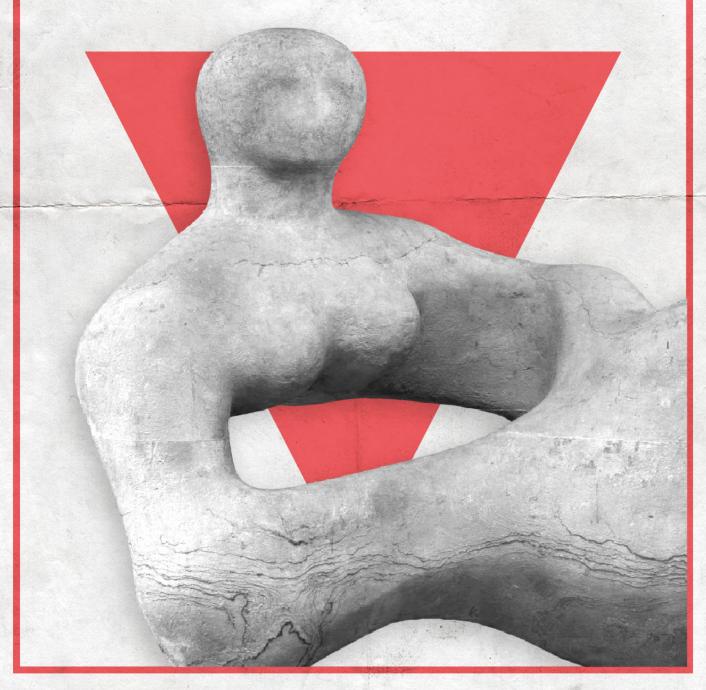


PSICHIATRIA OGGI

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.





L'indifferenza di Giannelli A.

La legge regionale in materia di salute mentale di Cerati G.

La Legge di Riforma relativa alla salute mentale Un'esperienza ricca di sorprese di Cetti C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

Proposta di Algoritmo per la scelta del trattamento con antipsicotico in acuto e nel lungo termine nella patologia Schizofrenica

di Cerveri G., Mencacci C.

24 Il modello multifamiliare e la metafora lavoro

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

di Borgogno F.V., Pismataro C.P.

31 Utilizzo della Cannabis
Stato dell'arte su un campione di soggetti
afferenti all'area metropolitana milanese
di Cucchi M., Migliarese G., Ali S.,
Cerveri G., Clerici M., Mencacci C.

La Comunità socio educativa residenziale (Co.s.e.r.) di Force e la Residenza Protetta di Comunanza Il rapporto tra ospiti delle strutture e cittadinanza e le prime necessità emergenti dopo il sisma

di Damiani T., Talamonti Rea S., Passalacqua A., Petrini V., Mazzaroni C., Giaccio P., Iachini S., Satulli M.C., Iachini M.G., Baldassarri C., Testa V., Valentini V., Gionni D., Addis A., Guidotti R., Picciotti G., Galié V., Acciaroli T., Alesiani R., Nicolai D., Caucci C., Travaglini D., Pucci A., Gaspari M. Conseguenze psicologiche e sociali dei terremoti nell'Italia centrale

Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale

XXIV della Regione Marche al primo novembre 2016

di Damiani T.

Diagnosi e trattamento di un caso di psicosi puerperale con sintomi schizofrenici e mancato suicidio-infanticidio di Grecchi A., Beraldo S., Marzolini M.,

Mattavelli S., Biffi G.

Un modello di prevenzione e cura dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni)

di Percudani M., Parabiaghi A., D'Avanzo B., Bassi M., Cardamone G., Costantino A., Lora A., Maranesi T., Vaggi M., Gruppo di Lavoro Progetto CCM 2013

Coinvolgimento e interventi con familiari e carers di pazienti con disturbo borderline di personalità di Porcellana M., Morganti C.,

PSICHIATRIA FORENSE

L'importanza della cartella clinica di Mantovani R.

Saverino F., Carigi T., Rossi G.

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.

EDITORE:

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

> 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

L'indifferenza

Alberto Giannelli

arola che vuol dire tanto la mancanza di differenza tra due persone o due animali (ad es. fratelli gemelli, colombo e piccione) quanto l'insensibilità o l'imperturbabilità o la noncuranza di fronte a una scelta esistenziale o a un evento o a

L'interiorità è una categoria della mente e non si dà interiorità che non presupponga, per il suo stesso costituirsi, il dialogo interumano, l'intersoggettività

Carlo Sini

una persona con cui, volenti o no, entriamo in rapporto. Naturalmente, qui intendo parlare di queste ultime. Ci sono molti terreni sui quali l'indifferenza cresce come la gramigna in un campo poco o mal coltivato. Prendiamo quello teologico. L'ateismo, nel linguaggio comune, sta a rappresentare l'assunto, che a parole non conosce dubbio, della non-esistenza di Dio. L'indifferenza, a sua volta, indica l'insensibilità o il disinteresse nei confronti di tale dubbio. A mio avviso, l'ateismo se rappresentato con argomentazioni dotate di una loro razionalità e di una loro logica presuppone un atteggiamento attivo, polemico, degno di essere discusso almeno sul piano culturale, mentre l'indifferenza sta a testimoniare l'insensibilità nei confronti di un dialogo che incrocia ragione, fede e storia sul percorso del pensiero e delle coscienze da più di duemila anni. L'indifferente, di fronte a questo dialogo e alla sua fecondità, è una persona apatica, aproblematica, racchiusa nel ristretto mondo del suo egoismo e della non-partecipazione al mondo che abita. L'ateo, a ben

vedere, spesso è alla ricerca di quel Dio del quale nega l'esistenza, l'indifferente è passivo, non se ne cura, il suo orizzonte non è capace di trascendenza. L'ateo tende a rappresentarsi la propria morte come la fine di tutto, o, meglio, la cessazione assoluta della propria presenza.

L'indifferente intravede soltanto la tenebra: dell'eternità che inesorabilmente verrà dopo, non si cura. Non si pone il problema del credere o non-credere, dell'avere fede o non averla: per lui, appunto, non fa differenza. Ma spesso gli manca la fede anche in se stesso. L'indifferenza, nell'ambito della catechesi, andrebbe inclusa tra i peccati o, se si preferisce, i vizi capitali, accanto all'accidia e all'avarizia. A ben vedere, a rischio di essere riduttivi, si può dire che nell'ateo il dilemma — credere o no — ha spazio nel suo modo di pensare, nell'indifferente no. Quest'ultimo, tutt'al più, crede in ciò che sa o che vede, senza preoccuparsi se ciò in cui crede è vero ¹. Ricordo le parole dette da una persona di alto livello culturale in risposta a una domanda se fosse ateo, come tutta la sua vita aveva lasciato intendere: "Non chiamatemi ateo perché non ho le prove che Dio non esista".

Che dire dell'indifferenza nei confronti della *politica*? Una delle prove della sua rilevante importanza è stata nell'alta quota di assenteismo in occasione di consulta-

3 In Primo Piano

Questa problematica è da sempre oggetto di dibattito nella filosofia, anche contemporanea.
 Tra altri si veda: Galimberti U., Il segreto della domanda. Intorno alle cose umane e divine. Apogeo, 2008.
 E nella teologia, come in Ruini C, C'è un dopo? La morte e la speranza. Mondadori, 2016

zioni elettorali (accanto e al di là della frequenza con la quale la gente dice che non sa per chi votare, trovando giustificazioni nel caos o nella povertà di idee e di programmi che troppo spesso precedono dette consultazioni). Che la politica sia malata, che le tradizionali contrapposizioni destra-sinistra siano annacquate nell'ambito dei cosiddetti centro-destra e centro-sinistra, che nel mondo occidentale si stia rischiando il venir meno della democrazia (di quella partecipata, intendo) mi sembra che non ci siano dubbi.

Per quel poco che so di botanica, la gramigna cresce

soprattutto sui terreni aridi e sabbiosi e porta danni alle coltivazioni e ai prati, anche per la rapidità con cui si diffonde e le difficoltà a estirparla. L'indifferenza in politica o, meglio, nei confronti della politica, si diffonde rapidamente tra la gente sfiduciata dalla corruzione, dall'incapacità, dalle promesse mancate di chi la governa. Ed è un male quasi perenne, difficile da curare, come dimostra il fatto che alligna imperterrito da più di sessant'anni a questa parte, e, come la gramigna, è diffuso dappertutto, al di qua e al di là dell'oceano. E non rileva il fatto che qualcuno sostenga che la gramigna sia una



Ron Mueck, In bed, 2005

^{2.} Recentemente è stato ri-edito da Sellerio Ognuno muore solo di Hans Fallada, che parla, appunto, della quasi sconosciuta resistenza antinazista attiva in Germania. Simone Weil, Rachel Bespaloff, Hannah Arendt sono figure femminili che hanno illuminato le tenebre di quel secolo, ben illustrate da Nadia Fusini in Hannah e le altre. Einaudi, 2013. A loro aggiungo i nomi di Etty Hillesum, di Edith Stein e di Irène Nemirosky.

pianta che possa avere anche delle proprietà curative. Del resto, sappiamo che la democrazia non è un'architettura politica perfetta, però è perfettibile (i greci, che di queste cose se ne intendevano, lo hanno più volte testimoniato). L'alta percentuale con la quale la gente non va a votare significa, tra l'altro, insensibilità ai drammi cui assiste e disinteresse nei riguardi dei mali, soprattutto di quelli altrui. Di chi li fa e di chi li subisce. Tanto — dicono molti, anzi troppi — non cambierà mai niente. Sembrano lontani anni luce i tempi in cui non indifferenza, ma attiva e coraggiosa partecipazione ha gettato fasci di luce sulle tenebre del novecento: nel nostro Paese, nella Francia martoriata, nell'Unione Sovietica, nella stessa Germania che sono state fucine di incredibili orrori ². L'apparente indifferenza della maggior parte della gente comune era, in realtà, umiliazione, sacrificio, impotenza di fronte a una cattiveria che non aveva precedenti nella storia.

Il recente referendum di riforma costituzionale ha visto un'alta partecipazione popolare, e potrebbe costituire, quindi, una smentita a quanto dicevo sull'astensionismo. Va, però, detto che una rondine non fa primavera e che la nostra storia è troppo ricca di consultazioni elettorali in cui detta partecipazione è stata assai deludente. Nell'ultimo referendum molta gente non ha votato per la riforma, della quale non si è interessata o della quale ha capito molto poco, ma per contestare chi sedeva a palazzo Chigi, una sorta di protesta per promesse in gran parte disattese o per la situazione precaria in cui buona parte degli italiani, giovani o pensionati che siano, si trovano. Bisogna aspettare nuove occasioni di voto per vedere se, nel caso dell'ultimo referendum, si è trattato di una inversione di tendenza vera e propria.

Potremmo anche chiederci se questa indifferenza nei confronti della politica, che peraltro riguarda anche altri Paesi, sia pure in tono minore, non sia in qualche modo responsabile di come il *welfare*, che dovrebbe liberare il Paese almeno dai suoi principali malesseri, sia deludente in molte delle sue finalità, il superamento delle discriminazioni sociali in primis.

Last, but not least, l'indifferenza nei rapporti con gli altri, nella nostra quotidianità. Basta camminare per le strade delle nostre città per rendersene conto. Uomini e donne accovacciati sotto un portico o in un angolo di una piazza, spesso stringendo un cane tra le braccia, mani tese alla ricerca di una moneta, bambini avviati senza pudore sulla strada della questua. La gente che passa non vede, gira la testa dall'altra parte, a volte ha gesti di palese fastidio. Ormai siamo quasi nella totale insensibilità a queste richieste di aiuto. Non ci commuove nemmeno più il cartello con la sola scritta "ho fame", sovente posto all'uscita da un bar o da un ristorante dove siamo appena stati. Certo, molte sono le giustificazioni che si possono portare a questo atteggiamento di indifferenza nei confronti dei tanti che hanno avuto la sfortuna di nascere dalla parte sbagliata del mondo o con il colore della pelle diverso dal nostro, ma,ormai, sempre di più uguale al nostro. E non poche di quelle giustificazioni possono essere condivise e vanno portate all'attenzione di chi ci governa a livello nazionale piuttosto che locale. Ma non è questo che qui mi interessa. Qui mi interessa il problema del perché noi, come singoli individui, non riusciamo più a vedere nell'altro-da-noi un nostro simile, anche se non uguale a noi. Il contrapposto dell'uguaglianza è la disuguaglianza, non la differenza ³. Andrebbe ribadito il concetto dell'uguaglianza nella differenza. Siamo indifferenti anche all'uscita da una chiesa dove abbiamo appena sentito commentare dal prete il brano

5 In Primo Piano

^{3.} Lucetta Scaraffia in *Dall'ultimo banco*, Marsilio, 2016, fa un analogo discorso a proposito delle specificità maschile e femminile e della teoria del *gender*.

evangelico del buon samaritano o quello di Cristo che dice "avevo fame e mi avete dato da mangiare, avevo sete e mi avete dato da bere" ecc.

Non serve ricorrere a disquisizioni filosofiche o sociologiche o politiche per trovare una giustificazione, né serve ribadire che sono troppi quelli che stendono la mano, che quello della povertà o del bisogno più elementare è un problema cui non siamo in grado di trovare una soluzione, che quest'ultima non ci spetta, abbiamo già tanti problemi personali, perché dovremo farcene carico individualmente? E perché non vedere in questa indifferenza una difesa dal peso emotivo che altrimenti caricheremmo sulle nostre già fragili spalle? Una volta ho chiesto a un agente della forza pubblica locale cosa prova e come si comporta di fronte allo spettacolo degradato e degradante di gente stesa per terra, di giorno e di sera, su stracci che sono il loro giaciglio. "Mi fa male — mi ha risposto — ma non ci sono norme che ci autorizzino a intervenire purché non diano disturbino la gente che passa, per di più molti di loro rifiutano qualsiasi forma di aiuto". Certo, non mancano associazioni di volontariato, laiche e religiose, che si occupano di loro, gli danno da mangiare, gli trovano un posto dove dormire e fare una doccia, ma tutto questo non rileva ai fini di comprendere perché dentro di noi, come singoli individui, alla pietà sia subentrata l'indifferenza. La stessa di fronte alla morte, quella degli altri naturalmente. Ormai spettacolorizzata e quotidianamente rappresentata dai media, per cui stiamo diventando, o lo siamo già, indifferenti o quasi alle immagini di quello che sta succedendo in Siria (penso, ma non solo, ad Aleppo e alla sua tragedia) e in altre parti del mondo o alle migliaia di morti nel mediterraneo o ai bambini deprivati della loro innocenza e mandati nei mercati con le cinture esplosive. La stessa indifferenza che c'era l'altro ieri, però non solo in noi, singoli cittadini, ma anche in quelli di tutta l'Europa per quanto stava

succedendo in Bosnia e in Cecenia. Né ormai ci turbano più di tanto le violenze domestiche, anche se efferate, quelle sulle donne ma non solo, di cui quasi ogni giorno veniamo a conoscenza. Perché dovrebbero turbarci più di tanto i poveri agli angoli delle nostre strade? È colpa nostra se ci sono, e sono così tanti? Ci sono i poveri, ma non c'è la povertà se è vero, come è vero, che il solo 10% degli italiani possiede il 46% dell'intera ricchezza nazionale. Non è colpa nostra se ci sono così tanti poveri.

Tuttavia dobbiamo chiederci perché l'altro-da-noi, il povero, pur diverso per etnia, condizione sociale ecc., non lo sentiamo uguale a noi in tema di dignità e diritti. Perché non riusciamo più ad aprirci a lui, questa potrebbe essere una risposta. È proprio un pensatore del calibro di G. Marcel che ha scritto che *l'altro in quanto altro esiste per noi in quanto noi ci apriamo a lui*. O, come diceva J.P. Sartre, dobbiamo pensare che se è vero che non siamo responsabili di come siamo, *siamo però responsabili di quello che facciamo di ciò che siamo* o, aggiungo io, di quello che siamo diventati?

A domande del genere noi — che, specificamente, ci occupiamo delle persone e dei loro problemi affettivi e relazionali — dovremmo tentare una risposta o, meglio, riflettere su quello che la politica e, spesso, la sociologia sottovalutano: la mancanza del dialogo nella società globalizzata e digitalizzata nella quale viviamo e nella quale siamo più vicini in tema di comunicazione, ma nel contempo meno solidali e partecipi delle altrui vicende. Il linguaggio informatico ha ormai sostituito quello verbale, una sorta di comunicazione non detta ma scritta, nella quale manca il linguaggio del corpo (la voce, la mimica, la postura, la gestualità, anche se la tecnologia più aggiornata in parte riesce a supplire a tali mancanze). Ma il dialogo non è fatto solo di parole, ma anche di sguardi e di gesti, a volte addirittura di silenzio, che vuol dire rispetto e ascolto delle ragioni dell'altro. Il dialogo

interpersonale — l'intersoggettività — è il presupposto dal quale partire per entrare *nell'interiorità*, nostra e dell'altro. Senza di che non c'è rimedio all'indifferenza.

Nell'indifferente che ho tentato di delineare ci sono elementi narcisistici ed egoistici quali la carenza di empatia ⁴, l'eccessivo amore per la propria immagine da un lato, l'esclusivo interesse dell'Io per se stesso dall'altro. Ma, mentre sul piano teologico, come dicevo all'inizio, l'indifferenza potrebbe entrare nella catechesi tra i peccati capitali, nella psicopatologia contemporanea essa non necessita di una categoria a se stante. Anche perché già nella tipologia schneideriana, l'indifferenza, a ben vedere, trovava ospitalità nelle personalità apatiche, timicamente fredde (gemütlos) e, più in generale, in tutte quelle incentrate su se stesse, e sostanzialmente disinteressate al mondo circostante ⁵. In fondo, anche in quelle depressive, nelle quali la compassione non trova spazio per esternarsi. Il depresso, quello clinicamente tale, è, incolpevolmente, rinchiuso in una sorta di autismo 6 che, naturalmente, nulla ha da spartire con quello di stampo bleuleriano, né nella sua genesi né nella sua significazione clinica. Negli indifferenti di cui sto parlando manca il pathos, che ha lo stesso etimo di compassione, la quale indica pietà, tolleranza, carità (nel linguaggio teologico, anche misericordia).

Se l'indifferenza *non* ha bisogno di un suo specifico e autonomo spazio nella tipologia delle personalità, nondimeno necessita che la psichiatria, la psicologia dell'età

evolutiva, alleandosi alla psicopedagogia, se ne occupino, nel più ampio quadro dei malesseri che contraddistinguono la società contemporanea: un concorso di discipline diverse, ma contigue. Tra i malesseri di questa società ci sono anche la xenofobia, il razzismo, il declino dell'altruismo nel grigiore dell'individualismo spesso esasperato, il sessismo che porta alla violenza contro le donne, le forme di bullismo infantile e adolescenziale di cui, almeno in parte, è colpevole la tecnologia della comunicazione, visto che bambini di pochissimi anni imparano a digitare la tastiera prima che a parlare. L'indifferente, in questo coacervo di atteggiamenti e di sentimenti, occupa un posto decentrato: non fa male a nessuno, ignora i problemi altrui, non se ne occupa, lascia che se ne occupino altri, ne viene solo lambito, magari senza accorgersene. L'indifferenza è come la gramigna, difficile da distinguere dall'erba sana. È come l'antisemitismo celato nell'antisionismo, il razzismo nel mantra dei posti di lavoro accaparrati dagli stranieri, l'anticlericalismo nella laicità, l'avarizia nella parsimonia, e così via. In fondo, l'indifferente è ipocrita, se riteniamo che l'ipocrisia possa essere l'omaggio che il vizio rende alla virtù.

L'altruismo è il contraltare dell' indifferenza. Significa condivisione della fatica di vivere, partecipazione alle gioie (poche) e alle sofferenze (molte) dell'altro a noi prossimo, s'pazialmente vicino o lontano che sia. L'altruismo rappresenta, anzi incarna, sul piano operativo l'aspetto

7 In Primo Piano

^{4.} Intendo riferirmi all'*Einfühlung* dell'estetica romantica del XVIII sec, a quella di Novalis in particolare, per cui l'empatia consiste nella capacità di immedesimarsi, *restando se stessi*, nell'altro fino a coglierne (o intuirne) lo stato d'animo, i bisogni, addirittura i pensieri. È un atteggiamento universale, a prescindere dalle individuali convinzioni politiche e religiose.

^{5.} Kurt Scneider Klinische Psychopatologie (1950) trad. ital. di B. Callieri, Sansoni, 1954.

^{6.} Esiste, accanto a quello schizofrenico, un autismo depressivo, a volte confuso con il sentimento dell'estraneità (*Entfremdung*), che precede o accompagna il franare nel vuoto del paziente depresso. Queste sono, naturalmente, esperienze rilevabili nella depressione maggiore o melanconica. Nell'indifferente ci sono solo delle sfumature di tali esperienze, in quanto lontano e insensibile al richiamo del mondo, con il quale però comunica sia pure a senso unico, senza la reciprocità del dialogo e dell'ascolto. Gli indifferenti di cui sto qui parlando hanno poco o nulla a che fare con *Gli indifferenti* di Alberto Moravia (1929).

palpabile, concreto dell'empatia. Sembra presupporre una sorta di grammatica morale innata. Almeno negli animali, soprattutto nei primati: non dimentichiamo che il macaco reso ha il 98% del suo genoma analogo, se non identico, al nostro. L'istinto a rifiutare la violenza è presente in questa scimmia 7. Perché non pensare che il senso del bene e dell'altruismo sia inscritto anche nei nostri geni, cioè che tutti si nasca empatici? *Il mirror system* va visto anche come la spiegazione cerebrale dell'empatia 8. Quando i neuroni-specchio vanno in crisi — potremmo dire, quando lo specchio si rompe — diventiamo anempatici o, almeno, scarsamente empatici. Certo, quello che succede nel mondo animale, sia pure quello geneticamente più vicino a noi, non può essere sic et simpliciter trasferito all'uomo. In quest'ultimo i fattori epigenetici svolgono un ruolo di primo piano. Se tutti nascessimo empatici, non ci spiegheremmo facilmente l'aggressività, la violenza, il malaffare, la sopraffazione del più forte sul più debole che dilagano nel mondo in cui viviamo. Ne deriva che potente appare, sul piano educativo e socio-culturale, l'azione dell'ambiente inteso nella sua accezione più ampia. L'indifferenza ne è anch'essa una conseguenza, ma in termini diversi, apparentemente meno gravi: essa non significa odio o violenza o palese ostilità, che rappresenterebbero un ruolo attivo, per quanto malvagio. Essa significa passività, noncuranza, attenzione soltanto a se stessi. Nell'indifferenza albergano nuclearità narcisistiche, accanto a quelle egoistiche: in esse avviluppato, l'indifferente è destinato alla solitudine. Questo è il prezzo più caro che prima o dopo pagherà alla tranquillità nella

quale si è rifugiato per stare tranquillo, lontano dai fastidi e dalle responsabilità imposte dal vivere in una comunità.

È operando sui fattori educativi, culturali e ambientali che anche noi, specificamente deputati non solo alla cura e alla prevenzione della sofferenza mentale, ma anche alla tutela della persona nella sua complessità, potremmo dare un contributo a estirpare l'indifferenza dalle nostre coscienze e dalle nostre quotidiane abitudini, facendoci recuperare il rispetto della dignità di chiunque incolpevolmente si trova in difficoltà, e facendoci ri-assumere la responsabilità di partecipare alla vita della collettività alla quale soltanto dalla sorte siamo stati assegnati.

^{7.} Dalle ricerche svolte nell'Università della Virginia si è appreso che un macaco reso, piuttosto che tirare una catena che provoca una scossa dolorosa a quello vicino, rinuncia al cibo che pur da quella manovra gli sarebbe derivato.

^{8.} Da questa teoria dei neuroni-specchio deriva una mano tesa dalle scienze naturali alle loro antagoniste, quelle umane, alla loro origine ritenute deboli. Su questi rapporti tra neurologia e fenomenologia si è scritto molto negli ultimi anni. Cito, ad esempio, *Il chiasma assente. Cervello e vissuto tra neurologia e fenomenologia* di B. M. D'Ippolito in Comprendre, 22, 2012 e V. Gallese *Corpo vivo, simulazione incarnata e intersoggettività* in M. Cappuccio *Neurofenomenologia*, Mondadori, 2006

La legge regionale in materia di salute mentale

Giorgio Cerati*

e nuove norme sulla salute mentale sono del 29 giugno 2016, quando è stata approvata la Legge Regionale n. 15 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)". A motivare la nuova legge sono state esigenze sia di ordine tecnico-amministrativo sia inerenti il contenuto politico-sanitario.

Le prime riguardano la necessità di completare la legge 23/2015 di riforma della sanità lombarda con un articolato dedicato alla salute mentale e cogliere nel contempo l'opportunità di modificare e aggiornare quanto riportato nel testo unico delle leggi sanitarie regionali. La LR n. 33/2009, infatti, al Titolo V art. 53 e 54 stabiliva le norme in materia di tutela della salute mentale e organizzazione dei servizi psichiatrici, confermando l'istituzione dei dipartimenti di salute mentale secondo un modello di DSM coerente con il Progetto Obiettivo nazionale 1994-97 (dpr 7.4.1994).

Ma nella sostanza è un'altra la motivazione forte, che integra le precedenti e nasce dall'esigenza di considerare il profondo mutamento dei bisogni di salute della popolazione che si è progressivamente configurato specie in ambito psico-sociale e che è stato percepito soprattutto nell'ultimo decennio, e di rispondervi adeguatamente: v. ad es. il disagio, gli stati a rischio e i gravi problemi a causa multipla di adolescenti e giovani o i dati epidemiologici sui disturbi psichici oggi gravati del maggior carico di disabilità fra tutte le malattie.

Ora cerchiamo, di seguito, di evidenziare analiticamente il contenuto dei nuovi articoli compresi nel Titolo V.

L'articolo 53 identifica e definisce l'area della salute mentale. L'asbetto cruciale, di portata rivoluzionaria, consiste nella seguente affermazione: "Afferiscono all'Area di Salute Mentale gli ambiti delle Dipendenze, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della Psichiatria, della Psicologia e della Disabilità Psichica" (art. 53 comma 2). La prospettiva tradizionale — concepita, specie a livello di lessico istituzionale, in base a una sostanziale sovrapposizione tra la salute mentale e la psichiatria di comunità con i suoi servizi — qui è totalmente rovesciata. Si viene infatti a delineare un ambito nuovo e più comprensivo, ma soprattutto capace di tener conto dei bisogni comuni a una fascia di popolazione sempre più ampia e trasversale rispetto alle competenze dei diversi servizi. Inoltre è sottolineato il ruolo chiave dell'integrazione interdisciplinare, la continuità ospedale territorio, il contributo delle formazioni sussidiarie, delle reti sociali e familiari nei percorsi di cura.

Il successivo articolo (art. 5 3 bis) comprende gli obiettivi di salute da perseguire. In termini del tutto coerenti con quanto detto sopra, viene proposta una gamma di bisogni molto ampia: di terapia, riabilitazione, inclusione sociale, diagnosi precoce e prevenzione, presa in carico, percorsi di cura personalizzati e continuativi, progettualità specifiche per popolazioni a rischio per età o condizioni socio-sanitarie e di vita, ecc... Significativo è il fatto che il loro raggiungimento non compete a un singolo servizio specialistico in esclusiva, ma a tutti, e richiede il coinvolgimento e l'integrazione dei vari soggetti protagonisti del lavoro per la salute mentale: dagli enti e istituzioni territoriali, al mondo del lavoro, alle famiglie, agli utenti

9 In Primo Piano

stessi. Tale impostazione quindi valorizza l'ampio lavoro svolto in questi 10 anni dai DSM nell'implementazione di programmi innovativi di salute mentale, come pure nell'ambito dei progetti di NPIA, ad es. nell'area giovani e adolescenti, dei DCA, della depressione postpartum, dei migranti ecc., e lo attualizza ponendolo in un'ottica integrata che richiede l'apporto di tutte le diverse discipline chiamate ora a operare insieme.

L'articolo 53 ter tratta dei criteri organizzativi delle funzioni e dei servizi dell'area della salute mentale. Anzitutto viene ribadito quanto già introdotto nei due precedenti articoli: i servizi sono organizzati dagli erogatori, pubblici e privati accreditati, in coordinamento tra loro e con le realtà del terzo e quarto settore. I criteri e i modelli di integrazione, che include l'organica integrazione ospedale – territorio, sono soggetti all'approvazione dalla competente ATS. Viene inoltre istituito (comma 4) il Tavolo per la salute mentale, composto dai rappresentanti dei soggetti di base e istituzionali con compiti di monitoraggio e orientamento degli interventi a livello regionale. Ad esso corrisbondono a livello locale, cioè di ATS e distretti, gli Organismi di coordinamento per la salute mentale. Infine è previsto un Comitato tecnico di esperti a supporto dell'unità organizzativa competente dell'assessorato.

L'articolazione dei servizi è delineata all'art. 53 quater: "Organizzazione e compiti erogativi delle unità di offerta di salute mentale". È l'articolo chiave riguardo al quadro organizzativo e il primo comma lo chiarisce: "L'area di salute mentale è organizzata, secondo i criteri di cui al precedente art. 53 ter, in forma dipartimentale, coerentemente con la programmazione regionale e quella della ATS competente per territorio. Nell'ambito dell'area della salute mentale opera il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze istituito nelle ASST, articolato, di norma, in una o più unità operative dei servizi dipendenze (UOSD), in una o più unità operative di neuropsichiatria

dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA), in una o più unità operative di psichiatria (UOP), in una o più unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché in servizi dedicati alla disabilità psichica". Viene così definita la composizione di un Dipartimento nuovo, denominato "di salute mentale e delle dipendenze", al quale afferiscono U.O. e servizi delle dipendenze, di neuropsichiatria infanzia e adolescenza, di psichiatria, di psicologia, della disabilità psichica.

Vengono poi aggiunte alcune ulteriori annotazioni:

- a. tutte le diverse unità operative vi partecipano a pieno titolo con le proprie peculiarità, ad es. per le UONPIA con la necessità anche di collegamento funzionale con l'area materno-infantile;
- b. viene stressata la necessità di operare per la presa in carico delle persone e dei bisogni della popolazione nell'ottica dei percorsi di cura, condividendo i programmi tra le UO e collaborando con tutti gli attori presenti nel territorio (compresi gli enti locali, la scuola, l'amministrazione giudiziaria, il servizio tutela minori, i servizi sociali e consultoriali, ecc.);
- c. in tale prospettiva di lavoro fortemente integrato, emerge sempre come decisiva la funzione programmatoria della Regione e della ATS, anche nel caso di possibili specifiche esigenze organizzative locali, come più avanti ribadito nella norma transitoria.

Tale norma transitoria ha, o aveva, lo scopo di agevolare la transizione al nuovo modello di organizzazione dipartimentale, consentendo di adeguare ai bisogni della popolazione e alle caratteristiche del territorio l'articolazione dei servizi dell'area salute mentale. "A tal fine è istituito in ogni ASST un comitato di coordinamento diretto dal direttore generale, composto dai direttori in carica dei dipartimenti e delle unità operative". Il comitato, attivabile da subito, dura 6 mesi ed è coordinato dalla ATS allo scopo di "garantire l'omogeneità e l'efficacia dei

servizi". La norma prevede anche che i rappresentanti di tali comitati, delle organizzazioni professionali e sindacali, del privato sociale e delle associazioni partecipino "alla predisposizione del Piano di salute mentale regionale da approvare entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge".

Segue l'articolo 54, che tratta di "Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, di sostegno e assistenza per le loro famiglie", un tema molto (forse troppo) specifico inserito nella legge.

Ci potremmo chiedere che cosa cambia e che cosa ci si aspetta cambi dopo l'approvazione della legge. La risposta in realtà è articolata già lungo il discorso sin qui svolto. Basti qui richiamare la considerazione che il DSM, inteso come estensione dei servizi psichiatrici per la popolazione adulta (cfr. dpr 7.4.1994), ora viene superato sia nel lessico che nel concetto culturale e istituzionale: la salute mentale è un ambito ampio e complesso che esige l'attenzione di competenze molteplici e integrantesi. Esistono oggi le condizioni potenziali per affrontare i bisogni attuali più rilevanti e la possibilità di utilizzare per questo un modello idoneo, innovativo, comprensivo e prossimo al contesto. Occorre però prioritariamente progettare e attuare fra tutti livelli di collaborazione e di integrazione centrati sulla persona con programmi di intervento e cura guidati dai percorsi clinici. Questo potrà facilitare il verificarsi di due condizioni essenziali e tra loro interdipendenti, quali la riproposizione di adeguati investimenti con politiche sanitarie e socio-sanitarie specifiche, sostenute sul piano socio-culturale da una reale e rinnovata partecipazione della società civile.

Ma, per non lasciare questi punti chiave sul piano degli auspici e delle idealità, un'ulteriore domanda va posta ora, a sei mesi dalla entrata in vigore di disposizioni tanto attese: vi è una effettiva implementazione della nuova legge? La sua attuazione avviene in modo omogeneo e coerente? Le diverse istituzioni centrali e locali come stanno operando ad es. riguardo ai piani di organizzazione? Si tratta di domande destinate a restare in sospeso o possiamo noi decidere di avviare un attento monitoraggio di quello che accade nel territorio regionale?

11 In Primo Piano

La Legge di Riforma relativa alla salute mentale

Un'esperienza ricca di sorprese

Claudio Cetti *

n questi anni, come psichiatri lombardi, ci siamo spesso lamentati di non riuscire a condividere in modo soddisfacente i percorsi di presa in carico che prevedevano anche il contributo delle altre discipline preposte alla gestione dei problemi inerenti la salute mentale: parlo dei colleghi delle Dipendenze, della Neuropsichiatria Infantile, della Psicologia, per non parlare dei rapporti davvero difficili con l'area della Disabilità Psichica.

Ebbene, il contesto della Riforma ci ha permesso di costruire un punto di partenza davvero impensabile: la Comissione Sanità ha attivato un tavolo di lavoro sulla salute mentale che ha coinvolto, in una logica di ascolto e di valorizzazione dei diversi contributi, tutti gli attori della salute mentale, in particolare attraverso la partecipazione delle rappresentanze degli utenti e dei familiari e, più in generale, del mondo dell'associazionismo.

Il dialogo che si è sviluppato, a cui ho potuto partecipare in qualità di coordinatore con la Dr.ssa Valentina Stragliati, psicologa, è stato intenso ed appassionante ed ha evidenziato fin dall'inizio elementi fortemente innovativi, pur partendo da situazioni a dir poco scoraggianti.Infatti, uno tra i primi ostacoli che il tavolo ha dovuto affrontare, è il livello preoccupante di stigma nei confronti della psichiatria e più in generale della salute mentale, reso possibile e ampliato dalla frammentazione delle aree di intervento, che si è creata nel corso del tempo. La segmentazione molto rigida dei sistemi di cura ed assistenza, oltre ad emar-

ginare i pazienti in una sorta di nicchia, rendeva scisse le modalità di presa in carico dalla realtà dei bisogni. Ricordo in particolare alcune battute che mettevano in discussione il tavolo di lavoro unitario, quali ad es. "ma cosa c'entriamo noi con la salute mentale, che é un problema psichiatrico?"… e potrei continuare a lungo.

Gli interventi, fortemente mediati dalle associazioni e dalle stesse rappresentanze degli utenti, hanno contribuito allo sviluppo di un dibattito articolato ma equilibrato, animato da uno spirito unitario da cui sono scaturiti obiettivi di salute trasversali (v/articoli 53/53 bis della legge 15).

Il tavolo di lavoro ha permesso finalmente di aprire un confronto dialettico e a più voci, che pur nel rispetto delle specifiche identità dei diversi soggetti operanti sul campo, è approdato a quella progettazione condivisa da cui è nata la Riforma, dopo gli opportuni passaggi in sede istituzionale.

Sembrava un'impresa quasi impossibile, ma attraverso un lavoro intenso e talvolta difficile, pur con gli opportuni "distinguo", siamo approdati ad un testo in grado di contenere e dare spazio a tutte le esperienze maturate sul campo, convogliando le specificità di ogni servizio nella ricerca di obiettivi comuni trasversali, che si sono tradotti in veri e propri punti di forza condivisi.

Sottolineo alcuni passaggi fondamentali, a titolo esemplificativo:

- passare dal sistema delle prestazioni ai percorsi di

cura, investendo sull'attività territoriale partendo dai progetti individuali sulla base di bisogni reali;

- favorire la reinclusione attraverso sperimentazioni innovative, come ad esempio il "budget di salute", peraltro previsto dalle Regole 2017;
- sviluppare una progettualità per target di popolazioni a rischio, come nel caso degli adolescenti e dei disturbi post partum,autori di reati adulti e minori attraverso modalità che promnuovano il lavoro di rete;
- potenziare il protagonismo degli utenti, anche attraverso la valorizzazione del loro sapere esperienziale;
- riconoscere l'identità degli attori che si occupano della salute mentale in tutte le loro articolazioni organizzative,con i link di sistema in modo trasparente ed ordinato.

E tutto cio nel contesto di un assetto istituzionale che da ampio riconoscimento alle tematiche della salute mentale, vincolando nell'asse Ats, Asst Regione a un livello partecipativo garantito dal riconoscimento e dalla opresenza degli organismi di coordinamento della salute mentale, dal Tavolo Regionale sulla Salute Mentale, dalla presenza a livello del Welfare di un gruppo di esperti gruppo di esperti ed infine dalla necessità di istituire una unità organizzativa dedicata alla salute mentale a livello regionale.

Concludendo, anche se certo il lavoro che ci aspetta per l'attuazione concreta della Riforma è ancora molto.

Disponiamo di un ottimo punto di partenza che come cita la riforma cerca di evolvere quanto maturato da lunghi anni di esperienza in linea di continuità con l'impalcatura normativa regionale e nazionale, con un riferimento culturale e organizzativo che potrà permetterci di rendere più solida e qualitativamente

valida la prassi del nostro sistema di servizi.

Ed infine un invito a tutti di leggere la "nostra" riforma sopratutto relativamente alla salute mentale.

* Direttore DSM ASST Lariana

13 In Primo Piano

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

Proposta di Algoritmo per la scelta del trattamento con antipsicotico in acuto e nel lungo termine nella patologia Schizofrenica

Giancarlo Cerveri 1, Claudio Mencacci 1

La qualità della cura erogata dai servizi di salute mentale è spesso non ottimale in quanto non viene sempre proposto un trattamento in accordo a criteri fondati sulle evidenze scientifiche e tali risposte possono variare ampiamente in funzioni della tipologia del soggetto che eroga la prestazione (Institute of Medicine, 2006). Per esempio anche in un sistema sanitario con un servizio per la salute mentale altamente omogeneo come quello presente nella regione Lombardia, gli autori di una ricerca del 2011, dopo aver definito secondo criteri rigorosi un trattamento "minimamente adeguato" per pazienti sofferenti di patologia schizofrenica, ottengono che circa la metà dei pazienti trattati non riceve un trattamento "minimamente adeguato" secondo quanto previsto dalle indicazioni fornite dalla letteratura scientifica (Lora et al., 2011). Questo tipo di risultato proviene dall'utilizzo di indicatori clinici molto complessi che coinvolgono tipologie di intervento estremamente varie e che rappresentano l'ampio spettro di attività che è ritenuto necessario per formulare diagnosi di schizofrenia ed avviare le cure di tipo farmacologico e riabilitativo necessarie per ottenere una condizione di remissione sintomatologica o, ove possibile, guarigione clinica. Indicatori clinici, basati sulle evidenze e sulle best-practice possono essere utilizzati per permettere comparazioni (benchmarking), stabilire priorità per migliorare la qualità dell'intervento, supportare l'esigibilità di alcune prestazioni e fornire trasparenza nel servizio sanitario (Mainz, 2003). Ancora più recentemente è stata condotta una ricerca per definire la tipologia di trattamento che i soggetti affetti da schizofrenia hanno ricevuto in Regione Lombardia nell'anno 2009 (Lora, 2016). Tale analisi è stata condotta tramite l'utilizzo del database informativo in utilizzo presso la regione e ha permesso di definire quale tipologia di prestazioni ricevono i quasi 30.000 soggetti trattati per schizofrenia. I risultati di questa ricerca hanno permesso di osservare diverse criticità sia sulla modalità di risposta organizzativa che i pazienti affetti da schizofrenia ricevono dai servizi di salute mentale in urgenza e nella fase di mantenimento, sia sulla tipologia di intervento di cura che ricevono. In particolare si sono osservate numerose criticità anche su quell'area di risposta alla patologia schizofrenica che dovrebbe essere maggiormente consolidata e determinata nelle sue caratteristiche, che è l'intervento psicofarmacologico. Gli autori hanno osservato per esempio che al primo episodio di schizofrenia dopo 90 giorni dall'inizio di un trattamento con antipsicotico solo una persona su 6 prosegue i trattamenti (16%) e dopo 180 giorni solo 1 su 10 (11%). Inoltre solo il 14% di coloro che proseguono il trattamento con un antipsicotico di seconda generazione eseguono un adeguato monitoraggio del profilo glicemico e glucidico nelle prime 12 settimane in accordo con le linee guida internazionali (almeno due valutazioni). Dopo un ricovero in un Servizio di Diagnosi e Cura, solo il 59% dei soggetti dimessi ha un dosaggio di antipsicotico appropriato (più di 300 mg/equivalenti di clorpromazina). Le criticità sono presenti anche nella fase di mantenimento del tratta-

mento psicofarmacologico, in particolare dei pazienti che iniziano una terapia continuativa con antipsicotici il 65% è ancora in trattamento a distanza di 90 giorni, il 49% dopo 180 giorni e il 35% dopo 365 giorni. Di coloro che mostravano una risposta non soddisfacente ad almeno due molecole di antipsicotici (pazienti con Schizofrenia resistente) solo il 14% veniva avviato ad un trattamento con clozapina. Infine dei soggetti in terapia antipsicotica di mantenimento con un antipsicotico di seconda generazione meno della metà (47%) riceve un adeguato monitoraggio lipidico e glucidico. Sulla scorta di tali risultati emerge la necessità di implementare nella pratica clinica l'utilizzo di linee guida di trattamento che possano fornire supporto ai clinici ed uniformare gli interventi proposti a soggetti affetti da schizofrenia. Le Clinical Practice Guidelines (CPGs) sono fondate sulla sintesi delle evidenze scientifiche disponibili per definire il miglior approccio per diagnosi, terapia o trattamento di un particolare dominio clinico al fine d ottimizzare il processo di cura (IMCSD, 2011). Le ricerche che hanno esaminato la compliance dei clinici a CPGs hanno mostrato risultati non univoci, con la tendenza, nella maggior parte degli studi, a mostrare attenzione solo a singole componenti delle linee guida (Owen et al., 2008). I risultati ottenuti da survey condotte su clinici a dimostrato numerose barriere rispetto all'adozione e all'aderenza a CPGs, tra queste la scarsa conoscenza o il disaccordo con l'utilizzo di linee guida, la poca motivazione al cambiamento, attitudine negativa in generale verso le linee guida, fiducia assoluta nell'esperienza pratica personale, poco tempo per studiarle, disponibilità e supporto organizzativo nell'utilizzarle (Forsner, 2010; Yang, 2013). A livello locale sono stati identificati come fattori importanti nel determinare il successo nell'adozione di CPG la cultura organizzativa, meccanismi di valutazione dei risultati con feedback sulla qualità delle prestazioni fornite. Una recente review ha determinato che l'implementazione dell'adozione di linee guida è un processo caratterizzato da numerosi interventi che

includono materiale educazionale, incontri formativi e gruppi di lavoro coordinati (Girlanda, 2013).

Scopo della presente ricerca è definire un modello semplice e fruibile di algoritmo, fondato sulle attuali evidenze scientifiche, che possa supportare il clinico nella scelta dell'antipsicotico nel trattamento della patologia schizofrenica sia nella fase acuta che di mantenimento.

METODI

Tramite una review sistematica si sono definiti alcuni modelli di indirizzo nelle modalità di scelta della molecola di antipsicotico e dell'utilizzo di formulazioni long acting. Per ogni scelta è stato fornito uno o più riferimenti bibliografici. Il modello rappresentativo utilizzato si fonda sulla definizione di modalità di scelta dicotomica.

Si sono costituite due schede, una per la fase di trattamento acuto ed una per la fase di mantenimento. Si sono poi aggiunte due sezioni, la prima con definizione di criteri di scelta tra antipsicotico di prima e di seconda generazione e la seconda relativa alla scelta tra formulazione orale e long acting.

Disclosure

Per la realizzazione di questo lavoro è stata ottenuto un grant incondizionato da parte di Otsuka Pharmaceutical Italy S.r.l.

(1) Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano

BIBLIOGRAFIA

- Institute of Medicine, Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance Conditions. Washington, DC: The National Academies Press, 2006.
- 2. Lora A., Conti V., Leoni O et al., Adequacy of treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders and affective disorders in Lombardy, Italy. Psychiatr Serv 2011;62:1079-84.
- 3. Mainz J., Defining and classifying clinical indicators for quality improve-ment. Int J Qual Health Care 2003;15:523-30.
- 4. Lora A., Monzani E., Bussy I., Soranna D., Corrao G.,

 Routine quality care assessment of schizophrenic disorders

 using information systems. International Journal for Quality
 in Health Care, 2016, 1–6.
- Institute of Medicine Committee on Standards for Developing
 Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice
 guidelines we can trust. In: Graham R., Mancher M., Miller
 Wolman D., Greenfield S., Steinberg E., Editors. Washington
 (DC): National Academies Press (US); 2011.
- Owen R.R., Hudson T., Thrush C., Thapa P., Armitage T., Landes RD., The Effectiveness of Guideline Implementation Strategies on Improving Antipsychotic Medication Management for Schizophrenia. Med Care. 2008;46:686–91.
- 7. Forsner T., Hansson J., Brommels M., Wistedt A.A.,
 Forsell Y., Implementing clinical guidelines in psychiatry: a
 qualitative study of perceived facilitators and barriers. BMC
 Psychiatry. 2010;10:8.
- 8. Yang J., Han C., Yoon H.K., Pae C.U., Kim M.J., Park S.Y., et al., Experiences and barriers to implementation of clinical practice guideline for depression in Korea. BMC Psychiatry. 2013;13:150.
- 9. Girlanda F., Fiedler I., Ay E., Barbui C., Koesters M.,

 Guideline implementation strategies for specialist mental

 healthcare. Curr Opin Psychiatry. 2013;26:369–75.

Algoritmo per il trattamento della patologia schizofrenica

PREMESSA

La complessità della schizofrenia comporta la necessità di considerare le diverse possibilità di trattamento in ragione della fase clinica del disturbo, della necessità di ospedalizzazione, del grado di accettazione del trattamento da parte di paziente e familiari. La scelta del trattamento farmacologico è considerata in maniera altamente condivisa come prioritaria nella fase acuta della schizofrenia e indicata come continua e forse indefinita nel tempo qualora la risposta sia parziale o siano presenti ricadute nel tempo.

Lo strumento fornito rappresenta uno indicazione di riferimento su alcune buone prassi nel trattamento della patologia schizofrenica. Esso è volutamente schematico ed agevole, non ha lo scopo di sostituire ma al più di integrare la valutazione clinica che permane necessaria e centrale in tutti gli interventi medici, inoltre potrebbe essere non applicabile in casi complessi in cui l'intervento di routine non è utilizzabile o si è dimostrato inefficace.

Lo schema identifica due situazioni:

- Il trattamento acuto, sia nel caso di esordio della patologia schizofrenica o comunque in una condizione non precedente diagnosticata e trattata che la condizione di riacutizzazione sintomatologica in un soggetto già diagnosticato e già trattato.
- Il trattamento di mantenimento nel lungo periodo della patologia schizofrenica

FASE ACUTA

La fase acuta della patologia schizofrenica attiene a condizioni spesso (ma non necessariamente sempre) trattate in regime di ricovero ospedaliero. Per il trattamento in acuto si sono date per acquisite, e dunque non sono state affrontate, le procedure relative alla gestione di condizioni di urgenza/emergenza il cui ambito di applicazione privilegiato è il Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA). Tale scelta è motivata dalla necessità di fornire uno schema semplice e di immediata fruibilità. Altrettanto rilevante è stata la scelta di restringere l'ambito delle indicazioni alla scelta del trattamento farmacologico, non fornendo in tal modo strumenti relativi a tutti gli interventi assistenziali, psicoeducativi e clinici che assumono un ruolo di enorme rilevanza nella risposta terapeutica. In questa fase di trattamento sono state poste due possibilità di intervento, il trattamento in fase di esordio di malattia e il trattamento di una recidiva. La differenziazione di queste due condizioni è estremamente rilevante e al di là degli obiettivi del presente documento.

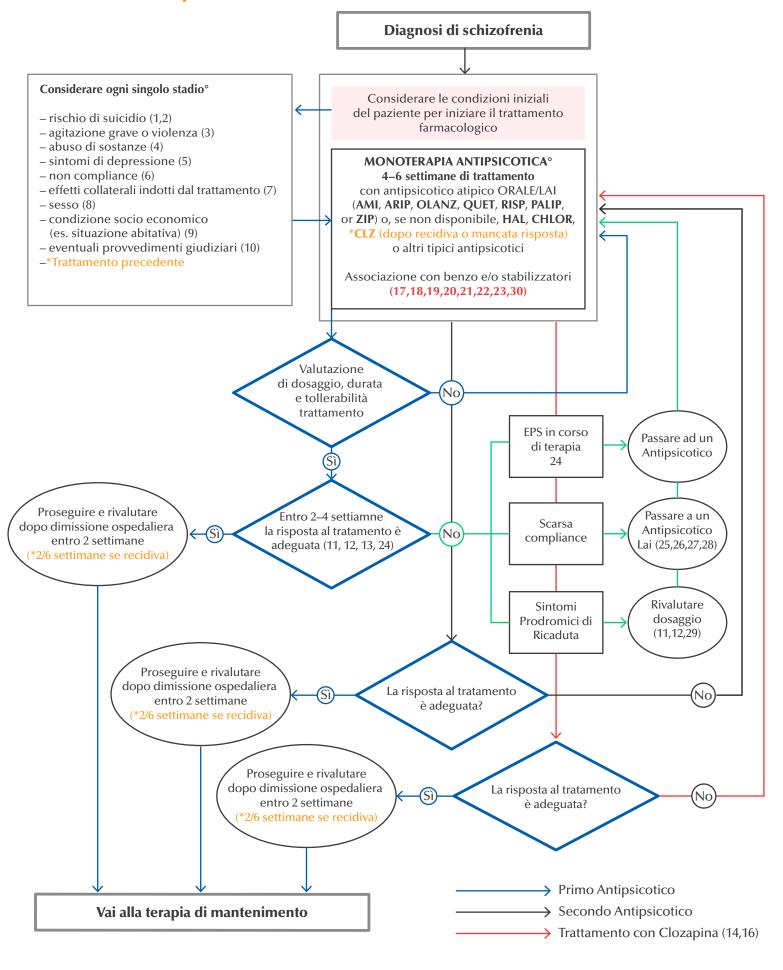
FASE DI MANTENIMENTO

Per quanto riguarda poi il trattamento di mantenimento, anche in questo caso, le indicazioni fornite sono relative esclusivamente all'intervento farmacologico. Pur consapevoli che tale area di interesse rappresenta solo una parte nel contesto di un numero molto ampio di interventi possibili, molti dei quali necessari a garantire il benessere bio-psicosociale dell'individuo sofferente di schizofrenia. Si è cercato di fornire indicazioni semplici su modalità di scelta e durata di trattamento.

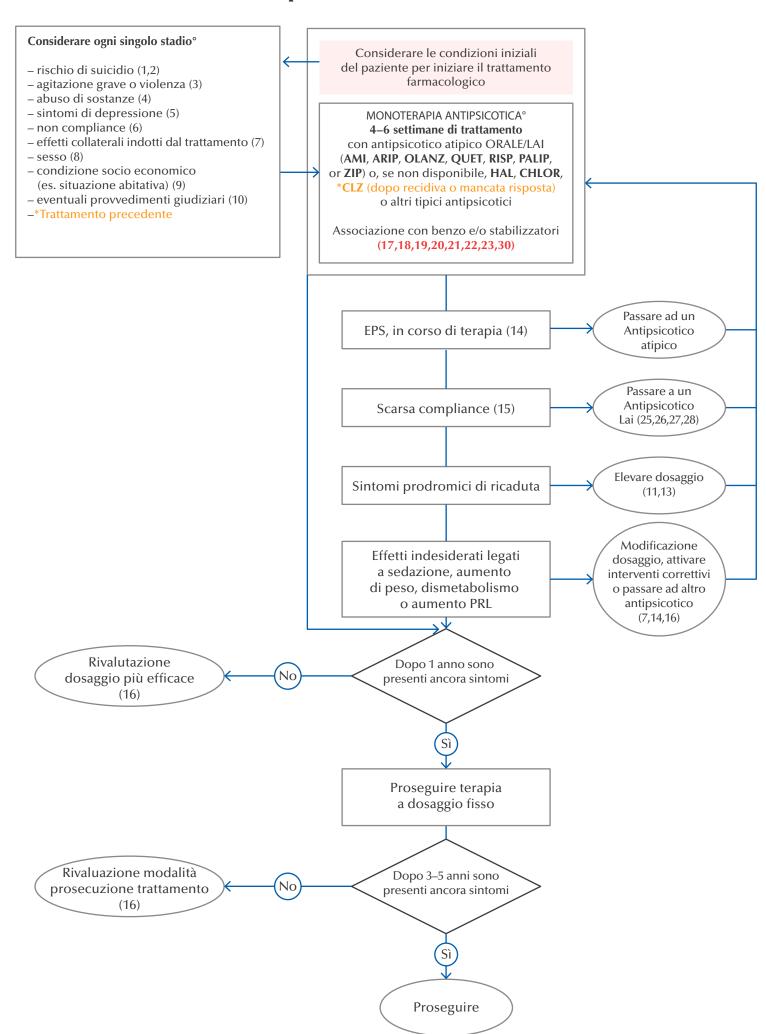
Per tutti i passaggi definiti nell'algoritmo sono stati forniti riferimenti bibliografici che possano essere di supporto nel motivare tali scelte secondo principi evidenced-based medicine.

Diagnosi di schizofrenia

o *Gestione dopo recidive



Terapia di mantenimento



Scelta Antipsicotici di Prima (FGA) Vs Antipsicotici di Seconda Generazione (SGA)

Tutte le principali Linee Guida (LG) americane e australiane raccomandano come prima scelta SGA sia nel primo episodio che nelle riacutizzazioni (1,2). Le LG NICE del 2004 non formulano una specifica indicazione tra le due categorie di antipsicotici per il primo episodio mentre consigliano SGA per le riacutizzazioni (3).

La raccomandazione sull'utilizzo degli SGA non sono mai giustificate nelle LG da una maggiore efficacia clinica ma da una minore incidenza di EPS, un minor rischio di TD e da un minor rischio di riduzione/interruzione della terapia. In recenti metanalisi pubblicate su autorevoli riviste sono emerse indicazioni relative ad una superiore efficacia di alcuni SGA rispetto ad aloperidolo e clorpromazina (4). In particolare amisulpride, olanzapina e risperidone sono le molecole con indicazioni di efficacia più solide nel trattamento della fase acuta (5). In conclusione la scelta deve essere effettuata tenendo conto dell'efficacia del trattamento proposto e del rischio di indurre effetti indesiderati come EPS, sedazione, ipotensione ortostatica e tachicardia nella fase acuta e nel medio-lungo periodo EPS, sedazione, aumento di peso e alterazione livelli di prolattina (6). Esistono poi indicazioni rilevanti sulla scelta di trattamenti antipsicotici in formulazione long acting (LAI) al fine di migliorare l'aderenza ai trattamenti. Tale strategia può essere iniziata nella fase acuta del trattamento producendo un significativo miglioramento dell'efficacia clinica osservata nel prevenire nuovi episodi di recidiva (7)

- 1. American Psychiatric Association, Guideline watch (september 2009): practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Arlington, VA: American PSychiatric Publishing Inc. 2009
- 2. Royal Australian and New Zealnd College of Psychiatrists, *Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Releted Disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and releted disorders. Aust N Z J Psychiatry, 2005; 39:1-30.
- 3. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Istitute for Health and Clinical Excellence, Schizophrenia. Care interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). National Clinical Practice Guideline 82, 20009.
- 4. Leucht S., Cipriani A., Spineli L., Mavridis D., Orey D., Richter F., Samara M., Barbui C., Engel R.R., Geddes J.R., Kissling W., Stapf M.P., Lässig B., Salanti G., Davis J.M., Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis Lancet. 2013 Sep 14;382(9896):951-62
- 5. Hatta K., Practical pharmacotherapy for acute schizophrenia patients. Psychiatry Clin Neurosci. 2015 Nov;69(11):674-85.
- 6. American Psichiatric Association Giudeline watch (september 2009), *Practice Guideline for the treatment of the patients with schizophrenia*. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf
- 7. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U., Assessing the comparative effectiveness of long-acting injectable vs. oral antipsychotic medications in the prevention of relapse provides a case study in comparative effectiveness research in psychiatry. J Clin Epidemiol. 2013 Aug;66(8 Suppl):S37-41.

Criteri di scelta tra antipsicotico orale e long acting

Il tema della scelta dell'antipsicotico nel trattamento della patologia schizofrenica coinvolge anche la modalità di somministrazione. La schizofrenia risulta una delle patologie con il più basso tasso di aderenza ai trattamenti. Lo scarso insight nelle diverse fasi di malattia (1), l'aderenza parziale agli stessi nel corso del tempo, fenomeni di drug holiday non comunicati allo psichiatra curante provocano sfide rilevanti alla possibilità di mantenere un adeguato livello di cura a soggetti che se non trattati presentano un rischio di recidiva estremamente elevato già nel corso del primo anno(2). Diminuire il numero di recidive significa rendere la patologia meno disabilitante, più rispondente ai trattamenti e verosimilmente ciò potrebbe condurre ad un danno meno rilevante alle persone in trattamento, ad una migliore qualità di vita sia per il paziente che per i familiari.

In uno studio di coorte condotto su oltre 2000 pazienti con schizofrenia gli autori hanno valutato il rischio di ospedalizzazione dopo una precedente ospedalizzazione osservando come a parità di molecola utilizzata per il trattamento, la formulazione long acting garantiva un migliore andamento di malattia. In questo studio venivano presi in considerazione aloperidolo, zuclopentixolo e risperidone in formulazione long acting (3). In un commento nel 2007 Nasrallah osservava come, anche alla luce di possibili vantaggi in termini di neuroprotezione offerti nella terapia di mantenimento gli antipsicotici long acting andrebbero preferiti agli antipsicotici di prima generazione con analoga formulazione (4). Anche alla luce del minor rischio di indurre effetti neurologici a breve e lungo periodo (EPS eTD) gli antipsicotici atipici in formulazione long acting potrebbero essere un valido strumento di intervento in soggetti giovani con aderenza ai trattamenti non soddisfacente. Rispetto alla modalità di scelta della molecola da utilizzare, alla luce della durata prolungata del trattamento impostato, è particolarmente importante considerare con grande attenzione oltre all'efficacia anche il rischio di indurre effetti indesiderati come EPS, sedazione, ipotensione ortostatica e tachicardia nella fase acuta e nel medio-lungo periodo EPS, sedazione, aumento di peso e alterazione livelli di prolattina (5). È estremamente utile come riferimento ai dati di efficacia e di tollerabilità la metanalisi pubblicata da Leucht e coll. Su Lancet nel 2013 (6).

- 1. Gerretsen P., Plitman E., Rajji T.K., Graff-Guerrero A., *The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review.* Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Nov;29(11):1145-61.
- 2. Valenstein M., Copeland L.A., Blow F.C., McCarthy J.F., Zeber J.E., Gillon L., Bingham C.R., Stavenger T., *Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission*. 2002. Medical Care 40, 630–639.
- 3. Tiihonen J., Haukka J., Taylor M., Haddad P.M., Patel M.X., Korhonen P., *A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia*. Am J Psychiatry. 2011 Jun;168(6):603-9.
- 4. Nasrallah H.A. The case for long-acting antipsychotic agents in the post-CATIE era. Acta Psychiatr Scannd 2007 Apr;115(4):260-7.
- 5. American Psichiatric Association Giudeline watch (september 2009): *Practice Guideline for the treatment of the patients with schizophrenia*. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf
- 6. Leucht S., Cipriani A., Spineli L., Mavridis D., Orey D., Richter F., Samara M., Barbui C., Engel R.R., Geddes J.R., Kissling W., Stapf M.P., Lässig B., Salanti G., Davis J.M., Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis Lancet. 2013 Sep 14;382(9896):951-62
- 7. Stevens G.L., Dawson G., Zummo J., Clinical benefits and impact of early use of long-actin injectable antipsychotics for schizophrenia. Early intervention in Psychiatry 2015;

BIBLIOGRAFIA

- Popovic D., Benabarre A., Crespo J.M., Goikolea J.M., González-Pinto A., Gutiérrez-Rojas L., Montes J.M., Vieta E., Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. Acta Psychiatr Scand. 2014 Dec;130(6):418-26.
- Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., Zalsman G., Zemishlany Z., Carli V., European Psychiatric Association. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry. 2012 Feb;27(2):129-41.
- Hankin C.S., Bronstone A., Koran L.M., Agitation
 in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical
 presentation, burden, and treatment. J Psychiatr Pract. 2011
 May;17(3):170-85
- 4. Lybrand J., Caroff S., *Management of schizophrenia with substance use disorders*. Psychiatr Clin North Am. 2009
 Dec; 32(4):821-33.
- Bosanac P., Castle D.J., Schizophrenia and depression. Med J Aust. 2013 Sep 16;199(6 Suppl):S36-9.
- 6. Sendt K.V., Tracy D.K., Bhattacharyya S., A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophreniaspectrum disorders. Psychiatry Res. 2015 Jan 30;225(1-2):14-30.
- Leucht S., Cipriani A., Spineli L., Mavridis D., Orey D., Richter F., Samara M., Barbui C., Engel R.R., Geddes J.R., Kissling W., Stapf M.P., Lässig B., Salanti G., Davis J.M., Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis.
 Lancet. 2013 Sep 14;382(9896):951–62.
- 8. Usall J., Suarez D., Haro J.M., SOHO Study Group.

 Gender differences in response to antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. Psychiatry Res. 2007

 Dec 3;153(3):225-31.
- 9. Nordentost M., Pedersen M.G., Pedersen C.B., Blinkenberg S., Mortensen P.B., The new asylums in the community: severely ill psychiatric patients living in psychiatric supported housing facilities. A Danish register-based study of prognostic

- factors, use of psychiatric services, and mortality. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012 Aug;47(8):1251-61.
- 10. Höfer F.X., Habermeyer E., Mokros A., Lau S., Gairing S.K., The impact of legal coercion on the therapeutic relationship in adult schizophrenia patients. PLoS One. 2015 Apr 24;10(4):e0124043.
- 11. Hatta K., *Practical pharmacotherapy for acute schizophrenia* patients. Psychiatry Clin Neurosci. 2015 Nov;69(11):674-85.
- 12. Schennach R., Riesbeck M., Mayr A. et al., Should early improvement be re-defined to better predict the maintenance of response in firstepisode schizophrenia patients?

 Acta Psychiatr. Scand. 2013; 127: 474–481.
- 13. Agid O., Schulze L., Arenovich T. et al., *Antipsychotic* response in first-episode schizophrenia: Efficacy of high doses and switching. Eur. Neuropsychopharmacol. 2013; 23: 1017–1022.
- 14. American Psichiatric Association Giudeline watch (september 2009), *Practice Guideline for the treatment of the patients with schizophrenia*. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia-watch.pdf
- 15. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U., Assessing the comparative effectiveness of long-acting injectable vs. oral antipsychotic medications in the prevention of relapse provides a case study in comparative effectiveness research in psychiatry.

 J Clin Epidemiol. 2013 Aug;66(8 Suppl):S37-41.
- 16. American Psichiatric Association, Giudeline Practice Guideline for the treatment of the patients with schizophrenia. 2004. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/ practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf
- 17. Long-Acting Injectable Versus Oral Antipsycotics in Schizopfrenia: A systematic Review and Meta-Analysis of Mirror-Image Studies
- 18. Velligan et al., J Clin Psychiatry 2009;70(Suppl 4):1-46; 2.
- 19. Tandon. Psychiatr Q 200;73(4):297-311;
- 20. Citrome et al., Curr Drug Saf 2014;9:227-235.
- 21. Weiden & Buckley. J Clin Psychiatry 2007;68(Suppl 6):14-23;
- 22. Volavka & Citrome. *Expert Opin Pharmacoteher* 2009;10(12):1917–1928

- 23. Qualify: a randomized head-to-head study of aripiprazole once-monthly and paliperidone palmitate in the treatment of schizophrenia
- 24. Leuchet et al. Lancet 2013;382(9896);951-962
- 25. Tiihonen J., M.D., Ph.D. et al., A Nationwide Cohort Study of Oral and Depot Antipsychotics After First Hospitalization for Schizophrenia ()
- 26. Stephen M., Long-acting injectable antipsychotics: shall the last be first? Stahl CNS Spectrums (2014), 19, 3-5.
- 27. Leucht C., Heres S. et al., Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia—A critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials
- 28. Kirson N.Y., Efficacy and Effectiveness of Depot Versus Oral Antipsychotics in Schizophreni: Synthesizing Results Across Different Research Design
- 29. Citrome. CNS Drugs 2013:27;879-911
- 30. Kirson et al., *Advantages of LAIs vs OAPs (RCT vs non-RCTs).* l Clin Psychiatry 2013;74:568-575

Il modello multifamiliare e la metafora lavoro

identità sociale e costanza percettiva del sè 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 ¹.

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 esser 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 ². Il nostro intervento si propone infatti di accompagnare le persone verso un sistema più complesso, multi-dimensionale, in cui al sistema preesistente bidimensionale (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

^{1.} Carmine Pasquale Pismataro è psichiatra Direttore della Struttura Dipartimentale di Residenzialitá e riabilitazione del DSM San Paolo di Milano.

Francesca Viola Borgogno è una psicologa psicoterapeuta diplomatasi presso l'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (I.I.P.G.) di Milano. Ha svolto in Argentina dal Prof. García Badaracco un tirocinio pluriennale sulla metodologia del GPM.

^{2.} Condizioni, queste, propedeutiche e necessarie all'avvio dei percorsi di reinserimento veri e propri.

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 3. 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 Sè 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 ⁴.

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 ⁵. 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

^{3.} Questa duplice attenzione, all'aspetto semantico e a quello comportamentale, è ritenuta da U. Telfenner fondamentale perchè il costruttivismo non propone di rimanere unicamente nella testa ma di coniugare in maniera imprescindibile l'agire con il significare. L'autore propone una definizione statica del problema, quanto di agire in un costante processo di ricostruzione delle persone, che sono invitati a considerarsi al di là del circolo tautologico che il sintomo crea e ad assumersi responsabilità per i loro lati forti, per le loro capacità, per le loro abilità e conoscenze (Telfenner, 1992).

^{4.} La manutenzione dell'ecosistema di accoglienza sia sul piano relazionale che della strutturazione di un rapporto di fiducia reciproca, pur essendo una variabile indipendente, sono ambienti non sanitari e quindi "immediati", è centrale per il buon esito dei percorsi. L'intervento di ALA si concentra per prima cosa sugli aspetti "sani" (o potremmo dire "funzionanti") del soggetto, cioè quegli aspetti identitari che Jorge Garcìa Badaracco identificherebbe con "la virtualità sana" (2000) che non si è potuta sviluppare a causa delle identificazioni alienanti che abitano l'apparato psichico del paziente, cercando di andare a sostenerli il più possibile fin dai primi passi del percorso di reinserimento lavorativo in termini di "Io ausiliario".

^{5.} Miriamo — in altri termini — a sviluppare a partire dalla virtualità sana il potenziale del paziente attraverso la messa alla prova delle funzioni egoiche man mano che si cimenta con la realtà immediata.

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 perpetuasi 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 ⁵.

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 operazionale 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 patogene, con conseguenti rischi di destabilizzare di 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" (Borgogno, 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 Garcìa 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 ⁷.

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" ⁸. Analizzando questa casistica abbiamo rilevato, quale tratto comune, l'esistenza di un disagio significativo degli utenti in relazione al modo di reagire

^{6.} L'assunzione del ruolo di malato è infatti condizione necessaria e indispensabile per la *compliance* terapeutica e farmacologica, ma va superata o quanto meno integrata con nuove e più complesse dimensioni esistenziali, sopratutto nel momento in cui si chiede al paziente un passaggio evolutivo relazionale, movimento questo di difficile gestione anche per il sistema curante perché costringe l'istituzione stessa a ripensare al paziente in una nuova e più complessa prospettiva.

^{7.} Consideriamo utile riferirci alla psicosi come "la permanenza nella mente di qualcuno della presenza di qualcun altro" (Narracci, 2011) in un interscambio rigido e inattuale.

^{8.} Per esempio, a causa delle pregresse difficoltà di separazione del paziente in questi momenti si possono attivare delle vere e proprie angosce di disgregazione.

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 gruppale multifamiliare per i familiari dei pazienti che afferiscono al nostro Servizio. Il nostro in-

tento 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, giovarsi 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 familiari 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" (Badaracco, 2000: 2-4). 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 patogene indotte dalle situazioni traumatiche" (Ibidem, 1999: 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 9.

di Jorge Garcìa 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 gruppale si costituisce così come una sorta di "mente ampliata" (Badaracco, 2000) 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

^{9.} In un certo senso la psicosi può esser considerata la permanenza nella mente di qualcuno della presenza di qualcun altro inun interscambio rigido e inattuale.

Questo sviluppo avviene tramite una regressione operativa, che permette al paziente di riportare alla luce alcuni degli aspetti infantili sani (García Badaracco chiama questi aspetti "*la virtualidad sana*". Essi sono in larga parte corrispondenti al "Vero Sé" di Winnicott).

^{10.} In tal senso molto efficace risulta nel dispositivo Multifamiliare il manifestarsi del fenomeno del rispecchiamento reciproco descritto da G. J. Badaracco, i fenomeni trasferali cioè risultano diffusi a tutti i componenti del gruppo e la potenza evocativa risulta maggiore quando il discorso di un utente o di un genitore coinvolge un "pari", piuttosto che la raffinata spiegazione di un "esperto".

proposti dalle "famiglie" stesse. Una nuova conoscenza condivisa si forma così nello spazio di discussione tra i partecipanti al dialogo, innescando processi circolari di risbecchiamento metaforico, la creazione di assonanze, e l'intersecarsi di transfert multipli (Garcia Badaracco, 1990, 2000). 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: 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 gruppale 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* (Garcìa Badaracco, 1990, 2000, 2011; Francesca Viola Borgogno, 2007, 2009, 2011, 2014).

"Crediamo, per concludere, che solo tale modalità di intervento possa creare le condizioni per interrompere quel processo schizogenetico complementare (controllore\controllato, attore\s\perso\

^{11.} Secondo García Badaracco i familiari stanno mettendo alla prova la possibilità futura di un trattamento e di una cura per loro stessi attraverso il trattamento del malato. È per questo che continuamente sferrano dei potenti attacchi al terapeuta, impedendo o rallentando il processo terapeutico, ed è per questo che il terapeuta o l'équipe deve prendere in carico tutta la famiglia. Vorremmo inoltre far notare nuovamente come García Badaracco sia vicino alle idee di Pichon-Rivière (2). Quest'autore infatti sosteneva che la malattia mentale era il risultato di un gruppo malato (10). Per esempio, a causa delle pregresse difficoltà di separazione del paziente in questi momenti si possono attivare delle vere e proprie angosce di disgregazione.

BIBLIOGRAFIA

- Borgogno F.V., Intervista all'autore Jorge García Badaracco, in Rivista Interazioni. I-2007/27, Franco Angeli, Roma, 2007: 103-116.
- 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: 127–154.
- 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., II Convegno Mondiale Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare svoltosi a Buenos Aires dal 22 al 25 Novembre 2013. Interazioni, 2013;2: 115–118.
- Borgogno F. V., Butti A., Gambera C., Cristina, E., Gruppi aperti di sostegno relazionale sul disagio contemporaneo.
 Psichiatria/Formazione, 2014; XXII (1-2): 21-30.
- García Badaracco J., Comunidad terapéutica psicoánaliticade estructura multifamiliar, Editorial Tecnipublicaciones S.A., 1990 [trad. it. La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare, FrancoAngeli Editore, Milano, 1997
- 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: 72–86.
- 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. Garcìa Badaracco J., Narracci A., *La psicoanalisi*multifamiliare in Italia. Antigone Edizione, Torino, 2011.
- Pichon-Rivière E., El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Nueva Vision SAIC, Buenos Aires, 1971.
- Tranchina P., Il segreto delle pallottole d'argento. Centro Documentazione Pistoia, Pistoia, 1984.

12. Winnicott D. W., The Concept of The False Self, in Home Is where We start From. Essay by a Psychoanalyst. Penguin, London, 1964 [trad. it. Dal luogo alle origini, Cortina, Milano, 1990].

Utilizzo della Cannabis

Stato dell'arte su un campione di soggetti afferenti all'area metropolitana milanese

Cucchi M.*, Migliarese G.**, Ali S.*, Cerveri G.**, Clerici M.***, Mencacci C.**

RIASSUNTO

Abbiamo analizzato su una popolazione di 373 Milanesi (198 F e 175 M) mediante questionario on line, tre aspetti attinenti alla cannabis: le conoscenze, l'utilizzo, l'opinione circa la legalizzazione.

Il 73% dei soggetti hanno dichiarato di avere fatto uso di cannabis long life: il 18% ha inoltre riferito assunzione nell'ultimo mese. Utilizzatori intensivi di cannabis riferiscono tra le cause legate all'utilizzo della sostanza motivazioni caratterizzate dalla presenza di una componente "emotiva" significativa (riduzione dei pensieri negativi, rilassamento). Questo dato appare significativo e dovrebbe essere approfondito in quanto potrebbe segnalare soggetti che utilizzano la cannabis a scopo terapeutico per la possibile presenza di sottostante sintomatologia di tipo psichico (es. ansia, irrequietezza).

Il 18% dei soggetti del nostro campione riferisce uso long-life di altre sostanze (escluso l'alcol): di questi soggetti la quasi totalità (98%) associa l'uso di queste sostanze alla cannabis.

Il 21,72% del campione (81 soggetti) pensa che la cannabis non abbia effetti dannosi sul sistema nervoso centrale (SNC) a breve e lungo termine. Questa convinzione appare maggiormente frequente negli utilizzatori intensivi (Chi–Quadro 14,2; p= 0,0079). Questi dati suggeriscono come sia necessaria e fondamentale una politica di corretta informazione sugli effetti di questa sostanza, in larga parte misconosciuti.

Il 73,35% del campione (261 soggetti) è favorevole alla legalizzazione; solo una minoranza del campione (il

25,68% - 95 soggetti) pensa che legalizzare la cannabis ne diminuirebbe l'utilizzo, mentre il 48,66% (182 soggetti) pensa che la legalizzazione diminuirebbe gli effetti negativi sulla salute.

INTRODUZIONE

Sebbene gli effetti negativi sulla salute psichica legati all'esposizione alla cannabis, in particolar modo in soggetti che non hanno ancora terminato il processo maturativo cerebrale, siano ormai ben noti, dati epidemiologici mostrano che nel corso degli ultimi anni vi è stato un incremento significativo dell'utilizzo, soprattutto in alcune fasce d'età specifiche, quali la popolazione giovanile. In Italia il tema appare molto sentito sia in ambienti specialistici sia in ambito divulgativo. Il dibattito in corso sulla legalizzazione della cannabis è molto complesso e include, oltre ad aspetti clinici, importanti aspetti di politica sanitaria. Le esperienze di altri Paesi appaiono parzialmente discordanti per quanto riguarda questi ultimi, nonostante ormai siano ben noti in ambito specialistico gli effetti dell'esposizione alla cannabis sul SNC. L'uso della cannabis ha caratteristiche peculiari, sia biologiche che comportamentali, diverse dalle altre sostanze d'abuso, che in pochi conoscono. Il Centro Medico Santagostino, in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano, ha condotto un'indagine su una popolazione di Milanesi per valutare quanto essi conoscano effettivamente le caratteristiche di questa sostanza di abuso, quanto la utilizzino e cosa pensino circa la sua legalizzazione/decriminalizzazione.

MATERIALI E METODI

Un team dipsichiatri e psicologi del Dipartimento Mente e Cervello Centro Medico Santagostino e del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano, ha realizzato un <u>questionario</u> che ha lo scopo di indagare a livello preliminare:

- le conoscenze circa le caratteristiche di uso/abuso della

cannabis, i suoi effetti e i rischi connessi alla salute;

- l'utilizzo attuale e pregresso della sostanza;
- l'opinione circa la sua legalizzazione.

Il questionario è composto da 29 domande, 3 su aspetti epidemiologico—demografici, 9 mirati ala valutazione della conoscenza circa gli effetti della cannabis, 8 circa il parere in merito alla legalizzazione/decriminalizzazione della cannabis, 11 circa l'utilizzo attuale e pregresso della sostanza.

Il campione è stato raccolto mediante contatti via e-mail e social network facenti riferimento al Centro Medico Santagostino, con richiesta di partecipazione volontaria e anonima; il campione è stato raccolto nel periodo di Ottobre–Novembre 2016.

Il dati sono stati analizzati mediante software Excel con analisi statistiche non parametriche (Tabelle di frequenza e Chi-Quadrato).

RISULTATI

Caratteristiche demografiche del campione

Il campione (*Tabella 1*) è risultato costituito da 373 soggetti (175/198 M/F, età media 35 anni, range 15–70). La scolarizzazione è risultata medio-elevata rispetto alla popolazione generale (Tabella 2), con un 38,9 % di laureati e un 33 % di diplomi post laurea.

Ricerca informazioni sulla cannabis.

Il 68% dichiara di aver ricercato informazioni sulla cannabis. Nel campione solo l' 1% ha avuto accesso ad informazioni in TV mentre ben il 29,5 % ha fatto riferimento a ricerche in rete (Internet) (*Tabella 3*).

Frequenza dell'utilizzo.

Le *Tabelle 4, 5 e 6* riassumono i dati circa l'utilizzo della cannabis: temporalità, frequenza, contesto, motivazione, utilizzo di altre sostanze psicotrope di abuso.

Tabella 1			
Fasce di Età	Femmina	Maschio	Importo totale
<20	2		2
>70	2		2
20-25	23	22	45
25-30	20	27	47
30-40	74	48	122
40-50	52	51	103
50-60	15	21	36
60-70	10	6	16
Importo totale	198	175	373

Tabella 2						
Titolo di studio	Femmina	Maschio	Importo totale			
Laurea	79	66	145 (38,9%)			
Licenza media o inferiore	6	7	13 (3,5%)			
Maturità	46	46	92 (24,5%)			
Titolo post laurea	67	56	123 (33%)			
Importo totale	198	175	373			

Tabella 3 – Su quale canale hai cercato informazioni sulla cannabis?

	Totale
Altro	6 (2,3%)
Amici	12 (4,60%)
Internet	77 (29,5 %)
Libri	18 (6,9%)
Medici	5 (1,9%)
Più di una delle precedenti	142 (54,4%)
Tv	1 (0,4%)
Importo totale	261

Tabella 4 – Con che frequenza la utilizzi/utilizzavi?									
	Totale								
L'ho provata solo una volta (o poche volte)	76 (29,7%)								
Meno di una volta al mese	52 (19%)								
Utilizzata solo saltuariamente (provata talvolta)	16 (5,9%)								
Più di una volta a settimana	32 (11,7%)								
Più di una volta al mese	28 (10,2%)								
Tutti i giorni, più di una volta al giorno	14 (5,1 %)								
Tutti i giorni, una volta al giorno	17 (6,2 %)								
Una volta a settimana	18 (6,6%)								
Una volta al mese	21 (7,7%)								
Importo totale	274								

Tabella 5 – Per quale motivo la utilizzavi?									
	Totale								
Altro	24 (9,2%)								
Per distogliere l'attenzione da pensieri negativi o preoccupazioni	7 (2,7%)								
Per non sentire dolore	2 (0,8%)								
Per puro piacere	126 (48,3 %)								
Per rilassarmi	47 (18,0%)								
Per stare in gruppo	55 (21,1%)								
Importo totale	261								

Il 73,4 % (274 soggetti) dichiara di aver fatto uso di cannabis long life, di cui il 53% iniziato fra i 15 e i 20 anni; il 22% più di una volta a settimana (*Tabella 4*). La stragrande maggioranza con amici, nel 50% dei casi per piacere e nel 18% per rilassarsi.

Il 18% riferisce di aver utilizzato cannabis nell'ultimo mese.

In *Tabella 5* sono descritti i motivi dell'utilizzo, in cui dominano il puro piacere (48,3%), lo stare in gruppo

(21,1%) e il rilassarsi (18%). In *Tabella 5.1* si vede come la distribuzione delle motivazioni sia diversa fra utilizzatori ad alta e bassa intensità, con i primi maggiormente caratterizzati da utilizzo "Per rilassarsi", "Per distogliere l'attenzione da pensieri negativi", mentre è più frequente la motivazione "Per stare in gruppo" negli utilizzatori a bassa intensità (Chi–Quadro 52,88, P< di 0,000).

L'18% del campione (66 soggetti) ha utilizzato long life anche altre sostanze di abuso. Chi ha usato altre sostanze (10% della popolazione) ha anche usato la cannabis (65 soggetti, 98%, vedi *Tabella 6*).

Conoscenza degli effetti da utilizzo.

In *Tabella 7* sono riassunti i dati circa le conoscenze in merito agli effetti della cannabis:

- 12% circa di soggetti che dichiara di non sapere con esattezza come rispondere
- il 21,72% (81 soggetti) pensa che la cannabis non abbia effetti dannosi sul SNC;
- il 45,04 % (168 soggetti) pensa che cannabis e marijuana non siano la stessa cosa;
- il 25,74 % (96 soggetti) pensa che la cannabis non abbia effetti long-lasting sul SNC;
- il 34,06 (127 soggetti) riferisce che la cannabis non può causare una sintomatologia astinenziale.
- il 7,7% (29 soggetti) pensa che la cannabis procuri più danni alla persona rispetto all'alcool.

La distribuzione delle risposte nel campione varia in base al sesso: le donne mosrano risposte positive in percentuale maggiore rispetto agli uomini sia in merito alla presenza di una sindrome da astinenza (Chi-Quadro 7,1, p=0,019) che riguardo al maggior danno della cannabis rispetto all'alcool

La convinzione che la cannabis non causi effetti negativi sul SNC risulta più frequente in chi utilizza la sostanza rispetto a chi non la utilizza (11,8 % vs 26,1%;

Tabella 5.1													
	Altro	Per distogliere l'attenzione da pensieri negativi	Per non sentire dolore	Per piacere	Per rilassarmi	Per stare in gruppo	Totale						
Utilizzatori intensivi	3	5	1	54	31	1	95						
Utilizzatori a bassa intensità	20	2	1	67	13	41	144						
Totale	23	7	2	121	44	42	239						
Chi-Quadrato							52,88						
Р							3,554E-10						

Chi-Quadro 19,5; p=0,006); per gli utilizzatori intensivi (almeno una volta a settimana) questa convinzione è più frequente (il 19,4% vs 36,1%; Chi-Quadro 14,2; p=0,0079).

Pensiero rispetto alla legalizzazione/decriminalizzazione

In *Tabella 10* sono riportati i dati circa l'opinione in merito alla legalizzazione della cannabis.

Il 73,35% del campione (261 soggetti) è favorevole alla legalizzazione, senza che emergano differenze statisticamente significative per quanto riguarda la distribuzione delle risposte in base all'età. Emerge invece una differenza significativa rispetto al sesso: soggetti di sesso femminile si mostrano significativamentemeno predisposti alla legalizzazione (42 F vs 19 M, ovvero il 21% vs il 10%).

Il 25,68% (95 soggetti) pensa che legalizzare la cannabis ne diminuirebbe l'utilizzo; il 48,66% (182 soggett), pensa che legalizzarla ne diminuirebbe gli effetti negativi sulla salute.

DISCUSSIONE

Il primo dato che ci sembra utile sottolineare è che il 68% dichiara di aver cercato informazioni circa la cannabis, di cui ben il 30% lo fa esclusivamente mediante internet.

Questa percentuale si alza al 39% se analizziamo il comportamento della popolazione under 30. I piani formativi e informativi circa l'utilizzo e la prevenzione dei problemi connessi all'abuso di cannabis, dovrebbero quindi essere pensati oggi tenendo in considerazione internet come il canale principale da utilizzare per raggiungere alcuni tipi di utenza che, verosimilmente, potrebbe anche essere l'utenza a maggior rischio (giovani). Pressoché nullo è il ruolo del medico (1,92%) che non viene sostanzialmente mai contattato. Potrebbero avere un ruolo la logistica, lo stigma, la non percezione del problema dell'uso della cannabis quale problema medico-sanitario. La letteratura (Nagler RH, 2012) riporta come sia fondamentale personalizzare il canale di comunicazione per interventi di prevenzione dell'utilizzo di sostanze di abuso, oltre che la tipologia di messaggio che viene veicolato. Recentemente (Civljak M, 2010) è stata validata l'efficacia di interventi internet circa la riduzione del fumo di sigaretta. Ci sono prime evidenze (Champion K.E. 2013) circa l'efficacia di programmi di prevenzione supportati da internet in aggiunta a interventi standard nelle scuole.

Il secondo dato rilevante è che nel nostro campione, fatto di giovani e di elevata istruzione, ben *il 73% ha pro-*

Tabella 6											
Conteggio di Hai mai fatto uso di cannabis?	Utilizzo di altre sostanze di abuso										
	No	Sì	Solo in passato	Non risponde	Totale						
No	88	1		22	111						
Sì	195	40	25	1	262						
Totale	283	41	25	23	373						

Tabella 7																				
	L'uso della cannabis può avere effetti dannosi sul cervello Tot			Marijuana e cannabis sono la stessa cosa? Tot			Secondo te produce più danni alla persona l'alcol o la cannabis? Tot			Secondo te la cannabis può produrre effetti negativi duraturi Tot			Secondo te esiste la sindrome di astinenza da cannabis		Tot					
	No	Non so	Sì		No	Non so	Sì		No	Non so	Sì		No	Non so	Sì		No	Non so	Sì	
Femmine	33	23	141	197	91	26	80	197	148	31	19	198	41	40	116	197	55	23	119	197
Maschi	48	20	106	174	77	17	81	175	152	13	10	175	55	33	87	175	72	23	80	175
Totale	81	43	247	371	168	43	161	372	300	44	29	373	96	73	203	372	127	46	199	372
Totale %	21,72	11,53	66,22		45,04	11,53	43,16		80,43	11,80	7,77		25,74	19,57	54,42		34,05	12,33	53,35	
Chi-quadro 0,1061			0,1902 0,1					0,1061	0,1517				7 0,0394							

vato la sostanza almeno una volta nella vita e il 18% l'ha utilizzata nell'ultimo mese. Queste percentuali sono più elevate delle <u>ultime analisi disponibili</u> su un campione Nazionale (GPS-Italia, 2014) e rappresentativo della effettiva popolazione generale, che riportano un 22% di utilizzo long life e il 5,2% nell'ultimo mese (dati del 2014). Questa discrepanza può essere dovuta al metodo di reclutamento del campione, volontario e quindi potenzialmente interessato all'argomento magari perchè utilizzatore e sensibile alla problematica, alle caratteristiche epidemiologiche (giovane età, tipologia sociale), piuttosto che all'essere Milanese. Ulteriori potranno chiarire il senso clinico di questi numeri.

Il terzo dato interessante da discutere è la motivazione dell'utilizzo, dove colpisce il 18% "Per Rilassarsi". È ben noto che sussista una dinamica socializzante e di appartenenza–inclusione gruppale (21,1 %), così come che l'utilizzo sia per piacere, esattamente come ci si può

aspettare da una sostanza voluttuaria; un utilizzo però al fine di ottenere un rilassamento, quindi un preciso stato emotivo, fa ipotizzare un utilizzo "auto-curativo". Questa è una motivazione che potenzialmente conduce all'utilizzo patologico della sostanza, dove l'abuso diventa una necessità emotiva (Grant 2005; Scherrer 2009). Le motivazioni "Per rilassarsi"e "Per distogliere l'attenzione da pensieri negativi", sono statisticamente più frequenti negli utilizzatori ad alta intensità, suggerendo che questo possa essere un utlizzo da considerare con cautela risbetto alle potenziali implicazioni cliniche. La motivazione per rilassarsi, oltre che essere correlata ad un utilizzo patologico secondo i dati di letteratura (Grant, 2005), è implicata anche nella correlazione fra abuso di cannabis e sindromi affettive, sempre basandosi sul meccanismo della ricompensa, sfruttando il principio dell'auto cura (Iversen, 2003).

Il 17% del campione che ha utilizzato altre sostanze

Tabella 8 – Ha effetti sul cervello?						
Utilizzo di cannabis	No	Non so	Sì	Totale		
No	13	1 <i>7</i>	80	110		
Sì	68	26	166	260		
Totale	81	43	246	370		
Chi-Quadrato				0,006244289		

Tabella 9 – Ha effetti sul cervello?						
Utilizzo frequente	No	Non so	Sì	Totale		
No	32	18	115	165		
Sì	39	11	58	108		
Totale	71	29	173	273		
Chi-Quadrato				0,007902791		

Tabella 10	0									
		Legalizzare?			Legalizzare ne diminuirebbe l'utilizzo?			Legalizzare ne diminuirebbe i danni?		
		No	Non so	Sì	No	Non so	Sì	No	Non so	Sì
Under 30	Femmine	6	6	33	21	6	18	18	5	24
Officer 30	Maschi	5	5	39	24	10	14	17	6	26
Over 30	Femmine	36	23	92	80	33	38	66	18	68
Over 30	Maschi	14	15	97	72	29	25	48	14	64
•	uadrato vs Over			2,63			5,13			0,68
I	Р			0,27			0,08			0,71
•	uadrato s M			9,63			1,87			1,12
I	Р			0,01			0,39			0,57

di abuso ha anche utilizzato cannabis. L'utilizzo di altre sostanze senza utilizzo di cannabis è meno del 2%; *chi usa sostanze da abuso utilizza sicuramente anche la cannabis.* Studi (Lynskey MT, 2003) sui meccanismi recettoriali alla base dell'utilizzo di queste sostanze, suggeriscono come un abuso di cannabis renda più facile l'abuso anche di cocaina. La tipologia di raccolta dei dati raccolti però non permette un'analisi utile a una verifica in tal senso.

Sono molte le persone che pensano che la cannabis non abbia effetti dannosi sul cervello, (81/372; 21,72%); per la maggioranza sono persone che la utilizzano/utilizzavano e lo fanno/facevano in modo intensivo (107/152 e chi la uti-

lizza/utilizzava intensamente è statisticamente più facile che ne sia convinto. Sembrerebbe quindi fondamentale diffondere informazioni che permettano un utilizzo consapevole della sostanza che, nelle persone informate, è minore e ha caratteristiche di minore problematicità (minor frequenza). Questo dato però si scontra con alcuni recenti studi (Champion, 2016; Newton, 2009 e 2010) che hanno verificato come programmi di formazione su giovani adulti producano solo parzialmente, a fronte di un effettivo aumento delle conoscenze, una riduzione dell'utilizzo della sostanza. Il pattern di cambiamento dei comportamenti a seguito di programmi formativi è diverso da sostanza a sostanza, per esempio nel caso

dell'alcool il cambiamento è più efficace e duraturo, nel caso della cannabis meno efficace e perde di significato dopo 12 mesi. I conoscenza della sostanza del nostro campione non deriva da un programma formativo ad hoc, ma verosimilmente da formazione e informazione spontanea. Questo potrebbe voler dire che le motivazioni con cui le persone partecipano, le modalità e le logiche pratiche dei programmi di informazione e prevenzione potrebbero incidere significativamente sul risultato finale; ulteriori studi potranno chiarire questi aspetti.

Il 73,35% del campione (261 soggetti) è favorevole alla legalizzazione; il 25,68% (95 soggetti) pensa legalizzare la cannabis ne diminuirebbe l'utilizzo e il 48,66% (182 soggetti) pensa che legalizzarla ne diminuirebbe gli effetti negativi sulla salute. Queste considerazioni sono ottimistiche se confrontate con i dati provenienti dai principali studi effettuati sulle esperienze a riguardo della decriminalizzazione e della legalizzazione, dove emerge che ci può essere un lieve aumento di utilizzo soprattutto fra i più giovani dopo la legalizzazione ma che di fatto non ci sono un aumento o una diminuzione di effetti negativi da utilizzo della sostanza.

Fra i limiti dello studio va considerato i bias di selezione del campione che non è pienamente rappresentativo della popolazione generale, sia per parametri anagrafici (età media 35 anni) sia per scolarità, molto elevata. Queste caratteristiche possono essere legate al metodo di contatto del campione, (e-mail e social network —facebook).

BIBLIOGRAFIA

- Nagler R.H., Puleo E., Sprunck-Harrild K., Emmons K.M., Internet use among childhood and young adult cancer survivors who smoke: implications for cessation interventions. Cancer Causes Control, 2012 Apr;23(4):647-52. doi: 10.1007/s10552-012-9926-9. Epub 2012 Feb 28.
- Civljak M., Sheikh A., Stead L.F., Car J., Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev,2010 Sep 8;(9):CD007078. doi:10.1002/14651858.
 CD007078.pub3.
- Champion K.E., Newton N.C., Barrett E.L., Teesson M.,
 A systematic review of school-based alcohol and other drug
 prevention programs facilitated by computers or the Internet.
 Drug alcohol Rev, 2013;32:115-123.
- 4. SPS-DPA 2013/2014, Indagine sul consumo di sostanze psicotrope e gioco d'azzardo e sui fattori di rischio per l'assunzione di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni.
- 5. GPS-ITA 2014, Indagine sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione generale 18-64 anni e gioco d'azzardo nella popolazione 18-79 anni. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Politiche Antidroga.
- 6. Grant J.D., Scherrer J.F., Lyons M.J., Tsuang M., True W.R., Bucholz K.K., Subjective reactions to cocaine and marijuana are associated with abuse and dependence. Addict Behav, 2005 Sep;30(8):1574–86.
- 7. Scherrer J.F., Grant J.D., Duncan A.E., Sartor C.E., Haber J.R., Jacob T., Bucholz K.K., Subjective effects to cannabis are associated with use, abuse and dependence after adjusting for genetic and environmental influences. Drug Alcohol Depend, 2009 Nov 1;105(1-2):76-82. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.06.014. Epub 2009 Jul 22.
- 8. Iversen L., *Cannabis and the brain*. Brain, 2003 Jun;126(Pt 6):1252-70.
- Lynskey M.T., Heath A.C., Bucholz K.K., Slutske W.S., Madden P.A., Nelson E.C., Statham D.J., Martin N.G., Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. JAMA, 2003 Jan 22-29; 289(4):427-33.

^{*} Centro Medico Sant'Agostino Dipartimento Mente e Cervello

^{**} Dipartimento Salute Mentale ASST Fatebenefratelli Sacco Milano

^{***} Università degli Studi Milano Bicocca

- 10. Champion K.E., Newton N.C., Stapinski L., Slade T., Barrett E.L., Teesson M., A cross-validation trial of an Internet-based prevention program for alcohol and cannabis: Preliminary results from a cluster randomised controlled trial. Aust N Z J Psychiatry, 2016 Jan; 50(1):64-73. doi: 10.1177/0004867415577435. Epub 2015 Mar 23.
- 11. Newton N.C., Teesson M., Vogl L.E., Andrews G., Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. Addiction, 2010 Apr;105(4):749–59. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02853.x. Epub 2010 Feb 9.
- 12. Newton N.C., Andrews G., Teesson M., Vogl L.E.,

 Delivering prevention for alcohol and cannabis using the

 Internet: a cluster randomised controlled trial. Prev Med,

 2009 Jun;48(6):579-84. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.04.009.

 Epub 2009 Apr 21.

La Comunità socio educativa residenziale (Co.s.e.r.) di Force e la Residenza Protetta di Comunanza

Il rapporto tra ospiti delle strutture e cittadinanza e le prime necessità emergenti dopo il sisma

T. Damiani ¹, S. Talamonti Rea ², A. Passalacqua ², V. Petrini ², C. Mazzaroni ², P. Giaccio ², S. Iachini ², M.C. Satulli ², M.G. Iachini ², C. Baldassarri ², V. Testa ², V. Valentini ², D. Gionni ², A. Addis ², R. Guidotti ², G. Picciotti ², V. Galié ², T. Acciaroli ², R. Alesiani ², D. Nicolai ², C. Caucci ³, D. Travaglini ⁴, A. Pucci ⁵, M. Gaspari ⁵

La Co.s.e.r. di Force, istituita nel 2011, ospita fin dall'inizio della sua attività 12 pazienti dell'Umea e del dipartimento di salute mentale dell'Area Vasta 5, Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto.

I dati anagrafici dei pazienti sono: 9 uomini e 3 donne, età minima 44 età massima 66, età media 59 anni. Fin dall'inizio del lavoro residenziale si sono evidenziate due tendenze: la stabilizzazione della patologia psichiatrica (tre ricoveri specialistici in cinque anni per circa quindi giorni complessivi di degenza) e la necessità di affrontare patologie organiche importanti (K vescicale con ricostruzione di neovescica, epatopatia cronica scompensata, k mammario, k uterino) con sequele impegnative.

La elevata età media dei pazienti può spiegare la ricorrenza di patologie gravi, ma resta un dato comunque da studiare (Rosenbaum, 2016). La esperienza comunitaria ha favorito la adesione continuativa ai diversi trattamenti specialistici senza episodi incongrui di rifiuto o interruzione delle cure (Rosenbaum, 2016 DOI).

Purtroppo si sono registrati anche due decessi, legati alla epatopatia cronica, da HCV in un caso e da etilismo cronico nel secondo caso, accompagnata a miocardiopatia alcolica.

La situazione clinica complessiva permette di osservare come solo due osbiti abbiano esclusivamente patologie di rilievo psichiatrico, mentre gli altri presentano sia disabilità fisica grave sia patologia di rilevanza psichiatrica. Per tre ospiti è necessaria una assistenza continuativa, come anche lo è stato per i due deceduti, a causa dell'alto indice di dipendenza e di accudimento fisico costante; la concomitanza di incontinenza sfinterica, paraplegia, demenza, disfagia progressiva con necessità di alimentazione semiliquida, richiedono una cura personale costante, anche per prevenire incongruenze confusive. La presenza di due medici di medicina generale si articola con più accessi settimanali e riveste una importanza basilare: hanno un rapporto di estrema confidenza con l'ospite, usufruiscono di un proprio ambulatorio e, a differenza del servizio psichiatrico, non hanno ruolo nel dislocamento del paziente dal proprio domicilio verso strutture alternative, e si cerca di non farli intervenire in eventuali emergenze psichiatriche, affidate ¹ fin dove possibile, al medico dell'emergenza insieme allo psichiatra, che assicura una presenza settimanale salvo evenienze intercorrenti che ne determino ulteriori accessi. La Coser garantisce la presenza di educatori ed operatori sanitari nell'orario 8-22 e dell'operatore sanitario nell'orario notturno, il servizio di assistenza domiciliare integrata dell'Area Vasta 5 garantisce la attività infermieristica. Le funzioni di cucina guardaroba e pulizia sono svolte da personale di una società terza che comunque hanno un ruolo quotidiano importante nella relazione con gli ospiti della struttura.

Il clima affettivo e familiare che si è consolidato ha permesso ad operatori ed utenti di attutire l'effetto gravemente depressivo delle gravi patologie in trattamento e

^{1.} Si tratta di una consuetudine stabilitasi tra DSM e MMG nello specifico dell'ATS 24 negli anni di lavoro comune nel territorio, al fine di conservare al medico di medicina generale un ruolo di continua accessibilità e piena fiducia

dei due lutti avvenuti nel mese di maggio ed ha motivato i pazienti ad una regolare effettuazione di visite e controlli. Dialogo e consultazioni costanti tra tutti gli operatori oltre al dialogo costante con tutti gli ospiti hanno caratterizzato il clima di questi anni (Appelbaum, 1983; "Little or no effort was made to ascertain, by talking with the patient, the factors underlying the refusal").

I due decessi consecutivi hanno avuto ripercussioni iniziali evidenti, gli altri ospiti conoscevano le condizioni critiche di entrambi, tuttavia il clima delle feste estive aveva permesso loro di archiviare il lutto. Gli eventi sismici maggiori, il persistente sciame sismico tuttora in corso dopo tre mesi fino allo sfollamento del 30 ottobre, hanno inevitabilmente riaperto quella ferita affettiva ed emotiva.

Nel corso di questi primi cinque anni di lavoro si è registrato il progressivo avvicinamento tra la popolazione di Force ospiti ed operatori, condiviso e favorito dalla amministrazione comunale fin dall'inizio, con il risultato che la integrazione ha portato un ospite ad organizzare ben tre mostre di propri lavori fotografici ², altri sono presenti al mercato settimanale con propri lavori per un autofinanziamento, ed un ulteriore ospite si impegna con la borsa lavoro in attività di manutenzione del verde pubblico comunale. Questa valenza "affettiva" importante e condivisa, dapprima all'interno della struttura e poi nell'ambito della vita della comunità, è stata ancor di maggior rilievo a fronte del decesso di due ospiti ed nella condizione di sfollati comune con molti cittadini.

RIFLESSIONI E CRITICITÀ

Il decesso ravvicinato di due ospiti, la paura e la incertezza determinati dagli eventi sismici e dallo sfollamento hanno determinato non solo lutto e sconforto ma anche l'ansia per il proprio personale destino, tutti hanno temuto di dover concludere la propria vita nella struttura, magari

a seguito di un crollo, ed si è riacceso l'ovvio pensiero del rientro al domicilio. La prima e maggiore spinta di ogni ospite di una struttura, è la speranza di rientrare a casa, come segno di guarigione ed affrancamento dalla propria condizione patologica. A maggior ragione ciò avviene quando non vi è una scelta volontaria di un percorso residenziale, ma la permanenza in struttura viene imposta al paziente, come è avvenuto per 11 dei 12 ospiti della Co.s.e.r. Tale obbligo inficia periodicamente la collaborazione ad un programma riabilitativo e residenziale manifestando opposizione e resistenza passiva, e lascia spazio a timori di abbandono e rassegnazione non indifferenti in specie quando viene a supporsi la impossibilità di rientrare al proprio domicilio, e questi timori rafforzano la idealizzazione del proprio passato in una enorme nostalgia, che copre realtà precedenti di abbandono sociale e crisi psicotiche ripetute, fatti del tutto scotomizzati.

La necessità per un servizio psichiatrico di dislocare e affidare il paziente ad una struttura, talora può quasi sovrapporsi con il desiderio di non considerare più la situazione considerata fallimentare, ingestibile, cronica e priva di ogni prospettiva. Anche la rivalutazione del paziente è vexata quaestio: di rado considera un termine a partire dal quale il paziente possa tornare in carico al DSM. La delega sembra assumere quasi un carattere permanente, ripetendo il pensiero che subentra al momento della dimissione da un reparto ospedaliero, dimissione di cui si chiede spesso una proroga quasi a voler rinviare la ripresa in carico.

Manca, nella valutazione complessiva che precede l'ingresso di un paziente nella Coser, quella del medico di medicina generale, fondamentale per preventivare il carico di lavoro assistenziale. Sarebbe auspicabile tale innovazione per migliorare la potenzialità messa in evidenza dal gruppo di lavoro della struttura in questi anni.

^{2.} L'ultima mostra fotografica si era conclusa la domenica precedente il sisma, in occasione della festa estiva

IL SISMA

Gli eventi sismici hanno determinato lesioni importanti della Coser culminate il 30 ottobre nella inagibilità della struttura come di molte altre abitazioni in Force. Sia la popolazione sfollata sia i ospiti della Coser sono alloggiati nella palestra comunale. Il disagio immediato della dislocazione, la perdita delle abitudini e degli spazi quotidiani, l'incertezza accentuate ad ogni notizia di case dichiarate inagibili portata dai nuovi sfollati: questo il clima emotivo per tutti gli sfollati (ospiti della struttura e cittadini), anche perché preceduto da una sensazione crescente di smarrimento e paura per il persistere dal 24 agosto delle scosse sismiche, culminate con quelle del 26 ottobre a sera (prima evacuazione temporanea per le due scosse violente succedutesi nell'arco di due ore) fino a quella di 6,5 magnitudo del 30 ottobre mattina 3. Solo la prontezza del personale presente la mattina del 30 ottobre ha evitato perdite umane tra i presenti nella Coser, come anche in occasione delle due evenienze maggiori del 24 agosto e del 26 ottobre non sono mai stati registrati episodi acuti di panico, allontanamenti o feriti.

La condivisione dello stesso spazio e della stessa condizione di grave emergenza con gli altri cittadini di Force ha rafforzato la solidarietà e la vicinanza reciproca sviluppatasi nel corso degli anni. Per anni al bar o al mercato o alla messa insieme, ospiti della struttura e cittadini, poi d'un tratto smarriti e sfollati tutti insieme di nuovo nella palestra comunale. La socializzazione con soccorritori e concittadini è alta; l'ospite fotografo professionista, si impegna a documentare i momenti della vita quotidiana e le lesioni degli edifici. Gli altri due pazienti che effettuano la borsa lavoro collaborano con la assistenza. La palestra è una grande casa per circa 100 persone, la socializzazione è congrua tanto

che nel momento della normalizzazione e del rientro nei propri domicili, auspicato da tutti, gli ospiti potrebbero avere l'effetto contrario a quello rilavato nei primi giorni, cioè il passaggio da una vita di comunità allargata ad una esperienza comunitaria più ristretta potrebbe determinare la sensazione di chiusura e isolamento ⁴.

LA RESIDENZA PROTETTA DI COMUNANZA

A luglio 2016 inizia a funzionare la residenza protetta "Don Rino Vallorani" di Comunanza. A fine agosto erano presenti cinque osbiti, cui si aggiunge ai primi di settembre un sesto proveniente da Isola San Biagio frazione di Montemonaco, perché aveva perso la casa per il sisma. La scossa del 30 ottobre fa sì che tre persone anziane vengano ospitate temporaneamente nella residenza protetta a seguito della perdita della casa al pari di un'altra paziente del DSM che ha anche perso la casa nel sisma. Il gruppo di ospiti accoglie tre "nonne" terremotate. I loro familiari e le badanti si alternano in alcuni orari per le necessità di accudimento. Questa accoglienza non si accompagna ad episodi di incongruenza psichiatrica, né a momenti di tensione o rifiuto da parte dei familiari delle persone anziane e segna una comunicazione solidale tra ospiti della nuova struttura e i cittadini del paese. Si tratta in questo caso di un fenomeno speculare a quello descritto a Force, dove la condivisione sociale precedente al sisma ha avuto la sua continuità nella condivisione del disagio per la perdita della casa, mentre a Comunanza i pazienti accolgono nella propria struttura le persone del paese che hanno perso la casa e ciò segna comunque una solidarietà importante tra operatori, cittadinanza, amministrazione ed ospiti.

^{3.} Force dista in linea d'aria da Amatrice circa 40 km e circa 24 km da Castelsantangelo sul Nera, è situata a 691 metri sul livello del mare ed aveva già subito danni il 24 agosto (crollo della torre del municipio)

^{4. 7} Questa riflessione è stata scritta prima del trasferimento temporaneo in un'ala della residenza Protetta di Comunanza, misura necessaria per la indisponibilità di edifici pubblici agibili a Force, dove lo stesso municipio è inagibile. Misura temporanea in attesa dell'auspicato rientro a Force degli ospiti e degli operatori della struttura.

CONCLUSIONE

Gli ospiti della Coser di Force dopo cinque anni trascorsi nel paese in un clima di condivisione solo brevemente descritto sopra, vivono tutta la loro nostalgia di Force ora che si trovano dislocati. Per la prima volta nella loro esperienza non sono "pazienti" ma ospiti, concittadini o compagni di lavoro, come nel caso dei due ospiti che effettuano la borsa lavoro. La stessa sensazione si avverte nella popolazione che non trova loro nella vita quotidiana al pari di altri sfollati. Si teme che possano essere almeno un centinaio le persone sfollate che non rientreranno a Force, che contava 1354 abitanti. In una piccola comunità si tratta di grandi cifre con valenza affettiva comunitaria importante. Se si considera l'investimento pluriennale di molti soggetti: popolazione, Amministrazione comunale, operatori, MMG, volontariato, parrocchia, DSM... la temporanea dislocazione della Coser diventa una grande perdita che si aggiunge alle altre perdite.

Nel momento in cui si assicura una soluzione abitativa per gli ospiti della Coser, utilizzando alcuni ambienti della residenza protetta di Comunanza, si pongono molte riflessioni. La prima è che l'impegno di operatori ed amministrazioni ha permesso di non disperdere il nucleo originario garantendo la loro relazione affettiva, ed anche il gruppo di operatori continua il proprio lavoro, la seconda è la necessità di garantire la borsa lavoro di uno degli ospiti, per permetterne la partecipazione alla vita sociale. Infine il rientro a Force è subordinata al reperimento di una idonea struttura. Probabilmente sarà il simbolo della ripresa per l'intero comune, al pari di molti altri simboli dei tanti comuni colpiti dai sismi del 2016.

Un lavoro riabilitativo condiviso con le amministrazioni e la popolazione offre al paziente psichiatrico la possibilità di avere un ruolo sociale che lo rende cittadino e non un peso sociale o assistenziale.

Si tratta forse di uno dei pochi casi in cui due strutture residenziali per ospiti con bisogni assistenziali e riabilitativi estremamente complessi condividono la situazione di emergenza drammatica determinata dal sisma con la cittadinanza fino ad essere addirittura di aiuto a persone sfollate.

- medico, Dipartimento salute mentale, Asur Marche, Area vasta 5
 Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto
- "Progetto salute", Co.s.e.r. di Force e Residenza Protetta Don Rino Vallorani Comunanza
- 3. "Progetto salute" fino ad ottobre 2016
- 4. Direttore sanitario Residenza Protetta Don Rino Vallorani, Comunanza
- 5. Medico di medicina generale

Bibliografia

- Rosenbaum L., Closing the Mortality Gap Mental Illness and Medical Care. N Engl J Med 2016; 375:1585-1589
 October 20, 2016 DOI: 10.1056/NEJMms1610125
- Rosenbaum L., Unlearning Our Helplessness Coexisting Serious Mental and Medical Illness. N Engl J Med 2016; 375:1690-1694, October 27, 2016 DOI: 10.1056/ NEJMms1610127
- 3. Appelbaum P.S., Roth L.H., Patients who refuse treatment in medical hospitals, JAMA 1983; 250: 1296-1301

Conseguenze psicologiche e sociali dei terremoti nell'Italia centrale

Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale XXIV della Regione Marche al primo novembre 2016

Tiberio Damiani 1

Il sisma attuale colpisce un'area particolarmente disagiata, con la popolazione ridotta e per di più anziana. Quattro eventi sismici dal 1979 ad oggi si susseguono in meno di quaranta anni nella medesima zona, la memoria resta racchiusa nell'arco di una o due generazioni, la ricostruzione sembra quasi un lavoro infinito destinato ad essere annientato come se fossimo in una tragedia greca: il protagonista oscuro nascosto ed imprevedibile è il terremoto che scuote la terra, il secondo attore, e finisce per colpire popolazioni e soccorritori che sono un coro dolente, sballottato e disperso dagli eventi, che ogni volta rialza la testa e riprende a tessere la propria esistenza fin quando una nuova tragedia si abbatterà.

Il danno psicologico è enorme: il numero delle vittime, l'ampiezza dell'area sconvolta, i danni materiali immensi e diffusi; la insicurezza determinata dallo sciame sismico è abituale ma le scosse di fine ottobre verificatesi quando "tutti iniziavano a sollevare la testa per guardare avanti e ricominciare" hanno un impatto psicologico ulteriore enorme. La frase posta tra le virgolette ricorre spesso ed è un segno marcato della insicurezza collettiva sviluppatasi.

Al di là della metafora è bene osservare gli eventi in termini generazionali.

La popolazione anziana vive nei centri storici o nelle frazioni, numerosissime per ogni comune, spesso i figli e i nipoti sono lontani, l'assistenza è assicurata dalle famiglie vicine o dalla badante non italiana nella maggior parte dei casi, il reddito delle persone anziane corrisponde alla condizione lavorativa precedente. Un fenomeno crescente è la

fuga delle badanti straniere dai luoghi del sisma, in questi giorni il loro panico ha come immediata conseguenza il maggior impegno delle famiglie e la maggior necessità di assistenza o dislocazione degli anziani, con tutta la loro fragilità fisica e psicologica.

La popolazione attiva si occupa della economia agricola montana basata su taglio della legna, raccolta e commercio di funghi tartufi miele e frutta, allevamento e trasformazione di carni e latte, turismo fatto da piccole strutture diffuse sul territorio, le industrie situate a Comunanza non hanno subito danni fortunatamente. L'economia agricola non può essere gestita da persone dislocate dal territorio per il carattere familiare ed artigianale, che si fonda su una fitta rete di scambi necessari per la trasformazione e la vendita dei prodotti. La rete di scambi commerciali, ancora una volta, non è gestibile senza la permanenza nel territorio e questo è un elemento sociale da considerare attentamente nella ricostruzione. Si parla di "attaccamento al territorio" raffigurandolo come fatto incomprensibile che andrebbe meglio tradotto. Infatti esiste il paesaggio da conservare perché contiene dei beni culturali unici che lo caratterizzano e ne descrivono la storia e lo sviluppo, basta pensare alle chiese affrescate dei tre comuni distrutti ad agosto, e a quelli distrutti o danneggiati ulteriormente a fine ottobre; esiste anche un paesaggio fatto dalle attività umane che, al pari della architettura, ne determina il valore culturale e storico con risvolti economici non indifferenti, basta pensare alla quantità di strutture ricettive colpite o distrutte, al loro reddito attuale e al tempo necessario per renderli di nuovo ricettivi.

Il vulnus psicologico diffuso si può immaginare pensando che la emigrazione dell'ultimo secolo dai paesi appenninici ha determinato legami culturali storici ed affettivi che si condensano nei mesi estivi, quando le persone si radunano, quando si torna ad ammirare la chiesa di Filetta ad Amatrice o a percorrere il sentiero della gola dell'Infernaccio a Montefortino, come in tutte le mille altre località colpite.

Il sisma di agosto che ha distrutto Amatrice, Accumoli ed Arquata è accaduto proprio durante il periodo della festa principale, una colpo alla schiena della popolazione, assimilabile, con tutte le dovute differenze, ad un attentato in occasione di una festa.

"La montagna infida che accoglie ma tradisce ed uccide" è una delle frasi che ricorrono.

La prima emergenza è quella fronteggiare il dolore acuto e lacerante di chi sopravvive con i sensi di colpa perché ha i propri cari sotto le macerie; questo lavoro immane vede in specie i soccorritori specializzati impegnati, quando sotto le macerie si individua un cadavere e vicino una persona ancora viva e la ragione regola la priorità degli interventi mentre i sopravvissuti possono avere opinioni discordi per motivi affettivi ben comprensibili. Questa esperienza emerge progressivamente non solo nei racconti dei soccorritori, il cui carico emotivo non è da trascurare, ma anche in quello dei sopravvissuti. A distanza di giorni c'è chi ancora non riconosce la perdita di un proprio caro, come se la propria storia non sia stata interrotta dal sisma, c'è chi guarda la propria casa tagliata in due, chiusa ormai, pensa che poteva rimanerci qualcuno dei familiari lì sotto ed ad ogni scossa quel timore irrazionale si ripete anche se la casa è inaccessibile; c'è chi guarda le macerie della abitazione del figlio che dovrà ora iniziare di nuovo un mutuo per riprendere, come fosse una staffetta generazionale segnata dai sismi ripetuti...

Una sofferenza diffusa ampia silenziosa che sfocia nella emergenza successiva. Il timore dell'abbandono del territorio: se la popolazione viene dislocata chi cura l'agricoltura e le produzioni artigianali? Se le macerie non vengono selezionate prima di partire che ne sarà delle pietre antiche che hanno distinto le case? se non si osservano i frammenti delle chiese come si potranno reintegrare gli affreschi? Come sarà la prossima stagione con il bed and breakfast con i clienti affezionati, se la casa non viene sistemata? Le stalle, il fieno, la raccolta del latte... E potremmo continuare con ulteriori esemplificazioni. Dubbi e timori crescenti di chi conosce il proprio territorio e le difficoltà che esistono nel governarlo nella conservazione e nella ricostruzione.

L'abbandono del territorio appenninico progredisce

da più di un secolo a seguito di catastrofi naturali e delle evoluzioni sociali e economiche, l'abbandono si localizza ora nelle comunità colpite. Le case nei centri nella miriade di frazioni e le case sparse, sono luogo di residenza per chi ci vive e lavora stabilmente, sono luogo del rientro periodico per figli e nipoti emigrati, quindi centro storico e frazioni hanno un valore proprio ed affettivo storico per le famiglie, sono un valore ambientale e storico che permette il turismo diffuso importante integrazione al reddito. La signora che fa da guida nelle chiese delle frazioni di Amatrice e ne conosce ogni angolo, lei con la sua comunità e le chiese hanno senso lì insieme e sono un patrimonio culturale storico ed umano non ripetibile e non rinunciabile.

Prima del sisma si poteva temere di contare in ogni frazione quante famiglie nel giro di dieci anni si sarebbero estinte perché figli e nipoti sarebbero emigrati a fondovalle dove ancora il lavoro resiste. Ora questo conto rischia di diventare realtà immediata.

Il danno psicologico è accentuato dal senso della incertezza determinato dalle ultime scosse e dallo sciame sismico intercorso tra agosto e ottobre. Un esempio per tutti è la necessità di rivalutare gli edifici pubblici e privati e la paura che ogni scossa induce negli abitanti.

Esistono due esigenze tecniche che non possono essere disgiunte: affrontare la emergenza e iniziare la ricostruzione. Aiutare e curare il dolore acuto delle persone è la parte iniziale che si accompagna al controllo e la messa in sicurezza degli edifici sono la parte tecnica necessaria per poter, allo stesso tempo, garantire la continuità delle attività economiche, della scuola, delle attività sanitarie, e garantire così la ricostruzione del territorio cioè la ricostruzione psicologica e sociale degli abitanti e delle comunità.

Ristoranti trattorie agriturismi attività ricettive e persino le strutture del Parco Nazionale dei Sibillini, tutto ciò che costituisce il reddito di famiglie e della comunità è nella condizione di emergenza. Più a lungo si attendono risposte e soluzioni, maggiore è la certezza che insorgano danni psicologici e sociali diffusi e gravi. Il sostegno psicologico quindi non può non avere riscontro concreto in azioni di

ricostruzione immediata e progressiva di infrastrutture e attività economiche.

La emergenza ulteriore è data dalla dimensione temporale della ricostruzione. La disperazione di chi vede crollare la propria casa è uguale, ma per un ottantenne i tempi e le esigenze psicologiche sono diversi da quelli di un trentenne: il primo spera di consegnare ai propri familiari una casa e non un cumulo di macerie avvolte nella promessa della ricostruzione, il secondo ha necessità di un lavoro immediato per riprendere la propria esistenza ed affrontare la ricostruzione.

Questi sono gli elementi del lavoro psicologico e sociale che accompagna da ora la ricognizione delle case e delle attività da ricostruire. Un lavoro psicologico che avrà successo insieme ad ogni casa ricostruita e ripopolata, insieme ad ogni attività riaperta. Un lavoro di ricostruzione necessario per evitare che il disagio si trasformi in malattia o disperazione, o lasci spazio alla distruzione ulteriore.

La decisione con cui verrà costruita una fabbrica nel comune di Arquata è un segno importante della ricostruzione necessaria.

DAL QUADRO GENERALE AL PARTICOLARE

L'Ambito sociale 24 è stato colpito fin dal 24 agosto in maniera grave, anche se non ci sono state vittime i danni materiali sono gravissimi.

È posto al confine di tre province, Ascoli Piceno Fermo e Macerata, ed è egualmente distante dai tre capoluoghi.

Le caratteristiche demografiche sociali ed economiche dell'Ambito vanno conosciute e rispettate. Le famiglie hanno una vita di relazione basata sul mutuo aiuto e sulla assistenza reciproca di vicinanza che garantiscono un equilibrio e un valore anche per le persone più deboli, per età e condizione, ben difficile da mantenere al di fuori del proprio territorio; ogni paese o frazione ha operai che possono collaborare nella ricostruzione, insieme con gli specialisti delle tecnologie antisismiche, ciò comporterà una crescita culturale e tecnica e allo stesso tempo la fedeltà nella ricostruzione architettonica. La cura collettiva delle

persone e dell'ambiente, sia per la salute sia per la economia sia per la architettura, hanno significato e valore secolare, e sono uno degli elementi da preservare, anche in termini di prevenzione generale, del dissesto sociale e psicologico e ambientale che potrebbe derivare dalla dislocazione o dalla lentezza nella ricostruzione.

La zona industriale di Comunanza non è stata colpita, ma sono state colpite le piccole aziende agricole del territorio, si stima che solo nel comune di Amandola siano ad oggi una sessantina quelle lesionate in maniera più o meno grave.

L'ospedale di Amandola è stato evacuato nella notte del 24 agosto come anche la annessa RSA, si tratta dell'edificio pubblico più importante ad oggi colpito dal sisma nella Regione Marche. L'ospedale è una istituzione secolare al servizio di una zona ben più ampia degli undici comuni dell'ATS 24, è un punto di riferimento per un bacino di più di 20.000 abitanti delle province di Ascoli Piceno Fermo e Macerata.

Ad esso ed ai suoi servizi specialistici ambulatoriali fanno riferimento quindi non solo gli abitanti ma anche le strutture sanitarie ed assistenziali che lo circondano: la Coser di Force che ospita 12 pazienti disabili psichici e fisici; la comunità agricola di Amandola che pur non avendo rapporto di convenzione con il SSN ospita pazienti con problematiche legate alla dipendenza; la Residenza Protetta Don Rino Vallorani di Comunanza; la Azienda socio sanitaria Mancinelli di Montelparo, specializzata nella residenzialità per pazienti autistici adulti, con annessa casa di riposo; la casa di riposo di Montalto delle Marche e la struttura assistenziale e sanitaria di San Ginesio.

Si tratta di una rete di strutture che, come l'ospedale, hanno un bacino di utenza molto più ampio dell'ATS 24 medesimo e quindi svolgono un lavoro integrato a rete, con importanti risvolti sia per la utenza che trova risposte adeguate a necessità specifiche sia per la occupazione specializzata che vi presta servizio. A riprova del ruolo delle strutture non limitato al territorio dell'ATS si può citare la Coser di Force che ha un solo ospite proveniente dallo

Tabella 1 – distribuz	zione dell	a popola	zione nei	Comuni	dell'Amb	oito territo	oriale 24
	Рор.	0–14 anni	15-64 anni	> 65 anni	V.P. 0-14	V.P. 15-64	V.P. > 65
AMANDOLA	3629	359	2313	957	9,9%	63,7%	26,4%
COMUNANZA	3166	414	2026	726	13,1%	64,0%	22,9%
FORCE	1354	146	855	353	10,8%	63,1%	26,1%
MONTEDINOVE	488	38	295	155	7,8%	60,5%	31,8%
MONTEFALCONE	424	38	255	131	9,0%	60,1%	30,9%
MONTEFORTINO	1178	122	739	317	10,4%	62,7%	26,9%
MONTELPARO	778	57	486	235	7,3%	62,5%	30,2%
MONTEMONACO	604	54	356	194	8,9%	58,9%	32,1%
ROTELLA	906	87	567	252	9,6%	62,6%	27,8%
S.VITTORIA	1330	122	852	356	9,2%	64,1%	26,8%
SMERILLO	365	31	226	108	8,5%	61,9%	29,6%
TOTALE	14222	1468	8970	3784	10,3%	63,1%	26,6%

stesso comprensorio, mentre tutti gli altri ospiti provengono da altri comprensori.

Lo stesso DSM che agisce nell'ATS 24 svolge circa un terzo del proprio lavoro per utenza residente fuori dallo stesso ATS. L'ospedale e gli specialisti che vi fanno servizio possono dare al paziente un senso di collaborazione quando lavorano in tempi ravvicinati e in comunicazione costante, come del resto avviene tra MMG e DSM nel distretto. A dimostrazione di questa collaborazione si può citare il fatto che l'ultimo TSO risale al 2012 e uno studio retrospettivo su 121 pazienti psicotici, per il periodo 1985-2014, ha messo in evidenza come 71 non siano mai stati ricoverati in SPDC. I dati sono in elaborazione al momento per una prossima pubblicazione

La chiusura dell'Ospedale di Amandola del 3 1 ottobre è il simbolo della chiusura dell'intero distretto, il simbolo di una distruzione non solo materiale ma anche culturale e lavorativa.

E con i termini "culturale e lavorativa" ultimo faccio riferimento a tre punti salienti: a quanti saranno dislocati dall'ospedale per svolgere altrove il proprio servizio; alla distruzione di un modello di integrazione lavorativa territorio-

ospedale che nello specifico del DSM ha comportato risultati ed esiti importanti; alla crescita della rete di strutture assistenziali e socio sanitarie, che secondo le attuali concezioni sono fondamentali per integrare in maniera adeguata il lavoro ospedaliero con strutture recettive per tutta la fascia di residenzialità protetta di lungo termine.

Dal punto di vista clinico, la emergenza emotiva acuta non vede acuzie psicopatologiche nei pazienti, ma ora insorge una insicu-

rezza grave in tutta la popolazione. A distanza di due mesi iniziano a venire alla luce le riflessioni più impegnative che non hanno nulla di emotivo. E in questo emergere delle riflessioni gioca un ruolo preciso quella esperienza generazionale ravvicinata dei sismi e delle loro conseguenze che dal 1979 toccano la medesima zona. Amarezza e consapevolezza delle difficoltà personali nella ripetuta tragedia, e anche incertezza grande che deriva dalla combinazione di fattori economici, anagrafici personali e familiari, di salute, affettivi ed anche storici ed esperienziali.

Prima di considerare la fase clinica è bene considerare l'humus sociale e storico in cui si ripete il sisma. Il disturbo post traumatico poi si fa strada e insieme con la depressione consapevole possono agire in maniera diffusa, quasi come una epidemia. Anche in questa condizione abbiamo un quadro clinico che risuona da vicino le epopee di una tragedia classica, come richiamato all'inizio.

Dipartimento di salute mentale, Asur Marche, Area Vasta 5 Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. tiberio_damiani@libero.it

Diagnosi e trattamento di un caso di psicosi puerperale con sintomi schizofrenici e mancato suicidio-infanticidio

Grecchi A. ¹, Beraldo S. ², Marzolini M. ², Mattavelli S. ³, Biffi G. ⁴

INTRODUZIONE

La psicosi puerperale (PP) è un'emergenza psichiatrica che spesso richiede ospedalizzazione e si caratterizza per la presenza di deliri, allucinazioni, insonnia, comportamenti bizzarri, fluttuazioni del tono dell'umore (depressione, mania, fasi miste), preoccupazioni ossessive o pseudo-ossessive per la salute del neonato e labilità emotiva (Heron, 2008; Sit, 2006) fino al suicidio (Appleby, 1998, Orsolini, 2016) e all'infanticidio (Spinelli, 2004; Bergink, 2014). In alcuni casi sono descritti sintomi cognitivi atipici quali disorientamento, confusione, perplessità, derealizzazione e depersonalizzazione (Bergink, 2014).

Ha una prevalenza stimata in 1–2 per 1000 nascite (Munk-Olsen, 2006; Kendell, 1987) e nella maggior parte dei casi esordisce nelle prime due settimane dal parto.

Tra le conseguenze negative della PP vi è l'interruzione precoce della relazione madre-bambino con possibili severe conseguenze nello sviluppo emozionale, cognitivo e comportamentale del neonato nel lungo periodo (Murray, 2010; Hipwell, 2010; Chandra, 2006; Hornstein, 2007). Le donne affette da PP sperimentano, rispetto a quelle affette da depressione post partum (DPP), meno difficoltà a stabilire una relazione sana con il figlio dopo le dimissioni ospedaliere (Noorlander, 2008).

Vi sono evidenze che suggeriscono una forte correlazione tra la PP e il disturbo bipolare (Brockington, 1996; Jones, 2001; Chaudron, 2003; Viguera, 2011) sebbene esista una bassa incidenza di episodi caratterizzati sintomi schizofreno-simili (Spinelli, 2009; Brockington, 1981).

I più importanti fattori di rischio per lo sviluppo di una PP sono un'anamnesi positiva personale o famigliare per disturbo bipolare o precedenti episodi di PP (Jones, 2007).

Sono state esaminate numerose complicanze ostetriche in relazione al rischio di sviluppo di PP (incluse complicazioni in gravidanza e durante il parto, taglio cesareo, sesso del bambino e periodo gestazionale) ma l'unica consistente evidenza di associazione è stata con la primiparietà (Di Florio, 2014; Bergink, 2011; Munk-Olsen, 2014; Blackmore, 2006; Valdimarsdottir, 2009).

Inoltre in contrasto con gli episodi di depressione post-partum non psicotici la nascita di un figlio non rappresenta un possibile fattore di stress per lo sviluppo di PP (Howard, 2014) né vi sono evidenze che eventi di vita stressanti rappresentino fattori di rischio per PP (Marks, 1992; Brockington, 1990; Dowlatshahi, 1990; McNeil, 1988) sebbene un partner supportivo possa essere considerato un fattore protettivo (Dowlatshahi, 1990).

Lo stesso ruolo degli ormoni come fattore di rischio (inclusi estrogeni, progesterone, prolattina, FSH, LH) ha dato evidenze solo circostanziali (Bloch, 2000) mentre la malattia tiroidea autoimmune è risultata essere prevalente in donne all'esordio per PP (19%) rispetto alla popolazione generale di donne nel post partum (5%) tanto da consigliare lo screening per gli anticorpi anti-TPO, il TSH e fT4 (Bergink, 2014).

Infine alcune evidenze recenti (Munk-Olsen, 2015) sembrano suggerire numerosi accessi dal proprio Medico di Medicina Generale nel periodo peripartuale.

CASO CLINICO

Una donna di 30aa, madre di 2 figlie di 6 anni e 6 mesi, di origine Nord Africana, in Italia da anni con permesso si soggiorno, veniva ricoverata per una crisi clastica dove aveva distrutto casa e defenestrato le due figlie tentando, subito dopo, lei stessa lo stesso gesto. Le figlie e la paziente venivano salvate dall'intervento delle forze dell'ordine.

All'ingresso in SPDC, dopo attivazione di un Trat-

tamento sanitario Obbligatorio, presentava un quadro clinico caratterizzato da blocco psicomotorio, oppositività all'apertura delle palpebre, incontattabilità ma risposta allo stimolo dolorifico.

Veniva trattata con lorazepam 4mg ev (via endovenosa) in 25 occ di fisiologica 3 volte al giorno e impostata terapia con cabergolina 0,5 mg per interrompere l'allattamento al seno. Si attivava il proptocollo per la prevenzione del rischio suicidario in SPDC del nostro ospedale.

Dopo la somministrazione di terapia, nel pomeriggio, risolto il blocco psicomotorio appariva accessibile al colloquio, vigile e adeguata verso l'interlocutore. Riferiva di attraversare un periodo di ansia, disforia e inquietudine con malessere persistente e espressioni somatoformi varie (cefalea, astenia, algie diffuse) tanto che si erano registrati plurimi accessi in PS nel puerperio senza refertazione di disturbo psichiatrici in atto.

Al colloquio, il malessere veniva collegato alla presenza a casa di due fratelli minori del marito che avrebbero alterato la tranquillità del nucleo famigliare portandola ad uno stato di esasperazione.

La sera aggrediva la compagna di stanza colpendola ripetutamente.

Si interveniva in urgenza con 10mg di aloperidolo e 8mg di lorazepam i.m. (Qtc 415 msec).

La mattina seguente emergeva interpretatività allarmata in senso psicotico oscillante nella durata e fluttuante nell'intensità così destrutturante da indurre una grave alterazione del giudizio e agiti discontrollati con intensa agitazione ed aggressività come accaduto nei confronti della codegente.

Si impostava terapia con aloperidolo 60mg/die e veniva effettuato controllo degli ormoni della gravidanza che risultava negativo.

Dal punto di vista anamnestico non si rilevavano pregressi disturbi psichiatrici né un'anamnesi famigliare positiva.

Laureata in legge nel Paese d'Origine, di religione cristiano coopta, come il marito, dopo il matrimonio non aveva proseguito a lavorare seguendo poi il marito già in Italia.

Dal marito e dai conoscenti veniva descritta come una donna attiva, presente nell'aiutare le altre persone della sua comunità, accudente con le figlie (entrambe allattate al seno), partecipativa alla vita della scuola d'infanzia e di carattere mite e generoso.

Dall'anamnesi emergevano una ipofertilità della coppia che dovette ricorrere a PMA per entrambe le gravidanze, la pressione della famiglia d'origine del marito affinchè generasse un figlio maschio, gravidanze avvenute con parto cesareo per complicanze ostetriche, l'arrivo recente in casa dei due fratelli del marito e il riscontro di ipotiroidismo per cui si era sospesa la terapia con levotiroxina due mesi circa prima dell'esordio sintomatologico.

In reparto emergeva ipotiroidismo subclinico su base autoimmune che si trattava con levotiroxina 5 omcg/die.

Sul piano psicopatologico è stato possibile ipotizzare le sequenze di transizione verso quella che appare a tutti gli effetti come psicosi puerperale con sintomi schizofreno-simili.

La paziente venne dimessa dalla ginecologia dopo 5 giorni dal parto cesareo che rappresenta la tempistica ordinaria di dimissione in assenza di complicanze. La figlia si era attaccata al seno della paziente e non erano stati osservati disturbi nell'interazione madre-bambino.

Rientrata a casa, dopo alcuni giorni, descriveva una condizione di verosimile tensione affettiva nel quale l'ambiente di casa iniziava ad assumere delle qualità fisiognomiche mai sperimentate in precedenza. Si imponevano anomale configurazioni percettive e l'attenzione cominciava a rivolgersi a stimoli, pensieri, connessioni irrilevanti, dalla qualità angosciante, incerta e imprevedibile.

Nello specifico la paziente iniziava a interpretare alcuni comportamenti della figlia maggiore, tra cui un maggiore attaccamento nei suoi riguardi, il non voler più essere accompagnata dagli zii paterni a scuola, come il segnale che qualche cosa di non chiaro stesse accadendo all'interno del nucleo famigliare e a temere che potes-

sero esserci intenzioni malevole da parte di uno degli zii nei confronti della figlia maggiore (non era possibile giudicare se vi fossero elementi di realtà all'interno di questo quadro percettivo comunque alterato).

Da questo emergeva la sensazione che qualcosa di importante, ma indicibile e minaccioso, potesse accadere ignorando come questo potesse essere connesso al proprio stato di tensione emotiva.

Tutto questo veniva raccontato in assenza di distacco critico. È in questa fase che descrive alcune condotte insensate se non alla luce di questi percetti alterati: inizia ad accompagnare la figlia maggiore a scuola e al rientro in casa si chiude a chiave in camera da letto con la neonata essendo il marito al lavoro e temendo il rientro dei di lui fratelli.

Questa fase pare durare alcuni giorni quando accade qualcosa che irrompe nella coscienza della paziente e che rivela quanto tutto ciò che le sta accadendo sia in relazione con lei e le sue figlie.

Questo qualcosa che ricorre spesso nelle descrizioni della paziente è un odore, che ella percepisce dove dormono i fratelli del marito, che determina in lei la certezza che si droghino, che spaccino droga, che portino a casa persone pericolose per la vita sua e delle figlie.

Questo percetto olfattivo, vissuto in modo ipersensorializzato e allucinatorio, è così potente da fissarsi nel pensiero in modo esageratamente stabile così da parassitare e paralizzarne il corretto funzionamento che perde i suoi caratteri di fluidità e ampiezza.

In questa fase gli elementi dapprima vissuti in qualche modo in termini comprensibili assumono un significato indubitabile tanto che diviene impossibile, in ogni situazione percepita dopo questa, mutare prospettiva.

In questo evolversi si osservano alterazioni del pensiero nei quali l'ideazione inizia a strutturarsi in chiave delirante organizzando su quella base le nuove esperienze.

I rumori avvertiti nel corso della notte sono il segno che i fratelli del marito rientrano tardi la notte portando all'interno della casa spacciatori e sostanze, il pianto notturno della figlia minore significa che anche lei avverte i rumori, il marito, che non la segue su questa linea, comincia a diventare un'entità da cui difendersi.

Iniziava allora a sperimentare manifestazioni somatiche come cefalee, algie diffuse fino a veri attacchi di panico con manifestazioni neurovegetative (tra cui anche sensazione di bolo) per cui fece alcuni accessi in PS.

Dalla stanza chiusa a chiave avvertiva persone che parlavano di lei, alludevano alle figlie denotando l'esordio di fenomeni allucinatori acustici e determinando un quadro di tipo paranoide.

L'incessante prodursi di questi fenomeni che si imponevano alla coscienza della paziente ha alimentato per mesi un clima di allarme che ha tentato di dissimulare riuscendoci fino a circa 2 mesi dopo il parto quando alcune anomalie sembravano essere state notate dal marito ma non interpretate in chiave di grave psicopatologia nascente.

Nei giorni precedenti all'agito le manifestazioni sono divenute più intense con l'irrompere di allucinazioni uditiva caratterizzate della voce di Dio che ne indirizzava gli atti a protezione delle figlie.

L'angoscia sembrava essersi fatta così più profonda, intrisa di perplessità, con la perdita totale della capacità di leggere la realtà, che il gesto poteva essere compreso nella forma di un eccitamento catatonico nel quale sono frequenti agiti disorganizzati vissuti come imposti dall'esterno e comandati da voci imperative.

Lei stessa descrive in questo modo ciò che accadde la sera del ricovero: dopo essere tornato a casa dal lavoro lei e il marito hanno cenato e guardato la televisione; dopo sono andati a dormire; il letto e l'allentamento della vigilanza rappresentano per lei un pericolo (temeva di poter essere uccisa nel sonno); all'improvviso sente dei rumori e la bimba inizia a piangere; chiede al marito di controllare la casa sempre più allarmata; alla risposta negativa del marito le risulta chiaro che anche lui è coinvolto nel clima di minaccia; lei si alza, ha la sensazione che circa 500 entità siano dentro casa, non le trova ma si

accorge che mentre lei controlla queste strisciano fuori dalla finestra per rientrare quando va a cercarle in un altro locale; con uno stratagemma allontana il marito da casa e poi lo colpisce con un bastone prima di chiudere la porta; una volta sola riceve una comunicazione da Dio che le dice di nascondere le figlie nella camera da letto, cosa che lei esegue; inizia a gettare oggetti dalla finestra sia per attirare l'attenzione che per eliminare possibili nascondigli dei persecutori; improvvisamente si rende conto che ci sono degli uomini nascosti nella stanza delle figlie; irrompe nella stanza e ormai senza possibilità di salvezza vede come unica soluzione la finestra da cui lancia le figlie e cerca di lanciarsi essa stessa bloccata dalle forze dell'ordine. In seguito riferirà di aver saputo dalla voce di Dio che degli angeli avrebbero protetto lei e le figlie dal salto dalla finestra.

All'eccitamento catatonico segue il blocco psicomotorio con cui accede in PS.

Nel corso del ricovero si è assistito ad una scarsa risposta farmacologica con aloperidolo anche ad alti dosaggi. Le voci erano sempre presenti ma le reazioni erano più controllate dalla "copertura" sedativa della terapia. Successivamente si impostava terapia con clozapina fino a 400mg/die poi ridotti a 200mg/die dopo esiti della clozapinemia richiesta (1021 ng/mL con valori massimi di 600ng/mL).

La nuova terapia assunta (clozapina e levotiroxina) aveva inciso sugli aspetti deliranti allucinatori e sui fenomeni motori anche se non si era ottenuto, nel corso del ricovero, una chiara critica rispetto alle manifestazioni comportamentali legate all'agito (che peraltro potrebbe non accadere mai completamente data l'intensità del vissuto psicopatologico in quel frangente).

Al termine di 56 giorni di ricovero ospedaliero è stato possibile porre una diagnosi di psicosi puerperale con sintomi schizofrenosimili.

Sono state escluse possibili forme organiche.

Alla dimissione dal SPDC vigile, lucida, orienta.

Adeguata nella relazione con i curanti. Assente ideazione persecutoria ma presenti voci a un carattere protettivo. A tratti queste vengono criticate o vissute come acufeni (termine da lei stessa utilizzato e compreso). L'umore appare in asse. Autentico sembra l'affetto nei confronti del marito e delle figlie. Permane difficoltà a confrontarsi emotivamente con il gesto.

La paziente veniva inviata, su disposizione dell'autorità giudiziaria, in una struttura riabilitativa (e non detentiva) per proseguire la convalescenza e iniziare a ristabilire un legame di attaccamento corretto con le figlie.

DISCUSSIONE

Dalla raccolta anamnestica nel corso della lunga degenza è stato possibile identificare il periodo di esordio sintomatologico tra le 2 e le 4 settimane dal parto come descritto in letteratura (Nonacs, 2000; Bergink, 2014) ed un'alta frequenza di contatti con i PS per disturbi della sfera somatica senza accedere a consultazioni psichiatriche. Da valutare se considerare questi eventi analoghi ai numerosi accessi dal Medico di Medicina Generale riportati in letteratura (Munk-Olsen, 2015).

Si sono evidenziati inoltre eventi di vita stressanti (es. fecondazione assistita) che però non sono correlati in modo robusto con lo sviluppo di PP (Orsolini, 2016; Jones, 2014). Il solo funzionamento tiroideo anomalo su base autoimmune rientra tra i fattori di rischio noti (Di Florio, 2014).

La presentazione in reparto della paziente caratterizzata da sintomi catatonici (dal blocco all'eccitamento fino a episodi di aggressività e violenza eterodirette) esorditi nel post partum è nota sebbene la sua presentazione sia poco frequente ma non rara come suggerito in passato (Jiun-Yang, 2004; Hanson, 1973). Indiretto indizio della presenza di una componente di tipo catatonico si può ritrovare sia nella risposta clinica alla somministrazione di lorazepam a 12 mg ben tollerati senza sedazione (Sienaert, 2014; Fink, 2006) così come dalla correzione dell'ipotiroidismo con levotoxina (Komori, 1997). L'i-

nizio stesso della terapia con benzodiazepine all'ingresso in reparto è suggerita (Bergink, 2014) dalla letteratura. La dimensione catatonica, poco riconosciuta nelle tassonomie attuali, renderebbe coerenti le manifestazioni cliniche riscontrate poco prima e durante le prime fasi del ricovero (Ven der Heijden, 2002).

Dal punto di vista diagnostico, oltre alla componente catatonica, è stato possibile verificare la presenza di un'attività delirante che ha compreso aspetti di riferimento e persecutori francamente bizzarri e allucinazioni acustiche compatibili con un orientamento diagnostico nello spettro schizofrenico (APA, 2013).

La letteratura non presenta chiare indicazioni sulle modalità di trattamento farmacologico delle PP. Alcuni autori (Doucet, 2011) hanno presentato una review dei trattamenti presenti in letteratura da dove emerge una buona risposta al trattamento con clozapina che è stata introdotta dopo la scarsa risposta presentata ad aloperidolo.

L'introduzione di clozapina ha mostrato un rapido miglioramento della componente acuta così da permettere le dimissioni ospedaliere per intraprendere un percorso comunitario riabilitativo.

Il ricovero non si è discostato dalla media di 40giorni ritrovata in letteratura per il miglioramento del quadro clinco (Bergink, 2014).

ASST-Santi Paolo e Carlo

Presidio Ospedaliero San Carlo Borromeo, Milano

- 1. Psichiatra
- 2. Psichiatra-Responsabile SPDC
- 3. Infermiere Professionale Caposala SPDC
- 4. Psichiatra- Direttore Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

BIBLIOGRAFIA

- Heron J., McGuinnes M., Robertson Blackmore E.,
 Craddok N., Jones I., Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. Br J Obstet Gynaecol 2008;115:348-353.
- 2. Sit D., Rothschild A.J., Wisner K.L., *A review of postpartum psychosis*. J Womens Health 2006;15:352–368.
- 3. Appleby L., Mortensen P.B., Faragher E.B., Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. Br J Psychiatry 1998;173:209-211.
- Orsolini L., Valchera A., Vecchiotti R., Tomasetti C.,
 Iasevoli F., Fornaro M., De Berardis D., Perna G.,
 Pompili M., Bellantuono C., Suicide during perinatal period:
 epidemiology, risk factors and clinica correlates.

 Front. Psychiatry 2016;7:138.
- 5. Spinelli M.G., Maternal Infanticide associated with mental illness: prevention and promise of saved lives. Am J Psychiatry 2004; 161:1548-1557.
- Bergink V., Kushner S.A., Postpartum Psychosis. Galbally M. et al. (eds.), Psychopharmacology and Pregnancy. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2014.
- Munk-Olsen T., Laursen T.M., Pedersen C.B., Mors O., Mortensen P.B., New parents and mental disorders: a population-based register study. JAMA 2006; 296(21): 2582-9.
- 8. Kendell R., Chalmers J., Platz C., *Epidemiology of puerperal* psychosis. Br J Psychiatry, 1987;150:662–673.
- 9. Murray L., Arteche A., Fearon P., Halligan S., Croudace T., Cooper P., *The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach.* J Child Psychol Psychiatry, 2010; 51(10): 1150–9.
- 10. Hipwell A.E., Goossens F.A., Melhuish E.C., Kumar R., Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. Dev Psychopathol 12:157-175. 2010.
- 11. Chandra P.S., Bhargavaraman R.P., Raghunandan V.N.G.P., Shaligram D., Delusions related to infant and their association with mother-infant interaction in postpartum psychotic disorder. Arch Womens Ment Health, 2006; 9: 285–288, 2006.

- 12. Hornstein C., Trautmann-Villalba P., Hohm E., Rave E., Wortmann-Fleischer S., Schwarz M., Interactional therapy program for mothers with postpartum mental disorders. First result of a pilot project. Nervenarzt, 2007; 78(6): 679–84.
- 13. Noorlander Y., Bergink V., Van den Berg M.P., Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. Arch Womens Ment Health, 2008; 11(1): 49-56
- Brockington I.F., Motherhood and mental health. Oxford University Press, Oxford, 1996.
- 15. Jones I., Craddock N., Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. Am J Psychiatry 2001; 158:913-917.
- 16. Chaudron L.H., Pies R.W., The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. J Clin Psychiatry, 2003; 64(11):1284-1292.
- 17. Viguera A.C., Tondo L., Koukopoulos A.E., Reginaldi D., Lepri B., Baldesserini R.J., *Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods*. Am J Psychiatry, 2011; 168(11):1179-1185...
- 18. Spinelli M.G., *Postpartum Psychosis: detection of risk and managment*. Am J Psychiatry, 2009; 166(4):405-408.
- Brockington I.F., Cernik K.F., Schofield E.M., Downing A.R., Francis A.F., Keelan C., *Puerperal psychosis. Phenomena and diagnosis*. Arch Gen Psychiatry 38(7):829–833. 1981.
- 20. Jones I., Craddock N., Searching for the puerperal trigger:
 molecular geneticstudies of affective puerperal psychosis.
 Psychopharmacol Bull, 2007; 40(2): 115-128.
- 21. Di Florio A., Jones L., Forty L., Mood disorders and parity-a clue to the aetiology ofn the postpartum trigger. J Affect Disord, 2014; 152-154: 334-339.
- 22. Bergink V., Lambregtse-van der Berg M.P., Koorengevel K.M., Kupka R., Kushner S.A., First onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study. J Clin Psychiatry, 2011; 72: 1531–1537.
- 23. Munk-Olsen T., Jones I., Laursen T.M., *Birth order and postpartum psychiatric disorders*. Bipolar Disor, 2014; 16:300–307.

- 24. Blackmore E.R., Jones I., Doshi M., *Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis*. Br J
 Psychiatry 188: 32-36. 2006.
- 25. Valdimarsdottir U., Hultman C.M, Harlow B., Cnattingius S., Sparen P., *Psychotic illness in first time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study.* PloS Med, 2009;6(2):e13.
- 26. Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C.L., Rochat T., Stein A., Milgrom J., *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period*. Lancet, 2014; 384: 1775–1788.
- 27. Marks M.N., Wieck A., Checkley S.A., Kumar R.,

 Contribution of psychological and social factors to psychotic

 and non-psychotic relapse after childbirth in women with

 previous histories of affective disorders. J Affect Disord, 1992;

 24: 253263.
- 28. Brockington I.F., Martin C., Brown G.W., Goldberg D.,
 Margison F., *Stress and puerperal psychosis*. Br J Psychiatry,
 1990; 157:179–184.
- 29. Dowlatshahi D., Paykel E.S., *Life events and social stress in puerperal psychosis: absence of effect.* Psychol Med, 1990; 20:655–662.
- 30. McNeil T.F., A prospective study of postpartum psychosis in a high risk group. Relationship to life situation and experience of pregnancy. Acta Psychiatr Scand, 1988; 77: 645-653.
- 31. Bloch M., Shmidt P.J., Danaceau M., Murphy J., Niemn L., Rubinow D.R., Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. Am J Psychiatry, 2000; 157: 924–930.
- 32. Bergink V., Kushner S.A., Pop V., Kuijpens H., Lambregtsevan den Berg M.P., Drexhage R.C. et al. *Prevalence of autoimmune thyroid disfunction in postpartum psychosis*.

 Br J Psychiatry, 2011; 198: 264-268.
- 33. Munk-Olsen T., Sondergaard Pedersen H., Munk Laursen T., Fenger-Gron M., Vedsted P., Vestergaard M., Use of prymary health care prior to a postpartum psychiatric episode. Scand J of Prim Health Care, 2015; 33:127–133.

- 34. Nonacs R., Cohen L.S., Post psychiatric syndrome.
 In Sadock B.J., Sadok V.A., eds. Kaplan and Sadock's
 Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edn. Lippincott,
 William & Wilkins, Philadelphia, 2000; 1276–1283.
- 35. Jones I., Chandra P.S., Dazzan P., Howard L.M., *Bipolar disorder, affective psychosis and schizophrenia in pregnancy and the post partum period*. Lancet, 2014; 384:1789–1799.
- 36. Jiun-Yang L., Tiao-Lai H., *Catatonic features noted in patients with post-partum menatl illness*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2004; 58:157–162.
- 37. Hanson G.D., Brown M.J., Waxy flexibility in a postpartum woman: a casa report and review of the catatonic syndrome.

 Psychiatr. Q., 1973; 47: 95–103.
- 38. Sienaert P., Dhossche D.M., Vancampfort D., De Hert M., Gazdag G., *A Clinical review of the treatment of catatonia*. Frontiers in Psychiatry, 2014; 5: art. 181: 1–9.
- Fink M., Taylor M.A., Neuroleptic Malignant syndrome is amlignal catatonia, warranting treatments efficacious for catatonia. Prg Neuropharmacol Biol Psychiatry, 2006; 30 (6): 1182-3.
- 40. Komori T., Nomaguchi M., Kodama S., Takigawa M., Nomura J., *Thyroid hormone and reserpine abolished periods* of periodic catatonia: a case report. Acta Psychiatr Scand, 1997; 96:155–156.
- 41. Ven der Heijden F.M.M.A., Tuinier S.,
 Pepplinkhuizen L., Verhoeven WMA. *Catatonia: the rise*and the fall of an intrigiung psychopathological dimesnion.

 Acta Neuropsychiatrica. 2002; 14:111-116.
- 42. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical

 Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5.

 American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
- 43. Doucet S., Jones I., Letourneau N., Dennis C.L.,

 Robertson Blackmore E., Interventions for the prevention and
 treatment of postpartum psychosis: a systematic review. Arch
 Womens Ment Health, 2011; 14: 89-98.

Un modello di prevenzione e cura dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni)

Mauro Percudani ¹, Alberto Parabiaghi ², Barbara D'Avanzo ², Mariano Bassi ³, Giuseppe Cardamone ⁴, Antonella Costantino ⁵, Antonio Lora ⁶, Teo Maranesi ⁷, Marco Vaggi ⁸ e Gruppo di Lavoro Progetto CCM 2013*

ABSTRACT

Nel corso dell'ultimo decennio, nei servizi di salute mentale italiani sono stati attivati diversi servizi per la diagnosi e la cura degli utenti con disturbi psichici ad esordio giovanile e per la presa in carico precoce di questi casi. Questo articolo illustra i risultati di un progetto inter-regionale che ha operato per implementare nei servizi psichiatrici di tre regioni italiane un modello di riconoscimento e cura degli "stati mentali a rischio" nei giovani tra i 15 e i 24 anni, con un approccio fortemente orientato alla prevenzione. Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute attraverso il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, mirava a testare la fattibilità di questo modello di prevenzione superando le barriere interne al sistema dei servizi di salute mentale e valutando l'attività clinica condotta, il flusso di accesso di utenti e le loro caratteristiche. A questo scopo, nel periodo 2014-2016 è stato definito e applicato un modello organizzativo in sei Dipartimenti di Salute Mentale italiani in cui mettere in atto azioni coordinate per favorire l'integrazione tra i servizi di salute mentale per i bambini e gli adolescenti e per quelli per gli adulti, l'accessibilità dei servizi per i giovani, le competenze nella valutazione e nel trattamento degli stati mentali a rischio di psicosi, nonché la capacità di trattare gruppi vulnerabili come gli immigrati di prima e seconda generazione. Al contempo, sono state promosse coalizioni comunitarie locali per migliorare la consapevolezza della necessità di prevenire i disturbi mentali e di migliorare la capacità della comunità di mettersi in rapporto con i ragazzi che ne soffrono. Durante 12 mesi sono stati valutati dalle équipe integrate 376 soggetti tra i 15 e i 24 anni, tra i quali vi era una prevalenza di stati mentali a rischio di psicosi che andava dal 2 al 21%. Il modello di prevenzione delle psicosi basato sulle équipe integrate e la coalizione comunitaria si è dimostrato fattibile. Ne discutiamo qui i punti deboli e le barriere che possono frapporsi alla sua implementazione.

SUMMARY

In the 2000s, a number of early psychosis teams were created In Italy to promptly ensure patients' engagement with best-possible psychosocial treatments. The study presented in this paper explores the feasibility of the translation of the ultra-high risk (UHR) model into Italian community mental health services in order to move their action towards a more prevention-oriented approach. This study, funded by the National Centre for Disease Prevention and Control, aimed at assessing the feasibility of the proposed prevention model, by uncovering the barriers within Italian mental health system and by evaluating the prospects for success in terms of clinical activity, recruitment flow, and patients' characteristics. During the past two years a model of service organization was developed and applied to six Italian mental health departments. Coordinated actions to improve the integration between child and adult mental health services, the accessibility to services for young and adolescents, the competence on the assessment and treatment of UHR individuals, and the capacity to deal with vulnerable groups like first- and second-generation immigrants were performed. Local community coalitions for improving awareness on the need for mental health prevention, and for ameliorating community's ability to deal with this problem were established. During twelve months, a total of 376 subjects, aged 15-24 years, were assessed by the study teams with a prevalence of UHR individuals ranging 2-21%. The UHR model with integrated community coalition proved transferability to Italian services. Some pitfalls and barriers were identified and discussed, including concern about its long-term sustainability.

INTRODUZIONE: LA PREVENZIONE COME OBIETTIVO CARATTERIZZANTE

Una rete di servizi che abbia come obiettivo la tutela della salute mentale nella popolazione giovanile dovrebbe concepire gli interventi in termini di prevenzione. In tale fascia di età, infatti, la prevenzione è un obiettivo primario, non solo come prevenzione universale e in assenza di disturbi, ma anche a ogni livello di progressione del disagio psichico.

Nei servizi di salute mentale italiani sono stati attivati, negli ultimi anni, diversi servizi e/o equipe per la diagnosi e la cura degli utenti con disturbi psichici ad esordio giovanile e per la presa in carico precoce di questi casi. La prevalenza trattata di soggetti di età giovanile rimane tuttavia ancora inferiore alle attese e il sottogruppo di utenti giovani è una percentuale limitata del totale degli utenti seguiti dai servizi psichiatrici (Lora et al., 2011; Percudani et al., 2012). Risulta inoltre ancora difficoltosa l'integrazione tra i servizi di neuropsichiatria infantile, delle dipendenze e di salute mentale, e molto si deve ancora fare per raggiungere efficacemente i giovani e gli adolescenti. Il modello dell'intervento precoce, infine, agisce ad un livello di prevenzione secondaria, quando cioè il disturbo è già conclamato, ed è fortemente condizionato dalle difficoltà che i giovani hanno nell'accesso ai servizi sanitari.

Il modello di servizio di salute mentale per i giovani e gli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale mira invece ad individuare ancora più precocemente i giovani che potrebbero sviluppare un disturbo psichico grave. Esso si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti "stati mentali a rischio" e di strumenti organizzativi per raggiungere, individuare ed accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa, ed è caratterizzato dal superamento della separazione delle competenze tra i servizi di neuropsichiatria infantile e quelli di psichiatria per gli adulti dedicati all'assistenza per la fascia d'età dai 15 ai 24 anni (Phillips et al., 2002; McGorry, 2007; Fusar-Poli et al., 2012). La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione è comunque l'elemento caratterizzante di ogni modello di intervento in questo ambito. Accessibilità e attrattività di tali servizi appaiono quindi centrale quanto l'integrazione tra le specialità.

GLI STATI MENTALI RISCHIO NEI GIOVANI

Sono stati validati dei criteri diagnostici in grado di identificare nei giovani i cosiddetti stati mentali a rischio di psicosi, una popolazione clinicamente sintomatica e con un significativo grado di disabilità che necessita di cure (Fusar-Poli et al., 2015). In seguito a ciò, la quinta versione del manuale diagnostico statistico per i disturbi mentali ha incluso la Sindrome Psicotica Attenuata come diagnosi da approfondire (DSM V: APA, 2014).

Nei soggetti identificati come stati mentali a rischio il tasso di transizione a forme gravi e conclamate di psicosi, come la schizofrenia, è clinicamente rilevante e si attesta su percentuali intorno al 20%, ad un anno, e al 30% a due anni (Fusar-Poli et al., 2012). Anche chi non subisce una transizione psicotica rimane comunque spesso sintomatico e con una significativa quota di disabilità e di ridotta qualità di vita (Addington et al., 2011; Bechdolf et al., 2005).

Alcuni specifici interventi si sono dimostrati efficaci nel ridurre il rischio di transizione in psicosi e nel migliorare i sintomi e il funzionamento nei giovani a rischio così individuati. I risultati di due recenti meta-analisi mostrano che complessivamente tali interventi sono efficaci e che occorrerebbe trattare dai 4 ai 9 soggetti per riuscire ad evitare almeno un esordio psicotico (Preti & Cella, 2010;

van der Gaag et al., 2013). In particolare, i seguenti interventi sono risultati efficaci nel prevenire l'esordio psicotico in soggetti a rischio: terapie antipsicotiche a basse dosi (Phillips et al., 2007; Yung et al., 2011; McGlashan et al., 2006); la somministrazione di omega-3 per un periodo di tre mesi (Amminger et al., 2010), alcuni protocolli di psicoterapia cognitivo-comportamentale (Morrison et al., 2004; Bechdolf et al., 2012; van der Gaag et al., 2012) ed un intervento psicosociale intensivo con il coinvolgimento delle famiglie (Nordentoft et al., 2006).

Come sopra accennato, negli ultimi anni si sono accumulate evidenze della presenza di una fascia di rischio in cui comportamenti e sintomi si manifestano in assenza di un episodio psicotico acuto ma per cui è utile un monitoraggio attento e per cui sono già disponibili interventi poco invasivi e con evidenza di efficacia (Bechdolfet al., 2005; Addington et al., 2011; Preti & Cella, 2010; van der Gaag et al., 2013; Fusar-Poli et al., 2012; Yung, 2013). L'identificazione ancora più precoce dei soggetti a rischio significa intervenire opportunamente per alleviare i sintomi e ridurre il rischio di deriva sociale e, in termini clinici, ridurre il periodo di psicosi e di malattia non trattata.

Il modello di valutazione e di intervento psicologico negli stati mentali a rischio di psicosi è ormai una realtà consolidata in molti paesi. Ricordiamo in particolare i centri di Melbourne (PACE), di Manchester (EDIE) e di Colonia (FETZ) attivi da ormai più di un decennio (Bechdolf et al., 2006). Si sta però recentemente sviluppando anche un analogo modello per gli stati mentali a rischio di disturbo affettivo bipolare (Miklowitz et al., 2011 & 2013; Zeschel et al., 2015).

IL RUOLO DEL COINVOLGIMENTO DELLA COMUNITÀ NELLA PREVENZIONE DEI DISTURBI PSICHICI GRAVI NEI GIOVANI

Il modello di intervento precoce implica un approccio preventivo che può avvenire a due livelli: i) nei servizi di salute mentale, avviando interventi opportunamente modulati; ii) fuori dai servizi di salute mentale, responsabilizzando e sensibilizzando le agenzie educative, sociali e sanitarie che lavorano con i giovani all'identificazione di comportamenti e segni che richiedono attenzione, sia per far sì che i soggetti a rischio di disturbi gravi arrivino precocemente ai servizi, sia affinché i contesti in cui si svolge la vita delle persone a rischio dia le risposte migliori.

I progetti di implementazione dell'intervento precoce nelle psicosi si sono caratterizzati in Italia per una mobilitazione essenzialmente interna ai servizi, che ha portato importanti cambiamenti organizzativi, di stile e modalità di approccio ai giovani, di offerta di interventi e di scelte farmacologiche, di coinvolgimento dei familiari. La collaborazione con le scuole, l'alleanza con figure leader nel mondo dei giovani, che le prime formulazioni del modello del trattamento precoce degli esordi teorizzavano, sono state implementate solo in esperienze locali.

Se i servizi ritengono che la prevenzione delle psicosi o della disabilità connessa alle psicosi rappresenti un obiettivo non solo di loro pertinenza, ma anche perseguibile, vanno previste modalità di collaborazione con agenzie e soggetti esterni al servizio. L'intercettazione dei casi a rischio deve prevedere modalità di identificazione ancora più sensibili e specifiche di quelle attuate per gli esordi, perché in buona parte questi si collocano al di fuori dei servizi di salute mentale, ma spesso anche dei servizi sociali invianti.

La mobilitazione della comunità a scopo di prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute è stata declinata in diversi modelli di intervento sociale ed educativo (Butterfoss et al., 2002; Granner & Sharpe, 2003). Tra questi, il modello della Community Coalition è stato utilizzato per sostenere, ad esempio, la prevenzione dell'abuso di alcool, tabacco e di comportamenti devianti a livello di comunità (Hawkins et al., 2009). Le coalizioni sono alleanze di lavoro tra molteplici soggetti, collaborative e sinergiche che condividono un obiettivo e dotate di una struttura definita in cui organizzazioni di natura diversa e con interessi diversi si coalizzano su un

obiettivo comune esterno, di solito diverso dall'obiettivo di ciascuna organizzazione.

Il modello della Community Coalition è stato adottato allo scopo di migliorare la risposta comunitaria a persone che manifestano comportamenti e segni di disagio e rischio significativo di disturbi mentali gravi. La risposta migliora se si abbassa lo stigma che grava sui comportamenti anomali e sui disturbi mentali, si incrementa la capacità di inclusione delle persone che presentano queste caratteristiche e si rendono noti, accessibili e accettabili servizi di salute mentale in grado di accogliere e valutare in modo rapido e poco medicalizzato.

Si tratta di un modello di mobilitazione comunitaria strutturato. In esso, i servizi di salute mentale possono avere il compito di definire il problema, ma gli obiettivi, i mezzi e le modalità di lavoro per l'obiettivo comune dovranno essere definiti dalla coalizione.

IL PROGETTO CCM 2013: INTERVENTI INTEGRATI PER FAVORIRE IL RICONOSCIMENTO E IL TRATTAMENTO PRECOCE DEI DISTURBI PSICHICI GRAVI IN ETÀ GIOVANILE (15-24 ANNI)

Il presente articolo illustra i risultati di un progetto inter-regionale, finanziato dal Ministero della Salute nell'area CCM, coordinato da Regione Lombardia, a cui hanno partecipato diversi Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) lombardi (Garbagnate, Niguarda, Sacco, Lecco, Policlinico), oltre che le Regioni Liguria (DSM di Genova) e Toscana (DSM di Grosseto). Il progetto si colloca nell'area di diagnosi e intervento precoce delle psicosi e trova fondamento nelle evidenze scientifiche a sostegno della prevenzione, delle criticità attuali nel trattamento dei disturbi psichici in età giovanile, della presenza di gruppi a rischio con specificità culturali, delle indicazioni provenienti dal Ministero della Salute e dalla Regione Lombardia, nonché dalle priorità individuate dal lavoro già in essere nelle realtà delle Regioni partecipanti al progetto.

Il progetto ha rivolto particolare attenzione ad adolescenti e giovani appartenenti a gruppi in cui si è riscontrata una vulnerabilità più elevata: migranti di prima e seconda generazione; ragazzi giunti in Italia attraverso adozioni internazionali; figli di pazienti affetti da disturbi mentali gravi.

Il modello di prevenzione adottato si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti "stati mentali a rischio" e di strumenti organizzativi per raggiungere ed accogliere i giovani che iniziano a manifestare tali problemi. La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione clinica è l'elemento caratterizzante. La questione dell'accessibilità e dell'attrattività appare quindi centrale quanto quella dell'integrazione tra i servizi rivolti all'adolescenza (NPIA) e quelli rivolti alla età adulta (PSICHIATRIA).

Il progetto si è caratterizzato per la messa in opera di tali strumenti e per i buoni risultati della loro implementazione:

- formazione specifica su concetti transculturali e su strumenti di assessment ancora poco utilizzati nella realtà dei servizi italiani (es. la scala CAARMS);
- formulazione di una proposta partecipativa nella prevenzione dei soggetti attivi sul territorio a contatto con i giovani (coalizione comunitaria);
- creazione di nuovi assetti organizzativi nei servizi di salute mentale volti a creare collaborazioni stabili e strutturate della psichiatria per gli adulti e della neuropsichiatria infantile (Equipe Giovani integrate) (Percudani et al., 2013);
- 4. identificazione ed utilizzo di sedi adatte;
- sviluppo di percorsi di cura specifici e fondati sulle evidenze;
- 6. produzione di una messe di dati indicativa dell'attività svolta e di quanto il tipo di disagio giovanile esplorato dal progetto sia comune e grave.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Obiettivo centrale di questo progetto è stato facilitare

l'individuazione di problematiche emergenti tra i giovani attraverso un significativo miglioramento della partecipazione attiva e competente dei soggetti istituzionali e non istituzionali delle comunità coinvolte e costruendo un nuovo modello di accessibilità dei servizi e di capacità dei servizi stessi di accogliere e valutazione il disagio dei giovani. Più in dettaglio, gli obiettivi sono stati:

- Avviare percorsi di mobilitazione comunitaria con il coinvolgimento dei diversi attori della rete sociale per favorire il riconoscimento dei disturbi psichici gravi in età giovanile e l'invio ai servizi sanitari appropriati, con particolare attenzione a gruppi di popolazione a rischio e, in primo luogo, alla popolazione immigrata.
- Rendere più accessibili i servizi per la salute mentale e i percorsi di cura specificamente dedicati alla popolazione a rischio ed in condizione di vulnerabilità
- Costituire e sviluppare equipe funzionali multidisciplinari integrate NPIA, psichiatria, area della psicologia e delle dipendenze che coinvolgano operatori di diverse professionalità
- Garantire interventi non stigmatizzanti per l'area giovanile (15–24 anni), che permettano l'individuazione precoce delle patologie psichiche gravi all'esordio e di conseguenza facilitino l'accesso ai servizi competenti per la cura e la presa in carico.
- Elaborare percorsi di cura specifici per la diagnosi e la presa in carico dei soggetti in età giovanile (15-24 anni) a rischio di sviluppare disturbi psichici gravi ed appartenenti a sottopopolazioni a rischio
- Individuare strumenti appropriati per la valutazione diagnostica e di esito, offrire formazione dedicata su tali percorsi e strumenti agli operatori dei servizi per la salute mentale.
- Monitorare e valutare l'attività delle équipe integrate, con particolare attenzione ai percorsi di cura offerti alla popolazione immigrata e ad altri gruppi di popolazione vulnerabile: in particolare: migranti di prima e seconda generazione, ragazzi giunti in Italia attraverso adozioni internazionali, soggetti in età giovanile appartenenti ad

altri gruppi a rischio con particolare attenzione ai figli di pazienti affetti da disturbi mentali gravi (psicosi)

METODOLOGIA

Nei territori dei servizi partecipanti al progetto gli obiettivi sopra descritti sono stati perseguiti attraverso la facilitazione a) alla creazione di una coalizione di comunità e b) alla introduzione di opportuni cambiamenti organizzativi nei servizi che si occupano di salute mentale.

Attività specifiche del progetto sono state:

- Censimento dei soggetti della rete sanitaria e sociale da coinvolgere nel progetto;
- Costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare.
- Attività formativa specificamente dedicata ai potenziali invianti.
- Costituzione delle equipe funzionali multidisciplinari integrate "Equipe Giovani" (psichiatria, NPIA, area della psicologia).
- Elaborazione di percorsi di cura specifici per la diagnosi e la presa in carico dei soggetti in età giovanile (15-24 anni) a rischio di sviluppare disturbi psichici gravi ed appartenenti a sottopopolazioni a rischio
- Individuazione di strumenti appropriati per la valutazione diagnostica e di esito e formazione dedicata su tali percorsi e strumenti agli operatori dei servizi per la salute mentale.
- Monitoraggio e valutazione dell'attività delle équipe integrate, con particolare attenzione ai percorsi di cura offerti alla popolazione immigrata e ad altri gruppi di popolazione vulnerabile.
- Valutazione dell'impatto dei percorsi di cura offerti relativamente all'adesione al trattamento e alla continuità della presa in carico.

Nel corso dei due anni del progetto, in tutti i centri partecipanti le "Equipe Giovani" sono state messe nelle condizioni di operare. Hanno ricevuto una formazione completa sia sulle attività di assessment che su quelle inerenti la specificità socio-culturale delle popolazioni migranti. Hanno inoltre ricevuto una supervisione continua sui casi clinici per perfezionare e rendere omogenea l'attività di valutazione clinica. È infine stato messo a punto un protocollo di intervento per gli stati mentali a rischio basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), messo a disposizione di tutti i centri e presentato ai referenti scientifici del progetto.

Tutte le Equipe hanno reclutato e inserito i dati nei registri dei casi del progetto.

L'azione di coalizione comunitaria si è avviata con un censimento di tutte le agenzie del territorio note al servizio e con una lettera del direttore del DSM a ciascuna di esse di invito ad una riunione di presentazione del progetto. Dopo la prima riunione si è selezionato in ciascun centro un gruppo più ristretto che ha portato avanti, con l'aiuto del personale del progetto, una serie di riunioni, in cui sono state discusse iniziative di sensibilizzazione. Il centro di coordinamento ha provveduto a supportare tale azione attraverso attività di formazione rivolte sia ai membri del board che ad altri attori della rete sociale.

Nei diversi centri sono state descritte le possibili modalità di invio all'Equipe Giovani:

- a. dalle agenzie del territorio afferenti al Board di comunità;
- b. dai medici di medicina generale o pediatri di libera scelta;
- c. dai servizi psichiatrici territoriali o di neuropsichiatria infantile a seguito di una primo contatto o di segnalazione diretta.

L'assessment dei nuovi casi della fascia di età 15–24 anni è stato realizzato secondo la seguente procedura: primo incontro di tipo clinico, con lo psicologo e/o con lo psichiatra e con un operatore di riferimento (infermiere, educatore, assistente sociale) in cui si decide se avviare la valutazione di stati mentali a rischio o se inviare direttamente al servizio appropriato. L'incontro può avvenire con i genitori, o si valuta l'opportunità di chiamarli in un

incontro specifico. Successivamente, la procedura prevede la somministrazione dei questionari auto compilati da parte del paziente (GHQ 12, PQ 16, BCIS), un colloquio con psichiatra e/o psicologo e un operatore individuato dall'equipe per l'approfondimento clinico-diagnostico e la somministrazione della CAARMS e un colloquio con assistente sociale, l'educatore e/o infermiere per la somministrazione della GAF e della SOFAS. La fase successiva prevede l'incontro della microequipe per un confronto sui risultati della valutazione e la compilazione della HoNOS o della HoNOSCA. L'ultima fase prevede la restituzione al soggetto e alla famiglia e all'ente inviante su possibili percorsi di cura. Alla fine della valutazione l'esito potrà essere: dimissione, ed eventuale attivazione di percorsi alternativi con il Board; preso in cura dall'équipe per un trattamento; invio ad altro servizio specialistico. A seconda dell'esito il soggetto potrà essere assunto in cura per un periodo di sei /dodici mesi. Il raccordo con il Board ha permesso di integrare il trattamento con la predisposizione di percorsi di supporto specifici. Le riunioni in cui i casi vengono discussi da tutta l'équipe integrata si tengono con cadenza bisettimanale.

STRUMENTI PER L'ASSESSMENT

La valutazione è stata programmata come un processo ampio ed esauriente, in cui, accanto allo strumento specifico per l'identificazione accurata della presenza di stati mentali a rischio di psicosi, sono stati utilizzati strumenti utili a descrivere lo stato dell'umore, le difficoltà nella vita quotidiana, le relazioni sociali, l'autonomia, il comportamento a rischio e suicidario, il supporto all'interno e all'esterno della famiglia, l'informazione e le risorse a disposizione della famiglia. Gli strumenti utilizzati per la valutazione complessiva del soggetto da parte dell'équipe integrata sono:

 CAARMS, strumento a cui è affidata l'identificazione degli stati mentali a rischio. Ci si limita all'utilizzo della prima sezione, quella sui sintomi positivi, che consente all'équipe che conduce la valutazione di classificare il soggetto come soggetto con vulnerabilità, soggetto con psicosi attenuata, soggetto con sintomi psicotici limitati, brevi e intermittenti (BLIPS), o soggetto con psicosi;

- HoNOS o HoNOSCA a seconda dell'età del soggetto (dai 18 in su si utilizza la HoNOS, ma sulla base delle caratteristiche e del tipo di vita della persona ne va considerato l'utilizzo anche a partire dai 16 anni), compilata dall'operatore;
- SOFAS, o SVFSL Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo, compilata dall'operatore;
- GAF, il Global Assessment of Functioning, compilato dall'operatore;
- GHQ-12, General Health Questionnaire a 12 item, predisposta e validate in varie lingue, rappresenta uno strumento di larghissimo utilizzo per la valutazione di situazioni di disagio e presenza di disturbi mentali comuni, autosomministrata;

- PQ-16, tradotto in italiano all'interno di questo progetto, autosomministrato;
- Beck Cognitive Insight Scale, serve a stabilire il livello di capacità del soggetto di identificare e correggere le interpretazioni errate. Viene proposta come strumento facoltativo, dove sembri utile un approfondimento della psicopatologia dal punto di vista cognitivo.

Particolare attenzione è stata dedicate alla CAARMS, sia perché rappresenta lo strumento principale e fondante per l'identificazione di stati mentali a rischio, sia perché è strumento relativamente poco utilizzato nei servizi di salute mentale italiani. La formazione prevedeva:

- una componente di psicopatologia, con degli approfondimenti del significato delle definizioni dei sintomi;
- una parte dedicata alle procedure di applicazione delle regole per la compilazione;
- un'esercitazione condotta sulla base di un video;

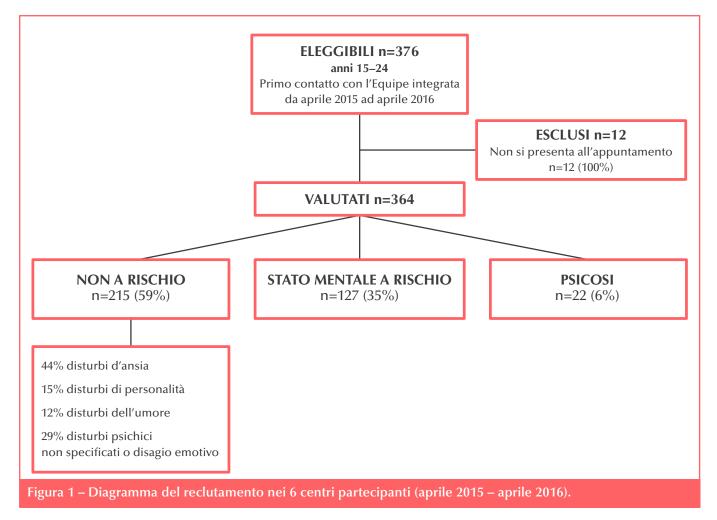


Tabella 1 – Gravità in termini di sintomatologia complessiva, funzionamento sociale, disagio emotivo e sintomatologia psicotica attenuata nei soggetti del campione stratificati per diagnosi di stato mentale a rischio (n = 364)

	Non a rischio (n=215)	UHR (n=127)	Psicosi (n=22)
HoNOS/HoNOSCA	33%	63%*,**	94%*
Gravità complessiva †			
GAF	49%	72%*	77%*
Funzionamento sociale †			
GHQ	26%	85%*	81%*
Disagio emotivo †			
PQ-16	39%	68% *	67%*
Sintomi psicotici attenuati †			

[†]n° soggetti positivi al criterio di gravità della scala; * vs. Non a rischio, p<0.01; ** vs. Psicosi, p<0.01

Tabella 2 – Confronto tra gruppi stratificati per diagnosi di stato mentale a rischio per quanto riguarda i punteggi alla scala HoNOS/HoNOSCA (n=328)

HoNOS/HoNOSCA	Media	DS	Mediana	Min	Max	CUT-OFF ≥10	p<0,00*
Nessuna vulnerabilità (n= 198)	7,5	5,5	7	0	27	33%	vs. SMR <0,00**
Stato mentale a rischio (n=110)	13	7,1	13	0	33	63%	vs. psicosi <0,01**
Psicosi (n=20)	20	9,1	19	3	37	94%	vs. non vulnerabili <0,00**

test non paramentrico di Kruskal-Wallis; **test non paramentrico di Mann-Whitney*

 poiché la CAARMS utilizza come criterio di attribuzione dello score il punteggio sulla SOFAS, è stato spiegato anche questo strumento, anche se ampiamente utilizzato dagli operatori.

RISULTATI DEL PROGETTO

Nel corso del secondo anno di attività del progetto le Equipe Giovani Integrate hanno complessivamente visitato e valutato 376 giovani, per 364 dei quali (97%) è stato possibile portare a termine la valutazione completa dei sintomi di stato mentale a rischio (*Figura 1*).

Il 29% dei soggetti era ricompreso nella fascia d'età 15–17 anni, il 48% in quella 18-21 anni, e il 23% in quella 22–24 anni. Il 75% dei giovani reclutati è risultato italiano di nascita, il 13% migrante di prima generazione e l' 11% migrante di seconda generazione. Una familiarità diretta per disturbo psichico maggiore è stata riscontrata nel 31%, senza evidenti differenze tra italiani di nascita e migranti. È stata riscontrata una condizione di "stato mentale a rischio" in 135 soggetti (35%), e una condizione di psicosi vera e propria in 22 soggetti (6%).

Non sono state osservate differenze in termini di vulnerabilità psicotica tra gruppi di età o di nazionalità. L'unico dato da evidenziare è che tra i migranti di seconda generazione non sono stati reclutati soggetti con psicosi all'esordio. Nessuna differenza è emersa tra i

Tabella 3 – Confronto tra gruppi stratificati per status di immigrato per quanto riguarda i punteggi alla scala HoNOS/HoNOSCA (n=339)

HoNOS/HoNOSCA	Media	DS	Mediana	Min	Max	CUT-OFF ≥10	p < 0,01*
Italiano (n=260)	9,8	6,9	8	0	34	45%	vs. Mig. 2°gen. <0,00**
Migrante di 1° generazione (n=44)	11,9	9,9	10	0	34	51%	vs. Mig. 2° gen. <0,002**
Migrante di 2° generazione (n=35)	13,9	8,3	13	1	37	66%	vs. Italiano <0,862**

^{*}test non paramentrico di Kruskal-Wallis; **test non paramentrico di Mann-Whitney

Tabella 4 – raccomandazioni per l'assessment clinico e l'assunzione in cura di giovani (15–24 anni) con stati mentali a rischio di psicosi nei servizi di salute mentale

L'esperienza del progetto CCM ha permesso di stilare una serie di raccomandazioni utili per coloro che lavorano con il disagio giovanile, in particolare con gli stati mentali a rischio. In particolare:

- Costruire percorsi di alleanza e collaborazione con le risorse presenti nella comunità sul tema specifico della prevenzione delle psicosi (es Community Coalition);
- Definire una leadership chiara della coalizione comunitaria, supportare l'organizzazione e il raggiungimento degli obiettivi, mantenendo forte e chiaramente definito il rapporto tra servizi e agenzie del territorio;
- Prevedere azioni specifiche per facilitare l'accesso a gruppi in cui è stato riscontrato un aumentato rischio di psicosi (es. migranti di prima e seconda generazione, familiari di persone affette da psicosi, soggetti con comportamento di abuso di cannabis);
- Creare Equipe funzionali dedicate, documentando le azioni intraprese per migliorarne l'ACCESSIBILITÀ e
 l'ATTRATTIVITÀ e per facilitare l'INTEGRAZIONE tra servizi (Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Dipendenze);
- Utilizzare scale di valutazione specifiche, tradotte e validate in italiano (es CAARMS, PQ-16);
- Prevedere supervisione e verifica degli esiti della formazione sull'utilizzo degli strumenti di valutazione;
- Promuovere percorsi di intervento che pongano al centro obiettivi di salute e di qualità della vita da raggiungere in collaborazione con i diretti interessati e i soggetti attivi sul territorio;
- Supportare e promuovere, con adeguata formazione, lo sviluppo sistematico di competenze psicoterapeutiche specifiche per il trattamento degli "stati mentali a rischio" (es. psicoterapia cognitivo-comportamentale);
- Monitorare i soggetti a rischio fino all'uscita dall'età critica;
- Valutare gli esiti e l'impatto delle attività cliniche soprattutto in termini di prevenzione degli esordi psicotici negli stati mentali a rischio (prevenzione primaria) e di prevenzione dell'evoluzione negativa negli stati già conclamati (prevenzione secondaria), studiando incidenza e prevalenza dei disturbi nella popolazione generale.

non vulnerabili e gli stati mentali a rischio in termini di familiarità per disturbo psichico maggiore, mentre nel gruppo dei soggetti psicotici la familiarità è risultata più frequente (45% vs. 27–29%)

Le analisi dei dati raccolti hanno messo a confronto i sottogruppi rappresentati dalle tre fasce d'età (15–17 anni, 18-21 anni, 22-24 anni), dalla condizione di vulnerabilità per disturbi psicotici (non vulnerabili, stati mentali a rischio e psicotici) e dalla nazionalità (italiani, migrante di prima e di seconda generazione).

I soggetti con stato mentale a rischio o già affetti da psicosi sono risultati più compromessi dei soggetti non vulnerabili dal punto di vista del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo (scale SOFAS e GAF), dei sintomi pre-psicotici (scala PQ-16), del disagio emotivo (scala GHQ-12) e della gravità complessiva (scale HoNOS e HoNOSCA) (*Tabella 1*).

Il confronto tra gruppi di età non ha invece evidenziato differenze statisticamente significative, con l'unica eccezione della gravità complessiva (rilevata con le scale HoNOS e HoNOSCA) che è risultata maggiore nel gruppo dei più giovani (15–17 anni) (*Tabella 2*). Da rilevare infine che i migranti di seconda generazione sono risultati più gravi complessivamente, in base a HoNOS e alla HoNOSCA, sia degli italiani di nascita che dei migranti di prima generazione (*Tabella 3*).

Il 54% dei giovani reclutati è stato assunto in cura dalle sole Equipe Giovani Integrate, il 21% ha richiesto interventi più complessi e che possono aver coinvolto altre unità funzionali. Per il 25% dei soggetti l'attività di valutazione delle Equipe Giovani Integrate ha invece rappresentato un'attività di consulenza. Solo nel 35% dei casi l'intervento clinico ha previsto una prescrizione farmacologica, senza differenze tra fasce d'età.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati ha descritto la popolazione arrivata alle Equipe Giovani come una popolazione con un bisogno di attenzione a diversi livelli, e con una quota non trascurabile di problemi seri che necessitano di una presa in carico. I dati presentati rivestono grande interesse e suggeriscono approfondimenti promettenti.

Le azioni intraprese abbiano consentito di intercettare e di identificare un sottogruppo di giovani con sintomi psicotici ancora in fase di sviluppo (stati mentali a rischio) o nelle primissime fasi di manifestazione (psicosi all'esordio). In tali soggetti i bisogni di prevenzione e cura si sono effettivamente dimostrati più rilevanti. È stato quindi possibile delineare i punti fondamentali di percorsi di cura adatti ai diversi bisogni, in cui gli aspetti psicologici hanno assunto particolare importanza, trovando soluzioni innovative. Tutto questo ha creato un insieme coerente e complesso di azioni, competenze e risultati.

Altrettanto innovativa è stata l'attività di coinvolgimento della comunità, che si è ispirata al modello della Coalizione Comunitaria, e che ha creato in tutti i Dipartimenti partecipanti delle esperienze di collaborazione con diversi soggetti attivi nella comunità, sia dedicati al lavoro con giovani dai problemi, sia con la popolazione giovanile generale, come le scuole o le parrocchie. Tale collaborazione ha portato alla creazione dei Board in ciascun DSM, costituiti da soggetti del territorio, e autonomi nella definizione di iniziative utili alla promozione della salute mentale e alla prevenzione delle psicosi.

Sulla base dell'esperienza che si è consolidata nel corso del progetto, è stato possibile stilarle una serie di raccomandazioni utili per i servizi di salute mentale che lavorano con il disagio giovanile, in particolare con gli stati mentali a rischio (*Tabella 4*), che possono aiutare in un lavoro preventivo ormai ineludibile, che si caratterizza per il miglioramento dell'accessibilità e per la collaborazione tra competenze interne ed esterne ai servizi.

- 1. Dipartimento di Salute Mentale, ASST Rhodense, Garbagnate Milanese
- 2. IRCCS, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano
- 3. Dipartimento di Salute Mentale, ASST Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda", Milano
- 4. Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL 9 Grosseto
- 5. UONPIA, Fondazione IRCCS Ospedale Policlinico, Milano
- 6. Dipartimento di Salute Mentale, ASST di Lecco
- 7. Dipartimento di Salute Mentale, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano
- 8. Dipartimento di Salute Mentale, ASL 3 Genovese, Genova

* Gruppo di lavoro Progetto CCM 2013: M. Luisa Abbinante, Evita Barbera, Alice Bizzozero, Serena Boni, Agnese Canali, Micaela Corio, Elena Criconia, Francesaca Fauci, Maria Teresa Gris, Monica Maggi, Simonetta Oriani, Mauro Percudani, Silvia Pinotti, Katia Prato, Chiara Primati, Maria Teresa Rivetti, Maria Teresa Rossi, Valentina Scavelli, Monica Soffientini, Daniele Tuso, Zaira Xodo (ASST Rhodense, Garbagnate Milanese); Barbara D'Avanzo, Alberto Parabiaghi (Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri); Aglaia Banis, Mariano Bassi, Elisa Buratti, Patrizia Conti, Maria Meliante, Anita Montanari, Emiliano Monzani, Piero Rossi (ASST Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda", Miano) Irene Anzani, Maria Teresa Asti, Giuseppina Badia, Giuseppe Cardamone, Nadia Magnani, Stefano Milano, Silvia Sordini, Annalisa Spampani (Azienda USL 9 Grosseto); Alberto Corbetta, Alessandra Ferrara; Antonio Lora, Ottaviano Martinelli; Donatella Puccia; Vittorio Rigamonti; Elisa Stucchi, Marina Zabarella, Sabrina Zanetti (ASST di Lecco); Alessandra Barni, Emanuela Butteri, Deborah Fiocca, Ornella Giardina, Teodoro Maranesi, Claudio Monaci, Silvia Olivieri, Antonella Perri, Manuela Pintori, Caterina Roncoroni, Michele Santi, Annapatrizia Stipcovich, Raffaella Zanaschi (ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano); Maria Pia Angelatos, Paola Arnuzzo, Cristina Bonzani, Selene Cammarata, Miriam Cantatore, Patrizia Capurro, Michela Davi, Margherita Dolcino, Lorenza Ferrari, Marta Germoglio, Laura Grondona, Maria Guelfi, Lidia Lagomarsino, Alessandro Lanza, Alessandra Lombardo, Eleonora Lusetti, Patrizia Marinelli, Claudia Masala, Emanuela Mirrione, Diana Monachesi, Lucia Pacini, Sara Patti, Elisa Peloso, Laura Penco, Maria Franca Petrigni, Giulia Piccinini, Sara Pignatelli, Valeria Puppo, Cristina Rambelli, Daniela Ratti, Alessandra Ravecca, Rossana Roveda, Rita Schenone, Lucia Sciarretta, Gianluca Serafini, Irene Serio, Simonetta Sommariva, Lucia Tacconi, Alessandra Tauriello, Ludovica Tognoni, Fabrizia Tomasi, Simona Traverso, Giovanna Trompetto, Serena Unia, Marco Vaggi, Cristina Venturino, Alessandra Zaccone, Monica Zambonini, Franca Zanelli (ASL 3 Genovese)

BIBLIOGRAFIA

- Addington J., Cornblatt B.A., Cadenhead K.S., Cannon T.D., McGlashan T.H., Perkins D.O., Seidman L.J., Tsuang M.T., Walker E.F., Woods S.W., Heinssen R., At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. Am J Psychiatry, 2011;168:800-5.
- Amminger G.P., Schäfer M.R., Papageorgiou K., Klier C.M., Cotton S.M., Harrigan S.M., et al. Long-Chain {omega}-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry, 2010; 67:146–154.
- Bechdolf A., Pukrop R., Köhn D., Tschinkel S., Veith V., Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Geyer C., Pohlmann B., Klosterkötter J., Subjective quality of life in subjects at risk

- for a first episode of psychosis: a comparison with first episode schizophrenia patients and healthy controls. Schizophr Res, 2005; 79:137-43.
- Bechdolf A., Phillips L.J., Francey S.M., Leicester S.,
 Morrison A.P., Veith V., Klosterkötter J., McGorry P.D.,
 Recent approaches to psychological interventions for people at
 risk of psychosis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2006;
 256:159-73.
- Bechdolf A., Wagner M., Ruhrmann S., Harrigan S.,
 Putzfeld V., Pukrop R., Brockhaus-Dumke A., Berning J.,
 Janssen B., Decker P., Bottlender R., Maurer K., Möller H.J.,
 Gaebel W., Häfner H., Maier W., Klosterkötter J., Preventing
 progression to first-episode psychosis in early initial prodromal
 states. Br J Psychiatry, 2012; 200:22–9.
- Butterfoss F.D., Kegler M.C., Toward a comprehensive
 understanding of community coalitions: moving from practice
 to theory. In DiClemente, R.J., Crosby, R.A. and Kegler,
 M.C. (eds), Emerging Theories in Health Promotion
 Practice and Research. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2002:
 157–193
- 7. Fusar-Poli P., Hobson R., Raduelli M., Balottin U.,

 Reliability and validity of the Comprehensive Assessment of
 the At Risk Mental State, Italian version (CAARMS-I).

 Curr Pharm Des, 2012; 18:386–91.
- Fusar-Poli P., Cappucciati M., Rutigliano G., Schultze-Lutter F., Bonoldi I., Borgwardt S., Riecher-Rössler A, Addington J., Perkins D., Woods S.W., McGlashan T.H., Lee J., Klosterkötter J., Yung A.R., McGuire P., At risk or not at risk? A meta-analysis of the prognostic accuracy of psychometric interviews for psychosis prediction.
 World Psychiatry, 2015; 14:322-32.
- 9. Granner M.L., Sharpe P.A., Evaluating community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools. Health Educ Res, 2004 19:514-532.
- 10. Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Arthur M.W., Abbott R.D., Fagan A.A., Catalano R.F., Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2009; 163:789-798.

- 11. Lora A., Barbato A., Cerati G., Erlicher A., Percudani M., The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2011; 47:447-54.
- 12. McGorry P.D., The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. Med J Aust, 2007; 187(7 Suppl):S53-6.
- 13. McGlashan T.H., Zipursky R.B., Perkins D., Addington J., Miller T., Woods S.W., et al., Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. Am J Psychiatry, 2006; 163:790-799.
- 14. Miklowitz D.J., Chang K.D., Taylor D.O., George E.L., Singh M.K., Schneck C.D., Dickinson L.M., Howe M.E., Garber J., Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial. Bipolar Disord, 2011; 13:67–75.
- 15. Miklowitz D.J., Schneck C.D., Singh M.K., Taylor D.O., George E.L., Cosgrove V.E., Howe M.E., Dickinson L.M., Garber J., Chang K.D., Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2013; 52:121–31.
- 16. Morrison A.P., French P., Walford L., Lewis S.W., Kilcommons A., Green J., Parker S., Bentall R.P., Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 2004; 185:291-7.
- 17. Nordentoft M., Thorup A., Petersen L., Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment.

 Schizophr Res, 2006; 83:29-40.
- Percudani M., Cerati G., Angelozzi A., Gruppo di lavoro SIP, *I modelli regionali nelle politiche di salute mentale*. Sistema Salute, 2012; 56:192–204.
- 19. Percudani.M, Corio M., Prato K. et al., *Prevenzione e*trattamento dei disturbi psichici in età giovanile: l'esperienza

 dell'equipe integrata NPIA e psichiatria nel DSM della AO

- *"G. Salvini" di Garbagnate Milanese*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, Volume 8, 2013.
- 20. Phillips L.J., Leicester S.B., O'Dwyer L.E., Francey S.M., Koutsogiannis J., Abdel-Baki A., Kelly D., Jones S., Vay C., Yung A.R., McGorry P.D., The PACE Clinic: identification and management of young people at "ultra" high risk of psychosis. J Psychiatr Pract, 2002; 8:255-69.
- 21. Phillips L.J., McGorry P.D., Yuen H.P., Ward J., Donovan K., Kelly D., Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. Schizophr Res, 2007; 96:25–33.
- 22. Preti A., Cella M., Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness. Schizophr Res, 2010; 123:30–6.
- 23. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013.
- 24. Van der Gaag M., Nieman D.H., Rietdijk J., Dragt S., Ising H.K., Klaassen R.M., Koeter M., Cuijpers P., Wunderink L., Linszen D.H., Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. Schizophr Bull, 2012; 38:1180–8.
- 25. Van der Gaag M., Smit F., Bechdolf A., French P., Linszen D.H., Yung A.R., McGorry P., Cuijpers P., Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. Schizophr Res, 2013; 149:56-62.
- 26. Yung A.R., Phillips L.J., Nelson B., Francey S.M., Panyuen H., Simmons M.B., et al., Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis. J Clin Psychiatry, 2011; 72:430-440.
- 27. Yung A.R., Nelson B., *The ultra-high risk concept-a review*. Can J Psychiatry, 2013; 58:5-12.
- 28. Zeschel E., Bingmann T., Bechdolf A., Krüger-Oezguerdal S., Correll C.U., Leopold K., Pfennig A., Bauer M., Juckel G., Temperament and prodromal symptoms prior to first manic/hypomanic episodes: results from a pilot study. J Affect Disord, 2015; 173:39–44.

Coinvolgimento e interventi con familiari e carers di pazienti con disturbo borderline di personalità

Matteo Porcellana¹, Carla Morganti¹, Florinda Saverino¹, Tiziana Carigi², Giorgio Rossi²

L'individuo che soffre di disturbi psichiatrici, sia lievi sia gravi, vive e ha continui interscambi con un ambiente, micro- o macrosociale, in grado di slatentizzare e rendere acuto il suo disagio o di contenerlo e ridurlo.

La famiglia del paziente costituisce la struttura relazionale privilegiata in cui il soggetto portatore di disagio si trova implicato ed il luogo in cui il disturbo stesso si manifesta più intensamente, comportando un ingente carico emotivo per i familiari. A volte è richiesto un intervento psichiatrico d'urgenza non tanto per la gravità della situazione psicopatologica manifestata dall'individuo, quanto per l'assenza o la mancanza di consistenza del tessuto familiare e sociale circostante il soggetto. Tali richieste derivano dalla rottura della tolleranza e dell'accettazione del disturbo mentale da parte dell'ambiente familiare, indice di una grave rottura dell'equilibrio relazionale con richieste a forte valenza espulsiva o punitiva nei confronti della persona sofferente.

Di fatto, la famiglia è nella vita del paziente una presenza ineluttabile ed irrinunciabile sia nel bene che nel male. Ineluttabile perché l'appartenenza al gruppo naturale in cui si nasce è un dato che fa parte dell'umana esistenza; irrinunciabile perché è molto spesso la famiglia che si occupa dell'assistenza e delle cure.

Se si vuole assumere un approccio integrato biopsico-sociale, sia nel percorso diagnostico che nella cura del disturbo psichiatrico, è dunque fondamentale considerare la famiglia del paziente poiché le cure individuali necessarie al contenimento della malattia, siano esse farmacologiche o psicoterapeutiche, possono essere potenziate o vanificate dall'ambiente in cui il soggetto vive (Bressi et al., 2012).

Sappiamo che il paziente affetto da Disturbo borderline (DB) presenta una forte instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nell'espressione degli affetti, spesso marcate da una grave impulsività ed un cronico sentimento di vuoto. Sovente i pazienti ritengono "gli altri" la causa delle loro difficoltà e le relazioni caotiche e problematiche che instaurano oscillano tra la dipendenza e l'ostilità: da una parte hanno paura di essere annichiliti nelle relazioni intime, dall'altra provano un'angoscia panica al pensiero di essere abbandonati. Cercano quindi di stabilire delle relazioni esclusive in cui non sia possibile il rischio di abbandono ma una volta raggiunta l'intimità sono permeati da un conflitto ambivalente: da una parte temono di essere fagocitati dall'altro e di perdere la propria identità in una primitiva fantasia di fusione; dall'altra provano un'angoscia panica di essere abbandonati. Per prevenire tale abbandono fantasticato possono agire atti autolesivi al fine di richiamare l'altro a sé per essere salvati. Nel tentativo di manipolare gli altri, possono al contrario ottenerne l'allontanamento e, privati dell'attenzione e rassicurazione che cercano, sperimentare un profondo senso di frustrazione a cui possono risbondere con rabbia ed atti impulsivi, talvolta distruttivi (Bressi et al., 2012).

Sul piano psico-evolutivo, secondo Kernberg (1997), i pazienti superano la fase simbiotica, ma si fissano alla fase di separazione-individuazione. Il nodo psicodinamico potrebbe risiedere in un disturbo emozionale della madre durante la fase di riavvicinamento, o per un accesso di aggressività costituzionale del bambino o per difficoltà materne della funzione genitoriale; ne deriva la mancanza di costanza d'oggetto: questi pazienti sono incapaci di integrare gli aspetti buoni e cattivi di se stessi e della loro madre. Attraverso la scissione, sia la madre sia il Sè sono vissuti come oscillanti tra l'essere interamente buoni ed interamente cattivi. Ci saranno momenti in cui il soggetto si sentirà buono e circondato da persone

benevole alternati a momenti in cui egli si sentirà privo di ogni valore tendendo a percepire chi gli sta vicino come cattivo e malevolo e pronto ad abbandonarlo.

I bambini, circa a tre anni, interiorizzano un'immagine materna unitaria e supportiva, in grado di sostenerli anche quando è assente: mancando questa immagine interna presentano una costanza d'oggetto scarsa o assente con intolleranza alla separazione.

Secondo Gerard Adler (1985) una funzione materna inconsistente o insufficiente è causa dell'incapacità del borderline di sviluppare un oggetto interno "contenente-confortante": da ciò derivano sentimenti di vuoto, tendenze depressive e dipendenza adesiva. Nell'assenza di risposte idonee da parte di persone significative, i pazienti vanno soggetti alla frammentazione del Sé con senso di vuoto e panico di annichilimento.

Con queste premesse teoriche, abbiamo cercato gli studi sperimentali presenti in letteratura, notando fin dall'inizio che non esistono ad oggi revisioni sistematiche che dimostrino l'efficacia degli interventi familiari nel paziente borderline.

La maggioranza degli studi sono infatti descrittivi, osservazionali o poco generalizzabili per limitazioni metodologiche e scarsa numerosità del campione.

Uno studio di Feldman e Guttman (1984) descrive le famiglie dei pazienti borderline distinguendo genitori *alessitimici* — incapaci di capire empaticamente il bambino nei suoi bisogni e sentimenti — e genitori *borderline* che usano il bambino come oggetto di proiezioni della loro realtà distorta.

Goldstein (1990) parla di famiglie invischiate, espulsive e idelizzanti/denigratorie. Obiettivo terapeutico dovrebbe essere insegnare ai diversi componenti il valore di una comunicazione efficace dei bisogni fondamentali, per poi cercare forme d'accordo basate sulla negoziazione.

Villeneuve e Roux (1995) descrivono come dovrebbe essere il curante della famiglia di un soggetto borderline: coraggioso, paziente, ottimista, pronto a scontrarsi con persone considerate "intrattabili". L'approccio deve essere

flessibile e psicodinamicamente orientato. La terapia della famiglia si configura comunque come un viaggio pieno di dolore, incertezze e meraviglia sia per la famiglia che per il terapeuta.

Gunderson et al. (1997) ricordano le caratteristiche del disturbo borderline (DB) in termini di deficits: discontrollo degli affetti e degli impulsi, pensiero dicotomico, utilizzo di meccanismi di difesa come la scissione, intolleranza alla solitudine. La psicopatologia della famiglia viene spesso negata, mentre sono comuni i conflitti, la rabbia e l'alta frequenza di esperienze traumatiche (75%). Nonostante un'alta percentuale di drop-out, capita spesso che la terapia della famiglia sia vista dai pazienti come un'occasione per parlare finalmente coi propri genitori, costretti ad ascoltarli dalle "regole" setting terapeutico. Sostenitori di un approccio psico-educazionale, gli autori considerano quale problema principale la difficoltà di comunicazione per cui distinguono 2 fasi di intervento: una di valutazione ed una di trattamento multi-familiare.

Il modello psico-educativo, già dimostrato efficace per schizofrenia, disturbo bipolare e depressione maggiore, è certo il più studiato anche per i familiari di pazienti borderline, soprattutto perché facilmente definibile in termini operativi e misurabile oggettivamente a livello sperimentale (in *Tabella 1* sono riassunti i principali modelli manualizzati).

Come variabile di *outcome*, diversi studi citano il costrutto dell'Emotività Espressa (EE) precisando tuttavia che nel disturbo borderline, contrariamente a quanto dimostrato per la schizofrenia, l'Ipercoivolgimento Emotivo (EOI) esercita un effetto positivo sul paziente che, bisognoso di costanti conferme e rassicurazioni, troverà beneficio dal coinvolgimento della famiglia (Hooley e Hoffman, 1999).

Decisamente scarsi i dati d'efficacia sulle terapia ad orientamento analitico, tra cui possiamo citare uno studio preliminare di Marcinko e Bilic (2010) condotto su 30 pazienti femmine, in comorbilità con disturbi alimentari e reclutate alla Clinica Psichiatrica dell'Università

Autore	Caratteristiche
Gunderson et al. (1997)	Le principali difficoltà avvertite dai familiari riguardano: comunicazione, rabbia, suicidalità. È prevista una fase di valutazione seguita da una terapia multifamiliare di gruppo (4-7 famiglie) con lo scopo di sviluppare tecniche di problem-solving
Hoffman et al. (1999) DBT-family skills training	Modello della DBT, importanza di educazione, sviluppo di capacità, e cambiamenti ambientali. Terapia di gruppo settimanale per 6 mesi; ogni seduta prevede una fase didattica ed una seconda di applicazione pratica dei concetti.
Hoffman et al. (2005) Family Connections program	Modello della DBT, intervento multi-familiare di 12 settimane con i seguenti obiettivi: fornire informazioni aggiornate sul disturbo borderline, sviluppare le capacità di coping, dare l'opportunità di costituire una rete di supporto per i familiari
Fruzzetti (2006)	Modello variabile. DBT con coppie e famiglie; informazione e gestione dei comportamenti suicidari, aggressivi e dell'uso di sostanze.

DBT=Dialectical Behavior therapy

di Zagabria. I 15 casi hanno ricevuto farmacoterapia, terapia individuale e terapia familiare orientata psico-dinamicamente, i 15 controlli soltanto farmacoterapia e terapia individuale. I risultati, limitati dalla scarsa numerosità del campione, hanno evidenziato tra le pazienti trattate anche con terapia familiare minori livelli di depressione e suicidalità (valutate rispettivamente con *Beck Depression Inventory e SUAS*).

Rispetto alle Linee Guida internazionali, l'utilità dell'approccio psico-educazionale, seppur sostenuto da dati limitati, è confermato nelle linee guida dell'APA (2001).

Gli obiettivi saranno: aumentare la consapevolezza del disturbo, migliorare le relazioni tra il paziente ed i membri della famiglia ed il funzionamento familiare in generale.

Gli studi di letteratura citati sono costituiti da case reports e dal manuale di John Gunderson (2001) che ha dimostrato l'efficacia del modello psico-educativo nel migliorare la comunicazione e ridurre il carico emotivo e la conflittualità familiare.

La linea guida NICE (2009) ha coinvolto i familiari nel gruppo di lavoro dedicando un intero capitolo alla loro esperienza ed, in sintesi, viene suggerito – previo consenso del paziente - di: incoraggiare familiari e caregivers a partecipare al programma terapeutico, garantire la possibilità di accesso dei familiari ai Servizi, informare i familiari riguardo all'esistenza di gruppi locali di supporto

Vengono quindi citati quattro studi, di cui soltanto due considerati "rilevanti", aventi come oggetto il Family Connections program (FC), un modello manualizzato educativo di gruppo a 12-settimane fortemente influenzato dai principi della Dialectical Behavior Therapy (DBT). Il Programma riconosce essenzialmente 3 obiettivi fondamentali (educazione/informazione, sviluppo delle capacità individuali e familiari, supporto sociale) ed in ogni gruppo è possibile distinguere una componente didattica, pratica, di discussione e di supporto (Hoffman et al., 2005; 2007).

Nel primo studio (Hoffman et al., 2005) i 44 partecipanti (34 famiglie) sono stati valutati prima del trattamento, alla conclusione e ad un follow-up di 6 mesi

mediante la somministrazione di Burden Assessment Scale and Perceived Burden Scale, Revised Centre for Epidemiological Studies Depression Scale, Grief Scale, Mastery Scale con l'evidenza di una riduzione del carico emotivo, del dolore percepito e della capacità di controllo. I risultati, mantenuti al follow-up, non hanno mostrato differenze rispetto alla variabile depressione. Le stesse conclusioni sono emerse nella replicazione successiva dello studio con 55 soggetti (Hoffman et al., 2007) seguiti con un follow-up di 3 mesi.

È curioso sottolineare che gli stessi autori in uno studio precedente (Hoffman et al., 2003) avevano evidenziato che la sola conoscenza del DB aumentava il carico emotivo ed i livelli di distress, depressione ed ostilità in 32 familiari di pazienti borderline, suggerendo che la sola consapevolezza del disturbo non fosse terapeutica, ma addirittura negativa.

Ancora rispetto alla DBT di gruppo, uno studio esplorativo più recente di Regalado et al. (2011) ne ha evidenziato l'efficacia su un campione di 42 familiari con riduzione del carico emotivo e dei sintomi somatici e psicologici.

Visti i dati sperimentali, è utile ricordare alcune premesse teoriche della DBT.

La realtà è concepita come un sistema complesso di forze interne in continuo cambiamento; l'analisi di una componente del sistema, quindi, ha un valore limitato se non si considera la relazione tra la parte ed il sistema in toto. Come ribadito più volte, l'aspetto caratteristico dei pazienti con disturbo borderline è l'instabilità affettiva che li pervade. Secondo la teoria biosociale, questa instabilità è determinata dall'integrazione di una "vulnerabilità emozionale" e di una "invalidità ambientale"; dalla relazione, quindi, di componenti biologiche, individuali ed ambientali. I pazienti percepiscono una marcata sofferenza soggettiva e le loro famiglie vivono un'esperienza altrettanto dolorosa. Sempre i familiari sono portatori di una loro "idea" della patologia del congiunto e metteranno in atto delle proprie tecniche

terapeutiche. Se vogliamo davvero che diventino alleati e compagni di terapia è essenziale prendere in considerazione queste idee. Sia i pazienti che i membri della famiglia richiedono, infatti, molte conferme durante il trattamento, soprattutto all'inizio, quando si sta formando l'alleanza terapeutica. Stabilita l'alleanza, la Terapia si proporrà di: diminuire gli aspetti familiari negativi (conflitti, violenze, mancanza di considerazione, psicopatologia dei familiari), migliorare le loro capacità comunicative e capacità di riconoscere ed esprimere le emozioni; aumentare i fattori positivi (calore affettivo, stabilità familiare, motivazione, coesione, adattabilità); migliorare la qualità dei rapporti interpersonali.

Le Linee guida australiane (2012), pur ribadendo che non ci sono dati sufficienti evidence-based che dimostrano l'efficacia degli interventi su familiari e carers, affermano che la famiglia ha un ruolo molto importante nella recovery del paziente e concludono con 6 raccomandazioni :

Familiari, coniugi e carers di pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP) dovrebbero essere inviati ai Servizi di supporto o a programmi di psicoeducazione, dove disponibili,

- ricevere adeguate informazioni sul DBP,
- essere coinvolti nella gestione di un "piano crisi"- se possibile - con il consenso del paziente,
- essere informati sulla gestione dei tentativi suicidari e dei comportamenti auto-lesivi,
- essere consigliati sulle modalità relazionali da attuare con i pazienti (mostrando quindi empatia e non atteggiamenti giudicanti, incorraggiandoli all'indipendenza ed a prendere le proprie decisioni, limitandosi ad intervenire soltanto in caso di necessità; ascoltarli quando esprimono preoccupazioni e problemi),
- nel discutere di eventi traumatici, come abusi o violenze, gli operatori dovrebbero minimizzare gli aspetti stigmatizzanti ed i vissuti di colpa e vergogna

Oltre alle Linee guida internazionali, possiamo citare alcune importanti indicazioni italiane.

Le Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi

Gravi di Personalità delle Ragione Emilia Romagna (2003) confermano la necessità di coinvolgimento dei familiari e riconoscono specifici fattori locali facilitanti:

- collaborazione con le associazioni di familiari,
- servizi di prossimità in collaborazione con le associazioni dei familiari,
- percorsi per famiglie problematiche,
- accessi dedicati per familiari con dipendenze patologiche.

In linea con il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24.01.2013, è stata poi elaborata una Proposta di accordo Stato-Regioni sulla definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, dell'umore e gravi di personalità (2014).

Lo strumento di definizione del piano di cura resta il Contratto Terapeutico, la cui stesura prevede la partecipazione attiva dei familiari. Verranno stabiliti gli obiettivi del trattamento e gli specifici steps intermedi, le competenze richieste alla famiglia del paziente e, come indicatore, si valuterà l'intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari, ovvero la percentuale di pazienti i cui familiari ricevono più di 2 interventi specifici (colloqui, psicoterapia familiare, gruppi di familiari, interventi di carattere psicoeducativo).

In sintesi, nonostante non vi siano ad oggi sufficienti dati evidence-based a dimostrare l'efficacia degli interventi familiari nel paziente borderline, le Linee guida internazionali concordano sull'utilità del coinvolgimento di familiari e carers nel programma terapeutico.

In particolare, l'approccio psico-educativo è certo il più consigliato e diffuso con la presenza in letteratura di diversi modelli manualizzati, soprattutto a carattere gruppale.

COINVOLGIMENTO E INTERVENTI CON I FAMILIARI IN ETÀ EVOLUTIVA

Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento degli

adolescenti è mandatorio in ogni campo della psicopatologia. I disturbi di personalità non fanno eccezione rispetto alla necessità di seguire i familiari, oltre al paziente, e il ruolo del trattamento della famiglia degli adolescenti borderline è da considerarsi cruciale (NICE, 2009).

Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento ha un valore doppio perché, se da un lato, problemi all'interno della famiglia (relazionali, psicopatologici, sociali ecc.), sia pregressi sia attuali, assumono rilevanza nello sviluppo e/o nel mantenimento dei problemi dei figli, dall'altro,l'impatto che i sintomi del disturbo borderline in un adolescente possono avere sulla famiglia è considerevole, implicando ulteriore fatica nei genitori e la persistenza di pattern disadattivi che finiscono col sostenere i comportamenti borderline nel tempo. Particolarmente condizionata dal disturbo del figlio risulta, nei genitori, la salute emotiva. In particolare, i sintomi correlati con l'intensità dell'impatto sui genitori, di un campione di 233 ragazze con BPD, sono risultati rappresentati da comportamenti di acting out, distruzione di proprietà, cedimenti dell'esame di realtà (Goodman et al., 2010).

Sulla scorta dell'impatto biunivoco tra sintomi del paziente borderline e pattern familiari disadattivi, in una prospettiva terapeutica, il tentativo di modificare i comportamenti disfunzionali senza agire contemporaneamente sui fattori familiari e viceversa ha scarse probabilità di essere efficace.

Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento ha, pertanto, diverse indicazioni.

Innanzi tutto, la famiglia rappresenta un valido alleato come fonte di informazioni. In una prima fase, i colloqui con i genitori forniscono al terapeuta informazioni sulla modalità relazionale dei pazienti e permettono di focalizzare gli interventi.

I genitori possono, poi, svolgere un ruolo essenziale nella gestione di un adolescente con BPD, sostenendoli nell'utilizzo delle competenze imparate in terapia o utilizzandole loro ed imparando a modificare la modalità di risposta ai comportamenti patologici dei ragazzi.

Partendo da questo presupposto, i genitori dovrebbero essere sentiti come partner, piuttosto che come oggetti del trattamento (Miller et al., 2007).

All'interno di un'ottica in cui i genitori siano parte integrante del trattamento, innanzi tutto come alleati, fondamentale diventa il riconoscimento, da parte del terapeuta, della sofferenza dei genitori. I genitori hanno il bisogno di sentirsi dire che la loro rabbia, il loro senso di colpa, la loro ansia sono normali e possono essere controllati per evitare un'esacerbazione dei comportamenti patologici dei figli. Il terapeuta ha il compito di sostenere la loro forza e di evitare di aggravare il loro senso di colpa (Larrivée et al., 2013).

In alcuni casi, inoltre, riconoscere ed accogliere la sofferenza dei genitori ed affrontare le problematiche familiari può rappresentare la prima occasione che i genitori hanno per essere aiutati rispetto alle proprie difficoltà personali.

Infine, partendo dal presupposto che la vulnerabilità genetica nell'espressione del disturbo, un intervento sulla famiglia può risultare protettivo (Bornolova et al., 2009).

In generale, l'approccio psicoeducativo è considerato l'intervento base con la famiglia. I genitori hanno, innanzi tutto, bisogno di informazioni sul disturbo: i sintomi, quello che è noto sull'eziologia, sulla vulnerabilità degli adolescenti alla disregolazione emotiva e comportamentale, sui trattamenti suggeriti. Progressivamente, all'interno di un approccio che possa essere psicoeducativo opsicodinamicamente orientato, i genitori dovrebbero essere sostenuti nel considerare le modalità disfunzionali in un'ottica estesa alle dinamiche familiari, nel comprendere il funzionamento dell'adolescente, nel trovare modalità di comunicazione e confronto con lui più efficaci, per una riduzione delle interazioni negative e dei circoli che sostengono le modalità disfunzionali, prime fra tutte le sollecitazioni derivanti dalle minacce o dalla messa in atto di agiti autolesivi. Infine, mentre vengono riconosciuti nell'intenso livello di preoccupazione e frustrazione, i genitori possono anche essere sostenuti in un'ottica di

speranza, rimandando loro che qualcosa può essere fatto.

In considerazione del ruolo essenziale del lavoro con la famiglia e sulla scorta di tali obiettivi, il coinvolgimento dei genitori è previsto nella maggior parte dei programmi di trattamento, dalla Dialectical Behavioural Therapy (DBT), in particolare con l'adattamento per adolescenti e giovani adulti (DBT-A), che prevede specifiche modalità di coinvolgimento della famiglia (Fleishaker et al., 2011), alla Mentalization-based Therapy (MBT), all'Emotion Regulation Training (ERT), alla Cognitive Analytic Therapy (CAT), all'Integrative Borderline Adolescent Family Therapy (IAFT), specificamente strutturato per adolescenti boderline che fanno uso di sostanze (Santisteban et al., 2015).

D'altra parte, pur considerando l'importanza del coinvolgimento dei caregivers nel trattamento, non ci sono sufficienti studi di valutazione dei trattamenti stessi (eccetto per quanto riguarda la MBT che è attualmente l'unico trattamento per cui sia disponibile uno studio randomizzato controllato che ne sostiene l'utilizzo) (Rossouw e Fonagy, 2012). In particolare, non sono disponibili studi a supporto del valore del coinvolgimento della famiglia nel trattamento. Allo stesso modo, esperienze come quella di Terapia Sistemica della Famiglia della scuola milanese, che non sono supportate da studi controllati nel campo dei disturbi di personalità, non vengono riportate in questo documento.

Pur con i presupposti visti prima sull'importanza di uno spazio di terapia rivolto ai genitori, va considerata la possibilità che la severità dell'eventuale psicopatologia dei familiari possa influenzare negativamente il trattamento e che i disturbi gravi possano rendere la collaborazione con la famiglia impossibile o comportare esigenze di tutela che rendono ulteriormente problematica l'alleanza con i genitori.

Dall'altra parte, occorre anche considerare che, in alcuni casi, il coinvolgimento dei famigliari può essere quanto è possibile fare con adolescenti che non consentono o non sono motivati al trattamento individuale, anche se non esistono particolari studi di conferma di questa linea di gestione dei problemi.

Nell'impostazione del progetto di terapia, per altro, gli adolescenti devono consentire il coinvolgimento dei genitori ed i genitori devono essere consapevoli che, se i ragazzi chiedono di essere seguiti individualmente, ciò va consentito in favore della alleanza terapeutica (focus group).

Nel coinvolgere i genitori nel trattamento, infine, va considerato il ruolo della riservatezza. Il terapeuta deve anche essere chiaro fin dall'inizio con il paziente e la famiglia su tale tema. La riservatezza dovrebbe essere rotta se la sicurezza del paziente è a rischio, se ci sono piani suicidari o di agiti contro altri, con l'intento di metterli in atto, o in caso di abuso sessuale o fisico o di neglect. In merito agli agiti autolesivi, il modello DBT suggerisce che la preoccupazione dei genitori venga riconosciuta pur spiegando che non verrà condiviso qualsiasi agito a meno che non rappresenti un rischio per la vita o che non ci sia un'escalation incontrollabile nel comportamento. Questo può permettere all'adolescente di sentirsi più a proprio agio nel condividere i propri comportamenti. Qualora diventi necessario rompere il diritto alla riservatezza, il paziente dovrebbe essere coinvolto il più possibile nel processo (Larrivée et al., 2013).

- *Dipartimento di Salute Mentale, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
- 2. **SC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASST Sette Laghi, Varese

Correspondence: Matteo Porcellana, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Piazza Ospedale Maggiore, 3 20100 Milan, Italy Email: matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it tel:+39-0264445438

BIBLIOGRAFIA

- Bressi C., Porcellana M., Nocito E.P., Famiglia e disturbi psichiatrici. In: Invernizzi G., Bressi C., eds. Psichiatria e Psicologia Clinica IV edizione. McGraw-Hill, Milano, 2012: 561-590.
- Bressi C., Disturbi di Personalità. In: Invernizzi G., Bressi C., eds. Psichiatria e Psicologia Clinica – IV edizione. McGraw-Hill, Milano, 2012: 401-440.
- Kernberg O.F., Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità. In: Clarkin J.F., Lenzenweger M.F., eds. I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie. Cortina, Milano, 1997.
- 4. Adler G., Borderline psychopathology and its treatment.

 New York: Jason Aronson, 1985
- 5. Feldman R.B., Guttman H.A., Families of borderline patients: literal-minded parents, borderline parents, and parental protectiveness. Am J Psychiatry, 1984; 141 (11), 1392-6.
- 6. Goldstein L.A. Borderline disorders. Guilford Press, 1990.
- 7. Villeneuve C., Roux N. Family therapy and some personality disorders in adolescence. Adolesc Psychiatry 20, 365–80, 1995.
- Gunderson J.G., Berkowitz C., Ruiz-Sancho A., Families of borderline patients: a psychoeducational approach.
 Bull Menninger Clinic, 1997; 61(4), 446-57.
- 9. Hooley J.M., Hoffman P.D., Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 1999; 156, 1557–1562.
- 10. Marcinko D., Bilic V., Family therapy as addition to individual therapy and pharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from borderline personality disorder with comorbidity and positive suicidal history. Psychiatr Danub, 2010; 22(2), 257–60.
- 11. American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.Washington DC: APA, 2001.
- 12. Gunderson J.G., *Borderline Personality Disorder: a clinical guide*. Washington DC, American Psychiatric Press, 2001.

- 13. National Collaborating Centre for Mental Health, Borderline personality disorder: treatment and management. National Clinical Practice Guideline N. 78. Leicester: The British Psychocological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2009.
- 14. Hoffman P.D., Fruzzetti A.E., Buteau E., Neiditch E.R., Penny D., Bruce M.L., Hellman F., Struening E., Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. Fam Process, 2005; 44, 217–225.
- 15. 15. Hoffman P.D., Fruzzetti A.E., Buteau E., Understanding and engaging families: an education, skills and support programme for relatives impacted by borderline personality disorder. Journal of Mental Health, 2007; 16, 69–82
- 16. Hoffman P.D., Buteau E., Hooley J.M., Fruzzetti A.E., Bruce M.L., Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondance with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion.

 Family Process, 2003; 42, 469–478.
- 17. Regalado P., Pechon C., Stoewsand C., Gagliesi P., Family relatives of persons with borderline personality disorder: a pre-experimental study of a group intervention. Vertex, 2011; 22(98), 246–52.
- 18. National Health and Medical Research Council, Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. National Health and Medical Research Council, Melbourne, 2012.
- 19. Regione Emilia Romagna, Servizio Salute mentale, Dipendenze patologiche e salute nelle carceri. Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità, 2003.
- 20. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

 Proposta di accordo Stato-Regioni sulla definizione dei percorsi
 di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i
 disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di
 personalità. Roma, 16 ottobre 2014.
- Goodman M., Patil U., Triebwasser J., Hoffman P.,
 Weinstein Z.A., New A. Parental burden associated with
 borderline personality disorder in female offspring.
 J Pers Disord, 2010; 25:59-74.

- 21. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M., Including families in treatment. In: Dialectical Behavior Therapy With Suicidal Adolescents. New York, NY; London, UK: The Guilford Press, 2007; 187–209.
- 22. Larrivée M.P., Borderline personalitydisorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. Dialogues Clin Neurosci Jun 15(2),2013,171-9
- 23. Bornovalova M.A., Hicks B.M., Iacono W.G., McGue M., Stability, change, and heritability of borderline personalitydisorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. Dev Psychopathol, 2009; 21:1335–1353
- 24. Fleischhaker C., Böhme R., Sixt B., Brück C., Schneider C., Schulz E., Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and selfinjurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. Child Adolesc Psychiatry Ment Health Jan 28, 2011; 5(1):3
- 25. Santisteban D.A., Muir J.A., Pena M.T., Mitrani V.B., Integrative Borderline Adolescent Family Therapy: Meeting the Challenges of Treating Adolescents With Borderline Personality Disorder. Psychotherapy (Chic) Winter;40(4):251-264, 2003
- 26. Rossouw T.I., Fonagy P., Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial.
 J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2012; 51:1304–1313
- 27. Hoffman P.D., Fruzzetti A.E., Swenson C.R., *Dialectical behavior therapy family skills training*. Fam Process, 1999; 38: 399–414.
- 28. Fruzzetti A.E., The High conflict couple: a dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy and validation.

 Oakland, CA: New Harbinger Press, 2006.



PSICHIATRIA FORENSE

L'importanza della cartella clinica

Renato Mantovani 1

74

na recente sentenza della Corte di Cassazione Civile, del novembre 2016, ha evidenziato come sia un chiaro quanto inderogabile obbligo del sanitario tenere la cartella clinica del paziente in modo adeguato.

Infatti questo importantissimo documento in caso di contestazione di una specifica colpa medica viene ad avere una primaria valenza di prova sulla reale attività clinica al fine di dimostrare che la condotta degli operatori sanitari sia stata astrattamente idonea o meno a cagionare un lamentato danno al paziente e imputabile quanto tale a malpractice.

Questo comporta che qualora al medico sia imputata una non corretta condotta clinica e da questa ne sia derivato un evento avverso non si può ritenere, in presenza di una difettosa tenuta della cartella clinica, che la colpa del professionista non sia provabile per assenza di una idonea documentazione che la dimostri.

Una tale circostazna (cartella con carenze documentali), secondo la Corte di Cassazione, non vale ad escludere la sussistenza del nesso causale tra la contestata colposa condotta del medico e le conseguenze dannose sofferte dal paziente, ove risulti provata la colpa professionale con altri elementi acquisiti in corso di causa.

La cartella carente delle dovute informazione che dovrebbe invece contenere consente anzi il ricorso alla presunzione della responsabilità professionale del medico per le omissioni nella tenuta della cartella clinica al medesimo imputabili che come tali rilevano sia ai fini della figura sintomatica dell'inesatto adempimento per difetto di diligenza.

Il medico ha infatti l'obbligo di controllare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella, obbligo la cui violazione configura difetto di diligenza ed inesatto adempimento della corrispondente prestazione medica che nella cartella dovrebbe essere scrupolosamente evidenziata in ogni singolo dettaglio.

pertanto opportuno sottolineare come la cartella clinica rappresenti l'espressione primaria del rapporto medico-paziente-struttura ospedaliera: costituisce il diario clinico che accompagna tutto il periodo di degenza ed i dati che vi sono registrati sono di estrema utilità non solo e primariamente per il paziente ma anche per la comunità scientifica.

Proprio per tali ragioni l'attività di compilazione della cartella clinica, compito generalmente non particolarmente amato dal personale medico, deve essere puntualmente e correttamente eseguita. Il medico ha il dovere di esprimere con chiarezza, anche grafica, il suo operato: tale obbligo gli é imposto, tra l'altro, anche dal codice di deontologia professionale che così recita: "La cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo corso, le attività diagnostiche — terapeutiche praticate".

Il concetto della dovuta chiarezza è stato ribadito anche dal garante della privacy che ha censurato il comportamento di medici dipendenti da un'azienda opsedaliera lombarda perché non avevano messo il paziente nelle condizioni di comprendere la diagnosi su di lui effettuata a causa di una pessima grafia e perché alcuni esami di laboratorio erano indicati solamente con delle sigle.

(1) Avvocato esperto di psichiatria forense renato.mantovani@milano.pecavvocati.it

75

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure. **Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

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

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (Bergamo)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (U. Mi Bicocca)

Segretario:

Mauro Percudani (Garbagnate, Mi)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (Milano)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (Bergamo)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (Somdrio)
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