renderlo una molecola di scelta in situazioni in cui l'ADHD appare in comorbidità con un disturbo depressivo maggiore (Bond et al. 2012).

Effetti collaterali di bupropione

Tra gli effetti collaterali associati alla terapia con bupropione riveste un ruolo importante il rischio di crisi epilettiche, che essendo direttamente proporzionale al dosaggio, può essere un problema rilevante nel trattamento di soggetti con ADHD. Sono stati inoltre segnalati incremento della pressione arteriosa e l'insorgenza di sintomi psichici (ideazione suicidale, sintomatologia psicotica).

Prescrivibilità

Bupropione non ha l'indicazione terapeutica per il trattamento dell'ADHD e quindi viene prescritto su ricetta bianca a carico del paziente, in regime di off-label. Nell'adulto la frequente associazione dell'ADHD ad altre condizioni cliniche quali l'ansia e la depressione permette l'utilizzo di bupropione come opportunità di trattamento unico di entrambe le condizioni. In questa condizione la prescrivibilità di bupropione è on-label per l'ansia e la depressione, su ricetta rossa regionale.

ALTRI FARMACI

Anche altri farmaci possono assumere un ruolo nel trattamento dell'ADHD in età adulta, seppure il grado delle evidenze sia ridotto a causa di risultati contrastanti, generalmente ottenuti su campioni numericamente limitati oppure a causa dell'assenza di studi clinici su popolazioni idonee. Il possibile ruolo terapeutico di questi farmaci viene quindi estrapolato dai risultati ottenuti su popola-

zioni di soggetti in minore età. Tra i farmaci che hanno ricevuto alcune evidenze di efficacia si segnalano modafinil, antidepressivi triciclici, guanfacina, clonidina, inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina, aripiprazolo. Tutti questi farmaci non hanno indicazione al trattamento del soggetto con ADHD e il loro utilizzo appare quindi possibile solo al di fuori dell'indicazione terapeutica, in presenza di consenso informato del paziente e assunzione di responsabilità da parte del medico, con le modalità già descritte per la prescrizione off-label.

NICE GUIDELINES

Recentemente (2016) sono state aggiornate le linee guida del National Institute for Health & Clinical Excellence per la diagnosi e il trattamento dell'ADHD sia in età pediatrica che in età adulta.

Rispetto al trattamento dell'adulto vengono specificati alcuni aspetti generali che si riportano.

Negli adulti il trattamento farmacologico dovrebbe essere proposto come trattamento di elezione ad eccezione che nei casi in cui il paziente preferisca il trattamento psico-educazionale. La prescrizione deve essere effettuata da personale con specifica competenza nel trattamento del disturbo. Prima di iniziare il trattamento deve essere effettuata una valutazione accurata che includa anamnesi psichiatrica personale e familiare, anamnesi medica personale e familiare, esame obiettivo con valutazione dei parametri (frequenza cardiaca, pressione arteriosa), ECG, rischio di potenziale abuso di farmaci. Il trattamento farmacologico deve essere inserito all'interno di un programma di trattamento multimodale.

Le NICE guidelines indicano nel metilfenidato il trattamento di prima scelta. Atomoxetina viene indicata in seguito a inefficacia di metilfenidato se assunto per periodi e a dosaggi congrui (almeno sei settimane).

Dopo l'impostazione di un trattamento farmacologico devono essere monitorati gli effetti collaterali sia di tipo psichico (irritabilità, agitazione, ideazione suicidale) che di tipo somatico (funzionalità epatica, dolori addomi-

nali). L'atomoxetina viene indicata come trattamento di prima scelta in situazioni in cui vi è il dubbio clinico di potenziale abuso di metilfenidato. Gli antipsicotici sono non indicati nel trattamento dell'ADHD nell'adulto.

Le linee guida inglesi sono proposte in un contesto di differente prescrivibilità rispetto a quello presente nel nostro paese. Risulta quindi necessario adattare le indicazioni internazionali al contesto normativo italiano. Di seguito, a partire dalle indicazioni internazionali esporremo alcune indicazioni pratiche per l'impostazione di un trattamento alla luce dell'esperienza clinica ricavata in questi anni presso l'ambulatorio per il trattamento dell'ADHD in età adulta.

COME EFFETTUARE IL TRATTAMENTO

La scelta del farmaco con cui iniziare il trattamento è complessa e deve essere effettuata facendo riferimento alle caratteristiche cliniche dell'ADHD, alla comorbidità psichiatrica, al profilo farmacodinamico e degli effetti collaterali dei farmaci e al rischio di dipendenza. Non bisogna inoltre dimenticare il profilo di prescrivibilità dei vari farmaci.

In linea generale si può affermare che, al livello internazionale, il metilfenidato, in virtù dell'efficacia clinica riscontrata in un elevato numero di studi clinici e di revisioni sul tema, è attualmente il farmaco di prima linea per il trattamento dell'ADHD in età adulta (NICE guidelines 2016, CADDRA guidelines). In Italia però risulta prescrivibile, per soggetti senza precedente trattamento in età pediatrica, solo in regime di off-label in presenza di consenso informato del paziente e assunzione di responsabilità da parte del medico.

In virtù dell'efficacia clinica, della sicurezza della molecola come emerge da numerose ricerche di letteratura, ed anche per le indicazioni terapeutiche specifiche per ADHD anche atomoxetina può essere considerata come un trattamento di prima linea per i soggetti adulti.

I dati relativi a bupropione appaiono invece più deboli e lo stesso farmaco non ha l'indicazione terapeutica per il

trattamento dell'ADHD nell'adulto. Alla luce di questi dati può essere considerato un trattamento di seconda linea o essere considerato in condizioni particolari (ad es. in caso di comorbidità).

In termini di scelta iniziale del trattamento l'atomoxetina dovrebbe essere preferita se ci sono controindicazioni per il trattamento stimolante: in generale, quando il trattamento con metilfenidato è stato inefficace, o poco tollerato, in presenza di disturbi d'ansia gravi o tic clinicamente significativi, o quando vi è il rischio di uso improprio e dipendenza dagli stimolanti (soggetti con storia di dipendenza ad esempio). L'atomoxetina è considerata trattamento di prima linea nei pazienti con disturbi da uso di sostanze. Il bupropione può essere utilizzato come farmaco di prima scelta nel trattamento di soggetti con disturbi d'ansia o affettivi comorbidi (Bond et al. 2012, Bhat & Hechtman 2016).

In linea generale il soggetto che presenta comorbidità tra ADHD e altri disturbi psichici dovrebbe iniziare il trattamento a partire dalla condizione che si reputa clinicamente prevalente. Disturbi d'ansia o disturbi depressivi gravi necessitano di essere affrontati in prima battuta, soprattutto in presenza di ideazione o progettualità suicidale. In caso di disturbo bipolare è importante, stante il rischio di switch associato sia all'utilizzo di stimolanti che di antidepressivi, che venga prima impostato un trattamento per tale disturbo con stabilizzanti dell'umore: in queste condizioni il bupropione può essere un trattamento indicato, mentre metilfenidato e atomoxetina sono più indicati in soggetti a basso rischio di switch maniacale e comunque a bassi dosaggi e con titolazione lenta.

Metilfenidato può essere associato a trattamenti antidepressivi ma può peggiorare la sintomatologia ansiosa, tanto da poter essere poco tollerato. In presenza di disturbi d'ansia o depressivi comorbidi può essere valutata la necessità di utilizzare il bupropione o altre molecole antidepressive che hanno mostrato efficacia nel trattamento dell'ADHD.

Si segnala in conclusione che, come per i pazienti pediatrici, per la prescrizione della terapia farmacologica negli adulti è necessario che i pazienti vengano iscritti nel Registro nazionale dell'ADHD nell'adulto, istituito dall'Istituto Superiore di Sanità da febbraio 2016. Le Regioni hanno individuato e deliberato i centri autorizzati per il trattamento degli adulti affetti da ADHD. Nel Registro devono essere inclusi i pazienti che soddisfano i criteri diagnostici del DMS-5 ai quali viene prescritta una terapia farmacologica con MPH o ATX. I pazienti dovrebbero essere monitorati tramite un follow-up ogni sei mesi con visita clinica e la somministrazione test di valutazione della gravità del quadro clinico (es. CGI-S).

INDICAZIONI PRATICA SULL'IMPOSTAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Prima di iniziare il trattamento con metilfenidato o con atomoxetina è necessario raccogliere un'anamnesi medica accurata ed effettuare l'esame obiettivo (valutazione di altezza, peso, pressione arteriosa e frequenza cardiaca). In presenza di una storia familiare di problemi cardiaci (ad esempio, morte cardiaca improvvisa o inspiegabile di un parente di primo grado prima dei 40 anni) o di problemi cardiovascolari significativi (ad esempio sincope frequente, soprattutto indotta da esercizio fisico) sia l'atomoxetina che il metilfenidato possono essere usati con cautela - ma devono essere attentamente monitorati. È indicato a scopo cautelativo un ECG di controllo pre trattamento. Un prelievo ematico per valutare i dosaggi delle transaminasi, della funzionalità renale, dell'emocromo e di glicemia ed elettroliti è consigliato.

Il trattamento con metilfenidato richiede un'attenta titolazione a causa delle differenze individuali marcate. La titolazione della dose ottimale di solito richiede circa 6 settimane. Per il metilfenidato, è consigliata una dose iniziale di 5/10 mg (3 volte al giorno) - o equivalente per le preparazioni a rilascio prolungato - con incrementi settimanali a seconda della tolleranza. Il massimo dosaggio raccomandato

è di 1 mg/kg al giorno suddiviso in più somministrazioni durante la giornata a seconda del tipo di preparazione. Da scheda tecnica “la dose massima giornaliera di metilfenidato è pari a 60 mg”: tale indicazione è riferita al minore non essendo il farmaco approvato per l'utilizzo nell'adulto, dove deve essere prescritto in regime di off-label.

L'atomoxetina può essere prescritta ad un dosaggio iniziale di 40 mg (anche se dosaggi inferiori possono essere usati per migliorare la tollerabilità) e aumentando il dosaggio, in assenza di effetti collaterali disturbanti, di 20-40 mg al giorno dopo 2 settimane di trattamento. Da scheda tecnica “la dose massima giornaliera di atomoxetina è pari a 100 mg”. È importante che sia trascorso un tempo sufficiente (almeno 12 settimane) prima di valutare la risposta clinica. L'atomoxetina viene metabolizzata attraverso il citocromo CYP2D6; circa il 7% della popolazione caucasica risulta essere un metabolizzatore lento del farmaco (Yu et al 2016, Michelson et al., 2007). In questo gruppo di pazienti l'emivita dell'atomoxetina sarà prolungata, aumentando l'incidenza degli effetti collaterali e riducendo la tolleranza: in questi pazienti è necessario aggiustare i dosaggi secondo la risposta clinica.

La co-somministrazione di psicostimolanti e di altri farmaci (soprattutto l'atomoxetina) è un'opzione per i pazienti che mostrano una limitata o mancata risposta clinica. Vi sono, tuttavia, limitate prove a supporto sia dell'efficacia che della sicurezza della terapia di combinazione. L'uso concomitante del metilfenidato a rilascio modificato e a rilascio immediato è relativamente comune nella pratica clinica. In teoria, le formulazioni a rilascio immediato, in piccole dosi possono agire come un *top up* quando l'effetto del rilascio prolungato sta svanendo. Questa titolazione consente al medico di ridurre la quantità totale del metilfenidato a lunga durata d'azione somministrato, evitando effetti collaterali indesiderati come l'insonnia.

Il trattamento farmacologico deve essere continuato fino a quando è clinicamente efficace e deve essere rivisto almeno ogni 6 mesi. Non vi sono dati sufficienti in letteratura circa il mantenimento nel tempo dell'efficacia clinica dei

farmaci per l'ADHD una volta effettuata la sospensione del trattamento.

UN PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO DELL'ADHD NELL'ADULTO

Di seguito esponiamo, alla luce di quanto riportato finora e dell'esperienza clinica maturata presso l'ambulatorio dedicato al trattamento ADHD nell'adulto presso il Dipartimento di Salute Mentale ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano, un Protocollo di Trattamento Farmacologico.

Atomoxetina, alla luce dell'efficacia clinica e della presenza di indicazione terapeutica (uso on-label) viene proposto come farmaco di prima scelta ad eccezione di condizioni in cui sia presente in anamnesi intolleranza o inefficacia della molecola. Metilfenidato è suggerito in soggetti che non siano candidabili all'utilizzo di atomoxetina e in situazioni di pregresso trattamento efficace con la medesima molecola. Metilfenidato è inoltre indicato in caso di inefficacia di atomoxetina o altri trattamenti: in questa condizione la prescrizione è effettuata dopo raccolta di consenso informato per l'utilizzo off-label in accordo con il paziente a cui viene esplicitato il razionale dell'intervento terapeutico. Dopo l'impostazione del trattamento con metilfenidato (che può essere effettuata con formulazioni a rilascio immediato) risultano da preferire medicinali a rilascio modificato che facilitano una risposta clinica più stabile nel corso della giornata senza i tipici effetti di “switch” che si associano alla rapida interruzione di efficacia correlata a metilfenidato a rilascio immediato.

Bupropione risulta una terapia indicata come seconda scelta o in casi specifici (es associazione con gravi disturbi depressivi o di ansia, se, per motivazioni cliniche viene preferito un approccio con monoterapia). (vedi Fig 1)

Afferenza degli autori

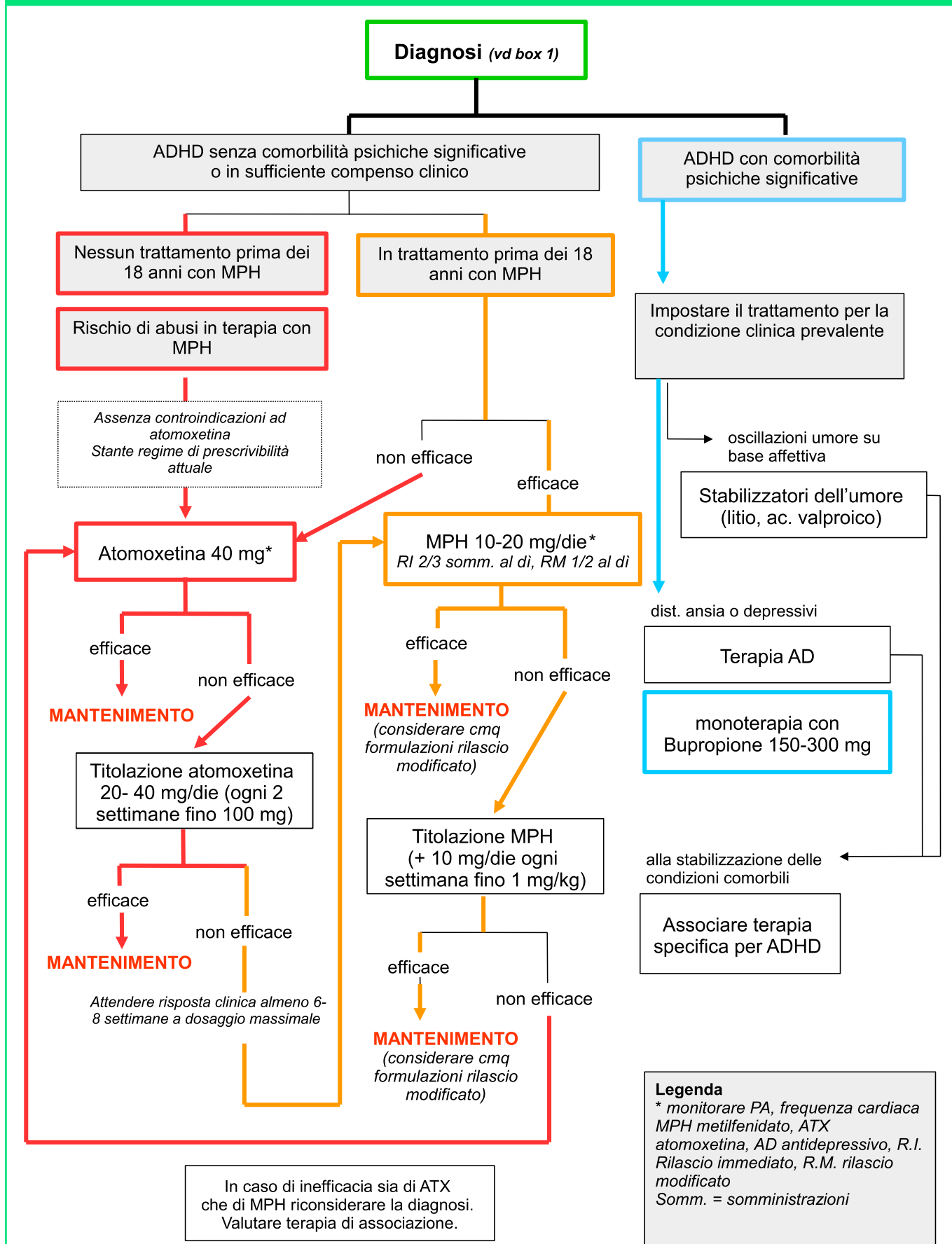
* Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale,
ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano

RECAPITO MAIL: giovanni.migliarese@asst-fbf-sacco.it

Box 1— Criteri diagnostici per l'ADHD (DSM-5)

- Un pattern di inattenzione persistente e / o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o sviluppo.
 1. **Disattenzione:** 6 (o più) sintomi disattentivi presenti per almeno 6 mesi a un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che direttamente impattano negativamente sulle attività sociali e accademiche / professionali (**per gli adolescenti e adulti — dai 17 anni — sono richiesti 5 sintomi**)
 2. **Iperattività e impulsività:** 6 (o più) sintomi iperattivi per almeno 6 mesi a un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che gli impatti negativamente direttamente sulle attività sociali e accademiche / professionali (**per gli adolescenti e adulti — dai 17 anni — sono richiesti 5 sintomi**)
- Molti sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività sono presenti prima dell'età 12 anni.
- Molti sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività sono presenti in due o più contesti (ad esempio, in casa, a scuola o lavoro, con amici o parenti, in altre attività).
- C'è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono la qualità di vita sociale, accademica, o il funzionamento lavorativo.
- I sintomi non si verificano durante il decorso della schizofrenia o un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per esempio, disordine dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, disturbi della personalità, intossicazione da sostanza).

Fig. 1 Flow-chart sul trattamento del ADHD nell'adulto



Bibliografia

- Bolea-Alamañac et al. *J Psychopharmacol* 2014;28:179–203.
 - Castells et al. *CNS Drugs*. 2011 Feb;25(2):157-69.

- Maneeton et al. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:1439-49.
 - NICE guidelines 2016

BIBLIOGRAFIA

1. Barkley R.A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K.,
The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. J Abnorm Psychol 2002; 111: 279–289
2. Bhat V., Hechtman L., *Considerations in selecting pharmacological treatments for attention deficit hyperactivity disorder Clinical Pharmacist, Vol 8, No 2, online*
DOI: 10.1211/CP.2016.20200602
3. Bolea-Alamañac B1., Nutt D.J., Adamou M., Asherson P., Bazire S., Coghill D., Heal D., Müller U., Nash J., Santosh P., Sayal K., Sonuga-Barke E., Young S.J.,
British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2014 Mar;28(3):179–203.
DOI: 10.1177/0269881113519509. Epub 2014 Feb 12.
4. Bond D.J., Hadjipavlou G., Lam R.W., McIntyre R.S., 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.
5. Bushe C., Day K., Reed V., Karlsdotter K., Berggren L., Pitcher A., Televantou F., Haynes V., *A network meta-analysis of atomoxetine and osmotic release oral system methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients.* J Psychopharmacol. 2016 May;30(5):444–58. DOI: 10.1177/0269881116636105. Epub 2016 Mar 22.
6. CADDRA (Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance) guidelines. Available from: <http://www.caddra.ca> (accessed on August 2016)
7. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Rigau D, Bosch R, Nogueira M, Vidal X, Casas M. *Efficacy of methylphenidate for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-regression analysis.* CNS Drugs. 2011 Feb;25(2):157–69. DOI: 10.2165/11539440-000000000-00000.
8. Clemow DB, Bushe CJ. *Atomoxetine in patients with ADHD: A clinical and pharmacological review of the onset, trajectory, duration of response and implications for patients.* J Psychopharmacol. 2015 Dec;29(12):1221–30.
DOI: 10.1177/0269881115602489. Epub 2015 Sep 8.
9. 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: 149–160.
DOI: 10.1007/s40263-017-0409-0. Review.
10. Cunill R, Castells X, Tobias A, Capellà D. *Efficacy, safety and variability in pharmacotherapy for adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis and meta-regression in over 9000 patients.* Psychopharmacology (2016) 233:187–197 DOI: 10.1007/s00213-015-4099-3
11. Deberdt W., Thome J., Lebrech J., Kraemer S., Fregenal I., Ramos-Quiroga J.A., 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.
12. Greely H, Sahakian B, Harris J, Kessler RC, Gazzaniga M, et al. (2008) *Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy.* Nature 456: 702–705
13. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al. *Cost of disorders of the brain in Europe 2010.* Eur Neuropsychopharmacol 21: 718–779, 2011.
14. Heal DJ, Smith SL and Findling RL. *ADHD: Current and future therapeutics.* Curr Top Behav Neurosci 9: 361–390, 2012.
15. Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, Greenhill LL, Jaeger S, Secnik K, Spencer T, Ustün TB, Zaslavsky AM. *Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication.* Biol Psychiatry. 2005;57(11):1442–51.

16. Kooij S, Bejerot S, Blackwell A, Caci H et al. *European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD*. BMC Psychiatry 2010, 10:67
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/67>
17. Maneeton N, Maneeton B, Srisurapanont M, Martin SD. *Bupropion for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials*. Psychiatry Clin Neurosci. 2011 Dec;65(7):611-7. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2011.02264.x.
18. Maneeton N, Maneeton B, Intaprasert S, Woottiluk P. Maneeton N1, Maneeton B1, Intaprasert S1, Woottiluk P2. *A systematic review of randomized controlled trials of bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014 Aug 1;10:1439-49. DOI: 10.2147/NDT.S62714. ECollection 2014.
19. Michelson D, Read HA, Ruff DD, Witcher J, Zhang S, McCracken J. *CYP2D6 and clinical response to atomoxetine in children and adolescents with ADHD*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Feb;46(2):242-51.
20. Migliarese G., Venturi V., Cerveri G., Mencacci C. *L'ADHD nell'adulto Misdiagnosi e incidenza della patologia nei servizi*. Psichiatria Oggi AnnoXXVIII, n. 2, luglio-dicembre pg 16-25.
21. Mitchell JT, Zylowska L, Kollins SH. *Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions Cogn Behav Pract*. 2015; 22(2): 172-191. DOI:10.1016/j.cbpra.2014.10.002.
22. NICE Guidelines. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. National Clinical Practice Guideline Number 72 National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE) London. UK: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, London 2016.
23. Oldendorf WH. *Some relationships between addiction and drug delivery to the brain*. NIDA Res Monogr. 1992;120:13-25.
24. Pehlivanidis A., Papanikolaou K., Spyropoulou A.C., Papadimitriou G.N., *Comorbid ADHD in adult psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorders*. Int J Psychiatry Clin Pract. 2014 Oct;18(4):265-71.
25. Philipsen A, Hornyak M, Riemann D. *Sleep and sleep disorders in adults with attention deficit/hyperactivity disorder*. Sleep Med Rev. 2006 Dec;10(6):399-405. Epub 2006 Nov 3.
26. Sobanski E; Schredl M; Kettler N; Alm B. *Sleep in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) before and during treatment with methylphenidate: a controlled polysomnographic study*. SLEEP 2007;31(3):375-381.
27. Tamminga HG, Reneman L, Huizenga HM, Geurts HM. *Effects of methylphenidate on executive functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan: a meta-regression analysis*. Psychol Med. 2016; 46(9):1791-807. DOI: 10.1017/S0033291716000350.
28. Verbeeck 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. DOI: 10.1007/s12325-009-0008-7. Epub 2009 Feb 23.
29. Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J, Girard K, Doyle R, Prince J, Polisner D, Solhkhah R, Comeau S, Monuteaux MC, et al: *A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Am J Psychiatry 2001, 158(2):282-288.
30. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe* 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655-679.
31. Yu G, Li GF, Markowitz J. *Atomoxetine: A Review of Its Pharmacokinetics and Pharmacogenomics Relative to Drug Disposition*. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2016 May;26(4):314-26. DOI: 10.1089/cap.2015.0137. Epub 2016 Feb 9.

- Sigma-1 Receptor: A Novel Mechanism for Methylphenidate Action PLoS One.* 2012; 7(12): e51910.
DOI: 10.1371/journal.pone.0051910
32. Determinazione 19 aprile 2007 — Supplemento ordinario alla “Gazzetta Ufficiale, n. 95 del 24 aprile 2007 — Serie generale “Autorizzazione all’immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Ritalin® e “Autorizzazione all’immissione in commercio della specialità medicinale per uso umano Strattera”
 33. Legge n. 648 del 23 dicembre 1996 “Conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, recante misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996”
 34. Provvedimento 20 luglio 2000. Istituzione dell'elenco delle specialità medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 648/96
 35. Determina n. 488/2015 “Inserimento del medicinale per uso umano «Metilfenidato (Ritalin)» nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) negli adulti già in trattamento farmacologico prima del compimento del diciottesimo anno di età.” GU Serie Generale n.107 del 11.5.2015
 36. Determina n. 860/2015 “Rettifica della determina 27 aprile 2015, n. 488/2015 concernente l'inserimento del medicinale per uso umano «Metilfenidato (Ritalin)» nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) negli adulti già in trattamento farmacologico prima del compimento del diciottesimo anno di età.” (GU Serie Generale n.168 del 22-7-2015)
 37. Determina 1291/2014 “Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano «Strattera (atomoxetina)». (GU Serie Generale n.275 del 26-11-2014)
 38. Testo Coordinato del Decreto Legge n. 23/1998
Ripubblicazione del testo del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, coordinato con la legge di conversione 8 aprile 1998, n. 94, recante: "Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria". (GU Serie Generale n.105 del 8-5-1998)
 39. Bollettino d'informazione sui farmaci; Bif XIII N. 3 2006
“Off-label”
 40. SCHEDA TECNICA RITALIN®
Aggiornamento Aprile 2015
 41. SCHEDA TECNICA MEDIKINET®
Aggiornamento Marzo 2015
 42. SCHEDA TECNICA EQUASYM®
Aggiornamento Luglio 2013
 43. SCHEDA TECNICA STRATTERA®
Aggiornamento 12 settembre 2016

Linee di indirizzo intersocietarie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento del delirium nella persona anziana

Società scientifiche che hanno supportato l'iniziativa: AIP, AcEMC, AGE, ANMDO, EUGMS, FADOI, SLAARTI, SIF, SIGG, SIGOT, SIMEU, SIMI, SITOX, CNI-SPDC, WSES

INTRODUZIONE

Il Delirium è una condizione di emergenza psichiatrica (Bienvenu et al., 2012) che si associa ad un rischio, nel breve o medio termine, quoad vitam. Condiziona negativamente l'evoluzione del ricovero ed il recupero funzionale del paziente.

Un recente documento redatto da psichiatri italiani sul tema dell'agitazione psicomotoria (Sacchetti et al., 2017) individua nel Delirium la prima ipotesi da considerare in presenza di agitazione e quindi rimanda alla necessità per lo psichiatra di formulare una corretta diagnosi e trattamento dell'episodio di Delirium.

La crescente incidenza del Delirium in ambiente medico e chirurgico, in larga misura conseguenza dell'invecchiamento della popolazione ospedalizzata, e lo scarso ricorso alla corretta diagnosi da parte dei diversi Specialisti hanno spinto la Academy of Emergency Medicine and Care (AcEMC) e l'Associazione Italiana di Psicogeriatrica (AIP) a promuovere una revisione della letteratura nazionale e internazionale sull'argomento.

Il confronto tra rappresentanti di diverse società scientifiche ha portato alla stesura di un position paper intersocietario con la finalità di sensibilizzare il medico sul tema del Delirium e creare una conoscenza condivisa.

Il Coordinamento Nazionale Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ha preso parte ai lavori e presenta l'esito di questo sforzo congiunto ai lettori di Psichiatria Oggi/EBPC.

1. Bienvenu O.J. et al. *Treatment of four psychiatric emergencies in the intensive care unit*. Crit Care Med 2012 Vol 40, No.9, 2662-2670
2. E.Sacchetti et al. *Psychomotor agitation in psychiatry: an Italian expert consensus*. Evidence-based Psychiatric Care, 2017; 1; 1-24

Toscano Marco

Coordinatore Regionale SPDC Lombardi

DEFINIZIONE DI DELIRIUM E OBIETTIVI DEL PRESENTE DOCUMENTO

Il delirium è una sindrome neuropsichiatrica grave, caratterizzata da un deficit acuto e fluttuante dell'attenzione, che si sviluppa in associazione ad altri deficit cognitivi e percettivi ed è scatenata da un problema clinico intercorrente o dall'uso di farmaci potenzialmente nocivi (American Psychiatric Association, 2013). Tale problematica

riguarda moltissime tipologie di pazienti (pediatrici, adulti e geriatrici) e setting di cura (ospedale per acuti, riabilitazioni, lungodegenze e case di cura, hospice) e può avere molteplici cause. In queste linee di indirizzo sono presentati i fondamenti per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei soggetti affetti da delirium, con particolare attenzione agli anziani ricoverati in ospedale. Sono escluse da questo primo documento indicazioni specifiche

relative a delirium indotto da farmaci e delirium alcolico nonché delirium che riguarda popolazioni pediatriche e tendenzialmente giovani-adulte (come quelle ad esempio delle terapie intensive – rianimazioni-anestesi). Le indicazioni proposte si riferiscono quindi ad una popolazione specifica (quella delle persone anziane) e vogliono costituire un riferimento per interventi formativi rivolti ai team ed ai singoli operatori nei diversi setting di cura. Il comune intento delle Società scientifiche che lo firmano è quello di superare gli stereotipi culturali esistenti e di rendere più soddisfacente la gestione del delirium, nell'interesse dei pazienti, dei loro familiari e degli stessi operatori socio-sanitari.

PREMESSE

Nell'anziano il delirium ha spesso la connotazione di una sindrome geriatrica, cioè una condizione caratterizzata da un'eziopatogenesi di regola multifattoriale, espressione dello scompenso acuto di un *locus minoris resistentiae* — nel caso del delirium il sistema nervoso centrale — in un contesto di vulnerabilità pre-esistente al delirium e indipendente dalla sede (appunto il sistema nervoso centrale) su cui agiscono i fattori scatenanti (Inouye, 2007).

Il delirium è molto frequente in ospedale: studi recenti dimostrano che all'incirca un paziente su cinque è affetto da delirium tanto nei reparti medici che chirurgici, che nelle terapie intensive (Bellelli, 2016; Eeles, 2008). Il delirium può manifestarsi già nel dipartimento di emergenza o all'emergenza dall'anestesia generale (Han, Wilson, 2010). Anche se meno frequenti, non sono rari i casi di delirium tra i pazienti ospiti di istituti riabilitativi e di residenze sanitarie e assistenziali (Bellelli, 2016; Eeles, 2008). I dati epidemiologici dimostrano come la condizione sia significativamente più comune tra gli anziani e tra quanti sono affetti da demenza (Fick, 2002). Pertanto, in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione, è ragionevole attendersi che sia la prevalenza che l'incidenza del delirium siano destinate a crescere ulteriormente nei prossimi anni.

Il delirium è gravato da numerose complicanze, quali cadute e lesioni da decubito, da un elevato rischio di istituzionalizzazione in strutture di lungodegenza e da un aumento della mortalità nel medio-lungo termine (Inouye, 2014; Witlox, 2010; Han, Shintani, 2010). Il delirium inoltre influisce in modo rilevante sullo stato emotivo del paziente che ne è colpito, sullo stress del caregiver e del personale di assistenza. Nel lungo termine induce un peggioramento dello stato cognitivo e funzionale di chi ne è colpito (Morandi, 2014; Davis, 2012). Il delirium infine si associa a più elevati costi sanitari (Akunne, 2012).

Tali dati, presi nel loro insieme, costituiscono il razionale di queste linee di indirizzo e sostengono l'idea secondo cui un corretto approccio ai pazienti affetti da delirium dovrebbe essere uno degli obiettivi (e dei criteri di valutazione della qualità) degli ospedali e dei luoghi di cura del ventunesimo secolo. Il delirium, infatti, non è un evento inevitabile, ma anzi può essere prevenuto in circa un terzo dei casi (Martinez, 2015; Abrahams, 2015) e curato con successo nella grande maggioranza dei pazienti.

METODO DI LAVORO

Queste linee di indirizzo sono state prodotte da esperti indicati dalle Società firmatarie. Si sono innanzitutto condivisi dati di letteratura e linee guida già pubblicate da Società scientifiche nazionali e internazionali. A questo proposito si veda, in calce alla bibliografia, l'elenco delle principali linee guida sul tema, identificate e commentate in una recente revisione (Gnerre, 2013). In seguito, un gruppo di scrittura ha prodotto una prima bozza del documento che è stato fatto circolare tra tutti per osservazioni ed integrazioni.

Si è infine deciso di non assegnare livelli di evidenza alle raccomandazioni che vengono proposte, considerando che la revisione della letteratura è stata estesa, ma non si è basata su di una sistematica interrogazione delle banche dati. Le presenti linee di indirizzo devono dunque essere a tutti gli effetti considerate come un consenso di esperti.

PRINCIPI GENERALI

Il termine delirium deve essere utilizzato in modo sistematico, rifuggendo l'uso di termini generici e aspecifici che favoriscono la banalizzazione dell'argomento e una scarsa diffusione della cultura sul tema. La definizione e i criteri diagnostici del delirium devono diventare patrimonio diffuso degli operatori sanitari.

Il termine delirium dovrebbe essere utilizzato come diagnosi clinica per caratterizzare la condizione del paziente alla dimissione ospedaliera.

È importante accrescere tra gli operatori la consapevolezza che il delirium può essere associato a condizioni cliniche gravi e che comunque rappresenta un'esperienza emotiva stressante per il paziente.

È importante accrescere tra gli operatori la consapevolezza che le conseguenze cliniche a lungo termine del delirium possono essere rilevanti.

Il delirium è una condizione clinica conosciuta da moltissimo tempo (sin dai tempi dei latini) ma che solo nel 1980, con il DSM III (American Psychiatric Association, 1980) ha assunto una connotazione nosografica autonoma. Purtroppo la scarsa conoscenza dei criteri diagnostici del delirium e una certa quota di "ageismo", ancora largamente diffusa nella nostra società, hanno limitato la diffusione del termine corretto in ambito sanitario e nella cultura generale. Attualmente per descrivere la condizione di delirium, vengono ancora ampiamente utilizzati termini come "delirio", "stato confusionale acuto", "encefalopatia tossico-metabolica" o "agitazione psicomotoria" che non rappresentano specifiche entità nosografiche e non aiutano a caratterizzarla sul piano clinico e di ricerca. Il problema è evidente anche in ambito di ricerca. Una revisione della letteratura, a questo proposito, ha dimostrato che solo nella metà dei casi il

termine "delirium" è stato utilizzato in modo corretto in accordo con i criteri diagnostici di riferimento e che oltre quindici differenti terminologie venivano usate per definire alterazioni acute delle funzioni cognitive (Morandi, 2008). È quindi necessaria un'opera urgente ed incisiva di educazione e formazione degli operatori perché il termine "delirium" sia utilizzato in modo appropriato e diffuso nella pratica clinica. In particolare, in accordo con le classificazioni internazionali, proponiamo che "delirium" sia utilizzato come termine unico che raccolga in un modello unitario sintomi e segni di una sindrome riconducibile a diverse cause (American Psychiatric Association, 2013).

Come noto, il delirium non è una condizione invariabilmente transitoria (come invece si riteneva un tempo) ed è in grado di produrre complicanze a medio-lungo termine (Inouye, 2014; Davis, 2012). Diventa quindi indispensabile comunicare correttamente la presenza di questa condizione (e lo stato cognitivo del paziente) nelle relazioni di dimissione ospedaliera, specialmente per i pazienti che vengono indirizzati a reparti di post-acuzie, riabilitazione, istituti di lungodegenza. In particolare nella lettera di dimissione deve essere riportato il termine "delirium" come diagnosi clinica, per facilitare il follow-up da parte del medico di medicina generale o dell'ambulatorio specialistico dei disturbi cognitivi.

Pur essendo una condizione clinica molto comune, il livello di competenza e consapevolezza dell'importanza clinica del delirium e delle sue complicanze è molto scarso tra i sanitari e nella popolazione in generale. Due recenti studi italiani hanno evidenziato come il delirium sia inadeguatamente riconosciuto nelle diagnosi di ammissione e dimissione ospedaliera e come le modalità di diagnosi e gestione del delirium tra medici e infermieri siano inadeguate (Bellelli, 2015; Bellelli, 2014). Perché i pazienti affetti da questa entità sindromica possano accedere a un più elevato standard di cure sono dunque indispensabili una maggior consapevolezza e conoscenza

tra i sanitari e un cambiamento delle pratiche di assistenza da erogare ai pazienti che ne sono affetti.

I sintomi di angoscia che possono complicare il decorso dei pazienti affetti da delirium e l'emotività dei caregivers e dello staff, spesso impreparati sul piano pratico e culturale, rappresentano oggi un bisogno ancora largamente insoddisfatto, come documentato dalle persone che hanno potuto raccontare memorie del proprio delirium, alcune delle quali hanno sviluppato addirittura disturbi post-traumatici da stress (Langan, 2017). La capacità di comprendere, all'interno dei componenti dello staff, che il delirium è una condizione drammatica e straziante può aiutare i singoli componenti a interrompere il circolo vizioso secondo cui il paziente che ne è affetto è un "fastidio" e dovrebbe essere trasferito presso altri reparti (Teodorczuk, 2013).

Cambiare l'atteggiamento di personale e caregivers nei confronti del delirium è un passo cruciale nel percorso di formazione che porta ad un miglioramento della qualità delle cure. Una revisione sistematica di Yanamadala e colleghi sostiene quest'affermazione: interventi formativi erogati sul campo (cioè con un coinvolgimento attivo) nei confronti del personale e dei caregivers delle persone affette da delirium sono in grado di influenzare positivamente il tasso di identificazione del delirium, mentre corsi di formazione genericamente improntati a incrementare le conoscenze sul tema non sembrano essere egualmente efficaci (Yanamadala, 2013). Il coinvolgimento di associazioni di pazienti e familiari negli eventi formativi può essere un altro potenziale meccanismo per innescare il cambiamento attitudinale. A questo proposito con le presenti Linee di indirizzo vogliamo incoraggiare i docenti universitari e i medici ad inserire nei temi di didattica anche racconti relativi ai riscontri emotivi dei pazienti che hanno sperimentato il delirium, come quelli accessibili gratuitamente sul sito della European Delirium Association (www.europeandeliriumassociation.com/patient-video.html).

youtu.be/w3BoDDQgJeA; youtu.be/Aw8FwFhqpGg) possono anch'essi aumentare la consapevolezza della popolazione in generale.

PREVENZIONE

In tutti i pazienti fragili, e ancor più in presenza di fattori di rischio per delirium, devono essere messi in atto interventi di prevenzione multicomponente quali: riorientamento temporo-spaziale, limitato utilizzo dei farmaci psicoattivi, mobilitazione precoce, igiene del sonno, mantenimento di adeguata idratazione e nutrizione e fornitura di protesi visive e uditive, se utilizzate dal paziente.

Al momento dell'accesso in ospedale o altro istituto di cura, i pazienti anziani o fragili devono essere valutati per la presenza di fattori di rischio per delirium. Se è esclusa una condizione di delirium, i fattori di rischio sia di carattere generale che specifici per setting devono comunque essere valutati. Oltre ai fattori di rischio di carattere generale andranno ricercati anche i fattori di rischio specifici per setting di cura.

I trasferimenti tra reparti ospedalieri dei degenti a rischio di delirium dovrebbero essere evitati quando non necessari per l'erogazione delle cure richieste.

I programmi di prevenzione del delirium dovrebbero ricevere un forte mandato da parte delle direzioni generali e sanitarie delle aziende ospedaliere in considerazione del documentato beneficio per i pazienti e del potenziale risparmio economico.

La possibilità che i pazienti anziani o fragili sviluppino delirium a causa d'interventi sanitari inappropriati è elevata: il delirium è, infatti, spesso correlato all'uso di farmaci con elevata attività anticolinergica e all'ap-

plicazione di presidi sanitari, quali cateteri vescicali o contenzioni (Inouye, 2007). Pertanto la prevenzione del delirium incidente (cioè che si sviluppa durante il ricovero) è un aspetto fondamentale delle cure. Il primo passo in questo senso è l'identificazione dei pazienti a maggior rischio di sviluppare delirium. È importante ricordare che oltre ai fattori di rischio generali vanno considerati fattori di rischio specifici per setting di cura (per esempio profondità dell'anestesia generale, intensità del dolore post-operatorio nei pazienti che hanno subito un intervento chirurgico; problemi specifici dell'età pediatrica). (Dubois, 2001; Aldecoa, 2017; Ansaloni, 2010; Freter, 2016; Hatherill, 2010).

È inoltre noto che i cambiamenti ambientali (quali ad esempio uno spostamento da una stanza a un'altra o da un reparto a un altro) possono influenzare negativamente l'orientamento personale e spazio-temporale dei pazienti a rischio di delirium (NICE, 2010). La necessità di ridurre al minimo i cambiamenti di stanza e di reparto di degenza è sostenuta anche dal fatto che frequenti spostamenti di reparto interferiscono sulla continuità delle cure e richiedono continui aggiustamenti di sistema (ad esempio ad ogni variazione di reparto deve essere riformulato un piano di cure che inevitabilmente allunga i processi decisionali e frammenta l'assistenza) (Teodorczuk, 2015). Nell'ambito della terapia intensiva, due trials clinici randomizzati hanno dimostrato come la mobilitazione precoce possa ridurre la durata del delirium (Schweickert, 2009; Schaller, 2016).

Il programma di prevenzione più famoso è l'Hospital Elder Life Program (HELP), programma di prevenzione multicomponentiale non farmacologico che include interventi di riorientamento temporo-spaziale, limitato utilizzo di farmaci psicoattivi, precoce mobilitazione, igiene del sonno, mantenimento di adeguata idratazione e nutrizione e fornitura di protesi visive e uditive, se utilizzate dal paziente (Inouye, 2006). Il programma dovrebbe essere implementato da un team interdisciplinare esperto,

in stretta collaborazione con un'équipe infermieristica istruita sul tema del delirium e, possibilmente, volontari. L'efficacia del programma HELP è stata dimostrata da oltre una decina di studi con follow-up, portati a termine in oltre 200 ospedali in tutto il mondo, ed è stato calcolato che è possibile ottenere un risparmio di circa \$9000 per paziente/anno. Inoltre la letteratura ha dimostrato che un corretto approccio ai pazienti affetti da delirium permette di ottenere risultati clinici anche per outcomes apparentemente indipendenti dal delirium, quali cadute e ulcere da decubito. Per esempio, in una recente metanalisi è stato dimostrato che il tasso di cadute in pazienti anziani si riduce fino al 64% se vengono messi in atto interventi multifattoriali non farmacologici rivolti a prevenire il delirium (Hsieh, 2015); tali interventi risultano efficaci nella prevenzione del delirium, sia in pazienti con problematiche mediche che chirurgiche (Abraham, 2015; Abraham, 2016).

Per questi motivi proponiamo che i programmi di prevenzione del delirium ricevano un forte mandato da parte delle direzioni generali e sanitarie delle aziende ospedaliere perché siano implementati nella pratica clinica. Inoltre auspichiamo che anche in Italia possano essere condotti studi di valutazione del rapporto costo-beneficio di programmi di prevenzione del delirium in ambito ospedaliero.

La consulenza proattiva da parte di un'équipe geriatrica è un altro approccio di cui è stata dimostrata l'efficacia nel ridurre l'impatto negativo del delirium post-operatorio in pazienti anziani con frattura di femore. (Marcantonio, 2001; Scholtens, 2017). Per questo motivo auspichiamo che modelli ortogeriatrici, caratterizzati dalla gestione in collaborazione di ortopedico e geriatra/internista con elevate competenze geriatriche, dei pazienti anziani con frattura di femore, possano diffondersi sempre più sul territorio italiano. Del pari è auspicabile l'implementazione di modelli in cui anestesisti-rianimatori/clinici esperti di delirium siano coinvolti nella gestione peri-operatoria dei pazienti chirurgici e dei pazienti ad elevata complessità clinica, al fine di affrontare il problema del delirium anche nei pazienti non geriatrici.

DIAGNOSI PRECOCE

I pazienti anziani o fragili, specie se con fattori di rischio, devono essere valutati sistematicamente per la presenza di segni o sintomi di delirium al loro arrivo in ospedale. Una rivalutazione a intervalli regolari, specie in occasione di nuovi eventi clinici o terapie, deve far parte del piano assistenziale.

Gli operatori sanitari che trattano pazienti a elevato rischio di delirium dovrebbero conoscere ed utilizzare strumenti di screening quali la scala 4AT.

Alla comparsa dei primi segni o sintomi di delirium è necessario indagarne le possibili cause (infezione, ipoglicemia, ictus emorragico e ischemico, disidratazione, effetti avversi da farmaci, assunzione di sostanze psicotrope, sindromi astinenziali, dolore non adeguatamente trattato, ritenzione acuta di urina, stipsi). La diagnosi di delirium può mettere in luce un quadro di sepsi che sarebbe altrimenti misconosciuto.

Come noto, il delirium si può presentare in tre differenti varianti cliniche:

1. Forma ipercinetica o iperattiva, caratterizzata da agitazione psicomotoria, stato di iperallerta e, talora, illusioni e allucinazioni;
2. Forma ipocinetica o ipoattiva, caratterizzata da rallentamento psicomotorio, tendenza all'assopimento, ridotta risposta agli stimoli esterni ed apatia;
3. Forma mista, caratterizzata da un'alternanza di fasi di tipo ipercinetico ad altre di tipo ipocinetico.

La variante ipercinetica è la più facile da riconoscere, per ovvi motivi, ma è anche la meno frequente (Teodorczuk, 2015). La variante ipocinetica, invece, è la più comune, soprattutto tra gli anziani, ma è la più difficile da riconoscere ed è correlata a una prognosi peggiore (Bellelli, 2007). I sintomi del delirium ipocinetico possono infatti

essere erroneamente attribuiti a demenza, depressione, farmaci sedativi o, cosa ancor più preoccupante, possono essere ritenuti "normali" in considerazione dell'età e della complessità biologica del paziente.

L'applicazione di strumenti validati di screening, tra i quali il più diffuso è il Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye, 1990; Inouye, 2003; Wei, 2008), e la sua variante per la Terapia intensiva CAM-ICU⁵ può essere di grande aiuto a questo scopo, rendendo più facile il riconoscimento del delirium. La letteratura dimostra che laddove si utilizzino strumenti di screening e diagnosi del delirium il riconoscimento è pressoché totale, mentre al contrario, è insufficiente se tali strumenti non sono utilizzati. (Inouye, 2012; Hall, 2012; Fick, 2007). Il CAM tuttavia richiede un training specifico, in assenza del quale la sua affidabilità nella diagnosi di delirium è gravemente insoddisfacente (Inouye, 2003; Inouye 2001).

Il "4AT" è uno strumento di screening del delirium che si presta, per le sue caratteristiche specifiche, ad essere utilizzato in vari setting di cura, incluse le unità di geriatria e medicina interna, le chirurgie, le strutture di pronto soccorso/dipartimenti di emergenza e le riabilitazioni.⁴⁸ Questo strumento infatti è molto rapido (richiede non più di due minuti per l'esecuzione), non necessita di un training specifico e, in virtù del fatto che prevede "punteggi fissi", è oggettivo. Inoltre permette la valutazione di pazienti che non possono portare a termine test cognitivi più analitici perché eccessivamente soporosi o, al contrario, agitati. Proponiamo pertanto che il 4AT sia incluso tra gli strumenti di valutazione in ammissione dei pazienti anziani ospedalizzati, incorporandolo, se possibile, nella routine infermieristica, unitamente ad altri strumenti così come avviene negli ospedali olandesi (Marcantonio, 2001; Bellelli, 2007).

Tuttavia, anche laddove il delirium sia riconosciuto e identificato correttamente vi è spesso la riluttanza da parte di alcuni operatori sanitari a considerarlo un'emergenza medica, di fatto escludendo i pazienti che ne sono affetti da un accesso tempestivo a cure efficaci. Al contrario il

delirium è una reale emergenza medica come dimostra anche la recente conferenza di consenso sulla sepsi e lo shock settico (Singer, 2016). In questa la sepsi viene definita come lo sviluppo di insufficienza d'organo in presenza di un'infezione. L'insufficienza può riguardare, tra gli altri, il sistema nervoso centrale ed è diagnosticata con la semplice riduzione di almeno 1 punto nella Glasgow Coma Scale (per esempio un paziente disorientato nel tempo o nello spazio). Il delirium è una disfunzione cerebrale acuta e può quindi determinare la diagnosi di sepsi, una condizione in cui la precocità della diagnosi e l'inizio tempestivo del trattamento antibiotico sono strettamente correlati alla mortalità. La banalizzazione del delirium a una condizione clinica benigna, e in qualche modo "disturbante solo per l'équipe", rappresenta un notevole ostacolo al miglioramento della qualità delle cure erogate in ospedale a questi pazienti. Ciò inevitabilmente si ripercuote sulla salute dell'individuo che va incontro a un maggior tasso di complicanze intra ed extra-ospedaliere, tra cui il decesso (Kakuma, 2003). Il delirium dovrebbe essere sempre considerato un'emergenza sanitaria.

PRINCIPI DI TERAPIA

Tutti i pazienti affetti da delirium dovrebbero ricevere un piano di cure che tenga concretamente conto dei loro bisogni sanitari e assistenziali.

Gli aspetti non farmacologici della cura sono di primaria importanza e includono: una ricerca attiva delle malattie acute e delle condizioni cliniche che sottendono l'insorgenza del delirium, il riorientamento spazio-temporale, la mobilitazione precoce, la promozione del sonno, il mantenimento di un'adeguata nutrizione e idratazione, la fornitura di ausili visivi e uditivi, se utilizzati, la minimizzazione dell'invasività (cateterismo vescicale, sondino naso-gastrico, accessi venosi), la razionalizzazione della terapia farmacologica già in atto.

Il trattamento farmacologico del delirium dovrebbe essere utilizzato soltanto quando il paziente rappresenta un pericolo per sé stesso o quando i sintomi sono particolarmente importanti e/o mettono a rischio la possibilità di intraprendere terapie essenziali.

Le benzodiazepine non sono indicate per il trattamento del delirium. In pazienti selezionati e alle dosi minime efficaci, aloperidolo o antipsicotici atipici sono ad oggi il trattamento da preferire, anche se gli studi di efficacia non hanno prodotto risultati univoci.

Tutti i pazienti affetti da delirium dovrebbero ricevere un piano di cure che tenga concretamente conto dei bisogni sanitari e assistenziali. Questa raccomandazione richiama gli standard di qualità di cura definiti dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2010) per il delirium, che includono una ricerca attiva delle malattie acute e delle condizioni cliniche che ne sottendono l'insorgenza, nonché la messa in atto delle misure da adottarsi per la prevenzione (riorientamento spazio-temporale, mobilitazione precoce, promozione del sonno, mantenimento di un'adeguata nutrizione e idratazione e fornitura di ausili visivi e uditivi, se utilizzati). L'applicazione di tali interventi richiede un approccio multidisciplinare e coordinato, declinato sulle esigenze del singolo individuo. È inoltre fondamentale riconoscere l'importanza del ruolo potenziale di familiari e caregivers, ad esempio incoraggiando una maggior flessibilità degli orari di visite in reparto e favorendo la compilazione di strumenti d'indagine dei bisogni e delle preferenze del paziente, sulla falsariga di quanto il Royal College of Nursing e l'Alzheimer Society hanno realizzato nel Regno Unito per i familiari dei pazienti affetti da Alzheimer (http://www.dignityincare.org.uk/_library/Resources/This_is_me.pdf) (Alzheimer's Society).

Esistono numerosi acronimi per ricordare le possibili cause di delirium, quali ad esempio quello proposto da Flaherty (Flaherty, 2003). Il trattamento farmacologico del delirium dovrebbe invece essere utilizzato soltanto

quando il paziente rappresenta un pericolo per sè stesso, o quando i sintomi sono particolarmente importanti e/o mettono a rischio la possibilità di intraprendere terapie essenziali (Bellelli, 2014).

Le benzodiazepine non sono raccomandate per il trattamento del delirium perché si sono dimostrate a loro volta in grado di precipitare episodi di delirium (Pandharipande, 2006). Il loro utilizzo resta per altro accettato in situazioni particolari, come per esempio l'astinenza da alcolici o da benzodiazepine (Loneran, 2009; Mayo-Smith, 2004). Aloperidolo è il farmaco con la migliore documentazione di efficacia nel trattamento del delirium. Quetiapina è stata utilizzata in due trials randomizzati controllati, dimostrando la capacità di ridurre la durata del delirium, ma il numero di pazienti arruolati è da considerarsi insufficiente per supportarne l'utilizzo. Olanzapina, risperidone e ziprasidone sono stati utilizzati in altri piccoli trials ma ancora una volta con risultati insoddisfacenti e/o numero limitato di pazienti. Anche altri antipsicotici atipici sono potenzialmente utili, ma ad oggi sono stati meno indagati (Larsen, 2010; Kim, 2010; Girard, 2010; Loneran, 2007; Lacasse, 2006; Skrobik, 2004). Infine esistono studi su popolazioni particolari di pazienti (pazienti ricoverati in terapia intensiva o in hospice) che non documentano alcun vantaggio (e suggeriscono possibili svantaggi) dall'aggiunta di questi farmaci ad un appropriato intervento non farmacologico (Agar, 2017; Van Eijk, 2010; Page, 2013). Non vi sono studi adeguati per quanto riguarda il trattamento con antipsicotici del delirium ipocinetico, nonostante questa strategia sia frequentemente adottata nella pratica clinica.

COMUNICAZIONE TRA MEDICI, PAZIENTI E FAMILIARI

Una comunicazione efficace deve far parte dello standard qualitativo della cura in ospedale.

Una comunicazione lacunosa tra medici, infermieri, pazienti e familiari impatta negativamente sulla qualità delle cure prestate ai pazienti con delirium in ospedale. Una raccolta anamnestica incompleta, in assenza di una documentazione sanitaria di riferimento e/o di familiari/caregivers correttamente informati sulle condizioni di salute pre-esistenti il ricovero del paziente, può ritardare o ostacolare una diagnosi accurata (Fisher, 2016). La difficoltà ad interagire con i pazienti affetti da delirium può essere ulteriormente aggravata da un approccio inopportuno da parte del personale sanitario. Insegnare le tecniche di comunicazione con il paziente affetto da delirium, e con i suoi familiari, dovrebbe quindi diventare materia di insegnamento nei curricula universitari. In letteratura vi sono evidenze che dimostrano come specifiche tecniche di interazione con individui affetti da deficit cognitivo possono essere replicate in ambienti simulati e diventare esperienze arricchenti di apprendimento e fonte di riflessione per gli studenti (Fisher, 2014).

Il delirium è per sua natura fluttuante, il che rende essenziale una comunicazione efficace all'interno del team. Poiché le performances cognitive (e motorie) dei pazienti affetti da delirium possono variare notevolmente nell'arco di poche ore o giorni è importante che tutti i componenti dello staff medico e infermieristico in ospedale trasmettano nelle consegne dettagli precisi sulla presenza di disturbi del comportamento e sulle variazioni dello stato cognitivo del paziente. È inoltre auspicabile che si coinvolgano nel passaggio di consegne anche figure quali gli operatori soci sanitari e i badanti, che sono in una posizione privilegiata per cogliere variazioni di questi due fondamentali aspetti del delirium in quanto a contatto per prolungati periodi con i pazienti. Se non attivamente coinvolti, questi operatori potrebbero non fornire utili informazioni credendo che questo non faccia parte dei propri compiti, o sentendosi intimoriti dalla presenza degli altri membri del team.

È in conclusione essenziale, per elevare la qualità delle cure erogate ai pazienti affetti da delirium, che si mettano in atto procedure e prassi che facilitino il contributo di

tutto lo staff allo scambio ed alla comunicazione delle informazioni cliniche. La formazione inter-professionale, in questo contesto, si è dimostrata in grado di migliorare gli outcomes clinici e di favorire lo sviluppo di un buon clima di lavoro all'interno del team (Sockalingam, 2014).

CONCLUSIONI

Il delirium è una condizione clinica comune, gravata da gravi complicanze e outcomes avversi, ma almeno in parte prevenibile e trattabile. In questa prospettiva il delirium può essere considerato un prezioso indicatore dello stato di salute del paziente fragile e, al contempo, della qualità delle prestazioni erogate negli ospedali e negli altri luoghi di cura. I principi di cura delineati da queste linee di indirizzo propongono un modello di trattamento efficace, basato sull'evidenza. Centrale in questo processo è la necessità di ripensare il delirium all'interno degli staff medico-chirurgici e di promuovere interventi formativi interdisciplinari finalizzati a coinvolgere tutti i componenti del team. In questa prospettiva la qualità della cura del delirium potrebbe rappresentare un ottimo indicatore della qualità di cura ospedaliera (Hsieh, 2015).

Appendice

Hanno contribuito alla stesura del documento:

Giuseppe Bellelli, Alessandro Morandi, Marco Trabucchi (Associazione Italiana di Psicogeriatrica AIP), Daniele Coen, Carlo Fraticelli, Ciro Paolillo, Carolina Prevaldi, Angela Riccardi, (Academy of Emergency Medicine and Care AcEMC), Corrado Carabellese (Associazione Geriatrici Extraospedalieri AGE), Stefania Maggi, Antonio Cherubini (European Union Geriatric Medicine Society EUGMS), Paola Gnerre (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, FADOI), Nicola Latronico, Stella Tommasino (Società Italiana di Anestesia, Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva SIAARTI), Giovanni Ricevuti (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia SIGG), Francesco De Filippi (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio SIGOT), Mario Guarino (Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza SIMEU), Pietro Amedeo Modesti (Società Italiana di Medicina Interna SIMI), Carlo Locatelli (Società Italiana di Tossicologia SITOX), Marco Otto Toscano (Coordinamento Nazionale Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura CNI-SPDC), Antonio Tarasconi (World Society of Emergency Surgery WSES), Guido Caironi (Academy of Emergency Medicine and Care, Sezione Infermieri AcEMC Infermieri), aggiungere referenti (Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, ANMDO) e Società italiana di Farmacologia (SIF).

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. *Task force on DSM-5, diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed: Washington, DC: The American Psychiatric Association, 2013.
2. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. *Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept*. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55: 780-791.
3. Bellelli G, Morandi A, Di Santo SG, et al. "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. BMC medicine. 2016;14: 106.
4. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. *Delirium in elderly people*. Lancet. 2014;383: 911-922.
5. Hsieh SJ, Ely EW, Gong MN. *Can intensive care unit delirium be prevented and reduced? Lessons learned and future directions*. Ann Am Thorac Soc. 2013;10: 648-656.
6. Han JH, Wilson A, Ely EW. *Delirium in the older emergency department patient: a quiet epidemic*. Emerg Med Clin North Am. 2010;28: 611-631.
7. Eccles E, Rockwood K. *Delirium in the long-term care setting: clinical and research challenges*. Journal of the American Medical Directors Association. 2008;9: 157-161.
8. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. *Delirium superimposed on dementia: a systematic review*. Journal of the American Geriatrics Society. 2002;50: 1723-1732.
9. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. *Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis*. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2010;304: 443-451.
10. Han JH, Shintani A, Eden S, et al. *Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months*. Annals of emergency medicine. 2010;56: 244-252 e241.
11. Morandi A, Davis D, Fick DM, et al. *Delirium superimposed on dementia strongly predicts worse outcomes in older rehabilitation inpatients*. J Am Med Dir Assoc. 2014;15: 349-354.
12. Morandi A, Lucchi E, Turco R, et al. *Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience*. Journal of psychosomatic research. 2015;79: 272-280.
13. Morandi A, Lucchi E, Turco R, et al. *Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of patient experience*. Journal of psychosomatic research. 2015;79: 281-287.
14. Davis DH, Muniz Terrera G, Keage H, et al. *Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study*. Brain. 2012;135: 2809-2816.
15. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. *Long-term cognitive impairment after critical illness*. N Engl J Med. 2013;369: 1306-1316.
16. Akunne A, Murthy L, Young J. *Cost-effectiveness of multi-component interventions to prevent delirium in older people admitted to medical wards*. Age Ageing. 2012;41: 285-291.
17. Martinez F, Tobar C, Hill N. *Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature*. Age Ageing. 2015;44: 196-204.
18. Abraha I, Trotta F, Rimland JM, et al. *Efficacy of Non-Pharmacological Interventions to Prevent and Treat Delirium in Older Patients: A Systematic Overview*. The SENATOR project ONTOP Series. PLoS One. 2015;10: e0123090.
19. Gnerre P, Bozzano C, La Regina M. *Delirium nell'anziano. Parte ii: revisione critica della letteratura*. It J Med. 2013;1: 13-24.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
21. Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M, et al. *Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. Intensive care medicine*. 2008;34: 1907-1915.
22. Bellelli G, Nobili A, Annoni G, et al. *Under-detection of delirium and impact of neurocognitive deficits on in-hospital mortality among acute geriatric and medical wards*. Eur J

- Intern Med. 2015;26: 696–704.
23. Bellelli G, Morandi A, Zanetti E, et al. *Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey.* Int Psychogeriatr. 2014;26: 2093–2102.
 24. Langan C, Sarode DP, Russ TC, Shenkin SD, Carson A, MacLullich AM. *Psychiatric symptomatology after delirium: a systematic review.* Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 2017.
 25. Teodorczuk A, Mukaetova-Ladinska E, Corbett S, Welfare M. *Reconceptualizing models of delirium education: findings of a Grounded Theory study.* Int Psychogeriatr. 2013;25: 645–655.
 26. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. *Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review.* Journal of the American Geriatrics Society. 2013;61: 1983–1993.
 27. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. *Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors.* Intensive care medicine. 2001;27: 1297–1304.
 28. Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, et al. *European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guidelines on postoperative delirium.* Eur J Anaesthesiol. 2017.
 29. Ansaloni L, Catena F, Chattat R, et al. *Risk factors and incidence of postoperative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery.* The British journal of surgery. 2010;97: 273–280.
 30. Freter S, Koller K, Dunbar M, MacKnight C, Rockwood K. *Translating Delirium Prevention Strategies for Elderly Adults with Hip Fracture into Routine Clinical Care: A Pragmatic Clinical Trial.* Journal of the American Geriatrics Society. 2016.
 31. Hatherill S, Flisher AJ. *Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature.* Journal of psychosomatic research. 2010;68: 337–344.
 32. National Institute for Health and Care Excellence. *Delirium: diagnosis, prevention and management.* Issued: July 2010. NICE clinical guideline 10343. 2010.
 33. Teodorczuk A, Mukaetova-Ladinska E, Corbett S, Welfare M. *Deconstructing dementia and delirium hospital practice: using cultural historical activity theory to inform education approaches.* Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2015;20: 745–764.
 34. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. *Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial.* Lancet. 2009;373: 1874–1882.
 35. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, et al. *Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial.* Lancet. 2016;388: 1377–1388.
 36. Inouye SK, Baker DI, Fugal P, Bradley EH, Project HD. *Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes.* Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54: 1492–1499.
 37. Hsieh TT, Yue J, Oh E, et al. *Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis.* Jama Intern Med. 2015;175: 512–520.
 38. Abraha I, Rimland JM, Trotta F, et al. *Non-Pharmacological Interventions to Prevent or Treat Delirium in Older Patients: Clinical Practice Recommendations The SENATOR-ONTOP Series.* J Nutr Health Aging. 2016;20: 927–936.
 39. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. *Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial.* Journal of the American Geriatrics Society. 2001;49: 516–522.
 40. Scholtens RM, van Munster BC, Adamis D, de Jonghe A, Meagher DJ, de Rooij SE. *Variability of Delirium Motor Subtype Scale-Defined Delirium Motor Subtypes in Elderly Adults with Hip Fracture: A Longitudinal Study.* Journal of the American Geriatrics Society. 2017;65: e45–e50.
 41. Bellelli G, Speciale S, Barisione E, Trabucchi M. *Delirium subtypes and 1-year mortality among elderly patients discharged from a post-acute rehabilitation facility.* The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2007;62: 1182–1183.
 42. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. *Clarifying confusion: the confusion assessment*

- method*. A new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*. 1990;113: 94-948.
43. Inouye SK. *The Confusion Assessment Method (CAM): training manual and coding guide*. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003.
 44. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. *The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage*. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56: 823-830.
 45. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM, Jr. *Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings*. *Arch Intern Med*. 2001;161: 2467-2473.
 46. Hall RJ, Meagher DJ, MacLulich AM. Delirium detection and monitoring outside the ICU. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2012;26: 367-383.
 47. Fick DM, Hodo DM, Lawrence F, Inouye SK. *Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes*. *Journal of gerontological nursing*. 2007;33: 40-47; quiz 48-49.
 48. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, et al. *Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people*. *Age Ageing*. 2014;43: 496-502.
 49. Leentjens AF, Molag ML, Van Munster BC, et al. *Changing perspectives on delirium care: the new Dutch guideline on delirium*. *Journal of psychosomatic research*. 2014;77: 240-241.
 50. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. *JAMA*. 2016;315: 801-810.
 51. Kakuma R, du Fort GG, Arsenaault L, et al. Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51: 443-450.
 52. [52] Alzheimer's Society. *This is me, leading the fight against dementia*. Royal College of Nursing Available at: https://www.alzheimersorguk/info/20113/publications_about_living_with_dementia/415/this_is_me.
 53. Flaherty JH, Tariq SH, Raghavan S, Bakshi S, Moinuddin A, Morley JE. *A model for managing delirious older inpatients*. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51: 1031-1035.
 54. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, et al. *Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients*. *Anesthesiology*. 2006;104: 21-26.
 55. Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Saastre A, Wyller TB. *Benzodiazepines for delirium*. *Cochrane database of systematic reviews*. 2009: CD006379.
 56. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. *Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline*. *Archives of internal medicine*. 2004;164: 1405-1412.
 57. Larsen KA, Kelly SE, Stern TA, et al. *Administration of olanzapine to prevent postoperative delirium in elderly joint-replacement patients: a randomized, controlled trial*. *Psychosomatics*. 2010;51: 409-418.
 58. Kim SW, Yoo JA, Lee SY, et al. *Risperidone versus olanzapine for the treatment of delirium*. *Hum Psychopharmacol*. 2010;25: 298-302.
 59. Girard TD, Pandharipande PP, Carson SS, et al. *Feasibility, efficacy, and safety of antipsychotics for intensive care unit delirium: the MIND randomized, placebo-controlled trial*. *Critical care medicine*. 2010;38: 428-437.
 60. Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. *Antipsychotics for delirium*. *Cochrane database of systematic reviews*. 2007: CD005594.
 61. Lacasse H, Perreault MM, Williamson DR. *Systematic review of antipsychotics for the treatment of hospital-associated delirium in medically or surgically ill patients*. *The Annals of pharmacotherapy*. 2006;40: 1966-1973.
 62. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, Gottfried SB. *Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting*. *Intensive care medicine*. 2004;30: 444-449.
 63. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, et al. *Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial*. *Jama Intern Med*. 2017;177: 34-42.

64. Van Eijk MM, Roes KC, Honing ML, et al. *Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: a multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial*. Lancet. 2010;376: 1829-1837.
65. Page VJ, Ely EW, Gates S, et al. *Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial*. Lancet Respir Med. 2013;1: 515-523.
66. Fisher JM. "The poor historian": Heart sink? Or time for a re-think? Age Ageing. 2016;45: 11-13.
67. Fisher JM, Walker RW. *A new age approach to an age old problem: using simulation to teach geriatric medicine to medical students*. Age Ageing. 2014;43: 424-428.
68. Sockalingam S, Tan A, Hawa R, Pollex H, Abbey S, Hodges BD. *Interprofessional education for delirium care: a systematic review*. J Interprof Care. 2014;28: 345-351.
5. National Institute for Health and Care Excellence. *Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of physical alcohol-related complications*; 2010 NICE clinical guideline CG100. AVAILABLE FROM: <http://guidance.nice.org.uk/CG100>
6. New York State Department of Health. *Cognitive disorders and HIV/AIDS: HIV-associated dementia and delirium*; 2007. AVAILABLE FROM: <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/hiv-and-mental-health/cognitivedisorders-and-hiv-aids/>
7. Tasmania Department of Health and Human Services. *Palliative care management guidelines - delirium*; 2009. AVAILABLE FROM: <http://www.clinicalguidelines.gov.au/browse.php?treePath=&pageType=2&fldglrID=167&>
8. American Medical Directors Association. *Delirium and acute problematic behavior in the long-term care setting*; 2008. AVAILABLE FROM: <http://www.amda.com/tools/guidelines.cfm>
9. British Society of Geriatrics. *Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital*; 2005. AVAILABLE FROM: <http://www.bgs.org.uk/index.php/clinicalguides/170-clinguidedeliriumtreatment>
10. ICU Delirium. AVAILABLE FROM: <http://www.icudelirium.org>
11. Mussi C, Salvioli GF. *Linee Guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano*. Guidelines for diagnosis and treatment of delirium in the elderly. Giorn Gerontol 2000; 48: 434-440.

LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

1. National Institute for Health and Care Excellence. *Delirium: diagnosis, prevention and management*. Issued: July 2010. NICE clinical guideline 103. AVAILABLE FROM: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf>
2. The Clinical Epidemiology and Health Service Unit, Melbourne Health, in collaboration with the Delirium Clinical Guideline Expert Working Group. *Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people*; 2006. AVAILABLE FROM: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/delirium-guidelines.htm>
3. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. *National guidelines for seniors' mental health — the assessment and treatment of delirium*; 2006. AVAILABLE FROM: <http://www.ccsmh.ca/en/default.cfm>
4. Registered Nurses' Association of Ontario. *Screening for delirium, depression and dementia in older adults*; 2006. AVAILABLE FROM: <http://www.rnao.org/Page.aspx?PageID=924&ContentID=818>

Questioni “Alle Frontiere della 180”

Alcuni spunti di riflessione

Davide Bruno

Prendo spunto dalle prime riflessioni nate intorno alla pubblicazione del libro “Alle frontiere della 180. Storie di migranti e psichiatria pubblica” (Bruno, 2017), per proporre in questa nota alcune questioni che mi sembrano rilevanti in rapporto alle sollecitazioni che il mondo contemporaneo pone oggi alla psichiatria. Come sottolinea Marie Rose Moro nella presentazione al testo, può apparire “una sfida parlare nella stessa opera di migranti e dei loro figli da una parte, dei pazienti che presentano sofferenze psichiche dall’altra” (Moro, 2017, pag. IX).

La domanda di partenza del libro è infatti la seguente: possiamo trovare nella presa in carico dei pazienti migranti, in generale ancora agli albori nel nostro Paese, nuovi stimoli per ripensare in modo più esteso all’assistenza psichiatrica in Italia?

Sebbene possa sembrare irrituale all’interno di un testo destinato ad una rivista scientifica esordire parlando delle proprie esperienze, credo che un approccio anche biografico renda conto del fatto che i temi che ci appassionano all’interno del nostro lavoro traggono la loro linfa vitale da motivazioni personali profonde, che tuttavia vengono esplicitate raramente nei lavori di ricerca. Devo la mia iniziazione alla psichiatria transculturale a Vanna Berlincioni, che mi ha accolto all’interno del Laboratorio di Psichiatria, Cultura e Ambiente dell’Università di Pavia da lei diretto, quando ero ancora specializzando. Successivamente,

ho approfondito la pratica di questa disciplina presso il Servizio di psichiatria per l’infanzia e l’adolescenza di Marie Rose Moro presso l’Ospedale Avicenne di Bobigny. Attualmente il Servizio da lei diretto, che continua a occuparsi di psichiatria transculturale, è quello della Maison de Solenn, nel centro di Parigi. Da figlio di migranti, partiti da Palermo per arrivare a Genova, sono sempre stato attratto dai temi dell’alterità e della differenza culturale, cercando di porvi una particolare attenzione anche all’interno del lavoro istituzionale con i pazienti¹.

A Pavia, lo sviluppo di una riflessione transculturale in relazione alle prime ondate migratorie che iniziavano a sollecitare i servizi di salute mentale, approdata alla creazione di un laboratorio universitario dedicato (Berlincioni, 2000), era in linea con una peculiare attenzione che la scuola pavese ha dedicato al contesto di vita dei pazienti. L’uso di un dispositivo di gruppo per la presa in carico, mutuato dalle esperienze di Tobie Nathan a Parigi, appariva lo sviluppo del setting gruppale che Fausto Petrella, psicoanalista e docente di psichiatria, utilizzava per la supervisione degli operatori. Quando sono entrato in contatto più da vicino con l’etnopsichiatria francese, ho ritrovato quindi molti elementi che mi erano familiari, non da ultimo una modalità di riflessione a carattere psicodinamico, ampiamente utilizzata sia nei primi scritti di Tobie Nathan, sia da Marie Rose Moro nel lavoro con le seconde generazioni. Si capisce così come le riflessioni sul tema dell’alterità, che hanno portato in Francia allo sviluppo di dispositivi terapeutici dedicati ai migranti, e in Italia al lavoro territoriale dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici, possano ancora oggi fungere da pungolo per l’esercizio di una psichiatria sensibile e centrata sul paziente.

Nel 1978, la legge 180 è nata dalla riflessione sui temi

1. A questo proposito rimando all’articolo di Bruno D., Fidanza D., Netti I. et al. *Pensare la multiculturalità: proposte per la presa in carico dei pazienti stranieri a partire dall’esperienza di un CPS di Milano*, pubblicato in questo stesso numero della rivista.

dell'esclusione di persone che facevano problema, e che venivano quindi rinchiusi all'interno del manicomio dall'autorità di pubblica sicurezza. Il clima di quel periodo era inoltre caratterizzato da conflitti a livello sociale e politico che attraversavano l'Italia. Oggi, gli stessi temi, lungi dall'essere risolti, assumono forme differenti, e lo stigma colpisce anche altri soggetti, tra cui gli immigrati, in un contesto che si è fatto globale, in cui le dinamiche sociali devono essere colte nel loro divenire anche su larga scala. Ripensare all'assistenza sanitaria per i migranti, attraverso la messa in campo di dispositivi specifici, potrebbe essere quindi un modo per ripensare i temi dell'esclusione e dell'accoglienza all'interno delle nostre società contemporanee in continua trasformazione.

Per riprendere alcune riflessioni di Massimiliano Gioni (2017), curatore di una bella mostra presso la Triennale di Milano dal titolo "The Restless Earth", una delle questioni cui gli intellettuali e gli artisti che operano nelle nostre società post-moderne attraversate dai fenomeni delle migrazioni transnazionali si trovano confrontati è quella di offrire nuove visioni, e si potrebbe dire nuove rappresentazioni, di situazioni spesso drammatiche, su cui si è già prodotta una retorica che va dal cinico sentimentalismo a movimenti francamente espulsivi. Tali narrazioni preconfezionate e "facili da pensare", per parafrasare Lévi-Strauss, vengono offerte non solo dai mass media, ma anche da alcuni settori della società, non mancando di produrre i loro effetti a livello politico.

Durante la discussione di questo libro con alcune persone che hanno partecipato ai processi di deistituzionalizzazione dei pazienti dall'ospedale psichiatrico di Trieste al territorio², veniva sottolineato l'aspetto "imprenditoriale" dell'ampia operazione in cui Basaglia aveva coinvolto, oltre agli operatori sanitari, magistrati, artisti, politici, architetti,

sociologi, studenti, e in generale tutte le persone interessate all'esperienza. Un tale modo di pensare e fare in psichiatria trascendeva i limiti delle singole discipline, espandendosi oltre i confini del campo strettamente sanitario. Questo movimento, che materializzava i processi inclusivi che sarebbero stati alla base della 180, assolveva anche a una funzione di garanzia sulle pratiche che venivano messe via via in atto, contemplando uno sguardo esterno che forniva da ulteriore vertice di osservazione. L'aspetto "imprenditoriale" è quindi ravvisabile in una serie di fenomeni di amplificazione che oltrepassavano i muri dell'ospedale psichiatrico, per contaminare settori della società che altrimenti sarebbero rimasti avulsi da tali processi.

La psichiatria transculturale, che ha il mandato di travalicare le discipline per proporre nuovi approcci di cura nei confronti del paziente migrante, può oggi rappresentare un volano per ripercorrere processi trasformativi che si oppongono ai movimenti di esclusione sociale di persone ad alto rischio di emarginazione?

"Alle frontiere della 180" tenta una risposta a questa domanda, a partire dalle esperienze maturate in diversi contesti terapeutici: reparti ospedalieri, servizi ambulatoriali, comunità psichiatriche, nella consapevolezza che in psichiatria non si può lavorare da soli in quanto, essendo una disciplina fondata sulla relazione, ha bisogno di persone, di tempi e di spazi in cui esercitare la difficile arte dell'incontro con l'Altro.

Tale domanda pone inoltre la questione della trasmissione dei principi ispiratori della 180 alle nuove generazioni di psichiatri, nonché della loro formazione. Lo sforzo di demarcazione tra le diverse correnti della psichiatria italiana ha prodotto nel tempo evidenti conflitti e movimenti di diffidenza tra scuole e autori che, partendo da presupposti

2. Si ringraziano per le interessanti discussioni nate intorno a questo tema Achille e Diana Mauri, Ota de Leonardis, Stana Stanic.

epistemologici differenti, convergevano invece negli intendimenti generali che riguardavano i temi della dignità della persona e dell'umanizzazione delle cure in psichiatria. Più in generale, si può affermare che, nonostante la psichiatria proponga una teoria e una pratica dell'incontro a partire dal modello relazionale terapeuta-paziente, essa si presenta paradossalmente come un campo percorso da divisioni, contrapposizioni e a volte da vere e proprie fratture tra diversi modi di pensare, esattamente nel momento in cui si professa come una disciplina aperta agli apporti della psicofarmacologia, del neuro-imaging, della psicoterapia (con le sue diverse scuole!), delle scienze sociali e addirittura della filosofia -si pensi in questo caso alla psichiatria fenomenologica.

In un mondo in cui le relazioni tra persone sono sempre più "liquide" (Bauman, 2002) e le istituzioni tradizionali presentano talora le proprie difficoltà nello svolgere un ruolo di rappresentanza, è ancora possibile proporre modelli di pensiero e di azione collettivi paragonabili a quelli che hanno portato all'approvazione della riforma psichiatrica nel 1978?

Questa legge, che ancora oggi rappresenta un modello di ispirazione per la psichiatria europea e "le sue costanti oscillazioni fra curare e sorvegliare, fra curare e mettere al bando, e quindi punire, per dirlo con le parole di Foucault" (Moro, 2017, XII) può essere ancora il motore di cambiamenti inclusivi all'interno delle scienze della mente e della società in senso lato? Come l'etnopsichiatria, nel suo essere una disciplina fondata sulla pratica dell'alterità, può contribuire a questo movimento?

Dare diritto di cittadinanza a questi interrogativi, che il libro tenta di percorrere anche attraverso l'esposizione di alcuni casi clinici, permette di ripensare non solo il nostro lavoro di psichiatri oggi in un mondo in rapida trasformazione, ma anche di rifondare una psichiatria più aperta, tollerante, e infine più umana.

BIBLIOGRAFIA

1. Bauman Z., *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari, 2002.
2. Berlincioni V. *La cura psichiatrica del paziente migrante: una sfida faticosa, ma stimolante*, Presentato all'interno del convegno «Percorsi a confronto», Milano 24 novembre 2000, www.naga.it.
3. Bruno D. *Alle frontiere della 180. Storie di migranti e psichiatria pubblica*. Il pensiero Scientifico, Roma, 2017.
4. Gioni M. *The Restless Earth*. In Gioni M., Brambilla M. *The Restless Earth/La Terra Inquieta*, Electa, Milano, 2017.
5. Moro M.R. *Abitare lo stesso mondo. Verso maggiori legami, verso più tenerezza, verso un'etica della fragilità*, prefazione a Bruno D. *Alle frontiere della 180. Storie di migranti e psichiatria pubblica*, Il pensiero Scientifico, Roma, 2017.

Conoscenza degli effetti e uso della Cannabis

Uno studio su un campione di studenti bolognesi

*Staccini L. *, Mandelli L. **, Ali S. *, Cucchi M. ***, Porcelli S. ***

INTRODUZIONE

La cannabis o marijuana rappresenta la seconda sostanza più frequentemente consumata tra adolescenti e giovani adulti dopo l'alcool ed è attualmente la sostanza illecita più diffusa in tutto il mondo (Greydanus et al., 2013). Lo studio SPS Italia (Student Population Survey) del Dipartimento Politiche Antidroga, condotto nel primo semestre del 2011 coinvolgendo 35.018 studenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni, ha evidenziato che il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 22,1% degli studenti intervistati. L'esposizione alla cannabis può avere effetti molto negativi sulla salute psichica, soprattutto durante la preadolescenza e l'adolescenza, età cruciali durante le quali si completa lo sviluppo cerebrale. Gli effetti negativi conseguenti all'utilizzo di cannabinoidi possono essere sia acuti che cronici, con danni fisici e psichici. Alcune ricerche hanno evidenziato una serie di reazioni psicologiche acute tra cui ansia, allucinazioni, depressione, paura e aggressività, oltre ad un rischio maggiore di sviluppare psicosi. Tra i disturbi cronici che si possono sviluppare, vi sono insonnia, deficit cognitivi e sindrome amotivazionale, che corrisponde ad una perdita di interesse rispetto alla propria affermazione sia in ambito scolastico e/o lavorativo che in ambito relazionale-sociale (Greydanus et al., 2012).

Alla luce del complesso dibattito in corso sulla legalizzazione della cannabis in Italia, emerge la necessità di interventi educativi ed informativi sugli effetti dell'esposizione alla cannabis sul Sistema Nervoso Centrale

(SNC). La scuola rappresenta il luogo ideale per promuovere la salute e attuare interventi di prevenzione. Il Centro Medico Santagostino ha condotto un intervento presso un istituto scolastico della città di Bologna con i seguenti obiettivi:

1. raccogliere i dati riguardo la conoscenza e l'utilizzo della cannabis nella popolazione del comprensorio scolastico;
2. formare gli studenti circa gli effetti negativi correlati all'utilizzo della sostanza;
3. fornire ai genitori gli strumenti per potersi interfacciare con i figli circa l'utilizzo della sostanza.

L'obiettivo di questo studio è quello di presentare i dati emersi rispetto alle conoscenze, l'utilizzo e l'opinione circa la legalizzazione della cannabis degli studenti delle scuole medie inferiori e superiori coinvolti nel progetto sopraesposto.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto su un campione di 261 studenti, di età compresa tra i 12 e i 19 anni, frequentanti un istituto scolastico comprendente scuole medie inferiori e superiori del comune di Bologna. A tutti gli studenti è stato somministrato un questionario realizzato ad hoc da un team di psichiatri e psicologi del Dipartimento Mente e Cervello Centro Medico Santagostino e del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano (Cucchi et al., 2016). Il questionario è composto da 29 domande, di cui 3 raccolgono i dati socio-anagrafici, 9 sono mirate alla valutazione della conoscenza circa gli effetti della cannabis, 8 circa il parere in merito alla legalizzazione/decriminalizzazione della cannabis, 11 circa l'utilizzo attuale e pregresso della sostanza.

I dati raccolti sono stati elaborati con il pacchetto statistico SPSS versione 20.0 per Windows, attraverso analisi statistiche descrittive (medie, deviazioni standard e distribuzioni di frequenza). È stato inoltre creato un

indice di “informazione rispetto alla cannabis” sulla base delle risposte a domande chiave (Hai mai cercato informazioni sulla cannabis?; Secondo te l’uso della cannabis può avere effetti dannosi sul cervello?; Marijuana e cannabis sono la stessa cosa?; Secondo te la cannabis può produrre effetti negativi duraturi anche a distanza di anni?; Secondo te esiste la sindrome da astinenza da cannabis?; Non è un effetto della cannabis; Quante persone in percentuale sulla popolazione generale secondo te utilizzano la cannabis?). Sulla base dei terzili della distribuzione dell’indice di informazione gli studenti sono stati divisi in 2 gruppi: poco-mediamente informati (0-4 risposte esatte) ed informati (5-7 risposte esatte). La relazione tra indice di informazione rispetto alla cannabis, risposte al questionario e uso di cannabis è stata analizzata mediante regressione logistica multinomiale, controllando per l’età.

RISULTATI

Caratteristiche demografiche del campione.

Il campione è costituito da 261 studenti, di cui 195 (74,7%) sono maschi e 66 (25,3%) donne. L’età media è di 16,33 anni (DS=2,16) e il range di età varia dai 12 ai 19 anni.

Ricerca informazioni sulla cannabis (tabella 1).

Il 55,8% degli studenti afferma di aver cercato informazioni sulla cannabis. Per quanto riguarda il canale di informazione, la maggior parte del campione (37,6%) ha utilizzato Internet, ha consultato diverse fonti (30,9%) o si è confrontato con gli amici nel 17% dei casi. Solo lo 0,6% ha richiesto informazioni al proprio medico, mentre l’1,8% le ha ricercate nei libri.

Frequenza dell’utilizzo.

Il 41,7 % (108 studenti) dichiara di aver fatto uso di cannabis, di cui il 67,7% ha iniziato fra i 15 e i 20 anni; il 27% afferma di averla usata solo una o poche volte,

il 15,3% più di una volta alla settimana e il 11,7% ne dichiara un uso quotidiano, più di una volta al giorno. La maggior parte (74,1%) ne ha fatto uso con gli amici e per inalazione (fumata) (79,4%). Il 22,9% l’ha utilizzata nell’ultimo mese.

Motivazioni all’uso

Prevale un utilizzo per puro piacere (32,8%), mentre il 18,3% dichiara di usarla con lo scopo di rilassarsi e il 16% per distogliere l’attenzione da pensieri negativi o preoccupazioni. Il 16,5% dichiara di fare/aver fatto uso di altre sostanze stupefacenti (escluso l’alcool) oltre la cannabis. Per quanto riguarda l’uso di cannabis in combinazione ad altre sostanze stupefacenti o alcool, l’8,9% risponde “sempre” e il 35,6% “talvolta”.

Conoscenza degli effetti da utilizzo.

La maggior parte degli studenti (81,2%) riferisce che la cannabis possa avere effetti dannosi sul cervello, il 10,7% pensa invece che non abbia effetti dannosi, mentre l’8% dichiara di non sapere con esattezza come rispondere. Il 38% degli studenti è convinto che cannabis e marijuana non siano la stessa cosa e il 57,1% considera l’alcool più dannoso rispetto alla cannabis. La maggioranza degli studenti pensa che un’intossicazione acuta da cannabis può produrre effetti permanenti (71,2%), che la cannabis possa produrre effetti negativi duraturi anche a distanza di anni (70,3%) e che possa causare una sintomatologia astinenziale (69%).

Pensiero rispetto alla legalizzazione/decriminalizzazione.

Il 53,5% del campione è favorevole alla legalizzazione e il 56,8 alla decriminalizzazione. Il 33,6% degli studenti pensa che legalizzare/decriminalizzare la cannabis ne diminuirebbe l’utilizzo e il 38,2% pensa che legalizzarla/decriminalizzarla ne diminuirebbe gli effetti negativi sulla salute.

Cosa differenzia chi è più informato da chi lo è di meno?

I soggetti meno informati ritenevano di più che la cannabis non avesse effetti dannosi sul cervello (26.2% vs. 3.1%), che cannabis e marijuana non fossero la stessa cosa (48.8% vs. 33.1%); ritenevano in minor misura che una intossicazione acuta potesse determinare effetti permanenti (46.4% vs. 84.0%) o riconoscevano di non saperlo (29.8% vs. 4.9%), che la cannabis potesse produrre effetti negativi duraturi (38.1% vs. 87.1%) e che esistesse la sindrome da astinenza (44% vs. 82.2%). Rispetto alla gravità dei danni indotti da alcool e cannabis, è emersa una convergenza sul fatto che l'alcool provochi più danni (54.8% poco informati, 60.1% più informati). Gli studenti poco informati sulla cannabis ($n=161$, 65.2%) erano significativamente più giovani dei soggetti informati ($n=86$, 34.8%): 15.7 ± 2.5 vs. 16.7 ± 1.9 anni ($p=.001$). Non sono invece emerse differenze in base al genere ($p=.71$). Controllando per età, i soggetti meno informati, rispetto a quelli informati, non avevano cercato informazioni sulla cannabis in misura maggiore (66.7% vs. 29.4%); le fonti di informazione non differivano significativamente. Non vi sono divergenze importanti rispetto ai temi di legalizzazione/depenalizzazione, tuttavia i meno informati riconoscono di non avere un'opinione chiara sulla legalizzazione (19% vs. 7.4%).

Relazione tra informazione e uso di sostanze

I soggetti più informati indicavano in maggior misura di aver fatto uso di cannabis (48.5% vs. 32.1%), a partire da un'età compresa tra i 15-20 anni (42.3%). Non vi era differenza tra poco/mediamente e molto informati nel primo utilizzo tra i 10-15 anni (11% c.a.), tuttavia i poco informati avevano usato cannabis prima dei 10 anni in percentuale maggiore rispetto ai più informati (11.9% vs. 1.2%). Sia i disinformati che gli informati indicavano di aver usato cannabis solo una volta o poche volte (10-12%), ma, sebbene i più informati indicassero di usare cannabis in percentuali maggiori nelle diverse frequenze mensili e settimanali, i meno informati indicavano di farne più uso "tutti i giorni una volta al giorno" (4.8% vs.

1.2%) e "tutti i giorni più di una volta al giorno" (9.5% vs. 3.1%). Rispetto all'uso sociale non si osservavano differenze significative, tuttavia i meno informati tendevano a farne meno uso insieme agli amici (32.1% vs. 46%). I meno informati usano meno cannabis in forma inalata (fumata) (27.4% vs. 48.5%) ma la assumono di più vaporizzata (4.8% vs. 0), tramite cibi (4.8% vs. 6%) e in più modalità diverse (8.3% vs. 4.3%). Non vi sono differenze nello scopo di utilizzo, sebbene nei meno informati l'uso per noia (2.4%) e per non sentire dolore (2.4%) o altro (15.5%) sia più frequente rispetto ai più informati (rispettivamente 0.6%, 0% e 9.8%). I meno informati fanno anche maggiore uso di altre sostanze stupefacenti attualmente (13.1% vs. 4.3%) o in passato (8.3% vs. 5.5%). I meno informati utilizzano inoltre altre sostanze insieme alla cannabis, talvolta (14.3% vs. 23.3%) o sempre (9.5% vs. 2.5%). L'uso nell'ultimo mese non differisce tra informati e meno informati (rispettivamente 22.1% e 25%).

DISCUSSIONE

Nel nostro campione il 37,6% degli studenti dichiara di aver cercato informazioni circa la cannabis, principalmente attraverso la rete. Questo dato è in linea con quello riscontrato nella precedente ricerca (Cucchi et al., 2016) effettuata su un campione di soggetti milanesi con età media più alta rispetto al nostro (35 anni, range 15-70). L'uso di Internet comporta diversi vantaggi tra i quali il basso costo e la velocità con cui è possibile accedere alle informazioni. Tuttavia, è importante sottolineare che possono esserci alcuni inconvenienti nel suo utilizzo, primo tra tutti la scarsa attendibilità delle informazioni contenute in alcuni siti web (Srivastava et al., 2015). Alla luce di questo dato, occorre tenere in considerazione Internet come il canale principale da utilizzare nella realizzazione di piani formativi e informativi circa l'utilizzo e la prevenzione dei problemi connessi all'abuso di cannabis. La rete permette infatti la possibilità di raggiungere un gran numero di persone contemporaneamente e alcuni

tipi di utenza che, verosimilmente, potrebbe anche essere l'utenza a maggior rischio, come ad esempio gli adolescenti. La potenzialità di programmi di prevenzione supportati da Internet in aggiunta a interventi standard nelle scuole è stata sottolineata in una recente revisione della letteratura (Champion et al., 2013). Tali programmi sono risultati efficaci nell'apportare una riduzione significativa dell'uso di cannabis, oltre che dell'alcol e del fumo di sigaretta.

Un dato interessante è la riluttanza nel chiedere informazioni al proprio medico. Solo lo 0,6% degli studenti del nostro campione ha considerato il medico come fonte di informazione riguardo alla cannabis, dato che conferma quello della precedente ricerca (Cucchi et al., 2016), in cui il medico veniva contattato solo nel 1,92% dei casi. Potrebbe avere un ruolo rilevante la paura degli adolescenti di essere giudicati dal proprio medico o che esso possa riferire il problema ai genitori. Il secondo dato rilevante riguarda il fatto che nel nostro campione il consumo di cannabis è abbastanza esteso: il 41,7% ha provato la sostanza almeno una volta nella vita e il 22,9% l'ha utilizzata nell'ultimo mese. Queste percentuali sono più elevate rispetto a quelle riportate nello studio condotto dal Dipartimento Politiche Antidroga (Student Population Survey, 2010) su studenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni, in cui era emerso il 22,1% di consumo long life e il 3% nell'ultimo mese da parte degli studenti intervistati. Sembrerebbe quindi che ci sia stato un incremento del consumo di cannabis negli ultimi anni nella popolazione giovanile. Tale dato potrebbe tuttavia dipendere dal fatto che nel nostro vi è una preponderanza di studenti di sesso maschile; in alcune ricerche emerge che i maschi fanno un utilizzo maggiore di sostanze rispetto alle femmine (Visintini et al., 2010). I nostri dati si avvicinano maggiormente a quelli riportati da una ricerca (Visintini et al., 2010) condotta su un campione di studenti milanesi di età compresa tra i 14 e i 19 anni, in cui il 28,1% del campione dichiarava di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nel corso

dell'ultimo mese. Nel nostro campione è più frequente (67,7%) che gli studenti inizino ad utilizzare la cannabis dopo i 15 anni, età che coincide con l'ingresso alle scuole medie superiori, anche se ben il 21,1% comincia tra i 10 e i 15 anni. Un dato allarmante è che il 9,8% degli studenti riferisce di averne fatto uso prima dei 10 anni. Questo ci fa riflettere sul fatto che potrebbe essere cruciale effettuare interventi di informazione e prevenzione ancora prima dell'entrata dei ragazzi nelle scuole medie inferiori, data la precocità con cui possono avere il primo contatto con la sostanza. Nel nostro campione la maggioranza degli studenti (74,1%) fa uso di cannabis insieme agli amici. Tale dato ci suggerisce che l'uso della sostanza può avere per l'adolescente la funzione di facilitare la costruzione di relazioni con i coetanei e il senso di appartenenza al gruppo. Le ricerche hanno infatti evidenziato che avere degli amici che utilizzano marijuana aumenta la probabilità dell'uso della sostanza (Giannotta et al., 2004). La più diffusa motivazione all'utilizzo della cannabis nel nostro campione è quella "per puro piacere" (32,8%), seguita un utilizzo al fine di ottenere un rilassamento (18,3%) e per distogliere l'attenzione da pensieri negativi o preoccupazioni (16%). Rispetto ai dati precedenti (Cucchi et al., 2016), in cui era emerso che il 18% delle persone indagate utilizzassero la sostanza per rilassarsi, emerge un minore ricorso alla sostanza come mezzo "auto-curativo" nel nostro campione. Tuttavia è importante sottolineare che un consumo della sostanza "Per rilassarsi" e "Per distogliere l'attenzione da pensieri negativi" può potenzialmente condurre all'utilizzo patologico della sostanza, dove l'abuso diventa una necessità emotiva (Grant 2005; Scherrer 2009).

Il 16,5% del campione ha utilizzato altre sostanze di abuso oltre alla cannabis e quasi la metà (44,5%) ha consumato altre sostanze in combinazione alla cannabis. Studi (Lynskey MT, 2003) sui meccanismi recettoriali alla base dell'utilizzo di queste sostanze, suggeriscono come un abuso di cannabis renda più facile l'abuso anche di cocaina. La tipologia di raccolta dei dati però

non permette un'analisi utile a una verifica in tal senso.

Nella maggioranza dei casi (81,2%) gli studenti sono consapevoli degli effetti nocivi della cannabis sul cervello; tuttavia il 10,7% pensa che non sia dannosa e l'8% risponde "non so". Considerando il grado di informazione rispetto alla cannabis, gli studenti poco informati sulla cannabis (65,2%) sono molto più numerosi dei soggetti informati (34,8%). Questo dato suggerisce quindi l'importanza di attuare interventi informativi che permettano un utilizzo consapevole della sostanza. A differenza dello studio precedente (Cucchi et al., 2016), in cui era emerso che la convinzione che la cannabis non causi effetti negativi sul sistema nervoso centrale fosse più frequente in chi utilizzasse la sostanza rispetto a chi non la utilizzasse, nel nostro campione i soggetti più informati indicavano in maggior misura di aver fatto uso di cannabis. Tuttavia, i meno informati indicavano più frequentemente, rispetto ai più informati, di farne più uso "tutti i giorni una volta al giorno" e "tutti i giorni più di una volta al giorno". I meno informati fanno anche maggiore uso di altre sostanze stupefacenti attualmente o in passato e utilizzano inoltre altre sostanze insieme alla cannabis, talvolta o sempre.

È evidente quindi come una scarsa conoscenza degli effetti nocivi della cannabis sia associata ad un uso più intensivo della sostanza e alla combinazione con altre sostanze stupefacenti. Emerge quindi la necessità di sviluppare dei percorsi formativi per il mondo adolescenziale, finalizzati alla diffusione di informazioni sui pericoli collegati all'uso della cannabis. Recenti studi (Champion et al., 2016; Newton et al., 2010) hanno verificato come programmi di formazione su giovani adulti producano solo parzialmente, a fronte di un effettivo aumento delle conoscenze, una riduzione dell'utilizzo della sostanza. Questo ci suggerisce che i programmi di informazione e prevenzione, per essere efficaci ed incidere significativamente sull'uso della sostanza, non dovrebbero basarsi esclusivamente su una mera distribuzione passiva di informazioni ma basarsi su una comunicazione inte-

rattiva e focalizzarsi sui fattori psicosociali che mediano il cambiamento comportamentale come l'auto-efficacia e la percezione di controllo. Ulteriori studi potranno chiarire questi aspetti.

Il 53,5% del campione è favorevole alla legalizzazione; il 33,6% pensa legalizzare/depenalizzare la cannabis ne diminuirebbe l'utilizzo e il 38,2% pensa che legalizzarla/depenalizzarla ne diminuirebbe gli effetti negativi sulla salute. In realtà, i dati provenienti dalle ricerche riguardo alla decriminalizzazione e della legalizzazione, sottolineano che può verificarsi un lieve aumento del consumo soprattutto fra i più giovani dopo la legalizzazione ma che di fatto non ci sono un aumento o una diminuzione di effetti nocivi da utilizzo della sostanza (Cucchi et al., 2016).

Dai dati emersi nella nostra ricerca, possiamo quindi concludere che, alla luce dell'ampia diffusione dell'uso di cannabis nel mondo giovanile, con un esordio a un'età sempre più bassa, e della scarsa conoscenza riguardo agli effetti circa il suo utilizzo, emerge l'importanza della precocità degli interventi formativi nelle scuole e la necessità di aumentare l'accessibilità di informazioni attendibili/scientificamente valide attraverso Internet, creando dei siti ad hoc e/o utilizzando i social network maggiormente diffusi.

Afferenza degli autori

* Dipartimento di Psicologia Università di Bologna,
Viale Berti Pichat 5, Bologna.

** Dipartimento di scienze biomediche e neuromotorie,
Univ. Bologna.

*** Centro Medico Santagostino, Piazza Santagostino 1, Milano.

Tabella 1. Statistiche descrittive — Studenti tra i 12 e i 15 anni (scuole medie, n = 45)

		Conteggio	% di casi per colonna
Sesso	Femmina	20	44,4%
	Maschio	25	55,6%
Hai mai cercato informazioni sulla cannabis?	No	30	66,7%
	Sì	15	33,3%
Se sì: su quale canale?	Altro	4	20,0%
	Amici	5	25,0%
	Internet	7	35,0%
	Libri	1	5,0%
	Più di una delle precedenti	3	15,0%
Secondo te l'uso della cannabis può avere effetti dannosi sul cervello?	No	5	11,1%
	Non so	2	4,4%
	Sì	38	84,4%
Marijuana e cannabis sono la stessa cosa?	No	25	55,6%
	Non so	14	31,1%
	Sì	6	13,3%
Secondo te produce più danni alla persona l'alcol o la cannabis?	Alcool	16	36,4%
	Cannabis	16	36,4%
	Non so	12	27,3%
Secondo te un'intossicazione acuta di cannabis può produrre effetti permanenti?	No	4	9,1%
	Non so	10	22,7%
	Sì	30	68,2%
Secondo te la cannabis può produrre effetti negativi duraturi anche a distanza di anni?	No	8	18,2%
	Non so	4	9,1%
	Sì	32	72,7%
Secondo te esiste la sindrome da astinenza da cannabis?	No	6	13,6%
	Non so	10	22,7%
	Sì	28	63,6%
Non è un effetto della cannabis	Amplificazione dei sensi	3	6,8%
	Ansia	15	34,1%
	Attenuazione della reattività fisica	1	2,3%
	Euforia	3	6,8%
	Nessuno dei precedenti è un effetto da cannabis	3	6,8%
	Sedazione	2	4,5%
	Tutti i precedenti sono effetti da cannabis	17	38,6%
L'uso della cannabis andrebbe legalizzato secondo te?	No	21	47,7%
	Non so	5	11,4%
	Sì	18	40,9%

Tabella 1. Statistiche descrittive — Studenti tra i 12 e i 15 anni (scuole medie, n = 45)

		Conteggio	% di casi per colonna
L'uso della cannabis andrebbe decriminalizzato secondo te?	No	13	28,9%
	Non so	5	11,1%
	Sì	27	60,0%
Secondo te, legalizzarla e/o decriminalizzarla ne determinerebbe un minor utilizzo?	No	24	53,3%
	Non so	9	20,0%
	Sì	12	26,7%
Secondo te legalizzarla e/o decriminalizzarla determinerebbe meno danni alla salute delle persone?	No	17	37,8%
	Non so	7	15,6%
	Sì	21	46,7%
Quante persone in percentuale sulla popolazione generale secondo te utilizzano la cannabis?	<10%	3	7,0%
	>90%	2	4,7%
	10–30%	8	18,6%
	30–50%	20	46,5%
	50–70%	9	20,9%
	70–90%	1	2,3%
Hai mai fatto uso di cannabis?	No	40	88,9%
	Sì	5	11,1%
Da che età?	15–20	2	16,7%
	10–15	6	50,0%
	Prima dei 10 anni	4	33,3%
Con che frequenza la utilizzi (o utilizzavi)?	l'ho provata solo una volta (o poche volte)	3	37,5%
	meno di una volta al mese	1	12,5%
	più di una volta al mese	1	12,5%
	tutti i giorni, più di una volta al giorno	2	25,0%
	una volta al mese	1	12,5%
Con chi la utilizzi (o utilizzavi)?	Altro	7	53,8%
	Con amici	3	23,1%
	Con il partner/famigliari	2	15,4%
	Da solo	1	7,7%
Con che modalità la assumi (assumevi)?	Dentro a cibi	3	30,0%
	Inalata (fumata)	1	10,0%
	Più di una delle precedenti	5	50,0%
	Vaporizzata	1	10,0%
Per quali scopi la assumi (assumevi)?	Altro	4	33,3%
	Per noia	1	8,3%
	Per puro piacere	3	25,0%
	Per rilassarmi	4	33,3%
Fai uso/hai fatto uso di altre sostanze stupefacenti (escluso l'alcol)?	No	29	78,4%
	Sì	5	13,5%
	Solo in passato	3	8,1%

Tabella 1. Statistiche descrittive — Studenti tra i 12 e i 15 anni (scuole medie, n = 45)

		Conteggio	% di casi per colonna
Hai mai usufruito di un supporto psicologico/farmacologico per un qualsiasi motivo?	No	33	86,8%
	Sì	5	13,2%
Hai mai chiesto un supporto psicologico/farmacologico per l'utilizzo della cannabis?	No	36	97,3%
	Sì	1	2,7%
Quando usi (usavi) cannabis, assumi (assumevi) altre sostanze stupefacenti o alcol?	No	12	70,6%
	Sì sempre	2	11,8%
	Talvolta	3	17,6%
Hai usato cannabis nell'ultimo mese?	No	40	90,9%
	Sì	4	9,1%

Un indice di informazione è stato calcolato sul numero di risposte corrette alle domande:

1. Hai mai cercato informazioni sulla cannabis? (risposta positiva)
2. Secondo te l'uso della cannabis può avere effetti dannosi sul cervello?
3. Marijuana e cannabis sono la stessa cosa?
4. Secondo te la cannabis può produrre effetti negativi duraturi anche a distanza di anni?
5. Secondo te esiste la sindrome da astinenza da cannabis?
6. Non è un effetto della cannabis (Tutti i precedenti sono effetti da cannabis)
7. Quante persone in percentuale sulla popolazione generale secondo te utilizzano la cannabis?

Sulla base dei terzili della distribuzione dell'indice di informazione gli studenti sono stati divisi in 2 gruppi: poco-mediamente informati (0–4 risposte esatte) ed informati (5–7 risposte esatte).

Tabella 2. Confronto studenti informati (n=19) vs. poco–mediamente informati (n=26)

		Informazione				p-value
		poco- mediamente informato		Informato		
		N	%	N	%	
Sesso	Femmina	11	42,3%	9	47,4%	n.s.
	Maschio	15	57,7%	10	52,6%	
Hai mai cercato informazioni sulla cannabis?	No	20	76,9%	10	52,6%	n.s.
	Sì	6	23,1%	9	47,4%	
Se sì: su quale canale?	Altro	2	22,2%	2	18,2%	n.s.
	Amici	1	11,1%	4	36,4%	
	Internet	4	44,4%	3	27,3%	
	Libri	0	0,0%	1	9,1%	
	Più di una delle precedenti	2	22,2%	1	9,1%	
Secondo te l'uso della cannabis può avere effetti dannosi sul cervello?	No	5	19,2%	0	0,0%	n.s.
	Non so	1	3,8%	1	5,3%	
	Sì	20	76,9%	18	94,7%	
Marijuana e cannabis sono la stessa cosa?	No	14	53,8%	11	57,9%	n.s.
	Non so	10	38,5%	4	21,1%	
	Sì	2	7,7%	4	21,1%	
Secondo te produce più danni alla persona l'alcol o la cannabis?	Alcool	11	44,0%	5	26,3%	.019*
	Cannabis	10	40,0%	6	31,6%	
	Non so	4	16,0%	8	42,1%	
Secondo te un'intossicazione acuta di cannabis può produrre effetti permanenti?	No	3	12,0%	1	5,3%	.027*
	Non so	9	36,0%	1	5,3%	
	Sì	13	52,0%	17	89,5%	
Secondo te la cannabis può produrre effetti negativi duraturi anche a distanza di anni?	No	8	30,8%	0	0,0%	.019*
	Non so	3	11,5%	1	5,6%	
	Sì	15	57,7%	17	94,4%	
Secondo te esiste la sindrome da astinenza da cannabis?	No	4	15,4%	2	11,1%	.051
	Non so	9	34,6%	1	5,6%	
	Sì	13	50,0%	15	83,3%	
Non è un effetto della cannabis	Amplificazione dei sensi	1	3,8%	2	11,1%	.024*
	Ansia	11	42,3%	4	22,2%	
	Attenuazione della reattività fisica	1	3,8%	0	0,0%	
	Euforia	3	11,5%	0	0,0%	
	Nessuno dei precedenti è un effetto da cannabis	3	11,5%	0	0,0%	
	Sedazione	2	7,7%	0	0,0%	
	Tutti i precedenti sono effetti da cannabis	5	19,2%	12	66,7%	

Tabella 2. Confronto studenti informati (n=19) vs. poco–mediamente informati (n=26)

		Informazione				p-value
		poco- mediamente informato		Informato		
		N	%	N	%	
L'uso della cannabis andrebbe legalizzato secondo te?	No	14	53,8%	7	38,9%	n.s.
	Non so	4	15,4%	1	5,6%	
	Sì	8	30,8%	10	55,6%	
L'uso della cannabis andrebbe decriminalizzato secondo te?	No	7	26,9%	6	31,6%	n.s.
	Non so	2	7,7%	3	15,8%	
	Sì	17	65,4%	10	52,6%	
Secondo te, legalizzarla e/o decriminalizzarla ne determinerebbe un minor utilizzo?	No	14	53,8%	10	52,6%	n.s.
	Non so	5	19,2%	4	21,1%	
	Sì	7	26,9%	5	26,3%	
Secondo te legalizzarla e/o decriminalizzarla determinerebbe meno danni alla salute delle persone?	No	10	38,5%	7	36,8%	n.s.
	Non so	2	7,7%	5	26,3%	
	Sì	14	53,8%	7	36,8%	
Quante persone in percentuale sulla popolazione generale secondo te utilizzano la cannabis?	<10%	2	7,7%	1	5,9%	n.s.
	>90%	2	7,7%	0	0,0%	
	10-30%	3	11,5%	5	29,4%	
	30-50%	12	46,2%	8	47,1%	
	50-70%	7	26,9%	2	11,8%	
	70-90%	0	0,0%	1	5,9%	
Hai mai fatto uso di cannabis?	No	22	84,6%	18	94,7%	n.s.
	Sì	4	15,4%	1	5,3%	
Da che età?	15-20	1	12,5%	1	25,0%	n.s.
	10-15	3	37,5%	3	75,0%	
	Prima dei 10 anni	4	50,0%	0	0,0%	
Con che frequenza la utilizzi (o utilizzavi)?	l'ho provata solo una volta (o poche volte)	1	20,0%	2	66,7%	n.s.
	meno di una volta al mese	1	20,0%	0	0,0%	
	più di una volta al mese	1	20,0%	0	0,0%	
	tutti i giorni, più di una volta al giorno	2	40,0%	0	0,0%	
	una volta al mese	0	0,0%	1	33,3%	
Con chi la utilizzi (o utilizzavi)?	Altro	4	50,0%	3	60,0%	n.s.
	Con amici	2	25,0%	1	20,0%	
	Con il partner/ familiari	1	12,5%	1	20,0%	
	Da solo	1	12,5%	0	0,0%	

Tabella 2. Confronto studenti informati (n=19) vs. poco–mediamente informati (n=26)

		Informazione				p-value
		poco- mediamente informato		Informato		
		N	%	N	%	
Con che modalità la assumi (assumevi)?	Dentro a cibi	2	33,3%	1	25,0%	n.s.
	Inalata (fumata)	0	0,0%	1	25,0%	
	Più di una delle precedenti	3	50,0%	2	50,0%	
	Vaporizzata	1	16,7%	0	0,0%	
Per quali scopi la assumi (assumevi)?	Altro	2	28,6%	2	40,0%	n.s.
	Per noia	1	14,3%	0	0,0%	
	Per puro piacere	2	28,6%	1	20,0%	
	Per rilassarmi	2	28,6%	2	40,0%	
Fai uso/hai fatto uso di altre sostanze stupefacenti (escluso l'alcol)?	No	16	80,0%	13	76,5%	n.s.
	Sì	3	15,0%	2	11,8%	
	Solo in passato	1	5,0%	2	11,8%	
Hai mai usufruito di un supporto psicologico/ farmacologico per un qualsiasi motivo?	No	21	95,5%	12	75,0%	.066
	Sì	1	4,5%	4	25,0%	
Hai mai chiesto un supporto psicologico/ farmacologico per l'utilizzo della cannabis?	No	21	100,0%	15	93,8%	n.s.
	Sì	0	0,0%	1	6,3%	
Quando usi (usavi) cannabis, assumi (assumevi) altre sostanze stupefacenti o alcol?	No	6	66,7%	6	75,0%	n.s.
	Sì sempre	2	22,2%	0	0,0%	
	Talvolta	1	11,1%	2	25,0%	
Hai usato cannabis nell'ultimo mese?	No	21	84,0%	19	100,0%	.067
	Sì	4	16,0%	0	0,0%	

BIBLIOGRAFIA

1. Champion K.E., Newton N.C., Stapinski L., Slade T., Barrett E.L., Teesson M., *A cross-validation trial of an Internet-based prevention program for alcohol and cannabis: Preliminary results from a cluster randomised controlled trial*. *Aust N Z J Psychiatry*, 2016 Jan;50(1):64-73. doi: 10.1177/0004867415577435. Epub 2015 Mar 23.
2. Cucchi M., Migliarese G., Ali S., Cerveri G., Clerici M., Mencacci C., *Utilizzo della Cannabis. Stato dell'arte su un campione di soggetti afferenti all'area metropolitana milanese*. *Psichiatria Oggi, fatti e opinioni dalla Lombardia*, 2016; Luglio-Dicembre; 2: 31-38.
3. Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia*, Roma 2011.
4. Giannotta F., Ciairano S., Bonino S., Morero D., *Le funzioni dell'uso di sostanze psicoattive e dei rapporti sessuali: il punto di vista degli adolescenti*. *Psicologia della Salute*, 2004; 2: 23-38.
5. Grant J.D., Scherrer J.F., Lyons M.J., Tsuang M., True W.R., Bucholz K.K., *Subjective reactions to cocaine and marijuana are associated with abuse and dependence*. *Addict Behav*, 2005 Sep;30(8):1574-86.
6. Greydanus D., Hawver E. K., Greydanus M. M., Merrick J. *Marijuana: current concepts*. *Front Public Health* 2013; 1: 42
7. Greydanus DE, Feucht CL, Hawver EK. *Substance abuse disorders*. In: Greydanus DE, Patel DR, Omar HA, Feucht C, Merrick J editors. *Adolescent Medicine: Pharmacotherapeutics in General, Mental, and Sexual Health*. Berlin: De Gruyter(2012).p.157-99.
8. Lynskey M.T., Heath A.C., Bucholz K.K., Slutske W.S., Madden P.A., Nelson E.C., Statham D.J., Martin N.G., *Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls*. *JAMA*, 2003 Jan 22-29; 289(4):427-33.
9. Mahu I.T., Doucet C., O'Leary-Barrett M., Conrod P.J., *Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? Twenty-four-month outcome of the adventure trial on cannabis use: A cluster-randomized controlled trial*. *Addiction*, 2015 Oct; 110(10): 1625-1633.
10. Newton N.C., Teesson M., Vogl L.E., Andrews G., *Internet based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course*. *Addiction*, 2010 Apr;105(4):749-59. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02853.x. Epub 2010 Feb 9.
11. Scherrer J.F., Grant J.D., Duncan A.E., Sartor C.E., Haber J.R., Jacob T., Bucholz K.K., *Subjective effects to cannabis are associated with use, abuse and dependence after adjusting for genetic and environmental influences*. *Drug Alcohol Depend*, 2009 Nov 1;105(1-2):76-82. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2009.06.014. Epub 2009 Jul 22.
12. Srivastava S., Pant M., Abraham A., Agrawal N., *The technological growth in eHealth services*. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2015; 2015: 1-18.
13. Visintini R., Binda M., Gaj N., *L'uso di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca: uno studio sul consumo di droghe e alcol tra gli studenti delle scuole milanesi*. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2010; 2:159-196.

La necessità di un intervento precoce nella Schizofrenia

Utilizzo dei LAI e barriere nel loro utilizzo

di Costanzo Gala * e Simone Cavallotti **

INTRODUZIONE

La Schizofrenia è un disordine psichiatrico grave e complesso che ha importanti implicazioni sia per quanto riguarda il paziente che per quanto riguarda la società. Sebbene il decorso clinico sia generalmente negativo, si stima che il 50% dei pazienti abbia un andamento intermittente caratterizzato da ricadute cliniche rilevanti intervallate da periodi di relativo benessere, mentre circa il 20% dei pazienti manifesta sintomi cronicizzati che comportano una disabilità (Barbato, 1998).

A livello globale, questa patologia ha un'incidenza di circa lo 0.7% con variazioni di circa cinque volte, dipendenti dall'esposizione o meno a fattori di rischio (McGrath, 2008). Questi ultimi sono stati ben studiati nel corso degli anni e possono essere riconducibili sia a condizioni ascrivibili al neuro sviluppo (stress materno e/o infezioni durante la gravidanza) che a problematiche di tipo socio-economico (povertà, maltrattamento in età infantile, immigrazione) (Owen, 2016). Negli ultimi anni si sono accumulate evidenze scientifiche anche riguardo l'uso di cannabinoidi e l'insorgenza di questa patologia (Moore, 2007).

Questi fattori di rischio, unitamente a predisposizioni genetiche (SWGPGC, 2014), possono portare all'insorgenza di sintomi psicotici e, ancor prima, a sintomi prodromici che caratterizzano Stati Mentali a Rischio. I Servizi Psichiatrici hanno il dovere di intervenire precocemente, a partire proprio da questi Stati Mentali, in modo da migliorare l'*outcome* della patologia ed evitarne la cronicizzazione (Fusar-Poli, 2015).

Nonostante la scarsa efficacia sui sintomi negativi e sulla cognitività, gli antipsicotici rimangono il primo trattamento per la cura della Schizofrenia, soprattutto per quanto riguarda il controllo della sintomatologia positiva (Owen, 2016). Proprio il controllo di questo tipo di sintomatologia migliora notevolmente la qualità di vita ed il funzionamento socio-lavorativo dei pazienti schizofrenici, offrendo loro la possibilità di raggiungere anche una vera e propria remissione (Haro, 2014).

Un grande ostacolo alla cura è tuttavia costituito dalla mancanza di *compliance* alla terapia psicofarmacologica, fenomeno spesso diffuso tra i pazienti e oggetto di riflessione clinica. Esso comporta ospedalizzazioni, perdita di giorni di lavoro sia per il paziente che per i suoi familiari, nonché ulteriori costi: ad oggi la Schizofrenia è una delle 25 malattie al mondo che hanno un maggior peso da un punto di vista economico (Chong, 2016).

Alla luce di tutto ciò, nel corso degli anni, la comunità scientifica ha ritenuto sempre più importante intervenire in modo mirato sin dalle frasi prodromiche di malattia al fine di migliorarne l'andamento. Proprio per questo l'appendice dell'ultimo Manuale Diagnostico Statistico ha dedicato una sezione al trattamento di questa tematica (APA, 2013).

Dunque, la chiave di un buon trattamento di questa patologia sta nella tempestività dell'intervento e nella ottimale aderenza all'assunzione della terapia antipsicotica; è stato ben documentato, infatti, che la sospensione delle cure farmacologiche nella Schizofrenia porti ad un incrementato tasso di ospedalizzazioni (Kane, 1996). Inoltre, ogni scompenso acuto comporta danni rilevanti a livello organico, ben documentati con Risonanza Magnetica (Nasrallah, 2011): l'encefalo di un soggetto schizofrenico è architetturealmente simile a quello di un paziente che soffre di demenza.

La realtà italiana mostra ancora importanti mancanze per quanto riguarda un intervento farmacologico adeguato e mirato in soggetti al primo scompenso psicotico. In un importante studio che ha coinvolto tutti i

Dipartimenti di Salute Mentale in Italia è stato trovato che solo il 35% applica una strategia farmacologica che si rifaccia alle linee guide internazionali, mentre il 90% dei centri fornisce un supporto aspecifico di tipo psicoeducativo e/o psicoterapico. Si rende pertanto necessaria una maggiore attenzione all'intervento farmacologico tempestivo, personalizzato e che si rifaccia ad evidenze di letteratura su tutto il territorio nazionale in modo uniforme (Cocchi, 2015)

Le vecchie terapie antipsicotiche depot e, soprattutto, i nuovi long-acting (LAI) sono sicuramente un'arma in più per garantire una stabilità alle cure e per minimizzare le ricadute rispetto alle sole terapie orali (Khan, 2016), anche se la prescrizione rimane ancora troppo bassa per tutta una serie di perplessità degli psichiatri (Brissos, 2014). Si stima, infatti, che in Italia più del 90% degli psichiatri si dichiara favorevole all'uso dei LAI, ma solamente il 17% effettivamente li prescrive (Piccinni, 2015).

BARRIERE ALL'UTILIZZO DEI LAI E LA NECESSITÀ DI UN INTERVENTO PRECOCE

Diversi studi (Offord, 2013; Marcus, 2015) hanno dimostrato come il tasso di ricadute e di reospedalizzazione sia nettamente diminuito con l'assunzione di una terapia long-acting e come questa consapevolezza sia stata acquisita dagli psichiatri (Hamann, 2010). Anche solo la mancanza di assunzione o l'assunzione irregolare della terapia psicofarmacologica per os, infatti, può condurre ad uno scompenso clinicamente rilevante (Weiden, 2004): solo un'assunzione regolare della terapia antipsicotica può garantire il benessere del paziente nel tempo (Kane, 1996).

Nonostante il 42% dei giovani pazienti abbandoni la farmacoterapia dopo un anno dall'insorgenza della sintomatologia psicotica e circa il 50% sospenda la terapia antipsicotica orale dopo la prima ospedalizzazione (Tiihonen, 2011), la somministrazione dei LAI rimane ad uso pressoché esclusivo di una popolazione di pazienti cronicizzati sia come sintomatologia (positiva, negativa e cognitiva) che come basso funzionamento socio-lavorativo (Mirski, 2012).

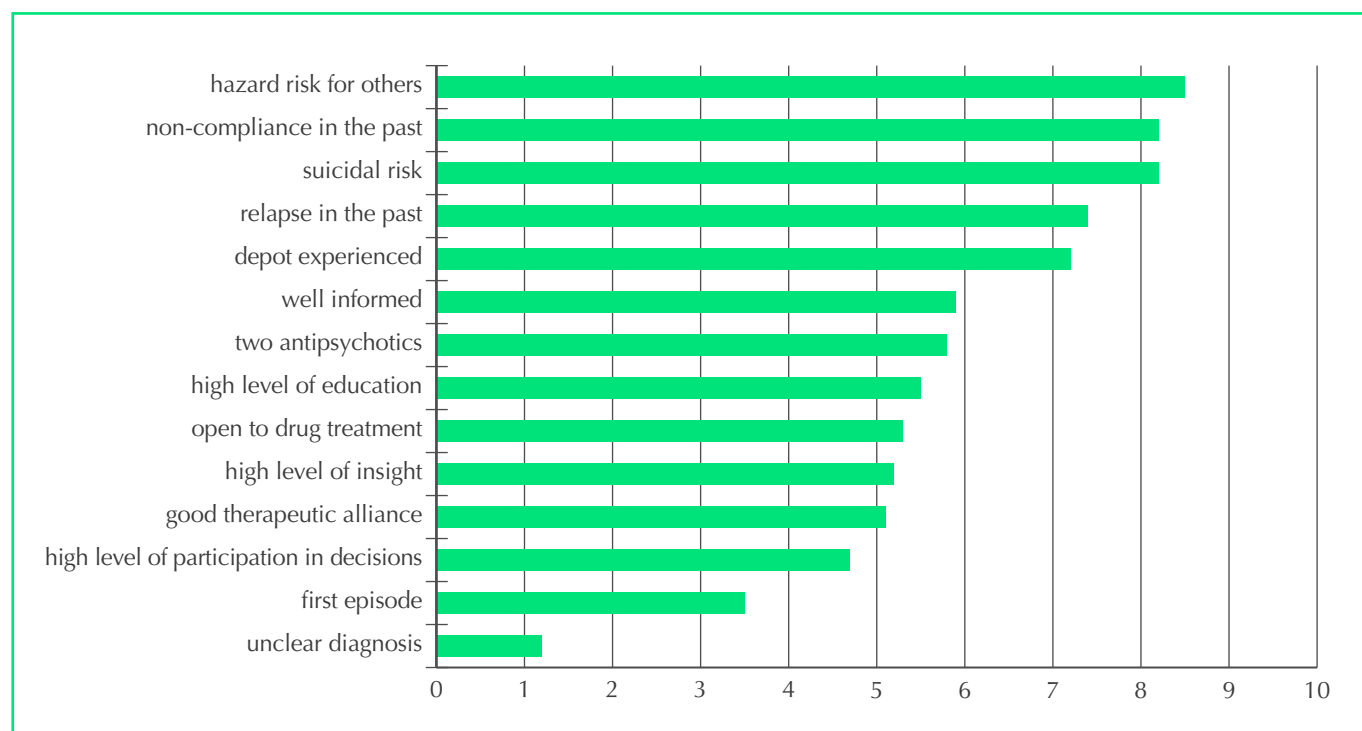


Figura 1— tratta da: Heres S, Hamann J, Mendel R, Wickelmaier F, Pajonk FG, Leucht S, Kissling W, *Identifying the profile of optimal candidates for antipsychotic depot therapy. A cluster analysis.* *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32(8):1987-93, 2008.

In un interessante lavoro è stato evidenziato come emerga, da una vasta intervista ad una popolazione di psichiatri, che la prescrizione di LAI a giovani al primo scompenso psicotico sia drammaticamente bassa: essere all'esordio di malattia costituisce addirittura una delle ultime motivazioni alla prescrizione di LAI (*figura 1*). Negli ultimissimi anni il paradigma sta cominciando a cambiare: perché non prescrivere le terapie depot/long-acting a soggetti giovani all'esordio di malattia e garantendo loro un minore tasso di ricadute con un netto miglioramento prognostico? (Stahl, 2014).

Analizzando la realtà clinica, in un recente studio (De Bartolomeis, 2016) si è indagato quali siano i motivi che influenzano la scelta di una terapia antipsicotica rispetto ad un'altra e quali elementi sono alla base di una prescrizione di un LAI. Gli Autori hanno trovato che il primo fattore a guidare la scelta di una terapia rispetto ad un'altra sia l'efficacia, seguita dalla tollerabilità, funzionamento globale socio-lavorativo ed infine la qualità di vita. Inoltre, è stato documentato che il primo motivo che spinge uno psichiatra ad intraprendere una terapia LAI sia la scarsa aderenza all'assunzione di farmaci antipsicotici per bocca; giocano un ruolo importante anche lo scarso controllo della sintomatologia (positiva) con terapie orali, un contesto sociale di isolamento, giovani pazienti all'esordio di malattia e, infine, la mancanza di altri interventi terapeutici.

Nonostante le evidenze di letteratura sottolineino l'importanza dell'assunzione di una terapia antipsicotica soprattutto all'inizio della malattia (Subotnik, 2015), l'idea di prescrivere una terapia long-acting all'esordio di Schizofrenia non è così radicata ed è presente un'ambivalenza comunicativa al giovane paziente dovuta a pregiudizi del prescrittore (Weiden, 2015), che spesso non spiegano i vantaggi di una tale scelta terapeutica, lasciando il paziente (ed i familiari) in dubbi o paure (Potkin, 2013).

Gli elementi più comuni legati alla mancanza di una prescrizione di una terapia LAI sono soprattutto legati

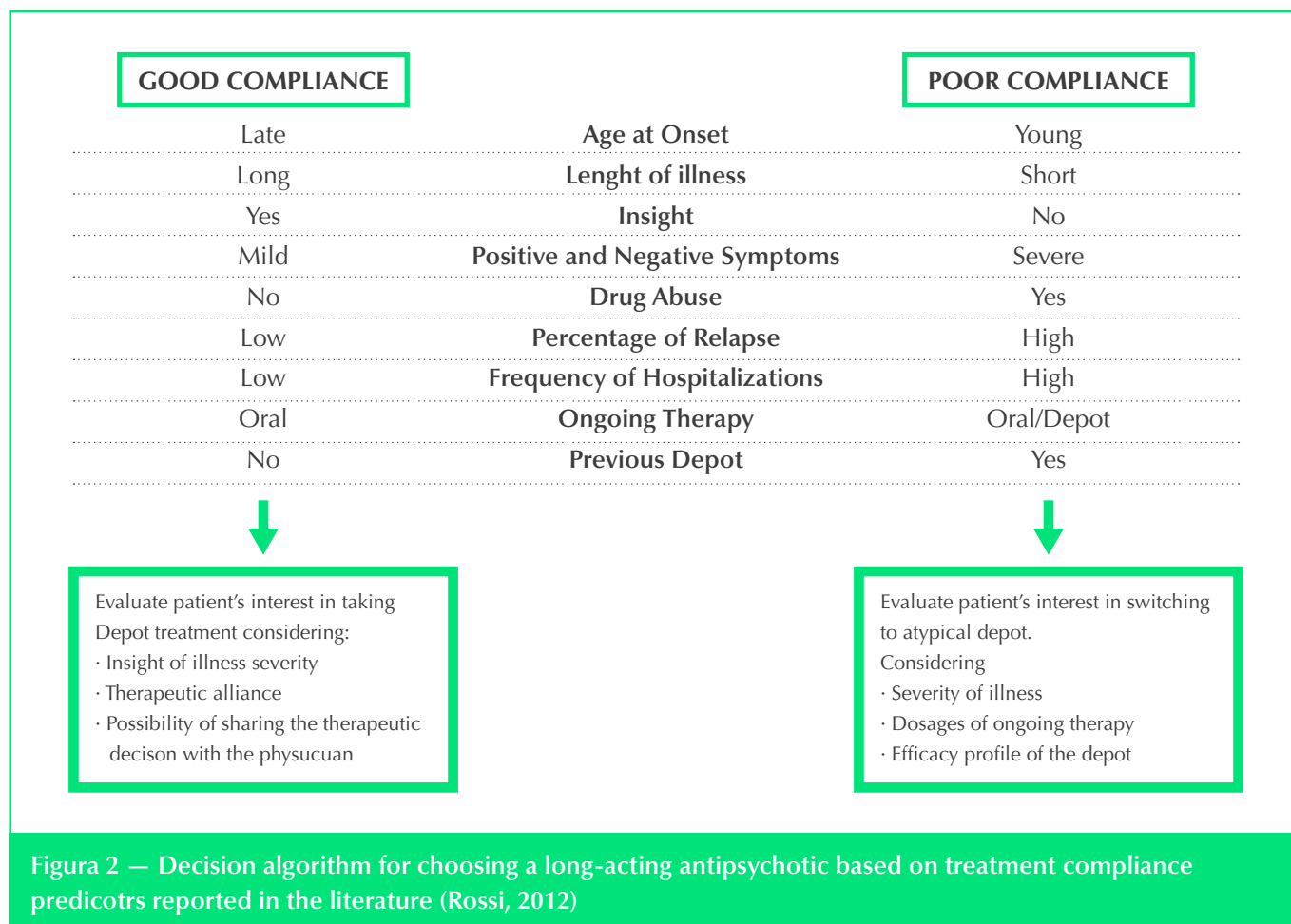
al timore di una scarsa tollerabilità e sicurezza, di effetti indesiderati potenzialmente più gravi rispetto ad una terapia orale, allo stigma verso l'esecuzione di una terapia iniettiva che lega il paziente ad una struttura ambulatoriale e, infine, a costi elevati (Brissos, 2014).

Queste perplessità e barriere all'utilizzo dei LAI sono spesso poco supportate da recenti evidenze di letteratura: alcuni lavori suggeriscono una parità di efficacia (Misa-wa, 2016) tra terapia LAI ed orale. Le due modalità di somministrazione mostrano anche la stessa probabilità di comparsa di gravi effetti indesiderati (Adams, 2001; Glazer, 1992). Addirittura, la qualità di vita è migliore in persone che assumono LAI (Pietrini, 2016) ed i costi sanitari correlati con ospedalizzazioni, uso inappropriato di farmaci e perdita di giornate lavorative per pazienti e caregivers (Lin, 2013) sono notevolmente più bassi rispetto a quelli dei pazienti schizofrenici che assumono terapie antipsicotiche orali. Esistono anche evidenze che mostrano come la prescrizione di LAI diminuisca in modo significativo il numero di omicidi commessi da pazienti con una diagnosi di psicosi (Sher, 2015).

Inoltre, lo stigma può essere ridimensionato con una corretta psicoeducazione (Amlan, 2014); i familiari sarebbero esentati dal controllo dell'assunzione del farmaco e i sanitari potrebbero attivamente monitorare ed eventualmente agire in caso di interruzione delle terapie (NICE, 2009).

Oltre alle perplessità discusse, che limitano la prescrizione di LAI, esiste anche un'altra problematica, già accennata sopra, riguardante la poco corretta identificazione del paziente candidabile a questo tipo di trattamento.

Come suggerito da un interessante lavoro (Rossi, 2012), alcuni pazienti in particolare mostrano una statisticamente significativa possibilità di interrompere le prescrizioni farmacologiche, fatto che li candiderebbe all'assunzione di una terapia long-acting: essi sono giovani pazienti con una breve storia di malattia, con mancanza o parziale di consapevolezza di malattia, con eventuale presenza di abuso di sostanze stupefacenti (*si veda anche figura 2*).



CONCLUSIONI

Le evidenze suggeriscono che il disturbo schizofrenico è una problematica in cui serve un intervento farmacologico precoce per migliorare l'andamento della malattia. È noto, inoltre, che l'assunzione di una terapia continuativa e sicura garantisce una prognosi migliore. La somministrazione delle terapie depot e long-acting, dunque, soddisfa questa esigenza dei clinici e garantisce ai pazienti una remissione sintomatologica e un miglioramento della qualità della vita.

Spesso, tuttavia, i clinici stessi hanno preconcetti che rendono la presentazione dei LAI poco convincente ai pazienti e ai loro familiari: essi sembrano risultare un presidio poco valido, orientando conseguentemente la scelta su terapie orali che non garantiscono quei risultati che sono spesso sperati per la risoluzione delle problematiche cliniche. Recenti evidenze hanno dimostrato come questi pregiudizi siano spesso infondati e come le terapie long-acting rappresentino un'opzione che cambia drammaticamente l'andamento della

malattia: infatti, come mostrato, i pazienti possono beneficiare di una diminuzione dei tassi di ricadute, di ospedalizzazioni e di un miglioramento della qualità di vita. Inoltre, l'uso dei LAI comporterebbe una significativa riduzione dei costi della disabilità correlata alla Schizofrenia. Il compito del clinico dovrebbe avvicinarsi sempre più all'individuare in modo puntuale il candidato ideale per questo percorso terapeutico e al comunicare al meglio i vantaggi e gli eventuali svantaggi di questo tipo di terapie.

Afferenza degli autori

* *Direttore DSM "Ospedale San Paolo" ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

** *Psichiatra DSM "Ospedale San Paolo" ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

RIFERIMENTO MAIL: simone.cavallotti@ao-sanpaolo.it

BIBLIOGRAFIA

1. Barbato A., *Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy*, *Aust N Z J Psychiatry*. 32: 673-679, 1998.
2. McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J., *Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality*, *Epidemiol Rev*. 30: 67-76, 2008.
3. Owen M.J., Sawa A., Mortensen P.B., *Schizophrenia*, *Lancet*. 388(10039): 86-97, 2016.
4. Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A., et al., *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*, *Lancet*. 370: 319-328, 2007.
5. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, *Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci*, *Nature*. 511:421-427, 2014.
6. Fusar-Poli P., Rocchetti M., Sardella A., Avila A., Brandizzi M., Caverzasi E., Politi P., Ruhrmann S., McGuire P., *Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis*, *Br J Psychiatry*. 207(3):198-206, 2015.
7. Haro J.M., Novick D., Perrin E., Bertsch J., Knapp M., *Symptomatic remission and patient quality of life in an observational study of schizophrenia: is there a relationship?*, *Psychiatry Res*. 220(1-2):163-169, 2014.
8. Chong H.Y., Teoh S.L., Wu D.B., Kotirum S., Chiou C.F., Chaiyakunapruk N., *Global economic burden of schizophrenia: a systematic review*, *Neuropsychiatr Dis Treat*. 12:357-73, 2016.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth edition: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
10. Kane J.M., *Schizophrenia*, *N Engl J Med*. 334(1):34-41, 1996.
11. Nasrallah H.A., Smeltzer D.J., *Contemporary diagnosis and management of the patient with schizophrenia*, *Handbooks in Health Care* co, 2011.
12. Cocchi A., Cavicchini A., Collavo M., Ghio L., Macchi S., Meneghelli A., Preti A., *Implementation and development of early intervention in psychosis services in Italy: a national survey promoted by the Associazione Italiana Interventi Precoci nelle Psicosi*, *Early Interv Psychiatry*. Sep 29, 2015.
13. Khan A.Y., Salaria S., Ovais M., Ide G.D., *Depot antipsychotics: Where do we stand?* *Ann Clin Psychiatry*. 28(4):289-298, 2016.
14. Brissos S., et al, *The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal*, *Ther Adv Psychopharmacol*. 4(5): 198-219, 2014.
15. Piccinni C., Piazza A., Poluzzi E., Tarricone I., Koci A., Berardi D., Fioritti A., de Ponti F., *Social and clinical descriptors of antipsychotic prescription*, *Int J Psychiatry Med*. 49(1):45-62, 2015.
16. Offord S., Wong B., Mirski D., Baker R.A., Lin J., *Healthcare resource usage of schizophrenia patients initiating long-acting injectable antipsychotics vs oral*, *J Med Econ*. 16(2):231-239, 2013.
17. Marcus S.C., Zummo J., Pettit A.R., Stoddard J., Doshi J.A., *Antipsychotic adherence and rehospitalization in schizophrenia patients receiving oral versus long-acting injectable antipsychotics following hospital discharge*, *J Manag Care Spec Pharm*. 21(9):754-768, 2015.
18. Hamann J., Mendel R., Heres S., Leucht S., Kissling W., *How much more effective do depot antipsychotics have to be compared to oral antipsychotics before they are prescribed?* *Eur Neuropsychopharmacol*. 20(4):276-9, 2010.
19. Weiden P.J., Kozma C., Grogg A., Locklear J., *Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia*, *Psychiatr Serv*. 55(8):886-891, 2004.
20. Tiihonen J., Haukka J., Taylor M., Haddad P.M., Patel M.X., Korhonen P., *A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia*, *Am J Psychiatry*. 168(6):603-9, 2011. Erratum in: *Am J Psychiatry*. 169(2):223, 2012.
21. Mirski D et al., *LAI antipsychotics are currently used in patients with more severe Schizophrenia*, Presented at: 2012 Meeting of the American Psychiatric Association. May 5-9, 2012; Philadelphia, PA. Poster NR6-26.
22. Stahl S.M., *Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first?* *CNS Spectr*. 19(1):3-5, 2014.

23. De Bartolomeis A., Fagiolini A., Vaggi M., Vampini C. *Targets, attitudes, and goals of psychiatrists treating patients with schizophrenia: key outcome drivers, role of quality of life, and place of long-acting antipsychotics*, *Neuropsychiatr Dis Treat.* 11;12:99-108, 2016.
24. Subotnik K.L., Casaus L.R., Ventura J., Luo J.S., Hellemann G.S., Gretchen-Doorly D., Marder S., Nuechterlein K.H., *Long-acting injectable risperidone for relapse prevention and control of breakthrough symptoms after a recent first episode of schizophrenia. A randomized clinical trial*, *JAMA Psychiatry.* 72(8):822-9, 2015.
25. Weiden P.J., Roma R.S., Velligan D.I., Alphs L., DiChiara M., Davidson B., *The challenge of offering long-acting antipsychotic therapies: a preliminary discourse analysis of psychiatrist recommendations for injectable therapy to patients with schizophrenia*, *J Clin Psychiatry.* 76(6):684-90, 2015.
26. Potkin S., Bera R., Zubek D., Lau G. B., *Patient and prescriber perspectives on long-acting injectable (LAI) antipsychotics and analysis of in-office discussion regarding LAI treatment for schizophrenia*, *MC Psychiatry.* 13:261, 2013.
27. Misawa F, Kishimoto T, Hagi K, Kane JM, Correll CU., *Safety and tolerability of long-acting injectable versus oral antipsychotics: A meta-analysis of randomized controlled studies comparing the same antipsychotics*. *Schizophr Res.* 176(2-3):220-30, 2016.
28. Adams C.E., Fenton M.K., Quraishi S., David A.S., *Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia*, *Br J Psychiatry.* 179:290-299, 2001.
29. Glazer W.M., Kane J.M., *Depot neuroleptic therapy: an underutilized treatment option*. *J Clin Psychiatry.* 53(12):426-33, 1992.
30. Pietrini F, Spadafora M., Tatini L., Talamba G.A., Andrisano C., Boncompagni G., Manetti M., Ricca V., Ballerini A., *LAI versus oral: A case-control study on subjective experience of antipsychotic maintenance treatment*, *Eur Psychiatry.* 37:35-42, 2016.
31. Lin J., Wong B., Offord S., Mirski D., *Healthcare cost reductions associated with the use of LAI formulations of antipsychotic medications versus oral among patients with schizophrenia*, *J Behav Health Serv Res.* 40(3):355-66, 2013.
32. Sher L., Rice T., *World Federation of Societies of Biological Psychiatry Task Force on Men's Mental Health, Prevention of homicidal behaviour in men with psychiatric disorders*. *World J Biol Psychiatry.* 16(4):212-29, 2015
33. Amlan K.D., Malik A., Haddad P.M., *A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections*, *Ther Adv Psychopharmacol.* 4(5): 179-185, 2014.
34. NICE, *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (update)*. NICE Clinical Guidelines No. 82. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2009.
35. Rossi G., Frediani S., Rossi R., Rossi A., *Long-acting antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia: use in daily practice from naturalistic observations*, *BMC Psychiatry.* 12:122, 2012.

Dipendenza da internet e comorbidità psicopatologica

Una indagine in pazienti in carico ai servizi di salute mentale dell'area metropolitana

*Ilaria Di Bernardo, Roberto Truzoli,
Alberto Varinelli, Caterina A. Viganò*

INTRODUZIONE

Dalla prima idea che l'uso problematico di internet si potesse configurare come dipendenza (Youngk. 1996), si sono accumulate evidenze sempre maggiori su esistenza e diffusione della patologia da dipendenza da Internet (IAD) (Ko et al., 2012; Tam et al., 2013). La prevalenza della IAD ad oggi si attesta tra 0,3% - 0,7% negli USA, in Asia è significativamente maggiore, intorno al 26,7% ed in Italia è 0,8% (Kuss et al., 2013). In altri lavori condotti in Italia sugli adolescenti si registra prevalenza di IAD intorno al 5% (Tam et al., 2013; Poli et al., 2012; Taranto et al., 2015). In molti studi sta emergendo una significativa presenza di comorbidità psichiatrica nei soggetti con IAD: i disturbi più frequentemente associati sono ADHD, disturbi depressivi e bipolari, disturbi di ansia e soprattutto ansia sociale, discontrollo dell'aggressività, disturbo di personalità ossessivo compulsivo, borderline, narcisistico, istrionico ed evitante, nonché presenza di altre dipendenze (alcol ed altre sostanze) (Bernardi et al., 2009; Shapira et al., 2000; Ko et al., 2012). Diversi autori inoltre stanno ipotizzando che esistano meccanismi eziopatogenetici e psicopatologici che possono favorire questa associazione, come pure la presenza di alterazioni fisiologiche simili alle dipendenze da sostanze (Truzoli et al., 2017).

Partendo dalle evidenze sulla comorbidità psicopatologica, questo studio ha voluto indagare la prevalenza dell'uso problematico di internet in associazione ad

altri disturbi psichiatrici in pazienti in cura presso alcuni centri specialistici della realtà metropolitana milanese. Sono stati scelti tre setting diversi (uno ambulatoriale, una comunità riabilitativa per adulti ed una UONPIA) afferenti allo stesso dipartimento di salute mentale per selezionare una popolazione a più ampio spettro di età e patologia. In associazione allo studio della prevalenza di IAD è stata associata una valutazione della prevalenza del nucleo psicopatologico, distinto tra esternalizzante o internalizzante, secondo i criteri proposti dal DSM-5, in relazione alla positività a IAD. Secondo quanto proposto nel DSM-5, i disturbi vengono raggruppati in accordo con quelli che vengono chiamati fattori internalizzanti ed esternalizzanti. I disturbi internalizzanti sono caratterizzati fondamentalmente da sintomi di tipo ansioso, depressivi e somatici mentre i disturbi esternalizzanti sono rappresentati includendo le diagnosi che implicano comportamenti antisociali, alterazioni della condotta e disturbi del controllo degli impulsi. "All'interno sia del gruppo dei disturbi internalizzanti, sia del gruppo dei disturbi esternalizzanti la condivisione di fattori di rischio genetici e ambientali, spiega probabilmente molte delle comorbidità sistematiche osservate sia nei campioni clinici sia in quelli della popolazione generale." (DSM-5).

MATERIALI E METODI

Descrizione del campione

I centri che hanno aderito allo studio sono stati il Centro Trattamento Disturbi Depressivi del presidio Sacco della ASST FABF Sacco, la Comunità Riabilitativa ad alta intensità (CRA) della UO Psichiatria 2 dello stesso presidio ospedaliero e una UONPIA limitrofa. Nello studio sono stati reclutati in modo volontario tutti i pazienti che si sono rivolti ai centri coinvolti nell'indagine dall'ottobre 2014 al gennaio 2016, previo consenso informato alla compilazione del questionario.

Sono stati inclusi pazienti superiori ai 14 anni, con presa in carico stabile presso un servizio di psichiatria

Tabella 1.1 — Stratificazione del campione per classi d'età

AGE GROUP	N° pazienti (%)	Minimo	Massimo	Media	Deviaz. standard
Età: 14-19 aa					
Pz. UONPIA	22 /15%)	14	19	16,18	1,65
Età: 20-30 aa					
Pz. CRA, CTDD	34(23,3%)	20	30	23,85	3,07
Età: 31-45 aa					
Pz. CTDD	37 (25,3%)	31	45	40,11	3,84
Età: 46-60 aa					
Pz. CTDD	35 (24%)	46	59	51,28	4,35
Età: >60 aa					
Pz. CTDD	18 (12,3%)	61	82	69,22	6,48

o neuropsichiatria infantile. Sono stati esclusi dallo studio: i pazienti con quadri psicopatologici e deficit neuro cognitivi tali da rendere impossibile un'adeguata comprensione e compilazione dei questionari, i pazienti con DUA (Disordine da Uso di Alcol) e DUS (Disordine da Uso di Sostanze) in fase attiva, i pazienti con quadro psicopatologico attivo e grave compromissione dello stato di realtà.

Questionario

L'Internet Addiction Test (IAT – Kimberly Young, 1998) è stato inserito in una scheda di rilevazione sulle abitudini di vita (derivato da quello di Wallace, 1987). Per ogni paziente veniva compilata una scheda, composta sia da risposte multiple sia da risposte aperte, atta a raccogliere informazioni socio demografiche, anamnesi psicopatologica.

L'Internet Addiction Test è un test auto compilato composto da 20 items; ogni item è valutato attraverso una scala likert (mai, raramente, talvolta, spesso e sempre che corrispondono a uno score da 1 a 5). Il test include sei sottoscale che permettono di indagare le sei dimensioni psicopatologiche dell'IAD: compromissione della vita socio-relazionale (items 4,5,9,13,16,18); compromissione della qualità di vita personale (items 2,12,14,19,20); uso compensatorio di internet (items 7,11,15); compromis-

sione delle performance in ambito lavorativo/scolastico (items 6,8); compromissione nel controllo del proprio tempo (items 1,17); utilizzo eccitatorio di internet (item 3,10). Un soggetto è ritenuto avere un uso patologico di Internet con un punteggio ≥ 40 e che con un punteggio >60 si parla di IAD grave.

METODI

Per lo svolgimento dell'indagine è stato chiesto a tutti i pazienti in prima visita di compilare il questionario IAT. Il questionario è stato proposto anche agli ospiti della Comunità Riabilitativa ad Alta Intensità di età inferiore ai 30 anni, durante la prima settimana di inserimento. La computazione dello score al test era immediata e permetteva allo specialista, già durante la visita, di approfondire con domande la presenza della problematica per inquadrare in modo più corretto la dipendenza da internet nell'ambito del quadro psicopatologico generale.

ANALISI STATISTICA DEI DATI

Si è provveduto ad effettuare un'analisi descrittiva del campione, attraverso misure di frequenza e percentuali per le variabili qualitative e di medie e deviazioni standard, minimo e massimo per le variabili quantitative. Questa analisi è stata ripetuta per valutare le differenze

Tabella 1.2 — distribuzione IAT positivi nel campione generale per fasce di età

AGE GROUP	TOT. PAZIENTI	N° PAZIENTI IAD POSITIVI	PREVALENZA%
14-19 anni	22	15	68,18%
20-30 anni	34	7	20,59%
31-45 anni	37	5	13,51%
46-60 anni	35	3	8,57%
>61 anni	18	1	5,56%
totale	146	31	21,23%

all'interno del campione fra soggetti nelle diverse fasce d'età, in particolare è stato analizzato il gruppo dei pazienti risultati positivi al test IAT. Le differenze sono state valutate attraverso il test del chi quadro, il test esatto di Fischer e l'ANOVA (Analysis of Variance) per le variabili qualitative e con il coefficiente di correlazione di Pearson e con il Test T di Student per dati non appaiati, nel caso di variabili quantitative.

RISULTATI DELLO STUDIO

Lo studio è stato condotto su un campione totale di 146 pazienti, di cui 22 in carico all'UONPIA e 122 afferenti ai servizi psichiatri per adulti (CTDD E CRA). Tutti i soggetti includibili nello studio hanno accettato di partecipare allo stesso, mostrando sensibilità verso la tematica della abitudini di vita. L'età media del campione è di 39 (d.s 17,28 anni). Poiché il campione comprende un'ampia popolazione con età estremamente differenti, è stato ritenuto utile, al fine di una migliore analisi delle caratteristiche del campione, suddividere in 5 classi di età come mostrato nella *tabella 1.1*:

La distribuzione per genere mostra una prevalenza del sesso femminile nel campione generale, composto da 86 donne (58,9%) e 60 uomini (41,1%). Considerando solo il sottocampione dei pazienti in carico presso il servizio di neuropsichiatria infantile e dei pazienti dai 20 ai 30 anni, si osserva una distribuzione perfettamente equa tra i due generi.

Per quanto riguarda le **diagnosi psichiatriche** nel

campione il 28,1% (41 pazienti) sono affetti da Disturbi Depressivi Maggiori, seguiti dalle sindromi ansioso depressive 18,5% (27 casi), i disturbi di ansia 14,4% (21 casi), 9,6% con disturbi dell'adattamento (14 casi), 6,8% con Disturbi con manifestazioni psicotiche (10 casi), 3,4% (5 casi) con Disturbo Bipolare, il 2,7% con Disturbo Ossessivo Compulsivo (4 pazienti). I pazienti con esclusiva diagnosi di disturbo di personalità sono 6 (4,1%), 3 casi hanno diagnosi di Disturbo del Comportamento Dirompente (2,1%), vi sono infine 11 pazienti (7,5%) con altre diagnosi e 4 casi senza disturbo psichiatrico (2,7%).

Positività alla IAD: analizzando i punteggi alla IAT risulta che 31 pazienti su 146 possono essere classificati con uso problematico di Internet (21,23%), con una diversa prevalenza di positività alla IAT nelle cinque fasce d'età come mostrato nella *tabella 1.2*.

Le distribuzioni del punteggio medio ottenuto per **classi di età** (*grafico 2.1*) evidenziano nei più giovani i

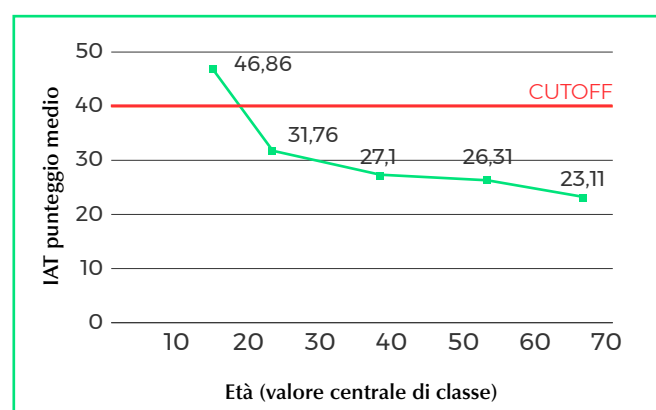
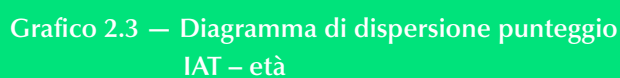
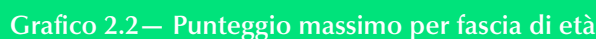


Grafico 2.1 — Punteggio medio IAT per età

È stato correlato infine il punteggio alla IAT alla tipologia di disturbi e nonostante nel nostro campione i



Successivamente sono stati analizzati singolarmente i punteggi ottenuti nelle 6 dimensioni psicopatologiche indagate dal test con diversi gruppi di items (vedi sopra). Nella *tabella 1.6* sono indicati i punteggi medi ottenuti

Tabella 1.3 — distribuzione per fasce di età nel gruppo IAT positivo

Age Group	Frequenza	Percentuale%	Percentuale cumulata%
14-19 anni	15	48,4	48,4
20-30 anni	7	22,6	71,0
31-45 anni	5	16,1	87,1
46-60 anni	3	9,7	96,8
>61 anni	1	3,2	100,0
totale	31	100,0	

Tabella 1.4 — Comorbilità: distribuzione positività IAT e diagnosi psichiatriche

Diagnosi	Pazienti IAT +	Percentuale
Disturbi depressivi	7	22,60%
Disturbo di personalità Cluster B	5	12,90%
Sindromi ansioso-depressive	4	12,90%
Disturbi dell'adattamento	4	12,90%
Disturbi d'ansia	3	9,70%
Disturbo del comportamento dirompente	3	9,70%
Disturbo di personalità Cluster C (evitante)	2	6,50%
Disturbi psicotici	2	6,50%
Disturbo di personalità nas	1	3,25%
TOTALE	31	100,00%

Tabella 1.5 — distribuzione per classi di disturbo est /internalizzante

Pz. IAT POSITIVI	Frequenza	Percentuale %
Esternalizzanti	9	29,0
Internalizzanti	22	71,0
Totale	31	100,0

Tabella 1.6) dimensioni problematiche della IAT per centro di afferenza

	Tot. pazienti UONPIA (22)	Pz. UONPIA IAD positivi (15)	Pz. UONPIA IAD negativi (7)
Punteggio medio di ogni item	2,34	2,68	1,63
Compromissione sociale	2,56	2,91	1,8
Compromissione individuale	2,33	2,75	1,43
Uso compensatorio	1,95	2,15	1,52
Calo delle performance	2,52	3,03	1,43
Compromissione nella gestione del tempo	2,61	2,77	2,29
Uso eccitatorio	1,86	2,13	1,86

negli items delle 6 dimensioni psicopatologiche sia nel campione UONPIA totale, sia stratificando tra pazienti della neuropsichiatria IAD positivi e IAD negativi. Per valutare se ci potesse essere una correlazione statisticamente significativa tra la dipendenza da internet, attestata da un punteggio al test IAT ≥ 40 e la compromissione nelle diverse dimensioni psicopatologiche, attestate da punteggi medi superiori nel gruppo IAD positivo, rispetto al gruppo IAD negativo, abbiamo applicato l'ANOVA univariata. Il test ha rilevato un'associazione statisticamente significativa tra positività all'IAD e una compromissione di tutte le dimensioni ad eccezione di quella relativa alla compromissione del controllo del proprio tempo. Con i seguenti valori di significatività statistica: compromissione della vita socio-relazionale ($p=0,001$), compromissione della qualità di vita personale ($p=0,001$), uso compensatorio di internet ($p=0,051$), calo delle performance lavorative/scolastiche ($p=0,002$), uso eccitatorio della rete ($p=0,015$). Tale risultato conferma le attese, in quanto è noto che il tempo di connessione non sia un criterio necessariamente valido a definire la dipendenza da Internet, ma siano gli aspetti legati alla compromissione del funzionamento e al rapporto distorto con la condotta d'abuso che definiscono la presenza di una dipendenza.

Al fine di indagare in modo più approfondito la psicopatologia della dipendenza da internet, le 6 dimensioni sono state valutate in relazione al tipo di disturbo esternalizzante o internalizzante.

DISTURBI ESTERNALIZZANTI E INTERNALIZZANTI

Confronto esternalizzanti-internalizzanti rispetto alle dimensioni psicopatologiche

Come si può notare dalla tabella 1.7 la media del punteggio per ogni items riportata nei pazienti con un disturbo esternalizzante è superiore rispetto a quella dei pazienti con disturbo internalizzante. Inoltre si nota come i pazienti con disturbo esternalizzanti riportino punteggi medi superiori in tutte le aree di alterazione psicopatologica, tranne quelle relative all'uso compensatorio ed eccitatorio della rete che risultano più marcatamente compromesse nei soggetti con disturbi internalizzanti. Abbiamo utilizzato l'analisi ANOVA univariata per valutare se tali risultati avessero anche una significatività statistica ed è emerso che i disturbi esternalizzanti presentano una maggiore alterazione nella sfera socio-relazionale e tale risultato è statisticamente significativo ($p=0,048$).

Discussioni dei risultati

Per effettuare questa indagine si è scelto di utilizzare come strumento principale il Test IAT per poter rilevare, con un questionario specifico e validato, l'utilizzo di Internet, che ancora fatica ad essere pienamente riconosciuto come possibile condotta d'abuso, essendo parte delle attività quotidiane. Si è scelto di includere nello studio una popolazione con un range di età molto ampio, al fine di indagare la prevalenza di IAD stratificata per fascia d'età e di reclutare pazienti provenienti da diversi

Tabella 1.7) dimensioni problematiche della IAT per tipo di disturbo

	Esternalizzanti	Internalizzanti
Media IAD	2,64	2,17
Compromissione sociale	2,99	2,3
Compromissione individuale	2,68	2,18
Uso compensatorio	2,16	2,53
Calo delle performance	3,13	2,18
alterato controllo del tempo	2,76	2,54
Uso eccitatorio	1,75	1,93

servizi psichiatrici e di neuropsichiatria infantile, con l'obiettivo di valutare la comorbidità tra IAD e disturbi psichiatrici appartenenti al numero più ampio possibile di spettri psicopatologici, considerando in particolare la differenza tra disturbi internalizzanti ed esternalizzanti, come suggerito nel DSM-5. Un primo elemento da segnalare è la difficoltà incontrata nell'arruolare centri per l'indagine, soprattutto per quanto riguarda quelli dell'età evolutiva e adolescenza, in apparenza poco sensibilizzati ad affrontare il problema dato emerso in una precedente indagine sulle conoscenze nei servizi specialisti milanesi (Viganò, 2016) tuttavia gli operatori che hanno deciso di partecipare allo studio si sono dimostrati molto interessati al lavoro e hanno dimostrato grande attenzione al tema dell'individuazione precoce della dipendenza da Internet in comorbidità con altri disturbi psichiatrici. I test sono stati ben accettati dai pazienti e talvolta le domande dei questionari hanno suscitato interesse e ulteriori domande al curante. Da quanto emerso dallo studio in un campione selezionato, già gravato da comorbidità psichiatrica, si è evidenziata una prevalenza di IAD pari al 21,23%, certamente superiore ai dati riportati in letteratura relativi alla prevalenza di IAD nella popolazione generale italiana senza una comorbidità psichiatrica (Kuss e Griffiths, 2013; Tam et al., 2013; Poli et al., 2012; Taranto et al., 2015). Anche in questo studio, sebbene su un campione ridotto, si conferma la maggior frequenza della IAD nelle fasce di età più giovanili che vedono anche punteggi IAT più alti. Infatti nel gruppo dei giovani pazienti provenienti dal servizio di neuropsichiatria infantile (14-19 anni) la positività al test IAT arriva al 68% mentre nel gruppo di pazienti dei servizi psichiatrici per adulti (≥ 20) arriviamo al 13%. Tutti i valori di prevalenza riscontrati nel nostro campione sia totale, sia stratificato per age groups risultano superiori rispetto alle prevalenze riportate in letteratura (Kuss e Griffiths, 2013; Taranto et al., 2015) nei controlli senza patologia psichiatrica, confrontabili per età. La presenza di IAT anche in soggetti di età adulta e anche over 40,

sebbene con gravità che decresce all'aumentare dell'età, rende importante indagarla ad ogni età. Riprendendo quindi quanto già noto per altre dipendenze la presenza di un disturbo psicopatologico si trova spesso in comorbidità e quindi appare importante indagare nei setting psichiatrici e neuropsichiatrici non solo la comorbidità per le dipendenze da sostanze classiche ma anche quella da internet, potendo essere questi setting i primi punti di identificazione di un problema in rapida diffusione anche nei paesi occidentali confermando l'ipotesi che, con la diffusione ed accessibilità sempre maggiore dei mezzi informatici, i casi di dipendenza da internet si stiano verificando anche nelle classi di età che fino a poco tempo fa sembravano esenti da questo disturbo (Korzeniowska et al., 2015). Questi risultati hanno valore descrittivo per il nostro campione, anche se restano comunque di estrema importanza perché riflettono come l'Internet Addiction interessi fasce di età differenti dalla maggior parte degli studi presenti in letteratura (Ko et al., 2008). Nei pazienti esaminati i quadri di comorbidità più frequentemente associati all'Internet Addiction Disorder sono i Disturbi Depressivi maggiori, la classe dei Disturbi D'ansia e le sindromi ansioso-depressive non altrimenti definite. Questi dati ricalcano l'associazione nota in letteratura tra tali patologie psichiatriche e l'uso patologico di Internet (Ko et al., 2012), anche se in una popolazione di età inferiore ai 25 anni, soprattutto per quanto riguarda i disturbi depressivi (Ko et al., 2008) e la fobia sociale (Morhan-Martin, 1999). Ciononostante si rileva una considerevole prevalenza di IAD anche tra i pazienti con disturbi con manifestazioni psicotiche, in particolare tra i pazienti di età inferiore ai 30 anni; tale associazione è meno nota in letteratura, anche se alcuni autori hanno segnalato l'importanza di valutare regolarmente con uno screening la comorbidità con IAD anche nelle comunità riabilitative (Wolfling K. et al., 2015). Questo risultato suggerisce la possibilità di iniziare a valutare la presenza di una dipendenza da internet anche in associazione agli esordi di una psicopatologia grave soprattutto nei

giovani adulti. Per quanto riguarda i risultati relativi al campione di pazienti dai 14 ai 19 anni reclutati presso il servizio di neuropsichiatria infantile, come ci si aspettava dalla letteratura la prevalenza di IAD è risultata molto più elevata rispetto alle altre classi di età, con punteggi di gravità maggiore, confermando che gli adolescenti sono il gruppo a maggior rischio di dipendenza da internet.

Nel campione risultato positivo si è notato che tutte le dimensioni associate alla IAD risultano compromesse (vita socio-relazionale, vita personale) che spesso internet è usato in modo compensatorio e/o eccitatorio con calo delle performance lavorative e scolastiche. Mentre sembra non compromessa in modo esteso l'area relativa alla auto percezione della gestione del proprio tempo. Tale risultato conferma quanto emerge dalla letteratura (Young, 1996) circa l'inconsistenza dell'utilizzo dei parametri connessi alla durata della connessione e alla gestione del tempo online, come criteri diagnostici per la dipendenza da internet e ribadisce in modo statisticamente significativo quali siano gli ambiti del funzionamento che vengono alterati dalla dipendenza da Internet. È stata riscontrata un'associazione significativa tra pazienti con IAD in comorbilità con un disturbo esternalizzanti (disturbo da comportamento dirompente, disturbo istrionico di personalità e disturbo narcisistico di personalità) e maggiore alterazione della dimensione socio-relazionale. A indicare che in questo tipo di disturbi psichiatrici la dimensione di funzionamento che viene principalmente coinvolta nell'IAD sia quella relativa al funzionamento sociale. Risultato atteso visto che i disturbi esternalizzanti determinano appunto un'esternazione dei sintomi verso l'ambiente socio relazionale circostante, determinando un funzionamento sociale precario e disfunzionale. Pertanto visti tali risultati è ragionevole pensare che i pazienti con un disturbo esternalizzante possano utilizzare la rete per sopperire alle difficoltà relazionali nella vita reale. La dipendenza da internet e i nuclei psicopatologici ad essa sottesi dovrebbero quindi essere opportunamente indagati per definire in modo più completo il quadro

psicopatologico di pazienti con IAD in comorbilità con un disturbo psichiatrico.

Conclusioni

Lo studio condotto presso alcuni servizi di salute mentale dell'area metropolitana, sia per adulti, che in minor misura per ragazzi, ha permesso di verificare la presenza della IAD o di condotte problematiche anche in fasce di età non considerate a rischio, in percentuali significative. Indagare le abitudini di vita dei pazienti in fase anamnestica soprattutto per quanto attiene a comportamenti problematici è certamente una abitudine dello psichiatra che spesso però si trova davanti alla negazione o alla minimizzazione del fenomeno quando di tratta di sostanze; tuttavia vi è poca sensibilità alla valutazione delle condotte in rete (modalità di uso, tempi, ricadute sul funzionamento) pur essendo la rete entrata nella nostra quotidianità lavorativa, scolastica e nella nostra comunicazione e spesso non vengono poste domande specifiche. Come evidenziato, dato che i nuclei psicopatologici del disturbo psichiatrico presente in comorbilità e della dipendenza da internet possano essere analoghi; le modalità di uso patologico della rete potrebbero essere considerate come un'ulteriore espressione sintomatologica della psicopatologia sottostante. Tale osservazione offre un'apertura verso prospettive future che potrebbero portare all'inserimento tra i criteri diagnostici per i disturbi mentali, delle caratteristiche relative alle modalità di utilizzo della rete. In futuro le informazioni relative alle motivazioni di connessione, al tipo di attività svolta online, alle modalità di instaurare cyber relazioni e di gestire i propri profili sui social, potrebbero essere considerati come ulteriori strumenti per indagare la struttura personologica (deviante o meno) e le alterazioni psicopatologiche dei soggetti affetti da un disturbo psichiatrico. Inoltre la presenza di condotte problematiche di uso della tecnologia (gioco online, uso eccessivo dei social) può mimetizzarsi e confondere il quadro fenomenologico di sintomi psicopatologici (ri-

tiro sociale, abulia, aggressività) sintomi che non sempre rispondono adeguatamente alle terapie, anzi incidono negativamente sulla motivazione al cambiamento e alla aderenza al trattamento nella sua complessità, influenzando il decorso della patologia associata e l'esito dei trattamenti. La ricerca di queste condotte, non percepite anomale dalla maggior parte delle persone, richiede comunque una cautela nella presentazione delle domande per non sollecitare diffidenza difensiva. L'utilizzo di un protocollo sulle "abitudini di vita" che comprende al suo interno il test per la IAD, si è dimostrato facile e ben accettato dai pazienti, curiosi dell'esito ed ha permesso in alcuni casi un'apertura all'approfondimento di altre forme di dipendenza. L'esperienza condotta ha mostrato come punto critico il reclutamento di centri soprattutto nell'ambito della Neuropsichiatria Infantile, per motivazioni per lo più organizzative. In conclusione lo studio conferma la necessità di indagare la presenza di IAD anche nei pazienti di età superiore ai 35 anni afferenti a servizi psichiatrici, come metodo di prevenzione secondaria di peggioramenti del funzionamento sociale e relazionale di queste persone. Il momento del contatto con uno psichiatra per una depressione o un disturbo di ansia è spesso la prima occasione per rivalutare gli stili di vita della persona e promuoverne il benessere.

Afferenza degli autori

Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco Università degli Studi di Milano

U.O.C. Psichiatria 2, ASST Fatebenefratelli Sacco Milano

INDIRIZZO EMAIL: caterina.vigano@unimi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Young K. S., *Psychology of computer use, XL, addictive use of Internet: a case that breaks the stereotype*, in Psychological Reports, 79, pp. 899-902, 1996b.
2. Ko C.H., Yen J.Y., Yen C.F., Chen C.S., Chen C.C., *The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature*, in European Psychiatry, 27, pp. 1-8, 2012
3. Tam P, Walter G. *Problematic internet use in childhood and youth: evolution of a 21st century affliction*. Australas Psychiatry. 2013; 21(6): 533-6
4. Kuss DJ, Griffiths MD, Karila L, Billieux J. *Internet addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade*. Curr. Pharm. Des. 2013. (Epub Ahead of print).
5. Poli R., Agrimi E. *Internet addiction disorder: Prevalence in an Italian student population*. Nord. J. Psychiatry. 2012; 66 (1): 55-9
6. Taranto F, Goracci A, Bolognesi S, Elisa Borghini, Fagiolini A., *Internet Addiction Disorder in a Sample of 402 High School Student*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(2): 255-263
7. Bernardi S, Pallanti S., *Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms*, in Compr Psychiatry 50, 6, pp. 510- 516, 2009.
8. Shapira N.A., Goldsmith T.D., Keck Jr P.E., Khosla U.M., McElroy S.L., *Psychiatric features of individuals with problematic Internet use*, in J Affect Disord, 57, pp. 267-272, 2000.
9. Reed P., Romano M., Re F, Roaro A., Osborne L.A., Viganò C., Truzoli R., *Differential physiological changes following internet exposure in higher and lower problematic internet users*. PLOS One 12(5):e0178480; 25 May 2017, DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0178480
10. Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali quinta edizione.
11. Young K. *Internet Addiction Test in Caught in the net* John Wiley and Sons, New York, 1998
12. Wallace P.G. Brennan P.J., Haines A.P. *Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle?*, in Findings of the Medical Research Council's general practice research framework study on lifestyle and health, 1987.
13. C. Viganò, R. Truzoli, C. Boroni, P. Giovannelli, G. Ba *Dipendenza da Internet. Una indagine sulle conoscenze, atteggiamenti e bisogni formativi degli operatori sanitari nei CPS; SerT e nelle UONPIA della Città di Milano*. In Psichiatria Oggi (rivista della SIP Lombardia) anno XXIX, n1, gennaio-giugno 2016, 44-53.
14. Korzeniowska K, Cieslewicz A, Zasadzka E, Borowicz A, Pawlaczyk M, Jablecka A. *Analysis of the problem of addiction in the elderly*. Przegl Lek. 2015;72(3):111-4.
15. Ko CH, Yen GY, Chen CS, Chen CC, Yen CF. *Psychiatry comorbidity of internet addiction in college students: an interview study*. CNS Spectr. 2008; 13 (2): 147-53
16. Morahan-Martin JM. *The relationship between loneliness and internet use and abuse*. Cyberpsychol Behav 1999;2 (5): 431-9
17. Wolfing K, Beutel ME, Dreier M, Muller KW, *Bipolar spectrum disorders in a clinical sample of patients with Internet addiction: hidden comorbidity or differential diagnosis?* J Behav Addict. 2015; 4(2).101-5

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

Un progetto in Valtellina e Alto Lario

*Mario Ballantini**

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

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

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

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

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

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

ADHD TRA BAMBINO E ADULTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVI PRINCIPALI

Gli obiettivi principali del progetto possono così riassumersi:

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

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

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

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

ATTIVITÀ PREVISTE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI PRINCIPALI

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

La seconda attività consiste nell'Implementazione di una *fase di Screening* attraverso la Scala di Autovalutazione ASRS-V1.1 per l'ADHD dell'adulto formato a sei items che sarà somministrato agli utenti in prima visita che accedono ai servizi psichiatrici del DSM. La platea interessata sono 1300 adulti che ogni anno si rivolgono ai diversi CPS e ambulatori del DSMD.

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

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

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

RISULTATI ATTESI

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

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

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

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

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

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

INDICATORI INDIVIDUATI

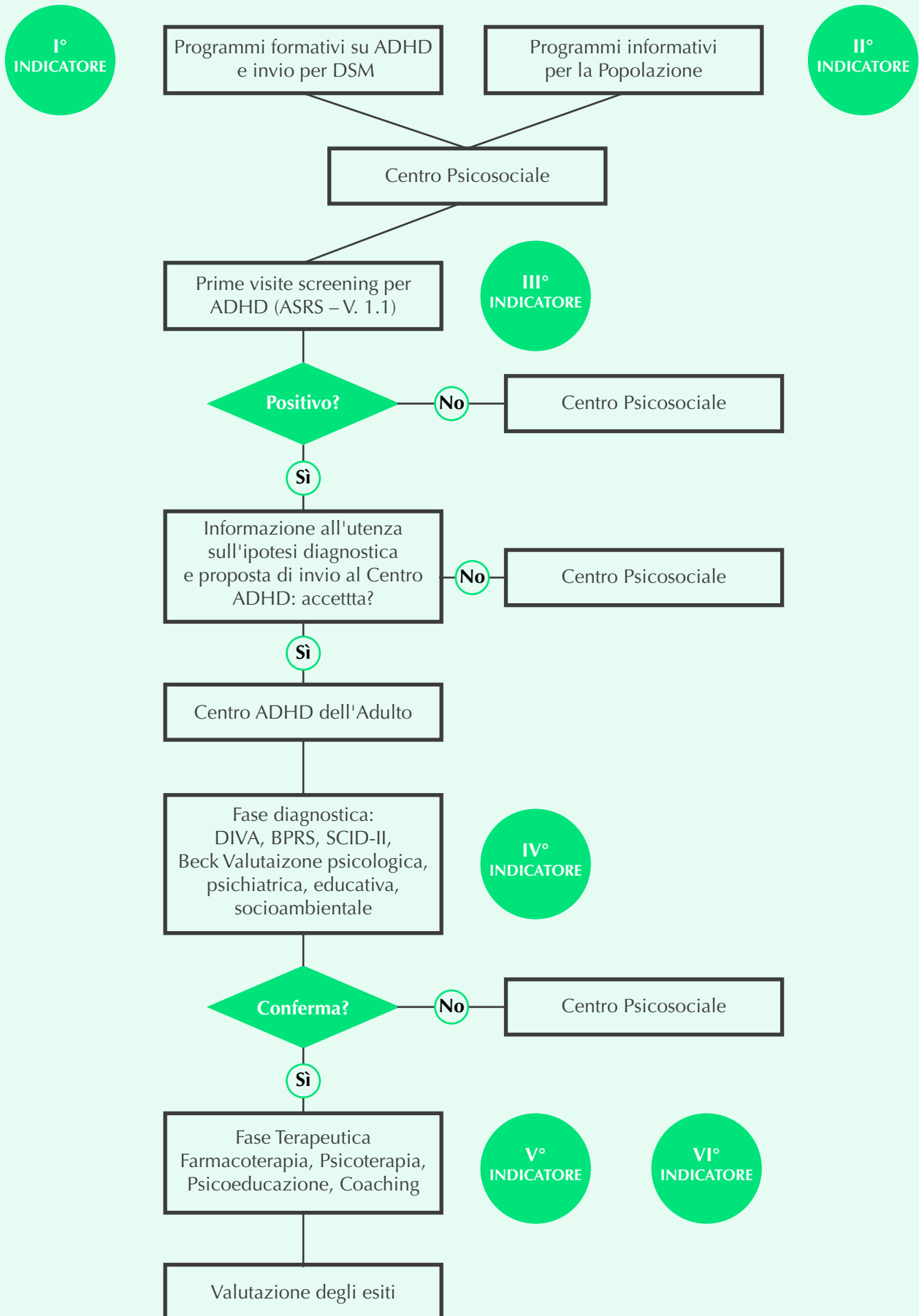
Sono stati individuati alcuni indicatori che potranno essere utili nel monitoraggio del percorso negli anni.

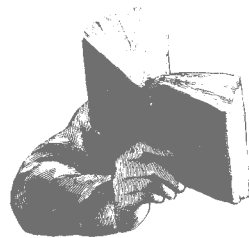
Indicatore	Significato
Evento informativo sulle problematiche correlate all'ADHD rivolto alla popolazione	Capacità di intervento educativo sulla popolazione al fine di migliorare le conoscenze e la sensibilità verso questo tipo di patologia
Evento formativo rivolto al personale DSM riguardo all'ADHD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

Afferenza dell'autore

** Psichiatra, Direttore Dip. di Salute Mentale e Dipendenze*

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario





PSICHIATRIA FORENSE

Il Disegno di Legge c.d. GELLI è divenuto legge dello stato

Renato Mantovani

Dopo una lunga e travagliata gestazione il disegno di legge che ha comunemente preso il nome dal parlamentare che a suo tempo lo ha proposto, Gelli, il 28 febbraio di questo anno è stato convertito in legge ottenendo l'approvazione nella sua forma definitiva dal Senato.

Nei suoi diciotto articoli viene data particolare enfasi alla sicurezza che tutti i trattamenti sanitari e diagnostici devono avere nei confronti del cittadino-paziente per il quale è sempre necessario fornire adeguata assistenza secondo le migliori "buone pratiche cliniche".

Allo scopo verrà nel prossimo futuro creato un apposito "Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità" mentre fin da subito, al fine di una trasparenza nel rapporto sanità-paziente, si è previsto che tutte le direzioni sanitarie delle strutture sia pubbliche che private entro sette giorni da quando ricevono dal paziente, o dai suoi aventi diritto, la richiesta della documentazione sanitaria che lo riguarda (cartella clinica e ogni altro documento refertale e/o diagnostico) lo devono fornire (la norma afferma: possibilmente in formato elettronico) dando un termine per le eventuali integrazioni per quanto non subito disponibile di altri ventitré giorni.

La nuova normativa affronta poi il discorso assicurativo introducendo uno specifico obbligo per le Aziende Sanitarie sia pubbliche che private, convenzionate o meno con il Servizio Sanitario Nazionale, di stipulare una copertura assicurativa per gli eventuali danni arrecati ai pazienti garantendo anche i sanitari (medici ed infermieri) che nella struttura prestano la loro attività professionale sia come dipendenti che con carattere di occasionalità.

La norma dà però la possibilità di sostituire la copertura assicurativa con "altra analoga misura" idonea a garantire un eventuale risarcimento, questo significa che al posto di una polizza assicurativa (che oggi è sempre più difficile ottenere dato gli elevati costi e la scarsa disponibilità del mondo assicurativo ad emettere tali polizze) l'azienda ospedaliera potrà accantonare una somma in misura tale da esse capiente ai fini risarcitori.

Anche a tutto il personale sanitario che all'interno delle strutture svolge attività all'interno viene richiesta una personale polizza per la Responsabilità Civile Professionale con lo scopo di consentire una eventuale azione di rivalsa da parte dell'azienda stessa nel caso il danno causato al paziente dal sanitario sia imputabile a "colpa grave" e quindi gli consenta di rivalersi su chi realmente e materialmente il danno ha causato.

Viene inoltre imposto alle aziende sanitarie, pubbliche che private che siano, di pubblicare sui propri siti internet la denominazione della compagnia di assicurazione che presta la copertura alla struttura stessa e le condizioni di polizza quali il massimale ed eventuali franchigie.

Per i requisiti minimi che tali polizze debbono avere, sia per i singoli sanitari che per le strutture, la norma rimanda ad un futuro regolamento che dovrà essere emesso da Ministero della salute entro i successivi 120 giorni dalla entrata in vigore della legge stessa.

Sempre in ambito assicurativo, al quale la legge dedica particolare attenzione, tutte le nuove polizze dei medici dovranno prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni precedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante l'operatività della polizza.

In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa dovrà poi essere previsto, sempre nella polizza stipulata obbligatoriamente dal sanitario, un periodo di ultrattività della copertura che copra tutte le eventuali richieste di risarcimento presentate per la prima volta nei dieci anni successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, cioè quello nel quale il sanitario ha svolto la propria attività.

Nota di estrema importanza è poi quella che prevede la estensione della ultrattività assicurativa agli eredi e che come tale non è assoggettabile a qualsivoglia disdetta da parte dell'assicuratore.

Altro elemento del tutto innovativo, ed estremamente favorevole non solo per i pazienti ma anche agli esercenti attività sanitaria, è la possibilità per il paziente che si ritiene danneggiato di citare direttamente la compagnia di assicurazione del sanitario e della struttura sanitaria esercitando quella che in legalese si chiama "azione diretta".

Questo sino ad oggi non era possibile in quanto l'azione legale ai fini risarcitori, in ambito civile, si poteva esercitare solo nei confronti della struttura sanitaria o del singolo professionista che si riteneva responsabile di malpractice.

In ogni caso il paziente insoddisfatto prima di portare in giudizio innanzi al giudice civile, ai fini risarcitori, la struttura o il singolo sanitario deve intraprendere preventivamente la via conciliativa stragiudiziale e solo se questa non soddisfa la richiesta formulata potrà rivolgersi al giudice.

L'azienda sanitaria è d'ora in poi tenuta a consentire alla Compagnia di Assicurazione la possibilità di accedere a tutti i documenti sanitari relativi al sinistro.

È infine previsto un preciso dovere dell'Azienda Sanitaria di comunicazione al Medico tutte le volte che questa viene citata in giudizio in relazione ad attività per le quali il sanitario risulterebbe essere coinvolto.

In caso di condanna della Struttura o del Medico e quando le relative coperture non siano capienti, verrà istituito un apposito fondo che interverrà a coprire la parte dell'importo risarcitorio eccedente a quello disponibile assicurativamente.

Se poi, in caso di colpa grave o di dolo, l'azienda sanitaria chiede conto al sanitario che ne è stato causa, a questi può essere richiesto un recupero di quanto pagato.

La somma comunque che il medico dovrà ristorare all'azienda non potrà superare un valore pari alla retribuzione lorda o al corrispettivo conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per tre volte.

Passando poi ad esaminare l'innovativa norma in relazione agli aspetti civilistici della responsabilità medica le novità introdotte sono veramente di notevole spessore ai fini della tutela di chi esercita la professione sanitaria.

Viene infatti stabilita una chiara ripartizione delle responsabilità, del sanitario da una parte e della struttura ospedaliera nella quale opera dall'altra, in relazione alle richieste risarcitorie per i danni patiti dai pazienti.

Alla struttura sanitaria viene imputata una responsabilità di natura contrattuale ai sensi di quanto stabilito dall'art. 1218 del codice civile, di modo che verso la struttura al paziente danneggiato basterà provare di essere stato ricoverato ed assoggettato a cure sostenendo che in tale occasione ha subito un danno, spetterà pertanto,

in tale ipotesi, all'ente convenuto provare che nessun comportamento colposo sia imputabile al suo personale.

Per il medico invece, salvo il caso nel quale si sia assunto una specifica obbligazione contrattuale con il paziente, la riforma legislativa lo porterà a rispondere solo in via extracontrattuale ex art. 2043 del codice civile, questo comporta che sarà questa volta preciso onere del paziente provare l'errore, la colpa nella esecuzione ed il nesso causale che collega l'errore protestato all'evento negativo che intende portare in giudizio ai fini risarcitori (si verifica una vera e propria inversione dell'onere della prova).

Tale nuova formulazione della responsabilità per atto medico prevede inoltre che mentre la prescrizione dell'azione risarcitoria per la struttura sanitaria abbia un termine decennale (ex art. 2946 codice civile), quella per il singolo sanitario viene ad avere un carattere cosiddetto aquiliano e si prescrive in soli cinque anni (ex. art. 2947 codice civile).

Passando poi all'esame della responsabilità in ambito penalistico la legge "Gelli" introduce nel codice penale un nuovo articolo, il 590 sexies, che così testualmente recita:

"Art. 590-sexies. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). – Se i fatti di cui agli articoli 589 (omicidio colposo) e 590 (lesioni colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si è verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto."

Ne consegue che viene a cessare la disposizione penale manifestata della legge Balduzzi del 2012, la quale prevedeva la punibilità solo per colpa grave nell'ipotesi in cui il sanitario si fosse attenuto a linee guida e viene meno anche la distinzione fra colpa grave e colpa lieve,

in quanto il nuovo art. 590 sexies c.p. non distingue fra i vari possibili gradi della colpa.

Pertanto il nuovo art. 590 sexies del codice penale vincola la non punibilità in tutti quei casi nei quali: l'evento si verifica a causa d'imperizia ma vi è stato un corretto rispetto delle appropriate linee guida.

Per chiarezza si riporta integralmente in testo del nuovo articolo del codice penale.

Codice Penale — Art. 590-sexies.

"(Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario).

Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 (*omicidio e lesioni colpose*) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di *imperizia*, la *punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida* come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".

Al riguardo si deve però osservare che se le linee guida sono rispettate e scelte in modo adeguato al caso clinico, l'imperizia comportamentale del sanitario come la si può ipotizzare?

La imperizia la si potrà avere se le corrette ed appropriate linee guida da applicare al caso di specie non sono seguite correttamente o se vengano invece applicate nonostante alla specifica fattispecie invece non sono per nulla attinenti.

Va poi sottolineato che le linee guida alle quali la norma richiede si debba fare riferimento saranno solo quelle pubblicate ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche o associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte

in un apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute. Elenco da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, e da aggiornare con cadenza biennale.

Per finire è bene ricordare che le linee guida e le buone pratiche non hanno una natura di normativa a carattere cautelare per il sanitario, la loro funzione è invece da ritenersi quella di fornire delle indicazioni operative con carattere di generalità che, come tali, devono essere prese in considerazione di volta in volta relazionandole al caso clinico al quale il sanitario è chiamato a far fronte. Su tale presupposto non si può escludere la colpa professionale del sanitario qualora questi pur rispettando alla lettera delle indicazioni scientifiche, protocollate come vuole la norma, le applichi ad un caso per il quale, data la sua specificità, non se ne consigli l'utilizzo.

Renato Mantovani

Studio legale Avvocato Renato Mantovani

Via A. Lamarmora, n. 16 — 20122 Milano

TEL. 02 54.55.270 / 02 55.01.80.43 — FAX 02 54.65.818

EMAIL PEC: renato.mantovani@milano.pecavvocati.it

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