

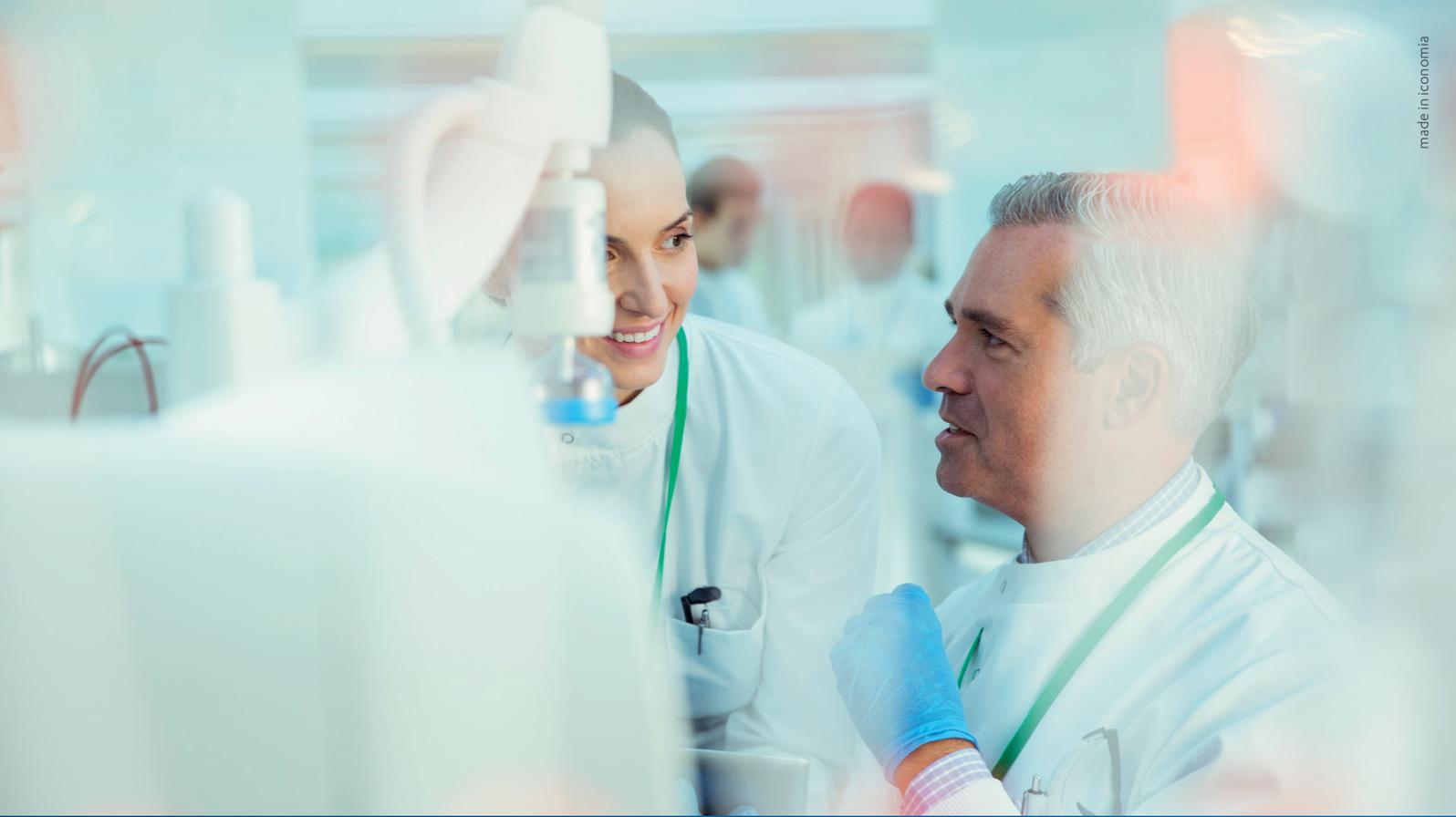


# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





## Il valore della ricerca.

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

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

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

**Janssen. Più vita nella vita.**

janssen 



# SOMMARIO

Anno XXIX • n. 1 • gennaio-giugno

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

**Fondata e Diretta da:**  
Alberto Giannelli

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

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

**Segreteria di Direzione:**  
Giancarlo Cerveri

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

## COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

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

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

**PSICHIATRIA OGGI**

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

## IN PRIMO PIANO

**3** Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile?  
*Uno sguardo alla letteratura nel tentativo di trovare una risposta*  
di Giannelli A.

**8** Il futuro della Psichiatria tra Markers Biologici e attività Clinica  
di Cerveri G.

## SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

**16** Attività 2015 in un DSM di Milano per la fascia d'età 14-24 anni  
*Prima analisi dei dati socio-demografici e clinico-organizzativi*  
di De Isabella G., Galbiati C., Biffi G.

**24** La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica  
*Risultati e prospettive di miglioramento continuo della qualità*  
di Amatulli A., Giampieri E., Marinaccio P.M.

**31** Da vicino nessuno è normale  
*Dialogare a scuola sul pregiudizio e lo stigma*  
di Tomaselli G., Gambarà S., Naclerio R., Fenaroli S., Ballantini M., Biffi G., Cetti C., Clerici M., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., Rabboni M.

**38** Il modello multifamiliare e la metafora lavoro  
*Identità sociale e coerenza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica*  
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.

**44** Dipendenza da internet  
*Un'indagine sulle conoscenze, l'atteggiamento e i bisogni degli operatori sanitari nei CPS, nei SerT e nelle UONPLA della Città di Milano*  
di Viganò C., Truzoli R., Boroni C., Giovannelli P., Ba G.

**55** I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizofrenia paranoide  
*Case report*  
di Chianese S., Traber R., Primerano L., Restrepo M.

**63** L'efficacia del ricovero nel SPDC del S. Pertini di Roma  
*Studio retrospettivo decennale nei pazienti dimessi dal 2003 al 2012*  
di Maci C., Franco F.

## SPECIALE: AUTISMO NELL'ADULTO

**84** I disturbi dello spettro autistico  
di Mencacci C.

**86** L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Asperger  
*Comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici*  
di Migliarese G.

**95** La sindrome di Asperger  
di Motta C.

**100** La diagnosi di autismo in età precoce  
di Di Pasquale D.

**108** I disturbi generalizzati dello sviluppo  
*I cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica*  
di Rossi M., Pisan P., Ottolini A.

## PSICHIATRIA FORENSE

**118** Rischio suicidario e "rischio consentito"  
*Il parere della corte*  
di Mantovani R.

## Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile?

*Uno sguardo alla letteratura nel tentativo di trovare una risposta*

Alberto Giannelli

Tra libertà e responsabilità c'è un legame stretto che però prevede il divorzio. Non è detto, infatti, che chi è libero sia necessariamente responsabile e, viceversa, chi è responsabile sia necessariamente libero, da lacci interni o esterni che siano.

Qui non intendo parlare del suicidio o della condotta suicidaria solo in persone affette da malattie psichiche o fisiche, ma anche in persone a dir così normali, per le quali vale la presunzione che, almeno potenzialmente, siano o siano state libere e responsabili (il *Freitod* della psichiatria tedesca). Distinguere la depressione clinica dalla *Stimmung*, cioè dallo stato d'animo depressivo degli autori tedeschi e dallo *Spleen* di quelli di lingua inglese, rimane indispensabile.

Nel tentativo di rispondere a una domanda del genere - cui filosofia, teologia e psicologia non mi pare abbiano dato ancora una risposta - prendo lo spunto dall'insegnamento che ci viene dalla grande tragedia greca, da *Sofocle* in particolare, § che della famosa terna - Eschilo Sofocle Euripide - è stato il più grande, non solo sul piano drammaturgico, ma anche quale innovatore di come fare teatro. Faccio riferimento a *Antigone*, tragedia rappresentata verso il 442 a.C., connessa alla leggenda edipica: Creonte, re di Tebe, ha vietato, pena la morte, di dare sepoltura al cadavere di Polinice, colpevole di aver portato le armi contro la patria. Antigone, incurante

*È giunta l'ora di andare. Ciascuno di noi va per la propria strada: io a morire, voi a vivere. Che cosa sia meglio, Iddio solo lo sa.*

Platone, *Apologia di Socrate*

del divieto di Creonte e delle perplessità della sorella Ismene, ubbidisce alla suprema voce del cuore e rende gli onori funebri al fratello. A un certo punto della tragedia la fanciulla si rivolge alla sorella Ismene e le dice: *Tu hai scelto di vivere, io di morire / Fatti coraggio, vivi. Quanto a me,*

*la mia anima è già morta.* Sofocle pone il confronto tra una giustizia assoluta e una relativa. Un confronto che a duemilacinquecento anni si pone ancora ai nostri giorni. Come ha scritto Nadia Fusini in un suo bellissimo libro, *L'Iliade*, forse ancor più della Bibbia, è stata la passione di quello straordinario personaggio che risponde al nome di Simone Weil. *Simone Weil, Rachel Bespaloff, Hannah Arendt, Etty Hillesum e Irène Nemiroski* § con il loro sguardo hanno illuminato le tenebre del novecento: coetanee o quasi, ebrae, pensatrici e scrittrici prima che filosofe, non si conoscevano tra loro ma, senza saperlo, si incontravano condividendo ideali, passione civile e amore per la verità e per il mondo a quell'epoca attraversato dalla follia stalinista e nazional-socialista, curiose esegete del poema omerico e, in generale, dei tragici greci, *Stelle di prima grandezza che per le donne di oggi dovrebbero essere antenate indimenticabili.* A due di loro, Etty e Irène, è toccata l'esperienza definitiva del lager. Altre due, Simone e Rachel hanno scelto la morte volontaria. Sono morte tutte (tranne Hannah) in giovane età. Simone Weil a 33 anni, nel 1943: minata dalla tisi e con

## IN PRIMO PIANO

precedenti digiuni protratti per solidarietà verso i suoi compatrioti, si era imposta una dieta di fame per non sentirsi privilegiata rispetto a chi aveva il cibo razionato nella Francia martoriata. Ma fin da bambina si esercitava al sacrificio e rifiutava i privilegi della sua ricca classe borghese, più tardi è stata anticonformista, operaia alla Renault, combattente antifranchista, associando alla acutezza del suo pensiero e del suo insegnamento l'esperienza faticosa e travagliata del lavoro e della lotta. Sul finire della sua breve e intensa esistenza, *il suo appare il tragitto suicidario di una mistica, anzi di un' asceta laica, aconfessionale*: un tragitto da confrontare con quello di Teresa di Lisieux morta a poco più di vent'anni, ma fatta ben presto dottore della chiesa, un tragitto altrettanto inquieto, ma vissuto nella clausura, lontano dal mondo, nella speranza e nella fede. Condotte suicidarie libere

e responsabili, viene da pensare. *Entrambe, queste vite, bruciate nell'amore per gli altri*. Nell'interpretazione che dà dell'Iliade, e che uscirà da Gallimard molti anni dopo la sua morte inserita nel testo intitolato *La rivelazione greca*, Simone Weil intravede nel poema omerico, non senza contraddizioni e forse in relazione alla sua conversione, *intuizioni precristiane*.

Sulla scia di Simone Weil, quella di Antigone è la storia di un essere umano che da solo si contrappone alle leggi del proprio paese in nome di una giustizia superiore, assoluta, direi divina, che le impone di dare degna sepoltura al fratello morto, contravvenendo il divieto del tiranno Creonte (che, detto tra parentesi, era suo zio, in quanto fratello di sua madre, Giocasta). *Ella antepone alla ragion di stato le leggi non scritte e incontrollabili della coscienza*.



Jacques-Louis David, *Morte di Socrate*

§ E sa che così facendo andrà sicuramente incontro alla morte. Chiusa in una caverna murata morirà secondo alcuni affamata e asfissata, secondo altri impiccata. Il suo suicidio è libero, e anche responsabile verso di sé: nella determinazione a togliersi la vita è autentica in quanto fedele a se stessa, a principi che non ammettono compromessi. *Ma è un suicidio responsabile anche nei confronti di terzi? Penso di no*: se, almeno in quella circostanza, si fosse piegata alla legge avrebbe risparmiato altre vite umane e non avrebbe acuito il potere tirannico del despota. Il tema proposto da Sofocle in questa tragedia, capolavoro assoluto al pari di *Edipo Re*, ha attraversato irrisolto la storia, da allora ai nostri giorni.

Sofocle aveva già, molti anni prima, affrontato il tema del suicidio in *Aiace Telamonio*, il più valoroso degli eroi greci dopo Achille, che si uccide gettandosi sulla spada conficcata nella sabbia quando si rende conto di avere sterminato poche ore prima una mandria di buoi anziché i greci colpevoli di avere dato a Ulisse, e non a lui, le armi di Achille. Ci sono brani di autentica poesia in questa splendida rappresentazione dell'orgoglio e della follia, come il brano in cui Aiace dà l'addio alla vita, non sopportando di essere coperto di ridicolo e di disprezzo. *Aiace l'eroe della vergogna, come Edipo quello della colpa*, viene da dire. Qui, in Aiace, il tragitto tra il progetto e il gesto definitivo è assai breve, anche se ha poco da spartire con i suicidi d'impeto.

*Il suicidio non è un'opera d'arte*, ma possono essere un'opera d'arte la rappresentazione figurativa o la scrittura che di esso si possono dare. Anche l'opera d'arte richiede un percorso, un tragitto che va dal momento in cui nasce l'intuizione creativa al compimento dell'opera, un tragitto che può durare anche molti anni. Il primo momento è quello dei disegni e degli schizzi sulla carta. Talvolta i disegni sono più importanti dell'opera finita, proprio perché corrispondono al nascere e allo svilupparsi

del progetto creativo (penso alla mostra sui disegni di Leonardo, di pochi mesi fa, a Milano). § Anche il suicidio richiede un momento o una serie di momenti che danno l'avvio all'intenzione di uscire volontariamente dalla vita. *Intercettare* i segmenti di quel tragitto, che può durare anch'esso degli anni, a volte permette di salvare una vita, sottraendola al richiamo inesorabile della morte e ravvivando il sentimento che, comunque, *essa è degna di essere vissuta*. Ma nella realtà le cose non stanno così, sono molto più complesse. *Sappiamo, infatti, che qualunque cosa pensi, l'uomo finisce per farla*.

§ Vi propongo il caso di *Cesare Pavese*, che in un pomeriggio di fine agosto del 1950, in una camera di un albergo situato davanti alla Stazione di Porta Nuova a Torino, si toglie la vita ingerendo con lucida determinazione uno dopo l'altro ben sedici tubetti di un sonnifero. Cinque anni prima, in una sua poesia scriveva: *Sei la terra e la morte / la tua stagione è il buio e il silenzio...* Poche settimane prima del gesto finale ha scritto, dedicandola a Constance Dowling, la sua poesia forse più conosciuta: *Verrà la morte e avrà i tuoi occhi...* trovata sulla scrivania del suo ufficio all'Einaudi di Torino. Di quel tragitto, cominciato chissà quanto tempo prima, forse già nelle prime stagioni dell'esistenza trascorse nelle sue langhe, questi versi sono segnali inequivocabili, celati, sul finire, dall'atmosfera falsamente gioiosa per aver vinto pochi mesi prima il Premio Strega con *La bella estate*. Del gesto finale che si realizza proprio in un momento della vita che sembra positivo, ce ne danno esempio anche i casi di Ellen West descritto e analizzato da Binswanger e quello di Antonia Pozzi, struggente poetessa del primo novecento, oggi giustamente portata alla ribalta dalla critica letteraria e dalla filmografia.

§ Poesie, lettere, fogli di diario, resoconti di un sogno, sono sempre *addresses*, cioè indirizzati a qualcuno,

anche se magari nascosti nel cassetto di una scrivania. Provengono spesso dalla solitudine e sono un'apertura, un dialogo con un interlocutore che, seppure altrove, dalla sua lontananza è chiamato all'ascolto. L'altro, lontano, possiamo essere noi, psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, ma quei messaggi non sempre ci arrivano o, se arrivati, non sempre li capiamo. Quando ne veniamo a conoscenza e li dotiamo di senso, è troppo tardi. Già Jaspers consigliava di far scrivere ai pazienti tutto quello che in una o più sedute non riescono a dire. Attraverso i loro scritti alcuni prefigurano o fanno intendere quello che sarà l'approdo finale della loro esistenza. Anche di fronte al minimo sospetto che chi ci sta davanti stia maturando tale progetto, dobbiamo mettere in atto tutti gli accorgimenti necessari a salvargli la vita. *Il suicidio rappresenta talvolta anche la nostra sconfitta di terapeuti*, non avendo colto nel corso della relazione quei segnali che ne denunciavano tutta la fragilità. Non avendo saputo o potuto ravvivare la speranza, cioè il sentimento che permette alla vita di esistere, che spinge l'esistenza verso il futuro. Senza speranza non c'è attesa, e senza attesa non c'è futuro.

*Il suicida vuole uscire da quel contenitore che è la vita.* Leopardi diceva "a me la vita è male", cioè la vita mi fa del male, una sorta di personificazione della vita. Molti pazienti quando parlano della vita *in realtà parlano della madre, che, appunto, dà la vita.* Di come hanno vissuto il loro rapporto con lei. Così, nei suoi simboli, la vita tende a essere confusa con la madre, da qui deriva l'importanza di tale rapporto e delle fantasie tramite le quali il paziente lo rivive. Ancora, lo stesso Leopardi dice che "nasce l'uomo a fatica ed è rischio di morte il nascimento". Ne abbiamo avuto testimonianza anche nella cronaca recente. C'è sempre stata, comunque, nella storia dell'umanità una lunga serie di madri morte per parto e di bambini morti durante il parto. Soggetti nati da parti assai travagliati potrebbero, almeno potenzialmente, sviluppare più tardi un sentimento ambivalente nei confronti della vita.

(A meno che, come nelle madri, anche in essi un'alta produzione di endorfine non provveda ad attenuare il dolore).

§ Sulla scia di Heidegger: *siamo ospiti della vita, geworfen*, addirittura gettati nella vita. Ma l'ospite, si sa, prima o dopo se ne deve andare. E se ne va sua sponte o quando gli si fa capire che è giunta l'ora di andare. *Il problema, a ben vedere, non è quanto libera e responsabile possa essere l'uscita volontaria dalla vita, ma quanto quest'ultima -la vita- possa essere o essere stata inospitale.* Se qualcuno se la toglie, devono esserci nella vita delle cose peggiori della morte. In casi come questi non si esita a fare *il grande salto nel buio, come diceva Hobbes.* A ben vedere, non ha torto Nabokov che immagina la vita come *un breve spiraglio di luce tra due eternità fatte di tenebra*, quella che precede la nascita e quella che segue la morte. Della prima non ci preoccupiamo, la seconda ci terrorizza, ci fa paura, genera angoscia. Eppure, nei suicidi liberi e responsabili o che noi riteniamo tali, qualcuno a quella luce preferisce la tenebra, il buio, quello definitivo. Qualche cosa di analogo aveva detto qualche secolo prima Montaigne. L'esperienza della morte si fa una volta sola. Per questo, alcuni soggetti suicidi non vogliono perdere nulla di quell'esperienza: ne assaporano tutti gli istanti, l'atto è prolungato, preparato nei minimi particolari, forse a lungo meditato. Rimanendo nell'ambito della letteratura, vengono alla mente anche i casi di Silvia Plath e di Virginia Woolf, tra tanti altri. La morte di Socrate, a sua volta, ricorda il dovere di rimanere responsabili di fronte alla vita che si sta per lasciare: ricordati, dice a Critone, di sacrificare, come promesso, il gallo a Esculapio (lo narra Platone nel *Fedone*).

A mio avviso, dunque, quello di quanto libero e responsabile possa essere un suicidio, è un falso problema: *il problema vero è quanto inospitale possa essere o essere stata la vita, quella determinata vita.* § Dobbiamo preoccuparci

dell'atto e del suo attore, rifuggendo da una valutazione etica, anche perché è difficile individuare a quale delle tre, anzi quattro tipologie di etica che oggi conosciamo fare riferimento. Soprattutto dobbiamo preoccuparci di che cosa facciamo o interrogarci su cosa avremmo potuto fare nella nostra veste di terapeuti per gettare la fune cui il naufrago potesse agganciarsi. Dobbiamo, insomma, farci carico di quella vita, fare della *terapia* come la intendevano i greci. Il nostro mestiere è anche questo, *occuparci della vita delle persone e non solo delle loro malattie: come sismografi, dovremmo stare attenti a ogni sussulto del loro vivere.*

Certo, *un suicidio può essere compreso sulla base degli eventi di cui la vita è costellata: può rappresentare il ricongiungimento fantasmatico con l'oggetto d'amore perduto o la liberazione da una situazione intollerabile* (la fame, la guerra, la deprivazione della propria dignità, la disperazione della solitudine, la liberazione dal bullismo adolescenziale, e altre cose ancora) *o può rappresentare la rivincita narcisistica dell'uomo che, non avendo deciso dove, quando e con quale colore della pelle nascere, si arroga il diritto di come e quando morire.* Non per l'uno o l'altro di questi motivi, quella di togliersi la vita è una scelta libera e responsabile. È piuttosto *una fuga dalla vita, una fuga liberatoria e deresponsabilizzante.* Il nostro compito è quello di *contribuire a rimuovere, là dove è possibile, quei fattori e quelle difficoltà che fanno inospitali quelle vite, quelle vite altrimenti perdute.* I mezzi a nostra disposizione non sono molti. Sentiremo, in proposito, dal collega che segue, il prof. Amore, che cosa ci dicono le neuroscienze in proposito.

Comunque, tra i mezzi a nostra disposizione *il più importante rimane l'ascolto, attento e ripetuto, anche per cogliere e fare leva su quegli elementi di ambiguità e di contraddizioni che non mancano mai nel tragitto suicidario.* § Ma l'ascolto non si deve limitare a sentire,

ma deve andare oltre, *a sentire ciò che si sente,* vale a dire ascoltare le nostre emozioni. O, in altre parole, sentire ciò che si sente ascoltando l'altro, può servire a decifrare le sue intenzioni facendole nostre, per poi restituirglielle deprivate del fascino perverso dello scacco definitivo. Per dotarle, insomma, del sentimento della speranza.

§ Salvare una vita, anche una sola – dice un detto ebraico – è come salvare il mondo intero.

*Ich will dass du seiest,* scrive Heidegger a Hannah Arendt in una lettera del 1925 (riprendendo Agostino: *Volo ut sis*). Parole che ci fanno pensare sul nostro lavoro in questo specifico ambito.

## Il futuro della Psichiatria tra Markers Biologici e attività Clinica

*Giancarlo Cerveri MD PhD\**

Nel corso degli ultimi anni si è discusso diffusamente in ambito scientifico della necessità di individuare marcatori biologici capaci di rendere la disciplina psichiatrica più affine alle altre discipline mediche, attribuendo dunque, alla possibilità di misurare un valore biologico qualsiasi, la capacità di far uscire la disciplina da un'area di indeterminatezza e consistenza teorica percepita come troppo fragile. Si è dunque ritenuto che il dato biologico fosse capace di fornire una concretezza e corporeità capace di cambiare la cornice di riferimento della nostra attività clinica. Tali attese sono state ripetutamente sollecitate da diversi ricercatori che, soprattutto nell'ambito delle neuroscienze, hanno contribuito ad affermare l'approssimarsi di una svolta. Svolta che avrebbe dovuto avvenire con la pubblicazione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* nella sua quinta edizione (DSM-5). Purtroppo questa aspettativa è rimasta delusa: il tentativo di definire valori biologici misurabili nei criteri diagnostici dei diversi disturbi psichiatrici è rimasto un progetto non ancora realizzato ed il DSM-5, pur apportando modifiche interessanti in diversi ambiti clinici, ha fallito nel tentativo di creare un punto di separazione tra un prima caratterizzato da una psichiatria osservabile ed interpretabile ad un poi indiscutibilmente misurabile.

Certo il tentativo non è nuovo, uno psichiatra e neuropatologo tedesco, tale Aloisius Alzheimer osservò placche e aggrovigliati neurofibrillari nei cervelli di 2 pazienti dementi in un'analisi post-mortem. Una dei due era la signora Auguste Deter la quale manifestò

sintomi comportamentali bizzarri all'età di 51 anni, in concomitanza con perdita di memoria a breve termine. Morì quattro anni dopo all'età di 55 anni. In una comunicazione nel corso dello stesso anno il dottor Alzheimer presentò il caso come demenza presenile. Il marker biologico fu riscontrato e l'autore ipotizzò che esso fosse la causa dei sintomi comportamentali e cognitivi osservati.....Correva l'anno 1906.

Da allora i tentativi di replicare tali successi nella correlazione tra sintomi psichici e correlati biologici si sono ripetuti ma con scarsa fortuna quando applicati alle più comuni patologie psichiatriche.

Negli ultimi 30 anni la letteratura scientifica ha subito in questo senso un'accelerazione formidabile. Emergono con grande chiarezza dati sempre più rilevanti relativamente alla dimensione biologica della patologia psichiatrica e la suggestione rimane quella di identificare uno o più biomarker definiti come una caratteristica misurabile che rifletta funzioni o disfunzioni biologiche, risposte ad interventi terapeutici o indicazioni del naturale decorso della patologia psichiatrica.

### **QUALE UTILIZZO DEI BIOMARKERS NELLA CLINICA E NELLA RICERCA? L'ESEMPIO DELLA PATOLOGIA AFFETTIVA**

Risulta opportuno riportare alcuni dati che permettano di riflettere con maggiore chiarezza sullo stato dell'arte in materia. Recentemente, come molti colleghi, abbiamo sentito parlare sempre più spesso di valutazioni biologi-

che utili alla clinica psichiatrica e, con grande sorpresa, ci siamo sentiti improvvisamente a disagio come se fossimo stati, non solo superati dal progresso, ma anche che il tutto fosse avvenuto senza che noi ce ne accorgessimo. Abbiamo letto stupiti di una sentenza in cui il perito si era appellato ad una particolare variante genetica di un qualche recettore come elemento suggestivo di una diminuzione della capacità di volere dell'autore di un reato. Ebbene questi elementi, spesso rappresentati mediaticamente come conoscenze immediatamente disponibili al clinico, creano difficoltà nell'interagire con pazienti spesso decisamente più attenti di noi a queste novità. È dunque necessario effettuare una brevissima revisione dei dati di letteratura sull'argomento per sgombrare il campo a confusioni o illusioni.

Cominciamo con la diagnosi: ad oggi, nonostante una mole notevole di dati in letteratura, i markers provenienti dalle neuroscienze e/o dalla genetica non possono essere considerati uno strumento utile e validato per stabilire la presenza di una sindrome psichiatrica.

È invece possibile cominciare a valutare l'utilizzo di biomarkers allo scopo di personalizzare le terapie proposte. Nella patologia depressiva esistono diverse ricerche sull'argomento.

Approcci multimodali (neuroimaging, genetica, proteomica, metabolomica) sono stati utilizzati per esplorare potenziali biomarker predittori o mediatori della risposta antidepressiva rapida osservata con Ketamina o Scopolamina. L'obiettivo esplicitato dagli autori di tali ricerche, per utilizzare le loro parole è di "Improve pathophysiological understanding, personalize treatment selection, and expand our armamentarium of novel therapeutics." (6), sicuramente suggestivo ma ancora, ad oggi, difficilmente applicabile alla routinaria attività clinica.

In molte ricerche si è approfondita l'area degli indici infiammatori come markers per la patologia affettiva.

L'efficacia del trattamento della patologia depressiva (sia con interventi psicofarmacologici che con terapia elettroconvulsivante ECT) si è dimostrato associata in diverse indagini allo stress ossidativo e a specifici indici infiammatori. Dati estremamente suggestivi ma ancora una volta con magnitudo tali da renderli non utilizzabili nella pratica clinica. In molti studi la relazione tra variazione dei livelli di biomarker e cambiamenti dei sintomi depressivi non è risultata così intensa da permettere conclusioni su un loro utilizzo come indicatori di efficacia. La Proteina C-reattiva (CRP), per esempio, in uno studio prospettico è risultata associata ad un aumento di rischio di ospedalizzazione nella depressione. Alti livelli di CRP sono stati identificati come fattori di rischio indipendenti per l'esordio di patologia depressiva nel genere femminile. Livelli di CRP superiori a 3 mg/L risultano associati ad un rischio aumentato di 4 volte di ricorrenza di Depressione Maggiore negli uomini. In aggiunta una metanalisi di studi longitudinali ha osservato un'associazione tra livelli di CRP e rischio di sviluppare un primo episodio depressivo. Nei pazienti sofferenti di Depressione Maggiore sono stati riscontrati livelli significativamente elevati di tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) e Interleuchina-6. In soggetti affetti da patologia depressiva elevati livelli di IL-1 e IL-6 si sono rivelati positivamente associati ad una maggiore presenza di sintomi depressivi (5). In sintesi dati estremamente interessanti che sottolineano in modo chiaro un ruolo patogenetico di meccanismi infiammatori nella Depressione Maggiore. Come utilizzare nella clinica questi dati non è ancora chiaro.

Di grande interesse sono risultati alcuni studi legati al ruolo dell'epigenetica, cioè tutta quell'area di ricerca che approfondisce il ruolo tra l'ambiente e le modificazioni che questo induce sulla codifica e la traduzione del DNA. Emerge infatti come dato consistente l'influenza che fattori ambientali capaci di produrre modificazioni

nel centro di comando del neurone tramite una diretta azione sui sistemi di traduzione del materiale genetico producendo una significativa modulazione nel funzionamento del sistema nervoso centrale, capace di condurre l'individuo ad un migliore adattamento o precipitando una condizione di patologia psichica. Su questo argomento la maggior parte delle ricerche si sono soffermate su due meccanismi principali: le alterazioni nella metilazione del DNA e le modificazioni nell'espressione del mRNA ritenendo che queste abbiano un ruolo essenziale nell'espressione o nel mantenimento della patologia depressiva. Anche in questo caso la mole di dati, di per sé notevole, non ha ancora permesso una sintesi utilizzabile nella nostra pratica clinica. In una review molto ben condotta e pubblicata nel 2014 gli autori (2) concludono quanto segue: "With further understanding, epigenetic modifications may serve as potential biomarkers to improve diagnosis and better understand the pathophysiology of MDD."

In sintesi ci siamo vicini ma non è ancora giunto il momento.

Dati analoghi sono stati osservati nel Disturbo Bipolare, per esempio in una recente metanalisi sull'argomento gli autori hanno osservato che il brain-derived neurotrophic factor (BDNF) risulta diminuito e i pro-inflammatory markers (PIMs) sono aumentati nel Disturbo Bipolare. Dati consistenti suggeriscono che questi indici subiscano variazioni in sincronia con le fasi depressive e maniacali e che possano cambiare nel corso del tempo ed in risposta ai trattamenti. Ma ancora una volta gli autori confermano la scarsa utilità dal punto di vista clinico di queste conoscenze giungendo a concludere che ulteriori studi risultano necessari per determinare se BDNF e PIMs possano essere considerati utili nel valutare il trattamento e la prevenzione di recidive nel Disturbo Bipolare (Golstein & Young 2013).

## QUALE RICADUTA DI QUESTI DATI DI RICERCA SULLA CLINICA PSICHIATRICA?

La aree di ricerca sui markers biologici sono state numerose in questi anni. Nella patologia schizofrenica per esempio si sono molto concentrate sul concetto di endofenotipo. Un biomarker si qualifica come un endofenotipo se risulta ereditabile, correlato ad un carattere stabile del soggetto (trait-related) e associato alla patologia in esame. È apparso più utile dal punto di vista concettuale identificare gli endofenotipi non come biomarkers ma come fenotipi intermedi presenti in specifici individui che presentano un rischio incrementato di sviluppare schizofrenia (SZ), pur non essendone affetti e che presentano uno o più dei suoi biomarkers. Per esempio nelle famiglie con un membro affetto da SZ si osserva un aumento di prevalenza di tratti endofenotipici del disturbo. È evidente che tali conoscenze permetterebbero, se utilizzabili, di identificare la patologia prima dell'esordio "comportamentale" cioè in una fase in cui il Disturbo procede dal punto di vista patogenetico ma ancora non si manifesta con comportamenti o sintomi attivi. Ciò permetterebbe di avviare trattamenti in fase decisamente precoce, portando, auspicabilmente a vantaggi enormi in termini di esito. Più semplicemente tali markers potrebbero anche essere degli indicatori estremamente precisi di andamento permettendoci di evitare recidive tramite correzioni trattamentali molto precoci. Per fare un esempio da altre discipline, il monitoraggio dell'emoglobina glicata e della glicemia permette di monitorare l'andamento della malattia diabetica senza attendere per intervenire neuropatie periferiche, sofferenze renali, ischemie retiniche o altro ancora. Senza entrare nel dettaglio dei lavori proposti, compito che necessiterebbe di una amplissima trattazione, possiamo concludere che i risultati pur provenienti da ambiti diversi (neuroimaging, misurazioni di performance cognitive, studi genetici e markers laboratoristici) convergono nel definire delle dimensioni di danno nella patologia schizofrenica presenti

in modo variabile nei soggetti affetti da questa malattia ma presenti, pur con gradiente diverso anche in altre patologie. Sostanzialmente il deficit cognitivo, la sintomatologia negativa, quella positiva e quella affettiva sono espresse come una dimensione con ampie sovrapposizioni con il Ritardo Mentale, l'Autismo ed il Disturbo Bipolare. In modo non casuale questo corpo di conoscenze biologiche della patologia mentale, sempre più approfondito e specifico, ma sempre più sfuggente rispetto ad un immediata ricaduta clinica da utilizzare nello studio dello psichiatra, si è prodotto contestualmente all'osservazione che il peso della patologia mentale nella società contemporanea sembra assumere sempre maggiore rilevanza.

Lo studio Global Burden of Disease (GBD), utilizzando dati raccolti tra il 1990 e il 2013, conduce una sistematica analisi di prevalenza, incidenza, remissione, durata ed eccesso di mortalità per 289 cause di disabilità e 1160 sequele. I dati provengono da pubblicazioni scientifiche, registri, studi di coorte e altre survey. Nel 2010 sono stati stimati 777 milioni di years lived with disability (YLDs) per tutte le condizioni patologiche esplorate. Dati in aumento del 33% rispetto ai 583 milioni osservati nel 1990. Le patologie più rilevanti per questa tipologia di problematica risultano i Disturbi Mentali e del Comportamento, il Diabete e le patologie endocrinologiche. Le maggiori cause di disabilità per singola patologia sono rimaste sostanzialmente invariate dal 1990 ad oggi: Low back pain, Depressione Maggiore, anemia da deficit di ferro, dolore cervicale, BPCO, Disturbi d'Ansia, Cefalea, Diabete e Esiti di Caduta. Come si osserva la patologia mentale è ampiamente rappresentata nelle cause di disabilità e oltretutto coinvolge una fascia di età particolarmente giovane rispetto al resto della medicina. In sintesi l'urgenza di proporre modelli di comprensione e di intervento definiti secondo ipotesi biologicamente affini al resto della medicina risulta una richiesta sempre più pressante.

## NUOVI MODELLI DI LETTURA DEL FENOMENO.

Con sempre maggiore intensità è sentita la necessità di integrare i modelli clinici attualmente prevalenti con l'enorme quantità di dati della ricerca. È infatti ampiamente condiviso l'enorme vantaggio prodotto dai progressi della medicina nel corso degli ultimi 30/40 anni misurato in termini di aumento dell'aspettativa di vita e riduzione di mortalità per le singole patologie. Per fare un esempio, la morte per patologia cardiaca è aumentata stabilmente dal 1950 al 1968 in tutta l'area atlantica. Proiettando i dati di mortalità per tale patologia, assunta come stabile nel tempo, nel 2007 erano attesi 1,8 milioni di morti per evento cardiovascolare negli US.

In realtà la rapida progressione della ricerca su prevenzione e trattamento ha ridotto questo numero a circa ¼. In sintesi circa 1,1 milioni di persone nel 2007 hanno evitato una morte attesa per evento cardiovascolare grazie ai progressi della medicina. Tutto ciò è avvenuto in modo analogo per molte altre specialità mediche con la vistosa eccezione della psichiatria. In un interessante commento sulla rivista *World Psychiatric*, Bruce Cuthbert, acting director del National Institute of Mental Health così discute dei mancati successi della disciplina psichiatrica:

“By contrast, mortality has not decreased for any mental illness, prevalence rates are similarly unchanged, there are no clinical tests for diagnosis, detection of disorders is delayed well beyond generally accepted onset of pathology, and there are no well-developed preventive interventions”.

Ovviamente il commento è impietoso ma un commento si può fare da un altro punto di vista. Circa 100 anni fa esistevano nel mondo 3 grandi sistemi di ricovero e assistenza per persone con patologie non trattabili, i sanatori per la TBC, i lebbrosari per la Lebbra e i manicomî per la patologia mentale. Oggi i primi due sono

di fatto scomparsi. Per la patologia mentale è cambiato molto ma strutture di assistenza rimangono diffuse in quasi tutti i paesi.

A ciò si aggiunge che molti ricercatori hanno osservato come le attuali diagnosi in psichiatria, rappresentate dai sistemi classificativi in uso (ICD e DSM), presentano una scarsa validità interna e risulta spesso in contrasto con le evidenze provenienti da studi di genetica o di neuroscienze.

Risulta così molto complesso traslare i risultati della ricerca di base, condotta su modelli animali e umani in un sistematico costrutto esplicativo della patologia psichica e dei trattamenti proposti. Nonostante tali criticità i modelli classificativi attuali sono gli standard per chiedere grant di ricerca finalizzati ad identificare ipotesi eziopatogenetiche e di intervento, creando un circuito di alterazione conoscitiva capace di autoalimentarsi.

Ciò appare un condizionamento rilevante che rischia di inficiare l'utilità dei risultati raggiunti. In una recente pubblicazione un gruppo di ricercatori di Aziende Farmaceutiche hanno effettuato il seguente commento:

“On average, a marketed psychiatric drug is efficacious in approximately half of the patients who take it. One reason for this low response rate is the artificial grouping of heterogeneous syndromes with different pathophysiological mechanisms into one disorder [...] by increasing the mechanistic understanding of disease and matching the right treatments to the right patients, one could move from one-size-fits-all to targeted therapy and increase the benefit-risk ratio for patients.” (7).

Dunque una sindrome raggrupperebbe persone con malattie diverse e solo alcune di queste risponderebbero al trattamento in studio. Stabilire chi può beneficiare del trattamento e chi no permetterebbe una terapia personalizzata.

Secondo diversi autori l'obiettivo non dovrebbe più

essere quello di identificare la cura della schizofrenia ma proporre modalità di intervento su soggetti che presentano uno specifico pattern biologico di danno e che presentano una sintomatologia ascrivibile, almeno in parte, a ciò che noi definiamo schizofrenia (o qualunque altra sindrome psichiatrica). Ovviamente un cambio di framework notevole. Per fare un esempio proveniente da altre discipline dovremmo pensare a un farmaco come l'Ivacaftor: è stato approvato dalla Food and Drug Administration, è una molecola efficace nel trattare solo i pazienti con fibrosi cistica che hanno una specifica mutazione di uno specifico gene regolatore. Solo il 4% dei pazienti con fibrosi cistica hanno questa mutazione. Per loro il farmaco è altamente efficace correggendo l'azione della proteina malfunzionante, per tutti gli altri è del tutto inutile.

## **IL RESEARCH DOMAIN CRITERIA PROJECT: UN MODELLO DI INDAGINE INNOVATIVO?**

Proprio per affrontare queste criticità il National Institute of Mental Health (NIMH) ha istituito il Research Domain Criteria (RDoC) project all'inizio del 2009. Codificato come sistema di classificazione per la ricerca, diverge marcatamente dai due maggiori sistemi di classificazione attualmente in uso (ICD/DSM) per diversi aspetti. Gli obiettivi proposti con questo nuovo sistema di indagine della patologia mentale sono rilevanti:

- Identificare i fondamentali componenti comportamentali sintomatologici presenti nei diversi disturbi psichiatrici.
- Determinarne il range completo di variazione dal normale al patologico
- Sviluppare misure valide e utili di tali fenomeni.
- Integrare tali risultati con i dati genetici, neurobiologici e clinici attualmente disponibili.

Le distinzioni tra RDoC e DSM/ICD possono essere

raccolte in 7 aspetti essenziali che raccolgono differenze sia concettuali che pratiche:

1. L'approccio incorpora forti aspetti di ricerca traslazionale. Rispetto ad un modello con definizioni dei disturbi basati sui sintomi e indirizzati ad una valutazione dei modelli fisiologici sottostanti RDoC utilizza le scienze di base, la genetica e altre aree delle neuroscienze come punto di partenza. Il disturbo viene inteso come condizione di alterazione del funzionamento fisiologico di un sistema.
2. RDoC prevede un esplicito approccio dimensionale alla psicopatologia, studia 'full range of variation, from normal to abnormal.' In alcuni casi solo una direzione della dimensione esplorata può rappresentare un elemento patologico (memoria). Spesso entrambi gli estremi risultano patologici, per esempio una totale assenza di paura con comportamenti aggressivi e all'opposto un eccesso che blocca qualsiasi comportamento di reward-seeking.
3. Necessità di sviluppare scale dotate di sufficiente sensibilità sulla dimensione esplorata, capace di definirne una misura sia nei soggetti malati (utilizzo nella clinica) che nella popolazione generale (utilizzo nella prevenzione).
4. Non verranno selezionati i soggetti sulla base di modelli nosografici tradizionali ma su dimensioni specifiche. Si valuteranno studi su working memory o su fear potentiated-startle come variabili indipendenti. Neuroimaging di specifiche aree cerebrali, valutazioni rilevanti sul funzionamento o associazioni a geni candidati saranno le variabili dipendenti.
5. Il sistema è inteso per produrre una struttura che dia peso uguale alle funzioni comportamentali e ai circuiti neuronali (e agli aspetti costitutivi cellulari e genetici) piuttosto che ad un modello primariamente comportamentale o di tipo neuroscientifico
6. Il progetto RDoC è pensato (nella fase iniziale in

particolare) per concentrare la ricerca sui costrutti in cui ci siano solide evidenze che possano costruire una piattaforma per la prosecuzione del progetto.

7. Ogni cambiamento nei criteri dei sistemi DSM o ICD produce un rilevante effetto in termini di prevalenza, in possibili rimborsi assicurativi e coperture, in questioni giuridiche di responsabilità e nella regolazione della definizione di disabilità. Come classificazione sperimentale RDoC non ha e non deve avere nessun riscontro su questi aspetti.

(1)

Ovviamente si tratta di un progetto fortemente innovativo che ha suscitato numerosi entusiasmi ma anche aperte critiche. Queste si sono concentrate sostanzialmente su alcuni punti chiave. Il primo è quello dell'innovatività, già Kaepelin scriveva nel 1920 quanto fosse importante superare un sistema ordinativo della patologia psichiatrica per giungere ad una comprensione più soddisfacente della struttura essenziale delle singole condizioni patologiche. Insomma il desiderio di utilizzare un modello eziopatogenetico per la definizione delle patologie psichiatriche è sempre esistito.

Secondo altri autori se il RDoC ha il presupposto di divenire un nuovo sistema diagnostico ha l'obbligo di provare a rispondere a due questioni ineludibili:

- Predire il decorso naturale del disturbo
- Predire il più appropriato trattamento al disturbo

Se questi sono gli scopi alcuni autori non vedono la sostanziale novità rispetto al sistema ICD/DSM già esistenti.

Altre criticità emergerebbero dall'assunto che una dimensione sintomatologica è biologicamente identica se osservata nei soggetti con schizofrenia, con altre diagnosi o nella popolazione generale. Per tale motivo è scopo del RDoC studiarne l'espressione nel range completo della sua presenza secondo una modalità puramente dimen-

sionale. Secondo diversi autori la malattia si caratterizza per la comparsa di un fenomeno autenticamente nuovo e sostanzialmente diverso da ciò che si può osservare nella popolazione generale, per esempio la sintomatologia negativa del soggetto con schizofrenia non appartiene alla stessa scala della pigrizia osservabile in alcuni adolescenti. I due fenomeni sarebbero biologicamente non correlati.

Ancora, molti ricercatori hanno osservato che il costruito del RDoC manca di una corretta analisi della dimensione del tempo, aspetto fondamentale nel percorso diagnostico sia nella dimensione classificativa (DSM-5/ICD 10) che nella pratica clinica che spesso costringe ad osservare quadri ossessivo-compulsivi trasformarsi nel tempo in quadri psicotici, quadri clinici diagnosticati come schizofrenici nelle prime fasi del disturbo vengono poi riconsiderato come Disturbo Bipolare. Infine secondo altri la relazione tra il costruito del progetto RDoC e la realtà clinica resta ambiguo. Il paziente che entra nello studio dello psichiatra con il suo fenotipo e non con genotipo e biomarkers. È improbabile che dare un valore biologico alle sue difficoltà permetta di evitare la necessità di un approccio inizialmente fenomenologico e di proporre un inquadramento diagnostico basato su definizioni sindromiche a cui potranno poi seguire analisi di laboratorio che possano migliorare la specificità dei piani di trattamento. Per tale motivo autori suggeriscono che l'approccio categoriale e l'approccio dimensionale continueranno a coesistere come due facce della stessa medaglia ricordando il dualismo del paradigma ondaparticella della fisica.

## CONCLUSIONI

Per concludere questa breve riflessione possiamo sottolineare alcuni aspetti.

Il primo riguarda sicuramente la progressione delle conoscenze biologiche in materia di psichiatria a cui abbiamo assistito e a cui stiamo continuando a partecipare

ed assistere. È sconvolgente il cambio di sensibilità, di paradigma culturale con cui noi e i nostri colleghi affrontiamo questi aspetti.. La possibilità di riconoscere una corporeità alla patologia psichica sta portando al consolidamento di buone pratiche cliniche nei servizi, esami di laboratorio, indagini diagnostiche sul corpo e sul sistema nervoso centrale sono un patrimonio in via di completa acquisizione. La messe di conoscenze in merito alle ipotesi relative alla patogenesi delle malattie psichiatriche spinge con sempre maggiore forza alla necessità di aggiornarsi e di riabituarti come disciplina a occuparci anche della fisicità della malattia. In qualche modo stiamo arrivando preparati ad una sfida di cambiamento che appare sempre più prossima nel nostro orizzonte professionale.

Il secondo aspetto è che, ad oggi, è mancata una ricaduta concreta nella realtà clinica di tutti i giorni di questi dati provenienti dalla ricerca, la capacità traslazionale di queste conoscenze è risultata inaccettabilmente modesta sia nella dimensione diagnostica che in quella terapeutica. Questo risultato è ancora più grave se si considerano i dati epidemiologici che con sempre maggiore chiarezza indicano l'emerga della salute mentale come elemento critico di salute pubblica in termini di disabilità e costi.

Dunque sono benvenuti nuovi approcci e modelli (come RDoC), essi sono una sfida che può costruire un ponte tra ricerca e clinica e dunque creare risultati realmente utili al clinico e dunque al paziente sofferente di patologie psichiatriche. Questo nuovo approccio dimensionale potrebbe fornire stimoli interessanti e utili per quanto diversi autori sottolineino come alla luce della sua complessità la patologia psichiatrica non sembra poter fare a meno di un approccio fenomenologico e categoriale. Di sicuro queste affascinanti e stimolanti sfide provenienti dal mondo della ricerca sull'area della patologia psichica rendono necessario che le competenze dello psichiatra siano essere sempre aggiornate per permettere un esercizio della clinica sempre più soddisfacente.

\*ASST Fatebenefratelli Sacco Milano

Riferimento mail: giancarlo.cerveri@gmail.com

## BIBLIOGRAFIA

1. Cuthbert B.N., *The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology*. World Psychiatry 2014; 13:28-35
2. Dalton V.S., Kolshus E., McLoughlin D.M., *Epigenetics and depression: return of the repressed*. J Affect Disord 2014; 155:1-12.
3. GBD 2013. *Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*. The Lancet 2013 vol 386 n. 9995: 743-800.
4. Goldstein B.I., Young L.T., *Toward clinically applicable biomarkers in bipolar disorders: focus on BDNF, inflammatory markers and endothelial function*. Curr Psychiatry Rep 2013;15(425): 1-7.
5. Lopresti A.L., Maker G.L., Drummund P.D., *A review of peripheral biomarkers in major depression: the potential of inflammatory and oxidative stress biomarkers*. Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry 2014; 48:102-111.
6. Niciu M.J., Mathews D.C., Nugent A.C., Ionescu D.F., Furey M.L., Richards E.M., et al. *Developing biomarkers in mood disorders research through the use of rapidly-acting antidepressants*. Depress Anxiety 2014; 31: 297-307.
7. Wong E.H.F., Yocca F., Smith M.A., Lee C-M., *Challenges and opportunities for drug discovery in psychiatric disorders: the drug hunters' perspective*. Int J Neuropsychopharm 2010, 13: 1269-1284.

# SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA



## Attività 2015 in un DSM di Milano per la fascia d'età 14-24 anni

*Prima analisi dei dati socio-demografici e clinico-organizzativi*

*Giorgio De Isabella<sup>1</sup>, Caterina Galbiati<sup>2</sup>,  
Giuseppe Biffi<sup>3</sup>*

Negli ultimi anni, nell'UOC di Psicologia Clinica dell'AO "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano le attività cliniche di tipo preventivo, valutativo, terapeutico e riabilitativo, sono state pensate e organizzate principalmente sulla base di fasce d'età, indipendentemente dalle aree diagnostiche considerate. La divisione per cicli di vita cui sono destinati gli interventi ambulatoriali e nei reparti di degenza, è così articolata: dalla nascita ai 13 anni, dai 14 ai 24 anni, dai 25 anni ai 59 anni e oltre i 60 anni.

L'intervento sulla fascia 14-24 anni copre un'area anagrafica che prevede l'azione delle tre componenti del Dipartimento di Salute Mentale: l'UOS di Neuropsichiatria Infantile, l'UOC di Psichiatria Adulti e l'UOC di Psicologia Clinica che coprono, oltre a una parte di Milano, anche la zona di Corsico.

### 1. STRUTTURA E FUNZIONAMENTO DELL'AREA GIOVANILE

All'interno dell'UOC di Psicologia Clinica si svolgono differenti azioni dirette ai giovani con età compresa tra i 14 e i 24 anni: due Programmi Innovativi (PI) assegnati nel 2012 dalla Regione Lombardia dedicati agli interventi

precoci nella sofferenza psicologica, uno per l'area di Milano (TR86) e uno per quella del distretto di Corsico (TR43); interventi rivolti alla popolazione giovanile (14-25 anni) di tutta la Lombardia, sottoposta a procedimento penale, sia ai costretti in carcere (Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria"), sia a quelli impegnati in percorsi alternativi; valutazioni in area neuropsicologica.

Nel corso del 2015 (*Fig. 1*) si sono contati 92 nuovi ingressi nel PI di Milano cui ci riferiremo nel testo (su un totale di 115 pazienti ad esso in carico), 123 nuovi ingressi nell'area Penale Minorile (su un totale di 283 pazienti in carico) e 7 ingressi in UOC di Psicologia Clinica (per valutazioni neuropsicologiche). Aggiungendo i dati del TR43 (Corsico), nel complesso, l'UO di Psicologia nell'anno 2015 ha accolto 462 pazienti tra i 14 e i 24 anni.

In questo scritto, vengono analizzati i dati di attività nell'anno 2015 del PI TR86 "Riconoscimento e trattamento dei disturbi psicologici in adolescenti e giovani adulti", che ha conosciuto tre cicli di attività: il primo nel 2012-2013, il secondo nel 2014 (inizio attività 04/07/2014) e il terzo nel 2015 (inizio attività 01/03/2015). Nel corso di questi tre cicli vi è stata una continua evoluzione verso un assetto di tipo "generalista" di "primo livello": il PI si occupa di riconoscere attraverso attività valutativa condizioni di rischio o di esordio di tutte le condizioni psicopatologiche, sia nei giovani al primo contatto con le strutture sanitarie sia in quelli inviati da chi li ha già in cura.

#### 1.1. Operatori e bacino di utenza

Gli operatori dedicati al PI sono consulenti psicologi e

psicologi-psicoterapeuti, e psicologi dirigenti dell'UOC di Psicologia Clinica (Responsabile Scientifica del PI) con la collaborazione secondo protocolli specifici con la UOC di Psichiatria e la UOS di Neuropsichiatria Infantile del DSM. La sede degli interventi ambulatoriali è l'ospedale.

Il bacino di utenza è, oltre l'area del DSM del Presidio Ospedaliero San Carlo (Zone 6 e 7 del decentramento comunale), esteso a tutta la città di Milano. Il Comune di Milano, al 31.12.2014 conta una popolazione totale di 1.337.155 cittadini (dato Istat); le zone 6 e 7, contano un totale di 319.560 persone, di cui 29.878 tra i 15 e i 24 anni (dato stimato a partire da quelli del Comune di Milano, suddivisi per fasce dai 15 ai 18 anni e i 20 e i 39 anni).

### 1.2. Criteri di inclusione ed esclusione

Pur essendo il PI dedicato agli esordi di pazienti al loro primo contatto con i servizi di cura vengono anche accettati giovani che hanno avuto precedenti rapporti con le strutture della salute mentale purché tali contatti abbiano riguardato solo una fase valutativa e un breve periodo di trattamento (ovvero con contatti con solo un

operatore e struttura).

Su 92 nuovi casi nel 2015, 22 (24%) hanno avuto un precedente rapporto con le strutture della Salute Mentale (Psichiatria Minori o Psichiatria Adulti).

Non rientrano inoltre nell'attività valutativa del PI pazienti con Ritardo Mentale di Media Gravità o più Grave (QI < 49) e quelli Diagnosi primaria di Dipendenza da sostanze.

### 1.3. Flussi di ingresso

All'attivazione dei PI è stato comunicato a tutte le strutture del DSM e ai reparti dell'Ospedale San Carlo di inviare tutti i giovani tra i 14-24 anni con necessità di valutazione e intervento psicologico che, al momento del contatto con tali strutture, rispondessero ai suddetti criteri di inclusione al PI.

A tale scopo sono state quindi individuate diverse fonti di ingresso dei giovani al PI, sia interne all'Ospedale, sia esterne. Dall'interno i pazienti potevano essere segnalati da altre strutture del DSM (Psichiatria Minori, Psichiatria Adulti, Psicologia clinica), da altri reparti ospedalieri,

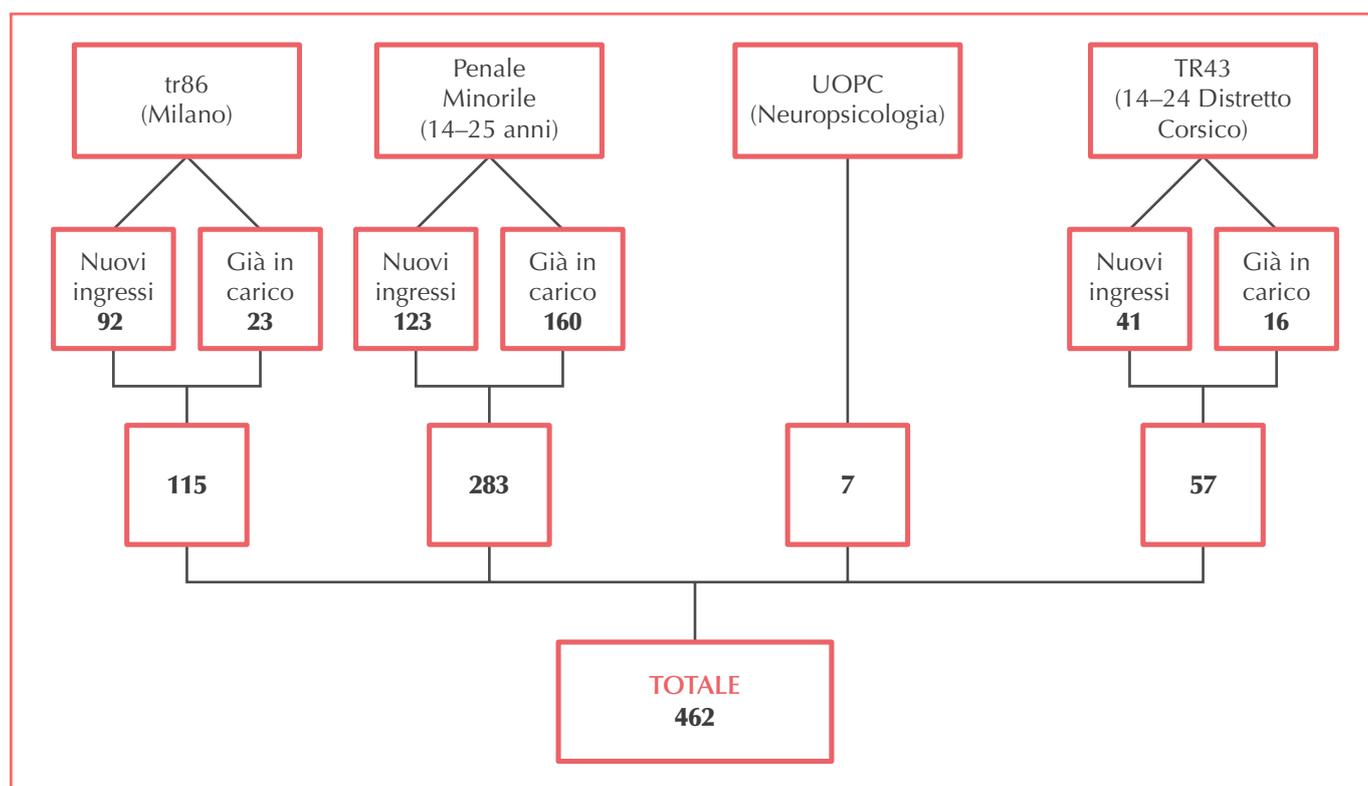


Figura 1 - Pazienti con età tra i 14 e i 24 anni in carico nel 2015 all'UO di Psicologia del DSM

---

come Pediatria, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Pronto Soccorso adulti, pediatrico, psichiatrico, Medicina e dall'UO di Dietologia.

Le fonti di ingresso esterne sono tuttora l'accesso diretto tramite presentazione diretta, oppure le segnalazioni dai Servizi Sociali Comunali, dai colleghi psicologi dedicati all'Ufficio Servizi Sociali Minorenni e all'Istituto Penale Minorile, dai servizi ASL per le dipendenze e consultoriali.

Nel corso degli anni sono state svolte diverse azioni di coinvolgimento dei partner finalizzate all'attivazione delle segnalazioni, sia all'interno che all'esterno del DSM. Nel primo ciclo del PI (2012-2013) sono stati organizzati riunioni con gli operatori del DSM di presentazione e aggiornamento delle attività del PI, incontri annuali programmati con Direttori e Responsabili delle UO interessate, comprese quelle del DSM. Inoltre sono state svolti incontri con rappresentanti di SerT (ASL), Servizio sociali (Comune), Scuole superiori.

#### **1.4. Rete informativa e di collaborazione**

Per formalizzare e sviluppare la rete di collaborazione sia interne che esterne del PI è avvenuta la stesura di protocolli operativi. Già dal 2012 sono stati quindi firmati accordi con Psichiatria adulti (Day Hospital, Pronto Soccorso e Progetto Autonomia finanziato dal Comune di Milano), Psicologia clinica (Ambulatori e Penale minorile), Psichiatria minori, Pronto soccorso, Pediatria, Dietologia, Medicina generale, con l'obiettivo di formalizzare le segnalazioni al PI e agevolare i rapporti tra le parti. Nella rete esterna è stato firmato un accordo operativo con la scuola civica "Polo Manzoni", che si occupa di giovani con una storia di fallimenti scolastici.

Inoltre, per alimentare gli invii spontanei è stata creata nel 2013 una pagina Facebook, aggiornata periodicamente con contenuti semplici e dal linguaggio più vicino alla fascia d'età a cui è rivolta, sui temi della sofferenza e del disagio in età adolescenziale.

A partire dal 2015 si è lavorato nella direzione di creare reti di collaborazione con altri servizi del territorio

milanese, PI e non, in modo da agevolare il passaggio dei pazienti verso i servizi più specifici secondo la patologia specifica. Sono stati firmati quindi protocolli di intesa con il PI "Scintille" dell'AO "L. Sacco", rivolto al trattamento del disturbo borderline di personalità, e con il Programma 2000 dell'AO "Niguarda Cà Grandà", che si occupa di esordi psicotici, sottoscritti dai Direttori delle UO titolari dei progetti (UO Psicologia Clinica del San Carlo e UO di Psichiatria delle AO di Niguarda e e del Sacco). Tali accordi prevedono una collaborazione bidirezionale: il PI del San Carlo può inviare soggetti valutati come particolarmente gravi e complessi che corrispondono ai criteri di inclusione dei PI di Niguarda e Sacco, e si offre disponibile per la presa in carico di giovani pazienti che con diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo. Sono stati avviati contatti per la definizione di accordi per i giovani che si rivolgono ai consultori con il Dipartimento ASSI dell'AST di Milano (Consultori).

#### **1.5. Cenni di valutazione e trattamento**

Essendo un programma di primo accesso, l'accuratezza della diagnosi si basa su un percorso di valutazione standardizzato che prevede quattro colloqui clinici e la somministrazione di una batteria testistica: Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Beck Depression Inventory (BDI II), State-Trait Anxiety Inventory (STAI Y-1 Y-2), Resilience Process Questionnaire (RPQ), ed un possibile approfondimento diagnostico con test specifici: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID II), Eating Disorder Inventory III (EDI III).

Al termine del percorso psicodiagnostico viene formulata la diagnosi categoriale affiancata dalla diagnosi dimensionale che porta alla definizione di un programma individualizzato di trattamento, che può essere attuato in modo modularizzato: intervento individuale, interventi di gruppo (psicoeducativo, skills training) suddivisi su due fasce d'età, 14-17 e 18-24 e interventi familiari.

Benché la presentazione del trattamento sia estraneo agli scopi del presente testo - ma rintracciabili nei testi di Biffi, De Isabella, 2013 (1) e De Isabella et al, 2015 (2) -, va segnalato che, per quanto riguarda il coinvolgimento degli adulti, con i pazienti minorenni, viene attuato almeno un colloquio iniziale con i genitori e un colloquio di restituzione al termine del percorso di valutazione cui seguono, durante il trattamento, se concordati, colloqui periodici di aggiornamento/monitoraggio. Anche nel caso dei pazienti maggiorenni si attuano se ritenuto necessario e autorizzato dal giovane, colloqui con i genitori.

Nel caso di pazienti che necessitano di un intervento farmacologico, il PI si avvale di consulenze psichiatriche, laddove lo psicologo titolare del caso lo ritenga necessario, da parte di una psichiatra dell'UOC di Psichiatria del DSM. Se un paziente invece è inviato dal CPS dove è già seguito con terapia farmacologica, continua a fare riferimento al medesimo CPS.

## 2. ANALISI DEI DATI 2015

Il periodo di osservazione fa riferimento all'attività del PI nel 2015, dal 01 Marzo 2015 al 31 Dicembre 2015 (10 mesi). Le fonti dei dati sono le banche dati della Psichiatria adulti (PSICHE), la Psichiatria minori e il sistema di raccolta dati interno alla UO di Psicologia Clinica (PsicoData).

### 2.1. Tipologia dell'utenza

Nel 2015 hanno avuto contatto con il PI 115 pazienti, di cui 92 nuovi casi.

Su 92 pazienti che hanno avuto il primo accesso nel 2015, due terzi (56) sono di genere femminile e il restante (36) di genere maschile. Per quanto riguarda la distribuzione per età, la moda è il 15° anno. La provenienza dei pazienti è dell'83,7% dalle zone servite dal DSM dell'AO San Carlo (77 pazienti) e il 16,3% da altre zone (14 pazienti). Anche osservando la totalità dei pazienti (115) che hanno avuto almeno un contatto ambulatoriale nello stesso periodo, il rapporto tra maschi e femmine

viene conservato: 70 sono femmine (61%) e 45 maschi (39%). Lo stesso gruppo di pazienti proviene per l'85% dalle zone servite dal DSM dell'Ospedale San Carlo (98 pazienti) e il 15% da altre zone (17 pazienti).

### 2.2. Tempi di attesa del primo contatto

L'attesa tra il primo contatto e primo colloquio è di circa 14 giorni per i pazienti che accedono ambulatorialmente; mentre l'attesa per i pazienti che accedono su segnalazione dei reparti o PS è di sette giorni, a partire dalla data in cui viene effettuata la consulenza.

### 2.3. Dati di flusso d'ingresso di pazienti e accesso

Il PI ha visto in media nove nuovi ingressi al mese.

Oltre agli ingressi nel PI attraverso autopresentazioni e invii da strutture interne ed esterne al DSM, sono state effettuate da consulenti del PI, nel corso del periodo considerato, 14 consulenze in reparti o in Pronto Soccorso (PS) pediatrico o degli adulti; di queste, sei (una da PS Pediatrico, quattro da Pediatria, una da SPDC) sono esitate in una presa in carico al PI.

Nel corso del 2015 quindi, il PI è entrato globalmente in contatto con 123 soggetti, ovvero, oltre ai 115 in carico al PI ad altri 8 in contatto attraverso le consulenze in reparto e PS.

### 2.4. Nuovi ingressi e valutazione

Oltre a quanto indicato nel paragrafo precedente, dei 92 soggetti entrati per la prima volta nel PI, 67 hanno concluso la valutazione, 8 proseguono la valutazione nel 2016 e 17 hanno abbandonato il percorso durante la valutazione (*Fig. 2*).

### 2.5. Popolazione attesa e popolazione giunta

Solo una parte dei pazienti che per i quali poteva essere indicato l'accesso al PI sono giunti effettivamente ad esso.

Considerando i giovani che hanno avuto un primo contatto con strutture Psichiatria adulti nel periodo considerato si nota che, nel corso del 2015, 11 di essi

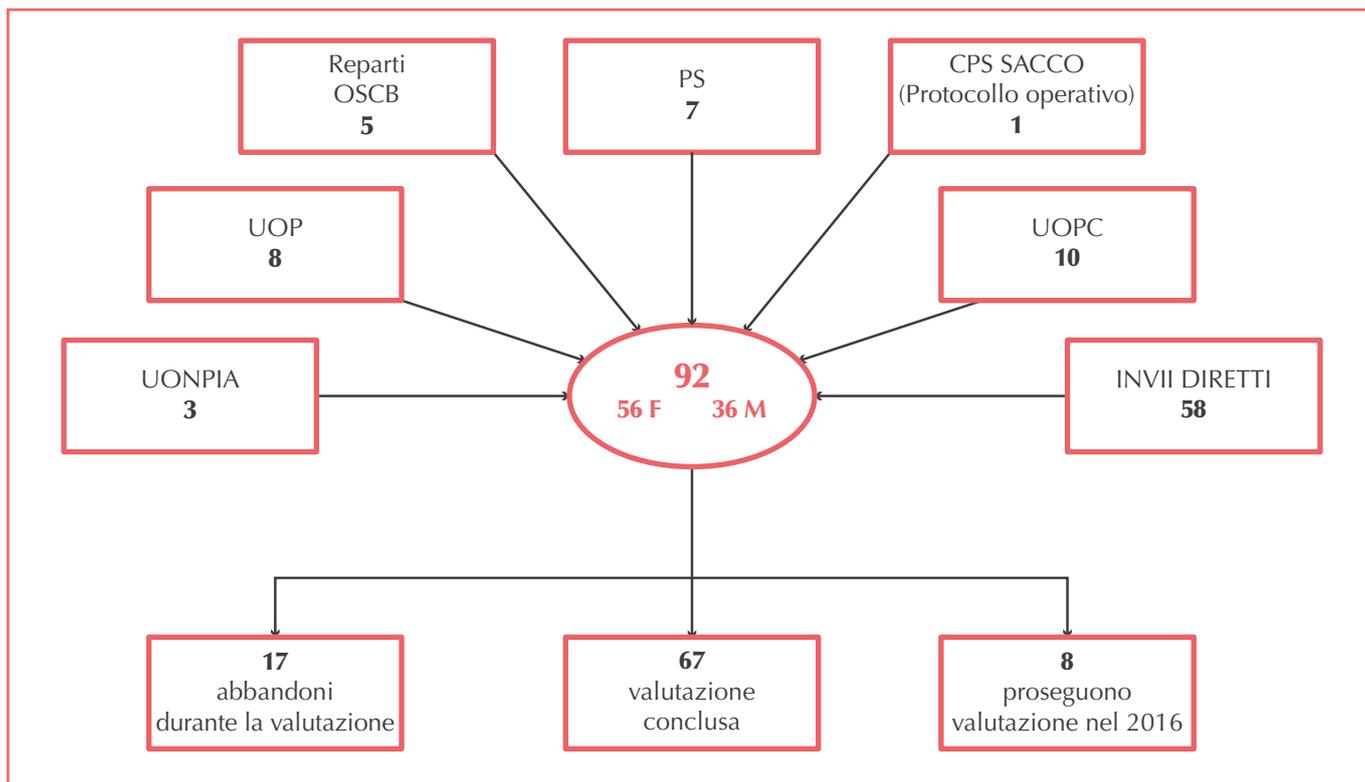


Figura 2 - Nuovi ingressi nel PI nel 2015: invii e valutazione

sono stati inviati, mentre 18, nonostante una diagnosi appropriata, non sono giunti. Guardando al 2014, e confrontando i dati dei due secondi semestri, è possibile notare che il dato è comunque in lieve miglioramento, sia dal punto di vista degli invii appropriati, sia degli invii “mancati”: infatti nel secondo semestre 2014 si contano 6 invii appropriati e 11 invii mancanti, mentre nel secondo semestre 2015 9 invii appropriati e 8 invii mancanti.

Considerando gli adolescenti tra i 14 e i 17 anni che hanno avuto primo contatto con l’UO di Neuropsichiatria Infantile nel periodo considerato, nel corso del 2015 sono arrivati al PI due pazienti che hanno avuto un primo contatto con la UONPIA, mentre 23 con diagnosi appropriata, non sono giunti al PI.

## 2.6. Tipologia diagnostica e struttura autrice del trattamento

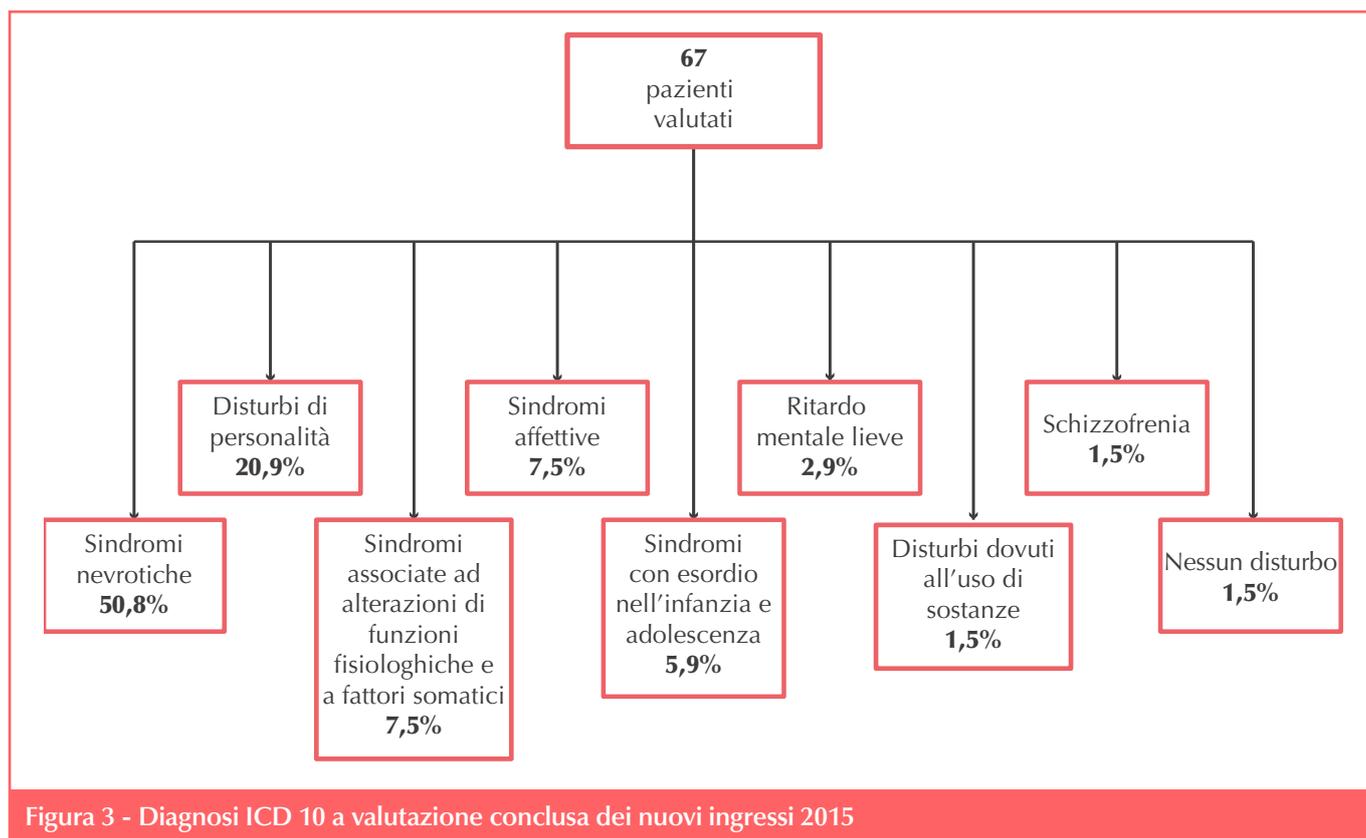
Nel corso del 2015, dei 92 nuovi ingressi sono stati valutati 67 giovani (Fig. 2). Gli esiti del percorso psicodiagnostico si distribuiscono in ordine percentualmente decrescente (Fig. 3) da cui risulta che una quota elevata - l’86,7% -

manifesta, secondo la classificazione diagnostica ICD 10, Sindromi nevrotiche, Disturbi di personalità, Sindromi associate ad alterazione di funzioni fisiologiche e a fattori somatici, Sindromi affettive, la restante esigua percentuale manifesta Sindromi con esordi nell’infanzia e nell’adolescenza, Ritardo mentale lieve, Schizofrenia, Disturbi dovuti all’uso di sostanze, nessun disturbo psichiatrico.

Anche considerando la totalità dei pazienti in carico nello stesso periodo, si può notare che il 90% dei soggetti manifesta una sintomatologia che ricade nelle stesse categorie diagnostiche riconducibili a disturbi d’ansia, depressivi, di personalità e alimentari.

Va segnalato, per quanto riguarda l’uso di sostanze, dei 115 pazienti in carico nel periodo considerato, 16 hanno dichiarato di fare un uso saltuario di cannabis (14%)

Al termine del percorso di valutazione, in base alla diagnosi e ai criteri di inclusione/esclusione e ai rapporti stabiliti attraverso i protocolli operativi, i pazienti sono stati inseriti nel PI o inviati ad altre strutture (Fig. 4)



### 2.7. Drop out e esiti di trattamento

Nel corso del 2015 si hanno abbandonato durante la valutazione 20 pazienti su 92, 5 durante il trattamento.

Nel corso del 2015 dei 74 pazienti in carico (51 nuovi e 23 già in carico), i pazienti con terapia farmacologica sono 12 (16,2%), di cui 6 seguiti dallo psichiatra del CPS, 4 con consulenza dal reparto e 2 seguiti privatamente.

La valutazione degli esiti è stata trattata precedentemente (3).

### 3. COMMENTI FINALI

La prima valutazione dei dati evidenzia che l'introduzione di percorsi innovativi nella risposta dei servizi ai bisogni di salute mentale destinati ai giovani - basata sulla disponibilità di una rete d'invio e di collaborazione - consente di giungere a una valutazione sostanzialmente positiva della percorribilità di un nuovo assetto dei servizi e, prima ancora, di una sua agevole fruibilità.

Il flusso di giovani è significativo a quanto la letteratura indica come prevalenza dei disturbi mentali (4). Inter-cetta infatti una quota significativa della popolazione

appartenente a una varietà di condizioni psicopatologiche estremamente ampia, la maggioranza delle quali si colloca in un medesimo ambito psicodiagnostico, significativamente vicino a quanto prevedibile e atteso sulla base dell'esperienza degli ultimi anni dei servizi di salute mentale della Lombardia.

Resta tuttavia da ampliare e consolidare il flusso verso il "nuovo servizio" dei nuovi utenti soprattutto quelli provenienti dell'area attualmente dedicata alla prima adolescenza.

Per quanto riguarda i pur frequenti, anche se non elevati, abbandoni, è possibile ipotizzare siano dovuti a mancanza di motivazione (invio su spinta dei genitori), coinvolgimento famiglia temuto (timore di mancanza di privacy), remissione spontanea successiva a fase acuta. Nella maggioranza si verifica nella fascia d'età più bassa (14-18 anni). Ciò rappresenta un ambito su cui concentrare l'impegno per migliorare in diverse direzioni l'offerta: una sede aggiuntiva/alternativa a quella attuale, ospedaliera; una maggiore sensibilità alle differenze individuali a cominciare da quelle di genere; altro ancora.

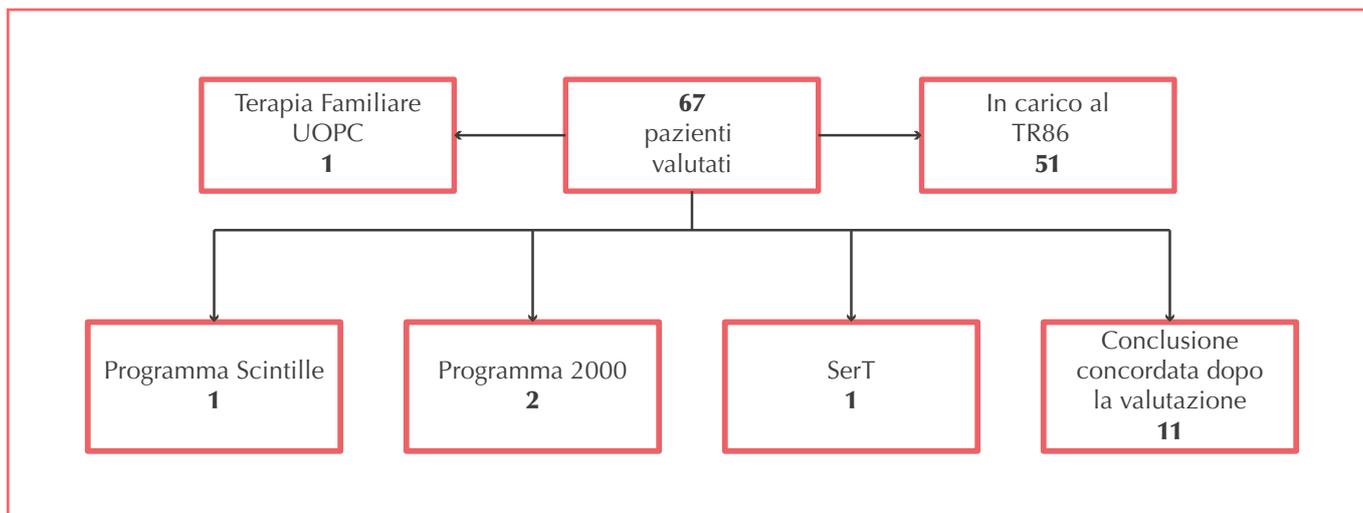


Figura 4 - Destinazione a valutazione conclusa dei nuovi ingressi nel 2015

Pur ritenendo indispensabile perseguire il miglioramento di qualità dell'offerta - anche sul piano terapeutico qui non esaminato -, sembrano soddisfatte le caratteristiche attese per un servizio di salute mentale dedicato ai giovani sia per accessibilità, sia per tempestività, coordinamento e completezza di risposta (5).

#### 4. CONCLUSIONI

Il percorso intrapreso è promettente e merita di essere proseguito ed esteso. Risulta, in particolare, evidente la necessità di incrementare l'attività di costruzione della rete oltre che individuare/precisare i bisogni clinici della fascia adolescenziale e dei giovani adulti.

L'avvio delle nuove ASST rappresenta l'occasione per una ulteriore messa a punto del sistema di risposte - preventive, di cura e di riabilitazione - dei bisogni di questa popolazione, coinvolgendo nuovi interlocutori territoriali (consultori, dipendenze etc), compresi quelle che trattano le disabilità lievi.

In questa direzione, fin da ora, va avviato il processo di integrazione dei PI in assetti inclusivi, non frammentati bensì sempre più integrati.

A ciò può contribuire l'istituzione in corso di attuazione di un Registro dei casi nell'ambito del coordinamento milanese dei PI dedicati ai giovani.

Parallelamente all'attuazione del processo delineato occorre quindi che - da subito - venga abbandonata la

propensione autoreferenziale e conservativa dell'attuale assetto dei servizi per la salute mentale per porsi in termini convintamente e definitivamente disponibile al cambiamento organizzativo.

(1) *Direttore UOC di Psicologia Clinica, "Ospedale San Carlo Borromeo", ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

(2) *Psicologo Consulente UOC di Psicologia Clinica, "Ospedale San Carlo Borromeo", ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

(3) *Direttore DSM "Ospedale San Carlo Borromeo", ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

Riferimento mail: [deisabella.giorgio@asst-santipaolocarlo.it](mailto:deisabella.giorgio@asst-santipaolocarlo.it)

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Biffi G., De Isabella G., *Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative*. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013
2. De Isabella G., Di Tucci A., Biffi G., *Giovani e salute mentale. Un profilo sintetico di due Programmi innovativi (2012-2013)*. *Psichiatria Oggi*, XXVIII, 1, 54-61, 2015.
3. Bellotti M., Palmisano G.L., Galbiati C., Valentini T., De Isabella G., *L'efficacia del trattamento psicologico in un campione di soggetti di età compresa tra i 14 e i 24 anni afferenti ad un'UOC di Psicologia clinica di un DSM: uno studio pilota*. *Psichiatria Oggi*, XXVIII, n. 2, 2015.
4. Kessler R. C., Demler O. M. A., Frank R. G., Olfson M., Pincus H. A., Ellen E., Walters M.S., Wang P., Kenneth B., Wells M.D., Zaslavsky A.M., *Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003*. *New England Journal of Medicine*, 352, 2515-2523, 2005.
5. Thornicroft G., Tansella M., *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care*. *British Journal Of Psychiatry*, 185, 283-290, 2004.

# La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica

## *Risultati e prospettive di miglioramento continuo della qualità*

Antonio Amatulli<sup>1</sup>, Emanuela Giampieri<sup>2</sup>,  
Paola Marianna Marinaccio<sup>3</sup>

### INTRODUZIONE

Negli ultimi 20 anni sempre di più l'attenzione della comunità scientifica si è rivolta al concetto di recovery nei disturbi psichiatrici maggiori, evidenziando come esso assuma nel corso del tempo le caratteristiche non tanto di una valutazione puntuale, quanto piuttosto di un percorso evolutivo e riabilitativo di cui fanno parte da un lato aspetti clinici e di funzionamento valutati da un osservatore esterno (medico, educatore, terapeuta della riabilitazione), dall'altro da interessi, desideri e aspettative dei pazienti stessi<sup>4,5,7</sup>. È divenuto quindi sempre più evidente come non sia più possibile non prendere in considerazione il punto di vista dell'utenza e dei familiari, le loro aspettative e percezioni, oltre agli abituali parametri definiti e oggettivi con cui il clinico è abituato a quantificare i risultati ottenuti con gli interventi attuati<sup>1,5</sup>.

In quest'ambito si è inserito il programma di valutazione periodica degli esiti dei trattamenti finalizzato alla valutazione di tutti gli utenti che hanno avuto accesso alle strutture residenziali facenti parte dell'UO di Psichiatria di Garbagnate Milanese prima, e della UO di Desio e Vimercate poi, che viene qui descritto, e che è stato attuato a partire dal 2000 fino al 2013.

Le strutture interessate da tale progetto sono Comunità Protette a Media e Bassa Protezione (CPM, CPB), per un totale di 76 posti letto all'inizio dello studio e di 43 posti letto al suo termine. Il taglio degli interventi è stato pertanto di tipo assistenziale riabilitativo, ruotando sulla creazione di ambienti al tempo stesso accoglienti e tera-

peutici, con l'intervento di un'équipe multiprofessionale presente esclusivamente nelle 12 ore diurne, formata da educatori, infermieri e operatori dell'assistenza. Lo stile degli interventi cercava di riflettersi in una gestione "tipo casa" della vita nelle diverse comunità, con le differenti professionalità che determinavano la varietà e complementarità degli interventi assistenziali e riabilitativi, quale mission naturale e istituzionale delle strutture residenziali<sup>3</sup>. Il "milieu" terapeutico e l'emergere delle dinamiche psicologiche, la valutazione e la consapevolezza degli stati emotivi, e infine, l'interpretazione e le attribuzioni dei significati nei momenti precipui della vita e delle attività svolte, tutto ciò può essere definito lo strumento terapeutico principale del lavoro svolto in comunità.

Al fine di valutare l'andamento di variabili cliniche e di funzionamento nel corso del percorso riabilitativo e la presenza di caratteristiche associate alla durata del ricovero, è stato quindi condotto uno studio longitudinale osservazionale su pazienti afferenti alle Comunità Riabilitative descritte. Sono qui presentati i risultati preliminari e più generali dello studio.

### MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati consecutivamente tutti i pazienti ospitati nelle 12 Comunità tra media e bassa assistenza. Sono stati esclusi i pazienti provenienti dall'ex ospedale Psichiatrico che, vicino, era appena stato chiuso e, alla fine, il campione totale è rappresentato da 61 pazienti, seguiti e valutati dall'inserimento in Struttura e quindi consecutivamente ogni sei mesi fino, in alcuni casi, a 12 anni. Per ciascun paziente è stata completata una batteria testale, al fine di monitorare l'andamento clinico e di diverse aree del funzionamento e di out come, costituita da:

- Questionario sulla soddisfazione del cliente (dal Survey for Monitoring the Quality of Public Mental Health Services - D. Srebnik e coll., Psychiatric Services 1997 - versione italiana a cura di Amatulli A. e Azzone P.)
- Lancashire Quality of Life Profile - LQL (Oliver, 1991). Il LQL è uno strumento "sviluppato nell'ipotesi

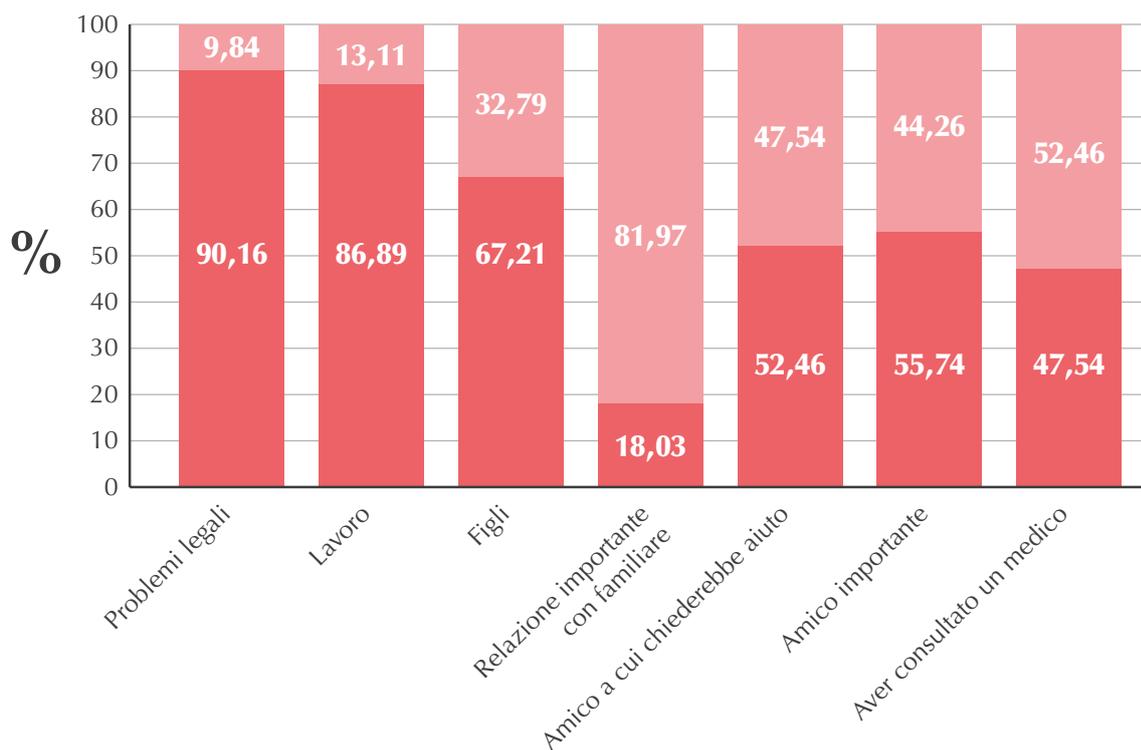


Figura 1 – Variabili sociodemografiche da Questionario

che la qualità della vita sia un concetto complesso, che una singola misura non sia in grado di descriverla, che allo stato attuale essa possa essere valutata solo attraverso un profilo di più indicatori, diversi riguardo alla scala di misura, all'intervallo temporale usato, al tipo e al numero di indicazioni richieste” (Ruggeri, 1998). La scala, proposta per la valutazione della salute e del benessere dei pazienti con patologia psichica, prende in considerazione tre tipi di variabili, le caratteristiche personali dei pazienti (gli indicatori, cioè, demografici ed economici, quali età, sesso, provenienza, classe sociale, eccetera), gli indicatori obiettivi della qualità di vita (che comprendono indicatori sociali, di competenze comportamentali e tratti psicopatologici) e le sue misurazioni soggettive. L’LQL è uno strumento di valutazione autosomministrato composto da 100 items valutati su una scala Likert a 7 punti (1- estremo negativo, 7- estremo positivo).

- Life Skill Profile (LSP) per la valutazione delle capacità e abilità nella vita quotidiana. La LSP è una scala eterosomministrata che indaga le “abilità e comportamenti

di base che consentono a un individuo di svolgere adeguatamente le attività della vita quotidiana e di ricoprire un determinato ruolo nella società” (Ruggeri, 1997). È stata esplicitamente messa a punto dal gruppo di Zizolfi (1994) per poter essere compilata da parte di chiunque abbia una conoscenza diretta del comportamento dei pazienti in esame. Essa presenta 39 items che vengono valutati mediante una scala Likert a 4 punti (1- estremo negativo, 4- estremo positivo). L’analisi fattoriale della scala ha consentito di isolare 5 subscale che rimandano ad altrettante dimensioni del funzionamento nella vita di tutti i giorni: Cura di sé (es. “Si presenta generalmente bene, ben vestito e con i capelli in ordine?”), Non turbolenza (es. “È in genere suscettibile o irascibile?”), Contatto sociale (es. “È di solito socialmente isolato?”), Assertività (es. “Ha in genere difficoltà ad iniziare e mantenere la conversazione?”) e Responsabilità (es. “Assume volentieri gli psicofarmaci prescritti dal medico?”)

- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) per la valutazione del quadro clinico. La BPRS è una scala di valutazione eterosomministrata, particolarmente indicata per la

valutazione longitudinale dell'andamento psicopatologico. È costituita da 18 items anch'essi valutati mediante una scala Likert a 5 punti (0- assente, 4- moltissimo)

- Global Assessment of Functioning Scale (GAF) per una valutazione globale del funzionamento personale. La GAF viene compilata dal clinico ed è una valutazione globale del funzionamento secondo un punteggio crescente che varia da 0 a 100.

**Tabella 1 – Analisi socio-demografica del campione reclutato**

<b>Genere</b>	
Maschi	44.26% (27)
Femmine	55.74% (34)
<b>Fascia d'età</b>	
25-34 aa	16.40%()
35-44 aa	26.20%()
45-54 aa	27.90% ()
55-64 aa	26.20% ()
>65 aa	3.30% ()
<b>Stato civile</b>	
Celibe/nubile	54.10% (33)
Coniugato	11.48% (7)
Separato/divorziato	34.43% (21)
<b>Titolo di studio</b>	
Analfabeta	5.60%(2)
Licenza elementare	11.10%(4)
Diploma media inferiore	44.40%()
Diploma media superiore	27.80% ()
Laurea	11.10%
<b>Diagnosi</b>	
schizofrenia	62.30% (38)
disturbi dell'umore	13.11% (8)
disturbi di personalità	16.39%(10)
Altro	8.20%(5)

## RISULTATI

L'analisi delle variabili demografiche e delle diagnosi secondo DSM IV-TR è riportato in *Tab.1 e Fig.1*.

Per l'analisi statistica delle variabili psicopatologiche e di funzionamento sono stati considerati come tempi di valutazione, in questa prima analisi, il momento dell'arruolamento (T<sub>0</sub>), la valutazione a metà del percorso riabilitativo (T<sub>1</sub>) e la dimissione dalla Struttura (T<sub>2</sub>).

Data la variabilità della durata dei singoli ricoveri, il confronto dei punteggi medi delle valutazioni ai singoli tempi è stato effettuato mediante l'analisi della varianza multivariata corretta per la durata di degenza (Manova – Traccia di Pillai)

È stata inoltre eseguita una valutazione delle caratteristiche influenzanti il termine del percorso riabilitativo mediante curve di sopravvivenza (Kaplan-Meier), dove l'uscita dall'osservazione indica la dimissione dalla Struttura.

L'analisi statistica ha evidenziato come ci sia stato un miglioramento significativo nella sintomatologia globale (BPRS: T<sub>0</sub> 43.39, T<sub>1</sub> 40.93, T<sub>2</sub> 39.56, p=0.02), come anche nelle sue specifiche sottoscale inerenti in particolar modo la sintomatologia negativa (T<sub>0</sub> 7.61, T<sub>1</sub> 6.92, T<sub>2</sub> 6.44, p=0.03), cosa che è parsa di particolare interesse, e quella ansioso-depressiva (T<sub>0</sub> 11.69, T<sub>1</sub> 10.75, T<sub>2</sub> 1.46, p=0.08). (*Fig.2*) Anche in termini di funzionamento, i punteggi medi della GAF hanno evidenziato un miglioramento significativo ai vari tempi di valutazione (T<sub>0</sub> 49.38, T<sub>1</sub> 54.08, T<sub>2</sub> 53.80, p=0.01). (*Fig.2*)

Per quanto riguarda i punteggi medi della LSP, questi hanno avuto una variazione statisticamente significativa esclusivamente nella sottoscala "non turbolenza" (T<sub>0</sub> 14.93, T<sub>1</sub> 14.80, T<sub>2</sub> 15.77, p=0.03), a indicare che verosimilmente con l'avanzare del percorso riabilitativo i pazienti imparavano a tollerare meglio le frustrazioni e a controllare la propria impulsività. (*Fig. 2*)

È interessante inoltre riportare come questi dati siano stati confermati in maniera sovrapponibile anche da una valutazione più estesa, riferita alla valutazione a sei anni,

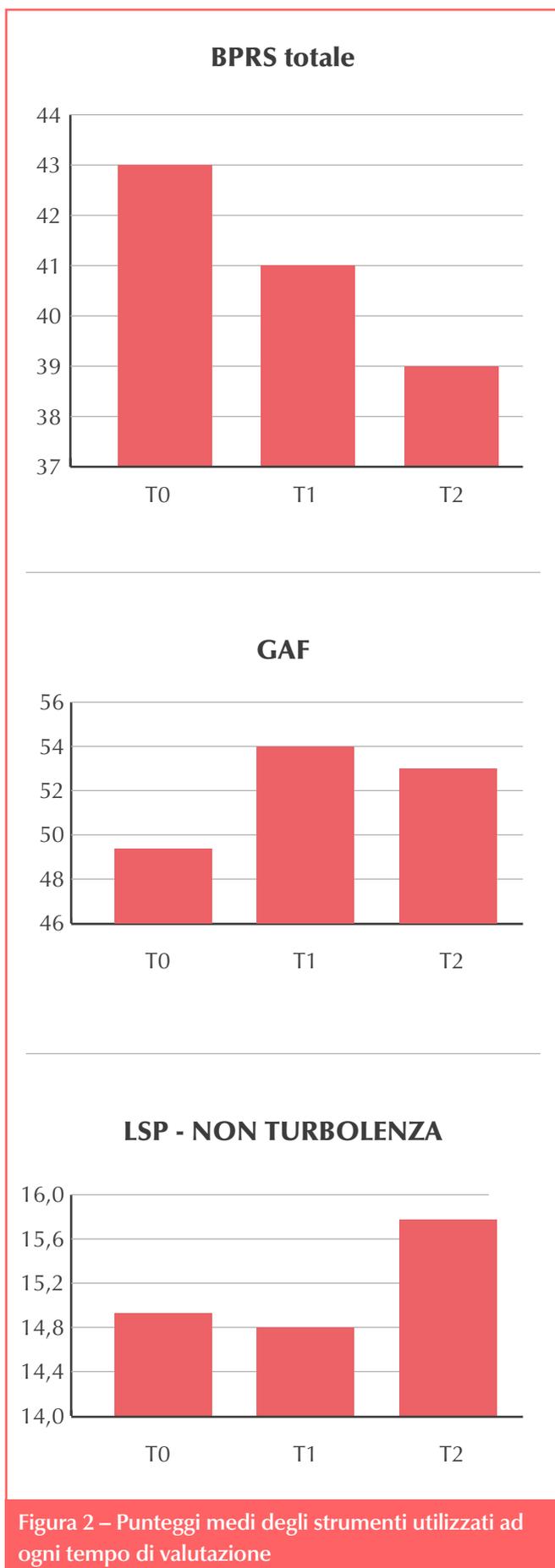


Figura 2 – Punteggi medi degli strumenti utilizzati ad ogni tempo di valutazione

dove il miglioramento più significativo si osserva nell'arco dei primi 3-4 anni, per mantenersi successivamente a un livello costante di plateau.

Dalla valutazione dei Questionario e dell'LQL è stato invece possibile evidenziare come all'ingresso in Struttura le principali difficoltà percepite dai pazienti fossero la difficile strutturazione di una regolarità quotidiana, l'inattività, la ridotta capacità di socializzazione e la capacità di svolgere mansioni di basso livello. Durante il percorso riabilitativo i pazienti con un programma strutturato delle proprie attività sono passati dal 25% al 50%, con miglioramento in particolar modo delle aree critiche dell'inattività e della progettualità e, grazie alla strutturazione di progetti lavorativi mirati, a un aumento del reddito mensile di circa il 40%.

All'ingresso in Struttura i pazienti dichiaravano inoltre di essere piuttosto soddisfatti della Struttura stessa e del grado di indipendenza, del modo in cui essi stessi avevano la possibilità di influenzare le decisioni comuni e della possibilità di vivere con altre persone; al contempo si dicevano piuttosto insoddisfatti all'idea di dover stare in quel contesto per lungo tempo. Alla valutazione alle dimissioni è emerso invece un buon grado di soddisfazione per la qualità dell'aiuto ricevuto, con la convinzione che la Struttura abbia risposto a molti bisogni e che per tali ragioni i pazienti sarebbero disposti a farvi ritorno in caso di future necessità.

Per quanto riguarda lo studio delle variabili associate alle dimissioni più o meno precoci, bisogna prima di tutto evidenziare come il 60% dei pazienti abbia avuto un tempo di degenza massimo di 3-4 anni, assolutamente in linea con le coordinate temporali introdotte nella residenzialità psichiatrica anni fa da Regione Lombardia (DGR 4221/2007). Le curve di Kaplan-Meier a tal proposito non hanno però rilevato delle differenze statisticamente significative rispetto a possibili indicatori di minor durata di permanenza in Struttura, ma hanno evidenziato comunque delle differenze e dei trend di grande rilievo

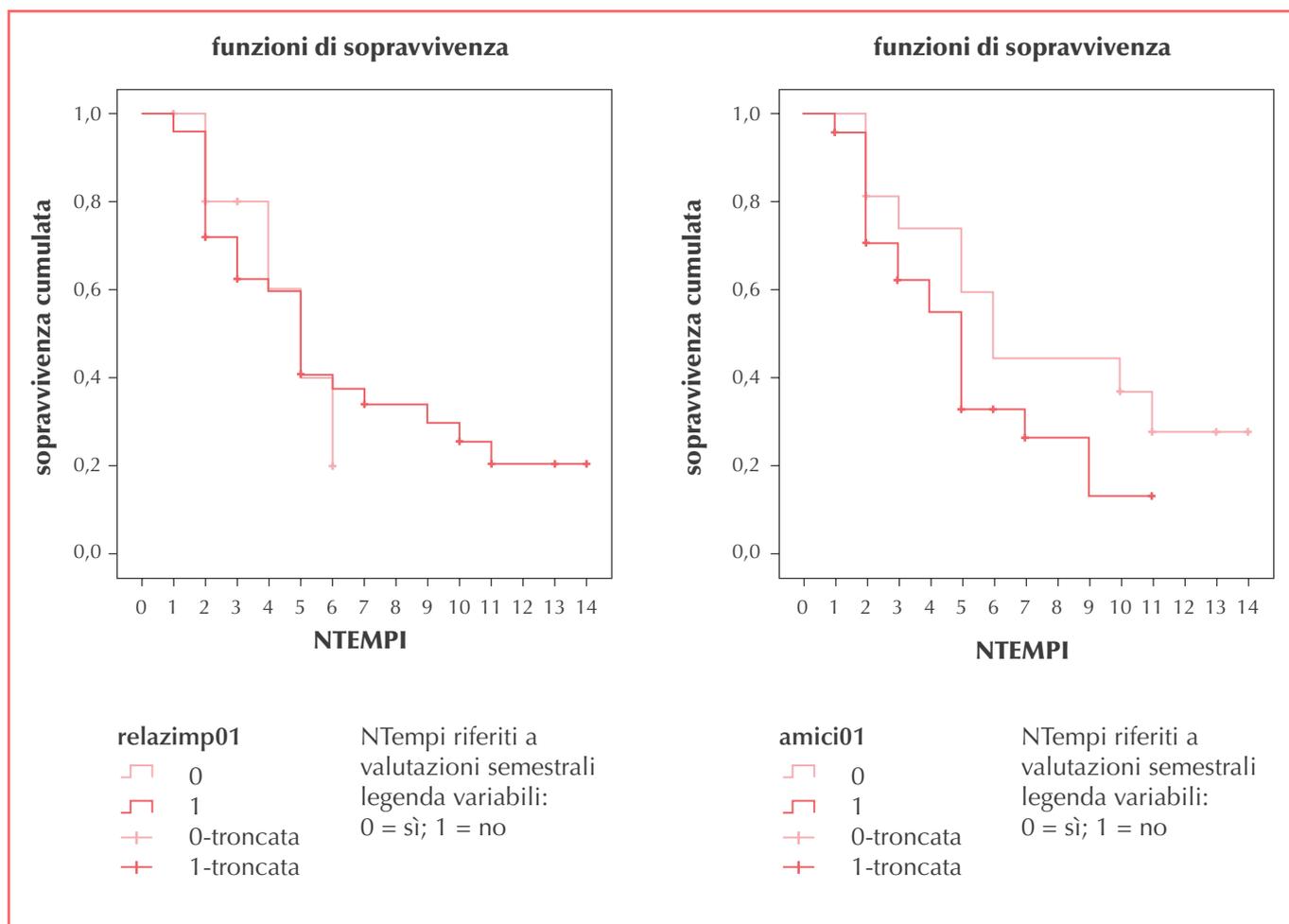


Figura 3 – Curve di Kaplan-Meier (relazioni importanti familiari ed amicali)

e interesse per chi opera in tali contesti: la maggior parte delle donne riescono mediamente a essere dimesse dalle Strutture circa un anno prima rispetto ai maschi, così come avere delle relazioni importanti familiari e/o amicali riduce sensibilmente la durata della degenza (Fig.3). Per quanto riguarda le altre variabili, essere coniugati, avere un titolo di studio più elevato, non avere una diagnosi di Schizofrenia e avere un reddito o un impiego sono tutte caratteristiche che sono risultate ridurre i tempi di degenza (come euristicamente ci si potrebbe aspettare), seppur non in maniera statisticamente significativa tra i vari gruppi.

## CONCLUSIONI

La valutazione routinaria degli esiti di un trattamento riabilitativo residenziale è possibile, anche a cura di un gruppo multiprofessionale istituzionalmente deputato a erogare assistenza.

I dati esposti mostrano che mediamente l'utenza si avvale positivamente della residenzialità psichiatrica, mostrando in modo piuttosto uniforme una generalizzata tendenza al miglioramento di diversi indicatori di outcome.

Si evidenzia particolarmente come gli interventi all'interno delle strutture riabilitative determinino nel breve-medio periodo un miglioramento più evidente sul versante clinico e sintomatologico (in questo studio valutato tramite BPRS), mentre gli effetti sul funzionamento e sui suoi differenti aspetti costituenti appaiono invece scarsamente valutabili dagli strumenti tradizionalmente utilizzati nella pratica clinica (es. GAF, che comunque mostra un funzionamento globale significativamente migliorato ai follow up), ma risultano essere altresì più facilmente rilevabili con altri parametri, dove la valutazione del clinico viene integrata dalla percezione e dal vissuto del paziente. È chiaro quindi il suggerimento a utilizzare parametri diversi

e più specifici, strutturati maggiormente per monitorare le diverse aree più specificamente costitutive del recovery (es. LSP, LQL, indicatori rilevati dal questionario). Queste osservazioni sono in linea con quanto riportato dalla recente letteratura in materia, dove il concetto di recovery è sempre più inteso come l'ottenimento non solo di una remissione sintomatologica ma anche di un recupero del funzionamento in un periodo significativo di tempo <sup>1</sup>.

I nostri dati richiamano quanto riportato in altri studi anche nelle osservazioni più specifiche, come un tasso più alto di recovery nelle femmine<sup>1</sup>, suggerito dai nostri risultati rispetto alle dimissioni più precoci, e non solo.

Analogamente, anche l'importanza di un'attività lavorativa emersa dal nostro studio richiama il concetto di Recovery funzionale, definito come "avere un impiego lavorativo o essere impegnati in attività di studio" <sup>1</sup>.

Inoltre, in letteratura è possibile riscontrare come siano considerati predittori o facilitatori di recovery il fatto di avere una minore sintomatologia negativa e un adeguato supporto sociale<sup>1</sup> o sentirsi partecipi della programmazione della propria giornata e avere un lavoro<sup>4</sup>. In particolare, l'inserimento lavorativo è considerato il miglior key-facilitator di recovery, in quanto esso comporta come diretta conseguenza anche un aumento delle interazioni sociali, una maggior capacità organizzativa, la possibilità di avere una maggior indipendenza economica e di percepire una de-stigmatizzazione rispetto alla patologia psichiatrica.

Ciò che emerge in maniera altrettanto chiara dalla valutazione del follow-up dei nostri dati, come accennato in precedenza, è anche che il più evidente miglioramento si osserva nei primi 3-4 anni del percorso riabilitativo. In seguito le strutture residenziali sembrerebbero tendere a perdere parte delle loro potenzialità riabilitative, assestandosi su aspetti più assistenziali, meno caratterizzati da evidenti ulteriori miglioramenti nell'outcome globale. Dal quarto anno circa la riabilitazione residenziale sembra tendere a "funzionare di meno", e le strutture assumerebbero maggiormente un ruolo di mantenimento/stabilizzazione. Tutto questo, però, richiederebbe una conferma attraverso uno

studio su un campione più ampio di pazienti "long stayers".

Vi sono tuttavia dei limiti alle nostre osservazioni, che costituiscono ulteriore stimolo di ricerca: sarebbe necessario effettuare delle valutazioni di follow-up anche dopo la degenza, per valutare la persistenza dei miglioramenti ottenuti durante il percorso riabilitativo e la presenza di un'effettiva riduzione nel numero di recidive; sarebbe inoltre interessante, con un campione più ampio, valutare l'influenza di differenti tipologie di interventi, aventi anche come finalità la loro standardizzazione. Come riportato anche in letteratura<sup>6</sup>, infatti, oltre agli interventi già evidence-based (CBT, Cognitive, Remediation, psicoeducazione familiare, social skill training, inserimento in lavoro protetto) vi sono una serie di altre pratiche estremamente promettenti ma su cui la ricerca è ancora esigua (es: modelli di intervento su esordi psicotici, interventi di promozione di uno stile di vita sano, modelli di trattamento integrato su psicosi maggiori, protocolli più specifici per particolari fasce d'età -giovani adulti, over 60-, modalità di intervento al momento della comparsa di sintomi prodromici riconosciuti, servizio di housing). L'invito è dunque quello di utilizzare strumenti di facile compilazione ma che siano sempre più coinvolgenti in maniera specifica le aree del funzionamento del paziente oltre alla sintomatologia clinica, consentendo non solo un più preciso monitoraggio dell'andamento degli interventi riabilitativi, ma valutandone anche specificatamente il valore scientifico di evidenza.

Tutte queste valutazioni, come si è visto, possono essere implementate e portate avanti longitudinalmente anche come pratica quotidiana routinaria di un servizio di riabilitazione residenziale. Si sono rivelate infine indispensabili, per una valutazione longitudinale così prolungata e con un numero trascurabile di drop out, la presenza di una leadership sia clinica che organizzativa, che motivasse e accompagnasse costantemente le attività generali e il progetto valutativo, e la programmazione di una formazione iniziale specifica del gruppo di valutazione con attività successive costanti di miglioramento continuo sul campo.

---

(1) UO Psichiatria, ASST Vimercate (MB)

(2) UO Psichiatria, ASST Monza (MB)

Riferimento mail: antonio.amatulli@asst-vimercate.it

## BIBLIOGRAFIA

1. Austin S.F., Mors O., Secher R.G., Hjorthøj C.R., Albert N., Bertelsen M., Jensen H., Jeppesen P., Petersen L., Randers L., Thorup A., Nordentoft M., *Predictors of recovery in first episode psychosis: the OPUS cohort at 10 year follow-up.* Schizophr Res, 150(1):163-8, 2013.
2. Amatulli A., Azzone P., Srebnik D., *Monitoring the quality of an Italian public psychiatric service: A four dimensions study of the outcome.* Eur J Psychiat, 19, 1: 5-18, 2005
3. Deliberazione della Giunta Regionale Lombarda N. VIII/4221 del 28.2.2007
4. Drake R.E., Whitley R., *Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis.* Can J Psychiatry, 59(5): 236-242, 2014.
5. Leucht S., *Measurements of response, remission, and recovery in schizophrenia and examples for their clinical application,* J Clin Psychiatry, 75 Suppl 1:8-14, 2014.
6. Mueser K.T., Deavers F., Penn D.L., Cassisi J.E., *Psychosocial treatments for schizophrenia.* Annu Rev Clin Psychol. 9: 465-97, 2013.
7. Wallace T, Robertson E, Millar et al., *Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience.* J Adv Nurs, 29(5): 1144-1153, 1999.

## Da vicino nessuno è normale

### *Dialogare a scuola sul pregiudizio e lo stigma*

Gianluigi Tomaselli<sup>1</sup>, Simona Gambarà<sup>2</sup>,  
Roberta Naclerio<sup>3</sup>, Silvia Fenaroli<sup>4</sup>,  
Mario Ballantini<sup>5</sup>, Giuseppe Biffi<sup>6</sup>,  
Claudio Cetti<sup>7</sup>, Massimo Clerici<sup>8</sup>,  
Giuseppe De Paoli<sup>9</sup>, Claudio Mencacci<sup>10</sup>,  
Mauro Percudani<sup>11</sup>, Massimo Rabboni<sup>12</sup>

#### 1. “DA VICINO NESSUNO È NORMALE”: IL CONTESTO IN CUI NASCE IL PROGETTO

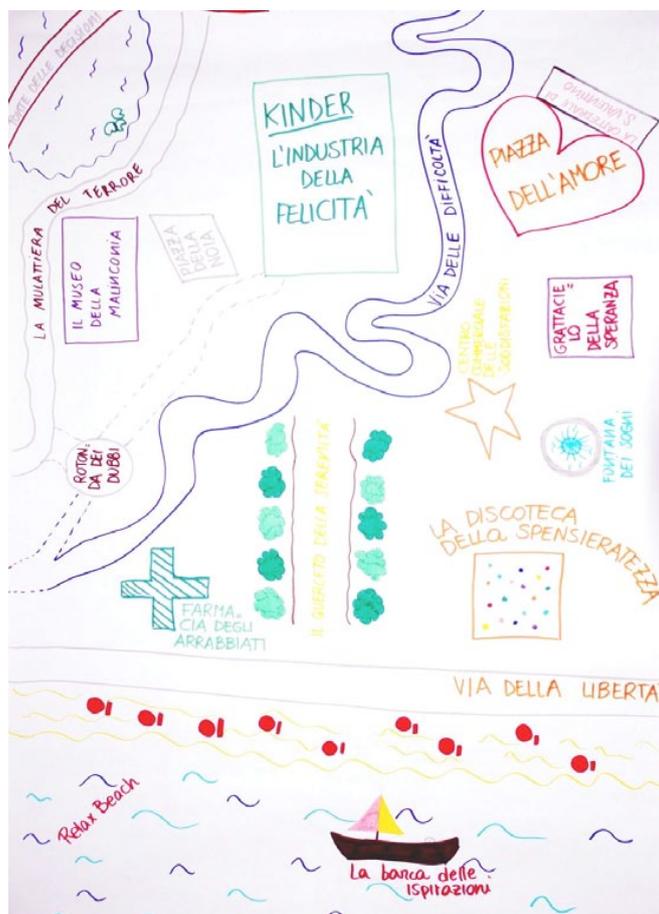
La riforma dell’assistenza psichiatrica in Italia e la chiusura dei manicomi ha comportato il superamento del concetto secondo cui una sola struttura organizzativa ha il compito - e la pretesa - di farsi carico e rispondere a tutti i bisogni delle persone con un grave disturbo mentale. Il cammino è stato per certi aspetti di difficile realizzazione e ancora continua: la legge 180 ha comportato un lento e graduale cambiamento di prospettiva nella cura delle persone con sofferenza psichica e ha richiesto ai servizi e agli operatori di mantenere un dialogo continuo e aperto con il territorio, per consentire una collaborazione tra le varie realtà che contribuiscono alla cura (servizi sanitari, ambiti e comuni, terzo settore, associazioni

di volontariato, reti primarie). Gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale in questi anni hanno cercato di uscire dall’ottica totalizzante secondo la quale il contesto sanitario ha il mandato di occuparsi in toto della vita delle persone in carico (aspetto abitativo, lavorativo, ri-socializzante, ecc.). Ciò si è realizzato coinvolgendo altre realtà, istituzionali e non istituzionali, avviando prassi collaborative, assumendo una funzione di mediazione e accompagnamento affinché la persona con sofferenza psichica abbia più interlocutori e riferimenti nel proprio contesto di vita.

La legge 328/2000 (“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”) ha posto come punto cardine la collaborazione tra realtà sanitaria e sociale nella cura, secondo un funzionamento che non sia gerarchico, ma paritario. Ciò ha contribuito concretamente a fare chiarezza sul piano organizzativo

e gestionale, superando le sovrapposizioni e i conflitti di competenza a livello di Comuni, A.S.L., Aziende Ospedaliere e Terzo Settore, dando indicazione che l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali sia realizzata secondo il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell’operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni.

Inoltre la legge 328/2000 ha avviato una riforma complessiva dei servizi e delle politiche



*Alcuni degli elaborati degli studenti dell’IIS David M. Turollo nell’ambito del progetto “Da vicino nessuno è normale”*



Investire nel favorire il più possibile la costituzione di luoghi accoglienti di reinserimento sociale è il mandato che il gruppo di lavoro del tavolo salute mentale si è dato. La modalità di collaborazione avviata in questi anni prevede che i progetti e le iniziative programmate vengano realizzati attingendo le risorse di personale necessarie dai servizi che partecipano al Tavolo. Ciascun ente, pertanto, autorizza i propri operatori a collaborare senza che vi siano costi aggiuntivi per l'Ambito. I finanziamenti ricevuti dall'Ambito o da bandi di fondazioni vengono inoltre interamente utilizzati per i pazienti e per l'associazione dei familiari.

Costruire e nel tempo consolidare collaborazioni sul territorio è fondamentale nella parte più delicata del percorso riabilitativo, nella quale la persona cerca di reinvestire all'esterno dei luoghi protetti della cura, approdando al proprio contesto di vita.

## 2. "DA VICINO NESSUNO È NORMALE": PARLARE DI FOLLIA A SCUOLA.

Tra le iniziative del Tavolo Salute Mentale Valle Brembana nel 2012 si è realizzato un progetto per avviare un dialogo con il polo scolastico di studi superiori più significativo per il territorio della Valle, l'Istituto di Istruzione Superiore D.M. Tuoldo: il percorso "Da vicino nessuno è normale", rivolto alle classi quinte dei licei psicopedagogico e scientifico.

Attraverso il progetto ci si è proposti i seguenti obiettivi: favorire la conoscenza dei servizi di Salute Mentale che operano sul territorio; avviare un dialogo con studenti e insegnanti sui temi della normalità/diversità a partire da vissuti ed esperienze, integrati da stimoli teorici; costruire

gradualmente con i docenti una relazione di fiducia, in grado di favorire la collaborazione su situazioni specifiche.

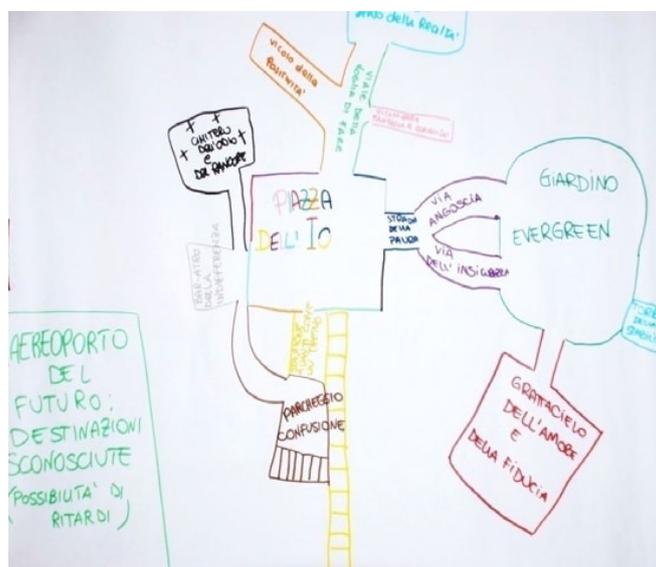
La metodologia adottata dagli operatori dell'UOP e del Progetto Innovativo TR05 "Paziente grave e comunità sociale" è stata esperienziale, prevedendo un coinvolgimento attivo di alunni e docenti. Strumenti privilegiati di lavoro sono stati immagini, testi di canzoni, letture, giochi relazionali e role playing, a partire dai quali è stata imbastita insieme al gruppo classe una riflessione sulle tematiche e i vissuti emersi.

Il lavoro in classe si è sviluppato assumendo come "filo" conduttore il tema dei confini.

Un gioco introduttivo di conoscenza - basato sulla costruzione di una mappa di linee utilizzando il filo di un gomitolino di lana per delimitare lo spazio - ci ha permesso di sviluppare il tema della malattia mentale a partire dalla metafora delle linee e dei confini, vale a dire di dove socialmente e storicamente sono stati collocati i confini tra normalità e malattia.

Tramite spunti esperienziali si è cercato di stimolare una riflessione sulle categorizzazioni e sul loro utilizzo sociale, che spesso porta a vissuti di esclusione, muri di incomunicabilità, irrigidimenti sulle proprie posizioni, giudizi di valore, alla non disponibilità ad ascoltare altri punti di vista, altri modi di sentire e di esprimere la propria esperienza.

Creando le condizioni perché ciascuno potesse osservarsi al di qua o al di là di una linea (rappresentata dal filo del gomitolino), in posizione di maggioranza o di minoranza, si è stimolato il gruppo ad uscire da posizioni rigidamente dicotomiche a favore di un pensiero più flessibile ed aperto, che possa considerare gran parte delle



sfumature intermedie che caratterizzano la realtà. Sono state inoltre utilizzate le “immagini ambigue” tratte dagli studi sulla percezione della psicologia della Gestalt quale metafora per mostrare come la realtà non sia sempre univocamente interpretabile, ma possa aprire a diverse prospettive, a diverse narrazioni, non necessariamente osservabili in prima istanza (7).

Le reazioni dei gruppi con i quali abbiamo lavorato variavano dalla sorpresa, alla curiosità, alla silenziosa constatazione di quanto siano diffuse modalità di funzionamento basate sulla categorizzazione, sullo stereotipo e sul pregiudizio. Abbiamo inoltre proposto un lavoro grafico nel quale rappresentare il prototipo della persona normale e il prototipo del folle. Alcuni studenti hanno enfatizzato nel disegno la distanza e la mancanza totale di connessioni tra le due immagini, altri le hanno eguagliate enfatizzando i valori positivi del folle sentito come “alternativo”, “anti-conformista”, mentre altri gruppi hanno interpretato il compito in modo creativo cercando possibili connessioni tra le due figure, pur nella loro diversità.

Il percorso in classe è stato completato da una conferenza nella quale vi è stato un contributo di Silvano Petrosino dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, seguito dalla rappresentazione teatrale del gruppo Non-soloteatro, frutto del laboratorio teatrale interno a due comunità terapeutiche del territorio.

Gli insegnanti, durante gli incontri di verifica sul progetto, hanno posto agli operatori domande di approfondi-



mento sul tema del disagio psichico in adolescenza e della sua difficile gestione nel mondo della scuola. Hanno inoltre chiesto una consulenza rispetto ad alcune situazioni specifiche rilevate all’interno delle classi. Il rapporto di stima costruito con il dirigente scolastico e i professori ha fatto sì che venisse chiesta la prosecuzione del percorso nel successivo anno scolastico, estendendo la progettualità al triennio dei due licei. Con l’ampliamento del percorso il progetto si è arricchito: per le classi terze e quarte

le cooperative sociali afferenti al Tavolo Salute Mentale hanno dato la disponibilità ad accogliere gli studenti nel periodo di alternanza scuola/lavoro e le cooperative d’inserimento lavorativo si sono rese disponibili per una visita guidata ai propri laboratori.

Il lavoro in classe è proseguito con un approfondimento nelle classi quinte, con le quali avevamo lavorato anche l’anno precedente, mantenendo una metodologia esperienziale e coinvolgendo gli studenti in lavori di piccoli gruppi a partire da materiale evocativo e filmografico.

Peculiare la proposta di lavoro grafico nella quale ciascun gruppo ha ricevuto la seguente consegna: “Disegna la piantina di una città. La città simboleggia le nostre vite interiori: collochiamo strade, ponti, edifici, piazze, dando loro dei nomi a simboleggiare il panorama delle emozioni, stati d’animo, sentimenti, valori, che abitano le nostre vite interiori. Studiamo lo spazio che essi occupano, il simbolo che meglio li rappresenta, il nome che

---

ne riassume il senso, la proporzione rispetto alla mappa nel suo complesso”.

A partire dalle mappe rappresentate abbiamo cercato nella conversazione, restituzione e rielaborazione, con i ragazzi di tracciare dei continuum tra il sentire da loro rappresentato nelle mappe, comune all'essere umano in quanto essere in relazione con se e gli altri, e il sentire nella patologia mentale (ad es. “il troppo sentire” o “il non sentire”). È risultato interessante osservare come gli elementi più difficili della propria esperienza (tristezza, paura, incertezza e dubbio per il futuro, malinconia, rabbia, esclusione) in molte piantine siano stati “relegati” in una piccola area della città e comunque sempre “risolti” o descritti come “nuvole passeggere” che arrivano e se ne vanno, lasciando spazio al sereno, alla felicità, al divertimento.

Citiamo alcune delle soluzioni grafiche trovate per descrivere le fatiche e i sentimenti percepiti come negativi: il quartiere della rabbia, il cimitero dell'odio e del rancore, il bosco delle delusioni, la vetta delle cadute, il muro dell'incertezza, la Piazza della noia, il museo della malinconia, il lago del rancore. Questi stati d'animo, a differenza degli altri, sono stati rappresentati come statici, non intravedendo il gruppo prospettive di movimento e relegati all'interno di forme chiuse che li circoscrivono e li contengono.

Gli altri stati d'animo vengono vissuti all'interno di una dimensione propulsiva di movimento e apertura ad altri sentimenti e valori. Si osserva come siano posizionati all'interno di una rete di collegamenti emotivi/relazionali rappresentati da strade, piazze, giardini, ponti: Il quartiere dei sogni e delle aspettative, Il ponte della transitorietà, La strada dell'indipendenza, L'orizzonte del futuro, La fontana dei sogni, Il fiume dei valori, La torre della stabilità.

I docenti coinvolti sono stati disponibili a mettersi in gioco interagendo attivamente con i conduttori e approfondendo successivamente con gli studenti ulteriori aree.

### 3. PROSPETTIVE

La collaborazione con la scuola è attualmente in crescita: quest'anno scolastico (2015/2016) è stato possibile costruire insieme al Dirigente Scolastico e ai docenti un terreno accogliente per alcuni giovani in carico al C.P.S. che hanno provato a riprendere gli studi interrotti durante la malattia.

È stato inoltre possibile incontrare la psicologa che gestisce lo sportello di ascolto interno al polo scolastico di studi superiori e gli operatori del consultorio di Zogno per condividere prassi di lavoro e provare a delineare spazi di collaborazione reciproca tra servizi diversi. Questi aspetti testimoniano l'importanza del lavoro del Tavolo Salute Mentale, costantemente impegnato in una capillare azione di sensibilizzazione rispetto ai temi dello stigma e del pregiudizio e d'integrazione nell'operatività del lavoro con tutte le realtà significative che operano nell'ambito della sofferenza psichica sul territorio. L'iniziativa sta coinvolgendo un altro polo scolastico di studi superiori.

Riteniamo cruciale condividere con le nuove generazioni l'ideale, il concetto, di accogliere l'altro e le sue parti di funzionamento mentale.. “non del tutto sintone”... riconoscendo che il fuggire da queste persone che soffrono ed il ghettizzarle è il tentativo grezzo di difenderci e ritenere che “lui è lui ed io sono io, che non avrò mai un disagio psichico”.

Quindi condividere con le nuove generazioni la riflessione sulla salute e malattia mentale, mettendo in luce quanto facilmente si possa scivolare in pregiudizi e stereotipi, ma anche proponendo l'inclusione come risposta ideale allo stigma. Nel nostro lavoro con le scuole abbiamo aiutato i ragazzi a riconoscere quanto facilmente neghiamo o isoliamo la differenza e la sofferenza, spesso per timore di esserne colpiti in prima persona, di essere a nostra volta isolati o esclusi. Allo stesso tempo, abbiamo proposto un cambio di prospettiva, un allargamento dello sguardo per comprendere e accettare l'altro e il suo funzionamento mentale, anche folle, come possibilità da non trascurare ma anche da non temere. Speriamo

---

che interventi di prevenzione come questo realizzato in Valle Brembana, sensibilizzando la popolazione sul tema della malattia mentale, possano facilitare l'accesso ai servizi psichiatrici delle persone che necessitano di un intervento, diminuendo il numero dei disturbi non trattati ed il tempo che intercorre dall'esordio all'inizio del trattamento.

Auspichiamo inoltre che queste iniziative possano favorire la risocializzazione ed il reinserimento sociale e lavorativo delle persone in trattamento o in remissione e che possano contribuire alla creazione e al consolidamento di una rete di soggetti e servizi interessati al tema della salute e malattia mentale, che possa fungere da interlocutore e co-costruttore di progetti per il Dipartimento di Salute Mentale con le sue nuove sfide all'orizzonte visto che esso stesso è chiamato alla "inclusione", aggregazione, integrazione con i servizi per le Dipendenze e la Disabilità.

- (1) *Dir. DSM ASST Bergamo Ovest di Treviglio;*
- (2) *Psicologa, Prog. Innovativo TR-05 "Paziente grave e comunità sociale", ASST Bergamo Ovest di Treviglio;*
- (3) *Psicologa, CRA S. Giovanni Bianco ASST Bergamo Ovest di Treviglio ora ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo;*
- (4) *Psicologa CD Gbiaie Bonate Sopra ASST Bergamo Ovest di Treviglio;*
- (5) *Dir. DSM ASST della Valtellina e dell'Alto Lario di Sondrio;*
- (6) *Dir. DSM ASST S. Paolo e Carlo, H. S Carlo di Milano;*
- (7) *Dir. DSM ASST Lariana;*
- (8) *Università degli Studi di Milano-Bicocca;*
- (9) *Dir. DSM ASST di Pavia;*
- (10) *Dir. DSM ASST Fatebenefratelli – Sacco di Milano;*
- (11) *Dir. DSM ASST Rhodense;*
- (12) *Dir. DSM Papa Giovanni XXIII di Bergamo.*

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Colucci M., Di Vittorio P. (a cura di), *Franco Basaglia*. Bruno Mondadori, Milano, 2001.
2. Convertino O., Cardini M. (a cura di), *Terra di frontiera. Socialità e riabilitazione: esperienze nell'area del disagio psichico*. USSL 64, UOP A.O. San Gerardo, Monza, 1994.
3. Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", in Gazzetta Ufficiale, n. 265 del 13 novembre 2000.
4. Istituto Nazionale di Statistica, "Bilancio demografico al 31-12-2015", [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).
5. Marin I., Bon S., *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Edizioni Alfabeta Verlag, Merano, 2012.
6. Vizzini N., *Mi ammazzo, per il resto tutto ok*. Mondadori, Milano, 2007.
7. Manizsa G., *Grammatica del vedere: saggi su percezione e gestalt*. Il Mulino, Bologna, 1987.
8. Petrosino S., *Ripensare il quotidiano*. Vita e Pensiero, Milano, 2012.
9. Mencacci C., Giannelli A., *Etica: continuiamo a parlarne, il dilemma etico in psichiatria*. Fondazione P. Varenna, 1991, Milano.
10. Rabboni M., *Etica della riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, 1997, Milano.
11. Tomaselli G., Fenaroli S., Papetti O., Pezzani G., Biffi G., Cerati G., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., *Nuovi compiti e funzioni per i Centri Diurni oggi tra progetti innovativi e residenzialità leggera*. ERREPIESSE, 26-32, 1-2010.
12. Tomaselli G., Fenaroli S., Papetti O., Biffi G., Cerati G., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., Rabboni M., *Non solo lavoro: esperienze di reinserimento e risocializzazione per pazienti gravi*. in *Psichiatria Oggi*, anno XXV, n. 1-2/2012.
13. Art da 49 a 53 licenziati dalla Commissione Regionale III della Regione Lombardia e prossimi alla discussione in Consiglio Regionale.

## Il modello multifamiliare e la metafora lavoro

*Identità sociale e costanza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica*

Francesca Viola Borgogno,  
Carmine Pasquale Pismataro

L'Agenzia di Lavoro e Apprendimento (ALA), costituita nel DSM dell'Azienda Ospedaliera del San Paolo di Milano, sviluppa da oltre dieci anni programmi finalizzati a favorire l'inserimento lavorativo degli utenti in carico ai servizi territoriali

In questo lavoro vorremmo illustrare alcune specificità riscontrate nelle attività volte all'inserimento lavorativo dei soggetti affetti da disturbi mentali gravi.

L'attivazione nel 2012 di un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPM) si è dimostrato un utile strumento per affrontare le criticità relative.

La *mission* del servizio ALA (Agenzia Lavoro e Apprendimento) del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano è "pensare e strutturare" percorsi di inserimento lavorativo in favore di soggetti affetti da disturbi mentali gravi, in carico ai Servizi Territoriali del DSM, con piani terapeutici attivi sostenuti da un'équipe multidisciplinare.

L'esperienza che il paziente intraprende partecipando a questi percorsi non può essere considerata né un semplice *tutoring* lavorativo né uno strumento di pura osservazione o sostegno, ma un progetto volto a sostenere e sostanziare i passaggi evolutivi raggiunti fino a quel momento nel suo percorso di cura e recovery. Il lavoro non è quindi nel nostro progetto l'obiettivo principale dell'intervento quanto piuttosto il *medium* per intervenire.

Oltre al desiderio del paziente di avviare un progetto per lavorare, il pre-requisito che i curanti devono avere

in mente è di rilevare la presenza di abilità operative e di qualche residua o potenziale capacità di assimilare nuove dimensioni identitarie del proprio sistema relazionale di riferimento. Il nostro intervento si propone infatti di accompagnare le persone verso un sistema più complesso, multi-dimensionale, in cui al sistema preesistente bi-dimensionale (dove i poli relazionali sono la famiglia e i curanti che interagiscono nella co-costruzione quotidiana dell'immagine percepita del mondo del paziente) si dovranno aggiungere l'équipe ALA e tutto ciò che riguarda non solo l'ambiente lavorativo ma anche la dimensione del percepito dell'identità sociale: in sostanza possiamo pensare che la complessità del sistema cresca in maniera esponenziale al numero di attori coinvolti nelle relazioni significative esperite dal candidato e delle relative proiezioni e *feedback* che questi stessi danno in relazione alla percezione dell'identità del soggetto.

È in questo passaggio che ALA e i suoi operatori si costituiscono come facilitatori operazionali e mediatori di significati. Un passaggio che è chiave di volta prima cognitiva e poi emozionale, in cui il soggetto che inizia un percorso di reinserimento lavorativo con ALA è chiamato a "operare in termini funzionali" a un livello superiore, passando dal percepirsi sano al funzionare in modo sano, e quindi a tollerare frustrazioni maggiori e imprevedibili, metabolizzare percezioni diversificate della propria identità nel corso di interazioni non protette, e assimilarle quindi in un ambito di coerenza del sé percepito. Durante questa delicata transizione è quindi centrale che le persone significative - familiari, curanti e operatori di riferimento - abbiano loro stesse modificato e condiviso l'immagine che hanno del paziente, perché solo in questo modo il soggetto sarà in grado di sostenere il passaggio evolutivo che l'inserimento nel mondo lavorativo comporta.

L'équipe ALA offre *in primis* uno spazio di confronto agli invianti per provare a pensare e co-costruire un' "altra visione" del paziente, in continuità con gli interventi terapeutici fino ad allora declinati. Partendo quindi dalla

---

storia clinica e dalla diagnosi pregressa del soggetto se ne postula una possibile evoluzione creando uno spazio di riflessione comune in cui ripensare e co-plasmare le immagini percepite del Sé del paziente nella prospettiva di formulare un'ipotesi prognostica e di intervento consona e a volte alternativa. Secondariamente si andranno a valutare le capacità attuali della persona, le sue difficoltà/fragilità e le forme in cui queste vengono rappresentate e proiettate, nonché la loro compatibilità con l'ambiente di accoglienza in cui si sviluppa il programma.

Uno degli elementi che ci è sembrato di maggior rilievo per il buon esito degli inserimenti lavorativi è il monitoraggio, inteso come supporto al paziente e alla rete che lo sostiene nell'esperienza lavorativa, un'azione cioè che si propone nella concretezza della quotidianità come elemento di *empowerment*, non solamente indirizzato al paziente ma anche con la mediazione nell'ambiente lavorativo per favorire un'atmosfera di fiducia, fondamentale per affrontare le difficoltà che s'incontrano negli inserimenti lavorativi, che molto spesso dimostrano alcune criticità nella tenuta, nella tolleranza al contesto, nella gestione della crisi.

La modalità operativa che utilizziamo durante gli interventi è paragonabile, per intensità, tempestività e *setting* (diffuso e in ambiente non controllato né mediato), a una funzione di *coaching*.

Come dicevamo l'immagine che il paziente ha di sé è il risultato di una co-costruzione: oltre allo stesso paziente, vi partecipano i familiari e gli operatori di riferimento. Queste immagini a volte finiscono però per diventare statiche e stereotipate, e non corrispondono alle reali capacità del soggetto. Il lavoro di ALA si ripromette di contrastare questi processi di cronicizzazione e stigma. Crediamo che questa funzione possa attivarsi attraverso un percorso di destrutturazione/ricostruzione della visione condivisa del candidato a livello familiare, degli operatori e dell'ambiente lavorativo. Questa operazione, vera attività di *"bonifica ambientale"* (Borgogno F.V.,

Pismataro C.P.), costringe a rivedere e riformulare le convinzioni correnti su adeguatezza e affidabilità: tale prospettiva non si realizza solo conseguendo l'apprendimento di nozioni e competenze, ma grazie all'attivazione di un'atmosfera, di un campo, che facilita l'emergere di possibilità e attitudini nascoste, sopite nelle pieghe della cronicità: le virtualità nascoste.

Si tratta in sostanza di ridefinire sia la clinica sia la natura e il perpetuarsi dello stigma e il mantenimento della cronicità, con le conseguenti implicazioni prognostiche non solo grazie ad enunciati e prese di posizioni, ma attraverso specifici strumenti che si sono declinati nella forma attuale nel corso di una decennale esperienza e che vogliamo proporre come spunto di riflessione per l'individuazione e la validazione di nuovi strumenti e modalità di sostegno ai pazienti e ai loro familiari.

La costruzione di una nuova immagine e di un sé sostenibile e resiliente è un processo complesso che incide e mette alla prova operatori, pazienti e *caregiver*. Sul piano operativo spesso alcune delle competenze che si credevano acquisite risultano deteriorate e il paziente ha paura di fallire e di constatare e "svelare" che non è più quello di prima; spesso può accadere che per affrontare le angosce di frammentazione connesse a tali vissuti si ricorra all'attivazione di un falso sé depositato di proiezioni idealizzate, relative alle capacità operative e relazionali.

Il rischio è che anche gli operatori finiscano per colludere con queste identificazioni adesive scambiandole per la "virtualità sana". Quando ciò avviene si possono creare aspettative reciproche non adeguate e potenzialmente patologiche, con conseguenti rischi di destabilizzare un equilibrio che funzionava in maniera omeostatica.

La famiglia dal canto suo benché spinga sempre per il reinserimento, in termini sia economici che di riscatto sociale, non sempre è in grado di supportare adeguatamente il percorso verso l'autonomia: poiché la "rimessa in moto" del paziente obbliga i membri del nucleo familiare a ridefinire il proprio ruolo e la propria funzione

---

nel sistema, con conseguente paventata perdita di potere degli uni sugli altri, in particolare del genitore sul figlio: fenomeno quest'ultimo capace di attivare non poche resistenze nei genitori che si ancorano alle immagini stereotipate del paziente come malato.

A questi *dictat* familiari e collettivi che abbiamo definito come fenomeni di “adesività istituzionale alle identificazioni patogene” [Pismataro, Borgogno, presentazione al *II Convegno Internazionale e Interdisciplinario di Psicoanalisi Multifamiliare*, svoltosi a Buenos Aires dal 22 al 25 Novembre 2013] può accadere che qualcosa si opponga strenuamente: la malattia, la crisi, può esser letta in questo senso come il tentativo di sovvertire un ordine ipnotico familiare introiettato: pensiamo al falso sé di Winnicott (1964) e alle identificazioni alienanti di García Badaracco (1990).

Nella verifica pratica le false risorse e le identificazioni adesive possono crollare e far sentire il paziente incapace di autonomia con suo conseguente ritiro e l'apertura di una crisi che mette in discussione l'assetto precedente.

Purtroppo non sempre gli inserimenti lavorativi vanno a buon fine, in molti casi dopo un'iniziale tenuta il progetto fallisce o comunque consegue un risultato “parziale” e/o “traballante”. Analizzando questa casistica abbiamo rilevato, quale tratto comune, l'esistenza di un disagio significativo degli utenti in relazione al modo di reagire della famiglia al loro essersi “rimessi in moto”. Abbiamo notato come la famiglia non avesse saputo supportare adeguatamente o sufficientemente i propri congiunti durante un percorso che vedeva emergere sul lavoro (ma di conseguenza tante volte anche tra le pareti domestiche) criticità determinate dal manifestarsi di forti tensioni emotive che possono portare a regressioni, facilitando situazioni d'impasse lavorativa e di vita, con successiva e conseguente chiusura dell'utente. Purtroppo in alcuni casi questi insuccessi possono sfociare anche in veri e propri scompensi necessitanti di un ricovero.

Alcune competenze che i pazienti credono di avere acquisito, e che si ritrovano per esempio riportate sul

curriculum vitae, dopo la malattia risultano deteriorate e il paziente ha per questo paura di fallire e di constatare che non è più quello di prima (con gravi ansie di prestazione e una più generale paura di ricominciare). A volte anche gli operatori possono scambiare le “identificazioni adesive” per la “virtualità sana” del paziente e proporlo prematuramente ad ALA, considerandolo pronto per reinserirsi nel mondo lavorativo. Inoltre, la famiglia dal canto suo spinge sempre per questo reinserimento, ma non sempre è in grado di supportare realmente il paziente nel percorso verso l'autonomia (doppi messaggi; ambivalenze rispetto alle spinte di crescita e individuazione del paziente che son spesso scambiate per violenza...). Questi *dictat familiari* e collettivi non sempre sono identificati come alienanti: le adesività istituzionali alle identificazioni patogene mettono in atto una produzione collettiva a cui abbiamo dato il nome di *mimetismo istituzionale* (Borgogno F.V., Pismataro C.P.).

In cosa consiste allora il modello di “intervento integrato alle famiglie dei pazienti che accedono all'inserimento lavorativo” che abbiamo ideato per rispondere a queste difficoltà?

Quattro anni fa, abbiamo deciso di proporre un intervento di sostegno integrato da erogare in contesto terapeutico grupale multifamiliare per i familiari dei pazienti che afferiscono al nostro Servizio. Il nostro intento era quello di creare, con i pazienti, le loro famiglie e gli operatori, un luogo dove fosse possibile sviluppare nuove conoscenze e competenze specifiche relative alle criticità che l'avvio è il mantenimento del percorso lavorativo comporta sia per il paziente sia per i suoi familiari.

In particolare, dopo aver individuato una decina di situazioni cliniche che avrebbero potuto, anche a percorso avviato, giovare di una maggiore collaborazione tra l'Agenzia per l'inserimento lavorativo (ALA) e la famiglia di riferimento, abbiamo proposto loro di coinvolgere i loro famigliari e invitarli assieme a partecipare a un gruppo multifamiliare. A questa iniziativa hanno aderito inizialmente 12 pazienti, i loro famigliari e gli operatori

---

impegnati nei programmi d'inserimento lavorativo che li riguardavano. Il gruppo si incontra una volta alla settimana da circa quattro anni. Al suo interno si viene a creare un campo mentale ed esperienziale dove l'incontro tra paziente-famiglia-istituzione curante che riescono a pensare insieme, contribuisce a riformulare modelli identitari prefissati, vuoti, rigidi, stigmatizzanti e a volte anche svalorizzanti, anche perché spesso sostenuti da aspettative irrealistiche. Una di queste è l'idea che basti lavorare per guarire. Verificate nella pratica, per esempio durante l'attivazione di un tirocinio propedeutico, le false risorse e le identificazioni adesive crollano e fanno sentire il paziente incapace di autonomia (difficoltà di separazione/angosce di disgregazione) con conseguente rinuncia precoce è una più generale tendenza al ritiro nel "guscio" della psicosi.

Per contro, gli operatori che lavorano nel gruppo hanno la possibilità di avere una immagine più dinamica e ricca del paziente che possono rimandare all'équipe de servizio di riferimento. Alcune volte i progetti van rivisti e ri-tarati in base alle effettive capacità di resistenza e di tenuta. Durante gli incontri del gruppo miriamo quindi a individuare la virtualità sana dei pazienti (spesso nascosta da stereotipi consolidati di funzionamento alienante) e a partire da questa l'emergere delle potenzialità del paziente attraverso la messa alla prova delle funzioni egoiche man mano che si cimenta in una esperienza nuova. Nel gruppo è infatti possibile fare "dal vivo" una valutazione multidimensionale delle capacità residue del candidato e del suo contesto di riferimento, siano esse sociali, lavorative o cognitive. Questo permette, da una parte, di riformulare con gli attori coinvolti nella costruzione identitaria del sé (ossia il Servizio, la famiglia e il paziente stesso) una visione maggiormente condivisa del paziente, dall'altra, di generare – con l'équipe di riferimento che si occupa del paziente (attraverso delle riunioni ad hoc che richiediamo regolarmente ai curanti in modo da poter rimandare loro quanto emerge nel gruppo) – nuove ipotesi prognostiche con la possibilità di ridefinire le modalità

e finalità dell'intervento terapeutico.

Nel gruppo è risultato fondamentale creare un clima di confronto che permettesse lo sviluppo di nuove conoscenze e competenze specifiche e dove poter parlare delle difficoltà che le persone riscontravano nel momento in cui si avviavano i percorsi d'inserimento lavorativo. Mettendo in discussione alcune dinamiche relazionali di questi nuclei familiari vedevamo che era possibile avviare un lento ma costante processo di fluidificazione e di distacco dalle identificazioni adesive alienanti in cui familiari e pazienti risultavano intrappolati.

"Ciò che può accadere (in questo tipo di terapia) dipende soprattutto dal modo in cui si inseriscono gli agenti del cambiamento, cioè dal "lavoro" mentale che in esso si realizza" (8, pag. 234).

Chiaramente, gli avvenimenti significativi che possono verificarsi durante questi gruppi non si producono spontaneamente per il solo fatto che più famiglie si trovano riunite nello stesso luogo. Gli operatori che conducono il gruppo devono essere in grado di offrire a queste persone un "contesto trasformativo" dove poter cambiare e capace di fornire loro "il clima emotivo necessario per ricreare una sorta di relazione di sana interdipendenza reciproca primitiva, in modo da poter riscattare il vero Sé dalla trappola delle identificazioni patologiche indotte dalle situazioni traumatiche" (*Ibidem*, 1999, pag. 78). Vero cantiere di co-costruzione di significati, all'interno del gruppo multifamiliare si viene a generare un campo in grado di mettere in discussione convinzioni cristallizzate in visioni fortemente pregiudiziali condivise tra familiari e operatori. Questo processo definito, come già detto, vera e propria "bonifica ambientale" (Pismataro C.P., Borgogno F.V.) favorisce la critica e la riformulazione delle convinzioni correnti sull'adeguatezza e affidabilità: tale prospettiva non si realizza solo con l'apprendimento di nozioni e competenze ma grazie all'attivazione di un'atmosfera, un campo che può permettere la riemersione di attitudini e virtualità nascoste, sopite nelle pieghe della cronicità.

---

Il modello derivante dalla psicoanalisi multifamiliare di Jorge García Badaracco che applichiamo ad ALA San Paolo utilizza come focus primario la promozione del dialogo e della narrazione, il GPM permette cioè di aprire nuovi spazi di meta-comunicazione in cui la persona possa esperirsi come competente su se stessa e le venga riconosciuta la capacità di incidere sulla propria storia. Lo spazio grupppale si costituisce così come una sorta di “*mente ampliata*” (8) dove le famiglie e i pazienti, assieme agli operatori e ai curanti, hanno la possibilità di rafforzare il loro senso di competenza nel gestire la propria vita, narrandola nella forma, con un proprio linguaggio e attraverso i temi di conversazione proposti dalle “famiglie” stesse. Una nuova conoscenza condivisa si forma così nello spazio di discussione tra i partecipanti al dialogo, innescando processi circolari di rispecchiamento metaforico, la creazione di assonanze, e l’intersecarsi di *transfert multipli* (6, 8). Questo fenomeno, se adeguatamente tenuto in considerazione, utilizzato ed elaborato, può diventare un aspetto terapeutico estremamente importante. Nel gruppo multifamiliare tutto ciò che è carico emozionalmente ha qualcosa di transferale. Non è possibile poter rendere visibile ognuno di questi *transfert multipli* (*Ibidem*):

“Si tratta di rendere evidente, in maniera costruttiva il fenomeno del *transfert* in un caso particolare, davanti a tutti gli altri partecipanti, nell’intento di creare una capacità collettiva di scoprire la dimensione transferale di ogni relazione interpersonale, in modo che ciascuna persona che partecipa alla riunione (in rapporto alle sue possibilità) possa pensarlo e vederlo prima negli altri, e poi, a poco a poco e ogni volta di più, in sé stessa” (*Ibidem*, p. 180).

Entrando ancora più nello specifico, il clima emozionale in cui si svolgono gli incontri può permettere che le persone che compongono il gruppo multifamiliare sviluppino proprie capacità personali e che la creatività di ciascuno possa arrivare a stimolarsi reciprocamente.

Questo produce una modalità di funzionamento grupppale considerata come una “mente ampliata”, che funziona nei termini del cosiddetto *brain storming*, in cui ciascuno arricchisce l’insieme apportando il proprio punto di vista: ogni contributo individuale stimola, infatti, le potenzialità del gruppo nel generare associazioni attraverso un continuo gioco di identificazioni. Nel processo mentale promosso dal vedersi rispecchiati negli altri, si acquista maggior coraggio per potersi esprimere spontaneamente davanti ad altre persone che appaiono come presenze in grado di contenere e di favorire lo sviluppo di *risorse egoiche maggiormente genuine* (6, 8, 9; 1,2,3,5).

Crediamo, per concludere, che solo tale modalità di intervento possa creare le condizioni per interrompere quel processo schizogenetico complementare (controllore\controllato, attore\spettatore) che spesso “cristallizza” la diade malattia/malato, ottenendo così un cambiamento strutturale. Questo schema relazionale, che coinvolge appunto non solo la persona e la famiglia ma anche il sistema assistenziale, restituisce competenza alla persona, nuovo significato al linguaggio e una più realistica, consona e sostenibile prospettiva futura.

## BIBLIOGRAFIA

1. Borgogno F.V., *Intervista all'autore Jorge García Badaracco*, in Rivista Interazioni, I-2007/27. Franco Angeli, Roma, 2007, pagg. 103-116.
2. Borgogno F.V., *L'ascolto dell'oggetto che fa impazzire*, in Granieri A., (a cura di) *Esperienze di Ascolto in situazioni di crisi*. Fratelli Frilli Editori, Genova, 2009, pagg. 127-154.
3. Borgogno F.V., *La psicoanalisi multifamiliare: un piccolo scorcio della mia esperienza argentina con Jorge Garcia Badaracco*, in Famiglie, Quaderni di psicoterapia infantile, n. 63. Borla, Milano, 2011, pagg. 256-278.
4. Borgogno F.V., *Il Convegno Mondiale Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare svoltosi a Buenos Aires dal 22 al 25 Novembre 2013*. Interazioni, 2: 115-118.
5. Borgogno F. V., Butti A., Gambera C., Cristina E., *Gruppi aperti di sostegno relazionale sul disagio contemporaneo*. Psichiatria/Formazione, XXII (1-2): 21-30.
6. García Badaracco J., *Comunidad terapéutica psicoanalíticade estructura multifamiliar*. Editorial Tecnipublicaciones S.A., 1990. [trad. it. *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*. FrancoAngeli Editore, Milano, 1997].
7. García Badaracco J., *Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea*, in *La partecipazione affettiva dell'analista – Il contributo di Sandor Ferenczi al pensiero psicoanalitico contemporaneo* (a cura di Franco Borgogno). FrancoAngeli Editore, Milano, 1999, pagg. 72-86.
8. García Badaracco J., *Psicoanálisis Multifamiliar - Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Paidós, Buenos Aires, 2000. [trad. it. *Psicoanalisi Multifamiliare - Gli altri dentro di noi e la scoperta di noi stessi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004].
9. García Badaracco e Narracci A., *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Antigone Edizione, Torino, 2011.
10. Pichon-Rivière E., *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Vision SAIC, Buenos Aires, 1971.
11. Tranchina P., *Il segreto delle pallottole d'argento*. Centro Documentazione Pistoia, Pistoia.
12. Winnicott D.W., *The Concept of The False Self*, in *Home Is where We start From. Essay by a Psychoanalyst*, Penguin, London [trad. it. *Dal luogo alle origini*, Cortina, Milano, 1990].

## Dipendenza da internet

*Un'indagine sulle conoscenze,  
l'atteggiamento e i bisogni degli operatori  
sanitari nei CPS, nei SerT e nelle  
UONPLA della Città di Milano*

*Caterina Viganò<sup>1</sup>, Roberto Truzoli<sup>1</sup>,  
Chiara Boroni<sup>2</sup>, Paolo Giovannelli<sup>2</sup>, Gabriella Ba<sup>1</sup>*

### INTRODUZIONE

Dalla prima idea che l'uso problematico di internet potesse configurarsi come dipendenza, coniata da Goldberg nel 1995 e riproposta dalla K. Young già nel 1996 (1, 2) ad oggi la tematica è stata affrontata in diversi studi e si sono accumulate evidenze sempre maggiori sull'esistenza e diffusione della patologia da dipendenza da internet. Molti autori la inseriscono nel gruppo delle "dipendenze senza sostanza" già dette da Schaef (3) nel 1987 "Process addiction" cioè derivanti da cosiddetti comportamenti tossicomanici (gioco d'azzardo, shopping compulsivo, sex addiction) disturbi in cui la dipendenza si instaura per ciò che si fa e mentre lo si fa, e che possono mostrare assuefazione, problemi nella vita sociale, lavorativa e personale, isolamento e ritiro, mentre alla sospensione dell'azione si possono evidenziare sintomi di astinenza (4, 5). Nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali DSM V(6) essa ha ricevuto un riconoscimento specifico come Internet Gaming Disorder (7), sebbene vi siano ancora aspetti che non la assimilano totalmente alle altre dipendenze (8).

In letteratura si stanno evidenziando alcune problematiche connesse alla IAD, alcune delle quali tipiche della dipendenza come l'aumento del tempo connessi ad internet, lo sviluppo della tolleranza e dei suoi effetti (9), la comparsa di effetti negativi sul funzionamento psicologico quando non è possibile usare la connessione quali sintomi di astinenza (10). Molto spesso queste persone presentano un peggioramento nel loro funzio-

namento sociale e lavorativo (11,12,13). L'aumento della diffusione dell'uso di internet e della sua disponibilità anche economica (ormai è accessibile ovunque con uno smartphone, si sono ridotti i costi delle connessioni e si stanno diffondendo le zone free wi-fi) porta con sé il rischio dell'emergenza della IAD, evidente già in diverse nazioni. La variabilità nei criteri diagnostici applicati negli studi internazionali fa oscillare la prevalenza tra il 1% ed il 19,8%, con una media europea intorno al 10% mentre in Asia arriva al 20% (14,15,16,17, 18). Secondo una review del 2011 condotto su 83 studi per un totale di circa 5000 soggetti adulti, la IAD, al pari della dipendenza da cibo, da sesso, e da gioco d'azzardo, sembrano coinvolgere una minoranza della popolazione, circa il 2-3% rispetto al 5-15% della prevalenza di altre dipendenze (alcol, fumo, shopping, droghe illegali) (19). Se guardiamo la popolazione adolescenziale i tassi aumentano, pur variando dallo 0,9 al 3,8% negli studi americani (20) per arrivare al 6,7% in uno studio condotto ad Hong Kong (21). Uno studio del 2005 condotto nei college inglesi che evidenziava una prevalenza della dipendenza fra gli studenti al 18,3% (22).

La base eziopatogenetica sembra essere multipla: sulla vulnerabilità biologica che vede coinvolti il reward center, il pleasure pathway ed il nucleo accumbens, si inserirebbe una predisposizione psicologica (caratteristiche di personalità). Diversi autori si sono inoltre focalizzati sui tratti di personalità caratteristici della IAD e che potrebbero spiegare la tendenza all'uso eccessivo della rete e della tecnologia: tra questi la tendenza all'impulsività e alla perdita del controllo (23,24). Per quanto attiene ad una probabile comorbilità si è visto una correlazione con la depressione, l'isolamento sociale, vari problemi/disturbi di ansia e solo in alcuni casi estremi si è riscontrato una associazione con psicosi deliri e allucinazioni (25, 26). Per quanto attiene alle linee guida per il trattamento, il manuale di Kimberly Young (2, ibidem) propone delle strategie cognitivo comportamentali per modificare l'uso del tempo e della tecnologia, gruppi di auto-mutuo aiuto

e terapie familiari. Alcuni autori propongono nei casi in comorbilità con sintomi ansiosi /depressivi l'uso di SSRI che andrebbero a ridurre le ore trascorse connessi (27). Alcuni approcci psicologici di provata efficacia nelle dipendenze sono stati replicati anche per la IAD, come quelli motivazionali e gli approcci familiari, la reality therapy e gli approcci CBT, condotti anche a scuola con riconferme di efficacia (28, 29,30).

Mancano in letteratura ad oggi dati certi sulla incidenza/prevalenza della IAD o studi sulle principali azioni di prevenzione e trattamento in atto nella realtà italiana. Sebbene non ci si discosti dalla media europea per diffusione ed uso della rete, soprattutto negli adolescenti e giovani, sembra esserci una generica conoscenza del fenomeno e pochi sono centri per la cura della dipendenza da internet.

Partendo da queste osservazioni si è voluto indagare partendo dalla realtà metropolitana milanese il livello di conoscenza di questa problematica tra gli operatori dei centri che più facilmente possono venirne in contatto: servizi neuropsichiatrici per l'infanzia e l'adolescenza (UONPIA), centri di salute mentale e servizi per le dipendenze.

In particolare si è voluto accertare l'attuale atteggiamento degli operatori delle strutture in merito alla Dipendenza da Internet mettendo in luce sia il livello di conoscenza del fenomeno che l'attenzione diagnostica posta nel verificare la presenza di comportamenti a rischio in pazienti con altre patologie, le eventuali indicazioni fornite per il trattamento della problematica, ed infine la percezione soggettiva delle risorse disponibili per individuare ed intervenire. Inoltre è stata indagata la percezione soggettiva del problema da parte degli operatori e l'interesse ad approfondire il fenomeno. Una parte della ricerca ha indagato infine la frequenza di richieste di presa in carico di pazienti con tale problematica.

## MATERIALI E METODI

La ricerca ha visto coinvolti gli operatori sanitari dei servizi milanesi che nel mese dell'indagine erano impegnati

nelle prime visite. Hanno aderito all'indagine in totale 21 Centri PsicoSociali (144 operatori), 5 Servizi per le dipendenze SerT (60 operatori) e tutte le UONPIA (56 operatori); ad ogni operatore è stato dato da compilare un questionario, in forma anonima.

Il questionario usato è stato derivato da un strumento usato per analizzare i comportamenti di Gioco d'Azzardo nei servizi dell'ASL di Pavia, riadattato per la Dipendenza da Internet sulla base dei parametri del Test "Internet Addiction Disorder" di Kimberly Young (31) e del Questionario UADI (Uso, Abuso e Dipendenza da Internet) elaborato da Del Miglio, Gamba e Cantelmi (2001) unico questionario italiano validato (32). Si è scelto di usare come traccia il questionario sui comportamenti di Gioco d'Azzardo, tematica "vicina" alla Dipendenza da Internet (Gioco d'azzardo e Dipendenza da Internet sono, infatti, entrambe dipendenze comportamentali) perché era già stato positivamente applicato nei servizi pubblici.

Il questionario usato nella sua versione finale è suddiviso in otto aree di indagine ciascuna finalizzata ad approfondire un determinato aspetto della problematica.

- Area 1: valuta le conoscenze sulla Dipendenza da Internet e le fonti di informazione;
- Area 2: valuta se all'operatore sono giunte richieste specifiche per problemi legati alla Dipendenza da Internet, se spontanee o da altri familiari, ed infine se l'operatore avesse già incontrato persone con IAD come diagnosi associata alla principale.
- Area 3: valuta se l'operatore indaga al momento dell'anamnesi la presenza di sintomi/ comportamenti legati alla Dipendenza da Internet;
- Area 4: valuta la presenza di diagnosi di IAD nei pazienti in carico all'operatore.
- Area 5: valuta cosa l'operatore ha fatto nel momento in cui si è trovato di fronte ad un paziente con problemi legati alla Dipendenza da Internet, se ha saputo dare delle indicazioni;
- Area 6: valuta se l'operatore dispone di risorse/pre-

- parazione adatte per individuare ed intervenire con persone che hanno problemi di Dipendenza da Internet;
- Area 7: valuta l'interesse dell'operatore ad approfondire il tema della Dipendenza da Internet;
  - Area 8: valuta la percezione soggettiva che l'operatore ha del problema in termini di prevalenza, di impatto sul funzionamento, sulle relazioni e sull'uso della rete.

Le 8 aree sono indagate attraverso 17 domande di cui 12 a risposta multipla e 5 in cui viene chiesto all'operatore di segnare, all'interno di una scala di valori da 1 a 10, quanto è d'accordo o in disaccordo con quanto enunciato nella domanda.

Inoltre, per quattro domande del questionario, all'operatore è chiesto di specificare, attraverso risposte aperte, la motivazione della sua risposta.

L'analisi dei risultati è stata condotta sull'intero campione e poi sono stati analizzati e confrontati i dati relativi ai tre diversi servizi.

## ANALISI STATISTICA

Ad eccezione dell'area 7 in cui si è applicato il test di Kruskal-Wallis, per i confronti fra le strutture si è applicato il test del  $\chi^2$ . I dati sono stati elaborati utilizzando il software OriginPro 8 SRo.

## RISULTATI

Hanno risposto in totale 260 operatori, di cui 144 dai CPS (55%), 60 dai SerT (23%) e 56 dalle UONPIA (22%). Le figure professionali che hanno risposto sono rappresentate per il 29% da medici, per il 17,6% da psicologi, per il 23,5% da personale della riabilitazione, per il 22% da infermieri e per l'8% da assistenti sociali.

### Analisi delle risposte per area.

**Area 1:** per quanto riguarda la **conoscenza della dipendenza da internet** il 100% degli intervistati afferma di avere almeno una generica conoscenza della Dipendenza da Internet.

Se analizziamo la fonte della informazione/formazione dichiarata dagli intervistati in base alla tipologia di struttura in cui lavorano si può notare che il 52% dei neuropsichiatri (NPI) delle UONPIA, il 29% degli psichiatri dei CPS, ma nessun medico dei SerT, ha ricavato le proprie conoscenze attraverso corsi di formazione specifici. Fra gli psicologi le percentuali di quanti hanno partecipato a corsi sono più elevate rispetto alle altre figure, soprattutto quelli delle UONPIA (63%) seguiti dal 52% degli psicologi nei CPS, nessuno degli intervistati nei Servizi delle dipendenze. Buona la percentuale dichiarata fra il personale infermieristico dei CPS (29%) e fra assistenti sociali (43%), bassa fra il personale della riabilitazione (4,7%). Nei SerT la distribuzione è simile fra le diverse figure, circa un terzo degli educatori professionali, degli assistenti sociali e degli infermieri ha partecipato a corsi sul tema.

L'informazione ricavata **riviste del settore** è dichiarata come fonte principale dai medici dei SerT (50%), interessa il 29% degli psichiatri dei CPS, il 13% dei NPI e dal 40% degli infermieri dei CPS. Appare peculiare che il 24% dei medici del CPS, il 32% dei NPI e il 50% dei medici dei SERT dichiarano di averne appreso **solo tramite pazienti**.

Se estrapoliamo dai dati solo le conoscenze dei professionisti deputati alla diagnosi possiamo notare che in proporzione sono gli psicologi intervistati che hanno una conoscenza da corsi di corsi di formazione maggiore rispetto ai medici (35%) che invece hanno una maggiore informazione derivata da riviste scientifiche (43% rispetto al 36% degli psicologi); una percentuale ridotta ne è venuta a conoscenza dai pazienti stessi (13% psicologi e 22% medici); in generale però le due categorie di professionisti non derivano la propria conoscenza del problema da fonti significativamente diverse.

Le differenze emergono se andiamo nel dettaglio dei servizi: gli psicologi più formati sono quelli che lavorano nei SERT e nelle UONPIA (51% del totale), rispetto ai colleghi dei CPS che hanno una conoscenza derivata solo dai pazienti ( $\chi^2(2) = 15.648, p = 0.0004$ ).

Significativamente diversa la formazione per i medici intervistati: il 52% dei neuropsichiatri UONPIA ed il 36% degli psichiatri dei CPS dichiarano di aver frequentato eventi di formazione rispetto ai medici dei SERT che sembrano avere ricevuto informazione solo attraverso le riviste scientifiche (50%) o dai pazienti stessi (50%) ( $\chi^2(2) = 18.632, p = 0.00009$ ).

### **Area 2/ domanda 3: “ha ricevuto richieste specifiche di consulenze per IAD?”**

Indagando invece la quantità di domande giunte ai servizi risalta come solo il 10,7% degli operatori abbia ricevuto una domanda specifica. Nello specifico una richiesta specifica per IAD arriva principalmente ai SERT (64%) seguiti dalle UONPIA (28%) e solo il 7% agli operatori dei CPS, confermando una importante diversificazione tra strutture ( $\chi^2(2) = 14.262, p = 0.0008$ ).

Se andiamo ad analizzare a quale figura professionale arriva la domanda, sono più coinvolti i medici (43%) seguiti da un 35% fra infermieri ed educatori unicamente afferenti ai SERT ove che probabilmente fanno la prima accoglienza, con una differenza significativa ( $\chi^2(2) = 10.597, p = 0.005$ ).

### **Area 3 /domanda 6 “solitamente quando fa l’anamnesi inserisce domande dirette a indagare la problematica della IAD?”**

Pur sapendo che il disturbo esiste, solo 1 su 5 operatori dei servizi metropolitani indaga la presenza di dipendenza specifica al momento della raccolta anamnestica: lo fa il 32% dei medici, il 22% degli psicologi. Se analizziamo il dato per struttura di appartenenza emerge che non fa domande specifiche per indagare la presenza del disturbo il 90% degli operatori dei CPS, non lo fa il 71,4% nelle UONPIA e non lo fa il 57% degli operatori dei SerT ( $\chi^2(2) = 30.401, p < 0.0001$ ), dato di differenza confermato anche analizzando solo le strutture per adulti ( $\chi^2(1) = 49.305, p < 0.0001$ ).

**Area 4: prevalenza e comorbidità per patologie correlate** nella fascia di utenti a maggior rischio (adolescenti nelle UONPIA, tra i 18 ed i 21 anni nelle strutture per adulti, con una attenzione alle co-diagnosi per disturbi di personalità (DP) nei CPS).

**Domanda 7 “sul totale degli adolescenti che si rivolgono a lei indicativamente quanti hanno una IAD?”:** è stato chiesto sul totale degli utenti in carico ad ogni operatore quanti avessero ricevuto una diagnosi di dipendenza da internet. Il dato non ha evidenziato differenze fra strutture: nelle UONPIA sono circa 14% degli adolescenti; nei SerT il 6% e nei CPS il 3,5% degli utenti con DP.

La domanda 8 indaga la correlazione fra presenza di una diagnosi di disturbo di personalità e IAD ed anche in questo caso la percentuale più alta è nelle UONPIA (12,4%) mentre nei CPS e nei SerT è molto bassa (3,5% e 5,09% rispettivamente).

Allo stesso modo è stata indagata la presenza di IAD in utenti che si rivolgono al servizio per altra dipendenza (domanda 9): 11% nelle UONPIA, 1,2% CPS e 4,3% nei SerT, pur non raggiungendo mai una differenza significativa tra strutture.

### **Area 5 “cosa ha fatto/indicazioni fornite in caso di IAD?” (domanda 10).**

Dalle risposte alla domanda “Se si è trovato davanti a utenti con problemi di IAD da dato indicazioni sul trattamento?” emerge che circa il 49% dei medici intervistati dichiara di fornire informazioni, rispetto al 18% degli psicologi, al 19% degli infermieri e 33% degli operatori della riabilitazione.

Se analizziamo la distribuzione per struttura emerge che sa fornire indicazioni solo il 21% del personale delle UONPIA, il 29% del personale dei CPS, mentre fra gli operatori dei SerT si arriva al 43% ( $\chi^2(2) = 6.914, p = 0.03$ ) con una differenza statisticamente significativa tra strutture e professionalità ( $\chi^2(2) = 11.043, p = 0.004$ ).

## Area 6. “ritiene di disporre di risorse per intervenire con persone con IAD?” (domanda 12)

Solo un quarto degli operatori intervistati (68/260) ritiene di avere risorse e preparazione sufficienti per poter intervenire con persone che hanno problemi legati alla Dipendenza da Internet e nello specifico il 35,7% nelle UONPIA, il 23% nei SerT e il 23,6 nei CPS, senza differenze statisticamente significative tra le strutture. Se analizziamo la figura professionale che si sente con maggiori risorse emerge quella del medico (41%), seguiti da psicologi (19%) ed educatori (18%).

## Area 7 interesse ad approfondire il tema (domanda 13).

Indagando il livello di interesse da parte degli operatori ad approfondire la loro conoscenza sulla Dipendenza da Internet si nota che, in una scala di interesse da 1 a 10, la media dei punteggi attribuiti da tutti gli operatori, è 6,05. Le strutture mostrano differenze significative (Kruskal-Wallis Anova Test:  $\chi^2(2) = 11.960$ ,  $p = 0.0025$ ) con il maggior interesse manifestato dai SerT (con media di 8).

## Area 8 È stata infine indagata la percezione soggettiva della problematica (domanda 15).

È stato chiesto al campione se nella provincia i problemi IAD fossero diffusi o meno: ha risposto il 90% degli intervistati, di cui il 60% lo ritiene abbastanza diffuso”, circa un 15% appena percettibile, un 15% invece lo reputa “molto diffuso” ed un 10% “non saprebbe definire”.

Hanno una percezione più alta del problema gli operatori dei SerT che nel 90% dei casi rispondono tra abbastanza e molto diffuso, similmente al 71% delle risposte degli operatori delle UONPIA, mentre è tra “appena” e “abbastanza” percettibile per il 71% degli operatori dei CPS. Anche in questo caso emerge una diversa percezione del problema in base alla mission della struttura in cui si lavora ( $\chi^2(4) = 59,1$   $p < 0.0001$ ).

Nell’ultima parte dell’area di indagine 8, riprendendo delle domande presenti nel test IAD e nel UADI, si

chiedeva agli operatori di rispondere ad alcune domande sull’effetto della dipendenza, attribuendo un valore, all’interno di una scala da 1 a 10, in base a quanto erano d’accordo o in disaccordo con quanto enunciato nella domanda.

Secondo gli intervistati l’uso eccessivo di Internet non interferisce negativamente con il lavoro, lo studio, i rapporti sociali (interferenza evidenziata solo dal 5,04% degli operatori dei CPS, dal 5,9% nelle UONPIA, e dal 5,93% nei SerT). Una ridotta percentuale degli operatori è convinto che le esperienze, le relazioni e le emozioni on-line siano più interessanti di quelle reali (tra il 2 ed il 3%); percentuale molto bassa anche quella degli operatori che sono convinti che in Internet tutto sia più facile rispetto alla vita reale (CPS 5,7%; UONPIA 6,4%; SerT 6,3%), aspetto questo riconosciuto anche dai ragazzi o dagli IAD.

## DISCUSSIONE

Da questa indagine, sebbene parziale perché su campione non probabilistico, condotta nei servizi sanitari che più facilmente possono intercettare il problema della dipendenza da internet emerge che circa il 10% degli intervistati ha avuto un contatto con pazienti che avevano problemi legati all’uso della tecnologia ed internet nella realtà milanese.

Dai dati emerge anche che la conoscenza del disturbo da parte delle figure classicamente deputate alla diagnosi (medici, psichiatri, neuropsichiatri) è genericamente presente, con un maggior livello di formazione diretta maturata attraverso eventi formativi tra i neuropsichiatri delle UONPIA, gli psichiatri dei CPS e gli psicologi dei SerT e delle UONPIA. La percezione della distribuzione del problema dipende dalla mission e dalla sensibilità del servizio di appartenenza per cui è percepita come molto più diffusa dagli operatori dei Sert e delle UONPIA rispetto a quelli dei CPS.

A tale conoscenza del disturbo non corrisponde però una adeguata sensibilità diagnostica, dato che solo un

---

operatore su cinque nell'area milanese indaga la presenza di IAD al momento della raccolta anamnestica. Appare peculiare che il personale più in/formato, sebbene non nella totalità del campione esaminato, sia quello operante nelle UONPIA (medici e psicologi) e nei Sert (psicologi) e pur tuttavia solo un medico su tre e solo uno psicologo su cinque di queste strutture indaga attivamente la presenza della problematica.

Sul fronte della risposta al problema, emerge che solo il 21% del personale delle UONPIA sa fornire indicazioni in casi di IAD mentre nei Sert si arriva al 43%. Nei CPS, cui giunge una utenza adulta spesso portando altre patologie come prioritarie, solo il 10% degli operatori indaga una eventuale comorbilità e solo il 29% saprebbe dare indicazioni in caso di IAD.

Il maggior carico di pazienti identificati con IAD sono attualmente afferenti alle UONPIA, perché ancora adolescenti (14% degli adolescenti in carico) e spesso noti per altre dipendenze/abusi di sostanze (11%), mentre nei Sert e nei CPS il dato è molto basso (<5%). Tuttavia molti di questi adolescenti rischiano, se non riconosciuti e adeguatamente trattati per il problema specifico, di evolvere verso quadri psicopatologici in comorbilità (depressione, apatia, ansia) e passare, compiuta la maggiore età, ai CPS dove il personale si dichiara poco formato e con poche risorse per trattare la dipendenza da internet e le sue complicanze.

Le poche risorse e la poca conoscenza sono delle aree critiche lamentate dal campione in esame (72,30%) che si sente inadeguato nel "saper riconoscere" ragazzi/adulti che hanno problemi legati all'eccessivo uso di Internet. Il tempo trascorso nella "rete", la perdita di relazioni reali, le anomalie comportamentali, sono spesso offuscate e nascoste dietro quadri di apatia o abulia, di generica "depressione" o disforia che inducono i genitori a chiedere la consulenza specialistica per questi quadri, e se il comportamento con internet non viene considerato e indagato nelle prime visite si può arrivare a mis-diagnosi che possono portare a trattamenti non sempre adeguati.

Di fatto è peculiare che da questa indagine emerga che gli operatori che intercettano maggiormente il problema della dipendenza da internet, e che hanno anche una maggior formazione sul tema specifico, sempre in base a quanto dichiarato, siano quelli che hanno meno risposte per l'utenza.

Il tema del "cosa fare" resta un aspetto critico per la maggior parte degli intervistati (il 70,84% nei CPS, al 78,58% nelle UONPIA e al 56,67% nei Sert) anche se in letteratura cominciano ad evidenziarsi protocolli di trattamento efficaci, per lo più multidisciplinari e condotti da figure professionali già presenti nei servizi in oggetto, spesso con competenze tecniche affini, come psicologi con formazione cognitivo comportamentale e in mindfulness o condotte a scuola. Anche l'interesse espresso per la tematica, che pur riconoscono diffusa, si potrebbe dire tiepido: arrivano ad una media nel campione di 6,05 (in una scala da 1 a 10). La percezione soggettiva dell'influenza della rete sul funzionamento, molto ridotta rispetto a quello che viene riportato in letteratura, si potrebbe dire filtrata dall'ottica di adulti non nativi digitali, che non percepiscono la rete come gli adolescenti, per molti dei quali è realtà quotidiana a tutti gli effetti.

Sembra che, come già accaduto per altre dipendenze, sia da sostanze che da processi, si debbano attraversare le usuali tappe partendo dal non riconoscimento della problematica a causa della non conoscenza della stessa e della sottovalutazione degli effetti negativi, alla graduale conoscenza sempre più diffusa del problema, cui si associa una maggiore attenzione scientifica e lo sviluppo di strumenti diagnostici atti ad aiutare il clinico ad identificare la presenza (o il rischio) sino alla identificazione ed attuazione di interventi specifici, che nella maggior parte dei casi richiedono una adeguata formazione.

Parafrasando lo schema di Prochaska e Clemente per le tappe della motivazione si potrebbe dire che la maggior parte degli operatori intervistati sia nella fase della *contemplazione* ma non si sono ancora veramente attivati per diagnosticare e trattare la IAD.

## CONCLUSIONI

L'indagine condotta nella realtà dei servizi sanitari milanesi mette in luce come di fatto i problemi legati alla Dipendenza da Internet siano noti e comincino ad essere diffusi, sebbene questa indagine non permetta di costruire una stima di prevalenza del disturbo.

Attualmente le strutture cui viene posta la domanda di diagnosi e cura dall'utente sono quelle della salute mentale in età evolutiva (UONPIA), dato atteso in quanto la fascia di popolazione che maggiormente utilizza internet (gli internauti) è quella giovanile, che ha una spiccata facilità di utilizzo delle nuove forme di tecnologia e delle nuove piattaforme comunicative. Nell'indagine svolta, in base alle risposte degli operatori, il 14% degli adolescenti in carico nelle UONPIA ha una problematica correlata a internet. Tale incidenza è minore nei Centri Psicosociali (3,5%) e nei SerT (6%) sempre considerando la fascia a rischio.

La necessità di sensibilizzare le strutture territoriali affinché possano accogliere questa nuova problematica nasce anche dal fatto che gli operatori, sebbene dichiarino di aver letto o sentito parlare di Dipendenza da Internet, affermano di sentirsi impreparati a identificare e gestire questi nuovi pazienti. In parte la difficoltà da molti espressa nel dare chiare ed esaurienti indicazioni di trattamento influenza indirettamente la fase diagnostica, spesso incompleta. Di fatto molti hanno dichiarato di non far domande specifiche in sede di valutazione diagnostica al fine di verificare la presenza della problematica, tanto quanto una percentuale anche maggiore di operatori di tutte le tre strutture, quando si sono trovati di fronte ad un paziente con Dipendenza da Internet, hanno avuto difficoltà a fornire adeguati suggerimenti e indicazioni. Dal momento che dalla ricerca non emergono ostacoli culturali o pregiudizi da parte degli operatori nei confronti della problematica, è possibile che gli operatori siano consapevoli della presenza del problema ma che non dispongano di strumenti adeguati per poter parametrare il fenomeno. Sembra dunque che sia fondamentale un

grande sforzo formativo affinché attraverso corsi finalizzati ad approfondire la problematica gli operatori possano disporre di adeguate conoscenze per diagnosticare ed intervenire con pazienti che manifestano problemi legati alla Dipendenza da Internet e, in questo modo, le strutture possano ritenersi pronte ad accogliere questi nuovi pazienti. Corsi di aggiornamento potrebbero essere altresì utili agli operatori per meglio definire i fattori di rischio di tale patologia e dunque per fornire loro gli strumenti per la prevenzione e per l'individuazione precoce di comportamenti devianti. È inoltre utile la promozione della prevenzione primaria sul territorio, rivolta soprattutto alle categorie maggiormente esposte al rischio di sviluppare la Dipendenza.

(1) *Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Università degli Studi di Milano*

(2) *Centro ESC – Center for Internet Use Disorders, Milano*

*Indirizzo per comunicazioni: caterina.vigano@unimi.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. Young K.S., *Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder*. 10th Annual Meeting of American Psychological Association Canada, 1996, in <http://netaddiction.com/articles/newdisorder.htm>
2. Young K., *Caught in the Net*. John Wiley & Sons, New York, 1998.
3. Schaef A.W., *When society becomes an addict*. New York NY Happer Collins, 1987
4. Block, J., *Issues for DSM-V: Internet addiction*. American Journal of Psychiatry, 165, 306-307, 2008.
5. Young K.S., *Internet addiction: symptoms, evaluations and treatment*. in VandeCreek L., Jackson T.L., Sarasota F.L., "Innovation in Clinical practice: a source book" Professional Resource Press, pp. 19-31, 1999.
6. American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali* quinta edizione, DSM V, Raffaello Cortina eds. Milano, 2014.
7. Nancy M. Petry, Rehbein F., Gentile D.A., Lemmens J.S., Rumpf H.J. et al., *An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM5 approach*. Society for the study of Addiction, 2014, 1-8.
8. Kuss D. J., *Internet gaming addiction: current perspectives* Psychological research and Behavior management 2013;6, 125-137.
9. Potenza N.B., *Should addictive disorders include non-substance-related conditions?* Addiction, 2006, 101:142-51.
10. Romano M., Osborne L.A., Truzoli R., Reed P., *Differential psychological impact of internet exposure on internet addicts*. Plos One Feb 2013, vol 8, issue 2, e55162.
11. Chiao C., Yi C.C., Ksobiech K., *Adolescent Internet use and its relationship to cigarette smoking and alcohol use: a prospective cohort study*. Addict. Behav. 2014, 39:7-12.
12. Choi K., Son H., Park M., Han J., Kim K., Lee B., et al., *Internet overuse and excessive daytime sleepiness in adolescents*. Psych. Clin. Neurosci. 2009, 63:455-462.
13. Muller K.W., Beutel M.E., Wolfling K., *Clinical characterization of internet addiction: analyses of psychopathological symptoms, level of functioning and comorbidity in a clinical sample of treatment seekers*. J. Behavioral Addictions, 2013, vol 2, suppl. 1: 25-26.
14. Kuss J.D., Griffiths M.D., Binder J.F., *Internet addiction in students: prevalence and risk factors*. Computers in human behaviour, 2013, vol 29, n3, 959-66.
15. Muller K.W., Glaesmer H., Braehler E., Wolfling K., Beutel M.E., *Internet addiction in the general population. Results from a german population based survey*. Behaviour and information technology, 2013.
16. Durkee T., Kaess M., Carli V., Parzer P., Wasserman C., Floderus B., et al., *Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors*. Addiction 2012, 107: 2210-22.
17. Fu K.W., Chan W.S.C., Wong P.W.C., Yip P.S.F., *Internet addiction: prevalence, discriminant validity and correlates among adolescents in Hong Kong* Br. J. Psychiatry, 2010, 196: 486-92.
18. Christakis D., *Internet addiction: a 21st century epidemic?* BMC Medicine, 2010, 8: 61-63.
19. Sussman S., Nadra Lisha., Mark Griffiths (2011) "Prevalence of the addiction: a problem of the majority or the minority?" Eval. Health Prof, 2011 March 34(1) 3-56.)
20. Shaw M., Black D.W., *Internet Addiction: definition assessment epidemiology and clinical management*. CNS drugs 2008; 22:353-65
21. Fu K.W., Chan W.S., Wong P.W., Yip P.S., *Internet addiction: prevalence, discriminant validity and correlates among adolescents*. Hong Kong BJ Psych, 2010, 196:486-92
22. Niemi K., Griffiths M., Banyard P., *Prevalence of pathological internet use among university students and correlation with self-esteem, the General Health Questionnaire and disinhibition*. CyberPsychology and Behavior, 2005; 8: 562-70.
23. Dong G., Lu Q., Zhou H., Zhao X., *Impulse inhibition in people with Internet addiction disorder: electro-physiological evidence from a Go/NoGo study*. Neuroscience Letters, 2010, 485: 138-142
24. Dong G., DeVito E., Du X., Cui Z., *Impaired inhibitory control in internet addictions disorders: a functional magnetic resonance imaging study*. Psychiatry Research- neuroimaging 2012, 203:2-3, 153-158

- 
25. Ha J.H., Yoo H.J., Cho I.H., Chin B., Shin D., Kim J.H.,  
*Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction.*  
J. Clin. Psychiatry, 2006, 67,5: 821-6.
  26. Truzoli R., Osborne L.A., Romano M., Reed P., *The relationship between schizotypal personality and internet addiction in university students.* Computers in Human Behavior 63, 2016, 19-24.
  27. Dell'Osso B., Hadley S., Allen A., Baker B., Chaplin W.F., Hollander E., *Escitalopram in the treatment of impulsive compulsive internet usage disorder: a openlabel trial followed by double blind discontinuation phase.* J. Clin Psychiatry, 2008, 69, 452-6.
  28. Kim J.U., *The effect of a RT group counseling program on the Internet Addiction level and self-esteem of internet addiction university students.* International J. Reality Therapy 2008, 27: 4-12.
  29. Du Jiang Vance, *A Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for internet addiction in adolescent students in Shanghai.* Australian New J Psychiatry 2010, 44(2):129-34.
  30. Cash H., Rae C.D., Steel A.H., Winkler A., *Internet addiction: a brief summary of research and practice.* Current psychiatry review, 2012, 8, 292-298.
  31. Young K.S., *The Internet Addiction Test.*  
<http://netaddiction.com/resources/test.htm>
  32. Del Miglio C., Gamba A., Cantelmi T., *Costruzione e validazione preliminare di uno strumento (UADI) per la rilevazione delle variabili psicologiche e psicopatologiche correlate all'uso di Internet.* Giornale Italiano di Psicopatologia, 2001, n.3, pp. 293-306.
  33. Del Miglio C., Gamba A., Cantelmi T.,  
<http://www.cedostar.it/uadi.htm>, 2001

# I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizofrenia paranoide

## Case report

Silvia Chianese<sup>1</sup>, Rafael Traber<sup>2</sup>,  
Laura Primerano<sup>3</sup>, Maria Restrepo<sup>1</sup>

### INTRODUZIONE

*“Mi piace; è così commovente, vero e reale. Non è naturalmente un lavoro analitico, ma dietro questa creazione s'intravede da parte dell'analista una ricerca di verità e di sapere... E malgrado la distanza dello sviluppo organico, vi è un senso di stretto rapporto, di innegabile appartenenza reciproca”.*

Così scriveva Sigmund Freud a Marie Bonaparte, nel 1937 (13) a proposito della relazione che egli aveva instaurato con i propri animali. È solo però, nel 1953 che Boris Levinson, medico psichiatra infantile americano, sistematizza una forma d'intervento di cura impiegando gli animali. Egli condusse degli studi in cui emerse come la terapia con gli animali potesse contribuire al miglioramento dello stato di salute degli esseri umani; confermando i benefici che l'uomo può trarre dall'incontro con animali educati e prevedibili.

Recenti studi hanno dimostrato come la Terapia Assistita dall'Animale (TAA) possa produrre sensibili miglioramenti in pazienti psicotici (8; 16; 11). Alcuni hanno evidenziato un miglioramento dell'autoestima, dell'autodeterminazione e la comparsa emozioni positive dopo le sessioni di TAA (16), mentre nei sintomi negativi, ad esempio della schizofrenia, non sono stati rilevati significativi miglioramenti o differenze tra i pazienti che hanno beneficiato dell'intervento e quelli del gruppo di controllo.

In precedenza, negli ultimi decenni, alcune ricerche si erano già concentrate nello specifico, sul beneficio dell'applicazione dei TAA nei casi di pazienti con fragilità emozionali e pazienti ricoverati in strutture psichiatriche (14; 3; 1; 21). Attualmente, i contesti nei quali questi interventi si sviluppano, con notevoli benefici per le persone, aumentano generando nuovi e vivaci campi di applicazione come quello del trattamento della demenza (18), dei disturbi ansioso e depressivo (4) e i disturbi correlati allo sviluppo (17). I risultati di questi studi descrivono una riduzione degli stati d'ansia statisticamente significativa in pazienti con disturbi psicotici e disturbi dell'umore, dopo le sessioni di TAA (8; 4; 22).

Partendo da questi presupposti, presso la Clinica Psichiatrica Cantonale di Mendrisio, in Svizzera è stato ideato un Programma di Terapia Assistita dagli Animali, grazie al quale numerosi pazienti, attraverso interventi sia individuali sia di gruppo, hanno potuto sperimentare e trarre beneficio dall'incontro con dei cani che, accompagnati dalla loro conduttrice, formata nell'esercizio di TAA, hanno favorito l'attivazione di emozioni, sentimenti e esperienze relazionale significative nel percorso terapeutico.

A questo punto, però, si rende necessario spiegare cosa siano e come si svolgano i Programmi Assistiti dagli Animali, soprattutto al fine di chiarire il motivo che ha portato all'attuazione proprio di questo particolare tipo di intervento.

Iniziamo con precisare che con il termine Programmi Assistiti dagli Animali vengono inclusi quei programmi che erroneamente sono chiamati “pet therapy” e che prevedono l'impiego di animali domestici all'interno di progetti educativi, terapeutici o di carattere più generale, ma sempre allo scopo di generare beneficio all'uomo.

La TAA è un intervento che ha obiettivi specifici

predefiniti, in cui un animale che risponde a determinati requisiti è parte integrante del trattamento. La TAA è diretta da un professionista con esperienza specifica nel campo, nell'ambito dell'esercizio della propria professione. La TAA ha l'obiettivo di favorire il miglioramento delle funzioni fisiche, sociali, emotive e/o cognitive (queste ultime si riferiscono alle capacità di pensiero ed intellettive) e viene effettuata in gruppi o individualmente in diversi ambienti. Questo processo viene documentato e valutato" (10).

Dal punto di vista legislativo, in Italia attualmente ogni singola regione in accordo con lo stato redige le sue norme e i suoi regolamenti in particolare facendo riferimento a quanto stabilito dal *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 28 febbraio 2003. Recepimento dell'accordo recante disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e da pet therapy. (GU n.52 del 4-3-2003)* (9).

Fra i vantaggi attribuiti alla TAA, si trova la qualità della relazione. Con persone disturbate gli animali trovano un canale preferenziale, una sorta di accesso più facile per entrare in contatto riuscendo a volte a sbloccare condizioni patologiche cronicizzate negli anni.

A livello affettivo/emozionale l'animale, poiché dà un affetto gratuito ed incondizionato, favorisce sentimenti di autoestima e sicurezza di sé (15). Dal momento che esso si pone con un atteggiamento non giudicante e di accettazione davanti a qualsiasi tipo di patologia, favorisce l'espressione spontanea dei sentimenti e dei comportamenti delle persone cui viene a contatto.

L'animale può promuovere il controllo dell'ansia, della paura ed una miglior gestione della frustrazione attraverso un rapporto rassicurante e positivo che instaura con i pazienti. Coloro che vengono a contatto con l'animale possono mettere in atto dei meccanismi di proiezione dei propri vissuti emotivi su di lui, che diventa un mediatore emozionale tra il mondo interno

ed il mondo esterno (12).

A livello cognitivo l'attività assistita con l'animale può contribuire a favorire le capacità d'attenzione, concentrazione e conoscenza poiché esso funge da stimolo anche per sviluppare capacità di memoria, di pensiero induttivo e di logica nell'organizzazione di determinate sequenze operative.

La TAA ha delle valenze psicosociali in cui si può riscontrare un miglioramento delle capacità relazionali e di interazione dei soggetti coinvolti. Nell'ambito terapeutico, la presenza dell'animale può contribuire a facilitare la relazione con le figure professionali che ruotano attorno ai pazienti (medici, psicologi, infermieri ecc...) e quindi una maggior accettazione del trattamento di cura.

L'animale quindi costituisce uno stimolo nuovo alla curiosità rendendo possibile il contatto e una comunicazione non convenzionale: persone in difficoltà possono entrare in relazione con il mondo esterno anche utilizzando moduli di comportamento e di comunicazione non verbale, gestuale e ludico.

## IL CASO DI ANTONELLA

Paziente nata a Zurigo nel 1972, diagnosi di schizofrenia di lunga evoluzione. Multipli ricoveri caratterizzati da episodi allucinatori che comprendono una forte carica aggressiva.

Antonella appare come una donna senza radici, senza un passato. Durante i ricoveri, inizialmente non sembra possibile raccogliere la sua cronistoria, in parte a causa del linguaggio poco comprensibile in parte perché le informazioni tra i curanti vengono perse e mai riorganizzate. I dati anamnestici vengono quindi raccolti attraverso l'osservazione clinica, le cartelle ospedaliere e in un secondo momento vengono confrontate con le informazioni raccolte dal precedente curante psichiatra.

Il padre è deceduto a causa di un carcinoma alla cute quando lei aveva soli 5 anni, dopodiché si è trasferita in

---

Spagna con la mamma. In un primo momento la madre l'aveva affidata ad una famiglia e successivamente a diversi istituti di tipo religioso. A 15 anni è andata in un collegio in Spagna settentrionale, ed ha rivisto la madre per le ultima volta, poiché la signora si è poi risposata, rifiutandosi da allora d'incontrarla.

Per quanto concerne la formazione scolastica, Antonella frequenta i corsi regolarmente e senza difficoltà fino a circa 16 anni. La prima lingua imparata è stato lo spagnolo, e in un secondo momento il tedesco e l'italiano. A 22 anni si trasferisce in Germania per perfezionare il tedesco. Lì allaccia alcuni rapporti con taluni parenti, che manterrà negli anni e vedrà per le festività principali. Questi momenti fanno parte di quei pochi ricordi che rievoca con piacere.

Rispetto all'anamnesi psicopatologica l'esordio psichiatrico sembra si possa collocare all'età di 16 anni quando Antonella inizia a manifestare sintomi depressivi quali abulia, apatia e perdita di slancio vitale. A 17 viene presa a carico da un psicologo.

A partire dai 23 anni (nel 1995) ella comincia a manifestare i primi sintomi psicotici e affettivi: deliri di stampo persecutorio, stati angoscia, umore deflesso e pensieri suicidali. Esegue così 4 ricoveri in Germania. Sembra che il maggiore fattore di stress scatenante negli scompensi sia l'interruzione delle relazioni sentimentali.

Nel 2002, a 30 anni, Antonella viene inserita in una comunità specializzata per pazienti psicotici sita a Berzona, in Ticino. Il quadro clinico si stabilizza e in alcuni momenti Antonella sembra riuscire a recuperare alcune competenze funzionali come disegnare, leggere, scrivere e persino guidare, oltre che nell'ambito relazionale in cui instaura relazioni amicali significative. Tuttavia in alcuni momenti emergono sintomi negativi come apatia, abulia e anedonia. Dopo la chiusura della comunità per

psicotici, dove ella era inserita, Antonella è andata a vivere per pochi mesi da sola in un proprio appartamento nella città di Locarno, in Ticino. Da allora il quadro clinico è notevolmente peggiorato con depauperamento progressivo delle risorse personali.

Effettua il primo ricovero presso la nostra struttura, la Clinica Psichiatrica Cantonale, in settembre del 2004 per un grave scompenso psicotico.

Da allora Antonella eseguirà diversi ricoveri senza più raggiungere un buon compenso psichico. Vista la frequenza e la durata dei ricoveri nel 2008 i curanti hanno deciso di collocare la paziente presso gli appartamenti protetti del Centro Abitativo, Ricreativo e Lavorativo (CARL), il quale è una struttura demedicalizzata, per ospiti cronici stabilizzati.

### **Aspetti clinici**

L'equipe implicata in questo progetto ha conosciuto Antonella per la prima volta durante il ventitreesimo ricovero presso la Clinica Psichiatrica Cantonale. Una donna di ormai 39 anni. Parla da sola con una gestualità piuttosto marcata e una mimica iperespressiva, imbronciata, a tratti arrabbiata. Incute timore, gli operatori la descrivono come un caso complesso, grave e che spesso ha creato situazioni di difficoltà a causa della sua aggressività.

Il quadro clinico nel corso degli anni sembra essere significativamente peggiorato con deterioramento cognitivo e perdita delle capacità funzionali: Antonella non è in grado di parlare fluentemente, scrivere o disegnare. Spesso presenta stati confusionali. La memoria risulta difficile da valutare a causa della gravità dei sintomi. L'eloquio è logorroico, difficilmente interrompibile, i nessi logici sono scarsi, il linguaggio è incoerente, Antonella mischia l'italiano, lo spagnolo e il tedesco senza portare a termine una frase o periodo di senso compiuto. Il contenuto del pensiero è alterato dalle costruzioni deliranti

prevalentemente di stampo persecutorio. Sono presenti dispercezioni uditive e visive; Antonella spesso parla di uno spagnolo che le dice che è una *prostituta e che non vale niente*. Il tono dell'umore è disforico e irritabile. L'affettività è angosciata. L'istinto vitale è poco conservato più volte è stata ritrovata nuda su ponti dell'autostrada senza apparente motivo, e spesso durante i colloqui parla di morte e di intenzioni suicidal. Si alternano momenti di agitazione diffusa a momenti di appiattimento emotivo, con conseguente apatia e abulia. È difficile distinguere frammenti di fantasie da ricordi e da fatti reali, così che anche la semplice raccolta anamnestica risulta difficile.

Negli ultimi due anni il numero e la durata dei ricoveri sono aumentati esponenzialmente, ma le modalità all'ammissione sono sempre le stesse: agiti aggressivi verso il personale curante, forte angoscia e allucinazioni visive e uditive pervasive. Si è giunti così nel corso degli anni alla diagnosi di *Schizofrenia paranoide, decorso continuo*. Davanti ad un caso così complesso era inevitabile porsi alcuni interrogativi sul progetto terapeutico e sulle risorse disponibili.

Pertanto le domande posteci, sono state: come curare senza essere vissuti dalla paziente come persecutori e poi come conseguenza essere aggrediti? Quale setting scegliere e quale terapia effettuare con una donna la cui relazione più significativa sembra essere quella dello "spagnolo", ovvero il personaggio frutto del suo costrutto allucinatorio, la sua allucinazione uditiva? come recuperare parte delle risorse perse?

Si è notato che durante i primi scompensi i progetti di cura includevano non solo la terapia farmacologica ma anche numerosi interventi di riabilitazione, in particolare nell'area lavorativa e relazionale, con buoni risultati.

Nel 2011 un gruppo di lavoro costituito da medici, psicologi e infermieri ha cercato di ricostruire la storia

clinica della paziente e ad elaborare strategie terapeutiche che permettessero ad Antonella di recuperare le proprie competenze funzionali e potenziare il raggiungimento di un quadro psichico stabile. La paziente ha così potuto beneficiare di una presa a carico più intensiva e di un approccio integrato medico-infermieristico e psicologico, ma soprattutto di un percorso terapeutico TAA oltre che farmacologico. Significativi sono stati gli incontri puntuali eseguiti per confronto e necessari a raggiungere gli obiettivi terapeutici proposti.

Da un'attenta analisi dei dati clinici pervenuteci dai precedenti curanti e dall'osservazione clinica effettuata durante le ultime degenze sono stati formulati i *foci d'intervento*. Ne sono stati isolati principalmente due nell'ambito delle relazioni: il *sistema di attaccamento* e i *meccanismi proiettivi*. Per quanto riguarda il *sistema dell'attaccamento* Antonella presenta alcune difficoltà nel percepire chiaramente gli affetti che prova: le mancano sensazioni di calore, di amicizia e di tenerezza, ma anche affetti come la tristezza e la colpa. Al posto di questi avverte un senso di agitazione dettata da impulsi di ordine primordiale. Inoltre, il contatto affettivo quando si riesce ad stabilire, s'interrompe facilmente o risulta fallimentare.

Per quanto concerne i *meccanismi proiettivi* si nota come Antonella investa i suoi stati emotivi intensi e disorganizzati sull'altro, infatti, ella non appare in grado di verbalizzare tali contenuti angoscianti. Spesso ella mette in atto agiti aggressivi, in particolare verso il personale curante che tenta d'instaurare relazioni significative con lei. Antonella non sembra in grado di riuscire ad integrare affetti negativi come la rabbia e l'angoscia. Essi non possono essere né controllati né simbolizzati, così che le proprie spinte aggressive si traducono in agiti violenti, scarsamente modulabili attraverso la regolazione.

### **Gli incontri di TAA**

La partecipazione di Antonella nel programma di TAA

---

della CPC è stato proposto dal medico di riferimento del reparto in accordo con l'equipe interdisciplinare pensando in un primo momento ai benefici che potrebbe apportarle a livello della gestione degli impulsi aggressivi. Gli incontri hanno avuto luogo una volta alla settimana, nel parco o in uno spazio adeguato all'interno della Clinica, con una durata di circa 1 ora a seduta, durante la quale si svolgevano attività di accudimento dei bisogni primari dell'animale come il nutrirlo o spazzolarlo e attività di relazione e accompagnamento. Gli animali coinvolti sono stati due cani che si sono alternati nel corso degli interventi.

Inizialmente, valutata l'imprevedibilità della paziente e dei suoi agiti, abbiamo avvicinato l'animale con cautela prevedendo la presenza sia della conduttrice di TAA cane sia del medico, in modo che la prima si occupasse specificatamente della sicurezza del cane, mentre la seconda potesse gestire la dinamica relazionale con la paziente stessa.

Dal principio, si è notato come la paziente si tranquillizzasse alla presenza del cane inoltre alcuni aspetti imprevedibili di esso non sembravano essere fonte di frustrazione per Antonella. Infatti, in talune circostanze il cane sceglieva un tragitto o un'attività alternativa a quello inizialmente stabilito e questo non modificava il percorso terapeutico in atto.

Dopo qualche sessione, Antonella si è aperta al dialogo anche con la conduttrice. Una volta constatata la completa assenza di comportamenti aggressivi, si è deciso che gli incontri potessero svolgersi con la esclusiva presenza della conduttrice che ha una formazione come psicologa.

La riduzione del gruppo degli operatori così come il tipo di attività proposte alla paziente, principalmente compiti che hanno implicato il prendersi cura dell'animale, hanno contribuito a far sentire Antonella più al

sicuro. Tutto questo le ha consentito di poter proiettare sul cane alcuni stati emotivi. In particolare, ella ha iniziato ad attribuire alcune emozioni al cane come la tristezza o la paura, che non erano proprie dell'animale ma della paziente stessa.

Grazie alla relazione con gli animali, è stato possibile lavorare sulle proiezioni emotive della paziente e in un secondo momento sulla gestione; in particolare della rabbia, di cui è divenuta maggiormente consapevole e poi in grado di controllarla.

Nonostante le difficoltà di concentrazione nelle attività e che per tutto il tempo degli incontri la tendenza fosse di passare da un argomento all'altro senza apparenti nessi logici, nelle occasioni in cui le si chiedeva di concentrarsi sul cane (proponendole attività come lo spazzolamento del manto del cane, la preparazione del cibo o portarlo a passeggio), Antonella sembrava più adeguata e attenta all'animale e alle sue esigenze.

La relazione con i cani, per altro, ha favorito la nascita di un rapporto di fiducia reciproco tra lei e la conduttrice. Nel complesso, Antonella ha sviluppato con gli animali coinvolti nel progetto relazioni affettuose e di fiducia che le sono servite per aprirsi maggiormente e trovare col terapeuta uno spazio di ascolto e di sostegno. A nostro avviso anche la scelta del setting ha influito notevolmente sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici. In particolare negli spazi chiusi è stato possibile strutturare con maggiore precisione gli interventi e questo ha favorito in Antonella una maggiore attenzione e organizzazione al compito.

### **Vantaggi generali dell'intervento**

Nel caso di Antonella la TAA ha contribuito ad un processo di acquisizione di competenze a livello relazionale come la *consapevolezza dell'altro*, grazie alla presa di coscienza degli effetti (negativi o positivi) che le proprie

---

azioni hanno su altrui, in questo caso l'animale con cui è stato in contatto.

In genere i cani hanno sempre provocato in Antonella entusiasmo e piacere. Si è affezionata in un modo sano, cioè senza incorrere negli eccessi possessivi incontrollabili che invece si sono verificati per esempio nei pazienti con un disturbo di personalità di tipo borderline coinvolti in questo tipo di approccio terapeutico.

L'*attenzione fluttuante* descritta da Freud e poi rielaborata da Bion (Freud, 1938; Bion, 1996), che caratterizza gli stati psicotici gravi come quello di Antonella, sfonda il limite della percezione dei desideri e bisogni altrui. Siamo stati positivamente sorpresi dal fatto che malgrado queste difficoltà, durante gli incontri di TAA, Antonella abbia sempre avuto un buon rapporto con l'animale; si è sempre preservata dal fare del male all'animale, e nei momenti in cui si accorgeva di essere particolarmente sofferente a livello psichico, esternava la sua difficoltà di rimanere vicina ad esso; atteggiamento molto diverso da quello osservato nei confronti degli operatori o degli utenti della Clinica, con i quali in diversi momenti di disagio, Antonella esternava la sua aggressività attraverso diversi passaggi all'atto.

Altri benefici riguardano l'*identificazione degli spazi* propri e di quelli altrui, aspetto che è stato percepito anche da altri operatori esterni al progetto. La psicologa che seguiva Antonella, racconta come lei si presentasse nel suo studio in assenza di un colloquio prefissato e chiedendo di poter essere ricevuta subito, apparentemente senza accorgersi della presenza nello studio di altri pazienti. Dopo alcuni mesi di terapia, l'atteggiamento di Antonella era mutato, ella stessa infatti quando il proprio curante era impegnato in un colloquio, era in grado di chiedere di fissare un appuntamento, e poi usciva riconoscendo che quello era un momento riservato a qualcun altro.

Durante il corso della TAA, Antonella non ha più presentato episodi di aggressività per cui ha potuto rientrare presso l'appartamento dove risiedeva precedentemente proseguendo la presa a carico psichiatrica, psicologica e soprattutto l'approccio relazionale con il cane. Antonella si trovava in una fase di relativo buon compenso psichico, e non vi erano stati episodi di violenza fisica né verso gli operatori né verso altri pazienti. Pensiamo che questo sia in buona parte dovuto al beneficio che ha ottenuto dalla TAA.

### **Difficoltà dell'intervento**

È noto che quando si affronta la dimensione intrapsichica di un paziente affetto da schizofrenia, una delle sfide maggiori risiede nella difficoltà di afferrare il senso e la struttura del suo messaggio. Il blocco di tipo associativo che sembra caratterizzare il processo di pensiero di Antonella, ha reso difficile soprattutto nella fasi iniziali la comprensione in alcuni interventi di TAA. A tratti Antonella, era agitata e irrequieta, sembrava non riuscisse a comprendere cosa stesse accadendo nel contesto ambientale circostante, in tali situazioni si decideva di sospendere l'attività con l'animale con l'obiettivo di proteggere entrambi. Una delle difficoltà principali in queste circostanze è stata identificata nell'impossibilità di riprendere l'accaduto nella sessione successiva dovuta al deficit di mentalizzazione della paziente.

### **Discussione**

Grazie al confronto fra le diverse figure terapeutiche che si sono occupate di Antonella, è emerso il bisogno di creare un progetto di carattere interdisciplinare che permettesse ai curanti un approccio terapeutico diversificato che tenesse conto della gravità della patologia e la tendenza controtransferale della paziente di scindere e annientare i progetti proposti. La scelta ha favorito la TAA, che grazie alla mediazione dell'animale, avrebbe facilitato il trattamento degli aspetti relazionali, che pur scarsi e difficili, costituivano la principale possibilità di

---

intervento nella paziente. A livello della relazione ci sono stati due *foci* di intervento il *sistema di attaccamento* e i *meccanismi proiettivi*.

Sebbene il concetto di madre “schizofrenogena” sia oramai ampiamente superato, non lo è l’interesse riguardo al background familiare di soggetti che sviluppano schizofrenia. A questo riguardo, è noto che i traumi relazionali precoci nell’ambito delle relazioni genitoriali, quali fallimenti di sintonizzazione nello stile d’attaccamento rappresentano significativi fattori di rischio nello sviluppo di disturbi psicotici (7).

Le relazioni parentali caratteristiche dei soggetti psicotici si collocherebbero nello stile genitoriale definito “Affectionless Control”, caratterizzato da iperprotezione e scarso accudimento affettivo (19). Come conseguenza i soggetti affetti da questi disturbi riportano spesso un sentimento di estraneità e di irrealtà, che conduce ad uno stile di relazione chiuso (5). Questa tipologia di relazione riproduce quella instaurata nelle primissime fasi di vita con la principale figura di attaccamento.

Tenendo in conto queste premesse, l’abbordaggio terapeutico di questa pz aveva come obiettivo l’istaurare una relazione che permettesse introdurre elementi di stabilità in una modalità di attaccamento caratterizzata per l’instabilità (2).

Il *sistema deficitario di attaccamento* delle strutture psicotiche include anche la difficoltà di stabilire relazioni empatiche con gli altri. Winnicott intende per empatia: “la capacità di mettersi nei panni altrui, che richiede l’appianamento dei confini tra il sé e l’altro” (23); per cui è indispensabile la possibilità per l’adulto di entrare in contatto con le parti primitive di sé e vivere esperienze di accudimento. In questo senso l’esperienza di TAA ha permesso ad Antonella il risveglio di alcuni tratti di holding, che costituiscono uno sviluppo importante

visti i rapporti scarsi e conflittuali con la propria figura materna. Questo tipo di esperienza se praticata in modo costante può ripercuotersi positivamente sulla capacità di riconoscere gli stati emotivi altrui; è importante sottolineare che in questo caso, lo sviluppo di questa capacità sarà pur sempre limitato dalla percezione persecutoria legata al disagio psichico della paziente.

Contemporaneamente sono stati affrontati i *meccanismi proiettivi* della paziente. Durante le sessioni di TAA, con relativa facilità, Antonella ha attribuito i suoi sentimenti e le sue emozioni all’animale. Quest’attribuzione proiettiva opera di frequente nella psicosi assieme alla scissione delle proprie qualità ritenute “buone” e “cattive”, ed è il meccanismo alla base della paranoia (Racamier, 1993). Se la proiezione di stati emotivi è tipica dei pazienti con questo tipo di disturbo, si potrebbe ipotizzare che il reale beneficio consisterebbe nell’interpretazione di questi contenuti proiettivi, per il contrario questo costituisce un grande rischio nell’utilizzo di questo tipo di intervento terapeutico.

La proiezione, spesso carica di contenuti deliranti, costituisce una forma difensiva di comunicazione che negli psicotici gravi deve essere preservata data la sua funzione protettiva. Una non accurata interpretazione, oppure il tentativo di analizzare o smontare le difese comporta un alto rischio di scompensamento.

D’altra parte, il vero beneficio dell’approccio TAA in pazienti con questo tipo di patologia è la possibilità di avvicinarsi all’interpretazione trattando i conflitti superficiali, per esempio, parlando delle incidenze minori del quotidiano con l’animale e poi, a poco a poco, se possibile andare verso i conflitti più gravi e profondi.

Le tendenze distruttive dello psicotico, lo portano a rinunciare alla relazione oggettuale, non ama perché amare equivale a distruggere. Quest’affermazione è certa per Antonella, che però d’altra parte è alla ricerca disperata di compagnia; questa ambivalenza e la rottura relazionale che ne deriva è stata nella sua storia all’origine

---

di diversi scompensi. La possibilità offerta dalla TAA di una mediazione dell'animale ha permesso ad Antonella di non sentirsi giudicata; opportunità rassicurante, se parliamo di una paziente paranoide, che ha facilitato le sue espressioni affettive e l'avvicinamento a livello relazionale.

## CONCLUSIONI

La paziente ha tratto diversi benefici dalla TAA che sebbene riguardino la relazione con l'animale possono avere delle ripercussioni nel complesso delle relazioni interpersonali. Questi benefici consistono nella capacità di modulare i propri stati emotivi; nel rispetto dei bisogni e dei tempi dell'animale; nell'anticipo delle conseguenze di un suo comportamento sull'animale, sia positivo sia inadeguato, tutto ciò senza aver paura dei riferimenti o attitudine giudicante altrui.

La difficoltà principale è stata rilevata nell'identificare come propri gli stati emotivi che sono stati attribuiti all'animale e come conseguenza l'impedimento di un uso terapeutico interpretativo dei contenuti proiettati.

Alcuni benefici secondari ottenuti dalla TAA, sono stati la possibilità di ricostruire la storia clinica e personale di Antonella e la formulazione di foci d'intervento specifici che hanno permesso così di evitare la trappola dell'impotenza che spesso il paziente psicotico mette in atto attraverso agiti impulsivi. In questo modo l'equipe curante ha potuto creare un progetto con alcuni presupposti stabili che tenesse conto degli aspetti psicopatologici propri della malattia e allo stesso tempo delle risorse reali della paziente.

## RIASSUNTO

- *Scopo:* Questo articolo descrive un progetto di TAA, in una paziente schizofrenica paranoide con cui, a causa della gravità dei sintomi, si erano rivelati fallimentari altri interventi terapeutici. La scelta di La terapia assistita dall'animale (TAA) ha avuto come obiettivo principale la gestione degli impulsi aggressivi della paziente.
- *Metodi:* Nel contesto di un approccio integrativo, la paziente ha partecipato a 45 sessioni di TAA per un periodo di 15 mesi alla fine delle quali l'esperto di TAA ha valutato l'intervento attraverso delle griglie descrittive sugli effetti di ogni singola sessione. Gli incontri regolari con i curanti della paziente hanno permesso di monitorare in dettaglio il raggiungimento degli obiettivi proposti.
- *Risultati:* I risultati hanno evidenziato un miglioramento in alcune aree funzionali in particolare quella relazionale e affettiva, la modulazione degli stati emotivi e la diminuzione della aggressività, in un contesto intrapsichico caratterizzato da gravi deficit di mentalizzazione e di degrado cognitivo. Nessun cambiamento è stato evidenziato a livello strutturale confermando i risultati di studi precedenti che non hanno rilevato un miglioramento rispetto ai sintomi negativi nel disturbo schizofrenico come beneficio associato a questo tipo di terapia. Conclusioni: Il presente studio di caso conclude che in pazienti schizofrenici, il beneficio nella relazione con l'animale tratto dalla TAA può estendersi ad un miglioramento delle relazioni interpersonali anche in pazienti fortemente compromessi.
- *Parole chiave:* schizofrenia, sistema di attaccamento, stati emotivi, terapia assistita dall'animale.

---

## SUMMARY

- *Aims:* Animal Assisted Therapy (AAT) refers to the interaction between trained animals and humans with the mediation of a therapist who assists in the healing aims. This article describes an AAT project in a schizophrenic inpatient with whom, because of the gravity of the symptoms, other therapeutic interventions had failed. The main aim was the control of aggressive impulse.
- *Methods:* From an integrative approach, the patient participated in 45 weekly sessions over a 15 month period, in which the specialist then composed an evaluation describing the effects and results of every session. Through regular meetings with different therapists, the patient's progress was monitored in detail and these studies provided results for the intervention.
- *Results:* The results show the improvement in some functional areas, especially relational and affective ones. There is also improvement in the emotional state and a reduction in the aggressiveness level. In no sense a change in the psychotic structure had been observed, confirming previous research results which didn't find any statistically significant improvement in the negative symptoms displayed in schizophrenia disorder.
- *Conclusion:* This case analyse concludes that the benefit of TAA on a relational, interpersonal level which improves clinical aspects and the well-being even in a very disturbed patient.
- *Key words:* schizophrenia, attachment system, emotional states, animal assisted therapy.

(1) ARCO, Comunità Terapeutica Per Minorenne

(2) Clinica Psichiatrica Cantonale. Canton Ticino, direttore

(3) Servizio Psicosociale Cantonale

Clinica Psichiatrica Cantonale – Mendrisio, Svizzera

Per comunicazioni: Maria Restrepo, + 41-0919600190,

mariarestrepo@hotmail.com

## BIBLIOGRAFIA

1. Allen K., Blascovich J., Tomaka J., Kelsey R., *Presence of human friends and pet dogs as moderators of autonomic responses to stress in women.* J pers Soc Psychol, 1991, 61: 582-89.
2. Baldoni F., *Aggressività, comportamento antisociale e attaccamento*, in: Crocetti G., Galassi D., (a cura di) Bulli Marionette. Bullismi Nella Cultura Del Disagio Impossibile. Pendragon, Bologna, 2005, pp. 39-67.
3. Barker S., Dawson S., *The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients.* Psychiatric Services, 1998, 49: 797-801.
4. Barker S., Pandurangi A., Best A., *Effects of animal assisted therapy on patients anxiety, fear and depression before ECT.* J ect., 2003, 19: 38-44.
5. Beiser M., Erickson D., Fleming J., Iacono W., *Establishing the onset of psychotic illness.* Am Journal of Psychiatry, 1993, 150: 1349-54.
6. Bion W., *Cogitations. Pensieri.* Roma: Armando Editori. (Edited by F.Bion). London: Karnac Books, 1996.
7. Bowlby J., *Costruzione E Rottura Dei Legami Affettivi.* Raffaello Cortina Edit., Milano, 1982.
8. Cheng I., Chao-Yin L., Chi-Tzu S., Jung L., *The effect of animal-assisted activity on inpatient with schizophrenia.* Journal of psychosocial nursing, 2009, 47, 12: 42-63.
9. Cirulli F., Borgi M., Berry A., Francia N., Alleva E., *Terapie Assistite Con Gli Animali In Italia. Attualità, Prospettive E Proposte De Linee Guida.* (rapporti ISTISAN, 07/35) Roma: Istituto Superiore Di Sanità, 2010.
10. Cirulli F., Borgi M., Berry A., Francia N., Alleva E., *Animal-assisted interventions as innovative tools for mental health.* Ann Ist Super Sanità, 2011, 47, 4: 341-48.
11. Connor K., Miller J., *Animal assisted therapy: an in-depth look.* Dim. Critical care nursing, 2009, 18: 195-205.
12. Falasconi A., Bochicchio F., *Manuale Di Terapia Assistita Con Animali.* Magi, edit., Roma, 2011.
13. Freud S., *Compendio di Psicoanalisi* (1938), in Opere, vol. XI. Boringhieri, Torino, 1979.
14. Holcomb R., Meacham M., *Effectiveness of an animal-assisted therapy program in an inpatient psychiatric unit.* Anthrozoös, 1989, 2: 259-64.
15. Katcher A., Beck A., Marshall E., *Between Pets and People: The Importance of Animal Companionship.* Purdue University Press, London, 1996.
16. Kovács R., Kis S., Rózsa L., Rózsa R., *Animal-Assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study.* Clinical Rehabilitation, 2004, 18: 483-86.
17. Martin F., Farnum J., *Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorder.* West J nurs res., 2011, 24:657-70.
18. Marx M., Cohen M., Regier D., Dakhell A., Srihari A., Thein K., *The impact of different dog-related stimuli of engagement of person with dementia.* AM J Alzheimer dis other demen, 2010, 25: 37-45.
19. Parker G., Fairley M., Greenwood J., Jurd S., Silove D., *Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia.* British Journal of Psychiatry. 141: 573-81.
20. Racamier P., *Il Genio delle Origini: Psicoanalisi e Psicosi.* Raffaello Cortina, Roma, 1993.
21. Siegel J., *Stressful life events and use of physician services among the elderly: the moderation role of pet ownership.* J pers Soc Psychol, 1990, 58: 1081-86.
22. Tower R., Nokota M., *Pet companionship and depression: results from a united internet sample.* Anthrozoös, 2006, 19: 13
23. Winnicot D., *Gioco e Realtà*, D. trad. Giorgio Adamo e Renata Gaddini. Roma, Armando Editori, Roma, 1974.

# L'efficacia del ricovero nel SPDC del S. Pertini di Roma

*Studio retrospettivo decennale nei pazienti dimessi dal 2003 al 2012*

Carlo Maci<sup>1</sup>, Francesco Franco<sup>2</sup>

## INTRODUZIONE

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), è un servizio dipartimentale collocato dentro un ospedale generale con D.E.A. di II livello.

Secondo quanto ci ha ricordato Thornicroft e Tansella (1) il ricovero psichiatrico ospedaliero è una componente importante ed indispensabile nella rete dei servizi di salute mentale per il trattamento e la cura di situazioni cliniche caratterizzate da scompensi psicopatologici acuti.

Peraltro questo mandato istituzionale, per alcuni aspetti chiaro e definito, risente nel nostro caso di alcune criticità prossimali rilevanti come: la mancanza nella regione Lazio di posti letto in SPDC, il lavorare in un ospedale della regione Lazio con il più alto numero di consulenze psichiatriche in P.S., le frequenti richieste di prolungare il ricovero di un paziente da parte dei possibili invianti istituzionali, la necessità di correlare i tempi di ricovero rispetto alle differenti situazioni cliniche presenti in SPDC, il mantenere definito il senso del ricovero rispetto a richieste non pertinenti afferenti in Pronto Soccorso e non ultimo il costo elevato di una giornata di degenza ospedaliera. Questi aspetti prossimali si sono nel tempo dimostrati centrali nell'indurci a cercare di definire meglio il senso del ricovero in SPDC e quindi ad interrogarci sulla reale efficacia del ricovero nel nostro SPDC riguardo alle differenti criticità presenti nel paziente ricoverato; di conseguenza ci è apparsa utile la ricerca di una sorta di "gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC" rispetto al tipo di paziente ricoverato, alla sua gravità clinica e/o

alla sua gravosità di cura, alla sua diagnosi di dimissione ed alle sue maggiori aree problematiche presenti al momento del ricovero.

Infine ci siamo chiesti se il nostro assetto di risposta rispetto ad un presunto gradiente di pertinenza al ricovero sia eventualmente cambiato nel tempo o comunque se si sia modificato in alcuni nostri aspetti processuali del ricovero, in un SPDC comunque di una metropoli in continua trasformazione. Il nostro

interrogativo principale era se l'esperienza clinica individuale e di gruppo di lavoro ci possa aver portato ad individuare sempre meglio e sempre prima quelle situazioni che possono portare ad un esito processuale del ricovero utile, desiderabile e praticabile a fronte di possibili situazioni che invece pur presentando criticità, anche molto forti, sono poco affrontabili in un ricovero in SPDC, poco modificabili e quindi poco pertinenti con il nostro tipo di risposta assistenziale e di cura che possiamo proporre realisticamente. A questo riguardo ci è sembrato utile interrogarci sull'ipotesi che differenti valutazioni di esito potessero portare ad una maggior definizione del senso e del significato del ricovero in SPDC, a partire da un attento e mirato filtro clinico in Pronto Soccorso.

## METODI

Questo nostro studio nasce dall'esperienza pluriennale del gruppo di lavoro del SPDC nell'utilizzare, come strumento valutativo dell'efficacia del ricovero, la scheda HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales - (2), scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale; tale scala è stata tradotta in italiano nel corso della ricerca HoNOS 2 (3). È uno strumento multidimensionale sviluppato specificamente per l'uso abituale nei servizi di salute mentale, indicato sia per la valutazione di problemi di tipo clinico che psicosociale e comprende 12 scale (vedi tabella 1) divise per quattro aree cliniche: problemi comportamentali-problemi di deficit cognitivi- problemi psicopatologici - problemi

psicosociali; ciascuna scala viene valutata con un punteggio da 0 (nessun problema) a 4 (problema grave o molto grave). Se la valutazione non è possibile per mancanza d'informazioni si utilizzerà il punteggio 9 (non noto).

La modalità di utilizzo della scheda HoNOS ha riproposto un acquisito "punto di forza" del nostro lavoro in SPDC e ci riferiamo al lavoro clinico d'équipe che contempla l'assegnazione di ogni paziente a due operatori (uno psichiatra ed uno psicologo o assistente sociale); l'équipe lavora insieme nei colloqui individuali, nei colloqui familiari e negli incontri con i referenti esterni, sia privati che pubblici.

Tale lavoro ha la finalità di poter formulare un progetto di ricovero che tenga coerentemente conto sia delle osservazioni di tutto il gruppo di operatori del SPDC (assistenza infermieristica, vita di reparto, riunioni serali, incontri multifamiliari...) e sia dell'assetto progettuale proposto ed atteso da parte del sistema di cure esterno, senza tralasciare la pesatura e la qualità delle risorse presenti nel contesto relazionale in cui il paziente è inserito.

Orbene quindi la scheda HoNOS al momento dell'ingresso in reparto può essere compilata o dallo psichiatra che ha ricoverato il paziente o da uno dei due operatori di riferimento, mentre alla dimissione la scheda viene compilata da uno dei due operatori di riferimento del paziente in reparto. Come campione di studio sono stati considerati tutti i pazienti dimessi dal 1 gennaio 2003 al 31 dicembre 2012.

Abbiamo quindi analizzato 4204 ricoveri relativi a 2452 pazienti, di cui 1329 maschi (54,2%) e 1123 donne (45,8%). Di tutti i pazienti considerati 1853 hanno avuto un solo ricovero e 599 più ricoveri (in media 1,7 ricoveri per paziente).

Tra tutti i ricoveri abbiamo avuto il 79,8% di TSV (3357) ed il 20,2% di TSO (847).

Tutti i pazienti del campione sono stati raggruppati, secondo la diagnosi di dimissione, in 8 gruppi diagnostici evidenziati nella seguente tabella.

Diagnosi	Codici ICD9-CM
Psicosi Organiche	290, 291, 292, 293, 294, 310
Schizofrenie/stati paranoici	295, 297
Psicosi affettive	296
Altre psicosi	298, 299
Disturbi di personalità	301
Dipendenze	303, 304, 305
Nevrosi	300, 302, 306, 307, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 316
Oligofrenie	317, 318, 319

I pazienti dimessi con diagnosi altre sono rientrate nel gruppo di pazienti dimessi con diagnosi non psichiatriche.

Tutti i pazienti inclusi nello studio sono stati valutati sia all'ingresso che alla dimissione tramite la compilazione della scheda HoNOS.

Ma non tutte le compilazioni sono risultate valide tali da poter essere considerate nello studio; difatti abbiamo avuto 322 ricoveri che presentavano almeno un punteggio 9 (non noto) su uno dei 12 item della scala all'ingresso e 291 ricoveri presentavano almeno un punteggio 9 (non noto) su uno dei 12 item della scala all'uscita. Quindi 328 ricoveri, su un totale di 4204, sono stati esclusi dal punteggio totale delle HoNOS per la presenza di almeno un punteggio 9 (non noto) in un item.

Da tutte le schede HoNOS valide sono stati tratti i seguenti dati: punteggio HoNOS all'ingresso, miglioramento clinico (differenza tra HoNOS ingresso ed HoNOS dimissione), differente pesatura per i singoli items e per le quattro sottoscale HoNOS (Problemi comportamentali, Deficit cognitivi, Sintomi psicopatologici, Problemi sociali). Inoltre i dati HoNOS sono stati poi confrontati, incrociandoli, con delle singole

variabili cliniche: età, sesso, presenza di trattamenti e/o di ricoveri psichiatrici precedenti il ricovero in SPDC, TSV/TSO, utilizzo della contenzione fisica, durata della degenza, diagnosi di dimissione.

I dati emersi dal totale dei pazienti sono stati poi analizzati statisticamente sia nell'insieme che nei tre trienni del periodo di studio (2004-2006; 2007-2009; 2010-2012), escludendo il primo anno (2003) da questo confronto poiché probabilmente può aver risentito ancora di una nostra fase iniziale di affinamento formativo sullo strumento HoNOS, che noi come DSM abbiamo adottato dal 2000.

È stata inoltre valutata l'efficacia degli effetti del trattamento nella pratica attraverso la misura dell'Outcome Effect Size (OES) e della Reliable and Clinically Significant Change (RCSC). L'OES è stato calcolato dividendo la differenza tra il punteggio all'ingresso e quello alla dimissione per la deviazione standard del punteggio all'ingresso. La RCSC, che individua i soggetti migliorati in maniera riproducibile e clinicamente significativa, è stata calcolata considerando come migliorati i pazienti che avevano avuto una riduzione nel punteggio totale della HoNOS  $\geq 7$  punti fra ingresso e uscita (cambiamento riproducibile) ed erano scesi al di sotto del cut-off di 12, cut-off che separa la categoria dei pazienti gravi da quelli non gravi (4).

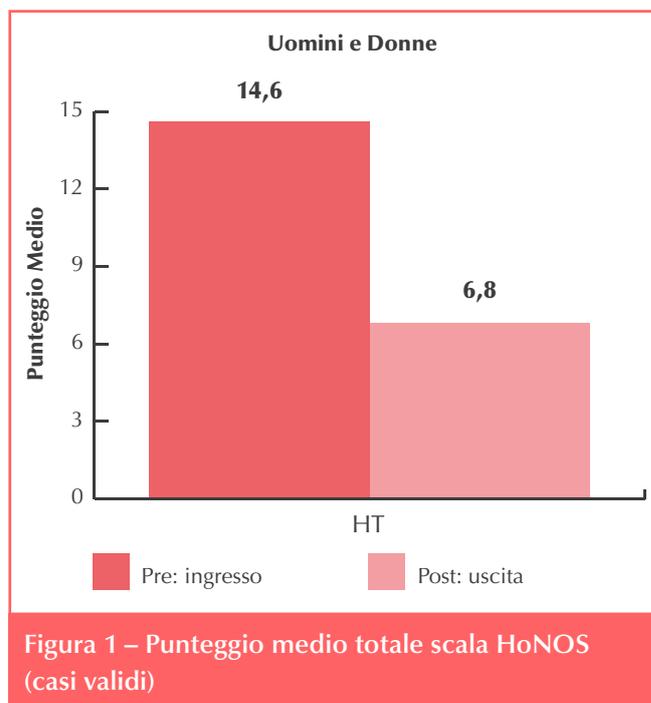
I determinanti del miglioramento riproducibile e clinicamente significativo sono stati poi analizzati mediante un modello di regressione logistica multipla con errori standard robusti (per tenere conto della correlazione intra-soggetto nei ricoveri ripetuti) considerando come variabili indipendenti: il sesso, l'età ed i punteggi all'ingresso dei 12 item della scala HoNOS.

## RISULTATI

Una prima analisi dei dati ha riguardato i punteggi medi totali dei pazienti ricoverati nel nostro SPDC sia all'ingresso che alla dimissione: nello specifico all'ingresso in reparto abbiamo avuto un valore medio alla Honos di

14,6 ed alla dimissione un valore medio di 6,8 (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test:  $z=53,9$ ,  $p=0,000$ ).

Tali punteggi sembrano in linea con i dati emersi da una ricerca sull'efficacia degli SPDC della regione Lombardia dove i punteggi medi all'ingresso erano 14,9 (5). Vedi *Figura 1*.



Tali valori medi non sembrano risentire del sesso del paziente e nemmeno dell'età dei pazienti, salvo una certa accentuazione del divario tra le due rilevazioni nei pazienti più giovani (14-17 aa) e nei pazienti più anziani (> 65 aa).

La nostra osservazione dei dati si è poi soffermata sul confronto tra le quattro sottoscale HoNOS (C: Problemi Comportamentali, item 1,2,3; DC: Problemi di Deficit Cognitivi, item 4,5; PP: Problemi Psicopatologici, item 6,7,8; PS: Problemi Sociali, item 9,10,11,12) e la maggior efficacia del ricovero, utilizzando la differenza tra punteggi all'ingresso ed alla dimissione.

Tale *confronto* ha evidenziato, con un'elevata significatività statistica, la maggior efficacia del ricovero in SPDC per i pazienti che presentavano elevati punteggi all'ingresso sia per i Problemi Comportamentali che per

i Problemi Psicopatologici; confermando indirettamente una maggior efficacia per quei pazienti con quadri clinici più pertinenti con il ricovero in SPDC; tale rilevazione è in linea con i dati emersi dalla ricerca sugli SSPPDDCC lombardi (5).

A seguire anche i dati per singoli item confermano evidenze già presenti in letteratura ovvero il fatto che sono predittivi di un ricovero in SPDC l'associazione di punteggi elevati agli item: 1 (Comportamenti aggressivi e/o agitati) e 6 (allucinazioni e deliri). Vedi *Figura 2* e *Figura 3*.

Si sono poi confrontati i punteggi HoNOS con la presenza o meno di precedenti trattamenti e/o ricoveri psichiatrici antecedenti il ricovero in SPDC. A questo riguardo non si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'ingresso tra i pazienti con precedente trattamento psichiatrico e quelli senza precedente trattamento psichiatrico, mentre nei punteggi medi totali all'uscita la differenza è risultata essere significativa (7,1

vs 5,7; Wilcoxon rank-sum test:  $z=5,3$ ,  $p=0,000$ ). Tra i pazienti con un solo ricovero psichiatrico e quelli con più di un ricovero psichiatrico nel periodo di studio non si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'ingresso e all'uscita.

Nei tre diagrammi sottostanti sono riportati i punteggi medi all'ingresso e all'uscita dei pazienti al primo ricovero senza trattamenti precedenti, dei pazienti al primo ricovero psichiatrico e con trattamenti psichiatrici precedenti e dei pazienti con ricoveri e trattamenti psichiatrici precedenti. Si sono registrati:

- un punteggio all'ingresso di 14,4 per i pazienti (11,8% del totale pazienti) al primo ricovero psichiatrico e senza trattamenti psichiatrici precedenti
- un punteggio all'ingresso di 13,8 per i pazienti (15,8%) al primo ricovero psichiatrico e con trattamenti psichiatrici precedenti
- un punteggio all'ingresso di 14,8 (72,1%) per i pazienti con ricoveri e trattamenti psichiatrici precedenti.

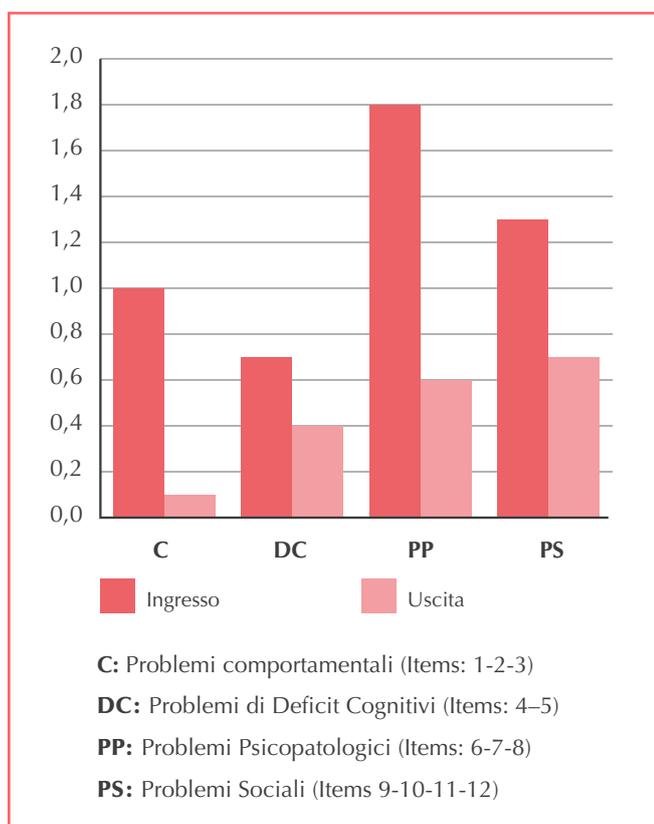


Figura 2 – Punteggio medio sottoscale HoNOS per tipo di problema

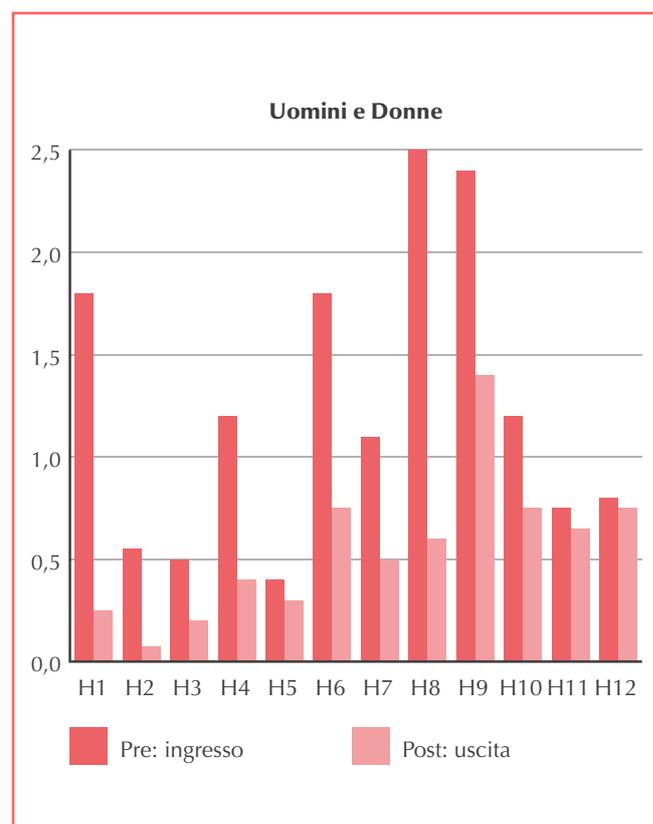


Figura 3 – Punteggio medio scala HoNOS (casi validi)

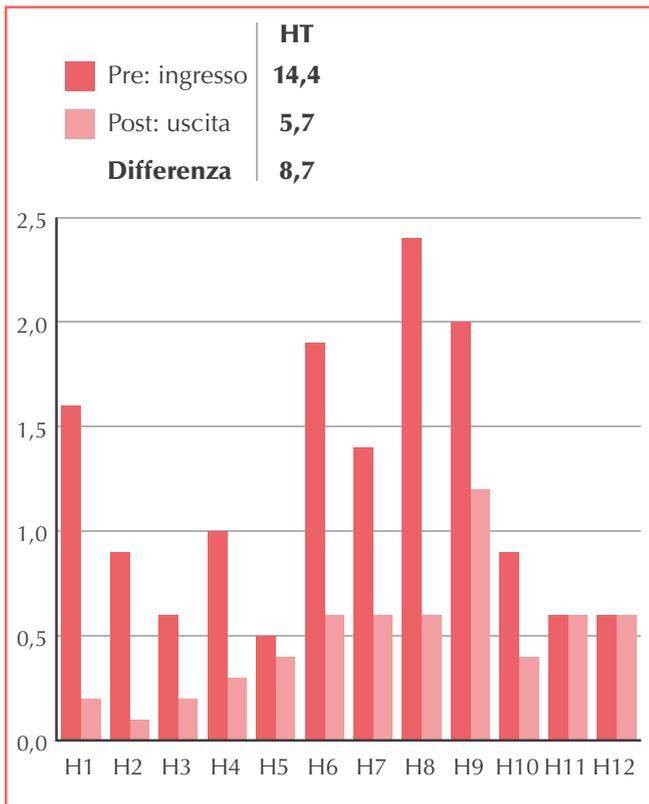


Figura 4a – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

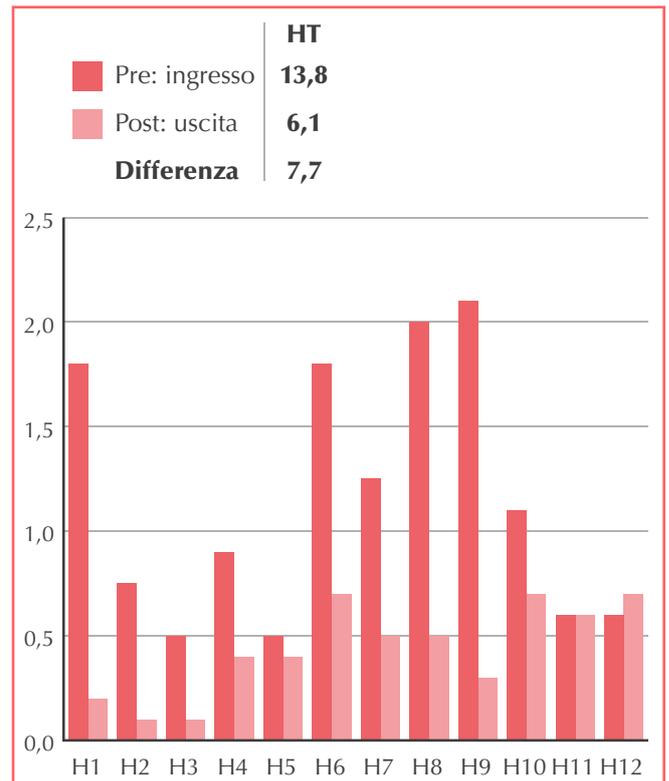


Figura 4b – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

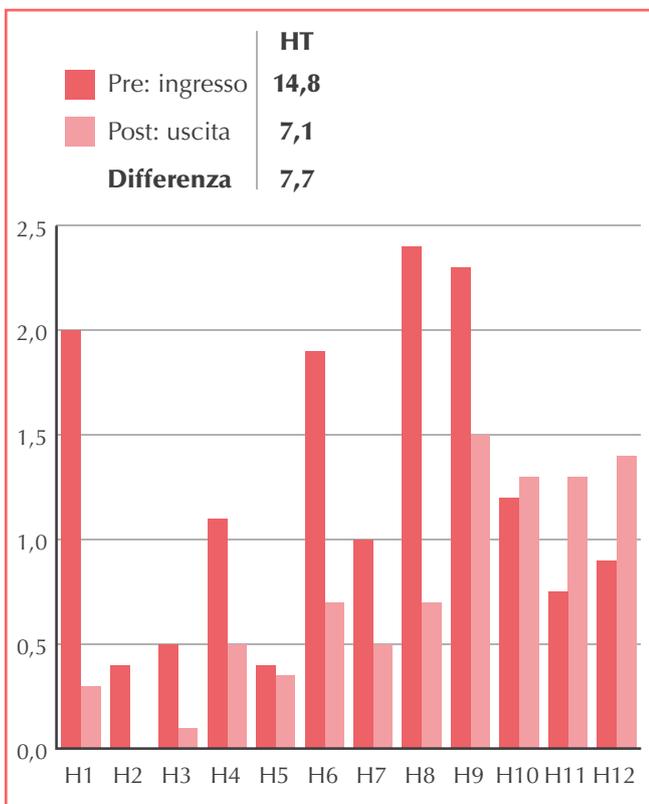


Figura 4c – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

Da questi diagrammi si è evidenziato come il nostro SPDC lavori perlopiù con pazienti che presentano già “una storia psichiatrica di peso”, difatti nel 72,1% sono pazienti già in trattamento psichiatrico e con precedenti ricoveri psichiatrici.

Un’ultima notazione è quella che il maggior miglioramento, anche se di un punto solo ( $8,7 > 7,7$ ), riusciamo ad averlo con pazienti senza una storia psichiatrica all’ingresso e che rappresentano comunque una piccola quota parte, 11,8% dei pazienti ricoverati.

Passando poi ad analizzare i punteggi HoNOS con l’utilizzo della contenzione fisica abbiamo rilevato differenze significative nei punteggi HoNOS delle due rilevazioni tra i pazienti con o senza un episodio di contenzione fisica.

Difatti tra i pazienti con almeno un episodio di contenzione fisica nei ricoveri ed i pazienti senza un trattamento di contenzione fisica si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all’ingresso ( $17,0$  vs  $14,3$ ;

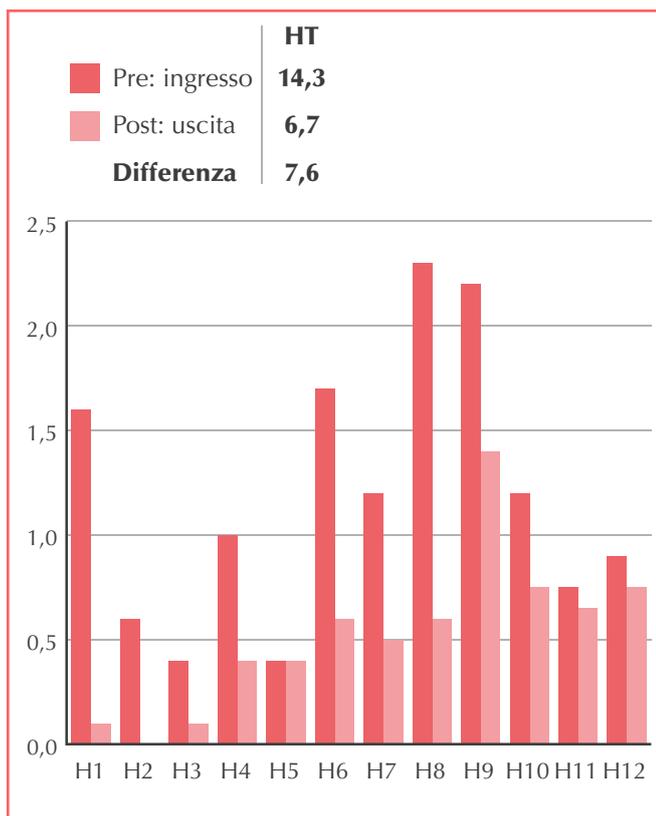


Figura 5a – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

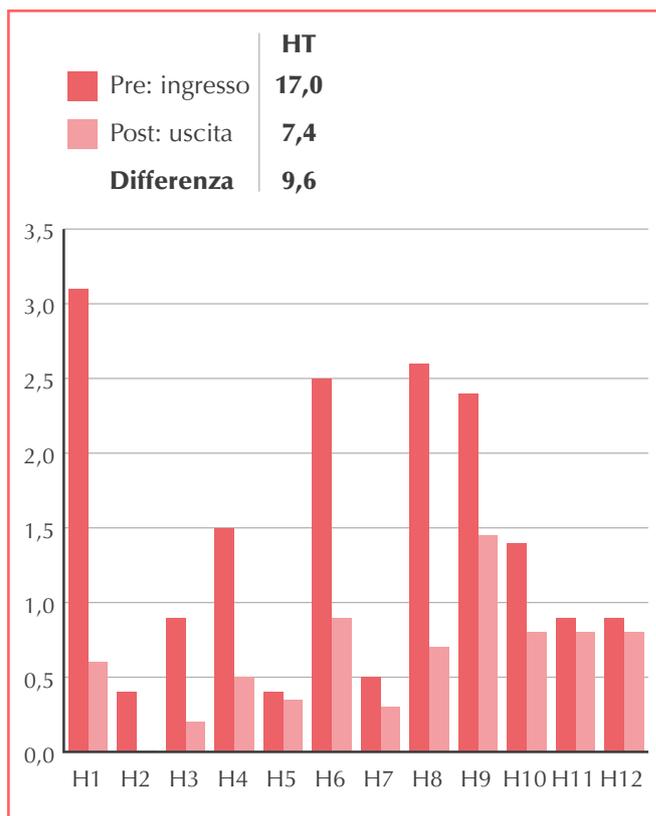


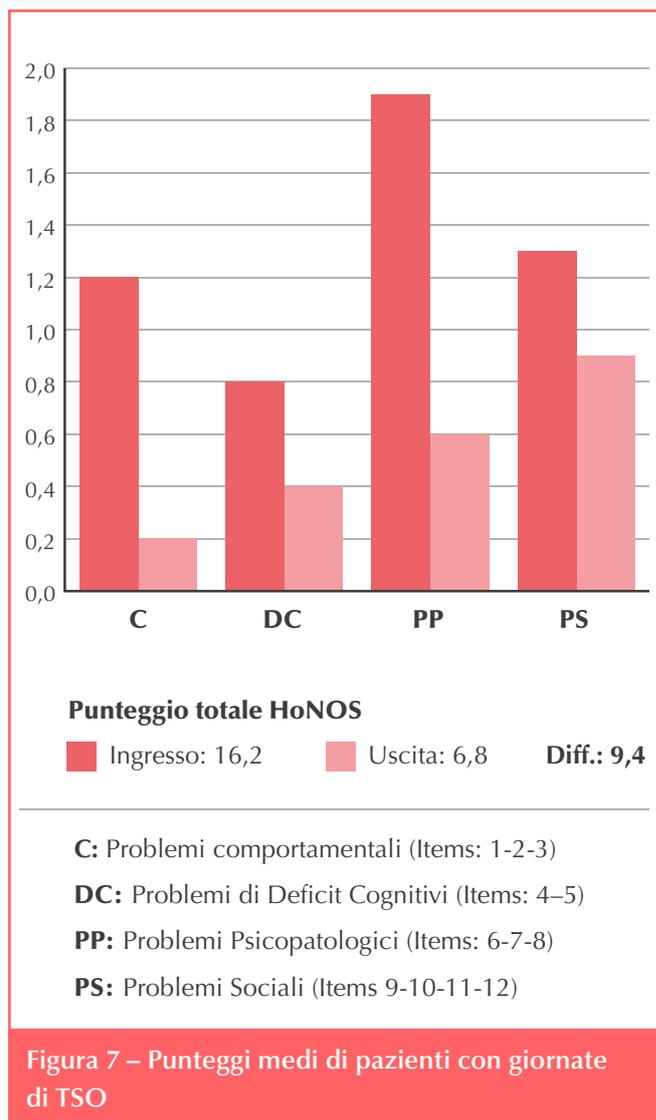
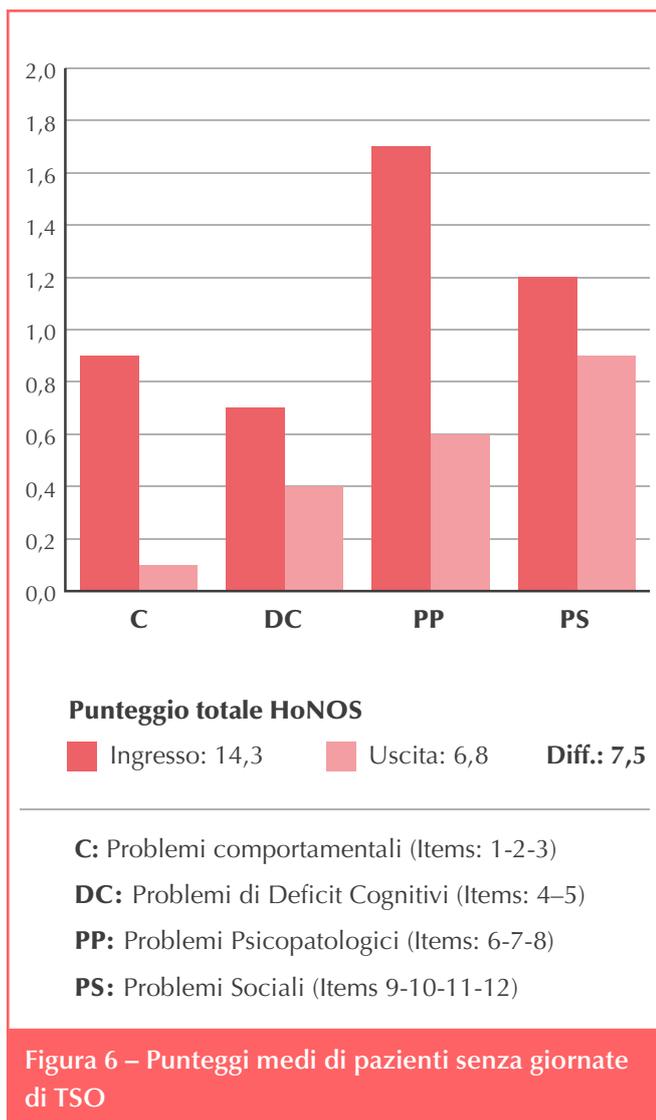
Figura 5b – Punteggio medio scale HoNOS (casi validi)

Tabella 1a – Punteggi medi di pazienti senza giornate di TSO

	Problemi Comportamentali (Items: 1-2-3)	Problemi di Deficit Cognitivi (Items: 4-5)	Problemi Psicopatologici (Items: 6-7-8)	Problemi Sociali (Items: 9-10-11-12)	Punteggio Totale
<b>Pre: ingresso</b>	0,9	0,7	1,7	1,2	<b>14,3</b>
<b>Post: uscita</b>	0,1	0,4	0,6	0,9	<b>6,8</b>
<b>Differenza</b>	<b>0,8</b>	<b>0,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,3</b>	<b>7,5</b>

Tabella 1b – Punteggi medi di pazienti con giornate di TSO

	Problemi Comportamentali (Items: 1-2-3)	Problemi di Deficit Cognitivi (Items: 4-5)	Problemi Psicopatologici (Items: 6-7-8)	Problemi Sociali (Items: 9-10-11-12)	Punteggio Totale
<b>Pre: ingresso</b>	1,2	0,8	1,9	1,3	<b>16,2</b>
<b>Post: uscita</b>	0,2	0,4	0,6	0,9	<b>6,8</b>
<b>Differenza</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>	<b>1,3</b>	<b>0,4</b>	<b>9,4</b>



Wilcoxon rank-sum test:  $z=9,7$ ,  $p=0,000$ ) e all'uscita (7,4 vs 6,7; Wilcoxon rank-sum test:  $z=2,3$ ,  $p=0,023$ ). In particolare si è evidenziato un valore quasi doppio dell'item 1 (comportamenti aggressivi o agitati) e dell'item 3 (problemi legati all'uso di alcool e droghe) nei pazienti con almeno un episodio di contenzione fisica durante il ricovero in SPDC.

Questo punteggio di elevato miglioramento nei pazienti con almeno un episodio di contenzione fisica (9,6) lo ritroviamo anche se confrontiamo il gruppo dei pazienti in TSO con quello dei pazienti in TSV (non in TSO); difatti rileviamo anche qui il miglioramento maggiore (9,4) passando da un punteggio all'ingresso di 16,2 al 6,8 in uscita, uguale a quello dei pazienti in TSV che invece erano entrati con un punteggio di 14,3. Quindi sembra

abbastanza condiviso e definito, nel nostro gruppo di lavoro, il momento del quando dimettere un paziente dal punto di vista clinico, al di là del quadro sindromico d'entrata. Si veda *Tabella 1*, *Figura 6* e *Figura 7*.

Abbiamo poi correlato il punteggio all'ingresso con la durata della degenza e comprensibilmente abbiamo rilevato come un punteggio più alto all'ingresso in reparto sia predittivo di una degenza più lunga.

**Durata media dei giorni di degenza dei pazienti con punteggio totale HoNOS all'ingresso minore del 5° percentile (punteggio: 7), maggiore del 95° percentile (punteggio: 24) o compreso fra il 5° e il 95° percentile.**

	Media (DS)	Confronti	p-value*
5°-95° percentile (1)	11,5 (11,7)	(1) vs (2)	0,0000
< 5° percentile (2)	7,6 (5,9)	(2) vs (3)	0,0009
> 95° percentile (3)	14,6 (17,4)	(1) vs (3)	0,0000
<b>Totale</b>	<b>11,4 (11,9)</b>		<b>0,0001</b>

DS: Deviazione Standards

\*Kruskal- Wallis Test; Adjusted p-value for significance: 0,0083

La nostra osservazione dei dati si è poi sviluppata nel confronto tra gruppi diagnostici (Psicosi Organiche, Schizofrenie/Stati Paranoidi, Psicosi Affettive, Altre Psicosi, Disturbi di Personalità, Dipendenze da sostanze, Nevrosi, Oligofrenie, Diagnosi non Psichiatriche) ed i punteggi totali HoNOS all'ingresso, sempre tenendo conto della distinzione per percentile e quindi dei punteggi estremi sia per eccesso che per difetto, i "fuori media", non compresi nel 5° - 95° percentile.

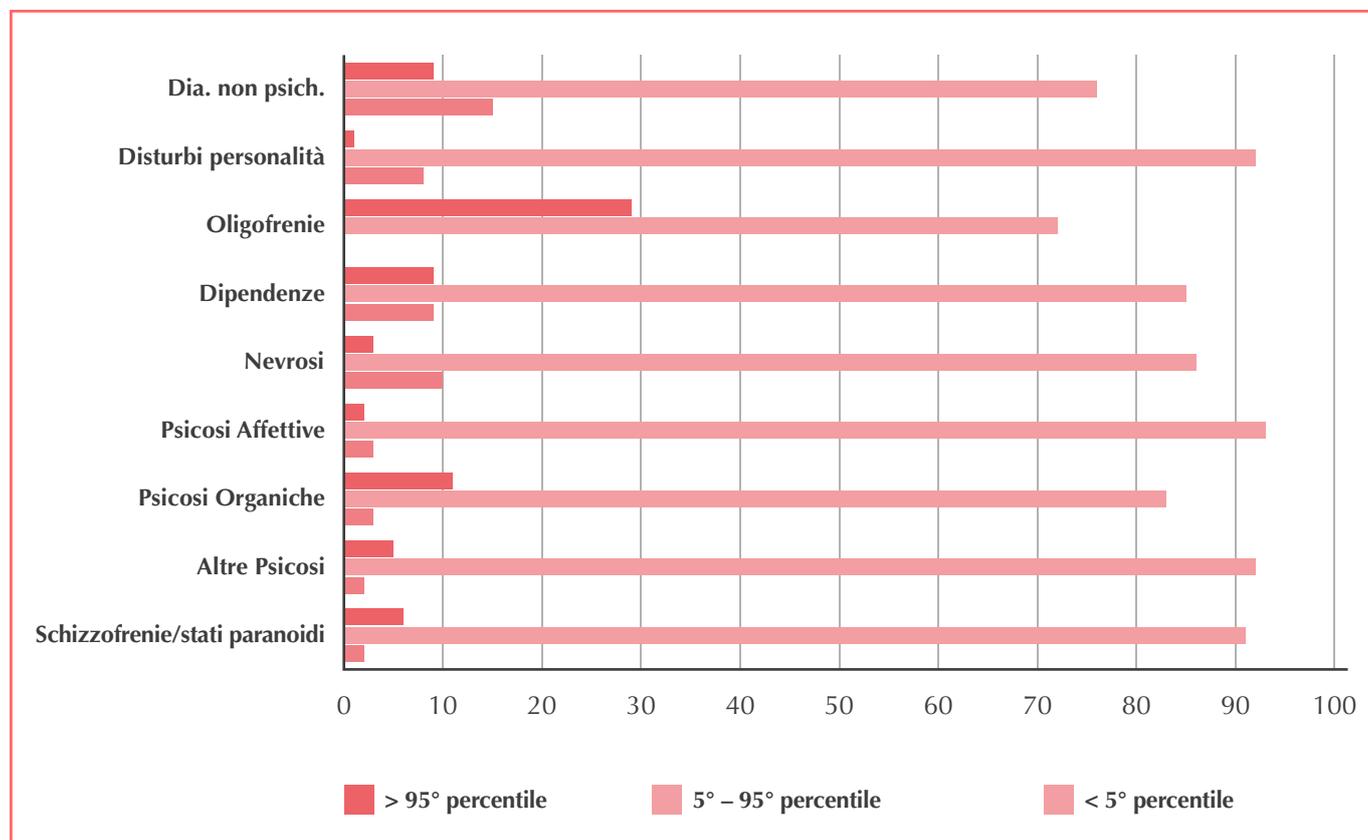
**Distribuzione per gruppo diagnostico dei pazienti con punteggio Totale HoNOS all'ingresso minore del 5° percentile (punteggio: < 7), fra il 5° e il 95° percenti-**

**le (punteggio: 7 - 24) o maggiore del 95° percentile (punteggio: > 24).**

Tale diagramma segnala chiaramente come i pazienti con punteggio più alto all'ingresso, "fuori media", siano quelli con diagnosi "meno pertinenti" con il mandato istituzionale di un SPDC; ci riferiamo alle diagnosi di Oligofrenie, di Psicosi Organiche, di Dipendenze ed alle diagnosi non psichiatriche.

Possiamo ipotizzare, in primo luogo, come questi pazienti possano aver presentato fenomeni clinici di facciata fuorvianti o quantomeno inducenti aspettative confuse dal ricovero, con possibili "invarianti" che "premono" più o meno consapevolmente per deleghe tecniche totalizzanti, improprie e insidiosamente foriere di coperture di altre criticità significative.

Sottogruppi di item possano essere differentemente "pesati" nelle diverse diagnosi e a questo fine abbiamo raggruppato le diagnosi in tre gruppi ben distinti e che potessero rilevare il "differente gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC".



Si veda a questo riguardo i diagrammi sottostanti:

**Tabella 2a – Punteggi medi gruppo di pazienti con diagnosi: Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi**

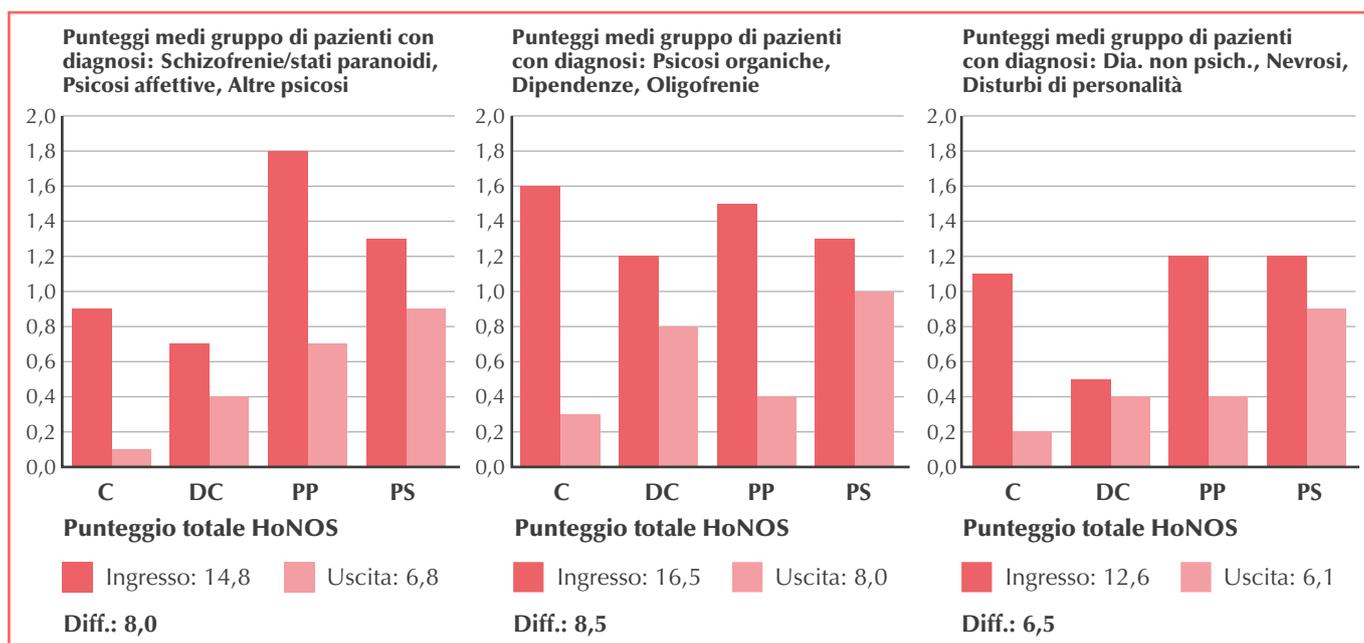
	<b>C: Problemi Comportamentali</b> (Items: 1-2-3)	<b>DC: Problemi di Deficit Cognitivi</b> (Items: 4-5)	<b>PP: Problemi Psicopatologici</b> (Items: 6-7-8)	<b>PS: Problemi Sociali</b> (Items: 9-10-11-12)	<b>Punteggio Totale</b>
<b>Pre: ingresso</b>	0,9	0,7	1,8	1,3	<b>14,8</b>
<b>Post: uscita</b>	0,1	0,4	0,7	0,9	<b>6,8</b>
<b>Differenza</b>	<b>0,8</b>	<b>0,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,4</b>	<b>8,0</b>

**Tabella 2b – Punteggi medi gruppo di pazienti con diagnosi: Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie**

	<b>C: Problemi Comportamentali</b> (Items: 1-2-3)	<b>DC: Problemi di Deficit Cognitivi</b> (Items: 4-5)	<b>PP: Problemi Psicopatologici</b> (Items: 6-7-8)	<b>PS: Problemi Sociali</b> (Items: 9-10-11-12)	<b>Punteggio Totale</b>
<b>Pre: ingresso</b>	1,6	1,2	1,5	1,3	<b>16,5</b>
<b>Post: uscita</b>	0,3	0,8	0,4	1,0	<b>8,0</b>
<b>Differenza</b>	<b>1,3</b>	<b>0,4</b>	<b>1,1</b>	<b>0,3</b>	<b>8,5</b>

**Tabella 2b – Punteggi medi gruppo di pazienti con diagnosi: Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità**

	<b>C: Problemi Comportamentali</b> (Items: 1-2-3)	<b>DC: Problemi di Deficit Cognitivi</b> (Items: 4-5)	<b>PP: Problemi Psicopatologici</b> (Items: 6-7-8)	<b>PS: Problemi Sociali</b> (Items: 9-10-11-12)	<b>Punteggio Totale</b>
<b>Pre: ingresso</b>	1,1	0,5	1,2	1,2	<b>12,6</b>
<b>Post: uscita</b>	0,2	0,4	0,4	0,9	<b>6,1</b>
<b>Differenza</b>	<b>0,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,8</b>	<b>0,3</b>	<b>6,5</b>



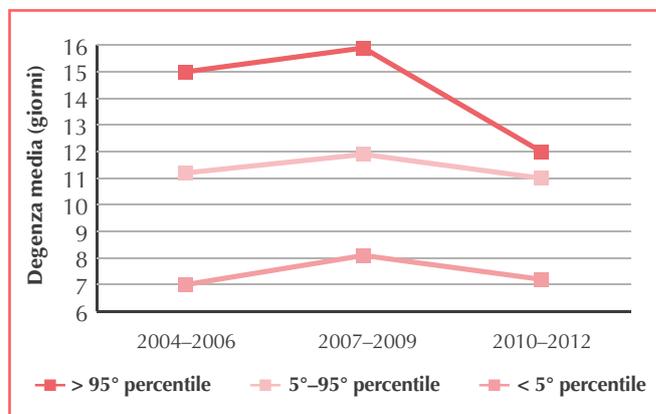
Appare evidente come nel primo gruppo diagnostico (Schizofrenie, Psicosi Affettive ed Altre Psicosi), la maggior pertinenza al ricovero in SPDC si accompagna a punteggi elevati della sottoscala PP (Problemi Psicopatologici) associati ad un discreto aumento della sottoscala C (Problemi Comportamentali – con miglioramento dell'item agitazione/aggressività); mentre la minor pertinenza al ricovero in SPDC del secondo gruppo diagnostico (Psicosi Organiche, Oligofrenie e Dipendenze) si evidenzia da una pesatura doppia della sottoscala C e DC (Disturbi Cognitivi) rispetto al primo gruppo diagnostico, associata comunque ad una significativa presenza della sottoscala PP.

Infine nel terzo gruppo diagnostico (Diagnosi non psichiatriche, Nevrosi e Disturbi della Personalità) emergono in tutte e quattro le sotto-scale dei punteggi spiccatamente più bassi; ma comunque anche in questo gruppo si conferma il dato che il ricovero in SPDC tende ad incidere maggiormente sulla prima (C) e sulla terza sottoscala (PP) con la maggior riduzione del punteggio all'ingresso rispetto alla dimissione.

Due ulteriori diagrammi segnalano indirettamente la consapevolezza degli operatori del SPDC sul limite del proprio servizio in alcune situazioni cliniche, con un certo tipo di pazienti. Difatti nel primo diagramma si rileva chiaramente come nel tempo la durata della degenza media in quei pazienti che presentavano all'ingresso un alto punteggio HoNOS, "fuori media", si sia nel tempo ridotta da circa 16 gg a 12 gg, in linea con la durata media del totale dei pazienti ricoverati. Questo sembra segnalare da un lato una nostra possibile maggior efficienza ma dall'altro lato anche la probabile consapevolezza di ridurre un possibile eccessivo ingaggio con un certo tipo di pazienti, dove l'aver troppe aspettative possa essere non realistico ed utile sia per il paziente specifico che per il clima di reparto.

**Durata media dei giorni di degenze dei pazienti con punteggio Totale HoNOS all'ingresso minore del 5°**

**percentile (punteggio: 7), maggiore del 95° percentile (punteggio: 24) o compreso fra il 5° e il 95° percentile, pre tre finestre temporali: 2004–2006, 2007–2009, 2010–2012.**



Possiamo quindi considerare come se la "degenza media" di un ricovero potesse tener implicitamente conto di una certa pertinenza al ricovero di quel paziente, concedendo più giornate di degenza a quei pazienti più pertinenti e quindi più in grado di utilizzare il ricovero in SPDC.

Mentre nel secondo diagramma, a seguire, si evince chiaramente nei valori assoluti e nella deviazione standard come nel tempo vi sia stata una diminuzione dei ricoveri di pazienti con diagnosi "meno pertinenti", a fronte di un aumento dei ricoveri di pazienti "più pertinenti".

Possiamo quindi ipotizzare che il gruppo di lavoro del SPDC abbia acquisito nel tempo una capacità di filtro clinico in Pronto Soccorso significativa e fondata sulla possibilità che "l'operatore esperto" possa aver appreso sia la capacità di saper fare ma soprattutto quella di sapere anche quando non fare. Quando l'accogliere e il decodificare una situazione critica in P.S. significa anche il non ricoverare quel paziente in un SPDC, sia per lui e per il suo contesto inviante e sia per il gruppo di pazienti ricoverati e per il loro clima di reparto.

Se poi confrontiamo nel tempo il nostro utilizzo della contenzione fisica nei tre gruppi diagnostici troviamo una conferma indiretta della nostra capacità clinica di

Tabella 3 – Distribuzione del numero dei ricoveri di pazienti e degenza media “per differente gradiente di pertinenza al ricovero” nelle due finestre temporali: 2004-2006, 2010-2012.

Degenza. Anni 2004-2006				
	N	Media	Deviazione standard	Mediana
Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi	1.029	12,2	13,9	11
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	73	8,5	6,6	7
Dia. non psich., Nevrosi, Disturbi di personalità	274	8,8	6,6	8
Degenza. Anni 2010-2012				
	N	Media	Deviazione standard	Mediana
Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi	1.096	11,1	13,4	9
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	47	9,4	7,6	7
Dia. non psich., Nevrosi, Disturbi di personalità	64	7,2	7,1	5

differenziare e difatti possiamo notare come sia aumentato l'utilizzo della contenzione fisica nei pazienti con diagnosi più pertinenti al ricovero in SPDC (dal 78,3% al 93,3%) a fronte di una netta diminuzione dell'utilizzo della contenzione fisica nei gruppi diagnostici “meno pertinenti” con il ricovero in SPDC (dal 21,7% al 6,7%). Comunque nei punteggi medi totali all'ingresso la differenza tra i pazienti con contenzioni durante il ricovero e quelli senza contenzioni è risultata essere significativa (17,0 vs 14,3; Wilcoxon rank-sum test:  $z=9,7$ ,  $p=0,000$ ). La differenza è risultata significativa anche nei punteggi medi totali all'uscita (7,4 vs 6,7; Wilcoxon rank-sum test:  $z=2,3$ ,  $p=0,023$ ).

La percentuale di pazienti del gruppo delle “Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie” è statisticamente maggiore tra i pazienti con contenzioni durante il ricovero rispetto ai pazienti senza contenzioni (7,7% vs 3,6%; chi-quadrato= 18,6,  $gl = 1$ ,  $p=0,000$ ).

La percentuale di pazienti del gruppo delle “Diagnosi non psichiatriche, Nevrosi, Disturbi di personalità” è,

invece, statisticamente maggiore tra i pazienti senza contenzioni durante il ricovero rispetto ai pazienti con contenzioni (11,2% vs 6,9%; chi-quadrato= 8,3,  $gl = 1$ ,  $p=0,003$ ).

Non si osservano differenze statisticamente significative per il gruppo delle “Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi”.

Si veda *Tabella 4*.

Questo dato viene confermato anche dalla rilevazione che nel tempo il numero di TSO, nelle diagnosi “pertinenti”, sia passato dal 83,1% al 93,4% a fronte dei gruppi delle diagnosi meno pertinenti che prima erano il 16,9% dei pazienti in TSO ed invece nell'ultimo triennio si sono ridotti al 6,7%.

Si veda *Tabella 5*.

Pertanto nei punteggi medi totali all'ingresso la differenza tra i pazienti con giornate di TSO e quelli senza giornate di TSO è risultata essere significativa (16,2 vs 14,3; Wilcoxon rank-sum test:  $z=8,7$ ,  $p=0,000$ ).

Tabella 4 – Distribuzione per 3 gruppi diagnostici dei pazienti con contenzioni e senza contenzioni nei ricoveri nei trienni 2004–2006 e 2010–2012

<b>Anni 2004-2006</b>				
<b>Gruppo di diagnosi</b>	<b>Pazienti senza contenzioni nel ricovero</b>		<b>Pazienti con contenzioni nel ricovero</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi	859	74,1	170	78,3
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	50	4,3	23	10,6
Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità	250	21,6	24	11,1
<b>Totale</b>	<b>1.159</b>	<b>100</b>	<b>217</b>	<b>100</b>
<b>Anni 2010-2012</b>				
<b>Gruppo di diagnosi</b>	<b>Pazienti senza contenzioni nel ricovero</b>		<b>Pazienti con contenzioni nel ricovero</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi	971	90,5	125	93,3
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	41	3,8	6	4,5
Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità	61	5,7	3	2,2
<b>Totale</b>	<b>1.073</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>

Mentre non si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'uscita.

La percentuale di pazienti del gruppo delle "Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi" è statisticamente maggiore tra i pazienti con giornate di TSO rispetto ai pazienti senza giornate di TSO (90,3% vs 83,9%; chi-quadrato= 21,4, gl = 1, p=0,000).

La percentuale di pazienti del gruppo delle "Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità" è, invece, statisticamente maggiore tra i pazienti senza giornate di TSO rispetto ai pazienti con giornate di TSO (12,1% vs 5,2%; chi-quadrato= 32,8, gl = 1, p=0,000).

Non si osservano differenze statisticamente significative per il gruppo delle "Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie".

Peraltro nei punteggi medi totali all'ingresso la differenza tra i pazienti con giornate di TSO e quelli senza giornate di

TSO è risultata essere significativa (16,2 vs 14,3; Wilcoxon rank-sum test: z=8,7, p=0,000).

Mentre non si sono rilevate differenze significative nei punteggi medi totali all'uscita.

La percentuale di pazienti del gruppo delle "Schizofrenie/stati paranoidi, Psicosi affettive, Altre psicosi" è statisticamente maggiore tra i pazienti con giornate di TSO rispetto ai pazienti senza giornate di TSO (90,3% vs 83,9%; chi-quadrato= 21,4, gl = 1, p=0,000).

La percentuale di pazienti del gruppo delle "Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità" è, invece, statisticamente maggiore tra i pazienti senza giornate di TSO rispetto ai pazienti con giornate di TSO (12,1% vs 5,2%; chi-quadrato= 32,8, gl = 1, p=0,000).

Non si osservano differenze statisticamente significative per il gruppo delle "Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie".

Tabella 5 – Distribuzione per 3 gruppi diagnostici dei pazienti con TSO e senza TSO nei ricoveri nei trienni 2004–2006 e 2010–2012

Anni 2004-2006				
Gruppo di diagnosi	Pazienti senza TSO nel ricovero		Pazienti con TSO nel ricovero	
	N	%	N	%
Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi	774	72,4	255	83,1
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	53	5,0	20	6,5
Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità	242	22,6	32	10,4
<b>Totale</b>	<b>1.069</b>	<b>100</b>	<b>307</b>	<b>100</b>

Anni 2004-2006				
Gruppo di diagnosi	Pazienti senza TSO nel ricovero		Pazienti con TSO nel ricovero	
	N	%	N	%
Schizofrenie/stati paranoidei, Psicosi affettive, Altre psicosi	871	90,2	225	93,4
Psicosi organiche, Dipendenze, Oligofrenie	36	3,7	11	4,6
Dia. non psych., Nevrosi, Disturbi di personalità	59	6,1	5	2,1
<b>Totale</b>	<b>966</b>	<b>100</b>	<b>241</b>	<b>100</b>

Infine abbiamo valutato l'efficacia del ricovero tramite gli strumenti statistici presentati precedentemente: misura dell'Outcome Effect Size (OES) e della Reliable and Clinically Significant Change (RCSC).

I punteggi medi HoNOS più elevati all'ingresso hanno riguardato gli item relativi a: "altri problemi psichici e comportamentali", "problemi relazionali", "allucinazioni e deliri" e "comportamenti aggressivi o agitati" (Tabella 6).

L'analisi degli Outcome Effect Size dei singoli item della HoNOS per gruppo diagnostico, utilizzando per la valutazione della dimensione dell'effetto le indicazioni fornite da Cohen J. (6), poi integrate da Rosenthal J.A. (7), ha fornito i seguenti risultati: nel gruppo delle psicosi organiche si registrano OES molto grandi (> 1,30) per gli item relativi ad "altri problemi psichici e comportamentali" e "comportamenti aggressivi o agitati", OES grandi

(>0,80) per "allucinazioni e deliri" ed OES medi (>0,50) per "problemi legati ad uso di alcool-droghe" e "problemi cognitivi"; nel gruppo delle schizofrenie/stati paranoidei si osserva un OES molto grande per "allucinazioni e deliri", grandi OES per "comportamenti aggressivi o agitati" ed "altri problemi psichici e comportamentali" e medi OES per "problemi relazionali" e "problemi cognitivi"; nelle psicosi affettive sono gli item relativi ad "altri problemi psichici e comportamentali" e "comportamenti aggressivi o agitati" ad avere un OES molto grande e OES medi per "allucinazioni e deliri", "problemi relazionali" e "problemi cognitivi"; per quanto riguarda il gruppo delle altre psicosi OES molto grandi si hanno per "altri problemi psichici e comportamentali", OES grandi per "comportamenti aggressivi o agitati" ed OES medi per "allucinazioni e deliri", "problemi relazionali", "umore depresso", "problemi cognitivi" e "comportamenti autolesivi"; nei disturbi

Tabella 6 – Punteggi HoNOS all'ammissione e alla dimissione (media, intervalli di confidenza al 95% e Outcome Effect Size\*).

	Ammissione				Dimissione				OES
	Media	IC 95%			Media	IC 95%			
Comportamenti aggressivi o agitati	1,89	1,85	-	1,94	0,26	0,24	-	0,28	1,17
Comportamenti autolesivi	0,53	0,50	-	0,57	0,04	0,03	-	0,05	0,43
Problemi legati ad uso di alcool-droghe	0,49	0,45	-	0,52	0,14	0,12	-	0,15	0,32
Problemi cognitivi	1,06	1,02	-	1,10	0,43	0,41	-	0,46	0,51
Problemi di malattia somatica	0,43	0,40	-	0,46	0,35	0,33	-	0,38	0,08
Allucinazioni e deliri	1,90	1,85	-	1,94	0,72	0,69	-	0,75	0,75
Umore depresso	1,07	1,03	-	1,11	0,50	0,48	-	0,53	0,47
Altri problemi psichici e comportamentali	2,31	2,27	-	2,35	0,63	0,60	-	0,66	1,20
Problemi relazionali	2,22	2,18	-	2,25	1,43	1,40	-	1,46	0,66
Disabilità	1,18	1,14	-	1,22	0,76	0,73	-	0,80	0,32
Problemi nelle condizioni di vita	0,78	0,74	-	0,82	0,72	0,69	-	0,76	0,05
Risorse per attività lavorative e ricreative	0,86	0,82	-	0,89	0,80	0,76	-	0,84	0,04
<b>Totale</b>	<b>14,64</b>	<b>14,47</b>	<b>-</b>	<b>14,80</b>	<b>6,76</b>	<b>6,61</b>	<b>-</b>	<b>6,92</b>	<b>1,47</b>

(\* *Effect size* = (punteggio all'ingresso - punteggio alla dimissione) / deviazione standard all'ingresso.

di personalità un OES grande è mostrato dall'item relativo a "comportamenti aggressivi o agitati" e OES medi per "umore depresso", "comportamenti autolesivi", "altri problemi psichici e comportamentali" e "problemi relazionali"; nel gruppo delle dipendenze OES grandi sono relativi a "problemi legati ad uso di alcool-droghe" e "comportamenti aggressivi o agitati" e OES medi per "altri problemi psichici e comportamentali" e "comportamenti autolesivi"; nelle nevrosi sono gli item relativi ad "umore depresso", "altri problemi psichici e comportamentali" e "comportamenti autolesivi" ad avere grandi OES e OES medi per "comportamenti aggressivi o agitati" e "problemi relazionali"; nelle oligofrenie sono i "comportamenti aggressivi o agitati" a mostrare un grande OES e medi OES gli "altri problemi psichici e comportamentali" e i "problemi relazionali"; infine nelle diagnosi non psichiatriche si osservano OES medi per "umore depresso" ed

"altri problemi psichici e comportamentali" (Tabella 7).

Secondo il Reliable and Clinically Significant Change (RCSC) il 53,1% dei pazienti risulta migliorato in modo riproducibile e clinicamente significativo. La percentuale di soggetti migliorati secondo il RCSC differisce a seconda della diagnosi: è maggiore nelle "altre psicosi" (59,9%) e nelle "psicosi affettive" (59,4%), mentre è minore nelle "oligofrenie" (18,2%) e "nelle diagnosi non psichiatriche" (15,4%).

I determinanti del miglioramento riproducibile e clinicamente significativo sono stati poi analizzati mediante un modello di regressione logistica multipla con errori standard robusti (per tenere conto della correlazione intra-soggetto nei ricoveri ripetuti) considerando come variabili indipendenti: il sesso, l'età ed i punteggi all'ingresso dei 12 item della scala HoNOS.

Tabella 7 – Outcome Effect Size\* per singoli gruppi diagnostici

	Psicosi organiche (n=111)	Schizofrenie/ stati paranoidi (n=1.339)	Psicosi affettive (n=608)	Altre psicosi (n=1.363)	Disturbi di personalità (n=181)	Dipendenze (n=42)	Nevrosi (n=208)	Oligofrenie (n=11)	Dia. non psich. (n=13)
Comportamenti aggressivi o agitati	1,35	1,28	1,32	1,10	1,12	0,84	0,74	1,20	0,42
Comportamenti autolesivi	0,46	0,26	0,32	0,52	0,70	0,66	0,85	0,50	0,47
Problemi legati ad uso di alcohol-droghe	0,71	0,28	0,26	0,34	0,49	0,95	0,31	0,00	0,45
Problemi cognitivi	0,55	0,50	0,57	0,57	0,27	0,43	0,30	0,50	0,00
Problemi di malattia somatica	0,17	0,09	0,07	0,08	0,05	0,11	0,06	0,19	0,04
Allucinazioni e deliri	0,88	1,40	0,73	0,73	0,39	0,35	0,33	0,29	0,15
Umore depresso	0,37	0,29	0,45	0,60	0,71	0,48	1,05	0,17	0,62
Altri problemi psichici e comportamentali	1,44	1,06	1,69	1,42	0,69	0,67	0,93	0,65	0,57
Problemi relazionali	0,49	0,73	0,67	0,64	0,68	0,46	0,64	0,52	0,48
Disabilità	0,21	0,31	0,42	0,37	0,18	0,23	0,23	0,23	0,00
Problemi nelle condizioni di vita	0,02	0,05	0,06	0,05	0,07	0,00	0,06	-0,05	0,00
Risorse per attività lavorative e ricreative	0,06	0,05	0,03	0,04	0,05	0,00	0,03	0,00	0,00
<b>Totale</b>	<b>1,48</b>	<b>1,41</b>	<b>1,64</b>	<b>1,63</b>	<b>1,36</b>	<b>1,07</b>	<b>1,31</b>	<b>0,73</b>	<b>0,58</b>

(\*) Effect size = (punteggio all'ingresso - punteggio alla dimissione) / deviazione Standard all'ingresso.

Nota: gli n indicati corrispondono ai ricoveri con scala HoNOS completa

Il modello di regressione logistica multipla, per l'analisi dei determinanti del miglioramento riproducibile e clinicamente significativo, ha mostrato che avere punteggi all'ingresso elevati nei seguenti item predice un miglioramento statisticamente significativo (in ordine decrescente di forza): "comportamenti aggressivi o agitati", "comportamenti autolesivi", "altri problemi psichici e comportamentali", "umore depresso", "allucinazioni e deliri", "problemi cognitivi", "problemi legati ad uso di alcool-droghe", "problemi relazionali". Di contro avere punteggi all'ingresso elevati negli item: "problemi nelle condizioni di vita", "risorse per attività lavorative e ricreative", "problemi di malattia somatica" e "disabilità", predice un peggioramento statisticamente significativo. Infine, sia gli uomini rispetto alle donne che i pazienti

di età 55-64 anni rispetto ai pazienti di 35-44 (classe di età presa come riferimento) sembrano avere esiti più favorevoli (*Tabella 8*).

## DISCUSSIONE

Questo nostro lavoro sulla valutazione dell'esito ricovero, durato dieci anni, ha evidenziato dei dati, sulla gravità del paziente ricoverato, per lo più in linea con la ricerca sugli SSPPDDCC della regione Lombardia (5); ricerca che già sottolineava una loro confrontabilità, tramite dati simili, con quella degli ospedali pubblici australiani (2006). Difatti i punteggi HoNOS all'ingresso sono molto simili: 14,6: osp. S.Pertini; 14,9: SSPPDDCC regione Lombardia; 15,4: reparti psichiatrici pubblici australiani (8).

**Tabella 6 – Regressione logistica multipla con variabile dipendente la presenza di miglioramento riproducibile e clinicamente significativo alla dimissione. Gli odds ratio sono calcolati relativamente ad un cambiamento di unità nella variabile predittrice. Ricoveri N=3.876 (con eliminazione dei casi con dati mancanti).**

	Odds Ratio		IC 95%		p-value
Comportamenti aggressivi o agitati	1,49	1,40	-	1,59	0,000
Comportamenti autolesivi	1,43	1,33	-	1,55	0,000
Problemi legati ad uso di alcool-droghe	1,22	1,12	-	1,33	0,000
Problemi cognitivi	1,25	1,17	-	1,34	0,000
Problemi di malattia somatica	0,84	0,78	-	0,91	0,000
Allucinazioni e deliri	1,35	1,27	-	1,43	0,000
Umore depresso	1,37	1,27	-	1,48	0,000
Altri problemi psichici e comportamentali	1,42	1,35	-	1,51	0,000
Problemi relazionali	1,11	1,03	-	1,18	0,003
Disabilità	0,85	0,79	-	0,92	0,000
Problemi nelle condizioni di vita	0,77	0,70	-	0,84	0,000
Risorse per attività lavorative e ricreative	0,80	0,74	-	0,87	0,000
Uomini vs Donne	1,25	1,06	-	1,48	0,009
14-17 vs 35-44	0,33	0,05	-	2,07	0,239
18-34 vs 35-44	1,18	0,97	-	1,44	0,095
45-54 vs 35-44	1,06	0,86	-	1,30	0,596
55-64 vs 35-44	1,43	1,10	-	1,86	0,008
65+ vs 35-44	1,02	0,72	-	1,45	0,909

Ma cercando poi di rilevare la % di miglioramento clinico nel campione di studio, utilizzando oltre la misura dell'Outcome Effect Size (OES) anche la misura della Reliable and Clinically Significant Change (RCSC) abbiamo rilevato come la quota parte di pazienti migliorati in modo significativo e riproducibile risultasse essere più alta nel nostro SPDC; difatti negli SSPPDDCC Lombardi è poco meno di 1/3 mentre nel nostro campione di studio ben il 53,1% dei pazienti è risultato migliorato in modo riproducibile e clinicamente significativo.

Ci siamo quindi chiesti rispetto alle "criticità prossime", esplicitate nell'introduzione, se potevamo individuare "una sorta di gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC", ovvero se il ricovero nel nostro SPDC potesse risultare più efficace con un certo cluster di pazienti, con situazioni cliniche simili, a fronte sia di pazienti dove invece l'efficacia del ricovero risultasse molto sfumata, poco utile, e sia di pazienti che impropriamente potessero utilizzare sì il ricovero ma in modo aspecifico; mi riferisco a quei quadri di psicosi organiche che si sarebbero comunque giovate di un ricovero in un reparto di neurologia, di medicina o di geriatria, reparti tra l'altro molto meno attivanti di un SPDC. Quindi pazienti che in entrambi i casi potevamo rilevare un "basso gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC".

A conferma di ciò appare dirimente come il maggior miglioramento clinico significativo (secondo il RCSC) si sia rilevato nel gruppo delle "Altre Psicosi" (59,9%) e nel gruppo delle "Psicosi Affettive" (59,4%); di contro il minor miglioramento si è rilevato nel gruppo di pazienti con diagnosi di Oligofrenia (18,2%) o con un diagnosi non psichiatrica (15,4%). Dati questi che confermano ulteriormente come i pazienti che migliorano di più in SPDC siano quelli con quadri clinici d'ingresso più pertinenti al mandato istituzionale di un SPDC.

Questa evidenza ha trovato anche conferma dal modello di regressione logistica multipla, per l'analisi dei determinanti del miglioramento riproducibile e clinicamente significativo; difatti il maggior miglioramento

clinico ottenuto con il ricovero si correlava a punteggi elevati all'ingresso nei seguenti item (in ordine decrescente di forza): "comportamenti aggressivi o agitati", "comportamenti autolesivi", "altri problemi psichici e comportamentali", "umore depresso", "allucinazioni e deliri"... mentre predicevano un peggioramento statisticamente significativo punteggi elevati all'ingresso per i seguenti item: "problemi nelle condizioni di vita", "risorse per attività lavorative e ricreative", "problemi di malattia somatica", "disabilità".

Queste evidenze per i singoli item si sono poi ritrovate confrontando i punteggi all'ingresso ed alla dimissione nelle quattro sotto-scale d'insieme e difatti il maggior miglioramento lo ritroviamo nella sottoscala C (Problemi Comportamentali) e nella sottoscala PP (Problemi Psicopatologici).

Nei risultati riportati abbiamo ricercato anche i possibili punteggi all'ingresso eccessivamente alti o eccessivamente bassi rispetto alla quasi totalità del campione di studio, individuando quei pazienti che con certe diagnosi tendono a mostrare eccessi poco frequenti e poco consoni con il tipo di pazienti che tendono ad utilizzare il nostro SPDC.

È quindi emerso il dato interessante che proprio quei pazienti che presentavano punteggi HoNOS eccessivamente alti (> 95° percentile) o eccessivamente bassi (< 5° percentile) presentavano diagnosi meno pertinenti con il mandato istituzionale di un SPDC:

- > 95°: Oligofrenie, Psicosi Organiche, Dipendenze, Diagnosi non psichiatriche.
- < 5°: % Diagnosi non psichiatriche, Nevrosi, Dipendenze, Disturbi di Personalità.

A questo punto ci è sembrato utile individuare quali determinanti, quali profili HoNOS, potessero aver reso possibile questi ricoveri, fuori media, con un basso gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC (viste le diagnosi interessate); in realtà ricoveri, come abbiamo accennato in precedenza, poco utili al singolo paziente

e probabilmente per “questi eccessi” poco utili al clima di reparto.

Su questa idea di ricoveri più o meno utili il confronto delle quattro sotto-scale tra i tre gruppi diagnostici, differenti per “gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC”, ha evidenziato profili palesemente differenti. Difatti nel I gruppo, di area clinica strettamente psicotica, (Schizofrenie, Stati Paranoidi, Psicosi Affettive, Altre Psicosi) abbiamo punteggi all’ingresso molto elevati per la sotto-scala PP (Problemi Psicopatologici) e punteggi sempre elevati, ma più contenuti, per la sotto-scala C (Problemi Comportamentali). Mentre nel II gruppo, di area clinica genericamente psicorganica (Psicosi Organiche, Oligofrenie, Dipendenze) abbiamo una pesatura doppia per la sotto-scala C e per la sotto-scala DC (Problemi di deficit cognitivi), rispetto al I gruppo di diagnosi. Infine nel III gruppo diagnostico, di area genericamente nevrotica, (Nevrosi, Disturbi di Personalità, Diagnosi non psichiatriche) è emerso un profilo di punteggi nelle quattro sottoscale decisamente più basso e con tendenza ad un livellamento verso il basso, non presente nei primi due gruppi diagnostici.

Infine alla domanda se differenti profili di aree problematiche possano aver comprensibilmente influito sulla durata della degenza abbiamo rilevato come nella quota parte maggiore dei pazienti, quelli con punteggi all’ingresso compresi tra il 5° e il 95° percentile, la durata della degenza fosse di 11,5 gg; mentre nel gruppo di pazienti con punteggi molto alti all’ingresso la durata arrivava a 14,6 gg, a fronte dei pazienti con punteggi molto bassi all’ingresso che arrivavano a 7,6 gg di degenza media. Avendo rilevato precedentemente come i pazienti con punteggi “fuori media” fossero perlopiù quelli dei gruppi diagnostici “con un gradiente più basso al ricovero in SPDC”, si è quindi osservato come nel tempo (v. ultimo triennio) la durata della degenza dei pazienti con punteggi molto alti all’ingresso (fuori media) si sia notevolmente ridotta. Di riflesso se confrontiamo la presenza in SPDC di pazienti a “basso gradiente di pertinenza al ricovero”,

pazienti con diagnosi del II e del III raggruppamento diagnostico, troviamo una presenza più che dimezzata tra il primo triennio (2004-2006) di osservazione e l’ultimo triennio di osservazione (2010-2012). Questo filtro al ricovero in SPDC è stato reso possibile grazie ad un lavoro più che ventennale con i colleghi del D.E.A., con cui ci confrontiamo e collaboriamo al fine di poterci permettere un’osservazione medica e psichiatrica con un tempo che, in alcuni casi complessi, vada oltre quello di una singola consulenza psichiatrica e soprattutto che si possa valutare in uno spazio che non sia subito il SPDC, poiché foriero di anticipatorie ed insidiose chiusure eziopatogenetiche a fronte di rapide ed improprie connotazioni psichiatriche.

Il ricoverare o il non ricoverare in SPDC un paziente contempla responsabilità verso il paziente, verso il suo contesto relazionale-sociale e verso il gruppo di pazienti ed operatori presenti in SPDC; aspetto quest’ultimo spesso trascurato.

La posizione di garanzia di uno psichiatra ospedaliero non può oggi non contemplare il mettere in sicurezza, a vari livelli, il proprio SPDC in toto.

A questo riguardo si sottolinea il dato di un valore più che doppio per l’item 1 (comportamenti aggressive o agitate) e per l’item 3 (problemi correlati all’uso di alcol e droghe) nei pazienti contenuti a fronte dei pazienti non contenuti.

Questa tipologia di comportamento aggressivo verosimilmente ha favorito il fatto che nel primo triennio (2004-2006) ben il 21,7% dei pazienti contenuti rientrassero nei due gruppi diagnostici considerati da noi come “meno pertinenti” al ricovero in SPDC (10,6% per le Psicosi Organiche, Oligofrenie e Dipendenze + 11,1% per Disturbi di Personalità, Nevrosi e diagnosi non psichiatriche). Mentre nell’ultimo triennio dello studio (2010-2012) abbiamo avuto una significativa riduzione dell’utilizzo della contenzione fisica in questo tipo di pazienti passando al 6,7% di pazienti contenuti.

Inoltre il dato che nel gruppo delle “Psicosi organiche,

Dipendenze, Oligofrenie” è statisticamente maggiore quello dei pazienti con contenzioni durante il ricovero rispetto a quelli dei pazienti senza contenzioni (7,7% vs 3,6%; chi-quadrato= 18,6, gl = 1, p=0,000), ci è sembrato confermare la nostra ipotesi sulla pertinenza del ricovero in SPDC per alcuni pazienti rispetto ad altri che “soffrono o rifiutano” un nostro assetto terapeutico.

Un’osservazione che tende a confermare il dato appena riportato l’abbiamo avuta con la rilevazione della riduzione dei pazienti in TSO per i due gruppi diagnostici “meno pertinenti”, che sono passati dal 16,9% (2004-2006) al 6,7% (2010-2012).

Un ultimo dato su cui soffermarci è quello emerso dal confronto tra punteggi HoNOS e “storia psichiatrica”. Si evidenzia subito come il SPDC ricoveri perlopiù pazienti in trattamento psichiatrico e con precedenti ricoveri psichiatrici (72,7%) che arrivano al 88% se includiamo anche quei pazienti in trattamento psichiatrico ma senza precedenti ricoveri psichiatrici. Ma il dato rilevante e perlopiù in linea con la ricerca lombarda è quello che i pazienti con una storia psichiatrica gravosa (in trattamento e con pregressi ricoveri psichiatrici) sono quelli con punteggi HoNOS più alti sia all’ingresso che alla dimissione, anche se di poca misura. Quest’ultimo dato sarebbe utile confrontarlo con le rilevazioni HoNOS effettuate presso i CSM del nostro territorio per lavorare anche sull’esito dei percorsi di cura dipartimentali, con il fine ulteriore di poter affrontare il problema della manutenzione di un DSM, intesa come confronto continuo tra servizi differenti dello stesso DSM, tra operatori che pur lavorando sugli stessi pazienti ma in luoghi diversi spesso trovano non facile comunicare sia sui loro differenti punti di osservazione del paziente e sia sulle proprie aspettative di collaborazione, attese e/o disattese.

A questo riguardo riportiamo alcune considerazioni riportate in un articolo del 2012 sui revolving door, da una nostra collega, C. Caranti: “...ricoveri ripetuti siano da attribuire più ad elementi di instabilità contestuale che propriamente psicopatologici. Rispetto all’esito è stato

possibile evidenziare che il ricovero, paradossalmente più spesso ripetuto, risulta invece per questo tipo di pazienti complessivamente meno efficace. Al t-test per campioni indipendenti la differenza tra il valore medio del campione all’ingresso, per ogni sottoscala, e il valore medio alle dimissioni (miglioramento) è risultato significativamente ( $p < 0,05$ ) maggiore nei revolving door rispetto agli altri utenti ricoverati solo nell’area dei disturbi comportamentali, mentre è significativamente minore in tutte le altre aree...In conclusione la valutazione degli esiti attraverso la HoNOS ci ha permesso di dar conto dei risultati del nostro lavoro soprattutto a noi stessi, dando valore e stimolo al nostro operare, e poi ovviamente a tutti i “terzi” interessati a vario titolo ai risultati di un servizio pubblico” (9).

## CONCLUSIONI

Possiamo sicuramente affermare che i servizi di salute mentale e gli SSPPDDCC in particolare debbano investire professionalmente nella valutazione dei propri interventi, proprio perché rispetto ad altre aree sanitarie, ad altre specializzazioni mediche, la domanda sanitaria, i bisogni sottostanti, il tipo d’intervento e la risposta offerta sono spesso meno definiti, meno traducibili e meno facilmente condivisibili; difatti le complesse aspettative in giuoco tendono ad essere più implicite che esplicite, spesso emotivamente agite.

Quindi valutare, autovalutarsi e farsi valutare tra pari in un ottica di miglioramento continuo della qualità (MCQ).

Nello specifico del nostro SPDC l’utilizzo di una scala di valutazione sull’efficacia del ricovero, semplice e rapida, come la HoNOS, ci ha permesso d’individuare le aree critiche, il tipo di gravità clinica su cui il SPDC risulta fornire degli esiti migliori e più appropriati al tipo di domanda afferente, in linea con il mandato istituzionale e con il tipo di utenza dipartimentale su cui il SPDC si misura abitualmente. In particolare abbiamo individuato una sorta di gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC

su cui ci siamo misurati negli anni arrivando ad affinare i nostri criteri di ricovero ed i nostri tempi e modi di rispondere alla molteplicità di richieste di ricovero con cui ci confrontiamo.

I pazienti del nostro campione hanno presentato all'ammissione in reparto punteggi HoNOS d'ingresso simili a quelli degli SSPPDDCC Lombardi e poco sotto la media degli ospedali pubblici australiani.

Analizzando l'esito ricovero secondo il RCSC risulta migliorato in modo riproducibile e clinicamente significativo il 53,1% dei pazienti ricoverati, ma il RSCS differisce significativamente a seconda della diagnosi e così il miglioramento è maggiore nei pazienti con diagnosi di "Altre Psicosi" (59,9%) e con diagnosi di "Psicosi Affettive", mentre il miglioramento è decisamente minore nelle "Oligofrenie" (18,2%) e nelle "diagnosi non psichiatriche" (15,4%).

Secondo il modello di regressione logistica multipla le cinque aree cliniche che "pesano" di più all'ingresso per un ricovero in SPDC sono: i comportamenti aggressive o agitate, comportamenti autolesivi, altri problemi psichici e comportamentali, umore depresso, allucinazioni e deliri. Mentre gli item "più deboli" sono gli ultimi tre item "sociali" e gli item problemi di malattia somatica e disabilità.

Il confronto sui percentile ha evidenziato come alcuni pazienti, con un basso gradiente di pertinenza al ricovero, "forzino" l'entrata soprattutto con alte problematiche comportamentali e cognitive, con profili HoNOS specifici.

Su questa linea ci è apparso assai dirimente confrontare i diversi profili per sotto-scale tra gruppi diagnostici, dove risalta l'evidente differenza qualitativa e quantitative tra comportamenti agitati ed aggressivi, apparentemente simili, ma dove la differente pesatura dei disturbi comportamentali si accompagna a diagnosi diverse e a cluster differenti: in particolare una pesatura quasi doppia dei disturbi comportamentali si accompagna alla maggior pesatura anche per i disturbi cognitivi e ad una minor

pesatura di aspetti clinici più psicopatologici.

Ma il dato interessante è quello che riguarda la risposta del gruppo degli operatori a questi ricoveri meno pertinenti; difatti nell'arco di dieci anni questi pazienti sono stati dimessi prima, sono stati meno contenuti, sono stati meno messi in TSO e soprattutto sono stati meno ricoverati a fronte di un aumento di ricoveri di pazienti con un alto gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC (Psicosi Schizofreniche, Stati Paranoidi, Altre Psicosi, Psicosi Affettive).

Infine quindi il lavorare sugli esiti del ricovero in SPDC ci ha portato a definire meglio il gradiente di pertinenza al ricovero in SPDC rispetto ai quadri diagnostici afferenti in Pronto Soccorso e alle spesso confuse e pressanti richieste di ricovero.

Definire meglio la pertinenza di un ricovero in SPDC aiuta a lavorare meglio come gruppo di lavoro, a riconoscersi di più nelle proprie capacità e limiti, ma soprattutto ad impegnarsi in un processo continuo di formazione che sia in linea con le caratteristiche cliniche dell'utenza pertinente per un SPDC e per il suo DSM di riferimento.

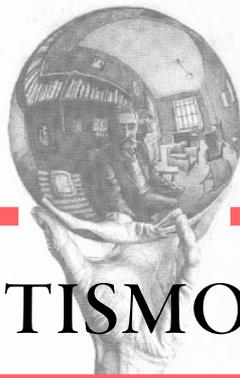
(1) medico-psichiatra: SPDC, ospedale S. Pertini di Roma

(2) Statistico: Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca Regione Lazio

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Thornicroft G. & Tansella M., *The Mental Health Matrix: a Manual in Improve Services*. Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
2. Wing J.K., Beevor A. S., Curtis R.H., Park S.B.G., Hadden S. & Burns A., *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. British Journal of Psychiatry, 1998; 172: 11-18.
3. Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti G., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi R., Torri V. & Morosini P., *La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2001; 10 (3): 198-212, .
4. Parabiaghi A., Barbato A., D'Avanzo B., Erlicher A., Lora A., *Assessing reliable and clinically significant change on Health of the Nation Outcome Scales: method for displaying longitudinal data*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2005; 39: 719-725.
5. Bezzi R., Erlicher A., Lora A., *L'efficacia nella pratica del ricovero nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura in Lombardia*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2006; 15, 3.
6. Hugo M., *Comparative efficiency ratings between public and private acute inpatient facilities*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000; 34: 651-657.
7. Cohen J., *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd Edition Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
8. Rosenthal J.A., *Qualitative descriptors of strength of association and effect size*. Journal of Social Service Research, 1996; 21 (4): 37-59.
9. Caranti C., *La valutazione degli esiti attraverso la HoNOS nel Servizio di Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale "Sandro Pertini" di Roma. HoNOS - Una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. Psichiatria Epidemiologica, Quaderni per Operatori e Dirigenti, 2012 Giugno; 6 (103): 143-148.



# SPECIALE—AUTISMO NELL'ADULTO

## I disturbi dello spettro autistico

### *Sindrome di asperger e autismo*

*Claudio Mencacci<sup>1</sup>*

**P**resentiamo all'interno di questo numero di *Psichiatria Oggi* una sezione speciale dedicata al tema dei disturbi dello spettro autistico e della loro incidenza sulla salute mentale in età adulta: il tema è purtroppo poco affrontato sia nella letteratura scientifica che nella pratica quotidiana dei nostri servizi, pur potendosi riscontrare importanti ricadute nel nostro agire clinico. Questo approfondimento specifico prende spunto da un incontro effettuato il 16 aprile us presso il PIME di via Mosè Bianchi 94 a Milano e organizzato sotto l'egida dell'Ordine dei Medici.

Il DSM 5 ha raggruppato, all'interno della nuova categoria diagnostica dei disturbi dello spettro autistico, un continuum condizioni cliniche dapprima distinte e caratterizzate da difficoltà della comunicazione/interazione sociale e dalla presenza di comportamenti stereotipati e ripetitivi. La scelta effettuata ricalca i numerosi dati emersi dalla ricerca scientifica nel corso degli ultimi anni che hanno sottolineato la distribuzione lungo uno spettro dimensionale dell'autismo ed evidenziato sia una forte sovrapposizione genetica in tutte queste condizioni, sia manifestazioni cliniche e cognitive sovrapponibili. In questa distribuzione possono essere riscontrati due estremi degni di rilevanza clinico/diagnostica: l'autismo a basso funzionamento

e gli autismi ad alto funzionamento (tra cui può essere inserita la categoria diagnostica, precedentemente separata, del disturbo di Asperger).

L'aspetto cardine di queste condizioni, su cui effettuare un corretto inquadramento diagnostico, è rappresentato dall'impairment nello sviluppo di una teoria della mente adeguata all'età del soggetto, che si riflette in una spiccata difficoltà di comprensione automatica ed intuitiva del funzionamento mentale altrui e in una secondaria inadeguatezza in situazioni sociali e relazionali.

Se per le condizioni a basso funzionamento (caratterizzate quindi da presenza di ritardo mentale) le manifestazioni cliniche tendono ad essere visibili in età precoce, con la necessità di intervento pediatrico e della neuropsichiatria infantile, gli autismi ad alto funzionamento possono passare misconosciuti in quanto, in età precoce questi bambini tendono ad apparire più bizzarri o eccentrici che problematici, non sempre spingendo il contesto (ad es. la scuola, ma anche la famiglia) a favorire una valutazione specialistica. Per gli autismi ad alto funzionamento i problemi generalmente emergono quando i soggetti si trovano a confrontarsi con richieste più articolate da parte dell'ambito sociale di riferimento, e quindi

---

generalmente in età più avanzata (tipico è ad esempio il primo contatto in età adolescenziale).

In questo numero verranno proposti approfondimenti che affronteranno le diverse “facce” di questa tematica. L’articolo della dott.ssa Rossi presenterà una disanima sulle modificazioni diagnostiche apportate dal DSM-5 e la loro importanza nel lavoro clinico. Nell’articolo della dr.ssa Di Pasquale verranno presentati gli aspetti clinici rilevanti per effettuare una diagnosi precoce e per permettere una lettura evolutiva del fenomeno, in quanto molti aspetti visibili in età precoce appaiono, seppur modificati dallo sviluppo, riconoscibili anche in età adulta. La dr.ssa Motta esplorerà gli aspetti clinici legati alla sindrome di Asperger e le peculiarità relazionali che meritano di essere colte e riconosciute per non incorrere in errori diagnostici e/o in interventi inefficaci. Il dott. Migliarese infine approfondirà il complesso tema della relazione tra i disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento e le patologie psichiche emergenti, suggerendo di considerare l’autismo come un “disturbo di base”, ovvero come “una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell’individuo alle interazioni

socio-relazionali, alla gestione dei conflitti, all’analisi delle reazioni emotive”.

Tutti questi contributi risultano coerenti nel fornire strumenti necessari a una corretta lettura di situazioni cliniche complesse come possono risultare i disturbi dello spettro autistico e per permettere un’impostazione terapeutica adeguata. Nonostante una prevalenza maggiore di quanto ipotizzato in passato, soprattutto per soggetti in maggiore età, vi è un’assoluta carenza di servizi specialistici dedicati a queste condizioni, non solo in Italia ma anche a livello europeo e nord-americano: questa considerazione ci sprona a approfondire direttamente tematiche generalmente poco affrontate per implementare la qualità del nostro intervento nella pratica clinica quotidiana.

Buona lettura!

*(1) Presidente Società Italiana di Psichiatria*

*Dipartimento di Salute mentale e Neuroscienze, ASST*

*Fatebenefratelli-Sacco, Milano*

# L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Asperger

*Comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici*

Giovanni Migliarese<sup>1</sup>

## INTRODUZIONE

La Sindrome di Asperger (*Asperger's Syndrome* – AS) e l'autismo ad alto funzionamento (*High Functioning Autism* – HFA) sono due condizioni cliniche che si situano all'estremo superiore del continuum dei disturbi dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorder* – ASD) e che mostrano diverse sovrapposizioni cliniche e sintomatologiche. Le due diagnosi vengono spesso utilizzate nella clinica in modo indifferenziato, individuando soggetti caratterizzati da un quoziente intellettivo non deficitario (e anzi a volte con aree di ottimo funzionamento) ma caratterizzate da deficit nelle aree della comunicazione e della relazione.

A livello accademico la differenziazione tra le due entità diagnostiche si basa sull'assenza, per soggetti con AS, di difficoltà significative dell'apprendimento o di ritardo nell'acquisizione del linguaggio, che invece è presente in soggetti con autismo ad alto funzionamento: questi ultimi in passato erano spesso identificati quali soggetti caratterizzati dai classici segni della condizione nella prima infanzia ma che con lo sviluppo dimostravano un livello più elevato di capacità intellettiva, con abilità sociali e adattive superiori a quelle usuali per i bambini con autismo.

Il passaggio diagnostico e di paradigma che il DSM 5 ha effettuato, con la creazione della nuova categoria diagnostica dei disturbi dello spettro autistico, raggruppando all'interno di un continuum condizioni cliniche dapprima distinte e caratterizzate da difficoltà della comunicazione/interazione sociale e dalla presenza di

comportamenti stereotipati e ripetitivi, ha di fatto finito per sottolineare maggiormente le similitudini tra queste condizioni rispetto alle differenze. La creazione di uno "spettro autistico" coglie le indicazioni accumulate negli ultimi 20 anni durante i quali la ricerca scientifica ha evidenziato sia una forte sovrapposizione genetica in tutte queste condizioni, sia manifestazioni cliniche e cognitive sovrapponibili.

L'aspetto maggiormente significativo per i ASD, tanto da essere utilizzato come aspetto cardine su cui effettuare un corretto inquadramento diagnostico, è rappresentato dall'*impairment* nello sviluppo di una teoria della mente adeguata all'età del soggetto, che si riflette in una spiccata difficoltà di comprensione automatica ed intuitiva del funzionamento mentale altrui e in una secondaria inadeguatezza in situazioni sociali e relazionali. Accanto a questo sono stati segnalati altri aspetti significativamente alterati in soggetti con disturbi dello spettro autistico rispetto ai controlli: sono stati infatti segnalati deficit nelle funzioni esecutive (a livello di pianificazione, inibizione delle risposte – spesso associate a comportamenti impulsivi – flessibilità cognitiva ecc.) e nelle performance motorie (che spesso si associano a una sensazione di scarsa fluidità dei movimenti corporei che si può manifestare con una forma di "goffaggine" motoria altamente suggestiva).

Se per soggetti all'estremo inferiore del continuum queste difficoltà appaiono estremamente evidenti e quasi invariabilmente associate a ritardo mentale, individui con AS o HFA presentano quadri clinici più sfumati e meno evidenti. Le differenze a livello fenomenico sono marcate: bambini con autismo a basso funzionamento ad esempio possono essere isolati e manifestare incapacità o importanti difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva sia con gli adulti sia con i coetanei, possono mostrare compromissioni qualitative del linguaggio e della comunicazione anche molto gravi, fino a una totale assenza, e possono mostrare comportamenti stereotipati e ripetitivi da cui è difficile distoglierli, oppure comportamenti

inadeguati di tipo aggressivo (si rimanda all'approfondimento specifico in questo numero) (8). Soggetti con HFA invece mantengono spesso un buon interesse sociale anche se, a causa delle difficoltà nella comprensione della mente altrui, possono apparire bizzarri. Possono inoltre manifestare interessi e comportamenti ripetitivi ed alterazioni del funzionamento socio-relazionale. Alcuni tratti comportamentali appaiono suggestivi, seppur non patognomici, di questi disturbi: i soggetti mostrano tipicamente un eloquio pedante, spesso con intonazione vocale monotona, faticano a mantenere il contatto visivo, mostrano una ridotta comunicazione non verbale e spesso manifestano una forma di "goffaggine" motoria. Un ulteriore aspetto suggestivo è dato da una scarsissima flessibilità cognitiva: soggetti con HFA mostrano rigidità di pensiero e ripetitività (es. difficoltà a spostare l'attenzione tra argomenti/interessi), concretismo, pensiero dicotomico. Anche in questo caso si rimanda all'approfondimento specifico in questo numero (23).

### **PROBLEMI LEGATI AL RICONOSCIMENTO DEI SOGGETTI CON AUTISMO AD ALTO FUNZIONAMENTO**

I bambini con HFA o con AS spesso non vengono diagnosticati precocemente e l'età media alla diagnosi è di undici anni (Howlin e Asgharian 1999). Vi sono molte cause che concorrono a tale riscontro.

Nella AS è spesso presente una motivazione alla socializzazione, e i bambini non tendono a isolarsi dai compagni. Le modalità relazionali con gli stessi appaiono però peculiari e sono generalmente presenti modalità spiccatamente eccentriche o unilaterali (ad esempio i bambini con Asperger non riescono ad adattarsi alla flessibilità cognitiva dell'altro, di fatto ricorrendo a schemi di comportamento rigidi e in parte predefiniti; per questo tendono a riuscire ad entrare in relazione generalmente solo con uno/due coetanei per volta oppure a dover assumere il ruolo di leader, richiedendo agli altri di adattarsi alle loro modalità cognitive e di

comportamento). Soprattutto in presenza di un elevato quoziente intellettivo, il bambino con HFA può spesso apparire bizzarro o eccentrico più che problematico, non sempre spingendo il contesto (ad es. la scuola, ma anche la famiglia) a favorire una valutazione specialistica. Inoltre, poiché l'aspetto centrale del disturbo è caratterizzato dalle difficoltà nella comprensione intuitiva ed automatica della mente altrui, le difficoltà emergono prevalentemente di fronte a compiti sociali complessi e quindi quando il soggetto si trova a confrontarsi con richieste più articolate da parte dell'ambito sociale di riferimento (ad esempio con il passaggio alle medie o alla formazione secondaria).

È quindi frequente che soggetti con AS o HFA giungano all'osservazione clinica tardivamente: se l'autismo a basso funzionamento coinvolge in prima linea il pediatra e i servizi per i minori è pressoché la norma che l'HFA coinvolga servizi che si occupano di soggetti con un'età maggiore a 14 anni, compresi i servizi per gli adulti. In questi casi la presentazione è inoltre generalmente per via indiretta, in quanto la richiesta di aiuto deriva dallo sviluppo di una sintomatologia secondaria o dall'esposizione a situazioni altamente stressanti.

È stato ad esempio segnalato che vi è un elevato numero di episodi di bullismo a cui sono esposti soggetti con tali condizioni cliniche, soprattutto per soggetti di sesso femminile (13): è stato inoltre ipotizzato che ragazze con HFA o AS siano più a rischio di episodi di abuso/violenza sessuale (28; 32; 21). È stato inoltre segnalato che soggetti adulti con HFA misconosciuti prendono contatto con i servizi psichiatrici territoriali per la presenza di patologie psichiche emergenti, spesso inquadrabili come disturbi dell'adattamento oppure che alcuni aspetti caratteristici del disturbo autistico, aggravatisi per una concomitante situazione di stress, richiedano l'invio per una valutazione specialistica.

La comorbidità psichiatrica appare estremamente rilevante: diversi studi hanno segnalato tassi elevati di associazione tra AS/ HFA e sintomi depressivi, ansia,

---

disturbo bipolare, disturbi psicotici e disturbi di personalità, sia in minori che in adulti. Dal punto di vista epidemiologico i tassi di comorbidità riscontrati in età adulta in vari studi superano i 2/3 dei soggetti (19).

### **LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA NEI SOGGETTI CON AUTISMO AD ALTO FUNZIONAMENTO**

In età adulta, per i soggetti con HFA e AS, la comorbidità psichiatrica rappresenta la regola più che l'eccezione: i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia hanno tassi di prevalenza attorno al 50%, l'ADHD attorno al 40%, il disturbo ossessivo-compulsivo del 25%, i disturbi psicotici tra il 5 e il 15% (5; 24; 13; 10; 1).

Tutti questi disturbi, oltre ad avere un'elevata co-presenza, risultano inoltre in diagnosi differenziale con i disturbi dello spettro autistico a causa di un ampio overlap dei sintomi. Allo stesso tempo non va dimenticato che la comorbidità psichiatrica può mascherare i disturbi dello spettro autistico che quindi possono rimanere misconosciuti, con un effetto peggiorativo sull'impostazione dei trattamenti e sulla prognosi.

Almeno due possono essere i fattori che spiegano l'elevatissima associazione tra disturbi dello spettro autistico ed altri disturbi psichici.

Una prima chiave di lettura è quella di una predisposizione genetica condivisa. È stato ad esempio segnalato che parenti di primo grado di soggetti con disturbi dello spettro autistico siano ad aumentato rischio di sviluppare disturbi psichici quali disturbi affettivi e psicotici (14). L'ipotesi è quindi quella che vi sia una specifica sensibilità neurobiologica crociata (Rapoport et al. 2009; 31). Seppure non siano presenti sufficienti studi per trarre conclusioni definitive l'ipotesi più accreditata attualmente sostiene che fattori ambientali precoci (gravidici e perinatali) possano facilitare l'espressione di una predisposizione poligenica (30; 6).

Un secondo fattore importante è invece di tipo causale: soggetti con HFA sono infatti maggiormente

esposti a fattori ambientali predisponenti in conseguenza del proprio schema cognitivo rigido e delle difficoltà ad interpretare in modo intuitivo la mente altrui (ad es. sono più facilmente esposti a eventi stressanti quali fallimenti in ambito accademico o lavorativo, affettivo e relazionale, ma anche più facilmente vittime di episodi di bullismo, o eventualmente anche di veri e propri abusi). In questa considerazione il disturbo dello spettro autistico può venir immaginato come una *neuro-diversità*, ovvero un disturbo di base, cioè come una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell'individuo alle interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti, all'analisi delle reazioni emotive e che pone il soggetto in una condizione di predisposizione a situazioni stressanti.

È infine possibile che alcune condizioni cliniche vengano erroneamente confuse con la diagnosi di AS/HFA. È il caso di alcuni disturbi di personalità (dist. schizoide e schizotipico, evitante, paranoide) ma anche di entità diagnostiche più complesse quali la schizofrenia o altri disturbi dello spettro della schizofrenia): si tratterebbe di una misdiagnosi dovuta alla scarsa capacità da parte dei soggetti di evidenziare/riconoscere (e secondariamente esprimere) i propri stati emotivi (e quindi di cercare e ottenere aiuto in modo corretto), alla scarsa conoscenza dei disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento anche tra i professionisti della salute mentale e alla presenza di un'elevata quota di sovrapposizione sintomatologica tra i disturbi autistici ad alto funzionamento ed altre condizioni cliniche (questo aspetto sembra avere un peso soprattutto nell'ambito della diagnosi dei disturbi di personalità, che esprimendo un pattern relativamente stabile di pensare, sentire, comportarsi e mettersi in relazione con gli altri hanno diverse similitudini con i disturbi dello spettro autistico descritti come "neuro-diversità") ma riguarda anche disturbi in asse primo come i dist. schizofrenici, il dist. ossessivo-compulsivo.

## I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO AD ALTO FUNZIONAMENTO E I DISTURBI AFFETTIVI

I disturbi affettivi risultano tra i disturbi psichici più frequentemente associati ai disturbi dello spettro autistico. La comorbidità con i disturbi affettivi peggiora l'evoluzione e la prognosi e provoca un ulteriore peggioramento dell'*impairment* sociale e delle capacità socio-relazionali e comunicative, complicando il quadro clinico.

Gran parte degli studi sono concordi nell'indicare la depressione unipolare e la sintomatologia depressiva quale il riscontro di maggior frequenza in soggetti con disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento, anche se più recentemente alcuni autori (25) hanno suggerito un ruolo preponderante per il disturbo bipolare, supportati anche dal riscontro di elevati tassi di prevalenza di disturbo bipolare tra familiari di primo grado dei soggetti affetti (7; 11). Questi autori hanno ipotizzato che il riscontro di bassi tassi di comorbidità del disturbo bipolare sarebbero da attribuire a misdiagnosi dello stesso a favore degli episodi depressivi, a causa di una mancanza di riconoscimento di episodi ipo-maniacali che sarebbero inseriti erroneamente tra le manifestazioni del decorso clinico dell'HFA (ad es. le dimensioni dell'irritabilità e dell'oscillazione timica). Sia dal punto di vista speculativo che dal punto di vista clinico questo aspetto appare estremamente interessante e ulteriori studi su soggetti adulti, magari con disegni sperimentali differenti (es. studi prospettici o retrospettivi) appaiono necessari per trarre conclusioni definitive.

Gli studi attuali segnalano comunque che circa il 50% degli adulti con diagnosi di HFA manifestano una sintomatologia depressiva (13; 37) e che la comorbidità con il disturbo bipolare è compresa tra il 6 e il 20% (38). Spesso tale sintomatologia non è riportata direttamente (a causa di difficoltà ad esprimere gli stati emotivi) e può essere segnalata da terzi (prevalentemente parenti o il partner), soprattutto per soggetti più giovani. Vi possono essere segni che suggeriscono la presenza di

una patologia depressiva: modificazioni nel funzionamento che appaiono visibili a livello comportamentale (rallentamento, riduzione dell'interesse in attività precedentemente ritenute piacevoli, alterazioni di sonno, scarsa cura del sé). La depressione può inoltre associarsi ad alterazioni maladattative quali un incremento dell'irritabilità e dell'aggressività (compreso il self-injury) o dell'irrequietezza e può peggiorare alcuni sintomi tipici quali le alterazioni del linguaggio, i movimenti bizzarri (hand-flapping) e i rituali. Generalmente i sintomi depressivi e l'ansia si sviluppano in un contesto di croniche difficoltà socio-relazionali, spesso difficili da comprendere da parte del soggetto, o in seguito a fallimenti in ambito relazionale o lavorativo che minano l'autoestima, identificandosi come disturbi dell'adattamento o come reazioni prolungate da stress. Può esservi una percezione di incompetenza riguardo alle proprie capacità sociali e anche della possibilità di essere efficiente e "funzionante" in ambito lavorativo.

In altre condizioni la sintomatologia depressiva può verificarsi in conseguenza di un "affaticamento cronico". I soggetti con elevati quozienti intellettivi possono infatti utilizzare (imparandole) strategie cognitive compensative per gestire le situazioni socio-relazionali: non riuscendo a comprendere intuitivamente quale sia il funzionamento mentale dell'altro e quindi quali siano le modalità corrette di comportarsi queste persone tendono a utilizzare un'analisi cognitiva e razionale costante della situazione che causa un elevatissimo dispendio di energie (attentive, di concentrazione, di controllo) e tra l'altro non risulta quasi mai pienamente efficace (35).

Il disturbo bipolare tende a manifestarsi con caratteristiche quali umore instabile, irritabile o misto, ostilità, irrequietezza, ansia, aggressività, insonnia. Spesso il disturbo bipolare può essere erroneamente diagnosticato come schizofrenia (33) a causa della presentazione atipica e della presenza di allucinazioni, interpretazioni deliranti (spesso di stampo paranoide), pensiero bizzarro: questi aspetti appaiono maggiormente visibili nelle fasi acute

ma si possono mantenere anche nelle fasi eutimiche con le caratteristiche già descritte di bizzarrie di pensiero tipiche dei ASD (38).

## **I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO AD ALTO FUNZIONAMENTO E I DISTURBI D'ANSIA**

I disturbi d'ansia sono presenti in quasi il 50% dei soggetti con autismo ad alto funzionamento. Come per gli aspetti depressivi l'ansia può frequentemente far parte di aspetti reattivi, da stress cronico. I soggetti con HFA infatti, soprattutto quelli ad elevato insight, si rendono conto delle difficoltà relazionali a cui vanno incontro, pur non riuscendo, in modo autonomo, a trovare strategie compensative valide. I significativi problemi nel comportamento adattivo, tipici di soggetti con autismo ad alto funzionamento, appaiono evidenti soprattutto nei minori o negli adolescenti/giovani adulti (Attwood 2002) e si possono manifestare non solo con sintomi d'ansia (attacchi di panico, evitamenti, ansia anticipatoria), ma anche con una cattiva gestione della rabbia, che spesso può divenire la via finale comune per detendere la tensione, con conseguente incremento nel rischio di agiti e di comportamenti inadeguati. I comportamenti inadeguati sono modulati dall'impulsività, che in soggetti con disturbi dello spettro autistico può essere elevata (18; 22; 10).

Anche la sintomatologia ossessiva-compulsiva, spesso con le caratteristiche di un ridotto insight, è risultata associata all'autismo ad alto funzionamento. Il rapporto tra questi disturbi è complesso: sono presenti infatti delle sovrapposizioni sintomatologiche che, se valutate superficialmente, rendono difficile effettuare correttamente una diagnosi differenziale. Le stereotipie, la rigidità di pensiero, la necessità di seguire comportamenti routinari e a volte di utilizzare comportamenti rituali sono spesso una caratteristica dei soggetti con ASD ad alto funzionamento che possono essere confusi con un dist. ossessivo-compulsivo. Gli individui con ASD riportano

più frequentemente aspetti ripetitivi, di accaparramento, o modalità ripetitive legate al toccare: soggetti con DOC che invece presentano più frequentemente pensieri ossessivi relativi alla pulizia, al controllo o al conteggio. Globalmente, a livello clinico, nel soggetto con autismo la sintomatologia appare maggiormente di tipo compulsivo e gli aspetti ossessivi sono meno evidenti.

## **I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO AD ALTO FUNZIONAMENTO E I DISTURBI PSICOTICI**

Il legame tra disturbi autistici e i disturbi psicotici è dibattuto sin dall'origine stessa della definizione di autismo. Prima delle descrizioni di Kanner e di Asperger di quei bambini che adesso vengono ampiamente riconosciuti come affetti da disturbi dello spettro autistico, e anche per alcuni anni successivamente, bambini con sintomi simili venivano diagnosticati come affetti da schizofrenia infantile. Una review di Cappon (1953) sulla schizofrenia e l'autismo infantile segnalava che i sintomi dei due disturbi mostrano ampie sovrapposizioni: nello stesso lavoro l'autismo veniva presentato come una condizione clinica contenuta all'interno dello spettro della schizofrenia.

I dati epidemiologici sottolineano una forte associazione tra i disturbi: in campioni di minori con disturbi dello spettro autistico i disturbi dello spettro della schizofrenia sono stati riportati tra lo 0% e il 34,8%. Anche la prevalenza inversa (soggetti con disturbi autistici in campioni di soggetti con disturbi dello spettro della schizofrenia) mostra dati simili, tra il 3,6% e il 60% a seconda degli studi. La schizofrenia infantile è stata infine associata nel 30-50% dei casi a una precedente diagnosi di disturbi dello spettro autistico (4). Tutti questi studi sono stati effettuati su soggetti in minore età, di fatto non permettendo di generalizzare anche a soggetti adulti.

Vi sono vari aspetti e caratteristiche che accomunano i disturbi: la presenza di *impairment* nella Teoria della Mente sia in soggetti con autismo che con schizofrenia (20), deficit funzionali associati ai neuroni a specchio,

alterazioni della connettività riscontrati tramite tecniche di imaging e strumentali (studi morfologici sul corpo calloso, riduzione morfometrica della materia bianca, riduzione della coerenza dei segnali EEG). (15). Inoltre, aspetto non secondario, alcuni dei trattamenti efficaci nei disturbi dello spettro della schizofrenia (aripirazolo e risperidone) hanno importanti dati di efficacia anche in soggetti con disturbi dello spettro autistico (15) e gli stessi farmaci sono associati a miglioramenti della cognitiv  sociale (27).

Per tali motivi   stato suggerito che disturbi dello spettro autistico e della schizofrenia possano condividere molto di pi  di quanto immediatamente apparente a livello clinico e che la linea di demarcazione tra le due condizioni non sia facile da evidenziare. Alcuni autori hanno ad esempio sottolineato che, nonostante le differenze anche evidenti a livello clinico, che non rendono difficile la diagnosi differenziale a personale formato, l'ampiezza delle manifestazioni fenotipiche dei due disturbi debba rendere conto di un'ampia sovrapposizione tra gli stessi (15).

I dati epidemiologici e strumentali supportano l'ipotesi di una predisposizione genica condivisa tra i due disturbi (Rapoport et al. 2009). Inoltre, anche a livello ambientale sono presenti fattori comuni, seppure siano state evidenziate importanti aree di differenziazione e fattori di rischio specifici per un disturbo e non per l'altro (Cantor-Graae & Selten, 2005;29). A partire da questi riscontri sono stati proposti diversi modelli eziopatogenici, attualmente ancora in fase di valutazione sperimentale (4): i disturbi dello spettro autistico e della schizofrenia sono stati interpretati come disturbi neuroevolutivi caratterizzati da esordio precoce e tardivo, con un gran numero di deficit a livello cognitivo e delle capacit  interpersonali. Nonostante la grande diversit  tra i criteri diagnostici e gli aspetti evolutivi infatti gli impairment a livello motorio e cognitivo appaiono simili (37).

Dal punto di vista diagnostico vi sono evidenti differenze nei quadri clinici in et  adulta che rendono facilmente

differenziabili da personale formato le due condizioni. Alcune difficolt  possono comunque verificarsi per soggetti con autismo ad alto funzionamento, che non hanno manifestato in et  precoce evidenti segnali di malessere o scarso adattamento sociale. Per questi soggetti, che spesso sono stati solo riconosciuti come "particolari" dal contesto, il confronto con ambienti socio-relazionali maggiormente complessi e pi  prestazionali pu  facilitare l'emergere di manifestazioni da analizzare attentamente per non effettuare errori diagnostici. Alcune manifestazioni che possono essere definite tipiche, ma non patognomoniche, dei quadri autistici, quali i comportamenti bizzarri, la ridotta espressivit  emotiva, le distorsioni percettive, l'ideazione paranoide (soprattutto in situazioni di forte stress) possono infatti essere confuse con sintomi appartenenti allo spettro della schizofrenia (35).

In soggetti con AS sono stati riportati deliri grandiosi o paranoidei ed   stato suggerito che questi siano da correlarsi al bias attenzionale dovuto all'incompetenza sociale. Soggetti con AS sarebbero quindi pi  portati, a causa di una modalit  erronea di interpretare i segnali relazionali (espressioni facciali, messaggi non verbali) a sperimentare elevati livelli d'ansia e a costruire interpretazioni paranoidei secondarie.

## **LA GESTIONE DELLE COMORBIDIT  PSICHIATRICHE NEI SOGGETTI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO AD ALTO FUNZIONAMENTO**

Il trattamento delle comorbidit  psichiatriche in un soggetto con HFA   un trattamento che pu  essere complesso. Il rischio prevalente   quello di non riconoscere la neurodiversit  legata all'autismo: questa evenienza pu  portare a scarsi risultati clinici per vari motivi. Innanzi tutto non riconoscere l'autismo rischia di compromettere la relazione terapeutica, che deve essere impostata facendo attenzione alle caratteristiche del soggetto. In secondo luogo vi   il rischio di utilizzare strumenti poco efficaci: le psicoterapie "classiche", ad esempio, mostrano

---

numerosi limiti con soggetti che utilizzano una chiave di lettura della realtà (e dei rapporti sociali) estremamente concreta e che quindi sono poco in grado di utilizzare i consueti caratteri metaforici delle interpretazioni o del lavoro relazionale. Infine, anche in caso di buon contatto terapeutico e di terapia efficace, il rischio di ricadute è molto frequente se non vengono modificate le condizioni di partenza, poiché il soggetto, una volta superata la situazione di difficoltà rischia di trovarsi nuovamente di fronte a tutti quei fattori precipitanti che l'avevano favorita senza aver appreso modalità efficaci per affrontarle. Un corretto inquadramento diagnostico è necessario quindi per permettere l'impostazione di una corretta terapia delle condizioni emergenti e per poter impostare un trattamento multi-disciplinare complesso, che associ all'intervento psicofarmacologico anche interventi di tipo psico-educazionale e di coaching, mirato al disturbo autistico sottostante.

Diversi trattamenti farmacologici sono risultati efficaci per trattare le condizioni associate: antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici di seconda generazione. La terapia cognitivo-comportamentale è risultata efficace nella gestione degli aspetti ansioso-depressivi, soprattutto in associazione con altri trattamenti.

La gestione delle comorbidità psichiatriche prevede personale con una specifica formazione: purtroppo, soprattutto per soggetti in maggiore età, vi è un'assoluta carenza di servizi specialistici che possano effettuare un corretto inquadramento clinico e il successivo trattamento di queste condizioni. Questo è particolarmente vero per quei soggetti senza deficit intellettivo e con disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento e risulta una criticità estremamente comune non solo su tutto il territorio italiano ma anche a livello europeo e nord-americano (17).

Per supplire a questa lacuna dei nostri servizi recentemente alcuni centri hanno iniziato a definire protocolli specifici per intervenire in queste condizioni. Presso la nostra azienda è stato definito un protocollo di conven-

zione con Associazione Asperger Italia (ASA) ed è stato istituito un ambulatorio specialistico per la comorbidità psichiatrica in soggetti adulti con AS. Presso tale spazio soggetti con diagnosi accertata di AS possono effettuare una valutazione specialistica per situazioni cliniche concomitanti e essere trattati da personale specificatamente formato.

(1) Dipartimento di Salute mentale e Neuroscienze  
ASST Fatebenefratelli-Sacco

## BIBLIOGRAFIA

1. Bakken T.L., et al., *Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: a representative study in one county in Norway*. Res Dev Disabil. 2010; 31(6): 1669–1677.
2. Bolton P.F., Pickles A., Murphy M., Rutter M., *Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation*. Psychol Med. 1998; 28(2): 385–395.
3. Cappon D., *Clinical manifestations of autism and schizophrenia in childhood*. Can. Med. Assoc. J., 1953; 69, 44–49.
4. Chisholm K., Lin A., Abu-Akel A., Wood S.J., *The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: a review of eight alternate models of co-occurrence* Neurosci Biobehav Rev. 2015 Aug;55:173-83. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.04.012. Epub 2015 May 5.
5. Cooper S.A., Smiley E., Morrison J., et al. *Psychosis and adults with intellectual disabilities: prevalence, incidence, and related factors*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007; 42(7): 530–536.
6. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, *Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis*. Lancet, 2013 Apr 20; 381(9875): 1371–1379. Published online 2013 Feb 28. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62129-1
7. DeLong G.R., Dwyer J.T., *Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease*. J Autism Dev Disord, 1988; 18(4): 593–600. 56.
8. Di Pasquale D., *La diagnosi di autismo in età precoce*. Psichiatria Oggi Anno XXIX, n.1 gennaio- giugno 2016
9. Ghanizadeh A., *Co-morbidity and factor analysis on attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder DSM-IV-derived items*. J Res Med Sci, 2012 Apr;17(4):368-72.
10. Ghaziuddin M., Zafar S., *Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders*. Clinical Neuropsychiatry, 2008; 5(1): 9–12.
11. Gillberg I.C., Gillberg C., *Asperger syndrome—some epidemiological considerations: a research note*. J Child Psychol Psychiatry. 1989; 30(4): 631–638.
12. Graae E., Selten J.P., *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*. Am. J. Psychiatry, 2005; 162 (1): 12–24, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
13. Hofvander B., Delorme R., Chaste P. et al., *Psychiatric and psycho-social problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders*. BMC Psychiatry, 2009; 9: 35.
14. Jokiranta-Olkonemi E., Cheslack-Postava K., Sucksdorff D., Suominen A., Gyllenberg D., Chudal R., Leivonen S., Gissler M., Brown A.S., Sourander A., *Risk of Psychiatric and Neurodevelopmental Disorders Among Siblings of Probands With Autism Spectrum Disorders*. JAMA Psychiatry, 2016 May 4; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0495. [Epub ahead of print]
15. King B.H., Lord C., *Is schizophrenia on the autism spectrum?* Brain Res. 2011 Mar 22;1380:34-41. doi: 10.1016/j.brainres.2010.11.031. Epub 2010 Nov 12.
16. King B.H., Boštic J.Q., *An update on pharmacologic treatments for autism spectrum disorders*. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am, 2006; 15: 161–175.
17. Lake J.K., Perry A., Lunskey Y., *Mental health services for individuals with high functioning autism spectrum disorder*. Autism Res Treat, 2014;2014:502420. doi: 10.1155/2014/502420. Epub 2014 Sep 3.
18. Lee D.O., Ousley O.Y., *Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders*. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2006 Dec; 16(6):737-46.
19. Lehnhardt F.G., Gawronski A., Volpert K., Schilbach L., Tepest R., Vogeley K., *Psychosocial functioning of adults with late diagnosed autism spectrum disorders—a retrospective study*. Fortschr Neurol Psychiatr, 2012, 80:88–97
20. Lysaker P.H., Olesek K.L., Warman D.M., Martin J.M., Salzman A.K., Nicolò G., Salvatore G., Dimaggio G., *Metacognition in schizophrenia: correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity*. Psychiatry Res., 2011 Nov 30; 190(1):18-22. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.016. Epub 2010 Aug 8.

21. Mandell D.S., Walrath C.M., Manteuffel B., Sgro G., Pinto-Martin J.A., *The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings*. Child Abuse Negl., 2005 Dec;29(12):1359-72. Epub 2005 Nov 15.
22. Mosconi M.W., Kay M., D’Cruz A.M., Seidenfeld A., Guter S., Stanford L.D., Sweeney J.A., *Impaired inhibitory control is associated with higher-order repetitive behaviors in autism spectrum disorders*. Psychol Med., 2009 Sep; 39(9): 1559-66. doi: 10.1017/S0033291708004984. Epub 2009 Jan 21.
23. Motta C., *La sindrome di Asperger Psichiatria Oggi Anno XXIX*, n.1 gennaio–giugno 2016
24. Mouridsen S.E., Rich B., Isager T., *Psychiatric disorders in adults diagnosed as children with atypical autism: a case control study*. J Neural Transm, 2008; 115(1): 135–138.
25. Munesue T., Ono Y., Mutoh K., Shimoda K., Nakatani H., Kikuchi M., *High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients*. J Affect Disord., 2008 Dec;111(2-3):170-5. doi: 10.1016/j.jad.2008.02.015. Epub 2008 Apr 2.
26. Piven J., Palmer P., *Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families*. Am J Psychiatry, 1999; 156(4): 557–563.
27. Roberts D.L., Penn D.L., Corrigan P., Lipkovich I., Kinon B., Black R.A., *Antipsychotic medication and social cue recognition in chronic schizophrenia*. Psychiatry Res., 2010; 178: 46–50
28. Roberts A.L., Koenen K.C., Lyall K., Robinson E.B., Weisskopf M.G., *Association of autistic traits in adulthood with childhood abuse, interpersonal victimization, and posttraumatic stress*. Child Abuse Negl., 2015 Jul;45:135-42. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.04.010. Epub 2015 May 6.
29. Roseboom T.J., Painter R.C., Van Abeelen A.F.M., Veenendaal M.V.E., De Rooij S.R., *Hungry in the womb: what are the consequences? Lessons from the Dutch famine*. Maturitas, 2011; 70 (2): 141–145; http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.06.017
30. Serretti A., Fabbri C., *Shared genetics among major psychiatric disorders*. Lancet, 2013 Apr 20;381(9875):1339-41. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60223-8. Epub 2013 Feb 28.
31. Shailesh H., Gupta I., Sif S., Ouhtit A., *Towards understanding the genetics of Autism*. Front Biosci (Elite Ed.), 2016 Jun 1; 8: 412-26 .
32. Skeppar P., Thoor R., Sture A., Isakson A., Skeppar I., Persson B., Fitzgerald M., *Neurodevelopmental disorders with comorbid affective disorders sometimes produce psychiatric conditions traditionally diagnosed as schizophrenia*. Clin. Neuropsychiatry, 2013; 3-4: 123–133
33. Sofronoff K., Dark E., Stone V., *Social vulnerability and bullying in children with Asperger syndrome*. Autism., 2011 May;15(3):355-72. doi: 10.1177/1362361310365070. Epub 2011 Mar 23
34. Stewart M.E., Barnard L., Pearson J., Hasan R., O’Brien G., *Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: a review*. Autism, 2006; 10: 103–16.
35. Tebartz van Elst L., Pick M., Biscaldi M., Fangmeier T., Riedel A., *High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci, 2013; 263(Suppl 2), S189–S196.10.1007/s00406-013-0459-3
36. Tick B., Bolton P., Happé F., Rutter M., Rijdsdijk F., *Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies*. J Child Psychol Psychiatry, 2016 May;57(5):585-95. doi: 10.1111/jcpp.12499. Epub 2015 Dec 27.
37. Vannucchi G., Masi G., Toni C., Dell’Osso L., Marazziti D., Perugi G., *Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders*. CNS Spectr., 2014a; 19(2):157-64. doi: 10.1017/S1092852913000941. Epub 2013 Dec 19.
38. Vannucchi G., Masi G., Toni C., Dell’Osso L., Erfurth A., Perugi G., *Bipolar disorder in adults with Aspergers Syndrome: a systematic review*. J Affect Disord., 2014b; 168: 151-60. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.042. Epub 2014 Jul 8. Review.

## La sindrome di Asperger

*Dr.ssa Cristina Motta<sup>1</sup>*

### INTRODUZIONE

Sebbene dall'esame di pubblicazioni internazionali dell'ultimo secolo si sia scoperto che è stata una neurologa russa, Ewa Ssucharewa, nel 1926, a scrivere il primo resoconto del profilo di abilità che oggi chiamiamo Sindrome di Asperger, il nome è stato dato come tributo alle osservazioni dettagliate e perspicaci di Hans Asperger, medico pediatra austriaco (Vienna, 18 febbraio 1906 – Vienna, 21 ottobre 1980), che riconobbe anche che il profilo è parte di ciò che ora chiamiamo spettro dei disturbi autistici, piuttosto che della schizofrenia (2).

In una conferenza del 1977 Hans Asperger riferì come le conoscenze cliniche e teoriche degli anni '30 non riuscivano a spiegare le particolari caratteristiche di un piccolo gruppo di bambini da lui osservati e come non esistessero descrizioni o diagnosi esistenti che potessero descrivere le loro caratteristiche: questi bambini mostravano delle peculiarità nella personalità e delle problematiche nell'interazione con gli altri (4).

Asperger scrisse nei primi anni '40 le prime dettagliate descrizioni, poi tradotte in inglese da Utah Frith nel 1991 (3). Descrisse menomazioni nella comunicazione verbale e non verbale, con caratteristiche specifiche negli aspetti pragmatici del linguaggio, in particolare nelle abilità conversazionali; una prosodia inusuale nella parlata, il linguaggio pedante. Notò una immaturità nell'empatia e una difficoltà nella gestione delle emozioni e anche una tendenza a razionalizzare i sentimenti, una comprensione sociale limitata, una preoccupazione per un interesse o una argomento specifico che dominava i pensieri di questi bambini e una maggior assistenza in alcuni compiti di autonomia, oltre a una estrema sensibilità di alcuni bambini a suoni o gusti particolari e una goffaggine nell'andatura e nella coordinazione motoria.

Tutto questo non spiegabile considerando le capacità intellettive di questi bambini.

Lorna Wing, una famosa psichiatra inglese, in un suo articolo, pubblicato nel 1981, descrisse 34 casi, di età compresa fra i 5 ed i 35 anni, che presentavano dei profili affini a quelli descritti da Hans Asperger, e usò per la prima volta l'eponimo "Sindrome di Asperger" per designare una nuova categoria diagnostica all'interno dei disturbi dello spettro artistico (5). Nel 1988 a Londra si tenne la prima e piccola conferenza internazionale sulla Sindrome di Asperger e iniziò l'esplorazione e lo studio di questa nuova area dei disturbi dello spettro autistico. Solo quando nel 1993 L'OMS pubblicò l'ICD-10 (la decima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie), e l'Associazione Americana di Psichiatria nel 1994 il DSM IV (la quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) per la prima volta due sistemi diagnostici inclusero la Sindrome di Asperger, o più precisamente il Disturbo di Asperger, nell'insieme dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (7; 6).

### ASPETTI CLINICI E DESCRITTIVI DELLA SINDROME DI ASPERGER

La Sindrome di Asperger (AS – Asperger's Syndrome) è una condizione neurobiologica, che dura tutta la vita e può essere presente sia nei bambini che negli adulti. Le sue particolarità comportamentali, cognitive, affettive, sensoriali sono l'espressione di una neurodiversità, non di una patologia. La AS è considerata come una forma di autismo lieve, infatti fa parte dei cosiddetti Disturbi dello Spettro Autistico, caratterizzati da compromissioni di vario livello nelle capacità sociali e comunicative. Si stima che il disturbo riguardi almeno un bambino ogni 200. Sembra essere più frequente nei maschi che nelle femmine, ma questo probabilmente perché le femmine la "mascherano", hanno una notevole capacità di imparare un numero di regole sufficienti per camuffare i propri sintomi, sono molto più difficili da identificare. Molti individui che ne sono lievemente affetti continuano a es-

sere non diagnosticati. Si ritiene che attualmente vengano riconosciuti e diagnosticati circa il 50% dei soggetti che hanno la sindrome di Asperger. Nessuno studio è stato condotto per determinare l'incidenza della sindrome di Asperger nella popolazione adulta. Un grande studio britannico del 2001 (10) ha trovato che il 29 % delle persone con autismo ad alto funzionamento e il 46% di adulti con sindrome di Asperger non aveva ricevuto la diagnosi fino alla tarda adolescenza o all'età adulta e visto il ritardo diagnostico in Italia è probabile che le percentuali nel nostro paese siano più elevate.

La AS passa inosservata per diverso tempo, anche dopo che il bambino ha fatto il suo ingresso alla scuola elementare e le maggiori richieste mettono in luce le sue difficoltà sul piano delle competenze relazionali, della socializzazione e della comunicazione. Molto spesso purtroppo queste difficoltà sono più sfumate e/o ricevono una lettura diversa e erronea e la diagnosi arriva più tardi, anche in età adolescenziale, o addirittura in età adulta. L'espressività clinica, cioè le manifestazioni di questa sindrome, possono essere molteplici e diverse a seconda del soggetto e del suo temperamento. Contrariamente a quanto succede nell'autismo, i bambini con AS non manifestano ritardo nello sviluppo del linguaggio e anche le difficoltà nelle interazioni sociali sono meno accentuate. Spesso possiedono abilità linguistiche e cognitive superiori alla media, e comunque nella norma. Non di rado, i bambini e i ragazzi con AS, agli occhi di un osservatore inesperto o anche di un parente stretto, sembrano assolutamente normali, solo con una personalità un po' diversa da quella dei coetanei, più timidi o semplicemente con interessi diversi. Nella maggior parte dei casi i bambini e ragazzi con questo funzionamento vorrebbero avere amicizie con i coetanei, ma spesso non sanno come fare a iniziare le relazioni e poi a mantenerle oppure mostrano modalità bizzarre nella loro iniziativa. Spesso i rapporti sono così labili che tendono a interrompersi precocemente. Mostrano meno interesse verso ciò che piace ai coetanei, meno disponibilità a fare giochi o

attività che non scelgono loro, una ridotta empatia verso gli altri e possono alcuni di loro essere percepiti come un po' particolari o strani e per questo possono venire spesso isolati. Faticano a dare sempre una lettura completa e/o corretta delle situazioni sociali in cui si trovano, sia come attori sia come osservatori, a comprendere le regole non scritte del vivere in un contesto sociale (il cosiddetto "hidden curriculum") e quindi possono manifestare comportamenti socialmente non corretti, disfunzionali o inadeguati. Sul versante comunicativo fanno fatica nella conversazione sociale, tendono a parlare di argomenti di loro interesse (in cui raggiungono anche una notevole competenza nozionistica), hanno difficoltà nelle regole dialogiche, nella reciprocità conversazionale, faticano a leggere i messaggi non verbali dell'interlocutore e a modulare il loro comportamento comunicativo di conseguenza; faticano a comprendere la pragmatica linguistica. Faticano ad assumere la prospettiva altrui, tendono ad avere un pensiero rigido, "bianco/nero", razionale, tendono a essere pessimisti, critici, ipersensibili ai giudizi, alle critiche. Hanno difficoltà nel controllo delle proprie emozioni, soprattutto quando sono negative, hanno una vulnerabilità emotiva che li porta a volte a manifestare dei comportamenti anche esplosivi in seguito a frustrazioni. Hanno interessi speciali che possono anche essere molto particolari e strani per la loro età, e questi interessi non sono semplicemente un hobby o un passatempo, ma sono molto intensi e possono arrivare ad essere quasi un'ossessione e diventano quindi molto competenti, nozionistici. Possono avere difficoltà di tipo neurosensoriale - sensibilità a suoni, sapori e consistenze specifiche o sensibilità tattili - (iper-, ipo sensibilità; risposte anomale a stimoli sensoriali ecc....).

In alcuni soggetti le difficoltà possono diventare più pronunciate nell'età adulta quando aumentano le esigenze di autonomia e quando le abilità sociali risultano fondamentali per una realizzazione personale, accademica e professionale, allo stesso tempo diversi studi longitudinali e trasversali suggeriscono una tendenza

alla riduzione generale dei sintomi in adolescenza e età adulta (11; 12; 13).

## LA DIAGNOSI DI SINDROME DI ASPERGER

Molti adulti sono passati attraverso l'infanzia e l'adolescenza senza ricevere una diagnosi di AS e ora sempre più spesso ci confrontiamo con questo quesito diagnostico a cui rispondere. Per quanto riguarda la diagnosi di Asperger nell'adulto, prima di tutto bisogna dire che i criteri diagnostici utilizzati per fare diagnosi di sindrome di Asperger sono quelli che descrivono i segni della sindrome nei bambini. Non abbiamo nessun "aggiustamento" di tali criteri per una diagnosi in un paziente adulto. Per tale motivo la diagnosi di Asperger nell'adulto può essere problematica, anche per il fatto che il paziente può negare, non riconoscere o mascherare le sue caratteristiche. Vi è inoltre una evidenza che ci sia un notevole rischio di escludere gli adulti ad alto funzionamento attraverso strumenti diagnostici considerati standard per l'autismo (14; 15)

Esistono quattro test che misurano i sintomi autistici negli adulti: l'Autism Quotient (AQ, 16), l'Aspie Quiz (17), l'Adult Autism Assessment (AAA, 18), la Ritvo Autism and Asperger Diagnostic Scale Revised (RAADS-R, 19).

Per molti anni è stato disponibile solo l'Autism Quotient - AQ per la diagnosi sugli adulti, considerato comunque dagli autori non uno strumento diagnostico ma come uno strumento di screening utile per identificare sintomi e segni autistici. L'AQ viene inviato e compilato autonomamente dal soggetto.

L'Adult Autism Assessment - AAA è un buon sistema diagnostico ma, oltre a essere molto lungo, richiede una notevole conoscenza dell'autismo; inoltre ha una bassa sensibilità e esclude i casi più lievi, pur avendo una alta specificità. L'Aspie Quiz è una scala che può essere compilata solo online e ha una sensibilità e specificità comparabile all'Autism Quotient - AQ, è una scala che si basa sui nuovi principi della neurodiversità. Solo la

Ritvo Autism and Asperger Diagnostic Scale Revised - RAADS-R è una scala creata e studiata a fini diagnostici per il riconoscimento della sindrome di Asperger e del disturbo dello spettro autistico di grado lieve nella popolazione adulta: bisogna sottolineare che non è stato studiato per distinguere la sindrome di Asperger dall'Autismo, ma è studiato per la totalità dello spettro autistico lieve. Il RAADS -R è una intervista clinica strutturata e deve essere somministrata da clinici in ambito clinico. Il RAADS-R Può essere usato anche in adulti che hanno già ricevuto altre diagnosi per comprendere se hanno anche una sindrome di Asperger o una forma lieve di disturbo dello spettro autistico. Il RAADS-R presenta una sensibilità del 97 %, una specificità del 100 % e una affidabilità test-retest  $r=0.987$  nello studio di Ritvo et al. del 2011. È stato validato come intervista clinica nel 2011, dopo essere stato pubblicato per la prima volta nel 2008 (20). Sono stati pubblicati da allora numerosi studi che hanno utilizzato il RAADS-R per selezionare soggetti con un disturbo dello spettro autistico lieve o sindrome di Asperger. Il RAADS-R non è stato validato con una norma italiana, ha avuto solo la back-translation, come d'altro canto tutti i test diagnostici per l'autismo (per es. ADOS2, ADI-R, GADS etc....).

L'ADOS modulo 4 (il modulo per adulti verbali) è stato il test usato comunemente per la diagnosi di disturbo dello spettro autistico nell'adulto, è considerato il golden standard ma di fatto non è stato mai normato per adulti con una forma di autismo lieve e sindrome di Asperger e i pochi studi effettuati sulla sua validità non danno risultati incoraggianti (14; 15).

Gli strumenti non sono un'alternativa a una valutazione diagnostica effettuata da un clinico esperto. La valutazione diagnostica attraverso il colloquio clinico fornisce anche una opportunità di esaminare con più attenzione le risposte della persona al questionario e permette al clinico di determinare la validità e l'accuratezza del self rating del soggetto. È utile, quando possibile, coinvolgere un parente, il partner, un amico, nel processo diagnosti-

---

co perché questa persona può fornire una opinione più oggettiva della storia personale passata e dell'attuale funzionamento del soggetto.

## CONCLUSIONI

È importante il riconoscimento di un funzionamento asperger non solo in età infantile e adolescenziale, ma anche in età adulta. Prima di tutto per il riconoscimento delle difficoltà che la persona asperger può avere nella gestione di alcune esperienze della vita quotidiana (e che addirittura le altre persone non trovano problematiche ma addirittura piacevoli), il riconoscimento della sensazione di confusione e sfinimento nelle situazioni sociali, per un cambiamento positivo nell'aspettativa delle altre persone (incoraggiamento piuttosto che critiche riguardo le sue competenze sociali), soprattutto la persona non si sentirà più stupida, pazza, malata o difettosa e potrà accedere a una maggiore comprensione di se stessa, a una migliore capacità decisionale nella scelta del lavoro, delle amicizie e dei rapporti interpersonali e a una perorazione della propria causa (self-advocacy) con la possibilità di accedere a un supporto per il proseguimento degli studi o per l'impiego.

Il trattamento per i soggetti con la sindrome di Asperger è una terapia specifica di tipo cognitivo-comportamentale attraverso il quale la persona, che sia bambino, adolescente o adulto, comprenda e apprenda competenze sociali e emotive. Fondamentale è che i genitori, le insegnanti e gli adulti intorno al bambino o adolescente o adulto conoscano e comprendano il funzionamento Asperger attraverso un training per fornire guida e aiuto e insegnamento. Le condizioni psichiatriche (per es. disturbi d'ansia, depressione, DOC etc...) che si possono associare alla sindrome richiedono un intervento specifico, a volte farmacologico. È importante sottolineare che c'è un'associazione tra la sindrome di Asperger e lo sviluppo di un disturbo dell'umore aggiuntivo o secondario, tra cui depressione, disturbi d'ansia e problemi nella gestione della rabbia. Le persone con la sindrome di Asperger

appaiono vulnerabili a sentimenti di depressione e un bambino/adulto su 3 soffre di depressione clinica (per approfondimenti si rimanda all'articolo specifico su questo stesso numero) (21).

*(1) Neuropsichiatra infantile*

*ASA Italia - Associazione Sindrome Asperger*

*Spazio Nautilus - Gruppo Asperger in Lombardia*

*Email: [info@aspergereautismo.com](mailto:info@aspergereautismo.com)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Ssucharewa G.E., *Die Schizoiden Psychopathien im Kindesalter, Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 1926; 60: 235-261.
2. Aşperger H., *Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen und Fürsorgerinnen*. Springer, Wien, 1952.
3. Aşperger H. (1944), *Autistic psychopathy in childhood*, translated in Frith U., *Autism and Aşperger's Syndrome*. Cambridge University Press, Cambridge, 1991.
4. Aşperger H., *Problems of Infantile Autism communication*. The journal of the National Autistic Society, London, 1977.
5. Wing L., *Aşperger's Syndrome: a clinical account*. Psychological Medicine, 1981; 11: 115-130.
6. World Health Organization, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. World Health Organization, Geneva, 1993.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th edition)*. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.
8. American Psychiatric Association, *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. BookpointUS, 2013.
9. Attwood T., *Aşperger's Syndrome: A guide for parents and professionals*. Jessica Kingsley Publishers, London, 1998.
10. Barnard J., Harvey V., Potter D., Prior A., *Ignored or ineligible? The reality of adults with Autism Spectrum disorders*. National Autistic Society, London, 2001.
11. Esbensen A. J., Seltzer M. M., Lam, K. S., Bodfish J.W., *Age-related differences in restricted repetitive behaviors in autism spectrum disorders*. Journal of autism and developmental disorders, 2009; 39 (1): 57-66.
12. Shattuck P. T., Seltzer M. M., Greenberg J. S., Orsmond G. I., Bolt D., Kring S., & Lord C., *Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescents and adults with an autism spectrum disorders*. Journal of autism and developmental disorders, 2007; 37 (9): 1735-1747.
13. G Kent G., J Carrington S., Couter A., Gould J., Wing L., Maljaars J., Leekam, S., *Diagnosing Autism Spectrum Disorder: who will get a DSM 5 diagnosis?* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2013; 54 (11): 1242-1250.
14. Baştiaansen J. A., Meffert H., Hein S., Huizinga P., Ketelaars C., Pijnenborg M., Bildt A., *Diagnosing autism spectrum disorders in adults: The use of Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) module 4*. Journal of autism and developmental disorders, 2011; 41 (9): 1256-1266.
15. Lai M.C., Lombardo M.V., Pasco G., Ruigrok A.N., Wheelwright S.J., Sadek S.A. & MRC AIMS Consortium, *A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions*. PloS one, 2011; 6(6), e20835.
16. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Skinner R., Martin J., Clubley E., *The Autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Aşperger syndrome/high functioning autism, males and females, scientists and mathematicians*. Journal of autism and developmental disorders, 2001; 31(1): 5-17.
17. Ekblad L., *Autism, Personality and Human Diversity Defining Neurodiversity in an Iterative Process using Aspie Quiz*. SAGE Open, 2013; 3(3): 2158244013497722.
18. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Robinson J., Woodbury-Smith M., *The adult Aşperger assessment (AAA): a diagnostic method*. Journal of autism and developmental disorders, 2005; 35 (6): 807-819.
19. Ritvo R. A., Ritvo E.R., Guthrie, D., & Ritvo M. J., Hufnagel D.H., McMahon W., Tonge, B., Mataix-Cols D., Jassi A., Attwood T., Eloff J., *The Ritvo Autism Aşperger diagnostic scale-revised (RAADS-R). A scale to assist the diagnosis of autism spectrum disorders in adults: An international validation study*. Journal of autism and developmental disorders, 2011; 41 (8): 1076-1089.
20. Andersen L. M., Naswall K. I., Nylander L., Edgar J., Ritvo R. A., Bejerot S., *The Swedish version of the Ritvo autism and Aşperger diagnostic scale: Revised (RAADS-R). A validation study of a rating scale for adults*. Journal of autism and developmental disorders, 2011; 41(12): 135-1645.
21. Migliarese G. *L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Aşperger: comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici*. Psichiatria Oggi Anno XXIX, n.1 gennaio-giugno 2016.

## La diagnosi di autismo in età precoce

*Dott.ssa Danila Di Pasquale<sup>1</sup>*

### INTRODUZIONE

Si definisce autismo una sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo, biologicamente determinato, con esordio nei primi 3 anni di vita.

Le aree prevalentemente interessate da uno sviluppo alterato sono quelle relative alla comunicazione sociale, alla interazione sociale reciproca, al gioco funzionale e simbolico e al comportamento.

L'autismo si distribuisce lungo un continuum sintomatologico: per parlare di tali Disturbi si utilizza la metafora dello spettro di luce riflessa da un prisma ottico che crea differenti sfumature (Disturbi dello Spettro Autistico – Autism Spectrum Disorders ASD). Ad un estremo si trovano bambini non verbali con autismo, grave ritardo mentale, e quadri neurologici e, all'altro estremo, bambini intelligenti, che parlano e in alcuni casi mostrano abilità eccellenti in alcune aree. Ci troviamo quindi davanti a una disomogeneità fenomenica importante che si raggruppa all'interno della definizione di “disturbi dello spettro autistico”, ovvero di una “famiglia” di disturbi con caratteristiche simili, al cui interno si distinguono quadri “tipici” – e quadri “atipici”, in cui alcune caratteristiche sono più sfumate o addirittura assenti.

All'interno di questo continuum fenomenico vi sono situazioni cliniche caratterizzate da diversa gravità: bambini con autismo possono infatti mostrare compromissioni qualitative del linguaggio/comunicazione anche molto gravi, fino a una totale assenza di essi o manifestazioni più sfumate e più sfuggenti. Possono manifestare incapacità o importanti difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva sia con gli adulti sia con i coetanei, che si evidenzia attraverso comportamenti, atteggiamenti e modalità comunicative anche non verbali

non adeguate all'età, al contesto e allo sviluppo mentale raggiunto, oppure presentare difficoltà meno evidenti dell'interazione sociale, che è più accomunabile a una “bizzarria relazionale”. Generalmente inoltre presentano interessi ristretti e comportamenti stereotipati e ripetitivi, più o meno adattivi.

Tutti questi aspetti possono infine accompagnarsi anche a ritardo mentale, che si può presentare in forma lieve, moderata o grave.

L'importanza della diagnosi precoce per i bambini con disturbi dello spettro autistico

La diagnosi di autismo è una diagnosi clinica che prevede una valutazione specialistica ed è basata su criteri esclusivamente comportamentali. Non esistono, infatti, indagini di laboratorio e/o strumentali che possano confermare un sospetto clinico. Ciò comporta la necessità di adottare procedure diagnostiche altamente standardizzate, integrate da strumenti di valutazione validati a livello internazionale, quali l'Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) (13), l'Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (12) e la Childhood Autism Rating Scale (CARS) (20) e di fare riferimento ai criteri espressi nei principali sistemi di nosografia codificata: attualmente il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition (DSM-5) (per un approfondimento, vedere in questo numero l'articolo di Rossi et al. 2016).

L'identificazione precoce dell'autismo rappresenta una sfida importante poiché apre delle possibilità di presa in carico ad un'età dove alcuni processi di sviluppo possono ancora venire modificati.

La presa in carico precoce di questi bambini consente di migliorarne la prognosi, raggiungendo progressi significativi sul piano cognitivo, emotivo e sociale. È stata inoltre riscontrata un'accelerazione del ritmo di sviluppo, con una crescita del quoziente d'intelligenza (QI), progressi nel linguaggio, un miglioramento dei comportamenti e una diminuzione dei sintomi del di-

---

sturbo stesso. Questi progressi sopravvengono in 1 o 2 anni d'intervento precoce e intensivo, e la maggioranza dei bambini presi a carico (73 %) accede ad un linguaggio funzionale alla fine del periodo d'intervento (in generale attorno ai 5 anni). I benefici del trattamento rimangono costanti nel tempo. Recentemente è stato suggerito che un intervento atto a promuovere il precoce coinvolgimento sociale e a potenziare la reciprocità relazionale può favorire lo sviluppo cerebrale e facilitare il ripristino di una normale traiettoria evolutiva, riducendo l'espressione sintomatologica (22).

La diagnosi d'autismo viene effettuata relativamente tardi, poiché la maggior parte dei bambini riceve una diagnosi attorno ai 4 anni e generalmente a distanza di almeno due anni da che i genitori hanno iniziato a preoccuparsi ed a ricercare un aiuto (11).

Vi sono alcune difficoltà che appaiono intrinseche al processo diagnostico, soprattutto quando questo riguarda bambini molto piccoli: i principali criteri diagnostici si riferiscono a comportamenti che potrebbero non essere ancora apparsi, come ad esempio il linguaggio/abilità sociali. Inoltre, esiste nel bambino piccolo un'importante variabilità nell'espressione del disturbo che rende difficile l'apprezzamento di segni blandi, a maggior ragione tenendo conto che anche lo sviluppo dei bambini normotipici presenta variazioni individuali. Nel bambino molto piccolo infine, le differenze nei vari ambiti di sviluppo sono meno percettibili, in quanto possono dipendere da una fisiologica differenza (ritardo), anche di pochi mesi, nello sviluppo.

Tuttavia, è stato segnalato che dei professionisti esperti potrebbero riconoscere i sintomi dell'autismo molto più precocemente. Alcuni sintomi dell'autismo possono infatti essere individuati tra i 12 e i 13 mesi di età (5).

Una diagnosi precoce appare importante non solo per la prognosi del bambino ma anche per aiutare i genitori a comprendere lo stato mentale del bambino verso cui, a causa di modalità comunicative e relazionali atipiche, rimangono generalmente spiazzati e poco in grado di

offrire risposte adeguate per lo sviluppo di una buona regolazione emotiva ed interattiva.

A questo riguardo, è stato sottolineato che "nelle condizioni di sviluppo atipico i genitori si trovano a dover fronteggiare le difficoltà connesse all'interagire con un bambino attraverso una modalità di funzionamento per la quale non sono predisposti riducendo la possibilità di offrire il normale supporto emotivo per lo sviluppo cognitivo" (21). La diagnosi precoce permette quindi una presa in carico globale del sistema familiare con risvolti positivi su tutti i protagonisti, oltre che ad evitare la comparsa di fraintendimenti o distorsioni relazionali.

## L'IMPORTANZA DELLO SCREENING

I professionisti che si occupano di bambini molto piccoli, come i medici pediatri, hanno un ruolo fondamentale come interlocutori primari delle preoccupazioni dei genitori e come osservatori privilegiati del bambino nei primi anni di vita. Tramite le visite filtro hanno infatti l'opportunità di cogliere le eventuali preoccupazioni dei genitori, eseguire una raccolta anamnestica approfondita che si focalizzi anche sullo sviluppo relazionale e comportamentale del bambino, osservare il comportamento del bambino stesso durante la visita sia in relazione ai genitori che nell'incontro con il professionista e nella gestione dei tempi d'attesa. Proporre scale di screening ai genitori e inviare al servizio specialistico se il bambino viene ritenuto a rischio di sviluppare autismo appare il primo e indispensabile assaggio per un corretto inquadramento diagnostico e quindi per una presa in carico precoce.

L'attenzione dei professionisti che hanno a che fare con i bambini piccoli deve essere elevata soprattutto se vi sono fattori di rischio. I disturbi dello spettro autistico hanno una maggiore probabilità di presentarsi in bambini che hanno un fratello con autismo. Studi gemellari riportano (6; 7) che il rischio in una famiglia di avere un secondo figlio autistico è del 3-6% mentre quello della popolazione generale è lo 0,6%. La vulnerabilità genetica nelle famiglie che hanno un figlio con autismo riguarda

in modo specifico i disturbi dello spettro autistico: cioè avere un figlio con un disturbo dello spettro autistico aumenta specificatamente il rischio di avere altri figli con disturbi dello spettro autistico, ed è meno correlato con altri disturbi (19).

I bambini autistici solitamente siedono, gattonano e camminano all'età aspettata. Alcuni producono addirittura alcune parole al tempo appropriato di sviluppo, malgrado le stesse raramente evolvano nel primo linguaggio funzionale. Alcuni sintomi autistici che possono essere presenti durante l'infanzia (scarsa reciprocità, irritabilità crescente, difficoltà nel dormire e nel mangiare, placidità) sono d'altronde comportamenti visti comunemente anche nei bambini con sviluppo normale.

Numerose ricerche recenti hanno cercato di definire in modo più preciso quali siano nel primo anno di vita, i comportamenti in grado di discriminare i bambini a cui verrà diagnosticato un ASD da quelli con sviluppo tipico. Numerosi studi e osservazioni sui video familiari, effettuati anche in Italia (Bailo et al. 2007) hanno evidenziato già a circa un anno di vita alcuni tra i comportamenti maggiormente predittivi. In particolare, nello studio di Novara, tra gli items che differenziavano maggiormente il gruppo di bambini con autismo dai bambini normodotati sono stati indicati: il pointing dichiarativo (indicare per condividere stati emotivi), le modalità di comunicazione non verbale (utilizzo della gestualità per comunicare, che risultava assai povera nei bambini con autismo), i gesti referenziali (come fare ciao ciao con la mano, mettere un dito davanti alla bocca per indicare silenzio, la mano alla fronte per manifestare scoramento).

Altre differenze individuate riguardano il contatto di sguardo, il divertirsi ridendo insieme a qualcuno, il voltarsi se chiamato per nome, l'imitazione, la ricerca di contatto fisico (baci o abbracci), le vocalizzazioni (3).

## ASPETTI CLINICI RILEVANTI

### Interazione sociale

L'area maggiormente compromessa nei disturbi dello spettro autistico è quella relativa all'interazione sociale: già nella primissima infanzia può essere osservata l'assenza o la presenza parziale di alcuni prerequisiti che sottendono la socialità. E' compromessa in particolare quella che viene definita intersoggettività, solitamente distinta in primaria e secondaria.

L'intersoggettività primaria definisce la capacità del bambino di entrare in una relazione diretta di tipo espressivo, emotivo e corporeo con la persona che si occupa di lui. Questa relazione è fatta di: contatti di sguardi, di contatto fisico, di scambi vocali in cui ciò che conta non è tanto il significato delle parole ma la tonalità affettiva che viene trasmessa (si parla di baby talking per indicare il modo con cui il genitore parla con il bambino piccolo). Un elemento importante è la reciprocità, cioè la capacità di rispondere in modo reciproco alle espressioni, ai gesti al contatto fisico dell'altro.

L'intersoggettività secondaria si afferma intorno ai 9 mesi (ma compare anche prima) e riguarda la capacità del bambino di entrare in relazione con l'altro condividendo con lui l'interesse per una terza cosa o persona. Implica quindi la capacità di attenzione condivisa. Compare in questa fase la capacità del bambino di attirare l'attenzione dell'adulto su qualcosa che a lui interessa, indicandola per poterla ottenere (pointing richiestivo) oppure per attirare l'attenzione del genitore verso la cosa stessa (pointing dichiarativo).

In entrambi i livelli di interazione sociale il bambino con ASD può mostrare alterazioni. Deficit dell'intersoggettività primaria possono essere rappresentati dal non guardare l'adulto, non mostrare reciprocità alle comunicazioni (parole, gesti, contatto fisico), dall'evitare il contatto.

Deficit dell'intersoggettività secondaria si manifestano quando il bambino, pur mostrando delle aperture verso l'adulto (lo guarda, mostra reciprocità), non riesce a condividere con l'altro un interesse (un gioco, un'attività) e a collaborare alle sue proposte (ad esempio ha

---

difficoltà a seguire le indicazioni e i gesti dell'adulto). Appare assente l'attenzione condivisa (situazioni in cui l'adulto indica qualcosa di interessante, un giocattolo, per esempio, perché il bambino si volti, diriga l'attenzione verso l'oggetto e lo guardi), raramente indica per fare una richiesta, spesso guida la mano del genitore (o lo spinge) per ottenere ciò che desidera.

### **Imitazione**

Nei bambini i comportamenti imitativi sono generalmente presenti fin dai primi mesi di vita e permettono una precoce sincronizzazione delle interazioni con le figure di accudimento. Bambini con sviluppo tipico iniziano ad imitare i movimenti oro-facciali e le espressioni di gioia o di rabbia fin a dalle prime settimane di vita. Questi comportamenti appaiono legati all'attivazione di reti neurali che definiscono il cosiddetto "sistema mirror" (15; 16). Imitazione e apprezzamento degli stati mentali altrui, come suggeriscono e supportano le ricerche sulla cognizione sociale, sono entrambe espressioni della capacità del bambino di "simulare" mentalmente un'azione o uno stato d'animo osservato (9; 8).

Nei bambini con autismo un deficit nell'imitazione si rivela accentuato assai precocemente: raramente nelle prime settimane di vita appaiono in grado di imitare i movimenti oro-facciali e le espressioni facciali del caregiver.

Il riscontro di un'alterazione nei comportamenti imitativi risulta tra i maggiori predittori di rischio di sviluppare successivamente un disturbo autistico. Deficit in quest'area sono strettamente connessi a deficit nella reciprocità sociale (la capacità cioè, mostrata già dal bambino di pochi mesi, di rispondere in maniera reciproca, alle espressioni del proprio interlocutore).

I risultati emersi da diversi lavori scientifici indicano che alla base dei deficit nei comportamenti imitativi nei bambini con autismo vi sarebbero alterazioni nell'attivazione delle reti neurali legati al sistema mirror, tanto che la disfunzione di questo sistema è stata ipotizzata come primaria e centrale per la genesi dei disturbi autistici (10; 14).

## **COMUNICAZIONE**

In generale, in soggetti con autismo, anomalie della comunicazione sono riscontrabili ed evidenti già nel primo anno di vita.

Il bambino può ad esempio mostrare alterazioni nella risposta al nome, che risulta assente non soltanto con il medico o con l'estraneo, ma anche con genitori e persone familiari (spesso viene ipotizzata la presenza di sordità, ed appare corretto effettuare esami di approfondimento di tipo audiologico -audiometria, ABR). Sembra, inoltre, che fin dai primi mesi di vita non si attivi lo stesso meccanismo di risposta uditiva alla voce umana presente nei bambini con sviluppo tipico. In bambini con autismo un aspetto frequente è dato da un ritardo nell'acquisizione (fino a una totale assenza) del linguaggio per comunicare. A volte si notano soltanto alcune vocalizzazioni atipiche, non dirette all'altro, spesso ripetute per auto-stimolazione. Possono inoltre presentarsi alterazioni della forma del linguaggio: prosodia (utilizzo monotono e monocorde del tono di voce), presenza di ecolalia (ripetizione di ciò che viene detto dall'interlocutore -ecolalia immediata- oppure di frasi udite in precedenti occasioni -ecolalia differita), linguaggio adultomorfo o più ripetitivo dell'atteso, presenza di inversione pronominale (difficoltà a utilizzare correttamente i pronomi personali, così può capitare che il bambino parli di sé in terza persona, o utilizzando il proprio nome o il pronome "tu"). Spesso infine la comprensione del linguaggio è scarsa o parziale.

### **Comportamenti e interessi**

Il bambino con autismo mostra frequentemente alcuni movimenti caratteristici o bizzarri: camminare sulle punte dei piedi, girare ripetutamente su se stesso in modo afinalistico (fare lo "spinning"), far girare e muovere le mani vicino ai propri occhi, osservandole da vicino con interesse (fare "flapping"), correre e girare continuamente per la stanza senza una direzione specifica. Può inoltre assumere posture insolite per lunghi periodi di tempo, dondolarsi, rotolarsi a terra, sfarfallare le mani, farle cioè

---

girare continuamente in modo veloce, come “ali di farfalla” (ciò può avvenire sia in momenti di particolare noia o eccitazione, sia in momenti di particolare caoticità, in cui il bambino appare particolarmente inavvicinabile ed “immerso nel suo mondo”). Questi comportamenti sono facilmente osservabili e sono spesso riconosciuti come aspetti bizzarri anche da personale non specialistico.

### **Interessi sensoriali insoliti**

Un aspetto interessante del bambino con autismo è rappresentato da alterazioni nelle modalità sensoriali: è infatti generalmente presente un’alterazione qualitativa e quantitativa della percezione.

Sono state segnalate iporeattività o iperreattività ad alcuni stimoli sensoriali specifici (siano essi uditivi, visivi, tattili, olfattivi o gustativi) o una ricerca eccessiva degli stessi (“sensory seeking”).

È tipico il riscontro di una particolare sensibilità ai rumori (sembrano quasi “soffrire” nel sentire alcuni tipi di rumori e mostrano il comportamento tipico di tapparsi le orecchie con forza con le mani o di infilare le dita nelle orecchie), ma viceversa, in altre occasioni, non sembrano sentire né reagire a suoni e rumori presenti nell’ambiente circostante (specialmente quando sono assorti in attività ripetitive). A volte annusano, leccano o mettono in bocca oggetti (non deputati generalmente ad essere assaggiati o annusati), in un periodo di sviluppo in cui la modalità senso-motoria di apprendimento e conoscenza della realtà dovrebbe essere già stata superata.

E’ frequente un eccessivo interesse verso caratteristiche fisiche degli oggetti: gli oggetti vengono fatti roteare davanti agli occhi, vengono fissati per lunghissimo tempo per osservare i riflessi della luce (ma anche delle ombre sulle pareti). Allo stesso modo il bambino con autismo può seguire in modo ossessivo la traiettoria o le caratteristiche di alcuni oggetti (ad esempio cose che girano, che pendono, che si muovono in modo ondulatorio), sono attratti da fili, parti di oggetti o giochi e altri oggetti insoliti (come interruttori, telecomandi, spine, ecc.).

In molti casi si osserva una iperselettività alimentare, con la tendenza a mangiare sempre le stesse cose e il rifiuto sistematico di altre. A volte lo stesso cibo può essere mangiato a casa ma non a scuola o viceversa. Una spiegazione di questa selettività chiama in causa proprio la ipersensibilità olfattiva o gustativa e si ipotizza una sorta di “ipernausea”, che fa rifiutare al bambino alcuni cibi. A volte sembra invece che la consistenza del cibo sia una variabile più rilevante.

### **Modalità di gioco**

Tutti questi aspetti possono essere facilmente riscontrati anche nelle modalità di gioco.

Si può osservare la ripetitività nell’uso ripetitivo e afinalistico di un giocattolo o di un oggetto, mentre la scarsa tendenza alla socializzazione si osserva in primo luogo nella relazione con i caregivers, ma risulta ancora più accentuata se si osservano l’attenzione e l’interesse per gli altri bambini (gioco parallelo), le difficoltà nel gioco simbolico e di finzione.

### **Screening pediatrico**

L’autismo appare generalmente di tipo primario, e si caratterizza come disturbo dello sviluppo, biologicamente determinato ma di origine poligenica e favorito dall’esposizione a fattori ambientali. E’ comunque presente anche una forma di autismo secondario a cause genetico-metaboliche definibili che devono quindi essere indagate: Sindrome dell’ X-fragile, Sclerosi Tuberosa, Fenilchetonuria, Neurofibromatosi. L’autismo è stato inoltre associato a Sindrome di Gilles de la Tourette e all’ADHD.

Nel 75% circa dei casi si associa a ritardo mentale di vario grado. Il 25% circa dei bambini di ASD sviluppano forme diverse di epilessia, nella maggioranza dei casi ben controllate dalla terapia farmacologica, ma non sempre facili da riconoscere.

I pediatri di base sono in prima linea nell’individuazione precoce dei segnali di rischio nello sviluppo dei

**Tabella 1. mCHAT – Screening pediatrico per autismo**

<b>Sezione A</b>	
<i>Item</i>	<i>Funzioni indagate</i>
1. Vostro figlio si interessa agli altri bambini?	<i>Interesse sociale</i>
2. Al vostro bambino piace essere cullato e fare il cavalluccio sulle vostre ginocchia?	<i>Gioco senso-motorio e gioco condiviso</i>
3. Gli piace arrampicarsi sui mobili o sulle scale?	<i>Sviluppo motorio</i>
4. Gli piace giocare a cucù e a nascondino?	<i>Gioco interattivo-sociale</i>
5. Il bambino ha mai fatto finta di preparare il tè con tazza e teiera o di fare altre cose?	<i>Gioco di finzione o simbolico</i>
6. Il vostro bambino utilizza il dito indice per chiedere qualcosa?	<i>Pointing protorichiestivo</i>
7. Il vostro bambino utilizza il dito indice per mostrare interesse verso qualcosa	<i>Pointing protodichiarativo</i>
8. Il vostro bambino gioca in modo appropriato con piccoli giochi senza metterli in bocca, manipolarli o lasciarli cadere?	<i>Gioco funzionale</i>
9. Il vostro bambino vi porta degli oggetti per mostrarveli?	<i>Attenzione congiunta/mostrare</i>
<b>Sezione B</b>	
<i>Item</i>	<i>Funzioni indagate</i>
1. Durante la visita vi guarda negli occhi?	<i>Contatto oculare</i>
2. È possibile ottenere la sua attenzione, indicare un oggetto con “Oh guarda...” e osservare il bambino girarsi verso di esso?	<i>Monitoraggio dello sguardo</i>
3. È possibile interessare il bambino ad un gioco di finzione (preparare da mangiare)?	<i>Gioco di finzione</i>
4. Chiedendogli “Dov’è la luce” il bambino la indica guardandovi contemporaneamente?	<i>Pointing protodichiarativo</i>
5. Riesce a fare una torre? Con quanti cubi?	<i>Gioco funzionale</i>

bambini, e per fare questo possono avvalersi, accanto all’osservazione clinica del bambino, di strumenti di screening, di uso maneggevole, quale ad esempio la MCHAT (1; 17) (vedi *Tabella 1*) oltre che del “Parents’ Evaluation of Developmental Status -PEDS” (questionario di 10 items riguardante lo sviluppo del bambino dalla nascita agli 8 anni, compilato dai genitori) ([www.pedstest.com](http://www.pedstest.com)).

La conoscenza dei fattori nucleari dell’autismo, l’osser-

vazione clinica e l’utilizzo di questi strumenti permettono di cogliere quelle che Filipek e colleghi (4) hanno chiamato “Bandiere Rosse dell’autismo” ovvero quei sintomi d’allarme a partire dai quali è possibile effettuare una diagnosi corretta e una successiva presa in carico (*Tabella 2*).

L’osservazione del comportamento del bambino alla luce di questa analisi rimane lo strumento clinico più rilevante, soprattutto se associato all’utilizzo di semplici

Tabella 2. Le bandiere rosse dell'autismo (4)

<p><b>Preoccupazioni inerenti la comunicazione</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non risponde al suo nome.</li> <li>- Non è capace di chiedere cosa desidera.</li> <li>- Il linguaggio è in ritardo.</li> <li>- Non segue le indicazioni.</li> <li>- A volte sembra sordo.</li> <li>- A volte sembra capace di udire, altre no.</li> <li>- Non indica e non saluta con la mano.</li> <li>- Prima diceva qualche parola, ora non più.</li> </ul>
<p><b>Preoccupazioni inerenti la socialità</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non sorride socialmente.</li> <li>- Sembra preferisca giocare da solo.</li> <li>- Prende gli oggetti da solo.</li> <li>- È molto indipendente.</li> <li>- Fa le cose precocemente.</li> <li>- Attua scarso contatto con gli occhi.</li> <li>- È nel suo mondo.</li> <li>- Ci chiude fuori.</li> <li>- Non è interessato agli altri bambini.</li> </ul>
<p><b>Preoccupazioni inerenti il comportamento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha crisi di collera/aggressività.</li> <li>- È iperattivo, non-cooperativo, provocatorio.</li> <li>- Non sa come usare i giocattoli.</li> <li>- Si blocca regolarmente sulle cose.</li> <li>- Cammina in punta di piedi.</li> <li>- Ha attaccamenti inusuali ai giocattoli.</li> <li>- Allinea gli oggetti.</li> <li>- È iper-sensibile a certe fibre tessili o a certi suoni.</li> <li>- Ha strani modelli di movimento.</li> </ul>
<p><b>Indicazioni assolute per ulteriori valutazioni diagnostiche immediate</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nessuna lallazione entro i 12 mesi.</li> <li>- Nessuna gestualità (indicare, muovere la mano, salutare, ecc.) entro i 12 mesi.</li> <li>- Nessuna parola entro i 16 mesi.</li> <li>- Nessuna frase spontanea (non ecolalia) di due parole entro i 24 mesi di età.</li> <li>- QUALUNQUE perdita di QUALSIASI abilità linguistica o sociale a OGNI età.</li> </ul>

questionari clinici come la mCHAT.

Particolare attenzione appare poi necessaria nei confronti degli aspetti di comunicazione diagnostica ai genitori e nell'accompagnamento genitoriale verso un percorso di conoscenza e consapevolezza del disturbo, aspetto fondamentale della diagnosi e perno per un successo terapeutico.

(1) *Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico*

– *Milano*

*email: danila.dipasquale@gmail.com*

## BIBLIOGRAFIA

1. Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C., *Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT*. British Journal of Psychiatry, 1992; 161: 839–843
2. Caucino A., Bandi G., Crivelli E., Debernardi C et al., *Individuazione dei segni precoci dell'autismo attraverso lo studio dei filmati amatoriali*. Autismo e Disturbi dello sviluppo, 2007; 3.
3. CDC – centers for disease control and prevention – Access online in data 29th May 2016  
<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>
4. Filipek P.A., Accardo P.J., Baranek G.T., Cook E.H. Jr, Dawson G., et al., *The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders*. J Autism Dev Disord., 1999 Dec; 29(6): 439-84.
5. Fombonne E., De Giacomo A., *La reconnaissance des signes d'autisme par les parents*. Devenir, 2000; 12 (3): 49-64.
6. Frith U., *Autism: Explaining the Enigma*, 2nd Edition 264 pages, Wiley-Blackwell, 2003 March.
7. Frith U., Happé F., *Autism spectrum disorder*. Current Biology, 2005 October; 15 (19), 11: R786–R790  
doi:10.1016/j.cub.2005.09.033
8. Gallese V., *Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification*. Psychoanalytic Dialogues, 2009; 19:519–536.
9. Gallese V., Keysers C., Rizzolatti G.A., *Unifying view of the basis of social cognition*. Trends in Cognitive Sciences, 2004; 8: 396–403
10. Hamilton A., *Reflecting on the mirror neuron system in autism: a systematic review of current theories*. Develop Cognitive Neuroscience, 2013; 3: 91-105
11. Howlin P., Moore A., *Diagnosis in Autism A Survey of Over 1200 Patients in the UK*. Autism, 1997 November; 1–2: 135-162
12. Lord C., Risi S., *Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Young Children*, in Wetherby, Prizant, Autism Spectrum Disorders, a Transactional Developmental Perspective, Communication and language Intervention Series. Paul H. Brookes Publishing, 2000.
13. Lord C., Rutter M., Le Couteur A., *Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders*. Journal of Autism & Developmental Disorders, 1994; 24: 659-685
14. Pineda J.A., *Mirror Neuron System: the role of mirroring processes in social cognition*. Umana Press, 2009
15. Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L., *Premotor cortex and the recognition of motor actions*. Cognitive Brain Research, 1996; 3: 131–141
16. Rizzolatti G., Craighero L., *The mirror neuron system*. Annual Review of Neuroscience, 2004; 27:169–192
17. Robins DL., Fein D., Barton M.L., Green J.A., *The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2001; 31: 131–144
18. Rossi M., Pisan P., Ottolini A., *I disturbi generalizzati dello sviluppo: i cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica*. Psichiatria Oggi Anno XXIX, 2016 gennaio–giugno; 1.
19. Rutter M., *Genetic studies of autism: From the 1970's to the millennium*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2000; 28(1): 3-14.
20. Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K., *Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. J Autism Dev. Disord., 1980; 10 (1): 91–103. doi:10.1007/BF02408436. PMID 6927682.
21. Venuti P., Marcone R., *Una griglia osservativa per la valutazione delle funzioni di base*. Psicologia Clinica dello Sviluppo, 2003; VII (2): 331-342.
22. Webb S.J., Jones E.J., Kelly J., Dawson G., *The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders*. Int. J Speech Lang. Pathol., 2014 Feb; 16(1):36-42. doi: 10.3109/17549507.2013.861018

# I disturbi generalizzati dello sviluppo

*I cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica*

Maura Rossi<sup>1</sup>, Patrizia Pilan<sup>1</sup>, Alberto Ottolini<sup>1</sup>

## INTRODUZIONE

Il campo dei disturbi dello spettro autistico rappresenta un'area nosografica di notevole complessità, non solo per la necessità di una precisa tipizzazione diagnostica, che riveste importanti implicazioni in senso prognostico e terapeutico, ma anche per la comprensione delle basi neurobiologiche sottese, e delle complesse interrelazioni reciproche tra fattori biologici ed ambientali. Anche se è ritenuta costante una componente neurobiologica, allo stato attuale, non è noto un marker biologico che consenta la diagnosi di questi disturbi, che si basa pertanto esclusivamente sulla valutazione di una sindrome comportamentale, con conseguente possibilità di non concordanza tra clinici. La fase diagnostica è ulteriormente complicata dalla progressiva affermazione del concetto di autismo, non tanto come sindrome patologica unitaria, quanto piuttosto come *spettro*, ovvero continuum di condizioni ad espressione variabile, caratterizzate dalla presenza di alcuni sintomi nucleari. La definizione stessa del concetto di spettro implica, infatti, il superamento di un approccio diagnostico dicotomico categoriale, a favore di un approccio dimensionale, finalizzato alla definizione di specifici profili di sviluppo funzionale ed emozionale individuale ed alla caratterizzazione di patterns interattivi individuali e familiari.

## BREVE EXCURSUS STORICO DEL CONCETTO DI AUTISMO

La storia del concetto di autismo è paradigmatica di come, con l'accrescersi e l'approfondirsi delle conoscenze in medicina ed in psichiatria, i temi stessi del sapere siano

mutati, a seconda della prospettiva oggetto di studio. Nel corso degli anni, studiosi e ricercatori hanno illuminato il fenomeno autismo secondo angolature differenti, contribuendo in modo significativo alla sua conoscenza, ma senza mai riuscire ad abbracciarlo e comprenderlo nella sua interezza, come se esso fosse molto più che la somma dei suoi singoli aspetti. Le criticità per la comprensione dei disturbi dello spettro autistico sono, infatti, ancora innumerevoli, oltre alle interpretazioni eziopatogenetiche, la tipizzazione diagnostica nell'ambito del continuum di condizioni autistiche ad espressione variabile nel tempo, l'aspetto di continuità-discontinuità tra le diagnosi, in funzione dell'applicazione di differenti sistemi di classificazione diagnostica, la stabilità della diagnosi nel tempo, e la risposta a differenti tipi di trattamento. Le problematiche inerenti la classificazione diagnostica trovano origine nella definizione dell'autismo, sulla base di comportamenti definiti da criteri dimensionali, in assenza di un marker biologico, e di criteri diagnostici dicotomici di distinzione dell'autismo e dei suoi sottotipi da altri disturbi dello sviluppo della prima infanzia.

Ben prima della nota descrizione di Kanner (1), nella lettura di Bleurer (2) il fenomeno "autismo" può essere definito secondo due caratteristiche simultanee, il distacco dalla realtà e la predominanza di un mondo fantasmatico interiore, e rappresenta un sintomo fondamentale della schizofrenia, diretta conseguenza della scissione schizofrenica della psiche. Minkowski (3) fa della perdita di contatto vitale con la realtà, non solamente un sintomo della schizofrenia, per quanto fondamentale, ma il disturbo generatore e definitorio dell'esistenza schizofrenica stessa, un disturbo, quindi, che interessa l'intera personalità e non funzioni isolate. Entrambe le formulazioni, pur nelle loro differenti prospettive, ruotano attorno al tema della costituzione del mondo come mondo intersoggettivo e dell'abituale radicamento degli esseri umani in esso. Con la descrizione di Leo Kanner, relativa ad 11 bambini, che egli definì affetti da "disturbo autistico del contatto affettivo" (1) e quella, di appena un anno successiva, ma

indipendente, di Hans Asperger riguardante 4 bambini, che egli definì affetti da psicopatia autistica (4), il fenomeno autismo viene maggiormente delineandosi nelle sue specificità. Accanto all'isolamento, si ritrovano, nella descrizione originaria di Kanner, un'alterazione dei processi di astrazione, simbolizzazione e significazione, una compromissione della funzione comunicativo-linguistica, oltre che, ritenuti elementi fondamentali del quadro, il bisogno ossessivo di ripetitività e l'intolleranza dei cambiamenti ambientali, e la presenza, disperse nella generale disabilità, di aree di competenza ipertrofica. La descrizione di Asperger differisce da quella Kanneriana per l'insistenza su una compromissione affettiva, tale per cui le capacità di sintonizzazione empatica ed intuizione affettiva dell'intenzionalità altrui sono sostituite da un rigido controllo intellettualistico degli scambi interpersonali, con conseguenti gravi difficoltà sociali e massiccio investimento di una dimensione egocentrica di interessi peculiari, talvolta inusuali. Questi aspetti si accompagnano ad una compromissione mimica e posturale e degli aspetti comunicativi non verbali, in assenza di un deficit cognitivo o linguistico, ad esclusione degli aspetti pragmatici del linguaggio, che risultano, invece, fortemente deficitari. La scelta stessa dei termini, sia in Kanner, che, ancor più, in Asperger, implica, tuttavia, ancora l'inquadramento dell'autismo nell'ambito dei fenomeni schizofrenici, come loro forma precoce o precocissima, in linea con quanto descritto in Italia da Sancte De Sanctis, a proposito della dementia precocissima, come forma precocissima di schizofrenia, chiamata all'epoca dementia praecox (5). L'autismo è quindi considerato la psicosi infantile per eccellenza, denominato schizofrenia infantile (6) e collocato, come tale, nella nosografia ufficiale dell'epoca (7; 8). La moderna nosografia dei disturbi pervasivi dello sviluppo, entro i quali l'autismo viene compreso, ha inizio con il passaggio al DSM-III (9), con la progressiva emancipazione ed infine la distinzione dell'autismo dalla schizofrenia e dalle psicosi in generale, l'introduzione del concetto di disturbi pervasivi dello sviluppo e di

Tabella 1 – Classificazione DSM IV-TR (APA, 2000)

<b>Disturbi Pervasivi dello Sviluppo</b>	
F84.0	Disturbo Autistico
F84.2	Disturbo di Rett
F84.3	Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia
F84.5	Disturbo di Asperger
F84.9	Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (incluso l'Autismo Atipico)

una definizione criteriiale dell'autismo infantile, fortemente influenzata dai lavori di Rutter (10), che in parte riprende, formalizzandola, l'originaria descrizione di Kanner. Con il DSM-III-R (11) si passa dalla definizione di Autismo infantile a quella di Disturbo Autistico e da un approccio monotetico, per cui dovevano essere soddisfatti tutti i criteri diagnostici ad un approccio politetico, secondo il quale per poter formulare la diagnosi dovevano essere soddisfatti 8 criteri, di cui almeno due relativi alla compromissione qualitativa nell'interazione sociale reciproca ed almeno uno per ciascuno degli altri due domini, relativi alla comunicazione ed al repertorio di attività ed interessi. Con il DSM-IV (12) viene intrapreso un importante processo di revisione dell'approccio diagnostico, in riferimento anche all'approccio adottato nell'ICD-10 (13), con l'obiettivo di trovare un miglior equilibrio tra sensibilità e specificità della diagnosi e fornire una definizione del disturbo autistico ancora più flessibile ed orientata in senso evolutivo. La grande novità è rappresentata dall'inclusione nella categoria dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (PDD) oltre al Disturbo Autistico, del Disturbo di Asperger, la Sindrome di Rett ed il Disturbo Disintegrativo dell'infanzia. Come per il DSM-III ed il DSM-III-R, anche nel DSM-IV, è presente una categoria diagnostica sottosoglia, quella del Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato, per i casi che, pur non rispondendo a tutti i criteri necessari per poter formulare una diagnosi di autismo, presentano alcune caratteristiche simili a quelle dell'autismo.

**Tabella 2 – Criteri diagnostici del Disturbo Autistico (dal DSM-IV-TR)**

A. Un totale di 6 (o più) voci da (1), (2), e (3), con almeno 2 da (1), e uno ciascuno da (2) e (3):

*1. compromissione qualitativa dell'interazione sociale, manifestata con almeno 2 dei seguenti:*

- a. marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti, che regolano l'interazione sociale
- b. incapacità di sviluppare relazioni coi coetanei adeguate al livello di sviluppo
- c. mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone (per es., non mostrare, portare, né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse)
- d. mancanza di reciprocità sociale o emotiva.

*2. compromissione qualitativa della comunicazione come manifestato da almeno 1 dei seguenti:*

- a. ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnato da un tentativo di compenso attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica)
- b. in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri
- c. uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico
- d. mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo;

*3. modalità di omportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, come manifestato da almeno 1 dei seguenti:*

- a. dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione
- b. sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici
- c. manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo)
- d. persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti;

B. Ritardi o funzionamento anomalo in almeno una delle seguenti aree, con esordio prima dei 3 anni di età:

(1) interazione sociale, (2) linguaggio usato nella comunicazione sociale, o (3) gioco simbolico o di immaginazione.

C. L'anomalia non è meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza.

## LA DIAGNOSI DI AUTISMO NEL DSM-5

Fino alla pubblicazione del DSM-5 (14), la diagnosi di autismo veniva, quindi, formulata facendo riferimento ai criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR), redatto dall'American Psychiatric Association (15). La nosografia ufficiale includeva il Disturbo Autistico tra i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, intesi come un ampio ed eterogeneo complesso di disturbi precoci e globali, che si manifestano con uno sviluppo anomalo o ritardato e, quindi, con una chiara deviazione dalla norma, in ogni ambito specifico dello sviluppo e nell'integrazione complessiva della personalità (Tabella 1). Il disturbo autistico veniva definito come una sindrome comportamentale, ad esordio entro i tre anni di età,

caratterizzata da una grave compromissione qualitativa dell'interazione sociale e della comunicazione verbale e non verbale e modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati (Tabella 2).

Nell'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) (14), il disturbo dello spettro dell'autismo è inserito nell'ambito dei cosiddetti disturbi del neurosviluppo, ovvero un gruppo di condizioni, tra cui, per esempio la disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, o il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, che si manifestano, spesso in concomitanza tra loro, nelle prime fasi dello sviluppo del bambino, con deficit che causano una significativa compromissione del funzionamento personale, sociale,

**Tabella 3 Criteri diagnostici del Disturbo dello Spettro dell'Autismo secondo il DSM-5**

A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato dai seguenti elementi, presenti attualmente o nel passato:

1. Deficit della reciprocità socio-emotiva, da un approccio sociale anomalo ed insuccesso nella reciprocità normale della conversazione ad una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti, fino alla totale mancanza di iniziativa nelle interazioni sociali.
2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, da una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale, con anomalie nel linguaggio del corpo e nel contatto visivo o deficit nell'utilizzo e nella comprensione della comunicazione gestuale, fino ad una totale mancanza di espressività facciale e di capacità di comunicazione gestuale.
3. Deficit dello sviluppo, gestione e comprensione di relazioni sociali, da una difficoltà ad adeguare il comportamento ai diversi contesti sociali, alle difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo o nello stringere amicizia, fino all'assenza di interesse per i coetanei.

B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato:

1. Movimenti, uso degli oggetti o linguaggio stereotipati o ripetitivi (quali ad esempio stereotipie motorie semplici, ecolalia, allineare o capovolgere oggetti, utilizzo di frasi idiosincratiche).
2. Mancanza di flessibilità ed insistenza sulla immodificabilità ambientale, con eccessiva aderenza alla routine o rituali di comportamento verbale o non verbale (quali, per esempio, intolleranza a minimi cambiamenti, necessità di fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, modalità rituali di saluto).
3. Interessi ristretti e ripetitivi, anomali per intensità o profondità (quali, per esempio forte attaccamento o intensa preoccupazione per oggetti insoliti, interessi eccessivamente limitati o persistenti).
4. Iper- o iporeattività agli stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (come, per esempio, apparente indifferenza al dolore o alla temperatura, risposte avverse nei confronti di suoni o specifiche consistenze, toccare o annusare oggetti in modo eccessivo, eccessiva attrazione per luci o movimento di oggetti).

C. I sintomi devono essere presenti nel primo periodo dello sviluppo (ma possono non essere pienamente evidenti prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva).

D. I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo. La disabilità intellettiva ed il disturbo dello spettro dell'autismo spesso sono presenti in modo concomitante; per porre una diagnosi di comorbidità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disabilità intellettiva, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

scolastico ed, in seguito, lavorativo.

La *Tabella 3* riporta i criteri diagnostici del DSM-5 per il Disturbo dello Spettro dell'Autismo.

Il DSM-5 prevede, quindi, una unica categoria diagnostica, il disturbo dello spettro dell'autismo comprendente i disturbi precedentemente classificati nel DSM-IV-TR come Disturbo Autistico, Sindrome di Asperger, Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia e Disturbo Pervasivo dello

Sviluppo Non Altrimenti Specificato. La sindrome di Rett viene esclusa, in quanto quadro riconducibile a specifiche alterazioni genetiche ed a differente espressione fenotipica, con una presenza lieve e comunque limitata nel tempo di comportamenti autistici. L'autismo viene concettualizzato come "spettro", ovvero continuum di condizioni ad espressione variabile, caratterizzate dalla presenza di alcuni sintomi core. Si tratta, quindi, di un

complesso eterogeneo di disturbi che possono manifestarsi con un'ampia variabilità di espressione fenotipica, caratterizzati da una compromissione clinicamente significativa a carico di due domini specifici, quello della comunicazione sociale e dell'interazione sociale e quello dei pattern di comportamento, interessi, o attività ristretti e ripetitivi. Il DSM-5 introduce, quindi, una concettualizzazione dell'autismo bifattoriale, nella quale i deficit nella comunicazione sono intrinsecamente legati ai deficit nella sfera sociale, ed il ritardo e le atipie nello sviluppo del linguaggio non sono più considerati un sintomo caratteristico, quanto piuttosto un fattore che influenza l'espressione del disturbo. Con l'obiettivo di fornire una definizione di autismo più rigorosa e meno flessibile della precedente, cui sappiamo essere corrisposto negli anni un drammatico incremento nella prevalenza dei casi di autismo, nel DSM-5, il dominio socio-comunicativo (*Tabella 3* - criterio A) è divenuto monotetico, mentre quello dei comportamenti ristretti e ripetitivi (*Tabella 3* - criterio B) è rimasto politetico, ovvero per soddisfare i criteri per la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo, devono essere presenti tutti e tre i sintomi relativi al dominio A ed almeno due dei quattro sintomi relativi al dominio B. In questa prospettiva, con il passaggio al DSM-5, si assiste ad una drastica riduzione delle possibili combinazioni di sintomi, che potrebbero corrispondere ad una diagnosi di autismo, dalle oltre 2000 combinazioni del DSM-IV alle meno di 20 del DSM-5 (16). Per soddisfare il criterio B il pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi possono essere attuali, oppure chiaramente presenti nell'infanzia o in un dato momento nel passato. Quando le stereotipie sono molto intense e causano autolesionismo oltre alla diagnosi di Disturbo dello spettro dell'autismo può essere codificata anche la diagnosi di Disturbo da Movimento Stereotipato. Inoltre, qualora il livello di disattenzione ed iperattività-impulsività ecceda quanto riferibile ad una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo anche una diagnosi di Disturbo da

deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) può essere codificata in aggiunta. Si stima che fino al 70% dei casi di Disturbo dello spettro dell'autismo possa presentarsi in comorbidità con un altro disturbo mentale ed il 40% dei casi con due o più disturbi mentali. Per quanto riguarda i sintomi relativi ai singoli domini un elemento di novità, introdotto dal DSM-5, è rappresentato dalla iper o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente. Con il progredire della ricerca, i crescenti correlati neurofisiologici e di neuroimaging hanno fornito preziose indicazioni circa il singolare rapporto che si stabilisce tra un soggetto autistico, il suo corpo ed il suo mondo. È noto come nei soggetti con disturbo dello spettro autistico l'alterazione dei meccanismi di processazione ed associazione crossmodale delle informazioni sensoriali è alla base di differenti profili sensoriali, visuo-spaziali e di pianificazione motoria, con aspetti di ipo o iperreattività agli stimoli sensoriali, che condizionano modalità interattive e patterns comportamentali (17). L'assenza di una armonia percettiva, che normalmente consente di sintetizzare ed integrare le informazioni provenienti dal mondo interno ed esterno e renderne così facile l'utilizzazione a livello centrale, altera, infatti, anche la possibilità di costituire se stessi in uno spazio ambiente.

Nonostante l'obiettivo di affermare una definizione meno ampia e flessibile e più rigorosa dell'autismo, persiste, tuttavia, insita nel concetto stesso di spettro, la possibilità di includere nella diagnosi casi estremamente eterogenei, il cui profilo di funzionamento può essere meglio definito dall'utilizzo dei cosiddetti specificatori, introdotti sempre dal DSM-5, come descrittori di validità transdiagnostica, intesi, in qualche modo, a sostituire il sistema multiassiale precedente. I diversi tipi di specificatori dovrebbero essere registrati secondo un ordine preciso, che riflette la descrizione del disturbo, dall'eventuale presenza di un fattore eziologico riconoscibile alla definizione del profilo di funzionamento intellettuale verbale e non verbale, che può influenzare le caratteristiche diagnostiche e, più

specificatamente, nell'ordine seguente:

1. Associato ad una condizione medica o genetica nota o ad un fattore ambientale o ad un altro disturbo del neurosviluppo, mentale o del comportamento (per esempio un disturbo dello spettro dell'autismo associato ad una condizione medica nota, quale ad esempio l'epilessia, ad un disturbo genetico riconosciuto, come la Sindrome di Down, o all'esposizione a fattori ambientali documentati, quali ad esempio esposizione a valproato, sindrome feto-alcolica ecc.). Allo stesso modo deve essere specificata l'eventuale associazione con altri disturbi del neurosviluppo, quali, ad esempio, il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività o il disturbo dello sviluppo della coordinazione, o con altri disturbi mentali e del comportamento, quali disturbi da comportamento dirompente, disturbi depressivi, disturbi d'ansia, del sonno o della nutrizione.
2. Il livello di gravità del disturbo dello spettro dell'autismo viene definito in base al livello di supporto richiesto per ciascuno dei due ambiti della comunicazione sociale e dei comportamenti ristretti e ripetitivi, dal livello 1, equivalente a "è necessario un supporto" al livello 3 equivalente a "è necessario un supporto molto significativo".
3. Con o senza compromissione intellettiva associata: per una corretta interpretazione delle caratteristiche del disturbo risulta importante definire il livello di funzionamento cognitivo sia verbale che non verbale, identificando gli eventuali punti di forza e non solamente le aree di debolezza.
4. Con o senza compromissione del linguaggio associata: occorre valutare il livello di sviluppo del linguaggio, sia sul piano espressivo che della comprensione, specificando il livello di funzionamento raggiunto in termini di eloquio.
5. Con catatonia (si precisa che il periodo ritenuto a maggior rischio di comorbidità con la catatonia è quello dell'adolescenza).

Sempre nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo e, più precisamente, tra i disturbi della comunicazione, il DSM-5 prevede una nuova categoria diagnostica il Disturbo della Comunicazione Sociale (pragmatica), i cui criteri sono illustrati nella *Tabella 4*. L'inclusione di questa nuova categoria deriva almeno in parte dalla perdita, con la transizione dal DSM-IV al DSM-5, della categoria diagnostica Disturbo Pervasivo dello Sviluppo non Altrimenti Specificato (PDD-NOS). I soggetti con Disturbo della Comunicazione Sociale pragmatica presentano, infatti, una compromissione clinicamente significativa per effetto di deficit persistenti nell'utilizzo a fini sociali delle capacità di comunicazione verbale e non verbale, in assenza di un repertorio di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi, intolleranza per i cambiamenti ambientali o anomalie dei profili di funzionamento sensoriale, presenti attualmente o in un dato momento nel passato. In questo senso, per quanto concettualmente differente dalle forme lievi di disturbo dello spettro autistico e non codificata a questo scopo, all'interno di questa nuova categoria diagnostica potrebbero essere inquadrati molti dei casi precedentemente diagnosticati come Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti Specificati (PDD-NOS). (18).

È noto come le stime di prevalenza dei disturbi dello spettro autistico siano drammaticamente aumentate negli ultimi decenni, da 1 caso su 200 alla fine degli anni '90 a 1 caso su 86 nel 2007 ed 1 su 50 nel 2011-2012, con conseguente profondo impatto sui servizi di diagnosi e cura, ed in termini di costi sanitari e sociali (19). Resta dibattuto se tale aumento sia riconducibile ad un effettivo incremento della frequenza del disturbo, quanto piuttosto ad una maggior attenzione da parte di clinici e ricercatori per questa complessa area di disturbi, con l'applicazione di nuove metodologie di studio, ed il ruolo esercitato dall'introduzione del DSM-IV (1994), con il suo ampliamento dei criteri diagnostici e l'inclusione di un sempre maggior numero di casi sottosoglia.

Diversi studi hanno analizzato i possibili effetti, in

Tabella 4 – Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) secondo il DSM-5

A. Persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale come manifestato da tutti i seguenti fattori:

1. Deficit dell'uso della comunicazione a fini sociali, come salutarsi e scambiarsi informazioni, con modalità appropriate al contesto sociale.
2. Compromissione della capacità di adeguare le modalità di comunicazione al contesto o alle esigenze dell'ascoltatore, come, per esempio, parlare in modo diverso a seconda che ci si trovi in un'aula scolastica o in un parco giochi, ed a seconda che ci si rivolga ad un bambino oppure ad una persona adulta, saper evitare l'uso di un linguaggio troppo formale rispetto alle circostanze.
3. Difficoltà nel seguire le regole di una narrazione o in una conversazione, come, per esempio, rispettare le regole di turnazione in una conversazione,, saper cogliere i segnali verbali e non verbali per regolare l'interazione e riformulare una frase che è stata male interpretata.
4. Difficoltà nel comprendere ciò che non viene dichiarato esplicitamente (come per esempio saper fare inferenze) e i significati ambigui o non letterali del linguaggio (quali per esempio metafore, frasi umoristiche, idiomi, significati molteplici la cui interpretazione è variabile in funzione del contesto).

B. I deficit compromettono l'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, delle relazioni sociali, del rendimento scolastico o delle prestazioni professionali, individualmente o in combinazione.

C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo (ma i deficit possono non rendersi pienamente evidenti fino a quando le esigenze di comunicazione sociale non eccedono le capacità limitate).

D. I sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica o neurologica o a capacità limitate negli ambiti della struttura della parola e della grammatica, e non sono meglio spiegati da un disturbo dello spettro dell'autismo, disabilità intellettiva, ritardo globale dello sviluppo o da un altro disturbo mentale.

termini di sensibilità e specificità della diagnosi dei cambiamenti nei criteri diagnostici proposti dal DSM-5 rispetto al DSM-IV. La maggior parte degli studi sembra concorde nel rilevare una maggior specificità (riduzione dei falsi positivi nelle diagnosi), a fronte tuttavia di una minore sensibilità (aumento di falsi negativi) dei criteri diagnostici del DSM-5 rispetto al DSM-IV, con un effetto maggiore per alcuni sottogruppi, tra i quali i bambini piccoli, i soggetti senza disabilità cognitive (con un  $QI > 70$ ) e quelli che rispondono ai criteri del DSM-IV per il Disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato e per il Disturbo di Asperger (20; 22). Nella loro ricerca Volkmar e Mc Partland hanno utilizzato i dati raccolti nella prova sul campo del DSM-IV (23) e rilevato che il 60,6% dei soggetti che avevano ricevuto una diagnosi clinica di disturbo dello spettro autistico vedeva la propria diagnosi confermata anche con i nuovi criteri diagnostici introdotti dal DSM-5. La sensibilità risultava, tuttavia, variabile a seconda del sottotipo diagnostico, con

minori possibilità di soddisfare i criteri per le forme di autismo più lieve (disturbo di Asperger = 0,25; disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato = 0,28) rispetto alle forme di autismo classico (disturbo artistico = 0,76). Al contrario il 94,9% dei soggetti che non avevano ricevuto una diagnosi clinica risultava al di fuori dello spettro autistico, anche applicando i nuovi criteri diagnostici. Secondo Worley e Matson (24) sulla base dei criteri introdotti dal DSM-5 possono essere inclusi nella diagnosi soggetti con una compromissione maggiore rispetto a quelli diagnosticati precedentemente con i criteri del DSM-IV-TR. Frazier e collaboratori (2012) rilevano che fino al 12% dei soggetti che avevano ricevuto una diagnosi di disturbo dello spettro autistico, secondo il DSM-IV, non corrisponde ai criteri per la diagnosi del DSM-5, con una sensibilità inferiore, in particolare, per i soggetti di sesso femminile. La maggior enfasi data dal DSM-5 alla presenza di un repertorio di comportamenti ed interessi ristretti e ripetitivi può ridurre la possibilità di

formulare una diagnosi di disturbo dello spettro autistico soprattutto nella fascia di età 0-3 anni, quando questi sintomi possono non essere ancora presenti. Infatti secondo Matson e collaboratori (25) il 47,8% di bambini di 1-2 anni che corrispondeva ai criteri del DSM-IV-TR per una diagnosi di disturbo dello spettro autistico, non soddisfa i criteri del DSM-5. Sensibilità e specificità diagnostica risentono tuttavia dei diversi metodi di valutazione impiegati nei vari studi e dell'eventuale integrazione tra questi, con un sostanziale accordo rispetto al fatto che il resoconto dei genitori rappresenti, in genere, la fonte di informazione più attendibile e correlabile alla maggior sensibilità diagnostica.

### IMPLICAZIONI CLINICHE

L'introduzione del DSM-5 implica, quindi, importanti conseguenze nella pratica clinica, e la ricerca attuale sembra concorde nel prevedere maggiori difficoltà nella diagnosi delle forme cliniche più lievi ed, in particolare, nei soggetti ad alto funzionamento cognitivo (Smith, 2015). L'eliminazione del sottogruppo DPS-NAS precluderà il ricorso ad una diagnosi «interlocutoria», utile soprattutto nei bambini più piccoli, ed, in generale, la possibilità di includere casi sottosoglia, con il rischio di una esclusione da servizi sanitari e programmi di intervento, di soggetti che potrebbero trarne molto vantaggio.

Malgrado i progressi della ricerca e lo sviluppo di sempre maggiori conoscenze nell'ambito delle neuroscienze e della genetica non esistono ancora indicazioni sufficienti a definire una precisa nosografia dell'autismo. Rimane, infatti, proprio l'eterogeneità l'aspetto più saliente ed ampiamente condiviso di questa complessa area di disturbi, dall'infanzia all'età adulta, eterogeneità che interessa molteplici livelli di comprensione dell'autismo - eziologia (fattori causali), meccanismi eziopatogenetici, espressione fenotipica, evoluzione - e che ne complica l'interpretazione. Per quanto limitante, rispetto alla complessità del fenomeno, una classificazione diagnostica è necessaria per stabilire dei criteri diagnostici scientifi-

camente validi, per utilizzare un linguaggio comune e condiviso, per definire una prognosi, come presupposto per interventi terapeutici specifici e come riferimento per la ricerca. D'altro canto un'unica categoria diagnostica, concettualizzata come spettro comprenderà soggetti con caratteristiche cliniche molto diverse tra loro e ci si chiede se gli «specificatori» introdotti potranno garantire una sufficiente differenziazione all'interno dello spettro diagnostico. Perseguire una precisa tipizzazione diagnostica nell'ambito dello spettro autistico riveste, infatti, importanti implicazioni cliniche, in senso prognostico e terapeutico e nell'ambito della ricerca, per approfondire i complessi meccanismi eziopatogenetici sottostanti.

La valutazione diagnostica rappresenta, quindi, un processo articolato e complesso, fondato sul ricorso a metodologie diversificate, per la raccolta dei dati, per ottenere un maggior grado di affidabilità ed attendibilità e per superare un approccio diagnostico dicotomico categoriale, a favore di un approccio dimensionale, finalizzato alla definizione di specifici profili di sviluppo funzionale ed emozionale individuale ed alla caratterizzazione di patterns interattivi individuali e familiari.

Per i genitori affrontare una diagnosi di autismo significa rielaborare temi di lutto e ferita narcisistica, sentimenti di colpa, e di rabbia, divenire consapevoli ed accettare le peculiarità del profilo funzionale ed emozionale del bambino e sviluppare positive abilità di coping, mediante adattamenti funzionali ai suoi bisogni. È quindi importante che, fin dalla prima fase di valutazione diagnostica, i genitori siano coinvolti come primaria e preziosa fonte di informazione, circa le modalità di funzionamento del bambino, e partecipino attivamente come alleati in un processo che consente una definizione approfondita ed una progressiva presa di coscienza del profilo di funzionamento del bambino, ricercandone punti di forza e di debolezza, ed è presupposto indispensabile per definire non solo la diagnosi/prognosi ma anche le modalità di intervento.

(1) *Struttura Complessa Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST Fatebenefratelli-Sacco Milano*  
email: [maura.rossi@asst-fbf-sacco.it](mailto:maura.rossi@asst-fbf-sacco.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Kanner L., *Autistic Disturbances of Affective Contact* (1943), in Kanner L., *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*. VH Winston: Washington 1973.  
Tr. It. Disturbi autistici e contatto affettivo. *Psicoterapia e scienze umane*, 1989; n. 2.
2. Bleurer E., *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Franz Deuticke, Leipzig-Wien, 1911.  
Trad. It. *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.
3. Minkowski E., *La Schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Payot, Paris, 1927; 2a ed. ampliata 1953. Trad. It. *La schizofrenia*. Psicopatologia degli schizoïdi e degli schizofrenici, Introduzione di S. Mištura, Einaudi, Torino, 1998.
4. Asperger H., *Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1944; 117: 76-136.
5. De Sanctis S., *Tratti da Conoscenza ed Esperienza in una prospettiva psicologica*. Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 1908, 125-126.
6. Bender L., *One hundred cases of childhood schizophrenia treated with electric shock*. *Transactions of the American Neurological Association*, 1947; 72:165-169.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, I ed.* The Association Press, Washington D.C., 1952.
8. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, II ed.* The Association Press, Washington D.C., 1968.
9. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, III ed.* The Association Press, Washington D.C., 1980. trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, III ed.*, Masson, Milano, 1983.
10. Rutter M., *Diagnosis and definition*, in Rutter M., Shopler E. (a cura di) *Autism: a Reappraisal of Concepts and Treatment*. Plenum Press, New York, 1978.
11. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th ed.* American Psychiatric

- Association, Washington, D.C., 1987.
12. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.
  13. *ICD-10 Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali* – Edizione italiana a cura di Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobracc S., Magliano L., 1992 OMS, Masson S.p.A.
  14. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2013.
  15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Text Revision (DSM-IV-TR), 2000. Edizione Italiana, Masson, Milano, 2002.
  16. Volkmar F.R., McPartland J.C., *From Kanner to DSM-5: Autism as an Evolving Diagnostic Concept.* Annual Review of Clinical Psychology, 10: 193-212, 2014. Edizione italiana a cura di Giacomo Vivanti La diagnosi di Autismo da Kanner al DSM-5. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A., 2014.
  17. Tomchek S.D., Dunn W., *Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile.* Am J Occup Ther., 2007; 61(2):190-200.
  18. Swineford L.B., Thurm A., Baird G., Wetherby A.M., Swedo S., *Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category.* J Neurodevelopmental Disorders, 2014; 6: 41.
  19. Centers for Disease Control and Prevention, *New data on autism spectrum disorders.* www.cdc.gov/Features/CountingAutism/ Accessed January 23, 2013.
  20. Jones K.D., *A critique of the DSM-5 field trials.* The Journal of Nervous and Mental Disease, 2012; 200: 517-519.
  21. Regier D.A., Narrow W.E., Clarke D.E., Kraemer H.C., Kuramoto S.J. et al., *DSM-5 field trials in the United States and Canada. Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses.* The American Journal of Psychiatry, 2013; 170: 59-70.
  22. Smith I.C., Reichow B., Volkmar F.R., *The effects of DSM-5 criteria on Number of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review.* J Autism Dev Disord., 2015; 45: 2541-2552.
  23. McPartland J.C., Reichow B., Volkmar F.R., *Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder.* J of Am Academy of Child and Adol Psychiatry, 2012; 51: 368-383.
  24. Worley J.A., Matson J.L., *Comparing symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-5 diagnostic criteria.* Research in Autism Spectrum Disorders, 2012; 6: 965-970.
  25. Matson J.L., Kozlowski A.M., Hattier M.A., Horovitz M., Sipes M., *DSM-IV versus DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism.* Dev Neurorehabilitation, 2012; 15: 185-190.



# PSICHIATRIA FORENSE

## Rischio suicidario e “rischio consentito”

*Il parere della corte*

*Renato Mantovani<sup>1</sup>*

**N**onostante le attenzioni che vengono prestate costantemente per i pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici a volte capita che si verifichino, senza segnali premonitori significativi, eventi suicidari.

La giurisprudenza in questi casi, quando la vicenda finisce nelle aule di giustizia, si è spesso orientata a ritenere responsabile dell'evento il personale sanitario in servizio nella struttura e per questa ragione quando la Suprema Corte di Cassazione disattende questo orientamento con una sentenza molto ben formulata vale la pena dare il giusto risalto alle motivazioni che portano ad un tale giudicato.

La sentenza che esaminiamo è la *n. 14766/16* del *4/2/2016* che esamina, confermandola, una sentenza della Corte d'Appello penale di Milano che riformando un sentenza di condanna del Tribunale ha mandato assolti una psichiatra e una psicologa del centro sanitario di un carcere, imputate di essere, per omissione della dovuta diligenza, responsabili dell'evento morte di un detenuto suicidatosi per impiccagione.

L'accusa per le imputate è stata quella di avere violato le regole dell'arte medica e dei doveri inerenti alla loro qualifica, per avere errato nel valutare il rischio

suicidiario sussistente in capo ad un detenuto affetto da disturbi psichici, analiticamente documentati dalla sua storia clinica e reduce da pregressi reiterati gesti autolesinistici, per tale ragione averne causato la morte avvenuta per asfisia meccanica da impiccagione.

Rischio suicidiario che il Tribunale nel condannare in prima istanza aveva individuato nel avere revocato la sorveglianza continua del detenuto, fatto quest'ultimo che avrebbe consentito, sempre secondo il tribunale, di avere un costante monitoraggio del detenuto ritenuto a rischio segnalandone eventuali condotte anomale.

La corte d'Appello e successivamente la suprema Corte di Cassazione a conferma, riformando la sentenza di primo grado, hanno ritenuto che in assenza di apposite linee guida che consentissero di delineare eventuali comportamenti idonei a valutare se il detenuto in cella presentasse una reale situazione di rischio e la mancata individuazione da parte della pubblica accusa (ed evidentemente del di lei consulente medico legale) di una letteratura scientifica accreditata che indicasse comportamenti premonitori dell'imminenza dell'atto suicidiario, concludono che nel caso in esame non era possibile individuare la sussistenza del dovuto nesso causale.

Nesso causale che legando una omissione del clinico ad un evento avverso ( nel nostro caso il suicidio) potesse concretizzare una specifica colpa professionale della psichiatra e della psicologa.

Quello del suicidio in un soggetto psicotico, ritiene la Corte, deve purtroppo ritenersi come “ rischio consentito”, di un rischio inerente una data attività, quella di valutazione psichiatrica, che non sempre può essere eliminato del tutto seguendo condotte presunte appropriate.

Psichiatra e psicologa rivestivano sicuramente, per il loro specifico ruolo, una posizione di garanzia con conseguente obbligo giuridico di impedire l'evento, che in concreto poi si è verificato, ma il trattamento, carcerario nel caso di specie, del soggetto è stato ritenuto sostanzialmente corretto in assenza di indicatori scientifici che prevedevano altro in ipotesi analoghe.

Da questa ultima considerazione ne è seguita l'assoluzione.

*(1) [renato.mantovani@milano.pecavvocati.it](mailto:renato.mantovani@milano.pecavvocati.it)*

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

### NORME EDITORIALI

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

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

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

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

Nel testo la citazione dovrà essere riportata indicando tra parentesi il numero relativo al testo citato, ad esempio (1).

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



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

**Presidente:**

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

**Presidente eletto:**

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

**Segretario:**

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

**Vice-Segretario:**

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

**Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

**Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini (*Somdrino*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

**RAPPRESENTANTI**

**Sezione "Giovani Psichiatri":**

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

**Membri di diritto:**

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

**Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi