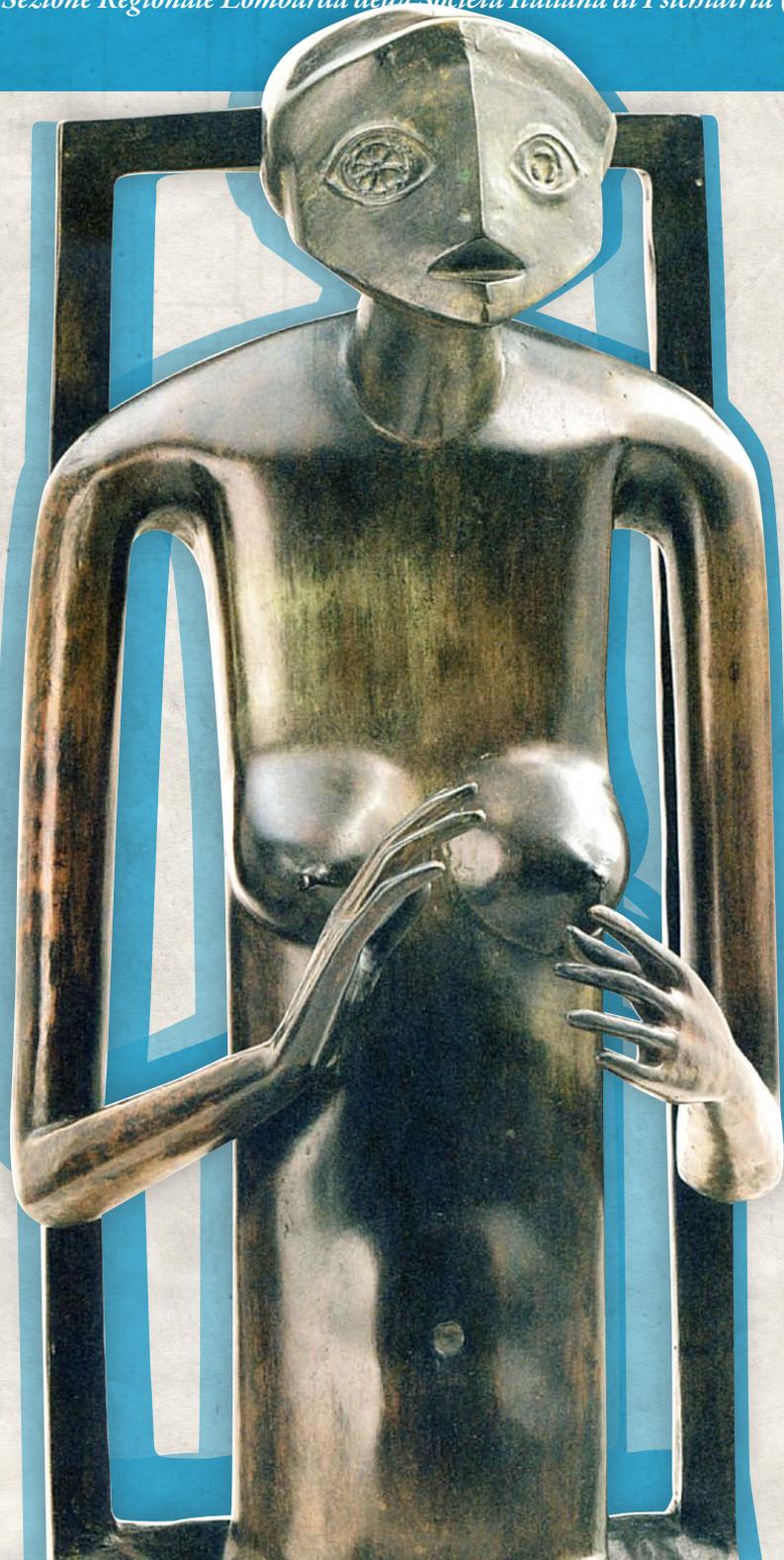




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXV • n. 1-2 • giugno-dicembre

IN PRIMO PIANO

2 L'attualità della paranoia

di A. Giannelli

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

13 Non solo lavoro: esperienze di reinserimento e risocializzazione per pazienti gravi

di G. Tomaselli, S. Fenaroli, O. Papetti, G. Biffi, G. Cerati, M. Clerici, G. De Paoli, C. Mencacci, M. Percudani, M. Rabboni

24 Dalla qualità percepita alla qualità partecipata

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

37 La crescita personale come guarigione post-traumatica

di S. Cristinelli, G. Biffi, G. De Isabella

40 Il problema emergente della depressione nell'anziano

di C. Gala, I. Iandoli, C. Redaelli

NOTE DAI CONVEGNI

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

di P. Bortolaso, G. Cerveri

53 Il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi nei giovani

di S. Comerio, P. Scovazzi, F. Rosatti, M. Zara, Dr. A. Basilisca, G. Belloni, L. Micheletti, G. Cerati, P. Castiglioni

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

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

62 "Theory of mind training" per pazienti schizofrenici: uno studio pilota

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

SPAZIO APERTO

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

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

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

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

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

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

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

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

PSICHIATRIA OGGI

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

IN COPERTINA: *L'oggetto invisibile (mani che afferrano il vuoto)*

Alberto Giacometti, 1934

New York - Museum of Modern art

L'attualità della paranoia

Alberto Giannelli

Nel ventennio fascista il popolo osannante ripeteva, credendoci: “Duce, sei tutti noi!”. La paranoia del Capo aveva contagiato le folle attraverso il meccanismo

dell'identificazione proiettiva: la paranoia, si sa, è una malattia contagiosa (ma nel caso di Mussolini non erano assenti elementi ipomaniacali o se si preferisce ipertimici). A sua volta “*Il Duce ha sempre ragione!*” era un ossessivo indicatore di dipendenza infantile. Figli della lupa, balilla, avanguardisti, piccole italiane, iscritti alla gioventù italiana del Littorio, camicie nere, saluto romano, fino alle oceaniche adunate di piazza Venezia dove il richiamo alla romanità assumeva l'aspetto della coazione a ripetere: questo, a grandi linee, lo scenario. Sui muri delle case comparivano scritte quali “*Se avanzo seguitemi, se mi fermo uccidetemi, se mi uccidono vendicatemi*” o, ancora, “*Credere, obbedire, combattere*”, enfatizzate da una martellante propaganda tramite i giornali, la radio e, al cinema, i documentari Luce. Lui non mancava di proporre al suo popolo, nel bisogno di mostrargli tutta la sua virilità, oltre a quella di condottiero, di statista e di Maresciallo dell'Impero, l'immagine di atleta, nuotatore, aviatore e trebbiatore a torso nudo nei campi di grano, nonché di insaziabile amante (10).

In termini grotteschi, a tratti folcloristici, il regime scopiazzerà più tardi quello severo della alleata Germania. Ma là le cose si facevano sul serio. Uscito dalla prepotenza guglielmina, sconfitto, umiliato dal trattato di Versailles, attraversato dal luminoso ma breve periodo della repubblica di Weimar, quel Paese, anch'esso sofferente per la grande depressione del 1929, una volta

*Non so se sia vero/ ma basandomi sul
semplice sospetto/ agirò come se fossi sicuro*
Shakespeare, *Otello*, I, 3, 385

salito al potere il capo del partito nazional-socialista ha visto farsi strada implacabile e funesta la follia antisemita che, in termini meno spietati, contagerà poi il

nostro con l'emanazione delle leggi razziali nel 1938. Con spietata lucidità, scrupolosamente preparata con una sorta di scientifica strategia, sotto gli occhi di un'Europa pressoché impotente e sotto quelli degli Stati Uniti eccessivamente prudenti, si andava allestendo e ben presto veniva attuato il crimine più terribile che abbia oscurato la storia dell'umanità, e non solo in Germania, ma anche nei Paesi che essa andava ad occupare subito prima e nel



Lynd War, *Vertigo*, 1937

corso della seconda guerra mondiale.

Nel cuore dell'Europa cristiana, cattolica e protestante, si era annidato il virus di una inaudita violenza razzista, con la quale il potente di turno infettava il suo popolo, quel popolo che fino a pochi anni prima aveva dato al mondo protagonisti prestigiosi del pensiero filosofico, della letteratura e della musica.

E qui va ricordato che la paranoia (termine di derivazione greca che letteralmente significa "al di là della mente") è stata individuata proprio in Germania ad opera di Emil Kraepelin, sul finire del XIX secolo, e che la psicopatologia tedesca o di lingua tedesca (da Kraepelin, appunto, a Bleuler, Schneider, Gruhle, Rumke, Jaspers, Binswanger, Tellenbach, tanto per citare alcuni fra i nomi più importanti) ha dettato per decenni le regole del pensare e fare psichiatria, regole alle quali hanno aderito clinici illustri di lingua francese e, in un secondo tempo, italiana, tutto questo tra la fine dell'ottocento e il primo cinquantennio del novecento.

Non possiamo non riflettere sui rapporti intercorrenti tra la psicopatologia e le altre forme del sapere, ma anche su quelli tra psichiatria e politica. E' stato detto da più parti, e a ragione, che la psichiatria troppo spesso è stata succube del potere (dell'ideologia) dominante: in Germania, nell'Unione Sovietica, in Paesi centro-sud-americani. Ma, sia pure in tono minore, anche in Italia. Sul periodico *Difesa della Razza* uno psichiatra, Alfonso Petrucci, nel 1939 pubblicava un articolo di denigrazione della psicoanalisi, facendo sfoggio, in realtà, di uno sgangherato antisemitismo, non riuscendo o non volendo separare la divulgazione scientifica dalla teorizzazione politico-ideologica. "È morto a Londra il prof. Sigmund Freud, il giudeo che pretese, o meglio volle dare a intendere, di aver creato un edificio dottrinario etc. etc.", così iniziava l'articolo. In un rapporto del prefetto Senise del 1935 si legge che "la Società Psicoanalitica viennese assume

il più decifrabile volto di un movimento sovversivo di ebrei comunisti travestito da associazione scientifica"⁽¹⁾.

La prima metà del secolo scorso è stata per la Germania un periodo cruciale nel quale si sono incontrate le conseguenze politiche ed economiche per lei disastrose derivanti dalla fine del primo conflitto mondiale e dalle limitazioni imposte dal trattato di Versailles con il sorgere di un'ideologia perversa, ma capace di penetrare nella profondità del popolo, scatenando in esso l'ansia incontrollabile della rivincita e il rigurgito di antiche ritualità barbariche. E' ancora una domanda senza una esaustiva e razionale risposta il perché nell'Europa cristiana abbia potuto nascere e svilupparsi il tetro fenomeno della distruzione degli ebrei ad opera del nazional-socialismo. Come aveva detto proprio un filosofo tedesco del XVIII secolo, G.E. Lessing, Dio interviene nella storia secondo i suoi imperscrutabili disegni. Il suo popolo lo sa: la fede è una risposta libera dell'uomo a una chiamata di Dio. Qualunque sia questa chiamata. Di fronte alla Shoah anche noi, che non l'abbiamo vissuta, ci poniamo la domanda perché Dio non sia intervenuto e sei milioni di ebrei e cinquecento mila di scinti e rom e un numero imprecisato ma assai alto di malati di mente e altri disabili, e prima ancora di zingari, omosessuali, socialisti, comunisti, cattolici del Zentrum ed evangelici, siano rimasti vittime di quella paranoia che ha progettato e portato avanti con una sua singolare coerenza logica l'assurdo disegno di "liberare" l'umanità dal "dominio dagli esseri inferiori", in particolare da quello degli anziani di Sion. Nel corso della sua storia il popolo ebraico aveva già conosciuto persecuzioni e sofferenze, ma questa è stata condotta con intenti e scopi che non avevano precedenti. Non credo che, fatta quella domanda, rimarremmo soddisfatti della risposta che forse ci darebbe Tommaso d'Aquino "nec vult nec non vult sed permittit", né ci convincerebbero coloro che vedessero in Auschwitz il paradigma dell'ateismo per antonomasia⁽²⁾. I crimini commessi dai nazisti sono

crimini contro l'umanità, oltre che contro gli ebrei, e sono qualche cosa di infinitamente più grave dei delitti che inevitabilmente si commettono durante le guerre finalizzate alla conquista o alla rivendicazione dei diritti su questo o quel territorio o, peggio ancora, ingaggiate con l'intento farisaico di portare con le armi, senza esserne richiesti, la democrazia là dove ancora non c'è.

La paranoia, follia lucida e per certi versi fascinosa e credibile, ha fatto la storia, la parte peggiore della storia, e continua a farla, sia pure in termini più morbidi e in certi casi accattivanti. La paranoia ha massacrato più masse umane delle epidemie di peste e ha umiliato e annientato più uomini della collera di Dio. Forse, è la vera collera di Dio che sceglie come esecutori i più irragionevoli e ostinati fra gli uomini (3). *Da fenomeno individuale, relativamente raro, non ha tardato a farsi collettivo*, perché il capo era carismatico, capace di un linguaggio seducente, erogava potenza, era in grado, con i suoi rutilanti richiami alla storia e all'orgoglio del suo popolo in quel periodo reso vulnerabile da condizioni economiche del tutto precarie e sull'orlo della protesta sociale, di mobilitare quel tanto di paranoia che albergava in ognuno dei suoi sudditi, spesso retaggio ineliminabile di una posizione schizo-paranoide mai del tutto superata, rendendo operativo il concorso di un grave disagio sociale al dispiegarsi di una forma particolare di follia. Questo passaggio dalla paranoia individuale a quella collettiva trova una sua versione in miniatura nel cosiddetto *délire à deux* o *à trois* di cui si è particolarmente occupata la psichiatria francese sul finire del XIX secolo. Va precisato a questo punto che *sarebbe mistificante* attribuire al popolo o a quella parte del popolo tedesco che aderì al regime nazista una malvagità superiore a quella del popolo inglese piuttosto che americano o svedese. La paranoia non è un male di per sé, ma può generare il male. Il popolo infettato dal virus paranoicale del suo

tiranno di turno era in quel tempo un popolo ammalato, su cui non dobbiamo e non possiamo esprimere giudizi morali né giuridici. Questi vanno mossi al suo leader e ai fedelissimi esecutori dei suoi ordini criminali, e la storia ce ne ha dato una chiara dimostrazione a Norimberga, dove sono stati processati i gerarchi, militari e civili, responsabili di quei crimini, non il popolo tedesco (e la stessa cosa va detta per quella parte del popolo italiano, la maggioranza, che aveva indossato la camicia nera).

Va aggiunto che il carisma del leader non finisce sempre con la sua morte. Ne è testimonianza recente la folla piangente e disperata che ha partecipato al funerale, messo in scena con un efficace modello propagandistico, del dittatore nord-coreano Kim Jong-II, anche se in questo caso un isterismo collettivo, sostenuto da una disciplina che non conosce limiti, sembra subentrato alla paranoia che da sempre ha permeato di sé un ferreo regime militare tra i più duri della storia contemporanea, né si può escludere che il pianto disperato fosse, almeno per una parte dei presenti, "dovuto" al regime per non essere segnati a dito e in un secondo tempo perseguitati. D'altra parte si sa che sovente in manifestazioni così imponenti dal punto di vista della partecipazione popolare e del clima che le contraddistingue *l'individualità cessa di esistere per lasciare posto alla "folla"* (ma può succedere questo sia in piazza San Pietro che nei pellegrinaggi alla Mecca o in certe manifestazioni di violenta contestazione sociale). La psicologia sociale insegna da tempo che quando la violenza si insinua nel gruppo aumenta in modo esponenziale l'aggressività del singolo individuo. Ma che il carisma del leader non finisca sempre con la sua morte ne avevano già dato testimonianza all'epoca del processo di Norimberga i gerarchi nazisti.

Alfred Rosenberg, convinto della malvagità del giudeo, condannato all'impiccagione per crimini di guerra, contro la pace e contro l'umanità, la stessa condanna inflitta a Julius Streicher, fondatore e direttore di un periodico antisemita.

Allo stesso processo, altri dimostrarono la loro paranoia con dichiarazioni di sentirsi superiori e orgogliosi di essere stati additati come successori del Führer, come Hermann Göring, che riteneva “pesci piccoli che non ho mai sentito nominare” i suoi co-imputati e riuscì a darsi la morte due ore prima dell’impiccagione alla quale era stato condannato per cospirazione contro la pace, contro l’umanità e per crimini di guerra. Altri ancora, come Rudolf Hess, furono ritenuti incapaci di intendere e di volere o, come Joachim von Ribbentrop, lamentarono che la loro memoria si era “annebbiata”. Nessuno evidenziò qualche senso di colpa, tranne Albert Speer, l’architetto del Führer, condannato a vent’anni di reclusione a Spandau. Alcuni dichiararono di non aver saputo nulla dello sterminio degli ebrei o di aver ubbidito a ordini superiori senza la possibilità di opporsi o fecero ricadere sulla truppa tutta la responsabilità dei massacri (4).

*Il problema di fondo, sul versante psicopatologico, è che in una personalità caratterizzata da rigidità, diffidenza, sospettosità, timore dell’altrui aggressività, alta concezione di sé (personalità paranoica, da non confondere con il disturbo paranoide di personalità e tanto meno con la variante paranoide della schizofrenia) prende l’avvio un sistema delirante lucido, dotato di una sua coerenza, che non impoverisce la personalità, anzi permette al soggetto di condurre una sua vita socialmente accettata, purché non coinvolta in quei vissuti deliranti di gelosia, persecuzione e megalomania che costituiscono, isolatamente o combinati tra loro, il nucleo psicopatologico della paranoia e che sono espressi come verità dogmatiche, inaccessibili a qualunque critica e con forte intonazione emotiva. Accanto a questa paranoia intesa come processo o, se si preferisce, sviluppo nel senso di Karl Jaspers, esiste anche la possibilità di una *paranoia reattiva*, dunque non necessariamente a decorso cronico, che deriva dall’esposizione dei soggetti dotati di quegli attributi di personalità a eventi di forte spessore emotivo e traumatico.*

Ma quello che sconcerta è che *non pochi casi di paranoia si verificano in soggetti a dir così terribilmente normali, banali* direbbe Hannah Arendt (5), poveri di idee, che non sembrano né perversi né sadici, fino a quel momento anonimi personaggi della vita quotidiana, difficili da individuare, confusi tra la folla che circola nelle nostre strade o tra la gente che abita nel nostro quartiere o addirittura nel nostro condominio. Soggetti nei quali gli attributi caratterologici di cui sopra sono mascherati da una personalità che appare del tutto normale e che fanno diligentemente (troppo diligentemente) il proprio dovere sia nell’ambito della famiglia che in quello dell’azienda dove lavorano o nella organizzazione del partito politico al quale sono iscritti o del quale sono (apparentemente) semplici simpatizzanti. Il paranoico, di solito accorto e intelligente, sa, almeno fino a un certo punto, quando e come celare i propri deliri, per evitare di essere segnato a dito e di incorrere in provvedimenti che possono limitare la sua libertà. La paranoia gradualmente, in certi casi impercettibilmente, si fa strada nella sua mente, ma ne occupa uno spazio preciso, delimitato, al di fuori del quale essa continua a funzionare come prima, salvo deviare, dopo un percorso di molti, a volte moltissimi anni, in comportamenti dominati dalla *déraison*. Di queste persone che riescono per anni a sfuggire al controllo della psichiatria ce ne sono state e continueranno a essercene tante, certo in numero maggiore dei paranoici propriamente detti (quelli che non tardiamo a riconoscere come malati).

È per queste e altre ragioni che la paranoia, non solo individuale, ma anche e soprattutto collettiva, è e rimarrà attuale, e che la sua sostituzione nel DSM con i disturbi deliranti (cronici) non è convincente, perché *essa deve rimanere incarnata in una parola lessicalmente e semanticamente efficace*, una parola che anche la gente comune conosce, anche se talvolta inconsapevolmente la manomette. La paranoia non cessa di essere attuale anche se si pensa che, come ha già scritto Hannah Arendt quasi

sessant'anni fa, l'enorme incremento demografico dell'era moderna coincide con l'introduzione della automazione che renderà "superflui" anche in termini di lavoro grandi settori della popolazione mondiale e coincide anche con la scoperta dell'energia nucleare che potrebbe invogliare qualcuno (qualche nuovo grande paranoico, aggiungo io) a utilizzare strumenti a confronto con i quali le camere a gas di Hitler sembrerebbero scherzi banali di un bambino cattivo: queste cose la Arendt le ha scritte nel 1963, quale inviata del *The New Yorker* al processo a Eichmann, che si è tenuto a Gerusalemme, a poco meno di vent'anni dai 150.000 morti di Hiroshima del 6 agosto 1945, e che è stato il primo processo che Israele è riuscito a celebrare a casa propria da quando Gerusalemme è stata distrutta dai romani nel 70 d.C.

Ma a convincerci della sua attualità basta pensare ai nostri giorni, ai rom, agli stranieri specie se extra comunitari, a quanto è successo a dicembre dell'anno scorso a Torino dopo che una ragazza si era inventata una violenza sessuale ad opera di uno di loro. "Ero straniero e mi avete accolto", come stridono al giorno d'oggi queste parole pronunciate da Cristo circa duemila anni fa! La paranoia continua imperturbata a circolare nelle nostre civilissime città, ma nessuno la nomina e si continua a giustificare quanto di più ignobile ci circonda con più o meno attendibili argomentazioni sociologiche, dimenticando o ignorando quello che diceva non uno psichiatra ma Immanuel Kant, che la ragione è un'isola piccolissima nell'oceano dell'irrazionale. Pochi giorni dopo Torino, un ragioniere benestante che aveva scritto saggi antisemiti e credeva nella "razza pura", vivendo isolato e negando l'olocausto, si è fatto killer e a Firenze ha sparato con la sua pistola regolarmente denunciata contro i senegalesi (uccidendone due e ferendone tre). Mai come in questi tempi, inquieti e allarmanti, lo straniero e il diverso diventano un facile capro espiatorio. Nel caso del killer

fiorentino è sembrato, a prima vista, di essere di fronte a una paranoia individuale, ma, a ben vedere, si è trattato di un folle lucido e determinato, cresciuto e formatosi in un ristretto ambiente di estrema destra, imbevuto di letture e di film ad alto contenuto razzista e antisemita, che però, a quanto pare, non aveva creato problemi particolari nella comunità in cui viveva, era insomma uno di quei personaggi a prima vista "normali" o, se si preferisce, "banali" ai quali accennavo prima. Due ore dopo aver compiuto il suo atto criminale, braccato dalle forze dell'ordine, con la stessa pistola con la quale aveva sparato ai senegalesi si è tolto la vita. Raccapricciante è stato poco tempo fa l'uccisione di alcuni bambini alla scuola ebraica di Tolosa.

Quello di Firenze non è il primo caso di suicidio che si avvera in questi soggetti quando percepiscono che sono giunti all'eccesso estremo e che l'unica via di fuga dalla follia è la morte.

Anche Hitler, quando in un parziale recupero della ragione si è reso conto che Berlino stava cedendo alle armate sovietiche che la stringevano da ovest e da est e le cannonate russe arrivavano a colpire i tetti della Cancelleria, si è dato la morte (inducendo quei pochi che erano rimasti con lui a fare altrettanto: di qualcuno non si fidava, anzi era convinto che lo avesse tradito o stesse per farlo, così come altri, al di fuori del bunker, tra i quali Göring e Himmler, fedeli e indiscussi protagonisti del III Reich). Recupero parziale della ragione perché ha preso consapevolezza dell'ineluttabilità della sconfitta militare, ma è rimasto fino alla fine follemente convinto della validità (della legittimità, si potrebbe dire) del suo progetto antisemita. A testimonianza di questo, sta quanto ha ordinato, poche ore prima della sua morte, a colui che avrebbe dovuto prendere il suo posto (l'ammiraglio Dönitz, dei generali ormai non si fidava più):

"soprattutto ordino al governo e al popolo di mantenere in

pieno vigore le leggi razziali e di combattere inesorabilmente l'avvelenatore di tutte le nazioni, l'ebraismo internazionale".

La paranoia, incentrata sul genocidio o etnicidio che dir si voglia, mentre andava precipitosamente sfumando in coloro (soprattutto le alte gerarchie militari) che fino a pochi giorni prima erano convinti assertori delle sue idee e mentre, ormai da tempo, il popolo aveva fatto esperienza sulla propria pelle dell'assurdo disegno di piegare l'Europa alla supremazia germanica, era rimasta annidata e imm modificata nella sua testa (nella quale albergava fin dai tempi di *Mein Kampf*). E in quella dei quei pochi che, rimasti con lui nel bunker, avevano accettato di darsi la morte prima che i russi irrompessero nella Cancelleria: Goebbels (violento antisemita, al pari di Himmler), che convinse sua moglie ad avvelenare i suoi sei bambini (usando lo stesso veleno con cui il giorno prima era stato ucciso il cane-lupo del Capo) e poco dopo, nel giardino della cancelleria, ordinò all'attendente di sparare a lui e a sua moglie due colpi alla nuca, e Eva Braun, che Hitler aveva sposato in una macabra cerimonia alle tre del mattino del giorno prima: gli sposi, davanti a un consigliere municipale frettolosamente convocato e ai testimoni (Goebbels e Bormann), avevano giurato di essere:

“di pura discendenza ariana e di non avere malattie ereditarie che fossero di impedimento per contrarre matrimonio”.

Alle 15:30 del 30 aprile 1945 Hitler si spara in bocca, al suo fianco giace Eva, che si è avvelenata. Come da lui stesso lucidamente programmato, segue il funerale vichingo e ai cadaveri cosparsi di benzina viene dato fuoco. Il terzo Reich, che nella sua prospettiva messianica doveva essere millenario, sopravvive solo sette giorni al suo fondatore. Pochi giorni prima del suicidio di Hitler muore il suo alleato italiano, Mussolini, giustiziato, insieme alla sua amante, dai partigiani mentre cerca di fuggire in Svizzera. Di questa morte il Fuehrer viene informato poco prima di togliersi la vita (6). Non può sfuggire la diversità dello spessore paranoico di

questi due personaggi. L'uno resta al suo posto e si uccide per non cadere nelle mani del nemico sovietico e fino all'ultimo professa il suo credo nel mito della supremazia della Germania e nella necessità di eliminare una razza inferiore. L'altro scappa, vuole salvarsi la pelle, la sua è *una paranoia a dir così di riporto*, anche se non meno tragica viste le grandi sofferenze che ne sono derivate al popolo italiano. Peraltro, non è pensabile che in Germania, anche quando la guerra stava dando chiari segnali di chi l'avrebbe vinta, potesse svolgersi una seduta quale quella del Gran Consiglio del fascismo a Roma, il 25 luglio 1943, che decretò la fine del regime. In Germania, negli anni che precedettero l'inizio della II guerra mondiale, ci fu soltanto uno sporadico e rapidamente abortito movimento di dissenso, subito spento dall'incredibile carisma del Capo e dal senso di ferrea disciplina di coloro che gli stavano accanto, nonché dal sentimento di patria proprio del popolo tedesco.

Non deve sorprendere questo ampio spazio dedicato a Hitler accanto a quello del killer di Firenze, cioè l'accostamento di un personaggio che indelebilmente ha segnato nel male la storia del novecento a un paranoico che ha ucciso “soltanto” due senegalesi. Non deve sorprendere, perché in entrambi i casi di paranoia si tratta, in uno di una paranoia che da individuale (cioè clinica) si è tragicamente fatta collettiva, oserei dire cosmica, nell'altro di una paranoia che individuale è rimasta, ma che è derivata da un gruppo (fortunatamente ristretto) alimentato dall'odio xenofobo e razzista, e che solo l'assenza di determinate circostanze ambientali ha mantenuto in una dimensione ridotta, apparentemente ridotta visto che sulla rete sono comparsi il giorno dopo 6205 messaggi che, più o meno enfaticamente, approvavano il gesto del killer.

Limitandoci alla storia contemporanea abbiamo conosciuto molti paranoici da Mao a Pinochet, Peron, Pol Pot, Saddam, Gheddafi, etc., *ma con quella del nazismo può competere soltanto la paranoia staliniana*. E' come dire che Stalin e Hitler si contendono il primato della

criminalità nella storia dell'umanità (almeno in quella del novecento, il *secolo del male*, nel quale risultava praticamente *impossibile distinguere la paranoia politica dal male morale*) (3). Diffidente e sospettoso di natura, il paranoico è incapace di accettare delle critiche e le interpreta come una macchinazione ai suoi danni, nella vita privata ma soprattutto in quella pubblica. È questa una caratteristica di personalità che si ritrova nella biografia di entrambi questi dittatori che, comunque, avevano poche cose in comune (famiglia di origine povera, padre violento e anaffettivo, scarsa cultura, avversione per la religione), ma *molte differenze*. Diversamente da Hitler, Stalin aveva un maestro, Lenin, che aveva idealizzato, ma di questo gli mancavano il carisma e il talento oratorio, e non tardò a nutrire nei suoi confronti sentimenti più o meno palesi di invidia. La formazione dei *gulag*, cioè dei campi di lavoro dove sono state internate circa tre milioni di persone all'inizio, ma che nel giro di pochi anni diventeranno più del triplo, è opera di Stalin a qualche anno dalla sua salita al potere assoluto. Nei *gulag* vengono schiavizzati non solo i "nemici" interni, ma anche quelli rastrellati nei paesi che il regime sovietico andava a occupare (paesi Baltici, Polonia e Romania). Altrettanto spietata è stata la carestia scatenata da Stalin in Ucraina nella prima parte degli anni trenta. Nei campi di concentramento nazisti, operativi solo qualche anno dopo la nascita dei *gulag*, e non solo in Germania, erano internati soprattutto gli ebrei di diversa nazionalità e di diversa lingua. Altra differenza sta nel fatto che Hitler era poco o per nulla interessato alla vita sessuale, Stalin ha avuto più di una moglie e dei figli, e non disdegnava le avventure amorose, forse ha messo al mondo altri figli da relazioni passeggere. Ma la sua vita familiare è stata costellata da morti e incidenti le cui cause sono ancora oggi in gran parte misteriose (e di alcune delle quali si ipotizza che fosse stato lui stesso l'autore). Hitler aveva carisma (9), era un oratore trascinate, amava le folle,

Stalin invece era schivo, poco o nulla prestante sul piano fisico, lavorava di notte, sospettoso e guardingo. Ma la paranoia di cui soffrivano - quella di Stalin fu diagnosticata con certezza da uno psichiatra, il dr. Bechterew, che venne ucciso nell'albergo dove era rientrato dopo la visita al Cremlino - era ugualmente gravissima e contagiò rapidamente i rispettivi popoli, le loro classi dirigenti, militari e politiche, anche se con modalità in parte diverse nei due Paesi, e questo era dovuto anche alla personalità dei due tiranni, uguali nella spietatezza, diversi nel modo di renderla operativa, l'uno diffondendo il terrore anche al di fuori del proprio Paese, l'altro riversandolo al suo interno (certamente all'interno Stalin aveva particolari difficoltà da affrontare). La paranoia dell'uno (Hitler) si concluse con il suicidio dopo la catastrofe militare, quella dell'altro (Stalin), che fu uno dei tre vincitori della II guerra mondiale, con la morte per malattia, ma qualcuno pensa che ci furono degli errori medici o delle omissioni nella cura (3). A Stalin non è seguito solo un regime filosovietico limitato a una parte del territorio tedesco, ma hanno fatto seguito in altri paesi regimi comunisti che, sia pure in termini meno oppressivi, hanno per molti anni rappresentato la continuità con quello staliniano (praticamente fino alla caduta del muro di Berlino). A questo proposito, viene alla mente che al fascismo, in Italia, non è seguito alcun regime che in qualche modo ne fosse la continuità magari in termini più morbidi, anche se rigurgiti fascisti ogni tanto fanno apparizione od occupano qualche (ininfluente) seggio parlamentare. Anzi, dopo il 25 luglio 1943, il contagio paranoico si era completamente dileguato, tutti erano stati antifascisti, molti, dopo il 25 aprile 1945, si attribuivano il merito di aver partecipato alla lotta partigiana, insomma la paranoia fascista, pur avendo procurato al nostro Paese sciagure a non finire, si rivelava, in realtà, quella che prima ho chiamato la paranoia di riporto, cioè fragile nella sua struttura psicopatologica, rapidamente

evacuata e rifiutata. Qualche cosa di ben diverso dalla paranoia nazista, che ha intossicato il popolo tedesco, lasciando ferite profonde perché vissuta con l'orgoglio e la disciplina propri di tale popolo. Tra l'altro, quella fascista non aveva le stesse risorse culturali, propagandistiche, organizzative ed economiche e ha dovuto limitarsi ad essere di quella tedesca soltanto una copia per certi versi sbiadita.

È passato da allora più di mezzo secolo e la paranoia, in una forma più subdola, meno esplicitamente coinvolgente – per cui userò la denominazione di *venature paranoiche* o se si preferisce *paranoicali*, peraltro presenti allo stato potenziale in chiunque di noi - permea ancora oggi la vita di alcuni popoli, compreso il nostro. La diffidenza e la sospettosità che inquinano i rapporti politici, tra i partiti e tra i partiti e il parlamento, le accuse che acriticamente e stereotipicamente uno schieramento rivolge all'altro, la negazione della possibilità di un dialogo che non si traduca in un rissoso e pubblico alterco e *la proiezione sistematica sull'altro* della responsabilità di programmi disattesi stanno a dimostrare che *venature paranoiche* sono presenti e operanti nel tessuto della nostra attuale situazione sociopolitica. Fino a poco tempo fa avevamo un leader che, probabilmente in buona fede, era convinto (e probabilmente lo è ancora) di essere il migliore che l'Italia abbia avuto negli ultimi cinquant'anni, che facendo leva su una vasta adesione dell'elettorato ma anche sulla propria ricchezza si riteneva invulnerabile dalla giustizia con la quale aveva (e in parte ha ancora oggi) conti in sospeso, che vedeva (e forse vede ancora) nella magistratura e negli schieramenti avversari, marchiati tutti di filo-comunismo, pericolosi attentatori della sicurezza sua e degli italiani, che ha dato clamorosa dimostrazione della sua "potenza" anche in ambiti diversi da quelli della vita politica, dando evidente prova di come i vissuti megalomani e persecutori si alimentino reciprocamente.

Detto leader ha un indiscutibile carisma e sa, sul piano dialettico, riportare a suo favore qualunque argomentazione che miri a mettere in evidenza luci e ombre che caratterizzano la nostra attuale situazione, ma *confonde la popolarità con il consenso* ed è (erroneamente) convinto che, in una democrazia, presidenziale o parlamentare che sia, un consistente mandato elettorale sia di per sé garante di una politica efficace e trasparente.

La paranoia non è costantemente dotata della stessa coerenza, a volte si lascia incrinare dalla ambiguità delle posizioni su cui è arroccata. Oggi abbiamo una sorta di governo tecnico, che gode di una vasta maggioranza parlamentare: ufficialmente lo schieramento che difende ad oltranza il suddetto leader appoggia detto governo, adducendo il proprio senso di responsabilità nei confronti di una situazione precaria di cui è esso stesso in gran parte responsabile, ma contemporaneamente attacca apertamente questo governo sui giornali che fanno capo al proprio leader o tramite dichiarazioni più o meno riservate di qualche suo rappresentante che non sfuggono all'attenzione dei media, parlando a sproposito di sospensione della democrazia. *La paranoia spesso è inventiva e folcloristica*, come quella di un (relativamente piccolo) gruppo politico che va da anni predicando con monotona e ostinata propaganda la secessione di una inesistente patria padana. Qui le manifestazioni pubbliche, i rituali che vorrebbero rifarsi alla cultura celtica, la spavalda e arrogante esibizione di verdi cravatte e di verdi foulard, le grottesche scenate di dissenso attuate nelle aule parlamentari contro un governo che cerca di fare quello che non è stato fatto negli anni passati dal precedente del quale questo gruppo del dissenso faceva parte, sono manifestazioni a impronta paranoicale che discendono da un innegabile carisma che, almeno all'inizio del movimento, aveva il suo leader e che oggi, nella previsione di una non lontana consultazione elettorale, cavalcano la protesta

della gente nei riguardi di una situazione economica e sociale senza dubbio preoccupante. Entrambi i leader appena citati, che avevano “personalizzato” i rispettivi partiti, sono ormai, per motivi anche di ordine giudiziario, sulla strada del definitivo tramonto. D'altra parte si sa che la paranoia o momenti paranoici avvelenano il popolo molto più facilmente se ci sono problemi importanti che riguardano la qualità della sua vita, le difficoltà economiche e lavorative, la corruzione che coinvolge la classe politica, e non solo quella dominante (e la storia ce ne dà e ce ne ha dato numerose e indiscutibili, a volte tragiche, esemplificazioni). La componente paranoicale di questi atteggiamenti sommariamente ricordati è rappresentata sostanzialmente *dalla negazione della realtà*: fino a ieri la si ignorava dicendo che tutto andava bene e che il nostro paese aveva superato la crisi, oggi si disconoscono le proprie responsabilità nel non aver saputo prevedere né fronteggiare la crisi e sfrontatamente le si attribuiscono ad “altri”. *Venature paranoiche* di questo genere non sono però una prerogativa esclusiva della nostra classe politica sia di una parte che dell'altra, con la differenza però che da una parte (quella che fino a ieri era all'opposizione) sono mancati il carisma di un leader e l'aspetto accattivante della sua potenza (mediatica in particolare).

Dette venature percorrono la storia europea contemporanea sia nei paesi facenti parte della comunità che in quelli che aspirano a farne parte (si pensi ad esempio alla situazione che va profilandosi in Ungheria), e c'è da sperare che venature rimangano, senza arrivare ad acquisire lo spessore della paranoia individuale o collettiva che sia. Quest'ultima, a sua volta, è presente in maniera massiccia, e sembra destinata a durare, in altre parti del mondo (la Siria, l'Iran, l'Egitto, la Nigeria, la Nord-Corea, la Cina, la Bielorussia tanto per citarne qualcuna).

Tornando a casa nostra, il virus della paranoia, per quanto attenuato, circola, senza che ce ne rendiamo conto,

nella nostra vita quotidiana. Siamo perennemente sotto controllo, in una sorta di *continua videosorveglianza*: i nostri spostamenti sono sotto l'occhio vigile delle telecamere, dei telepass, i nostri conti correnti possono in qualunque circostanza essere “spiati” dall'agenzia delle entrate anche senza l'autorizzazione della magistratura, carta di credito, bancomat, posta elettronica e altri dispositivi telematici svelano, all'occorrenza, le nostre personali iniziative, a dispetto della privacy continuamente chiamata in causa, ma in realtà costantemente violata. Lo sguardo dello Stato è improntato alla diffidenza e alla sospettosità nei riguardi dei comuni cittadini, che a loro volta ricambiano diffidenza e sospettosità nei suoi confronti, in una sorta di circuito paranoicale autotropico. Il passaggio, magari apparentemente indolore, *dallo Stato di diritto a quello paranoico* non sembra improbabile.

Non è possibile a questo punto non chiedersi quale sia la posizione della psichiatria, anzi degli psichiatri, di fronte all'attualità della paranoia, reale o virtuale che sia. Ho accennato, all'inizio, che la psichiatria è stata succube del potere politico (dell'ideologia) dominante (fatte salve poche eccezioni, come quella del *putsch* degli psichiatri tedeschi nel 1938, nel quale un gruppo di loro, appoggiato da qualche ufficiale della Wehrmacht, tentò invano di internare Hitler quale malato mentale). *Ma, limitandoci ai nostri giorni, non si può non osservare come la psichiatria, che occupandosi della salute mentale deve porsi come garante della salute pubblica, sia per lo più assente dai grandi dibattiti etici e sociali che riguardano temi di assoluta importanza quali quelli della fecondazione assistita, del suicidio, del suicidio assistito, della eutanasia, delle dichiarazioni anticipate di volontà, dell'utilizzazione delle cellule embrionali, della decifrazione del proprio personale DNA etc., tutte evenienze dense di importanti problematiche psicologiche e psicopatologiche. Non mancano i campi di interesse comune a psichiatria, etica*

e politica: la repressione politica e la manipolazione delle masse a fini politici (di cui ho già parlato) delle quali la psichiatria non raramente è stata strumento (ad esempio, in Unione Sovietica, ma anche nella Germania nazista, in Sud-America etc.), l'angoscia individuale e collettiva davanti ai fantasmi di guerra atomica o di distruzione della natura, *l'importanza dei disturbi delle classi dirigenti* (a quelle politiche ho già accennato, ma ad esse vanno accostate quelle militari, finanziarie, economiche). Problemi questi che sono già stati sollevati senza che, almeno da noi, abbiano suscitato molta attenzione (7). Sarebbe interessante sapere quanti dei medici che siedono nel nostro Parlamento sono psichiatri, anche se penso che siano legati a logiche di parte e quindi poco disponibili ad assumere posizioni decise nei confronti di quei politici o di quelle mosse politiche improntate a una visione paranoica della realtà. Di fronte a certe disinvolute dichiarazioni prive di oggettiva documentazione o a prese di posizione nei *talkshow*, nel corso dei quali chi parla smentisce quanto lui stesso ha detto il giorno prima o ha la meglio solo perché riesce a sovrastare con la propria voce quella dell'avversario, si sente *la mancanza del pensiero dello psichiatra* quale moderatore o, meglio, mediatore che riporti a ragionevolezza i contendenti e faccia notare come l'incontinenza emotiva travolga il loro impianto argomentativo rendendolo inattendibile. È sorprendente, a mio avviso, come i conduttori televisivi, ma anche gran parte dei giornalisti della carta stampata, siano sprovvisti di cultura psicologica e di formazione alla relazione dialettica, lasciandosi trascinare in quelle che finiscono con essere improduttive e meschine risse verbali, anch'esse responsabili dell'allontanamento della gente dalla politica. Da un lato la televisione ignora il contributo che alla discussione politica potrebbero portare gli psichiatri, dall'altro ne invita qualcuno nelle trasmissioni pomeridiane di intrattenimento o di approfondimento di temi prevalentemente criminologici, sui

quali l'esperto dice la sua come qualsiasi altro cittadino, non avendo elementi a sua disposizione che non siano quelli di tutti coloro che seguono quotidianamente la cronaca. Mi chiedo perché, a differenza di quanto fa con sociologi, giuristi, filosofi, eticisti ed economisti, la televisione, la carta stampata e la rete tengano accuratamente a distanza gli psichiatri, i quali, va detto, nulla fanno per essere coinvolti (e questo dipende anche dalla natura della loro disciplina e dalle peculiarità del loro lavoro istituzionale e privato). Una risposta possibile è che tenere lontana la psichiatria dai dibattiti sui grandi temi dell'attualità significa, in fondo, tenere lontana *la follia, perché in essa non di rado emerge*, come diceva H. Burkhardt, *quell'aspetto del reale che l'uomo non deve vedere per rimanere sano* (8) o, aggiungo io, *per continuare a credersi tale*.

Se la psichiatria, oltre che medica, è una disciplina sociale attenta alla complessa totalità della persona, deve uscire dall'isolamento nel quale tuttora si trova e imporsi all'attenzione della pubblica opinione e dei media, *acquisire insomma quella visibilità che tuttora le manca* e che le permetterebbe di dare preziosi contributi alla crisi individuale e collettiva che sta condizionando la nostra vita, ma soprattutto di *leggere con tempestività* i segnali di perturbazione che provengono da quell'atmosfera paranoica che respiriamo senza rendercene ben conto e che incombe sul nostro destino. Ritengo che per attuare tutto questo le società scientifiche, nazionale e regionali, debbano muoversi, attraverso la formazione dei loro adepti e tramite la promozione di iniziative culturali, nella direzione di una incisiva partecipazione degli psichiatri alla vita pubblica di questo Paese, non sottovalutando, come è stato fatto finora, l'importanza delle connessioni che intercorrono fra etica, politica e psichiatria. Aggiungo che i media hanno storicamente una grande responsabilità in quanto raccolgono nella stessa

unità di tempo una quantità enorme di cittadini (lettori o televidenti) e una presenza degli psichiatri mi pare, quindi, del tutto auspicabile. D'altra parte, la psicologia sociale da tempo ci ha insegnato che i comportamenti della massa, della folla, hanno le loro radici anche nella cultura e nell'educazione, a partire dalla scuola.

Naturalmente va evitato il rischio di riaprire la polemica sulla sociogenesi della malattia mentale, che è stata al centro del dibattito culturale e civile degli anni sessanta-settanta del secolo scorso, ma che è tutta un'altra faccenda. *Non si tratta, in altre parole, di applicare la politica alla psichiatria, ma la psichiatria alla politica, di mettere cioè il suo sapere antropologico al servizio della polis.*

Concludendo, ma riservandomi di aggiungere altre argomentazioni in un prossimo intervento, *ripeto che la paranoia è tuttora attuale e continua, sia pure in forme e con toni diversi da quelli che hanno caratterizzato le tragedie del novecento, a fare la storia, anche nel nostro paese*, che però non sembra accorgersene e rimanda le cause di tutti i suoi problemi a fattori sociali, economici, finanziari, speculativi etc., disconoscendo che all'origine di tutto c'è sempre l'uomo con le tensioni e i conflitti che lo agitano al suo interno e si fanno esplosivi quando si imbattono in situazioni esterne che pretendono di piegarlo ad adattarsi a una realtà insostenibile.

BIBLIOGRAFIA

1. Meldini P. (a cura di-), *Mussolini contro Freud*, Guaraldi, Firenze-Rimini, 1976
2. Kung H., *Ciò che credo*, Rizzoli, Milano, 2010
3. Zoja L., *Paranoia. La follia che fa la storia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011
4. Goldensohn L., *I taccuini di Norimberga*, Il Saggiatore, Milano, 2005
5. Arendt H., *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme*, Feltrinelli, Milano, 1964
6. Shirer W. L., *Storia del Terzo Reich*, Einaudi, Torino, 1963
7. Calanchini C., *Etica, psichiatria e politica*, Centro Documentazione e Ricerca dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale Ticinese, Mendrisio, 1995
8. Burkhardt H., *Sichöffnen und Sichschliessen*, Z. f. Klein. Psychol. Psychother 19, 1971
9. Herbst L., *Il carisma di Hitler*, Feltrinelli, Milano, 2012
10. Bellassai S., *L'invenzione della virilità*, Carocci, Roma, 2011



Non solo lavoro: esperienze di reinserimento e risocializzazione per pazienti gravi

Riflessioni sulla fase terminale del percorso riabilitativo in centro diurno

Gianluigi Tomaselli (1), Silvia Fenaroli (2),
Ombretta Papetti (2), Giuseppe Biffi (3),
Giorgio Cerati (4), Massimo Clerici (5),
Giuseppe De Paoli (6), Claudio Mencacci (7)
Mauro Percudani (8), Massimo Rabboni (9).

A partire dall'esperienza del Centro Diurno Psichiatrico le "Ghiaie" di Bonate Sopra (BG), questo contributo propone una riflessione su modalità, finalità e tempistiche con cui può essere organizzata la fase conclusiva del percorso dei pazienti in Centro Diurno ed il loro reinserimento sul territorio di appartenenza, attraverso la collaborazione di rete con il Centro Psico-Sociale e le realtà istituzionali e del terzo settore presenti sul territorio. Nella prima parte dell'articolo verranno esposti alcuni dati quantitativi e descrittivi relativi alle dimissioni finora avvenute presso le "Ghiaie". Nella seconda parte, si esporrà in chiave qualitativa e narrativa un progetto di risocializzazione realizzato con un paziente ad alto rischio di cronificazione, per il quale non era possibile proporre un reinserimento lavorativo, che tuttavia ha

potuto usufruire di risorse presenti nel proprio comune di residenza. Il resoconto del caso verrà accompagnato dai risultati di tre strumenti di valutazione (Q-LES-Q (Endicott et al., 1993), SAS-II (Schooler et al., 1979), SBS (Wykes et al., 1980) somministrati prima e dopo l'attivazione del progetto, che hanno fornito riscontri positivi circa il funzionamento socio-relazionale e la qualità della vita percepita dal paziente stesso.

Starting from the experience of the Psychiatric Day Centre "le Ghiaie" in Bonate Sopra (BG), this contribution offers a consideration on methods, aims and schedules with which it is possible to organize both the final step for patients in Day Centres and their reintegration in their context of origin, with the collaboration of the Psycho-Social Centre, the institutions and the land third sector. Within the first part of the article, some quantitative and descriptive data on actually occurred discharges from "Le Ghiaie" will be exposed. In the second part, we will show, on a qualitative and narrative key, a resocialization project made with a potential chronic patient, for whom it was not possible to propose a work integration, who nevertheless could make use of resources from his municipality. The report of the case will go with the results of three evaluation tools (Q-LES-Q (Endicott and others, 1993), SAS-II (Schooler and others, 1979), SBS (Wykes and others, 1980)) administered before and after the project start up, which gave positive results about the socio-relational working and the life quality perceived by the patient himself.

Nel tentativo di rielaborare l'esperienza di dieci anni del Centro Diurno "Le Ghiaie" di Bonate Sopra (BG), dopo averne ripercorso le origini e dopo averne esplicitato le modalità di intervento, abbiamo pensato di concentrare l'attenzione sulla fase terminale del percorso riabilitativo: cosa succede ai nostri pazienti quando non frequentano più il Centro? Come avvengono le dimissioni? Quando possiamo considerare riuscito un trattamento? (1, 2, 3)

Naturalmente, si tratta di questioni aperte e necessariamente irrisolte, che intersecano ambiti di ricerca e confronto propri non solo della riabilitazione psicosociale, ma anche dell'epidemiologia psichiatrica e della psicoterapia. Lungi dal pretendere di poter rispondere a domande tanto ampie e complesse a partire da un'esperienza limitata, non sufficientemente strutturata e comunque parziale, ci proponiamo di esporre una riflessione su come queste tematiche vengano affrontate all'interno della nostra équipe. Si procederà, quindi, nella prima parte dell'articolo, ad esporre i dati quantitativi rispetto al flusso di pazienti transitati dalle "Ghiaie" a partire dall'apertura nel 2002 e rispetto alla collocazione territoriale o istituzionale successiva alle dimissioni. Si omettono invece le considerazioni qualitative relative all'esito dei trattamenti, perché sarebbero esclusivamente il frutto di valutazioni cliniche maturate all'interno dell'équipe stessa, della quale esprimerebbero un (pre) giudizio, parziale e non obiettivo. Ci proponiamo, in futuro, di raccogliere dati quantitativi e qualitativi che ci consentano di esprimere una valutazione sugli esiti maggiormente attendibile, ancorché non esaustiva e non definitiva. Pensiamo, ad esempio, alle informazioni relative alle condizioni psicopatologiche del paziente per come riferite dal CPS che lo riprende in carico, al numero di ricoveri in SPDC o di accessi in PS per motivazioni psichiatriche, alla collocazione ambientale ed al clima emotivo-relazionale all'interno dell'ambiente stesso, al coinvolgimento nella vita comunitaria del territorio di appartenenza (4).

Nel decimo anno di attività, consolidatesi le modalità

di accoglienza ed intervento, è diventato per noi centrale il problema di come strutturare la fase conclusiva del percorso riabilitativo ed il reinserimento sul territorio dei nostri pazienti, particolarmente per quelle persone con lunghe storie di malattia e patologie particolarmente invalidanti, ad alto rischio di cronicizzazione. Come possiamo lavorare con loro per accompagnarli nel momento del distacco, senza abbandonarli e senza sostituire le nostre aspettative alle loro (5, 6)? In alcuni casi, ci è stato possibile costruire insieme a loro – in collaborazione con l'équipe del CPS e con le realtà amministrative ed associative dei Comuni di residenza – delle esperienze di "sgancio" graduale e programmato, di cui porteremo un esempio nella seconda parte dell'articolo. Questo tipo di progetto ci ha consentito di costruire spazi di risocializzazione alternativi al Centro Diurno, là dove il reinserimento lavorativo non era considerato possibile (7, 8, 9, 10). Si tratta per noi di esperienze relativamente nuove, rispetto alle quali non ci sembra, al momento, possibile né desiderabile sistematizzare delle procedure o dei protocolli di intervento. Se è pensabile, infatti, che le scelte rispetto all'inizio di un percorso riabilitativo possano essere codificate e considerate direttamente dipendenti dai modelli di riferimento di chi opera in struttura, lo svolgimento del trattamento e ancor più la sua conclusione coinvolgono una tale complessità di variabili – materiali, cognitive, emotive, relazionali – da sfuggire alle possibilità di previsione dell'équipe. Più concretamente: quando un paziente viene inserito in Centro Diurno, la relativa mancanza di coinvolgimento diretto con lui ed il prevalere delle richieste e delle aspettative dell'inviante portano a formulare progetti riabilitativi centrati principalmente su aspetti più oggettivabili e concreti. Si parte dall'osservazione del comportamento, momento imprescindibile e fondante, ma che non esaurisce in sé le possibilità di conoscenza del paziente, e, piuttosto, ne istituisce solo le premesse. La decisione di accettare o meno una richiesta di inserimento e la proposta al paziente di frequentare il CD per un certo numero di

giorni o di partecipare a specifiche attività spesso viene formulata sulla base di parametri e valutazioni altamente razionalizzati. In questa fase, il lavoro dell'equipe è generalmente poco conflittuale e – al netto del timore dell'ignoto, sempre presente e variamente declinato – è condivisa la percezione di poter intervenire efficacemente seguendo sentieri già percorsi. Con il passare del tempo, da un lato, si consolidano relazioni e coinvolgimenti; dall'altro, il percorso ed i progetti si fanno sempre più personalizzati e meno prevedibili. Da un altro punto di vista ancora, emerge con maggiore evidenza l'incastro equilibrato ma potenzialmente perverso tra istanze regressive ed istanze emancipative, sia nel paziente che nel gruppo curante, e si fanno sempre più importanti, anche se difficili da perseguire, le finalità della riabilitazione, della risocializzazione e del reinserimento, scansando i rischi, opposti ma simmetricamente pericolosi, del drop out e della cronicizzazione. L'accesso alle attività diventa non più solo il pretesto per mettere in campo abilità e risorse residue, ma anche un terreno nuovo di esplorazione delle possibilità e dei limiti della cura, in un percorso condiviso dal paziente e dall'equipe. Centrale diventa la figura dell'operatore di riferimento, che a questo punto generalmente non è più la persona scelta dall'equipe al momento dell'inserimento, ma la persona scelta dal paziente nelle sue interazioni quotidiane. È questa la fase più critica del percorso, esaurendosi la quale è inevitabile che ci si ponga esplicitamente la questione delle dimissioni. Le dimissioni – proposte e rimandate, temute e desiderate, pensate ed agite – rimettono in campo le sfide, i rischi ed i timori che il paziente ha portato con sé al momento dell'inserimento, alla luce però di un percorso di cura comunque avvenuto, indipendentemente dalle valutazioni tecniche o di valore che su di esso possano essere formulate (11, 12, 13).

La sfida ed il rischio, tanto per il paziente quanto per l'equipe, diventano riconoscere la necessità di tornare ad affrontare contesti di vita non strutturati e non terapeutici - ma non necessariamente patologici - e contem-

poraneamente accettare che, pur essendo avvenuti dei cambiamenti e generalmente un miglioramento delle condizioni cliniche e spesso anche familiari, è necessario rinunciare alle attese di guarigione totale e di restituito ad integrum più o meno consapevolmente coltivate al momento dell'ingresso in Centro Diurno. Ciò si traduce nel ridimensionamento delle aspettative di avere un "lavoro vero" e una "vita normale", a favore di un impegno nella ricerca e nel mantenimento di occupazioni possibili e di relazioni sostenibili. Pensiamo quindi ad una guarigione sociale prima che clinica, da perseguirsi attraverso la valorizzazione delle potenzialità effettive del paziente, fuori da meccanicismi efficientistici da elevata emotività espressa, che rischiano di esporre il paziente al rischio di riacutizzazione.

IL PUNTO DI VISTA QUANTITATIVO E DESCRITTIVO: QUANDO E COME TERMINANO I PERCORSI RIABILITATIVI PRESSO IL CENTRO DIURNO "GHIAIE"

Il Centro Diurno "Ghiaie" di Bonate Sopra (BG) ha aperto il 15 gennaio 2002, inizialmente con un accreditamento per 20 pazienti giornalieri, dal 1 maggio 2010 per 19.

I dati qui riportati sono stati raccolti attraverso il programma regionale lombardo di rilevazione di dati "Psiche" e si riferiscono al periodo compreso tra il 15 gennaio 2002 ed il 31 dicembre 2010.

Dall'inizio del 2002 alla fine del 2010 sono giunte all'equipe del Centro Diurno 137 domande di ammissione di pazienti provenienti dal CPS di Bonate Sotto (BG), il cui bacino d'utenza è costituito dalle aree dell'Isola Bergamasca e della Valle Imagna, per un totale di oltre 150.000 abitanti. Di queste, 12 sono state archiviate senza esitare in un inserimento in CD: nella maggior parte dei casi, il paziente ha rinunciato, concordando soluzioni alternative con il proprio curante del CPS. In alcune situazioni, l'inserimento è stato rifiutato dopo il colloquio

iniziale di presentazione della struttura: le motivazioni che più spesso sono risultate sottese a questa decisione sono state la difficoltà a pensarsi utente di una struttura psichiatrica e la difficoltà a confrontarsi o identificarsi con gli altri pazienti, il cui disagio o la cui bizzarria possono in alcuni casi apparire evidenti e condizionare la scelta. Più raramente, vi sono state oggettive difficoltà nel raggiungere la struttura da parte di pazienti non automuniti e non raggiungibili dal nostro mezzo o dai servizi di volontariato comunemente utilizzati in questi casi con la mediazione dei comuni. In un numero estremamente limitato di casi, infine, la proposta di inserimento è stata ritirata dal curante del CPS perché la situazione clinica del paziente si è nel frattempo modificata e si è ritenuto più opportuno il ricovero o l'inserimento in un altro tipo di struttura.

Nel complesso, quindi, il Centro Diurno ha accolto 125 pazienti, dei quali 11 sono tuttora inseriti dal primo anno di attività. Il numero medio di nuovi accessi in un anno è di 29 pazienti, con un massimo di 42 nel 2002 (anno di apertura) ed un minimo di 17 nel 2006. Due pazienti hanno avuto due inserimenti in CD, essendo state dimesse e poi reinserite a distanza di mesi o anni.

Al momento della dimissione, 78 pazienti sono tornati presso il proprio domicilio e la competenza del caso è ritornata esclusivamente al CPS; 15 sono stati inseriti in altra struttura, di cui 1 in RSA; 1 in CDI (CD Integrato per anziani); 4 in CRA; 3 in CPA e 3 in CPM; 1 in CSS (Comunità Socio Sanitaria); 1 in CSE (Centro Socio Educativo); 1 in Comunità per doppia diagnosi.

Nel 2004 si è verificato, presso il proprio domicilio, il decesso per suicidio di un paziente inserito, mentre sono deceduti dopo le dimissioni dal CD altri 3 pazienti, 1 per suicidio e 2 per patologie fisiche.

L'inserimento in RSA o in CDI è stato programmato per due pazienti ultrasessantenni in buon compenso psichico, che necessitavano di interventi assistenziali piuttosto che riabilitativi e che non potevano disporre di adeguati livelli di assistenza presso il proprio domicilio.

Là dove il contesto familiare ne ha consentito la realizzazione, per altre pazienti "anziane" è stato possibile, lavorando di concerto con l'équipe del CPS e con le amministrazioni comunali, procedere al reinserimento presso il proprio domicilio, ma con l'ausilio di personale destinato all'assistenza. In alcuni casi si è trattato di "badanti" reclutate e pagate dalla famiglia, in altri casi è intervenuto il Comune di residenza a sostenere economicamente almeno una parte delle spese o a fornire interventi mirati di assistenza domiciliare.

L'inserimento in CRA si è reso necessario per 4 pazienti, per i quali era diventato insostenibile vivere presso il proprio domicilio, non riuscendo più i familiari a sostenere il carico della convivenza col disagio psichico aggravatosi del paziente. Il passaggio di struttura è stato organizzato e realizzato con gradualità, in un caso consentendo a lungo la partecipazione del paziente ad una delle attività del CD, così che mantenesse prima e concludesse progressivamente poi il coinvolgimento con la struttura, con gli operatori e con gli altri pazienti.

I 6 inserimenti in CPA o CPM sono stati l'esito invece di lunghe riflessioni a proposito di pazienti con situazioni familiari e qualità della vita pesantemente deteriorati dalla malattia, per i quali si è ritenuto opportuno pensare a soluzioni riabilitative protette di più lungo periodo. Si trattava di pazienti non sufficientemente anziani o non sufficientemente ben compensati da ipotizzare un inserimento in RSA, ma per i quali l'intensità riabilitativa di una CRA o del CD stesso potevano risultare eccessivamente stimolanti. Sono stati inoltre inviati in una CSS una paziente con Disturbo Bipolare che, con il passare del tempo, si era gravemente deteriorata dal punto di vista cognitivo fino a perdere le minime abilità necessarie a sostenere la permanenza in CD; in una Comunità per doppia diagnosi un paziente per il quale l'abuso di sostanze rappresentava un problema almeno altrettanto critico del disagio psichico e che necessitava di essere curato in una struttura specifica; in un CSE un giovane paziente gravemente disturbato in senso psicotico fin

dall'adolescenza, su probabile base organico-infettiva, che era eccessivamente stimolato dalla partecipazione alle attività del Centro, ma che ha frequentato il gruppo corollario fintanto che non è stato disponibile un posto nella struttura più adatta, consentendo anche ai familiari uno spazio di sollievo e di sostegno nell'elaborazione ed accettazione della disabilità del figlio. Questi progetti hanno richiesto, attraverso l'intervento delle assistenti sociali del CPS, un intenso lavoro di collaborazione con altre istituzioni sociali e sanitarie, in particolare i Comuni e l'ASL (Servizio Disabili e Servizio Dipendenze). Va considerato come, in questi anni di contrazione e razionalizzazione delle risorse, distinguere tra terapeutico/riabilitativo ed assistenziale implica l'attribuzione dei costi a soggetti diversi dall'Azienda Ospedaliera (ASL, Comune, famiglia), ciò che rende le dinamiche istituzionali più complesse e talvolta critiche.

La maggior parte dei pazienti seguiti alle "Ghiaie", tuttavia, è rientrata presso il proprio domicilio e ha continuato ad essere seguita ambulatorialmente presso il CPS. Di questi pazienti non ci viene comunicato, d'abitudine, dal CPS se abbiano usufruito in un secondo momento delle prestazioni dell'altro Centro Diurno dell'UOP o se siano stati ulteriormente ricoverati in strutture pubbliche o private accreditate, anche se sappiamo che interventi di questo tipo si sono resi necessari, ma non siamo, al momento, in grado di quantificarne l'entità. Come detto, per due pazienti è stato proposto un secondo inserimento in CD dopo le dimissioni ed un periodo relativamente lungo di sole cure ambulatoriali.

La dimissione dal CD, che può essere contrattata con l'utente da solo, oppure condivisa con la famiglia d'origine o acquisita, si rende generalmente pensabile e realizzabile in occasione di cambiamenti significativi delle condizioni che inizialmente avevano portato a scegliere l'inserimento in CD. Ciò può coincidere – ed è la prima delle possibilità – con una modificazione delle condizioni psicopatologiche del paziente, sia in senso positivo che negativo. Nei casi in cui si abbia un miglioramento, le

dimissioni vengono programmate quando si ritengono raggiunti e sufficientemente consolidati obiettivi come: buona aderenza alla terapia; riduzione dei comportamenti disadattivi, siano essi di ritiro ed isolamento oppure di discontrollo e disinibizione; acquisizione di uno stile di vita più salutare da mantenersi al domicilio, grazie al recupero di abilità di base e strumentali anche minime (cura di sé e del proprio ambiente di vita); adesione a progetti gestiti dal CPS di inserimento lavorativo in cooperativa o di reintegro presso il precedente posto di lavoro. Qualora il cambiamento coincida invece con un peggioramento, si ha in genere un drop out determinato dal (ri)acutizzarsi della sintomatologia, spesso in concomitanza con l'auto-sospensione della terapia farmacologica. In questi casi, solitamente non si procede alle dimissioni in prima battuta. Piuttosto, segnalata la situazione al CPS, si procede di concerto a favorire il rientro del paziente presso il Centro Diurno, anche con visite domiciliari congiunte ed eventualmente mantenendo aperta la cartella in attesa del suo rientro, anche se nel frattempo ricoverato in altra struttura o in reparto. È comunque possibile che alcuni pazienti interrompano la frequenza e rifiutino di tornare presso la nostra struttura senza aver concluso il percorso previsto.

Il secondo fattore che abbiamo constatato coincidere spesso con la conclusione dei percorsi in CD è il mutamento degli equilibri familiari, che spesso rende possibile o necessario il ritorno alla permanenza in casa durante la giornata del paziente, che prima era invece considerata eccessivamente gravosa per i familiari. Ad esempio, abbiamo "perso" - ma loro si sono almeno in parte "ritrovati" - un certo numero di pazienti in occasione della malattia o della morte di un congiunto, dell'uscita di casa di un fratello/sorella, di cambiamenti di abitazione. Tutte queste evenienze sembrano avere favorito il costituirsi di un nuovo spazio possibile per il paziente, anche se non necessariamente coincidono con un miglioramento delle condizioni cliniche o del clima familiare nel suo complesso.

2. IL PUNTO DI VISTA QUALITATIVO E NARRATIVO: UN'ESPERIENZA DI RISOCIALIZZAZIONE SUL TERRITORIO ATTRAVERSO LA RETE DEI SERVIZI SOCIALI E LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Se quelle sopra esposte sono le condizioni che generalmente precedono e favoriscono il distacco dei pazienti dal nostro Centro Diurno, è pur vero che, nel corso degli anni, abbiamo anche dovuto affrontare la questione di come evitare che il CD diventasse per alcuni – generalmente soli, malati da anni e con poche risorse economiche, relazionali e sociali – l'unico punto di riferimento possibile, annullando ogni possibilità di darsi un'identità al di fuori di quella di paziente dei servizi psichiatrici. Si tratta di situazioni in cui il rischio di cronicizzazione e cronificazione sono particolarmente elevati e in cui la frequenza del Centro Diurno e l'adesione totale al ruolo di malato possono risultare controproducenti. Può accadere che i vantaggi secondari della malattia vengano percepiti come prevalenti rispetto ai vantaggi, ma anche ai rischi, del reinserimento: la rinuncia al proprio ruolo nella famiglia e nella società viene allora subordinata alla possibilità di godere di vantaggi materiali come la pensione di invalidità civile, l'indennità di accompagnamento, l'assegno di indennità lavorativa o l'inabilità totale INPS, la possibilità di usufruire gratuitamente di servizi come il trasporto in CD, il riscaldamento diurno, la mensa, la doccia, le attività riabilitative (che vengono utilizzate come genericamente ludiche o ricreative, svalutandone il potenziale riabilitativo e terapeutico). Questo tipo di atteggiamento è talvolta sostenuto dai familiari stessi che, dovendosi difendere dalla sofferenza connessa al carico materiale ed emotivo legato alle cure di un paziente con psicosi, possono cedere alla tentazione di renderne pubblici i costi, mantenendone privati gli eventuali vantaggi. Situazioni di questo tipo rischiano di innescare delle pericolose spirali regressive e destrut-

tive, sia nella relazione paziente-operatori – che rischia di trasformarsi in un braccio di ferro ininterrotto –, sia all'interno del gruppo dei pazienti, dove i pazienti su questa via di cronicizzazione possono presentarsi ed essere percepiti come portatori di una possibilità di fuga dalla malattia attraverso la fuga dalla cura. Confrontarsi con questa problematica porta a galla negli operatori vissuti di rabbia ed impotenza, che minano la possibilità di intervenire efficacemente, fino ad indurre agiti espulsivi o recriminatori o, viceversa, disinvestimenti altrettanto radicali ed ingiustificati.

Nel corso degli ultimi due anni abbiamo cercato di fronteggiare questo tipo di situazioni, là dove ci siamo accorti per tempo dell'insorgere di queste dinamiche, lavorando insieme ai pazienti stessi per estendere il loro orizzonte emotivo e relazionale al di fuori del Centro Diurno, coinvolgendo in prima istanza l'équipe del CPS e in seconda battuta la rete territoriale formale ed informale. Abbiamo cercato, in questo modo, di accogliere le lamentele di pazienti che si sentivano "tormentati" o, viceversa, "trascurati", come richieste di modificazione del tipo di intervento in atto con loro. Abbiamo ritenuto opportuno, nei casi in cui molti degli obiettivi riabilitativi di partenza erano stati raggiunti, coinvolgere i pazienti nelle riflessioni sul loro percorso, attraverso interventi educativi individualizzati e mirati. Spesso ne è emersa una richiesta di emancipazione ed autonomizzazione, accompagnata allo stesso tempo dal timore di sentirsi abbandonati e non competenti in un contesto non familiare e non protetto. Uno di questi pazienti ci ha sorpreso, avendo già formulato dentro di sé un obiettivo secondo noi realistico e raggiungibile: dedicare mezza giornata alla settimana al volontariato nel proprio paese. La scelta dell'équipe è stata di cogliere la sfida lanciata da questo paziente, e di fornirgli il supporto e la mediazione necessari a concretizzare questa sua aspirazione, accompagnandolo nella fase iniziale di progettazione e contatto con le realtà associative locali, lasciandolo poi libero di esplorare il proprio ambiente e di sperimentarsi da solo.

Gli si è anche garantita la continuità della frequenza del CD, modificata in base alle nuove necessità e con uno spazio dedicato con un educatore per potersi confrontare sull'evoluzione del progetto.

Nonostante si tratti di esperienze ancora in embrione, non generalizzabili a tutti i pazienti in ogni fase del percorso riabilitativo, riteniamo che per noi abbiano rappresentato la possibilità di affrontare in modo nuovo e costruttivo la sfida che spesso i pazienti ci propongono, superata la fase acuta della malattia, recuperate le abilità di base e sociali fondamentali, acquisita una sufficiente consapevolezza di sé e della propria storia, sfida che si può riassumere nella domanda: e adesso?

Riportiamo qui l'esperienza del signor X, per come l'abbiamo costruita ed elaborata insieme a lui, consapevoli che non è scevra da criticità e punti ciechi, ma convinti che abbia rappresentato per noi la possibilità di rispondere alla sua domanda senza respingerla e senza però rivendicarne la paternità, annullando l'iniziativa del paziente nella progettualità dell'équipe.

Presentiamo anche i risultati di tre strumenti di valutazione somministrati prima dell'inizio del progetto e trenta mesi dopo, quando lo si è potuto considerare bene avviato: si tratta di *Q-LES-Q - Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (14), *SAS-II - Social Adjustment Scale - II* (15) e *SBS - Social Behaviour Scale* (16). Si è scelto di utilizzare degli strumenti di valutazione standardizzati nel tentativo di ottenere dei dati maggiormente attendibili rispetto alla sola valutazione clinica circa il funzionamento sociale del paziente e la sua soddisfazione rispetto ad esso e, quindi, circa la riuscita del progetto. La Q-LES-Q fornisce indicazioni circa la percezione che il paziente ha della qualità della propria vita, anche dal punto di vista socio-relazionale; la SAS-II indaga l'adattamento sociale ed i relativi cambiamenti con specifico riferimento ai pazienti schizofrenici; la SBS fornisce un quadro della compromissione dei comportamenti sociali in pazienti psicotici con lunga storia di malattia, anche inseriti in strutture riabilitative.

Il Signor X

Il signor X, 51 anni, con Disturbo di Personalità Narcisistico, è stato inserito in CD per contrastare un importante movimento regressivo, che lo aveva portato ad essere affettivamente molto coartato ed isolato dal punto di vista relazionale, dopo un grave scoppio psicotico avvenuto poco dopo la separazione dalla moglie, con la quale ha avuto due figli. Nei primi anni di malattia è stato seguito dal CPS del suo territorio d'origine, adattandosi a soluzioni abitative estremamente precarie in mancanza di reddito e del sostegno della famiglia acquisita. È quindi giunto per competenza territoriale al nostro CPS quando si è trasferito nel paese della sorella (a propria volta paziente del CPS), su sollecitazione della stessa. Inizialmente viveva da solo, ma con grosse difficoltà nella cura della propria persona, dell'abitazione ed economiche, con rapporti sporadici con i figli e l'ex moglie e nulli con il nuovo contesto sociale. Attualmente, convive con la sorella e la famiglia di lei. Accolto dal nostro CPS, è stata ottimizzata la terapia, richiesta ed ottenuta l'indennità INPS per parziale inabilità lavorativa e avviato il percorso in Centro Diurno con finalità riabilitative e risocializzanti. Parallelamente, è stato affiancato individualmente da un educatore del Progetto Innovativo TR-40 "Paziente grave e comunità sociale". Grazie alla combinazione di interventi di gruppo ed individuali è stato possibile per X raggiungere un buon compenso psichico ed un ragionevole grado di interesse per le attività e le relazioni possibili in CD. Particolare attenzione è stata data alla ripresa dell'autonomia ed al recupero di un'autoestima sufficiente a rendere pensabile il confronto con situazioni e persone esterne al circuito della psichiatria. Un primo approccio, in questo senso, si è avuto con la frequenza di una bocciofila nel Comune di residenza (dopo la partecipazione al gruppo bocce del CD), dove è stato inizialmente accompagnato dagli operatori, poi da volontari e che ora frequenta in modo autonomo. Un secondo passaggio si è avuto quando, pur con modalità provocatorie e svalutanti nei confronti del CD, che gli sono proprie, ha avanzato la possibilità di

impegnarsi come autista del servizio di trasporti comunale. Dopo un lavoro di esplorazione delle motivazioni e di ricalibramento delle aspettative, gli si è proposta una sorta di “accompagnamento a distanza” in un progetto di tirocinio risocializzante in un’associazione di volontariato per creare un aggancio con il Comune di residenza e sperimentarsi in un ruolo diverso da quello di paziente del Centro Diurno. Contemporaneamente, gli si è proposto un modo nuovo di frequentare il CD, dando più spazio al bisogno di essere valorizzato e meno a quello di essere accudito. Si è quindi lavorato con X perché fosse ingaggiato come autista volontario, focalizzando l’esperienza sulla responsabilizzazione e sull’evoluzione del suo modo di porsi rispetto all’ambiente. In una prima fase un educatore ha accompagnato il paziente nella ricerca di enti e persone cui rivolgersi per ottenere informazioni in merito alla pratica del volontariato nel suo paese. Si sono contattati l’Assistente sociale e l’Educatore professionale dei Servizi sociali del Comune, con i quali si è organizzato un incontro di conoscenza reciproca, durante il quale il paziente stesso, accompagnato dall’educatore, ha esposto la propria richiesta di partecipazione al gruppo di volontari del trasporto comunale. Nel corso di questo e di successivi

colloqui, nei quali non era accompagnato, il paziente ha espresso le proprie esigenze e disponibilità, così come le proprie perplessità e criticità, contrattando in prima persona il proprio impegno. Si è deciso, pertanto, che il paziente avrebbe affiancato il volontario dei trasporti comunali per mezza giornata alla settimana, non escludendo per il futuro la possibilità che guidasse egli stesso (ciò che attualmente fa regolarmente). Parallelamente, grazie alle assistenti sociali di Comune e CPS, si è ottenuto un rimborso spese attraverso un voucher sociale.

Da un punto di vista clinico, dopo trenta mesi dall’inizio del progetto, si è osservato, da un lato, un netto decremento degli atteggiamenti svalutativi e provocatori nei confronti di operatori e pazienti del CD, là dove il paziente si propone invece con maggior sicurezza ma anche con maggior fiducia e capacità di ironizzare. Dall’altro lato, il paziente sta mettendo in campo buone capacità di mantenere gli impegni presi e di gestire autonomamente la relazione con volontari ed utenti, anche superiori a quelle che era stato possibile osservare in CD.

Per quanto riguarda gli strumenti di valutazione proposti prima del progetto e dopo, se ne riportano i risultati sotto forma di grafico, seguiti da brevi commenti:

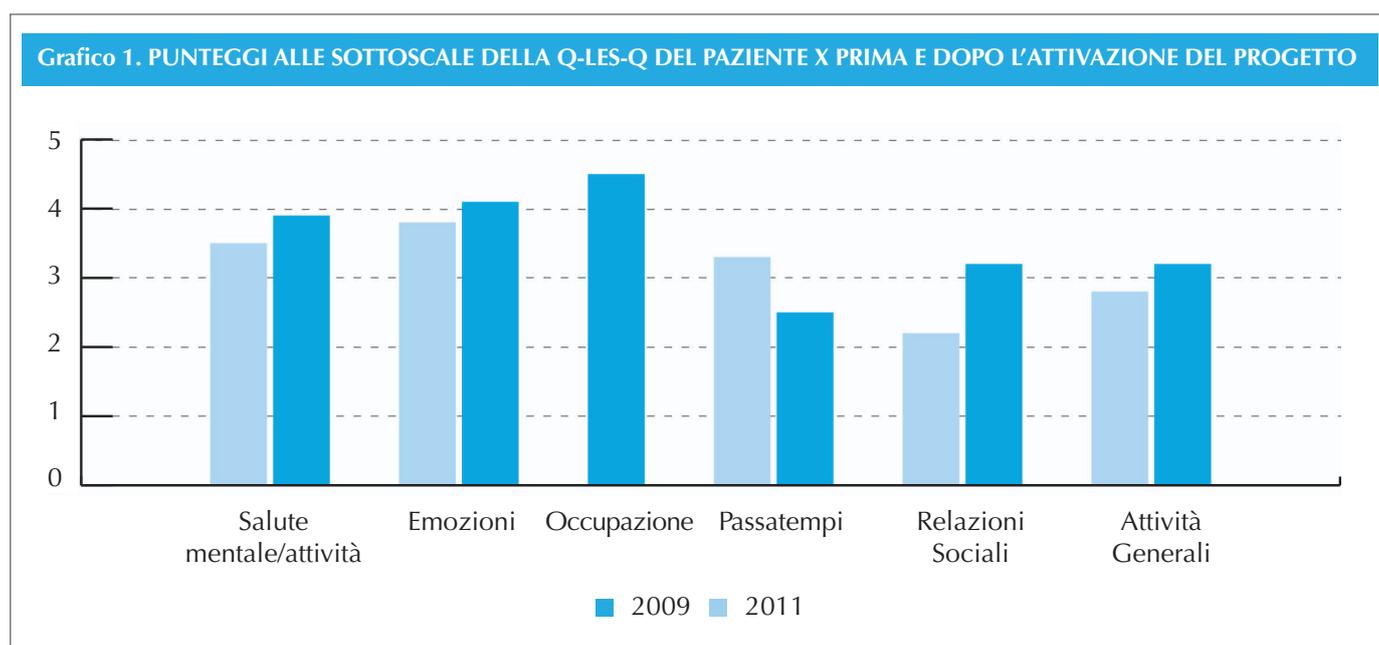
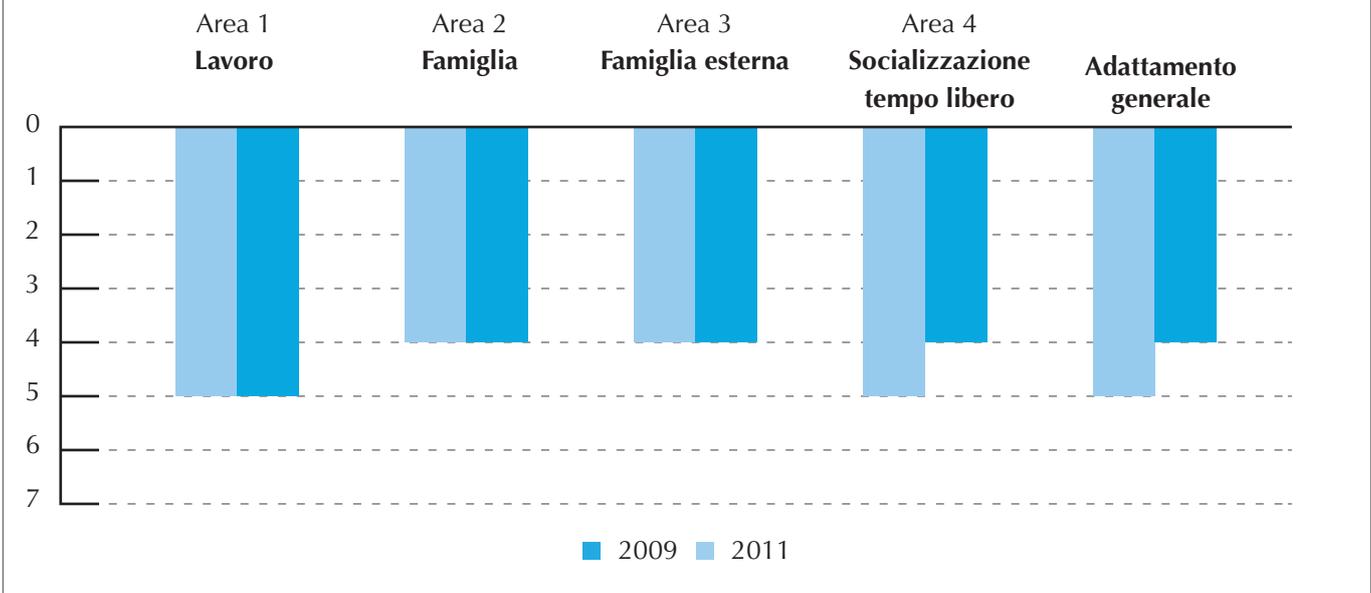


Grafico 2. PUNTEGGI ALLE SOTTOSCALE DELLA SAS-II DEL PAZIENTE X PRIMA E DOPO L'ATTIVAZIONE DEL PROGETTO

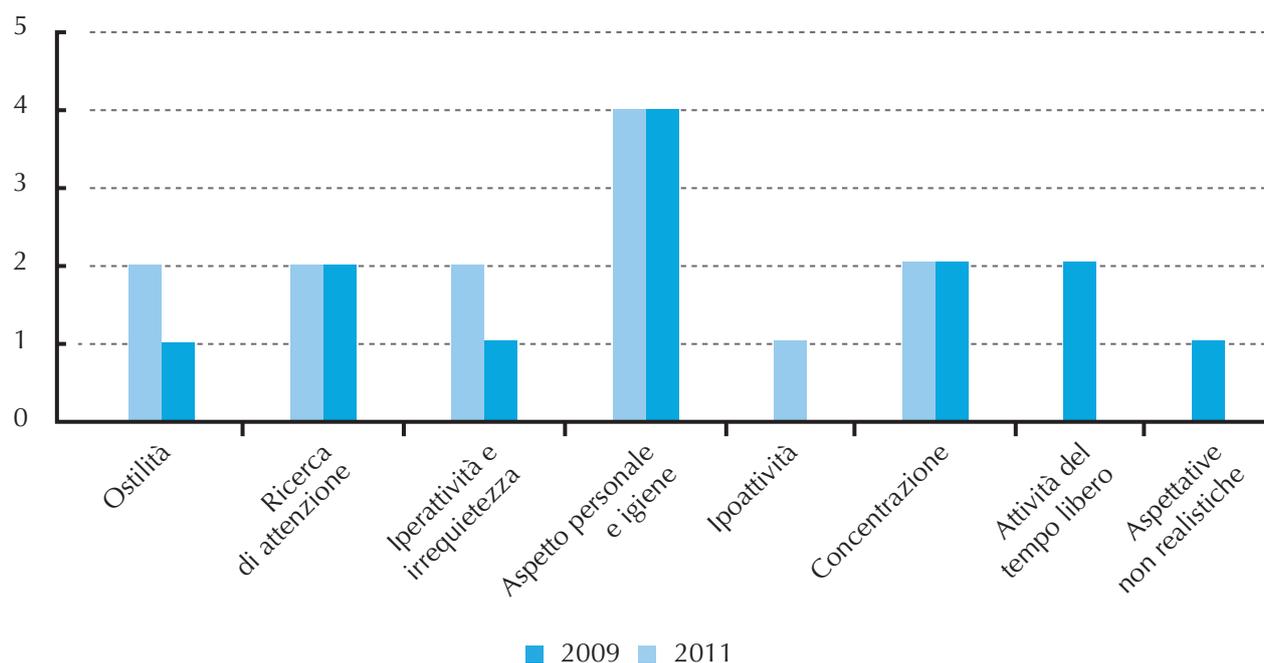


Per ciò che concerne la qualità di vita percepita dal paziente, misurata con la Q-LES-Q, si osserva un incremento della soddisfazione in cinque delle sei aree valutate dalla scala: salute fisica/attività, emozioni, occupazione (non valutata nel 2009, in assenza di contesti cui riferire gli item), relazioni sociali e attività generali. L'unica area che ha visto un decremento della soddisfazione è quella dei passatempi, che fa riferimento alle attività coltivate in solitudine al domicilio (enigmistica, ascolto di trasmissioni sportive radiofoniche). Anche sulla base delle informazioni raccolte nel lavoro quotidiano col paziente, riteniamo di poter leggere questi dati come positivi e correlati all'attivazione del progetto: il riuscito inserimento in un contesto occupazionale e relazionale nuovo e stimolante ha rappresentato per il signor X un'occasione di miglioramento della qualità della vita, sia perché è aumentato il tempo che dedica ad attività che percepisce come costruttive e gratificanti, sia perché queste attività gli forniscono una motivazione a coinvolgersi maggiormente negli altri ambiti (dalla cura del sé alle relazioni), con un aumento complessivo dello stato percepito di benessere.

La SAS-II fornisce, a partire da un'intervista semi-

strutturata, una valutazione del livello di adattamento sociale in cinque aree: lavoro, famiglia, famiglia esterna, socializzazione e tempo libero e benessere personale. Tanto più alti sono i punteggi, tanto più marcata è la compromissione del funzionamento in quell'area. Per il signor X, l'area più problematica era e resta quella lavorativa, rispetto alla quale l'impegno di un solo giorno alla settimana non è sufficiente a determinare una modificazione dei punteggi, lasciando inalterata la valutazione di "adattamento scadente". Una modificazione si è registrata nell'area della socializzazione e del tempo libero, dove si è passati da un livello di "adattamento scadente" ad uno di "adattamento discreto" e un analogo miglioramento si è avuto per l'adattamento generale. Anche in questo caso, riteniamo di poter leggere questi dati come riscontro positivo del progetto, che sembra avere avuto un impatto non solo sul piano della risocializzazione, ma anche dell'adattamento generale. Abbiamo rilevato un cambiamento anche qualitativo nel funzionamento relazionale del paziente, che sembra maggiormente in grado di tenere in considerazione bisogni e punti di vista altrui, sia in famiglia che all'esterno. Contemporaneamente, sembra anche più sensibile rispetto ai possibili attriti e

Grafico 3. PUNTEGGI ALLE SOTTOSCALE DELLA SBS DEL PAZIENTE X PRIMA E DOPO L'ATTIVAZIONE DEL PROGETTO



riferisce un maggior livello di sensi di colpa: riteniamo che questo dato testimoni non tanto un deterioramento dei rapporti, quanto maggiori attenzione e consapevolezza nei confronti dell'altro e delle proprie emozioni.

Infine, si è valutato il comportamento sociale del paziente con la SBS, che prende in considerazione le possibili menomazioni nel funzionamento relazionale determinate dalla presenza di sintomi psicotici. Solo una parte degli item si è rivelata utile nel caso del signor X, che non è affetto da schizofrenia (e quindi non manifesta né mai ha manifestato disturbi del comportamento o bizzarrie legati alla produttività della malattia) ma da grave disturbo di personalità di tipo narcisistico e che ora si trova da tempo in condizioni di buon compenso psichico. Ciò che si è potuto osservare, comunque, è stata una diminuzione dei livelli di ostilità manifesta (la provocatorietà e l'oppositività essendo due tratti distintivi della sua personalità), di iperattività ed irrequietezza così come di ipoattività. Allo stesso tempo, è migliorata l'occupazione del tempo libero. Riteniamo che questi dati, congiunti, siano il risultato di una maggior finalizzazione

delle attività intraprese e dell'estensione del contesto di vita del paziente. Infine, è aumentato significativamente il livello delle aspettative irrealistiche: non si può escludere che anche questo possa essere correlato alla maggior attivazione socio-relazionale e costituisce sicuramente uno degli obiettivi dei prossimi interventi.

A conclusione di questo contributo, vogliamo sottolineare come la nostra intenzione sia stata quella di proporre riflessioni – e non soluzioni – sui modi ed i tempi con cui si sceglie di calibrare gli interventi in Centro Diurno, particolarmente nella fase di dimissione, che riteniamo essere la più difficile, complessa e sollecitante, tanto per i pazienti quanto per gli operatori.

(1) Resp. FF UOP 14, Psichiatra e (2) Psicologhe Centro Diurno Ghiaie di Bonate Sopra, AO Treviglio; (3) Dir. DSM A.O. S. Carlo di Milano; (4) Dir. DSM A.O. di Legnano; (5) Dir. DSM AO S. Gerardo Monza, Prof. Ass. Univ. Milano-Bicocca (6) Dir. DSM A.O. di Pavia; (7) Dir. DSM A.O. Fatebenefratelli di Milano; (8) Dir. DSM A.O. di Garbagnate Milanese; (9) Dir. DSM A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

BIBLIOGRAFIA

1. Tomaselli G., Fenaroli S., Papetti O., De Paoli G., Biffi G., Mencacci C. (2009), *Il Centro Diurno come fulcro dell'attività riabilitativa in psichiatria. Storia di un'esperienza*, 2002-2008. ERREPIESSE, 43-52, II-2009.
2. Tomaselli G., Fenaroli S., Papetti O., Pezzani G., Biffi G., Cerati G., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M. (2010), *Nuovi compiti e funzioni per i Centri Diurni oggi tra progetti innovativi e residenzialità leggera*, ERREPIESSE, 26-32, I-2010.
3. Biffi G., Zappalaglio C., Tomaselli, G. e Mondadori, M., *Riflessioni sull'esperienza iniziale dell'équipe psichiatrica all'interno di una struttura intermedia*, In Siani R., Siciliani O., Burti L., Strategie di psicoterapia e riabilitazione, 1990, Feltrinelli, Milano.
4. Farkas M.D., Anthony W.A., *Outcome analysis in psychiatric rehabilitation*, In M. Fuhrer (a cura di), Outcome Assessment in Rehabilitation, Brookes Publishing, 2004, Baltimore.
5. Mencacci C., Giannelli A., *Etica: continuiamo a parlarne, il dilemma etico in psichiatria*, Fondazione P. Varenna, 1991, Milano.
6. Rabboni M., *Etica della riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, 1997, Milano.
7. Cerati, G., *Case management psichiatrico, sussidiarietà dei servizi, integrazione degli interventi*, relazione tenuta al congresso Case management in psichiatria: un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie, 4 febbraio 2009, Bergamo.
8. Percudani, M., *Dal percorso istituzionale all'operatività clinica: le azioni innovative regionali in psichiatria*, relazione tenuta al congresso Case management in psichiatria: un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie, 4 febbraio 2009, Bergamo.
9. Carozza P., *La Riabilitazione Psichiatrica nei Centri Diurni: aspetti clinici ed organizzativi*, Franco Angeli, 2003, Roma.
10. Ferro A. M., Buscaglia G., *Il Dipartimento di salute mentale. I nuovi strumenti per l'assistenza psichiatrica*, in Lavorare in psichiatria, Bollati Boringhieri, 2005, Torino.
11. Rabboni M. (2003), *Residenzialità - Luoghi di vita*, Incontri di Saperi, Franco Angeli, Milano.
12. Ferruta A., Galli T., Loiacono N., *Uno spazio condiviso. La terapia dei pazienti psicotici in una struttura intermedia*, Borla, 1994, Roma.
13. Bassi M., *La psichiatria territoriale in Italia: storia di un'esperienza*, in Manuale di psichiatria territoriale, a cura di J.V. Vaccaro, G.H. Clark Jr., M. Bassi, Raffaello Cortina, 1999, Milano.
14. Endicott J., Nee J. et al., *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure*, in Psychopharmacological Bulletin, 1993, 29:321.
15. Schooler N., Hogarty G.E., Weissman M.M., *Social Adjustment Scale II (SAS-II)*, in: Hargreaves W.A. et al. (Eds.), Resource materials for Community Mental Health Program Evaluators, ADM, Washington D.C..
16. Wykes T., Sturt E., *The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule*, in British Journal of Psychiatry, 148:1.

Dalla qualità percepita alla qualità partecipata

Utenti e operatori in un percorso di miglioramento della qualità nel Centro Diurno psichiatrico Settembrini dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

Frediani G.P., Scaramellini A., Cerveri G., Mencacci C.

Dipartimento di Neuroscienze AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano

INTRODUZIONE

In sanità la qualità percepita, cioè il grado di soddisfazione dell'utente, è un campo di crescente interesse e applicazione e, sebbene risulti essere complessa la sua rilevazione, rappresenta un indicatore fondamentale nella valutazione dei servizi sanitari (Piano Regionale Salute Mentale 2002-2004 – Regione Lombardia – Cap.4).

Anche in psichiatria la qualità percepita dall'utenza è tema per il quale sono presenti dibattiti e ricerche ma, di fatto, è un parametro il cui impiego faticosamente si fa strada all'interno dei servizi.

Non tutte le strutture sanitarie utilizzano, infatti, in maniera sistematica, strumenti di rilevazione della qualità percepita o si pongono obiettivi di customer satisfaction.

A volte il pregiudizio dell'inattendibilità della persona affetta da patologia psichica, anche in merito ai servizi usufruiti, può essere ostacolo alla realizzazione di indagini sulla qualità percepita (1).

In questo articolo presentiamo la realizzazione di un progetto di rilevazione della qualità che ha coinvolto alcuni utenti di un servizio psichiatrico pubblico. Partiti da un'iniziale idea di effettuare una rilevazione del grado di soddisfazione sul servizio erogato ci siamo ritrovati, utenti ed operatori, a dialogare sul senso degli strumenti

valutativi e sulla possibilità di passare da un concetto di qualità percepita a quello di qualità partecipata. Il percorso effettuato ha così permesso, al di là delle nostre aspettative, di giungere ad un concetto di qualità partecipata dove sono gli utenti stessi artefici e gestori di strumenti di rilevazione della qualità.

IL PROGETTO

Osservatorio Permanente della Qualità del Centro Diurno Settembrini

Il progetto è nato all'interno di un Centro Diurno Psichiatrico nel quale si svolgono attività semiresidenziali con finalità riabilitative e risocializzanti.

I pazienti inseriti nella struttura sono in totale 60; partecipano alle attività proposte in giorni differenti, a seconda di un programma individuale prestabilito. Sono affetti da disturbi psichici, in particolar modo da schizofrenia, da disturbi di personalità, sindromi affettive e sindromi nevrotiche.

Gli utenti sono in cura quasi per la totalità nel medesimo Centro Psico Sociale che risulta essere il servizio inviante; il Centro Diurno è, infatti, una struttura di secondo livello.

L'equipe del Centro, attraverso questo progetto, ha perseguito la principale finalità di rendere l'utente sempre più protagonista del proprio percorso di cura favorendo un processo di cambiamento culturale verso la conoscenza, l'*empowerment* e la partecipazione attiva e protagonista dello stesso. L'iniziativa si è orientata verso la rilevazione della qualità dei servizi erogati partendo dall'idea che i criteri più significativi, nella valutazione della qualità del servizio, siano quelli definiti dagli utenti (11).

In periodici spazi assembleari si è pertanto promossa la costituzione di un gruppo di lavoro, composto da alcuni tra operatori e pazienti del Centro, denominato poi *Osservatorio Permanente della Qualità – OpeQ*.

Il gruppo, ad accesso libero, è stato composto da una

decina utenti e coordinato da un Infermiere Professionale, un Educatore Professionale ed un tirocinante al terzo anno della scuola per Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica.

In fase di composizione dell'osservatorio gli operatori hanno condiviso con gli utenti finalità e obiettivi nonché contenuti, metodologie operative e tempi di lavoro.

“Filosofie” dell'intervento sono state l'alleanza e la condivisione del progetto tra tutti i soggetti coinvolti (10).

Il lavoro di questo gruppo si è indirizzato verso la creazione di un questionario che, attraverso venti domande, potesse rilevare, nelle aree identificate, il grado di soddisfazione dei pazienti inseriti in Centro Diurno. I componenti dell'osservatorio hanno infatti somministrato il questionario a tutti gli utenti del Centro. I dati raccolti sono poi stati elaborati e restituiti ai pazienti in un'assemblea generale nella quale sono stati esposti e commentati i risultati dell'indagine.

Finalità e obiettivi del progetto

Principale finalità del percorso è stata il favorire un processo esperienziale che potesse portare l'utente a sentirsi capace di essere sempre più soggetto e protagonista del proprio percorso di cura. Questo attraverso:

- La creazione di condizioni utili ad un cambiamento culturale verso la conoscenza, l'empowerment e la partecipazione attiva e protagonista dell'utente;
- L'orientamento dei pazienti verso una progettazione partecipata nell'ambito sanitario da loro frequentato;
- La costruzione di un'alleanza tra operatori e utenti basata su intenti comuni, scelte e strategie condivise;
- Il miglioramento della qualità dei servizi erogati attraverso una valorizzazione dei criteri definiti dagli utenti;
- L'attivazione di circoli virtuosi capaci di modificare singoli elementi presenti nel sistema per migliorarne l'insieme.

Le finalità hanno previsto il conseguimento dei seguenti obiettivi:

1. costituire un *Osservatorio Permanente della Qualità*

all'interno del Centro Diurno composto da utenti e operatori;

2. creare occasioni permanenti di incontro fra i soggetti coinvolti;
3. offrire momenti di dialogo tra pazienti e operatori in merito alla tematica della rilevazione della qualità del Servizio;
4. partecipare con i pazienti, supportandoli e affiancandoli, a un percorso di informazione e formazione, costruito partendo dalle loro proposte e dai loro bisogni;
5. intraprendere riflessioni sui temi dei bisogni e dei diritti dei cittadini in ambito socio-sanitari;
6. istituire momenti di équipe tra gli operatori nei quali riflettere sull'operato anche alla luce dei contenuti emersi durante gli incontri con gli utenti.

Metodologie e verifiche

Utenti ed operatori si sono ritrovati dapprima con frequenza mensile, quindi, una volta fondato l'osservatorio, con frequenza quindicinale. Ogni incontro ha avuto durata di un'ora e mezza. In ogni riunione è stata utilizzata una scheda redatta dagli operatori riassuntivamente i contenuti dell'incontro precedente e i temi da affrontare nella giornata. Gli operatori, infatti, si sono occupati della programmazione delle riunioni sulla base della verifica del percorso affrontato dal gruppo e degli obiettivi da perseguire.

Nel caso di tematiche specifiche, è stato allegato materiale da leggere o da visionare.

Gli incontri si sono svolti nella sala riunioni del Centro Diurno. Sono state utilizzate lavagne bianche e a fogli mobili.

Gli operatori hanno avuto differenti ruoli e funzioni: l'infermiere ha assunto il ruolo di conduttore degli incontri coadiuvato dalla tirocinante. Quest'ultima ha anche garantito la raccolta, la verbalizzazione ed il riordino del materiale prodotto dal gruppo durante gli incontri. L'educatore ha invece avuto una funzione di supporto

nella conduzione degli incontri prevalentemente nell'approfondimento delle tematiche emerse.

Le verifiche del progetto hanno avuto cadenza mensile e sono state effettuate dall'équipe degli operatori. Durante questi momenti è stato analizzato lo stato dei lavori: partecipazione quantitativa e qualitativa degli utenti, contenuti e proposte emerse, difficoltà da affrontare, successi raggiunti, punti di forza e di debolezza.

Tempi e risorse

Il progetto ha impegnato un arco temporale complessivo di 24 mesi ed è stato realizzato senza impiego di risorse aggiuntive.

LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO OPEQ

Si possono schematicamente identificare tre fasi di lavoro ad oggi realizzate. Ogni fase ha avuto durata variabile ed è stata caratterizzata da specifici compiti di lavoro:

Fase 1 (gennaio 2009 - febbraio 2010)

Otto incontri assembleari propedeutici alla costituzione dell'OPEQ. Obiettivo è stato il recupero dai partecipanti di un primo quadro generale della situazione del Centro Diurno identificandone caratteristiche, punti di forza e debolezza.

Lo schema utilizzato in questa fase è stato il seguente:

1. *Analisi della situazione (tre incontri)*: è stato chiesto ai pazienti di riflettere in merito al funzionamento del Centro, di esprimersi circa il suo mandato istituzionale ed alle proposte in esso fatte. Si è lavorato affinché gli utenti utilizzassero la propria esperienza per comprendere il funzionamento del sistema a livello generale.

2. *Identificazione delle aree del Centro Diurno (3 incontri)*: si è lavorato affinché i pazienti identificassero

delle aree caratterizzanti il lavoro del Centro Diurno e verbalizzassero, all'interno delle stesse, punti di forza e debolezza.

Sono state identificate 12 aree:

1. Disponibilità, tempestività, gentilezza e comprensione da parte degli operatori;
2. Qualità del clima relazionale;
3. Stabilità, nel tempo, degli operatori dell'équipe;
4. Qualità dell'ambiente e degli arredamenti;
5. Qualità del cibo;
6. Rispetto della tempistica e degli orari;
7. Tutela della privacy;
8. Quantità e qualità delle informazioni ricevute e grado di coinvolgimento nella scelta dei percorsi di aiuto e sostegno;
9. Accessibilità agli operatori al di fuori dei tempi previsti;
10. Equità nelle regole comunitarie;
11. Considerazione e tempi di risposta rispetto alle richieste/proposte degli utenti;
12. Efficacia dell'intervento del Centro Diurno.

3. *Proposta di cammino comune e partecipato (2 incontri)*: si è proposto di costituire, all'interno del Servizio, un Osservatorio permanente della qualità del Centro Diurno – OPEQ. Sono stati definiti, di tale osservatorio, le finalità, gli obiettivi, i contenuti, le modalità ed i tempi di lavoro. Sono stati esplicitati gli accordi e le regole comuni di partecipazione. L'adesione, su base volontaria, è stata definita libera da vincoli formali.

Fase 2 (marzo – dicembre 2010)

Nascita dell'OPEQ: avvio del programma di lavoro.

Obiettivo di questa fase è stato l'approfondimento di specifiche tematiche, di interesse comune ai componenti dell'osservatorio, attinenti l'ambito sanitario.

I partecipanti hanno identificato i seguenti argomenti che sono stati analizzati e discussi in gruppo:

- La cura;
- La riabilitazione;
- Il concetto di recovery ;
- I servizi di cura;
- Il Centro Diurno: obiettivi; funzioni; gestione e risorse;
- La valutazione dei servizi: cosa è, a cosa serve, come e quando è possibile farla;
- Il rapporto istituzione/cittadinanza;
- La persona come protagonista del proprio percorso di cura e riabilitazione.
- Si è lavorato esaminando i temi di discussione partendo dall'esperienza individuale di ciascuno per recuperare il significato generale degli argomenti trattati.

Fase 3 (gennaio – dicembre 2011)

La qualità e la sua rilevazione: durante questa fase, centrale è stato il concetto di valutazione della qualità. Nello specifico si è orientato il lavoro verso un percorso di valutazione del Centro Diurno. Quattro sono stati i momenti di lavoro:

1. Definizione di qualità

Attraverso l'utilizzo di materiale fornito dalla letteratura ed un lavoro di confronto, l'osservatorio ha prodotto la seguente definizione di qualità:

“Qualità è una situazione nella quale persone, con le proprie caratteristiche ed esigenze, percepiscono, in un qualsiasi ambiente, dei risultati o prodotti finalizzati al miglioramento del benessere della vita individuale e sociale.”

2. Definizione di qualità in sanità

Seguendo la stessa metodologia il gruppo ha lavorato in merito al concetto di qualità in sanità specificandone le tre dimensioni: qualità organizzativa, qualità professionale e qualità percepita. Questa la definizione per l'osservatorio:

“Qualità in Sanità è una situazione che realizza la coesistenza di elementi differenti: professionalità, responsabilità, umanità, accoglienza, ascolto e dialogo da parte

del personale sanitario; chiarezza e completezza delle informazioni ricevute, disponibilità, cortesia, riduzione dei tempi di attesa, comfort ambientale finalizzati al miglioramento del benessere della vita individuale e sociale.”

3. Costituzione delle commissioni di lavoro

Dato il concetto generale di qualità, e quello più specifico di qualità in sanità, sono state riprese le 12 aree caratterizzanti il lavoro del Centro Diurno che sono state identificate come possibili ambiti oggetto di valutazione. Sono quindi state scelte le tre aree ritenute prioritarie dall'osservatorio:

1. Quantità e qualità delle informazioni ricevute e grado di coinvolgimento nella scelta dei percorsi di aiuto e sostegno
2. Qualità del clima relazionale
3. Efficacia dell'intervento del Centro Diurno.

Per ognuna di queste è stata costituita una commissione composta da utenti e supervisionata dagli operatori. Ogni commissione si è occupata di definire e proporre agli altri componenti dell'osservatorio delle ipotetiche domande utili ad una eventuale valutazione dell'area esaminata.

4. Il questionario OPEQ

Unendo le domande selezionate, attinenti le tre aree identificate, è stato creato un questionario composto da 20 quesiti.

Il questionario prodotto è stato proposto dai partecipanti all'OPEQ a tutti gli utenti del Centro Diurno che vi hanno risposto in forma anonima nel periodo maggio–giugno 2011. Il questionario è stato composto da domande a risposta aperta e da domande a risposta chiusa e si è cercato di utilizzare una terminologia varia ma chiara. Il modello è stato, in un primo momento, testato su un campione significativo di pazienti differenti per scolarità, tipo di attività lavorativa ed esperienze di vita. Lo strumento si è dimostrato accessibile a diverse tipologie di utenti; sintetico, la compilazione ha richiesto

in media quindici minuti e, grazie alle domande a risposta chiusa, generalizzabile. Inoltre le domande a risposta aperta hanno permesso di analizzare e verificare la coerenza interna dei vari pareri espressi e di indagare più in profondità le opinioni e le motivazioni degli intervistati.

Descrizione del campione

Il campione preso in considerazione nello studio è costituito da 32 soggetti che frequentano il Centro Diurno. La maggior parte del campione è di sesso femminile, 19 pazienti sono

infatti donne e 13 pazienti sono uomini.

Gli utenti risultano eterogenei per diagnosi, età, sesso e precedenti esperienze di cura e l'età media è di 55 anni, con un range compreso tra i 24 e i 76 anni.

Il livello di istruzione medio è pari a 13,03 anni.

Il 62% dei pazienti vive in famiglia e il 38% vive da solo.

Il 90% dei pazienti abita nella zona dove è situato il Centro, il 10% proviene da altre zone.

La gran parte dei soggetti, il 90%, frequenta il Centro Diurno per più di 4 ore a settimana, solo il 10% meno di 4 ore.

Tabella 1. QUESTIONARIO OpeQ: I RISULTATI

Domande	Risposte					
	Sì, da medico o psicologo 78%	Sì, da assistente sociale 10%	Sì, da infermiere 0%	Sì, da educatore 6%	Sì, altro 6%	No 0%
Sei stato informato sui motivi del perché ti è stato proposto l'invio in Centro Diurno?						
Sei stato informato sulle possibili alternative al Centro Diurno (ad esempio percorso individuale, residenzialità leggera, inserimento lavorativo, altri Centri Diurni)?	SÌ - 65%			NO - 35%		
	Moltissimo	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	
Hai ricevuto sufficienti informazioni relative al tuo inserimento in Centro Diurno?	13%	31%	41%	6%	9%	
Ulteriori richieste di informazioni ti sono state date in maniera tempestiva e soddisfacente durante il tuo percorso	7%	32%	42%	13%	6%	
Ti senti sufficientemente coinvolto, partecipe nella scelta del tuo percorso di aiuto e sostegno?	19%	32%	32%	10%	7%	
All'interno dei gruppi ti senti accolto?	25%	38%	31%	6%	0%	
All'interno dei gruppi ti senti ascoltato?	12%	44%	38%	6%	0%	
All'interno dei gruppi ti senti considerato?	19%	37%	41%	3%	0%	

Tabella 1. QUESTIONARIO OpeQ: I RISULTATI

	Moltissimo	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
All'interno dei gruppi ti senti rispettato?	25%	44%	25%	3%	3%
All'interno dei gruppi ti senti sostenuto?	16%	36%	35%	10%	3%
All'interno dei gruppi riesci a prendere parola?	6%	22%	50%	16%	6%
Giudichi il clima relazionale presente in Centro Diurno adeguato alle tue aspettative?	6%	29%	55%	10%	0%
Perché?	Per questa domanda aperta riportiamo successivamente le singole risposte				
Ritieni che sia utile avere un operatore di riferimento?	38%	38%	9%	9%	6%
Hai chiari fino a qui gli obiettivi da raggiungere attraverso la frequentazione del Centro Diurno?	12%	25%	44%	16%	3%
I tuoi obiettivi personali sono stati periodicamente concordati, condivisi e verificati durante il percorso con gli operatori del Centro Diurno?	13%	34%	31%	9%	13%
Ritieni sia opportuno che la tua frequentazione al Centro Diurno debba avere un termine deciso e concordato con gli operatori?	17%	23%	34%	3%	23%
Ritieni sia opportuno che la tua frequentazione al Centro Diurno debba avere un termine tagliato su misura per ogni persona?	29%	36%	19%	0%	16%
Ritieni che la frequentazione al Centro Diurno possa comportare una modifica della terapia farmacologica?	9%	25%	25%	28%	13%
Come è cambiato il tuo benessere generale con la frequenza del Centro Diurno?	È rimasto lo stesso 16%		È peggiorato 0%	È rimasto lo stesso 16%	

Le risposte alle domande aperte possono fornire interessanti informazioni sul punto di vista dei pazienti.

Nel dettaglio, alla domanda n° 13 “Giudichi il clima relazionale presente in Centro Diurno adeguato alle tue aspettative? Perché?”, i pazienti hanno risposto:

- Moltissimo, mi trovo bene, mi sento accolta.
- Moltissimo, mi va bene tutto.
- Molto, per stare in compagnia e poter mangiare.
- Molto, perché ho trovato persone che mi ascoltano e attività stimolanti.
- Abbastanza, è molto familiare.
- Abbastanza, c'è condivisione di diversi momenti, possibilità di confronto.
- Abbastanza, mi sento in colpa, sono qui per colpa mia.
- Abbastanza, perché quando devo parlare, riesco a dire la mia.
- Molto, c'è serenità, amicizia, non si litiga, gli operatori sono simpatici e disponibili.
- Abbastanza, mi piace ridere e scherzare, e qui ci riesco.
- Molto, con l'età si acquisisce saggezza e vado dove trovo serenità.
- Molto, gli psicologi hanno lavorato bene.
- Molto, alle mie richieste si sono prodigati.
- Abbastanza, mi trovo a mio agio.
- Abbastanza, adeguato alla mia persona.
- Poco, mi aspettavo più ascolto.
- Abbastanza, mi piacerebbe ci fosse più amicizia tra operatori e utenti.
- Molto, dopo un inizio difficile, man mano la situazione si è molto migliorata.
- Quattordici pazienti non hanno dato risposta.

Nello spazio lasciato libero per eventuali considerazioni personali, sono state date differenti risposte:

- Mi sono trovata bene, spero di poterlo frequentare di più.
- Il Centro Diurno mi piace perché non mi sento sola. Ho trovato le amicizie, allegria e serenità. Mi manca solo ogni tanto qualche gita fuori Milano.

- Ringrazio tutti per la compagnia e l'attenzione; vorrei essere più motivato nelle attività del Centro.
- Sono stata inserita in Centro Diurno grazie al mio psichiatra e ad un operatore. Sono poco coinvolta per causa mia. Sono comunque aiutata e sostenuta. Sono poco ascoltata perché troppo timida e insicura all'interno del gruppo. Non riesco a prendere parola sempre a causa della mia insicurezza. Grazie al Centro Diurno ho comunque superato diversi ostacoli, riuscendo così un poco ad interagire con gli altri. Ho conosciuto persone fantastiche. Le uscite sono molto interessanti. La vacanza estiva la ritengo un'ottima “scuola”. Vorrei poter andare di più al cinema e alle mostre.
- Vorrei fare un corso di computer, per il resto tutto ok.
- È importante essere seguiti nel percorso anche singolarmente, apprezzo gli spazi autogestiti con gli operatori (chiacchiere, giochi di società).
- Venire al Centro per me è una fatica e mi fa venire più preoccupazioni.
- Gli operatori ti mettono a proprio agio e ti aiutano a capire gli errori nel tuo comportamento; se ti metti troppo in evidenza rispetto agli altri, ti devi limitare nelle tue considerazioni e affermazioni.
- Il Centro Diurno è per me un punto di riferimento. Le attività sono offerte per tutta la settimana. Grazie alla collaborazione con un altro CPS ci sono le uscite sul territorio anche di sabato. I laboratori funzionano regolarmente ed i gruppi non sono affollati. È importante anche lo spazio autogestito, perché si può giocare, chiacchiere, leggere. Ci vorrebbe una palestra per muoversi di più.
- Sono molto contenta anche se la mia frequentazione è stata un po' scostante.
- Essendo solo, evidentemente cerco uscite in compagnia e, quindi, desidero recarmi a concerti, teatro, cinema, ecc.
- Ringrazio il Centro Diurno per l'aiuto che mi ha dato nel risolvere i miei problemi e per aver potuto conoscere tante persone con problemi diversi dai miei.

- Trovo gli educatori gentili e preparati.
- Ottimo ambiente, si possono fare nuove amicizie con persone a modo e comprensive. L'atmosfera del Centro ti fa sentire meno solo.
- Ritengo che questo questionario sia utile per capire meglio il percorso di ogni utente qui al Centro Diurno.
- Mi trovo bene per vari motivi, soprattutto per la dolcezza che c'è tra noi utenti e operatori in questo periodo. Oltre al gruppo *découpage*, mi piacerebbe frequentare il gruppo cucina, mi piacerebbe trovare al Centro Diurno oltre alle amicizie un'amica del cuore con cui parlare.
- Al Centro Diurno mi piace molto seguire i laboratori di terapia psicologica integrata, lavoro sul legno, *découpage*, giornalino, cinema, perché mi pare arricchiscano molto.
- Quindici pazienti non hanno espresso alcun commento.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In conclusione è possibile sottolineare alcuni dati particolarmente significativi tratti dalla lettura dei risultati del questionario. In primo luogo, il 78% dei pazienti, risulta essere stato correttamente informato delle motivazioni alla base dell'invio in Centro Diurno anche se solo il 35% ha ricevuto indicazioni relative a possibili alternative. Sufficienti ma migliorabili appaiono le informazioni fornite agli utenti nel momento dell'inserimento e durante il percorso nel Servizio.

L'83% dei pazienti si dichiara soddisfatto del grado di coinvolgimento nella scelta del programma terapeutico.

I più alti livelli di soddisfazione riguardano la qualità del clima relazionale, in particolar modo l'accoglienza all'interno dei gruppi; il 94% degli utenti esprime infatti una valutazione favorevole.

I pazienti hanno manifestato, nell'85% delle risposte, la necessità di avere un operatore di riferimento.

Da segnalare che il 19% degli intervistati dichiara

non chiari gli obiettivi perseguiti con la frequenza al Centro Diurno.

Il maggiore determinante del giudizio complessivo di soddisfazione è risultato essere l'impressione soggettiva riguardo l'efficacia dell'intervento, specialmente la percezione del proprio benessere generale modificato con la frequenza al Centro Diurno: i pazienti si sentono migliorati nell'84% dei casi, invariati nel 16% dei casi e peggiorati nello 0%.

Più della metà delle persone interpellate ritengono infine che la frequentazione al Centro possa comportare una modificazione della terapia farmacologica.

A tutt'oggi il gruppo OpeQ prosegue, con sostenuta motivazione, il lavoro di osservatorio rinnovando e approfondendo il dialogo tra utenti e operatori ed affrontando nuove sfide. Questi primi due anni hanno permesso infatti la costituzione di un gruppo permanente di persone motivate al lavoro condiviso che concordano degli obiettivi comuni e poi cercano di immaginare e costruire possibili percorsi per raggiungerli (6).

Attraverso questo cammino di ricerca abbiamo soprattutto capito che gli utenti di un servizio sanitario psico-sociale possono e devono essere coinvolti in prima persona nella programmazione e realizzazione dei percorsi che li vedono soggetti. L'idea di creare insieme, utenti e operatori, degli strumenti valutativi che analizzino le proposte del Servizio vuole essere un primo passo in tale direzione. In questo modo infatti riteniamo che il dialogo si possa arricchire del parere e dell'apporto di tutti gli attori coinvolti e che ogni persona, ricca della propria specificità, possa diventare sempre più protagonista del proprio lavoro, del proprio percorso di cura e di vita.

GRUPPO OPEQ

Questionario OpeQ

Questionario anonimo finalizzato alla valutazione della
Qualità del Centro Diurno Settembrini

**Gruppo per la formazione di un Osservatorio Permanente della Qualità nel Centro Diurno
Settembrini**

DSM - Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano

11/04/2011

Il questionario è stato realizzato con la collaborazione di tutti i partecipanti al gruppo OpeQ, un vero e proprio gruppo di lavoro basato sull'alleanza comune e reciproca tra utenti e operatori orientato al miglioramento continuo della Qualità del nostro Centro Diurno.

Se durante la compilazione ti sorge qualche dubbio o necessiti di chiarimenti puoi chiedere a qualsiasi componente di questo gruppo.

A. QUANTITA' E QUALITA' DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE E GRADO DI COINVOLGIMENTO NELLA SCELTA DEI PERCORSI DI AIUTO E SOSTEGNO

A1 - INFORMAZIONI RELATIVE AI MOTIVI DELL'INSERIMENTO IN CENTRO DIURNO

1- Sei stato informato sui motivi del perché ti è stato proposto l'invio in Centro Diurno?

- Sì, da chi? medico/psicologo assistente sociale infermiere educatore altro
 No, in che modo sei riuscito a trovare la tua strada, ad ambientarti?
-

2- Sei stato informato sulle possibili alternative al Centro Diurno (ad esempio percorso individuale, residenzialità leggera, inserimento lavorativo, altri Centri Diurni)?

- Sì
 No

A2 - DISPONIBILITA' DELLE INFORMAZIONI E TEMPESTIVITA' DELLE RISPOSTE

3- Hai ricevuto sufficienti informazioni relative al tuo inserimento in Centro Diurno?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

4- Ulteriori richieste di informazioni ti sono state date in maniera tempestiva e soddisfacente durante il tuo percorso di vita in Centro Diurno?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

A3 - COINVOLGIMENTO

5- Ti senti sufficientemente coinvolto, partecipi nella scelta del tuo percorso di aiuto e sostegno?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

B. QUALITA' DEL CLIMA RELAZIONALE

B1 - ACCOGLIENZA

6- All'interno dei gruppi ti senti accolto?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

7- All'interno dei gruppi ti senti ascoltato?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

8- All'interno dei gruppi ti senti considerato?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

9- All'interno dei gruppi ti senti rispettato?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

10- All'interno dei gruppi ti senti sostenuto?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

11- All'interno dei gruppi riesci a prendere parola?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

12- Giudichi il clima relazionale presente in Centro Diurno adeguato alle tue aspettative?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

13- Perché?

B2 - OPERATORE DI RIFERIMENTO

14- Ritieni che sia utile avere un operatore di riferimento?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

C. EFFICACIA DELL'INTERVENTO DEL CENTRO DIURNO

C1 - CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI

15- Hai chiari fino a qui gli obiettivi da raggiungere attraverso la frequentazione del Centro Diurno?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

16- I tuoi obiettivi personali sono stati periodicamente concordati, condivisi e verificati durante il percorso con gli operatori del Centro Diurno?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

C2 - VARIABILE TEMPO

17- Ritieni sia opportuno che la tua frequentazione al Centro Diurno debba avere un termine deciso e concordato con gli operatori ?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

18- Ritieni sia opportuno che la tua frequentazione al Centro Diurno debba avere un termine tagliato su misura per ogni persona?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

C3 - BENESSERE

19- Come è cambiato il tuo benessere generale con la frequenza del Centro Diurno?

- E' migliorato E' peggiorato E' rimasto lo stesso

20- Ritieni che la frequentazione al Centro Diurno possa comportare una modifica della terapia farmacologica?

- Moltissimo Molto Abbastanza Poco Per niente

Grazie per la collaborazione

Punti fondamentali da esporre nel momento in cui si consegna il questionario da compilare

- Si tratta di un questionario anonimo composto da 20 domande che richiedono alcune una risposta chiusa (barrare con una crocetta la risposta che si ritiene più opportuna), altre una risposta aperta (compilare liberamente con le proprie parole).
- È molto importante, per noi, che il questionario venga compilato in tutte le sue parti e, così, grazie alla tua collaborazione potremo raggiungere il nostro obiettivo: il miglioramento di questo servizio che non può avvenire se non attraverso momenti di incontro e di dialogo tra i soggetti coinvolti ovvero tutti NOI.
- Una volta raccolti tutti i questionari compilati, elaboreremo i risultati emersi e li comunicheremo a tutte le persone che partecipano alla vita in Centro Diurno.
- Questi risultati ci serviranno per capire quale è la situazione presente in Centro Diurno e su quali aree andare ad agire per migliorare sempre più la Qualità.

Nel seguente spazio potete riportare le vostre considerazioni personali:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BIBLIOGRAFIA

1. Cocchi A., De Isabella G., *La gestione manageriale delle strutture intermedie in psichiatria*, Centro Scientifico Editore, Torino 1999.
2. Contini G, *Miglioramento della qualità nella riabilitazione psichiatrica*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1999.
3. Donabedian A, *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, Carocci, Roma, 1990.
4. Erlicher A., Rossi G, *Manuale di accreditamento professionale per il dipartimento di salute mentale*, Centro Scientifico Editore, 1999
5. Focarile F, *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico, Torino, 1997.
6. Giannelli A., Mencacci C., Rabboni M, *Psichiatria e Ospedale Generale*, Fondazione P. Varenna, 1991.
7. Monitor. *Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, Rivista bimestrale dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali. Anno II numero 9, marzo - aprile 2004, www.agenas.it/agenas_pdf/Monitor_09_04.pdf
8. Morosini P., Perraro F, *Enciclopedia della Qualità in Sanità*, Torino, 2000.
9. *Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale* in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004. Deliberazione N. 7/17513 del 17 Maggio 2004.
10. Saraceno B, *La fine dell'intrattenimento*, Manuale di riabilitazione psichiatrica. ETAS Libri - RCS, Milano, 1995.
11. Zeithalm V.A., Berry L.L., Parasuraman A, *Servire qualità*, McGraw-Hill, Milano, 1991.

La crescita personale come guarigione post-traumatica

Stefania Cristinelli*, Giuseppe Biffi**,

Giorgio De Isabella**

AO "Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Dipartimento di Salute Mentale

PREMESSA

In letteratura esistono ampi studi sui traumi e sulle loro conseguenze in termini psicopatologici. La risposta immediata che segue l'esposizione ad un evento traumatico è di sofferenza e disadattamento. In questa fase vengono messe in atto diverse modalità "difensive": comportamenti di evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico, riduzione della reattività emozionale, aumento significativo del livello di attivazione generale e rifiuto, che si manifesta con incredulità o minimizzazione della gravità della situazione. Questa reazione, nelle prime fasi, è adattiva rispetto alla difficoltà di comprensione della situazione, ma se protratta nel tempo, ne ostacola l'assimilazione. In una fase successiva può avvenire una rielaborazione dell'evento traumatico in senso positivo. Questa percezione di cambiamento come conseguenza dell'aver esperito un evento traumatico viene indicata con il termine *crescita post-traumatica*.

PSICOLOGIA POSITIVA E CRESCITA POST-TRAUMATICA

Negli ultimi vent'anni grazie al fiorire di studi di psicologia positiva, si è diffusa un'area di ricerca che indaga questi aspetti positivi conseguenti ad un'esperienza traumatica. Il modello di Schaefer e Moos (illustrato da Tedeschi et al., 1998) ipotizza che determinate risorse personali e ambientali associate ad una particolare valutazione dell'e-

vento possano facilitare una crescita dopo "un'avversità". Il sistema ambientale e personale, sempre secondo questo modello, influenza le crisi e le transizioni di vita, le quali a loro volta influenzano la possibilità di esiti positivi, sia diretti che con la mediazione delle risposte di coping e della valutazione cognitiva (appraisal).

Con sistema ambientale si intendono tutte quelle relazioni interpersonali che la persona ritiene siano una risorsa per il proprio funzionamento, il supporto della famiglia, della rete sociale e lo status socio-economico. Il sistema personale invece, comprende le caratteristiche demografiche e le risorse personali come autoefficacia, resilienza disposizionale, ottimismo, fiducia in sé, motivazione, stato di salute ed esperienze precedenti.

Secondo alcune rassegne sull'argomento (2; 5) strategie di coping quali il ricorso alla religione, la riformulazione positiva e l'affrontare attivamente un determinato tipo di evento, risultano avere un peso molto importante nella crescita positiva dell'individuo. Tedeschi e Calhoun (2004) aggiungono che le persone ottimiste hanno un'abilità particolare, fondamentale nel processo di crescita post-traumatica, che li aiuta a concentrarsi sugli elementi importanti e ad abbandonare le cognizioni che sono incompatibili con la possibilità che si verifichi un trauma. Nei traumi collettivi invece, poiché l'evento negativo non coinvolge direttamente la vita della persona, l'accettazione dell'evento come strategia di coping perde la sua funzione protettiva.

Sulla base di quanto emerso da questi studi gli operatori della salute mentale che lavorano con pazienti vittime di traumi possono mirare non solo alla riduzione della sintomatologia post-traumatica ma anche favorire il riconoscimento e lo sviluppo di elementi positivi conseguenti all'evento. L'identificazione e la discussione dei cambiamenti positivi può incoraggiare un ulteriore sviluppo del processo cognitivo che porta dal trauma alla crescita.

IL “PROGETTO TRAUMA”

In seguito all’approvazione del DGR IX/ 000407 del 5 agosto 2010, per la determinazione in ordine a progetti afferenti all’ambito della Ricerca Innovativa, è stato approvato, dalla Regione Lombardia, il “Progetto Trauma: per una presa in carico precoce delle conseguenze psicologiche degli eventi traumatici” presentato dall’Azienda Ospedaliera “Ospedale San Carlo Borromeo” (AOSCB). Il Progetto nasce dall’esperienza e dal confronto con la letteratura scientifica: entrambe mettono in evidenza che i pazienti afferenti alle strutture ospedaliere, in particolare quelle dedicate all’emergenza, necessitano di un approccio integrato medico-psicologico.

Il Progetto si pone come prosecuzione di un percorso che ha portato l’UO Complessa di Psicologia Clinica (UOPC), a cui è stata affidata l’attuazione, a sensibilizzare il personale sanitario dell’AOSCB, ad approfondire alcune tematiche ed a coordinare esperienze e competenze, circa la complessità, la gravità e la gravosità delle conseguenze a livello psicologico di eventi traumatici. Questa attività è stata svolta alla luce dell’esperienza maturata durante il Progetto, precedentemente realizzato dall’UOPC, dedicato a “L’incidente stradale: aspetti preventivi e di gestione integrata dell’emergenza in Pronto Soccorso” (De Isabella et al. 2006). Gli obiettivi che il “Progetto Trauma” intende raggiungere sono dunque di dare concretezza alla dimensione del trattamento psicologico, finalizzato alla prevenzione dell’insorgenza e della cronicizzazione dei disturbi post-traumatici.

LA REALIZZAZIONE

Il “Progetto Trauma” presenta alcuni aspetti innovativi rispetto alle precedenti attività: l’attenzione non è più rivolta solo all’ambito dell’emergenza-urgenza (come avvenuto nella collaborazione intraospedaliera per la costituzione delle linee guida per il paziente politraumatizzato cui ha partecipato UOPC) ma, si è orientato

verso un ampliamento dell’intervento ad altre tipologie traumatiche (comunicazione di diagnosi infausta e anziani truffati). Inoltre l’integrazione con le altre UO è stata costruita attraverso un percorso definito di formazione. Le iniziative promosse all’interno dell’AOSCB sono orientate alla sensibilizzazione degli operatori sanitari ai temi del trauma nella sua dimensione di sofferenza psicologica; all’identificazione precoce dei pazienti a rischio attraverso la creazione di una scheda di rilevazione. Inoltre è stato introdotto nell’ambito del Progetto un programma di assistenza psicologica ai pazienti traumatizzati in contesto ospedaliero. L’elemento di forza di tale approccio risiede nella possibilità di creare un linguaggio comune medico-psicologico e di creare competenze comunicative, informative, psicoeducative che possono consentire un appropriato riconoscimento e segnalazione al Progetto dei pazienti individuati. Inoltre, il Progetto prevede una serie di azioni rivolte all’esterno, con l’obiettivo di sensibilizzare ai temi del Trauma, attraverso incontri di informazione e prevenzione. La creazione di una rete di collaborazione esterna con il Pool Antitruffa della Polizia di Stato e il Servizio di sicurezza della Banca UniCredit, ha il fine di rendere l’AOSCB punto di riferimento per l’invio di pazienti con problematiche riconducibili a eventi traumatici.

L’idea di focalizzarsi su interventi precoci, segue l’orientamento alla base di tutta l’attività dell’UOPC a occuparsi di interventi e trattamenti precoci del trauma inteso in ogni suo aspetto, limitando in tal modo il rischio di consolidare i sintomi e di sviluppare un Disturbo Post Traumatico da Stress che comporterebbe gravi compromissioni della dimensione relazionale, sociale e lavorativa della vittima.

A conclusione del “Progetto Trauma” (Marzo 2012) l’AOSCB, in collaborazione con Regione Lombardia, ha realizzato il 6 Marzo 2012 un convegno dal titolo: “*Trauma, crisi, crescita*” che ha visto la partecipazione di esperti provenienti da differenti aree disciplinari. Con questa iniziativa l’UOPC intende rappresentare un’oc-

casione di riflessione approfondita in merito ai risvolti evolutivi del trauma psicologico, con una particolare attenzione ad alcune fasi del ciclo di vita, nelle quali è più marcata la vulnerabilità. In specifico della fase evolutiva e di quella involutiva. Sono stati inoltre presentati contributi relativi a innovativi paradigmi di intervento terapeutico orientati all'integrazione psicosomatica, nonché tecniche per la gestione degli effetti traumatici conseguenti alle maxi-emergenze (catastrofi naturali, eventi bellici, attacchi terroristici, ecc.).

** UOC di Psichiatria (Direttore dott. G. Biffi)

* UOC di Psicologia Clinica (Direttore dott. G. De Isabella)

BIBLIOGRAFIA

1. De Isabella G., Barbieri S., Marzegalli M., (a cura di), *Traumi da incidente stradale. Dalla prevenzione al trattamento integrato medico-psicologico*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
2. Linley P.A., Joseph A., *Positive change following trauma and adversity: A review*, Journal of Traumatic Stress, 17, pp. 11-21, 2004.
3. Tedeschi R.G., Calhoun L.G., *Post-traumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*, Psychological Inquiry, 15, 2004, pp. 1-18
4. Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun L.G. (Eds.), *Post-traumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Lawrence Erlbaum, 1998, Mahwah, NJ.
5. Zoellner, T. & Maercker, A., *Posttraumatic growth in clinical psychology: Clinical Psychology Review, A critical review and introduction of a two component model*, 2006, 26 (5), 626-653

Il problema emergente della depressione nell'anziano

Gala C., Iandoli I., Redaelli C.*

PREMESSA

Sintomi e disturbi depressivi sono causa frequente di sofferenza emotiva e psichica, di diminuita qualità di vita e di aumentato rischio di morte nella popolazione anziana. Gli anziani sembrano mostrare una più elevata vulnerabilità biologica alla depressione e molti studi sottolineano l'importanza di considerare un modello eziologico di tipo bio-psico-sociale (1). Infatti le ricerche finora effettuate sulla depressione late-onset hanno rilevato molteplici fattori causali di ordine biologico, sociale e psicologico che spesso agiscono sinergicamente. Le ricerche contemporanee sulla depressione geriatrica sono infatti rivolte a collegare tra loro le conoscenze sulla genetica, sull'influenza dell'ambiente nell'espressione genica, sulla relazione tra neurofisiologia e specifici sintomi neuropsichiatrici e sul contesto sociale e culturale nel quale si verifica la depressione. Dal punto di vista nosologico non esistono criteri specifici per inquadrare la depressione late-onset, si fa semplicemente riferimento alle sindromi depressive definite sia nel Diagnostic and Statistic Manual dell'American Psychiatric Association che nell'International Classification of Disease che hanno insorgenza in soggetti adulti di età superiore ai 65 anni. In tarda età spesso le sindromi depressive colpiscono soggetti affetti da patologie mediche croniche, da deterioramento cognitivo o disabilità (Alexopoulos, 2003). Oltre alla sofferenza personale e familiare legata alla patologia depressiva è importante ricordare la ricaduta negativa sull'outcome di molti disturbi medici e sul funzionamento con aumento della disabilità. Sebbene siano stati fatti molti progressi nel caratterizzare i pattern di

presentazione della depressione late-life e per migliorarne sia il riconoscimento che trattamento essa continua a congiurarsi come una patologia poco riconosciuta e non adeguatamente trattata caratterizzata da conseguenze individuali e sociali devastanti (4).

ASPETTI DIAGNOSTICI

Affinché sia possibile effettuare una diagnosi di depressione in base ai criteri DSM o ICD è necessario che sia presente o umore depresso o diminuzione dell'interesse o del piacere. Sebbene non facciano parte dei criteri diagnostici, la depressione maggiore in tarda età si associa spesso a problemi di natura organica e a deterioramento cognitivo. Tra i primi si riscontrano frequentemente ipercortisolemia, aumento dell'adiposità addominale, diminuita densità ossea, aumento del rischio di diabete tipo 2 e di ipertensione (5). Per quanto riguarda il secondo aspetto, i soggetti anziani affetti da depressione maggiore, sebbene non dementi, mostrano frequentemente difficoltà di concentrazione e diminuita velocità nella processazione delle informazioni e nelle funzioni esecutive. Tali deficit quasi sempre migliorano, sebbene a volte non si risolvano del tutto, a seguito della remissione dalla patologia depressiva (6). Anche nell'anziano, inoltre, può essere fatta diagnosi di depressione psicotica laddove le tematiche deliranti saranno soprattutto di colpa, ipocondriache, nichiliste, persecutorie e talvolta di gelosia. Il disturbo distimico è invece una comune sindrome depressiva di grado lieve o moderato che deve durare da almeno due anni. La depressione minore si associa nell'anziano a disabilità funzionale e circa il 25% dei soggetti sviluppano entro due anni una forma di depressione maggiore (7). Nel paziente molto anziano è frequente osservare una lunga fase subsindromica che precede l'insorgenza di depressione maggiore conclamata, che può durare più di tre anni (8). Nella *Tabella 1* vengono riportati i segni clinici frequentemente osservabili nella depressione senile.

EPIDEMIOLOGIA

Prima di presentare alcuni dati vale forse la pena fare un breve cenno di riferimento alle terminologie di più frequente uso negli studi epidemiologici. Per prevalenza si intende la frequenza delle persone che soddisfano i criteri per la diagnosi di interesse in un campione significativo ed è la misura più comunemente usata nell'epidemiologia psichiatrica; fornisce una stima dell'attuale carico di una patologia, ma non fornisce informazioni né sull'andamento della malattia, né sui pattern variabili nella frequenza della malattia nel corso del tempo. La prevalenza lifetime indica la frequenza cumulativa di criteri di soddisfazione per un disturbo psichiatrico in qualsiasi momento della vita passata di tutte le persone che fanno parte del campione. L'incidenza completa il dato di prevalenza ed è il numero di nuovi casi di un disturbo che si sviluppano nel corso di un periodo di tempo specificato, di solito un anno, fra persone prive del disturbo all'inizio del periodo specificato. Gli studi sull'incidenza sono molto più difficili da eseguire nell'epidemiologia psichiatrica e pertanto il numero di studi che la riguardano è piuttosto esiguo. Dall'1 al 4% della popolazione generale ha una depressione maggiore, che equivale ad un'incidenza annuale dello 0.15% (9).

Ne sono affette maggiormente le donne rispetto agli uomini con un rapporto di circa 2:1. Sia la prevalenza che l'incidenza di depressione maggiore raddoppiano dopo i 70-85 anni. La prevalenza di depressione minore si attesta in un range compreso tra il 4 e il 13%. Il disturbo distimico si verifica in circa il 2% della popolazione anziana. Le ricerche effettuate finora indicano che un soggetto anziano ha una probabilità maggiore di presentare sintomi depressivi clinicamente significativi rispetto ad un qualsiasi soggetto adulto con età inferiore ai 65 anni (prevalenza 8-16%), ma un soggetto *very old* è particolarmente pronò allo sviluppo del disturbo (l'incidenza per anno di sintomi clinicamente significativi di depressione in soggetti >85 anni può raggiungere il 13%).

La prevalenze di sindromi depressive late-life è molto

Tabella 1. SEGNI DI DEPRESSIONE SENILE

Aspetto	Postura immobile Espressione triste Perdita della capacità di collaborazione Ritiro sociale Ostilità Sospettosità Confusione od obnubilamento Variazioni dell'umore Crisi di pianto o lamenti Perdita di peso Ulcerazioni corneali secondarie a rarefazione del battito palpebrale Trascuratezza personale
Rallentamento psicomotorio	Bradialia Movimenti lenti Inibizione gestuale Lentezza della marcia Mutismo Sopore Cessazione o diminuzione di masticazione e deglutizione Cessazione o rarefazione del battito delle palpebre
Agitazione psicomotoria	Contorcimento delle mani
Disturbi del comportamento	Autolesioni cutanee Minacce o tentativi di suicidio Negativismo Esplosioni aggressive

più elevata se dalla popolazione generale ci spostiamo a setting medici dove rileviamo prevalenze del 10-12% nell'ospedale generale e del 6-9% in medicina generale.

Inoltre, il 6% dei pazienti afferenti alla medicina generale presenta depressione minore, il 10% è invece affetto da depressione subsindromica. Tuttavia, più della metà dei pazienti con tipologie depressive di media o lieve gravità sono ancora depressi un anno dopo (7). La prevalenza di depressione maggiore nei soggetti anziani che vivono in nursing home raggiunge il 12-14%, mentre dal 17 al 35% dei residenti in strutture di degenza a lungo termine presentano depressione minore o sintomi depressivi clinicamente significativi.

CENNI FISIOPATOLOGICI

Disfunzioni a livello frontostriatale possono predisporre all'insorgenza di depressione late onset, il malfunzionamento a livello esecutivo, espressione clinica di anomalie frontostriatali, è frequente nella depressione geriatrica e persiste anche dopo un miglioramento dell'umore. Diminuiti volumi delle strutture frontostriatali unitamente a iperintensità delle strutture sottocorticali e delle loro connessioni frontali sono ben documentate nella depressione in tarda età.

Le disfunzioni a livello frontostriatale influenzano la presentazione e il decorso della depressione geriatrica aumentando il ritardo psicomotorio e il grado di apatia. Un ipometabolismo dell'area cingolata anteriore è stato osservato nei soggetti resistenti al trattamento, laddove in quelli che rispondono si osserva invece un ipermetabolismo (10). Anche anomalie a carico dell'amigdala possono predisporre alla depressione, stroke e disturbi sottocorticali possono danneggiare le connessioni tra amigdala, nucleo talamico mediale dorsale e corteccia prefrontale orbitale e mediale predisponendo all'insorgenza di depressione. Inoltre l'ipercortisolemia, che insorge in corso di patologie mediche croniche, si associa ad un aumentata attività dell'amigdala con conseguente aumento del rilascio di cortisolo e di rischio di depressione (11). Un'ipersecrezione di CRF (fattore di rilascio

della corticotropina) è stato visto in associazione con la patologia depressiva; il CRF media il sonno e l'appetito, riduce la libido. L'invecchiamento si associa ad un'aumentata responsività del DHEAs (deidroepiandrosterone solfato) al CRF, bassi livelli di DHEA sono stati osservati in associazione ad aumentate percentuali di depressione e ad un maggior numero di sintomi depressivi in soggetti anziani studiati in comunità (13; 14). Anche alterazioni a livello dell'ippocampo sono rilevanti nella popolazione anziana, dato che questa struttura è molto vulnerabile alle modificazioni età correlate, e tali anomalie possono predisporre all'insorgenza di depressione. Una riduzione del volume di questa struttura, che si può osservare già durante il primo episodio depressivo, si correla alla durata lifetime della patologia (12). Così come nella depressione dell'età adulta e giovanile anche nella popolazione anziana è stata osservata una ipoattività della neurotrasmissione serotoninergica (15).

COMORBILITÀ MEDICA

Le sindromi depressive late-life insorgono spesso nel contesto di patologie mediche e/o neurologiche. Circa un quarto dei soggetti con IMA o che sono stati sottoposti a cateterizzazione cardiaca hanno una depressione maggiore e un altro 25% presenta invece depressione minore. Circa la metà dei pazienti con patologia coronarica e depressione maggiore hanno nella storia un pregresso episodio depressivo maggiore e il 50% di quelli con depressione maggiore al momento del cateterismo cardiaco rimangono depressi nell'anno successivo alla procedura (16). Sintomi o sindromi depressivi sono spesso presenti anche in soggetti affetti da demenza. La prevalenza puntuale di depressione maggiore nei pazienti con malattia di Alzheimer è del 17% e il dato aumenta nelle demenze sottocorticali (17; 18). Una depressione maggiore che insorge circa 10 anni prima della diagnosi di demenza e una storia lifetime di depressione

si associano ad un aumentato rischio di insorgenza di malattia di Alzheimer. La depressione influenza inoltre l'outcome delle patologie mediche, è stato osservato in uno studio di Romanelli (2002) che soggetti anziani con depressione avevano una probabilità di circa quattro volte superiore a quella dei controlli sani di morire entro 4 mesi da un infarto miocardico acuto. L'aggregazione piastrinica nei soggetti depressi è aumentata a suggerire l'aumento del rischio di patologie cardiovascolari. I soggetti anziani con sintomi depressivi presentano una diminuita risposta dei linfociti T ai mitogeni ed un'elevata concentrazione plasmatica di interleuchina 6, indice di attività infiammatoria aumentata che può promuovere il riassorbimento osseo, con aumento dell'osteoporosi e del rischio di fratture.

DEPRESSIONE E RISCHIO DI SUICIDIO

Il suicidio nell'anziano ha una frequenza circa doppia rispetto a quella della popolazione generale. Tra i soggetti che tentano il suicidio, gli anziani sono quelli ad avere la più elevata probabilità di morire. Sindromi depressive sono presenti nell'80% dei soggetti con età superiore ai 74 anni che commettono suicidio (20). L'ideazione suicidaria è strettamente correlata alla gravità della depressione. Una attenta valutazione della gravità della sintomatologia unitamente all'indagine riguardo pregressi tentativi di suicidio sembra siano in grado di predire il decorso dell'ideazione suicidaria (21).

ELEVATO UTILIZZO DEI SERVIZI

La depressione late-onset aumenta l'utilizzo dei servizi sanitari sia ospedalieri che territoriali. Dati longitudinali dimostrano che la sintomatologia depressiva nei pazienti anziani è associata ad aumentato numero di visite mediche specialistiche, all'uso di farmaci, alle visite ambulatoriali

in medicina generale e presso i pronto soccorso. Fra i pazienti ospedalizzati la depressione maggiore si associa ad un aumento delle risorse sanitarie, tra cui degenze più lunghe e maggiore mortalità. Dopo le dimissioni la depressione giustifica un sostanziale aumento dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria ambulatoriale. Il settore della salute generale è, finora, la fonte principale di trattamento per le persone anziane depresse. Dati ottenuti in studi epidemiologici indicano che oltre il 55% delle persone anziane che usufruiscono di cure per la salute mentale ha ricevuto tale assistenza da medici generici. Al contrario una percentuale inferiore al 3% di individui con più di 65 anni riferisce di essersi sottoposta ad un trattamento ambulatoriale specialistico da professionisti per la cura della salute mentale, che rappresenta una percentuale più bassa di quella di qualsiasi altro gruppo di età adulta (22).

FATTORI DI RISCHIO E DEPRESSIONE

Molte ricerche sia di tipo cross-sezionale che prospettico si sono occupate dello studio dei fattori di rischio dell'insorgenza di depressione in tarda età, al fine di poter mettere in atto misure atte all'identificazione precoce ed efficace di una patologia che come già delineato ha un grave impatto non solo sulla salute dell'individuo ma anche sociale ed economico. È stato possibile individuare diversi fattori predisponenti. Innanzitutto il sesso femminile, che molti autori considerano uno dei più importanti fattori di rischio e in tutti i dati di prevalenza il sesso femminile mostra percentuali circa doppie rispetto a quello maschile (23; 24). Poi la familiarità, laddove una storia personale o familiare di depressione aumenta il rischio di insorgenza della patologia, sebbene non siano stati identificati geni specifici, studi su gemelli indicano un'associazione tra il gene promoter per il recettore serotoninergico 2° con genotipo A/A e la depressione, ma tale dato è limitato alla popolazione anziana maschile. Sembra che anche i geni associati ad un aumentato rischio di incidenti

cerebrovascolari possano aumentare la vulnerabilità all'insorgenza di depressione (25). Comorbilità medica, disabilità e percezione di scarsa salute sono altri tra i fattori di rischio considerati rilevanti nell'insorgenza della depressione late-onset (26). In generale si può affermare, che indipendentemente dal tipo di patologia, uno scarso funzionamento secondario ad una patologia e la presenza di deterioramento cognitivo sono alcune tra le cause più importanti di insorgenza di depressione (27). Dal punto di vista sociale sono rilevanti come fattori di rischio un basso livello socio-economico, solitudine (single, vedovi), bassa scolarità. In uno studio di Schoevers del 2000 è stata osservata l'importanza dell'influenza ambientale intesa come presenza di un partner o, in sua assenza, di una rete di supporto sociale nel ridurre significativamente l'impatto della disabilità funzionale sull'incidenza di depressione. Sono poi diversi gli eventi di vita stressanti che si configurano come fattori di rischio dell'insorgenza della depressione in tarda età. Potremmo raggrupparli in un ambito denominato "perdite" dove all'interno troviamo ad esempio il pensionamento, inteso come perdita dell'attività lavorativa e di conseguenza del ruolo sociale, la perdita di alcune funzioni legate alla disabilità conseguente al declino fisiologico cui si assiste con il trascorrere degli anni, la perdita degli affetti, in primis con il costituirsi di nuovi nuclei familiari (figli e nipoti) in cui spesso l'anziano viene messo da parte, e poi la "perdita per eccellenza" vale a dire il lutto che rimane tra i fattori di rischio più importanti e significativi dell'insorgenza di depressione. Durante il primo anno di lutto dal 10 al 20% dei vedovi sviluppano sintomi di depressione. L'associazione tra questo evento e la depressione nell'anziano è stata rilevata in numerosi studi sia cross sezionali che longitudinali e non solo relativamente al lutto per la morte del coniuge ma anche per altri familiari, per es. figli (23; 28). La prevalenza di depressione maggiore continua a salire nel secondo anno dopo il lutto, al termine del quale il 14% dei vedovi presenta depressione maggiore. Nello studio dei fattori di rischio

è emerso anche che alcuni tratti psicologici conferiscono vulnerabilità alla depressione, per esempio il neuroticismo è predittivo di insorgenza di depressione nei pazienti visti in medicina generale anche dopo aver controllato in base alla gravità della sintomatologia depressiva. Inoltre, nei soggetti anziani con depressione maggiore una distorsione cognitiva improntata su un pensiero pessimistico è predittivo di ideazione suicidaria a distanza di un anno. Nella review effettuata da Cole (23) sui fattori di rischio per depressione in anziani in comunità è emerso che i fattori più significativi in ordine di importanza sono: Lutto, Disturbi del sonno (soprattutto insonnia – Ford, 2001), Disabilità e Sesso Femminile. Blazer (24) in una review effettuata sul modello eziologico tridimensionale bio-psico-sociale della depressione ha stilato un elenco di probabili fattori di rischio generali ed età correlati unitamente a fattori considerati protettivi che vengono presentati nella *Tabella 2*.

TRATTAMENTO

Gli scopi del trattamento della depressione sono molteplici, dalla riduzione della sintomatologia, fino al miglioramento dello stato cognitivo e funzionale utile al paziente per sviluppare e/o perfezionare le abilità necessarie a fronteggiare l'eventuale disabilità o le problematiche di ordine psicosociale. Sebbene per diverso tempo gli studi si siano tradizionalmente focalizzati principalmente sul miglioramento sintomatologico (risposta=riduzione del 50% al punteggio della *Hamilton Depression Rating Scale*) esiste ormai una crescente attenzione su quello che molti clinici ritengono sia in realtà il goal standard del trattamento, vale a dire la remissione (punteggio alla *Hamilton Depression Rating Scale* ≤ 10). Essa rappresenta un target importante sia per la fase acuta che per quella di mantenimento dato che i sintomi residui, la ricorrenza, il suicidio e il grado di cronicità si associano ad una scarsa qualità di vita e ad un maggior utilizzo di

Tabella 2. FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI PER INSORGENZA DI DEPRESSIONE IN TARDA ETÀ

Fattori di rischio generali (che possono predisporre a depressione in tutte le fasce di età)

Rischi biologici

- Ereditarietà
- Sesso femminile
- Ipoattività del sistema serotoninergico
- Ipersecrezione di cortisolo
- Bassi livelli di testosterone
- Stroke
- Patologie mediche e deterioramento funzionale
- Abuso e/o dipendenza da alcol

Rischi psicologici

- Disturbo di personalità
- Neuroticismo
- Distorsione cognitiva
- Locus of control esterno

Rischi sociali

- Eventi di vita stressanti
- Lutto
- Carenze socio economiche
- Scarso supporto sociale

Fattori di rischio specifici

Rischi biologici

- Polimorfismi o mutazioni genetiche
- Bassi livelli di deidroepiandrosterone (coinvolto nell'ipersecrezione di corticotropin-releasing-factor)
- Ischemia corticale e subcorticale
- Malattia di Alzheimer

servizi. Nella pianificazione di un trattamento bisogna innanzitutto valutare la presenza di patologie o terapie in atto in grado di indurre depressione. Spesso per il trattamento della depressione dell'anziano, così come accade anche nell'adulto, risulta più efficace la com-

binazione di psico- e farmaco-terapia (29). Tuttavia entrambe le opzioni in singola terapia possono essere efficaci alternative nella depressione maggiore di grado lieve. Per quanto riguarda le psicoterapie quelle da preferirsi nell'anziano sono: cognitivo-comportamentale, supportiva, orientata al problem-solving e interpersonale. La terapia elettroconvulsiva può essere presa in considerazione se il paziente non risponde al trattamento, se ha una forma depressiva grave con ideazione suicidaria persistente o in caso di psicosi (30). Gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRIs) e di serotonina e norepinefrina (SNRIs) rappresentano gli antidepressivi di prima scelta, seguiti da bupropione e mirtazapina (31). Sebbene nel trattamento della popolazione anziana il dosaggio iniziale debba essere più basso, la dose finale raggiungibile è simile a quella dell'adulto. Nortriptilina e desipramina rappresentano valide alternative agli SSRI nel caso di depressione di grado severo. Prima di poter giudicare l'efficacia o l'inefficacia del farmaco è necessario che trascorranò 4 settimane a dosaggio adeguato. Se anche a dosaggio massimo la risposta è scadente si attua un augmentation. Se il farmaco scelto in prima istanza è un SSRI si può aggiungere litio, bupropione o nortriptilina. Nella depressione late-life è utile anche la combinazione tra un antidepressivo (SSRIs o SNRIs) e un antipsicotico atipico (eccetto clozapina). Per la terapia di mantenimento va utilizzato lo stesso dosaggio della fase acuta, nel paziente con singolo episodio depressivo il trattamento andrebbe proseguito per almeno un anno. Laddove gli episodi lifetime siano almeno tre la terapia di mantenimento deve essere proseguita per oltre tre anni. Nei pazienti con sintomi psicotici che ottengono la remissione dopo il trattamento con una terapia combinata con antidepressivo e antipsicotico quest'ultimo andrebbe proseguito per almeno sei mesi. Di seguito vengono riportate alcune tabelle in cui vengono indicate le caratteristiche della terapia farmacologica ideale (Tabella 3.1) e i dosaggi raccomandati degli antidepressivi di comune impiego nell'anziano (Tabella 3.2) (32).

Tabella 3.1 CARATTERISTICHE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IDEALE

Punti chiave della terapia farmacologica della depressione in età senile

- Scelta del farmaco antidepressivo
- Valutazione degli effetti collaterali
- Valutazione del dosaggio terapeutico
- Valutazione delle interazioni farmacologiche
- Valutazione della durata del trattamento

Profilo dell'antidepressivo ideale da utilizzare in età senile

- Farmaco con efficacia terapeutica documentata
- Farmaco di elevata tollerabilità e sicurezza
- Farmaco privo di interazioni farmacologiche
- Farmaco con elevata maneggevolezza di impiego
- Farmaco sicuro in overdose

Tabella 3.2 DOSAGGI RACCOMANDATI

Antidepressivo	Dose iniziale fino a dosaggio max (mg/die)	Commenti
Citalopram	10 fino a 20-40	Attenzione agli effetti collaterali gastrointestinali
Sertralina	25 fino a 50-150	Utile per pazienti con disturbi del sonno, inappetenza, ansiosi/irrequieti/agitati
Mirtazapina	15 fino a 45	Può essere utile per il ritardo psicomotorio, il ritiro o l'apatia
Venlafaxina	37.5 fino a 75-300	Può essere particolarmente utile in pazienti con manifestazione dolorose
Duloxetina	30 fino a 120mg	Può essere utile per il ritardo psicomotorio, il ritiro o l'apatia
Bupropione SR	75 fino a 300	Raramente, ad alti dosaggi, causa crisi convulsive. Può essere utile per il ritardo psicomotorio, il ritiro o l'apatia
Paroxetina	10 fino a 40	Effetti anticolinergici lievi
Fluoxetina	10 fino a 20-30	Emivita molto lunga e può causare calo ponderale negli anziani
Trazodone	25-50 fino a 200-300 Salire lentamente ogni due o tre giorni. Dosaggi fino a 600 mg/die sono state impiegate in alcuni casi	L'effetto collaterale più comune è la sedazione. Può essere usato a basse dosi per i suoi effetti anti-ansia durante il giorno e per il sonno alla sera. Il secondo effetto più comune è l'ipotensione ortostatica

CONCLUSIONI

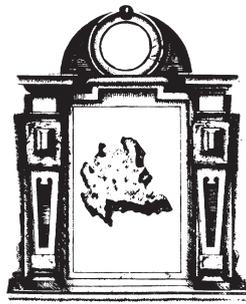
La popolazione anziana e particolarmente quella dei molto anziani (età maggiore di 85 anni) è in rapida crescita in tutto il mondo occidentale. Pur considerando che sono molti gli anziani che, a ragione delle migliorate condizioni di qualità di vita e degli avanzamenti della tecnologia medica, conservano una buona salute fisica e mentale è anche vero che una larga fetta di questa popolazione soffre di depressione. Quali le cause? Innanzitutto di ordine organico. Il cervello anziano subisce dei cambiamenti biochimici quali la deplezione dei neurotrasmettitori monoaminergici ed alterazioni strutturali cellulari e vascolari dei tessuti cerebrali. Inoltre si assiste ad una deficitaria risposta agli eventi stressanti dovuta alla minore efficacia del sistema ipofisario-cortico-surrenalico. Quest'ultimo fenomeno è importante a ragione di numerosi eventi stressanti che minano la fragilità "psicosomatica" di cui sopra. L'anziano è a maggior rischio di "perdite", quali: la salute, l'autonomia e tutte le conseguenze di malattie croniche (cardiopatie, malattie articolari, tumori, ecc.). A queste si aggiungono "perdite" psicologiche quali i lutti, la riduzione delle relazioni sociali, la progettualità, un vissuto di alienazione rispetto alla rapida progressione e trasformazione della società. Quale il soggetto a maggior rischio di depressione nella popolazione anziana? Una donna di età superiore ai 65 anni, recentemente vedova, con una o più malattie fisiche e con un precedente episodio depressivo. Pertanto, emerge con chiarezza l'importanza di una diagnosi e trattamento precoci della depressione dell'anziano, laddove si consideri che essa è correlata ad un aumento della mortalità, ad un maggior rischio di sviluppo di demenza e ad un aumento dei costi sanitari per ricoveri e visite specialistiche.

* Unità Operativa di Psichiatria I - Azienda Ospedaliera "San Paolo", Milano

BIBLIOGRAFIA

1. Blazer D.G., *Depression in late life: review and commentary*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2003. 58(3): p. 249-65.
2. Kohn R. and G. Epstein-Lubow, *Course and outcomes of depression in the elderly*, Curr Psychiatry Rep, 2006. 8(1): p. 34-40.
3. Alexopoulos G.S., *Vascular disease, depression, and dementia*, J Am Geriatr Soc, 2003. 51(8): p. 1178-80.
4. Charney D.S., et al., *Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life*, Arch Gen Psychiatry, 2003. 60(7): p. 664-72.
5. Lacruz M.E., et al., *Mental health in the aged: prevalence, covariates and related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory factors of successful aging*. BMC Med Res Methodol, 2010. 10: p. 36.
6. Gala C., Iandoli I., Redaelli C., *Psicogeriatría*, In Invernizzi G. Bressi C. Eds, *Psichiatria e Psicologia Clinica*, Mc Graw Hill-Milano, 2012: p. 347-371
7. Lyness J.M., *Naturalistic outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients*, Int J Geriatr Psychiatry, 2008. 23(8): p. 773-81.
8. Alexopoulos G.S., *Depression in the elderly*, Lancet, 2005. 365(9475): p. 1961-70.
- Blazer D.G., 2nd and C.F. Hybels, *Origins of depression in later life*, Psychol Med, 2005. 35(9): p. 1241-52.
9. Ballmaier, M., et al., *Anterior cingulate, gyrus rectus, and orbitofrontal abnormalities in elderly depressed patients: an MRI-based parcellation of the prefrontal cortex*, Am J Psychiatry, 2004. 161(1): p. 99-108.
10. Lee, A.L., W.O. Ogle, and R.M. Sapolsky, *Stress and depression: possible links to neuron death in the hippocampus*, Bipolar Disord, 2002. 4(2): p. 117-28.
11. Esiri, M.M., *Ageing and the brain*. J Pathol, 2007. 211(2): p. 181-7.
12. Sapolsky, R.M., L.C. Krsey, and B.S. McEwen, *Prolonged glucocorticoid exposure reduces hippocampal neuron number: implications for aging*. J Neurosci, 1985. 5(5): p. 1222-7.
13. Sapolsky, R.M., *The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in major depression: a primer on neuron death*.

- Biol Psychiatry, 2000. 48(8): p. 755-65.
14. Burke, S.N. and C.A. Barnes, *Neural plasticity in the ageing brain*. Nat Rev Neurosci, 2006. 7(1): p. 30-40.
 15. Carney, C.P., et al., *Relationship between depression and pancreatic cancer in the general population*. Psychosom Med, 2003. 65(5): p. 884-8.
 16. Cummings, J.L. and G. Cole, *Alzheimer disease*. JAMA, 2002. 287(18): p. 2335-8.
 17. Rapp, M.A., et al., *Increased hippocampal plaques and tangles in patients with Alzheimer disease with a lifetime history of major depression*, Arch Gen Psychiatry, 2006. 63(2): p. 161-7.
 18. Brenes, G.A., *Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients*, Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2007. 9(6): p. 437-43.
 19. Waern, M., et al., *Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study*, BMJ, 2002. 324(7350): p. 1355.
 20. Alexopoulos, G.S., et al., *The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study*, Am J Psychiatry, 1993. 150(11): p. 1693-9.
 21. Katon, W.J., J. Unutzer, and G. Simon, *Treatment of depression in primary care: where we are, where we can go*, Med Care, 2004. 42(12): p. 1153-7.
 22. Cole, M.G. and N. Dendukuri, *Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis*, Am J Psychiatry, 2003. 160(6): p. 1147-56.
 23. Blazer, D.G., *Depression and social support in late life: a clear but not obvious relationship*, Aging Ment Health, 2005. 9(6): p. 497-9.
 24. Hickie, I., et al., *Late-onset depression: genetic, vascular and clinical contributions*, Psychol Med, 2001. 31(8): p. 1403-12.
 25. Fagring, A.J., et al., *Depression, anxiety, stress, social interaction and health-related quality of life in men and women with unexplained chest pain*, BMC Public Health, 2008. 8: p. 165.
 26. Gala, C., Peirone A., Pasquale L., Redaelli C., Bellodi S., *Depression and cognitive impairment in the elderly*, Giorn. Gerontol., 2008. 56(1): p. 25-33.
 27. Schoevers, R.A., et al., *Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL)*, J Affect Disord, 2000. 59(2): p. 127-37.
 28. Gala, C., Colombo E., M., *Disturbi psicosomatici*, In Invernizzi G., Bressi C. Eds, *Psichiatria e Psicologia Clinica*, Mc Graw Hill-Milano, 2012: p. 327-345
 29. Alexopoulos, G.S., *Clinical and biological interactions in affective and cognitive geriatric syndromes*, Am J Psychiatry, 2003. 160(5): p. 811-4.
 30. Gorwood, P., et al., *Escitalopram prevents relapse in older patients with major depressive disorder*, Am J Geriatr Psychiatry, 2007. 15(7): p. 581-93.
 31. Gala, C., Iandoli, M., C et al., *Usa degli psicofarmaci in condizioni specifiche*, In Invernizzi G., Bressi C. Eds, *Psichiatria e Psicologia Clinica*, Mc Graw Hill-Milano, 2012: p. 501-535



NOTE DAI CONVEGNI

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

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

Di Paola Bortolaso e Giancarlo Cerveri

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

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

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

Risultati e Discussione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni:

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

Tabella 1: Risultati della survey.

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

Tabella 1: Risultati della survey.

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

BIBLIOGRAFIA

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

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

Giancarlo Cerveri

Responsabile Scientifico del Congresso

Il trattamento precoce dei disturbi psichici gravi nei giovani

Il modello del progetto innovativo TR43



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

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

OBIETTIVI

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

Aree di intervento:

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

CRITERI DI ARRUOLAMENTO

Pazienti al primo contatto per disturbo psicotico

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

Pazienti con fattori di rischio per sviluppo di disturbo psichico

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



LAVORO CLINICO

Aspetti Organizzativi:

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

Lavoro terapeutico:

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

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

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

Lavoro educativo:

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

LAVORIDI RETE

Individuazione precoce delle situazioni a rischio:

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

Riduzione dello stigma:

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

Facilitazione accesso ai trattamenti:

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

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

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

Scuole

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

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

Volontariato e associazioni:

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

INTEGRAZIONE

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

RICERCA SCIENTIFICA, FORMAZIONE E OPPORTUNITÀ

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

CRITICITÀ

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

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

BIBLIOGRAFIA

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



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



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

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

ABSTRACT

Introduzione

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

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

Materiali/metodi

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

Risultati

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

L'87% del campione ha intrapreso farmacoterapie; le

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

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

Conclusioni e considerazioni

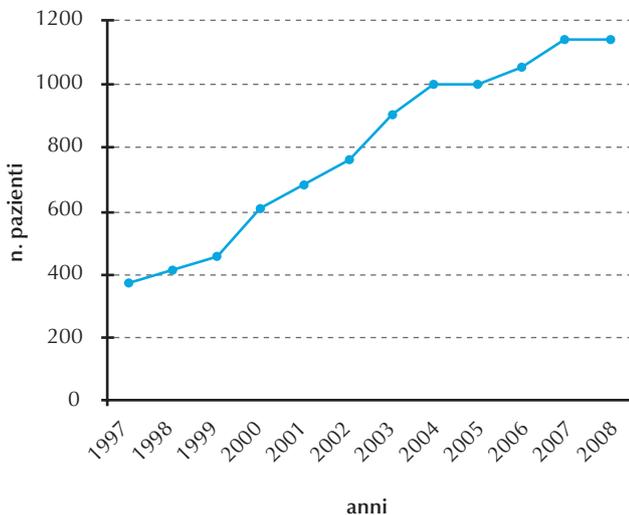
Tale servizio ha avuto un rapido incremento del bacino d'utenza: 48 pazienti dopo sei mesi, 240 dopo 16 mesi e 343 dopo 24 mesi. Sarebbe pertanto auspicabile una futura espansione, cercando un continuo miglioramento attraverso una maggiore divulgazione e un potenziamento del servizio stesso. L'ampliamento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

INTRODUZIONE

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

Per quanto riguarda i Dipartimenti di Salute Mentale,

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



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

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

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

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

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

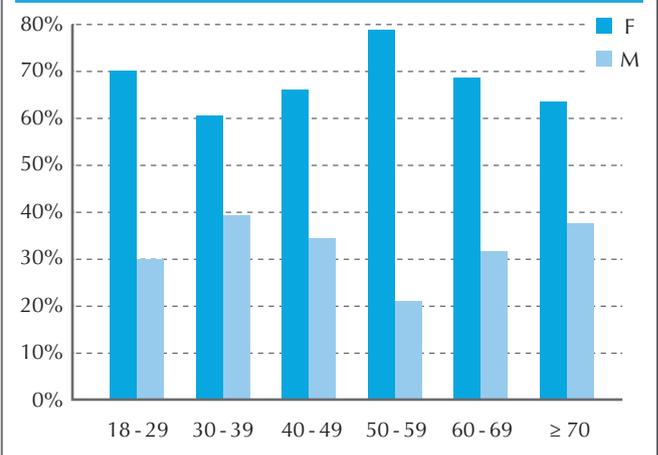
Autentici valori aggiunti di tale ambulatorio sono, per quanto concerne i pazienti psichiatrici, quello di ricercare dei servizi sempre meno stigmatizzanti nei confronti degli stessi, in modo da poter facilitare e incoraggiare un loro accesso alle cure nonché una maggiore compliance, mentre, per quanto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

MATERIALI E METODI

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

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

2. Distribuzione del campione per età e genere



RISULTATI

Distribuzione del campione per età e genere

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

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

Modalità d'accesso al servizio

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

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

A seguire, in ordine decrescente, si è osservato:

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

Bacino d'utenza

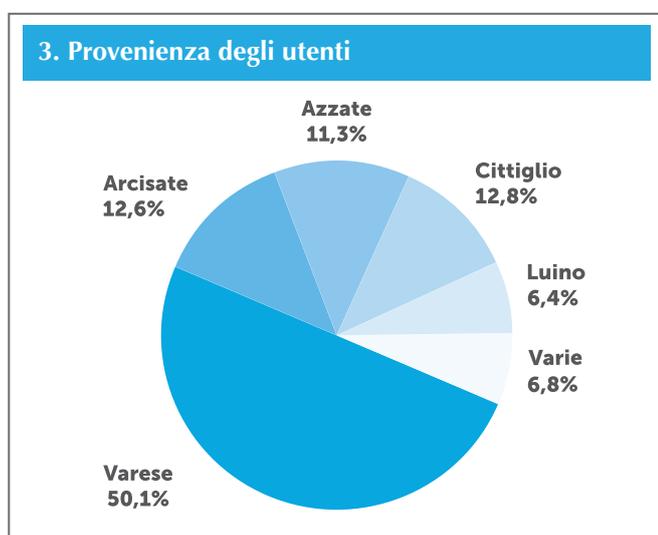
Per quanto riguarda la provenienza degli utenti è stato possibile osservare che il 50,1% del campione era residente a Varese, il 12,6% faceva riferimento alla competenza territoriale del CPS di Arcisate e l'11,3% a quello di Azzate. Il dato più significativo, che sottolinea l'importanza di tale servizio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

Anamnesi psichiatrica

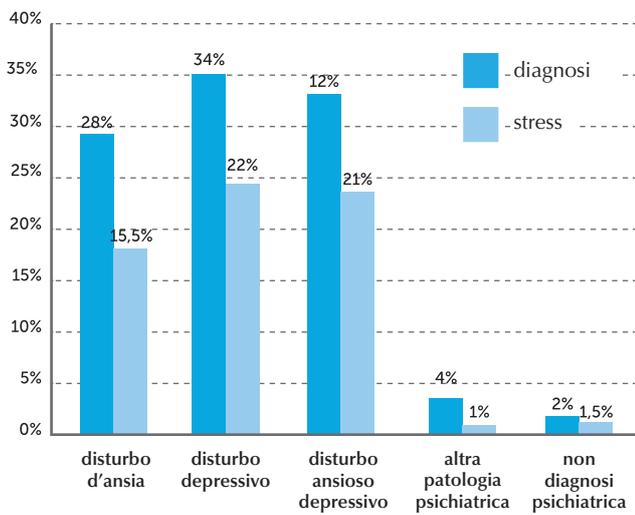
Tra gli utenti, il 20% ha presentato un'anamnesi familiare psichiatrica positiva, il 36% ha invece riferito precedenti di natura psichiatrica. In entrambi i casi si trattava in gran parte di disturbi ascrivibili all'ambito delle patologie ansiose e depressive, fornendo in tal senso supporto a tutta la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

Correlazione con life events

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



4. Correlazione eventi stressanti/diagnosi scontrate



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

Situazione lavorativa

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

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

Diagnosi e prescrizioni terapeutiche.

Le diagnosi riscontrate sono state per il 34% disturbo

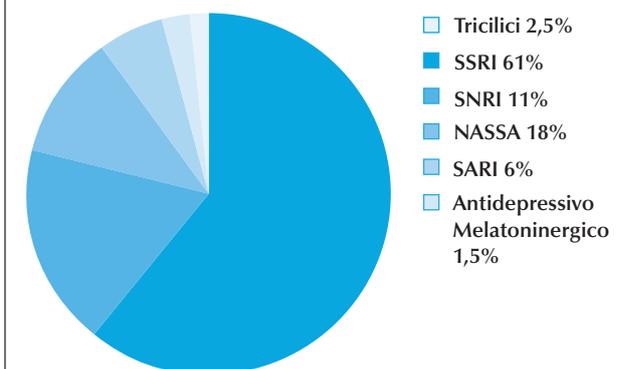
depressivo, 32% disturbi ansioso-depressivi, 28% disturbi ansiosi. La quasi totalità dei pazienti (88%) ha intrapreso farmacoterapie, mentre al 12% dei pazienti non sono state effettuate prescrizioni farmacologiche.

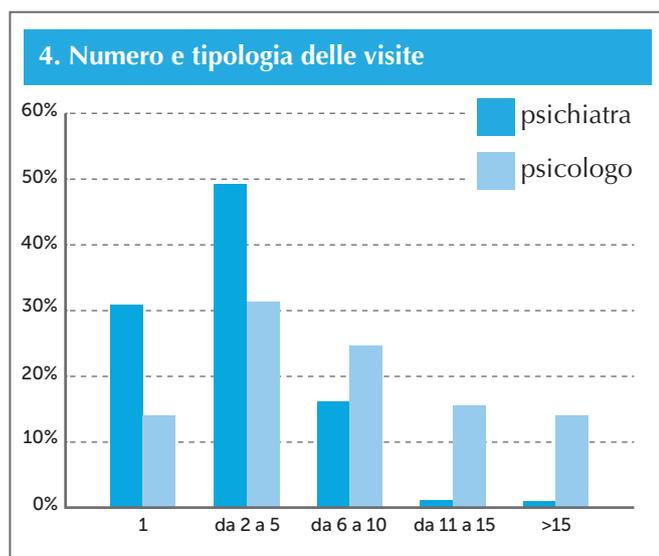
Il 40% delle prescrizioni riguardava l'associazione di antidepressivi e ansiolitici, il 27% solo antidepressivi, il 6% ansiolitici; infine sono stati consigliati, in misura minore, anche neurolettici, stabilizzatori del tono dell'umore, farmaci neurotropi e integratori alimentari. Considerando sia le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

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

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

5. Classificazione antidepressivi





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

CONCLUSIONI

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

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

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

in ambito privato;

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

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

BIBLIOGRAFIA

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



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

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

Bechi.Margherita@hsr.it

INTRODUZIONE

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

Questo studio si propone di valutare longitudinalmente

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

METODOLOGIA

Soggetti:

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

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

Valutazioni:

I pazienti sono stati valutati:

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

Valutazione delle abilità di Base (UPSA- B)

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

*la ToM è stata rivalutata dopo 3 mesi.

Analisi statistiche:

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

RISULTATI

Tabella 1. Caratteristiche demografiche

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

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

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

Tabella 3. Picture of sequencing task

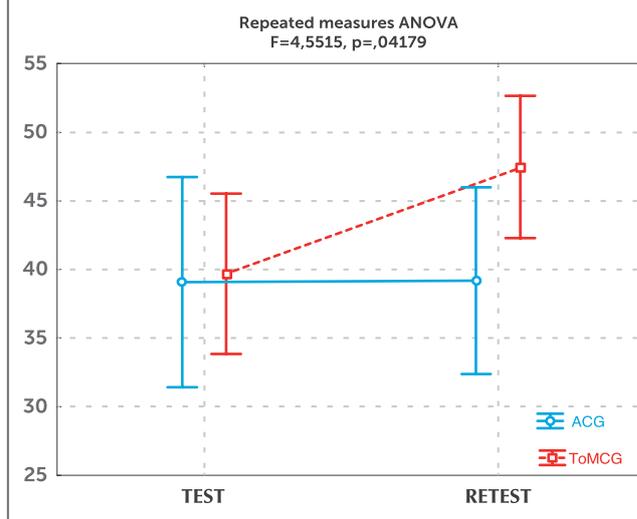
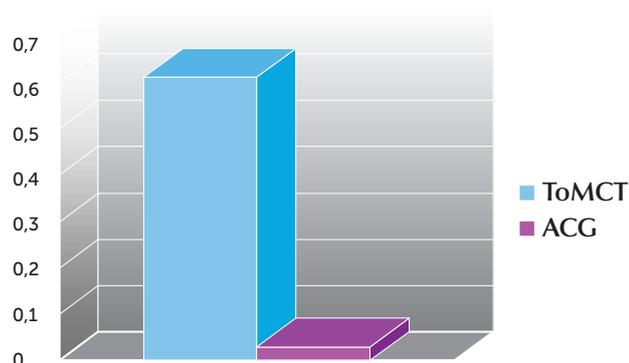


Tabella 4. Correlazione multipla effettuata tra il QI, il funzionamento quotidiano e il punteggio basale ToM

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

Tabella 5. Effect Size PST Total Score



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

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

CONCLUSIONI

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

BIBLIOGRAFIA:

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

Cari Colleghi,

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

Nutrire la mente

Dalla prevenzione alla Riabilitazione Oggi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vi aspettiamo

Eugenio Aguglia

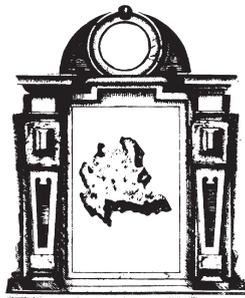
Presidente SIP

Luigi Ferrannini

Past Presidente SIP

Claudio Mencacci

Presidente Comitato Scientifico Locale



SPAZIO APERTO

Fondazione Varenna, nell'ambito della propria attività istituzionale, si fa promotrice di un progetto ambizioso e innovativo. Attraverso la sinergia tra il CART - Centro Assistenza e Ricerca sulle Tossicodipendenze, Onlus Milano (CART), del Dipartimento di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico e dell'Associazione Ricerche sulla Schizofrenia (ARS), istituzioni già impegnate sul medesimo fronte, e con il contributo di Fondazione CARIPLO, verranno aiutati pazienti in età adolescenziale, oggi particolarmente colpiti dalla depressione, in tutte le sue declinazioni. Ad essi, il personale dedicato, offrirà il massimo della cura e attenzione possibile.

In data *29.10.2012* presso la sala *Maria Bambina* dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano, c.so di Porta Nuova, 23, si terrà un incontro informativo sul progetto, aperto al pubblico.

Chiara Della Chà
Presidente Fondazione "Piero Varenna" - Onlus

PROGETTO UN AMBULATORIO PER GIOVANI CON DISAGIO PSICHICO E LE LORO FAMIGLIE

Associazione Ricerche sulla Schizofrenia Milano

REFERENTE SCIENTIFICO

Prof Massimo Clerici

Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche Università Degli Studi di Milano Bicocca.

L'Associazione Ricerche sulla Schizofrenia (ARS) collaborerà alla costituzione di un centro ambulatoriale specifico per adolescenti e giovani adulti con disagio psichico, nel territorio milanese. Il servizio ambulatoriale sarà composto da un'equipe di professionisti esperti in materia (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione psichiatrica) ad elevata integrazione professionale. L'ARS, fin dalla sua fondazione nel 1983 a Milano da parte del Prof. Carlo Lorenzo Cazzullo, ha recepito una serie di istanze provenienti, in modo privilegiato, dall'ambito familiare e sociale dei pazienti. La realizzazione del centro ambulatoriale si muoverà in questo senso, intendendo rappresentare un punto di riferimento stabile di una popolazione critica come quella degli adolescenti e dei giovani tra i 16 ed i 24 anni, e delle loro famiglie. Le azioni principali del Centro saranno fondate sui concetti cardine di prevenzione e intervento, volto ad un riordinamento delle esperienze passate, spesso complicate in soggetti con tali problematiche,

e alla ricostruzione della fiducia in un futuro fatto di relazioni, studio, scelte professionali. Il modus operandi del servizio sarà caratterizzato dal chiaro insieme di principi che hanno caratterizzato ARS nel corso degli anni: indipendenza, imparzialità, accessibilità, confidenzialità.

Il servizio collaborerà con gli altri enti finanziati e coinvolti nel progetto, e le Strutture territoriali classiche della Psichiatria (CPS e SPDC), della Neuropsichiatria Infantile e dei Servizi per le Dipendenze (SerD), operando come punto di raccordo fra i diversi enti e occupandosi di orientare gli adolescenti per i quali non è possibile un intervento idoneo. Il centro ambulatoriale si impegnerà pertanto a integrarsi per realizzare una rete di servizi idonea alle specifiche esigenze cliniche e di trattamento dell'utenza coinvolta. In particolare, ARS opererà nell'area della prevenzione del rischio suicidario nell'adolescente e nel giovane adulto, specificamente nei casi in cui risultino indicati un intervento di counselling familiare e di prevenzione secondaria. Ne consegue inoltre che l'associazionismo familiare presente nel territorio milanese sarà l'ulteriore partner naturale del progetto. Organismi tecnici dei servizi sociosanitari del territorio (ad esempio, Servizi Sociali) verranno opportunamente informati e coinvolti per valorizzare l'iniziativa e massimizzarne i risultati.

ATTIVAZIONE DI UN SERVIZIO PER GIOVANI ADULTI CON PROBLEMI DI DIPENDENZA E NARCISISMO PATOLOGICI

CART - Centro Assistenza e Ricerca sulle Tossicodipendenze, Onlus Milano

REFERENTE SCIENTIFICO

Dr Carlo Zucca Alessandrelli

Presidente CART

Il CART, centro di psicoterapia, formazione e ricerca, parteciperà al progetto inter-istituzionale, sostenuto dalla fondazione Varenna, per la creazione di una rete ambulatoriale specificatamente rivolta agli adolescenti ed ai giovani adulti con disagio psichico, molto innovativo per la città di Milano.

In stretta collaborazione con gli altri Enti finanziati e coinvolti nel progetto, il CART formerà un polo ambulatoriale di psicoterapia condotto da un'équipe multidisciplinare specializzata nel trattamento degli adolescenti e dei giovani adulti affetti da dipendenza e narcisismo patologici.

Sin dalla sua fondazione, avvenuta a Milano nel 1972 da parte del dott. Carlo Zucca Alessandrelli, il CART si è sempre occupato di dipendenze, considerandole inevitabilmente correlate al narcisismo patologico che si caratterizza per la fragilità e l'onnipotenza del Sé.

L'iniziale e pionieristica esperienza del Centro nel trattamento psicoterapico delle tossicodipendenze si è sviluppata con la creazione di un modello teorico-clinico che si rivolge a tutte le forme di Addiction e si presta ad essere particolarmente efficace nel trattamento delle poliedriche forme di disagio giovanile, sotto le quali si cela sempre una profonda difficoltà nell'integrare il bisogno di salvaguardia del proprio narcisismo e la costruzione di relazioni oggettuali. Adolescenti e giovani adulti spesso

sono accomunati da una profonda difficoltà nell'affrontare questa fase di sviluppo emotivo in cui non di rado rimangono bloccati ad un passato che non passa e che non permette il transito dalla dipendenza narcisistica dal conosciuto familiare alla dipendenza relazionale oggettuale con l'Altro da sé.

Questo traghettamento simbolico, molto spesso ai giovani appare spaventoso ed angoscioso e perfino impossibile da compiersi con le proprie risorse interne. In questa situazione, l'oggetto sostitutivo, e quindi l'addiction, sembrano rappresentare un mezzo per poter compiere questa traversata: un corpo secco come un legno diventa una solitaria zattera a cui stare aggrappati, "lo sballo" assiepati nella pista affollata di una discoteca si trasforma nella carretta del mare dove stipati si consuma un viaggio spossante, o si fantastica di salpare... ma solo sul web. E così via per tante altre passioni fredde e insoddisfacenti perché prive di vera relazione.

Per rispondere ai segnali di S.O.S lanciati dai giovani naufraghi psichici o dalle loro famiglie, il CART ha creato un modello clinico di intervento psicoterapico fondato sulla Presa in Carico Multipla che integra sinergicamente diversi strumenti terapeutici individuali e di gruppo. Tale intervento si situa all'interno di una rete ampia di collaborazione tra il CART ed i servizi del territorio milanese, che può comprendere sia i partner direttamente coinvolti nel progetto che quelli con cui il nostro Centro collabora da molti anni (Ser.D., CPS, SMI, Scuole).

In virtù delle caratteristiche psicopatologiche dei soggetti affetti da narcisismo patologico e da Addiction è stato ideato nel 2000 dal dott. Carlo Zucca Alessandrelli uno specifico modello di gruppo a termine (quaranta sedute), il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni (GRF). Ne diamo qui una sintetica descrizione perché esso verrà utilizzato in varie circostanze. L'obiettivo centrale del lavoro del GRF è quello, attraverso una apposita metodologia relazionale di riconoscimento, di rafforzare il senso di sé del singolo

partecipante, offrendogli la possibilità di fare un'esperienza che permetta di dare senso al Sé, come persona viva e vitale proprio attraverso la relazione con gli altri. Il lavoro del gruppo si svolge attraverso l'elaborazione focalizzata di temi affettivi specifici che sono: il senso di fragilità interiore, la sensazione di svuotamento legata alla solitudine, l'eccitamento emotivo, l'ipersensibilità, la permalosità, la vulnerabilità e il senso di vergogna nelle relazioni. Questi temi sono direttamente correlati con il narcisismo onnipotente del Sé grandioso, causa fondamentale della fragilità psichica che caratterizza la dipendenza patologica. La modalità relazionale ed il lavoro sui focus indicati costituiscono il significato del GRF e la sua potenzialità terapeutica.

L'interazione viva ed emotivamente pregnante del gruppo GRF permette a ciascun partecipante di cogliere le proprie fragilità e i tratti di carattere disadattivi, consentendo lo sviluppo della capacità autoriflessiva, ovvero la consapevolezza su base affettiva, che è la fonte principale dell'evoluzione del Sé e della ripresa delle funzioni psichiche, indispensabili per compiere il viaggio verso l'integrazione e l'individuazione relazionale.

PROGETTO DI ATTIVAZIONE DI UN SERVIZIO PER LA DIAGNOSI PRECOCE ED IL TRATTAMENTO AMBULATORIALE DEI DISTURBI AFFETTIVI IN GIOVANI ADULTI IN UNA REALTÀ METROPOLITANA

REFERENTE SCIENTIFICO

Dr Claudio Mencacci Direttore

Dipartimento di Neuroscienze

AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano

In una recente analisi epidemiologica condotta in Europa i ricercatori hanno ottenuto che il Disturbo Depressivo Maggiore ed il Disturbo Bipolare rappresentano rispettivamente la prima e la sesta causa di disabilità per le malattie psichiatriche e neurologiche con tassi di prevalenza di circa 7% per il primo e 1% per il secondo. Spesso le persone affette da tali disturbi vengono diagnosticati con elevatissimo ritardo e trattati con interventi non appropriati. Ciò produce maggiore morbilità, maggiore cronicità e peggiore outcome dei disturbi.

Per tale motivo si è ritenuto di proporre un intervento strutturato in un servizio pubblico che possa rispondere al bisogno di diagnosi e trattamento precoce dei disturbi affettivi nel contesto dell'area milanese.

Al fine di realizzare tale progetto, si struttura un'equipe dedicata a tale intervento presso il Centro Psicosociale di via Settembrini 32 a Milano, Dipartimento di Neuroscienze Azienda Ospedaliera di Milano. In tale area tramite informazione rivolta ai medici di base afferenti sul territorio si fornirà un servizio integrato caratterizzato dalle seguenti modalità di intervento:

Valutazione diagnostica tramite indagine clinica e validati strumenti diagnostici.

Valutazione psicopatologica tramite utilizzo routinario scale validate al fine di meglio definire gli eventuali benefici dell'intervento proposto.

Valutazione neurocognitiva al fine di approfondire elementi di disabilità tramite l'utilizzo della MATRICS: Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia.

Intervento informativo e/o terapeutico sui familiari dei pazienti trattati con interventi monofamiliari o di gruppo al fine di implementare la conoscenza del disturbo psichico ed elaborare risposte familiari adattative.

Intervento farmacologico secondo principi di buona pratica clinica ed evidence based medicine.

Monitoraggio continuo dell'incidenza di eventi avversi ed effetti indesiderati con particolare attenzione a problematiche cognitive e metaboliche.

Intervento psicoterapico secondo i principi definiti dal metodo manualizzato, di durata limitata e di provata efficacia Interpersonal Psychotherapy dimostratosi efficace sia nel trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore che del Disturbo Bipolare.

Interventi riabilitativi e risocializzanti individuali e di gruppo al fine di implementare l'efficacia degli interventi farmacologici e psicoterapici con specifiche attività volte a migliorare gli stili di vita e le capacità di relazione.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

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

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

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

Segretario:

Mauro Percudani
(*Garbagnate Milanese, MI*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

Membri di diritto:

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

Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

Consiglieri Permanenti:

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

Consiglieri Eletti:

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