



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXVIII • n. 2 • luglio-dicembre

IN PRIMO PIANO

3 Due paranoie contemporanee
di Giannelli A.

7 Programma della Società
Italiana di Psichiatria per gli
anni 2015-2018
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

16 L'ADHD nell'adulto
*Misdiagnosi e incidenza della
patologia nei servizi*
*di Migliarese G., Venturi V., Cerveri G.,
Mencacci C.*

26 Terapia della depressione nei
pazienti anziani
di Zarattini F.

49 L'efficacia del trattamento
psicologico in un campione
di soggetti di età compresa
tra i 14 e i 24 anni afferenti
ad un'UOC di Psicologia
Clinica di un DSM:
uno studio pilota
*di Bellotti M., Palmisano G.L.,
Galbiati C., Valentini T., De Isabella G.*

39 Auto-aiuto: un percorso
di salute mentale
*Esiti quantitativi e qualitativi
di un gruppo sperimentale in
un centro Diurno per persone
con disagio psicosociale*
*di Midili G., Frediani G.P.,
Monti P., Cerveri G., Mencacci C.*

56 La Psichiatria sociale in Italia:
l'XI Congresso della Società
Italiana di Psichiatria Sociale
"Salute mentale in Tempi di
Crisi"
Luciano M., Fiorillo A.

PSICHIATRIA FORENSE

61 Lo psichiatra e le linee guida
di Mantovani R.

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, in-
dirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati
unicamente per l'invio di questo periodico e di altro
materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi
non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni
ai dati in nostro possesso può contattare la redazione
scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

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

IN COPERTINA: *Mademoiselle Pogany II*
Constantin Brancusi, 1920
Charlotte A. Watson Fund

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

Due paranoie contemporanee

Alberto Giannelli

Da quella straordinaria fucina di idee che è stata la rivoluzione francese nasce il gesto di Pinel che libera i folli dalle catene, prima a Bicêtre e poi alla Salpêtrière. Nel 1800 pubblica il *Trattato medico-filosofico*, da alcuni considerata l'opera che inaugura la psichiatria moderna, dando inizio al *trattamento morale* dentro i manicomi, ma a lui viene anche attribuita l'invenzione della camicia di forza. Per dovere di cronaca va ricordato che Chiarugi a Firenze anticipa, sia pure di poco, l'umanizzazione del trattamento dei malati. Altrettanto hanno fatto Tuke a New York e Connolly a Londra.

Sull'Europa cristiana (cattolica e luterana) calano, a partire dai primi anni trenta del secolo scorso, le tenebre del nazional-socialismo: *Hitler* arriva al potere assoluto il 30 gennaio 1933. Da allora fino alla soluzione finale, messa a punto nella conferenza di Wannsee del 1942, sei milioni di ebrei e cinquecentomila scinti, rom, *malati di mente*, omosessuali, cattolici del Zentrum, evangelici e comunisti vengono sterminati nei lager. *La strategia*

delirante (paranoica), già anticipata in *Mein Kampf*, mira con spietata lucidità e crudele coerenza a liberare l'umanità da esseri inferiori indegni di vivere, comunque vissuti come nemici del III Reich. La *psichiatria* si mostra *subalterna* a quella ideologia delirante e al potere che ne è derivato. Alcune volte, addirittura intenzionalmente partecipe, altre anticipatrice. Ci sono al riguardo autorevoli testimonianze di psichiatri tedeschi contemporanei. Va però ricordato il *putsch* del 1938, quando un gruppo di psichiatri appoggiato da ufficiali della Wehrmacht tenta di fare internare il Führer come malato di mente.

A contendere a Hitler il primato dei crimini contro l'umanità è *Stalin* (questo è il soprannome, da lui stesso scelto, che vuol dire *uomo di acciaio* - il suo vero nome

è per noi impronunciabile: Iosif Vissarionovic Dzugasvili), che raggiunge il potere assoluto nella seconda metà degli anni venti e per il quale la diagnosi di *grave paranoia* è fuori discussione: tra l'altro, fatta dopo un colloquio privato con lui da una celebrità del tempo, il dr. Bekhterev, che poche ore



Pinel libera i malati nell'ospedale della Salpêtrière nel 1795

dopo averla pronunciata perde (misteriosamente) la vita in un albergo di Mosca. Il gulag di Stalin precede di qualche anno il lager di Hitler, la grave carestia in Ucraina dei primi anni trenta, voluta dal dittatore, è paragonabile, con i suoi oltre cinque milioni di morti, *metà dei quali bambini*, al genocidio degli ebrei. Per dovere storico, va però detto che i primi ghetti sorgono a Venezia nel 1515, che a Strasburgo vengono in un solo giorno del 1343 mandati al rogo duemila ebrei e che nei primi anni del novecento a Vienna si insozzano le vetrine dei negozi invitando a non comprare dagli ebrei (*Kauft nicht bei den Juden!*): il giovane Hitler certamente le vede e non le dimentica (Luigi Zoja: *Paranoia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011). Ma, come si è appena visto, il connubio tra paranoia e politica nasce prima, almeno nel XIV secolo, dunque alcuni secoli prima di lui e del suo regime, tanto folle quanto lucido e spietato.

La paranoia, da individuale diventata rapidamente collettiva, ha fatto la storia del novecento, e non solo della sua prima metà. È stato giustamente sottolineato da Zoja che *la follia ha sterminato più masse umane delle epidemie di peste*. Ma contro di essa la psichiatria non ha potuto (saputo) fare alcunché, anzi spesso ha *colluso* con le folli ideologie dominanti. Va anche segnalato che alcune delle terapie di shock, sempre negli anni trenta del secolo scorso, sono nate in paesi satelliti del III Reich (per la verità, a quell'epoca la psichiatria era sprovvista di altri mezzi terapeutici, eccezion fatta per la malarioterapia).

Altri popoli sono stati e sono vittime della paranoia, malattia altamente contagiosa, in epoche diverse: Centro- Sud America, Nigeria, Nord-Corea, Cambogia, Irak, Libia etc. Anche altri a noi più vicini, ad esempio quelli balcanici (lo *psichiatra* Radovan Karadzic è at-

tualmente sotto processo all'Aja per crimini di guerra e genocidio commessi nella ex Jugoslavia negli anni novanta). Nella Russia di Putin, del tutto recentemente, dissidenti politici sono stati internati in Ospedale Psichiatrico. La *psichiatria italiana*, sia pure in forma attenuata, ha colluso anch'essa con la dittatura, quella fascista: il caso di Benito Albino, figlio illegittimo di Mussolini, e di sua madre, Ida Dalser, entrambi internati in manicomio, ne è un esempio significativo. Mi sono già occupato di questo e altri problemi in *L'attualità della paranoia*, www.psichiatriaoggi.it, 2012. Ma da noi, e da molto tempo ormai, *la psichiatria non è subalterna al potere politico*, né, al di là di tutto, corre questo rischio in quanto tale potere muta continuamente: *in circa 70 anni di repubblica abbiamo avuto 66 esecutivi, cioè 66 crisi di governo*.

Ma la paranoia o, se si preferisce, *la follia continua a fare la storia*, a partire dagli albori del nuovo millennio. Ma oggi con una caratteristica ben precisa, quella di stampo religioso, non per questo meno truce, anzi, se possibile, peggiore di quella del secolo scorso. È dispersa nel tempo e nello spazio, mossa dal carisma non di questo o quel personaggio ma di più personaggi spesso non facili da individuare, ha assunto una sua globalità tramite l'uso raffinato dei mezzi informatici, si configura nella imprevedibilità degli attacchi che irrompono anche sulla quotidianità della gente comune, si avvale di enormi quantità di denaro, di armi e di uomini reclutati anche negli stessi paesi dove intende colpire. Infatti, coloro che ne sono contagiati vendono direttamente petrolio estratto dai pozzi sequestrati, incassano soldi dai rapimenti con richieste di riscatto, dai beni confiscati e dalle tasse imposte alle popolazioni locali, dal supporto finanziario dei paesi alleati del golfo persico, dal saccheggio di banche nelle città irachene conquistate. Il loro ambizioso obiettivo

finale è quello di costruire un impero islamico i cui confini vengano tracciati dai combattenti musulmani anziché dai politici di quel mondo, quello occidentale, che vogliono sottomettere al loro potere in primis religioso, ma anche politico e militare.

A differenza di quella che ha fatto la storia del secolo passato, *la follia che oggi imperversa sull'occidente è già di per sé collettiva*, non nasce individuale per farsi poi, appunto, collettiva. *Nasce e agisce in nome di Dio, da subito*. Non è il Dio di Abramo, Isacco e Giacobbe, ma è Allah, che ha parlato per mezzo del suo profeta, Maometto. Sembra che i terroristi dimentichino o molti di loro nemmeno sappiano che anche quello islamico è un monoteismo abramitico. Proclamando che Allah è grande, uccidono, violentano, umiliano uomini, donne, vecchi, bambini (spesso privati della loro infanzia innocente: addestrati all'uso delle armi o addirittura imbottiti di tritolo perché esplodano nei giorni di mercato, in mezzo alla gente). Posseduti dalla cieca, delirante convinzione che sia il loro Dio a volere tutto questo, non esitano a portare la morte anche dei loro stessi correligionari, che chiamano infedeli, e sono la stragrande maggioranza del mondo islamico. E, a differenza dei persecutori del secolo scorso che uccidevano badando però a salvarsi la vita, sono pronti a sacrificare la propria in una sorta di radiosa e aberrante esultanza. Questi persecutori del nuovo millennio rappresentano il più barbaro e crudele dei movimenti jihadisti e trovano nelle frustrazioni e nella rabbia delle periferie di molte città europee un fertile terreno di proselitismo. La mancata risposta unitaria dell'Europa, già a partire da come gestire il fenomeno della migrazione, l'assenza di una sua comune strategia politica e militare e la sua incapacità a tessere un serrato dialogo culturale e inter-religioso testimoniano della sua impotenza di fronte a un fenomeno che sta

assumendo proporzioni sempre più preoccupanti. Né le due grandi potenze a livello mondiale riescono a parlare con una sola voce e a direzionarsi verso un unico traguardo.

Che tale fenomeno sia una paranoia dilagante e (almeno per ora) incontrollabile non c'è dubbio, e noi, in quanto psichiatri oltre che cittadini, ci rendiamo ben conto della impossibilità a fronteggiarla. La stessa impotenza che la psichiatria di ieri e quella di oggi mostrano nei confronti di quella individuale. Nei riguardi di quest'ultima né il progresso psicofarmacologico né quello delle neuroscienze ci mette in condizioni di mettere in atto efficaci presidi di prevenzione e di cura. La paranoia, sul piano del lessico psicopatologico, è da anni sostituita dai disturbi deliranti cronici, una terminologia, questa, meno incisiva e stringente, anche tenendo conto che paranoia ha un etimo greco che significa *al di là della mente*. Nessuno dei quadri che la psichiatria clinica conosce ha la stessa virulenza della paranoia, l'unica vera malattia capace di contagiare interi gruppi sociali o addirittura uno o più paesi come anche le esperienze vissute nel novecento ci insegnano, fino a incarnare catastrofi etnocide o razziste. *Il suo passaggio da individuale*, magari mascherata da un'accorta condotta socialmente accettabile, a volte ineccepibile, *a collettiva*, dipende da una serie di fattori sui quali mi sono soffermato nell'articolo precedentemente citato. Qui voglio solo sottolineare come nella paranoia, spontanea o indotta, naturale o sovranaturale che sia, *il delirio si pone a priori come verità che non ha bisogno né di essere dimostrata né di essere creduta o condivisa*. Per i terroristi del nuovo millennio la verità discende direttamente da Allah, essi non si pongono il problema di altre verità e di altre divinità possibili. Il delirio va al di là dei suoi contenuti religiosi o mistici, è cosmico, irreversibile,

definitivo. Se Hannah Arendt fosse presente a questa tragica vicenda che stiamo vivendo, esclamerebbe ancora: “Sua Maestà la follia, la grande tiranna del nostro tempo!” (Arendt H., *Le origini del totalitarismo*. Einaudi, Torino, 2004).

A questa paranoia se ne contrappone un'altra, quella di coloro che, professando o dicendo di professare altre fedi, sono determinati a combattere la prima respingendo indistintamente tutti i migranti, chiudendo le frontiere e demonizzando le moschee quali luoghi di indottrinamento e di propaganda antioccidentale. Eppure, tre pontefici romani, quello oggi regnante e i suoi due predecessori, sono entrati nelle moschee, aperti al dialogo interreligioso, rispettosi della vita umana a prescindere dalla fede professata o dal colore della pelle, disponibili all'accoglienza secondo il messaggio evangelico “ero straniero e mi avete accolto”. Molti terroristi non hanno mai letto il Corano, così come molti cristiani non conoscono il Vangelo. Il diverso fa paura, ha sempre fatto paura. E per alienarla da sé, si movimentano meccanismi proiettivi per i quali la propria aggressiva avversione si trasferisce su chi fugge dalle guerre e dalla povertà, vedendo in lui quasi automaticamente un pericolo per la propria incolumità, un usurpatore di posti di lavoro, un'altra bocca da sfamare a proprie spese. Certo, il rischio di importare manovalanza per i terroristi o fornire loro nuovi adepti c'è, e lo deve tenere presente una *intelligence* attenta e capillare. Ma altrettanto certo è che spesso i media (la stampa, i talkshow televisivi, i messaggi che circolano in rete ecc.) sono tali, per la loro modalità espressiva, semplificatrice e provocatoria, da aggiungere al male altro male, non rinunciando a una meschina strumentalizzazione più elettoralistica che politica a medio-lungo raggio. Nel cuore dell'Europa, cattolica e protestante, si è annidato ed è cresciuto il

germe dell'insospitalità per gli ebrei nel secolo scorso e non possiamo escludere che uno degli obiettivi dei jihadisti sia quello di rinnovare detta insospitalità. Così facendo, i tre monoteismi abramitici entrerebbero in un conflitto tra loro dalle conseguenze inimmaginabili. La paranoia, uscendo dal novero delle malattie mentali, diventerebbe una realtà capace di annientare questo nostro mondo e gli uomini che lo abitano.

Dobbiamo creare un'alternativa alla possibilità di un tale sfacelo. Non si tratta soltanto di optare per questa o quella strategia militare o diplomatica, che da sole, anche se momentaneamente vincenti, non risolverebbero il problema della convivenza tra i popoli. È qui che il sapere psicopatologico, preliminare a qualsiasi psichiatria, alleandosi a quello antropologico, storico-filosofico e pedagogico e facendo leva su movimenti islamici riformisti sempre più attivi, potrebbe portare un contributo importante a far crescere individui educati al rispetto delle diversità e alla ricerca di quello che ci unisce come uomini. La fede in Dio, che è uno solo, non può farne un Ente selvaggio che distrugge tutto quello che Lui stesso ha creato, una sorta di demonio, assoluto nella sua intransigenza.

Cari colleghi Lombardi è con grande piacere che rispondo all'invito di pubblicare su questo numero della rivista *Psichiatria Oggi* il programma che è stato proposto al 47° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria tenutosi a Taormina Giardini di Naxos 11-15 Ottobre 2015. L'obiettivo del Direttivo e mio personale in qualità di Presidente della Società è di rendere la SIP la casa di tutti gli psichiatri. Visibile e riconoscibile, un punto di riferimento nelle questioni tecnico scientifiche ma anche un luogo dove poter ritrovare le specificità uniche della nostra professione. Come vedrete il programma è ambizioso, in questi tre anni ci impegneremo tutti per affrontare con sempre maggiore intensità le sfide che ci vengono poste.

Colgo l'occasione per salutarvi ed invitarvi a partecipare con grande attenzione e passione alla vita della nostra Società che quest'anno giunge al suo 83° anno di vita, ha un sito aggiornato (www.psichiatria.it) ed è ricchissima di attività e proposte.

Dr Claudio Mencacci
Presidente SIP

Programma della Società Italiana di Psichiatria per gli anni 2015-2018

A cura del Dr Claudio Mencacci

Presidente Società Italiana di Psichiatria

PREMESSA

“Non c'è salute senza salute mentale, così come non c'è salute mentale senza salute fisica”. Questo l'assunto che nel documento è svolto e articolato in una serie di punti che toccano l'attualità viva: dalla crisi economica con la conseguente trasformazione dei sistemi, al problema dei pazienti autori di reato e della legislazione in materia; dai DSM che devono rinnovarsi in una logica di integrazione, alla necessità di proporre una progettualità reale alle politiche nazionali e regionali. Il positivo contributo culturale e sociale che la SIP oggi può portare al paese si collega con la sua natura di società scientifica che accoglie la sfida del tempo e sa quindi cambiare, restando fedele alla passione per la clinica, la formazione e la ricerca nel campo della psichiatria, che se da un lato si spalanca alle neuroscienze, dall'altro si radica nello studio della psicopatologia e nello sviluppo della relazione di cura con le persone.”

Il *Programma della Società Italiana di Psichiatria per gli anni 2012–2015* partiva da questa introduzione e proseguiva così: “secondo una stima del 2010, circa il 38% della popolazione europea soffre nel corso della vita di un qualche disturbo psichico. Le previsioni dell'OMS per quanto riguarda la disabilità ed il suicidio indicano inoltre con forza come nel 2020 i disturbi psichiatrici maggiori avranno un ruolo causale di prima linea anche per quanto riguarda questi due importantissimi ambiti. Considerazioni qualitative e quantitative rendono dunque conto del fatto che i disturbi mentali costituiranno una delle sfide più ardue da affrontare nel 21° secolo. Ciò appare ancor più valido oggi, sotto la scure della crisi economica e della conseguente riduzione di risorse e di servizi.”

Il programma trattava poi una serie di temi, tuttora di grande attualità, cui si rimanda:

- La crisi economico-sociale e la trasformazione dei sistemi
- Psichiatria, superamento dell'OPG e pazienti autori di reato
- Evoluzione del Dipartimento di Salute Mentale: tra integrazione e innovazione
- Politica culturale, lotta allo stigma e rapporto con i mass-media
- La formazione e la ricerca
- Attualizzare un progetto
- La SIP come società scientifica

Il programma SIP 2012-2015 è un documento tutt'ora valido per quanto riguarda le linee di indirizzo e i principi di riferimento. Necessita una attualizzazione rispetto a punti specifici alla luce dei cambiamenti di scenario avvenuti negli ultimi anni e delle sfide da affrontare nel prossimo futuro.

Nel corso dell'ultimo triennio, tra l'altro, sono state approvate alcune normative e linee di indirizzo che riguardano direttamente la nostra specialità e soprattutto che possono avere decisiva influenza sia nel concepire che nel fare psichiatria e salute mentale nei prossimi anni. I temi riguardano il Piano d'azioni nazionale salute mentale (PANSM), i Percorsi di cura, l'introduzione del nuovo modello di gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato. Ulteriore motivo per farne cenno è il ruolo importante che diversi esponenti SIP, anche in collaborazione con colleghi SINPIA, hanno svolto nell'elaborazione di questi atti o con interventi correttivi nell'ambito delle sedi istituzionali: il Gruppo interregionale salute mentale (GISM), la Conferenza Unificata Stato Regioni (CU), il Ministero della Salute, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

In sintesi:

- Il PANSM (approvato in C.U. gen. 2013), proposto da GISM e Min. Salute, delinea precisamente aree di bisogno, metodi e obiettivi prioritari da attuare in tutte le regioni (da sottolineare che di massima corrispondono ai temi indicati dalla nostra Società scientifica).
- Lo sviluppo del lavoro ha prodotto tre documenti specifici, predisposti da GISM-AGENAS: *Le Strutture Residenziali Psichiatriche* (C.U. ott. 2013); *Definizione dei Percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore, i disturbi gravi di personalità* (C.U. nov. 2014); *Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza* (C.U. nov. 2014).
- Dall'1 aprile 2015 gli OPG sono chiusi, in alcune Regioni salute mentale senza salute fisica sono state istituite le REMS, l'assistenza ai pazienti è in carico alle Regioni e ai DSM (interventi normativi rimodulati anche grazie all'azione SIP).

Dal 1978 questi siano i primi provvedimenti di respiro nazionale che forniscono indirizzi di ordine clinico-organizzativo volti alla cura dei pazienti. Pur senza trascurare il ruolo dei P.O. 1994-97 e 1998-2000 nei confronti delle politiche per la salute mentale, gli atti citati vanno oltre: mostrano che la persona con disturbi psichici si può curare all'interno del sistema sanitario e dicono come, superando noti ma invero non giustificati "complessi di inferiorità" rispetto alle altre specialità mediche e nel contempo rispettando la specificità e la complessità della psichiatria.

La SIP può e deve avere un ruolo centrale nell'azione di approfondire, valorizzare, diffondere questi documenti. Inoltre, è necessario anche uno sviluppo ulteriore del lavoro fatto, ad es. per la revisione di linee guida per la depressione e la prevenzione del suicidio, sul tema

sicurezza-contenzione, sull'intervento precoce nelle psicosi, o nel delineare un possibile percorso di trattamento del paziente autore di reato, standard di sicurezza per gli operatori ecc.

LA PROPOSTA DI UNA METODOLOGIA DI LAVORO

Vi sono alcune tematiche e alcuni principi che devono caratterizzare il prossimo triennio dal punto di vista della metodologia di lavoro e come riferimento per le azioni da implementare:

1. La natura della SIP come Società scientifica in ambito medico di rilievo nazionale

La forza e il significato della SIP si ancorano nel fatto di essere la più antica società scientifica a carattere nazionale dell'area psichiatrica in Italia. Inoltre, da sempre la SIP ha l'ambizione di rappresentare un momento comune d'incontro e di confronto tra psichiatri operanti in situazioni diverse (università/SSN; territorio/ospedale/residenzialità; clinica/formazione e ricerca; risposta all'acuzie/presa in carico; riabilitazione; pubblico/privato) in assenza di un indirizzo scientifico, politico o religioso predefinito; e, ancora, di riunire un numero difficile da quantificare in modo preciso, spesso esagerato e molto probabilmente in calo, ma sicuramente ancora significativo almeno in alcune importanti realtà regionali, di psichiatri.

In una Società scientifica, infatti, è indispensabile che l'elemento partecipativo rappresenti il carattere più assiduamente perseguito, attraverso una effettiva capacità di articolazione della vita sociale nella periferia e un continuo scambio botton/up, attraverso il quale il vertice della società, nel muoversi, sia sempre certo di rappresentare la riflessione effettivamente maturata e partecipata nell'ambito delle articolazioni periferiche, e sia anche attento ad irrorare le articolazioni periferiche

di stimoli, informazione e risorse mantenendone la vitalità. In una Società scientifica, il momento partecipativo non può esaurirsi nella delega al centro in occasione del momento elettivo della rappresentanza, né in occasione della partecipazione episodica e sempre inevitabilmente parcellare a momenti congressuali o convegnistici, ma rappresenta la linfa vitale che nel confronto frequente, diffuso e quindi più facilmente partecipato collega tra loro rappresentanti e rappresentati, garantendo in tal modo attraverso una prassi costante di confronto e di verifica che quanto i primi trasmettono esternamente sia davvero il frutto del ragionamento, della sensibilità e della crescita clinica ed etica comune di tutti gli associati.

L'appetibilità di una società scientifica agli occhi di coloro alla cui adesione è interessata e la sua autorevolezza agli occhi ai potenziali interlocutori (scientifici, politici, associativi ecc.) o ai singoli soggetti, nasce dalla capacità di un approccio scientifico (e quindi fedele al proprio campo d'interesse e alla propria natura; rigoroso nelle metodologie; attento a promuovere crescita professionale ed etica tra gli associati nell'interesse di quanti potranno trarne beneficio; curioso, critico e autocritico) e da quella di essere davvero rappresentativa del mondo professionale nel cui ambito opera perché capace di farsi strumento di confronto, ricerca comune e formazione al suo interno, nel confronto con altre società scientifiche ma anche con le associazioni di portatori di interesse nell'ambito della salute mentale.

2. Partire dalla consapevolezza : per una psichiatria critica

I cambiamenti della psichiatria significano oggi confrontarsi su scenari diversi.

Il primo scenario è quello istituzionale europeo che fa della salute mentale una sua priorità, con una cultura globale, con la complessità con la quale la salute mentale e i disturbi mentali si declinano nei vari contesti e nelle

diverse realtà in mondo che ha drasticamente ridotto i tempi della comunicazione.

Poi vi è lo scenario nazionale con la necessità di curare la organizzazione dei servizi e la loro evoluzione. Infine, la ricchezza degli scenari regionali e degli specifici modelli che devono essere proposta e sperimentazione di modelli innovativi e di ampliamento dei valori organizzativi sui quali si basa l'assistenza psichiatrica.

Eppure in questo percorso, con la consapevolezza della propria collocazione provvisoria e temporale è possibile identificare contenuti, problemi emergenti, difficoltà che sono proprie di questo momento che, pur non inducendoci a pensare di essere i problemi definitivi del fare psichiatria possono rappresentare dei punti su cui creare innovazione.

Non pensiamo necessariamente e solo alle grandi questioni di metodo e di assetto teorico e scientifico ma alle questioni che oggi condizionano la pratica di operatori, colleghi, istituzioni. Questi elementi in questo momento caratterizzano in modo determinante il mandato sociale della psichiatria e quindi ne definiscono alcuni scopi attesi anche da altri soggetti dello scenario istituzionale e socio sanitario.

3. Processo di superamento degli OPG, caratteristiche funzionali delle REMS, sicurezza di operatori e utenti

Va sottolineata l'importanza che sta assumendo l'impatto sui Servizi della recente legislazione riguardante le modalità con cui i Dipartimenti di salute mentale sono tenuti a prendere su di sé la responsabilità, in toto, della assistenza psichiatrica dei detenuti (all'interno delle carceri), nonché dei malati mentali autori di reato in dimissione dagli OPG, oppure in attesa che il magistrato decida riguardo alla misura di sicurezza da comminare.

Si tratta adesso di passare ad una fase, in cui oltre alla continuazione della campagna di sensibilizzazione attraverso i mass-media rispetto a questi problemi, la SIP

possa incrementare un'azione per così dire dal basso, senza dubbio e in primis di tipo culturale, facilitando l'incontro dei colleghi di realtà regionali diverse, che debbono essere prima di tutto messi in grado di confrontare e discutere le diverse modalità che le Regioni, e le ULSS conseguentemente, hanno cercato o stanno cercando di mettere in atto per affrontare questo problema.

In questo campo d'azione, il problema della sicurezza degli operatori è prioritario e la SIP deve metterlo costantemente in primo piano; in caso contrario vi sarebbe il rischio di un impatto fortemente difensivo rispetto a tutte le tematiche prima esposte, in una situazione che vedrebbe estremamente accentuata la problematica della custodia come unico mezzo di difesa contro il rischio sia di aggressioni alle persone, sia di ritrovarsi in situazione di incapacità di rispondere al mandato della magistratura.

4. I valori, l'etica, il metodo

Vi è un punto importante da tenere in considerazione per i prossimi anni e che comunque deve accompagnare la nostra azione di psichiatri: una riflessione sui valori che sono insiti nella nostra disciplina, insieme ad una riflessione metodologica, che supporti i colleghi nell'affrontare grandi cambiamenti che la nostra disciplina sta avendo, anche rispetto ai problemi emergenti dalla società attuale; si fa evidentemente riferimento sia alle problematiche legate all'abuso di sostanze, sia a quanto detto dianzi per il problema OPG, sia più in generale alla necessità che la psichiatria non dimentichi mai di essere comunque molto legata alle fasi storiche della società: da essa derivano mandati diversi, legati alle diverse fasi storiche, che gli psichiatri di volta in volta non devono accettare supinamente; essi devono operare su questi mandati una lettura critica, in modo da non rinunciare mai al compito principale e più importante della psichiatria, cioè quello di essere una scienza capace di intervenire nella lettura dei problemi di salute mentale

della popolazione, e di intervento terapeutico rispetto ai disturbi mentali, così importanti e ampiamente distribuiti in una popolazione.

5. La formazione

Infine, un punto di particolare rilevanza riguarda il tema della formazione, che non può essere, proprio per i motivi sopra esposti, solo una formazione teorica, ma deve nascere da subito dal confronto con le tematiche complessive che la società richiede alla psichiatria di affrontare, tenendo conto che sempre più il lavoro lo psichiatra nei servizi di salute mentale dovrà essere anche un lavoro capace di collegare professionalità diverse, di facilitare il dialogo tra servizi differenti, non distaccandosi mai da un'ottica che veda la persona costantemente in primo piano, e quindi operi portando all'interno di questo contesto il suo sapere, e traendo da questi difficili e conflittuali contesti preziose occasioni di ripensamento per le sue azioni e per la necessità di una continua riflessione sulla propria prassi.

Appare essenziale che la Sip, per quanto riguarda la parte dei Colleghi operanti nel territorio, si renda continuamente capace di effettuare dei cambiamenti al suo interno, anche nelle posizioni di maggior responsabilità, in modo da favorire un ricambio continuo almeno di una parte dei colleghi a cui viene delegata dalla Assemblée congressuale la responsabilità di portare avanti, per il triennio successivo, il compito di rappresentare le problematiche insite nelle difficoltà che gli operatori incontrano nel loro lavoro, senza però limitarsi a questo: la Sip non deve assolvere funzioni "sindacali", ma deve essere capace di rilanciare una visione complessiva dell'essere psichiatra, garantendo momenti di incontro, sia a livello micro che macro regionale, all'interno dei quali vengano condivise sia le problematiche che le possibili azioni adeguate al loro superamento: perché questo sia efficace, non deve essere episodico.

Quest'operazione di cambiamento non deve tenere in secondo piano la considerazione della necessità che le colleghe, sempre più numerose, che operano all'interno dei Servizi, vengano finalmente in modo più fermo coinvolte, proponendo i loro nomi per le varie cariche dell'Esecutivo, in modo che il loro numero sia effettivamente rappresentato anche all'interno degli organi della società.

PROSPETTIVE DI LAVORO

Vi sono alcuni punti che sinteticamente riprendono quanto sopra esposto e che rappresentano la prospettiva di lavoro per lo sviluppo di un programma completo per il prossimo triennio.

Trasformare la SIP nella "Casa di tutti gli psichiatri"

La trasformazione degli scenari organizzativi dell'attività psichiatrica nel corso degli ultimi anni ha reso sempre più evidente la necessità di rappresentare dal punto di vista scientifico e metodologico una realtà sempre meno riconducibile alle sole tematiche cliniche trattate nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, che pur rimane l'area di interesse centrale nell'attività. Appare sempre più urgente rispondere alle richieste di approfondimento e riferimento provenienti da nuove aree di attività legate al settore del "privato accreditato", l'area del privato ambulatoriale e tutti quei colleghi che hanno trovato forme di attività clinica non riconducibili ai tradizionali inquadramenti lavorativi nei Dipartimenti di Salute Mentale. Rendere la SIP più aperta a questi settori rappresenta la possibilità di una sfida più libera verso la modernità, le nuove conoscenze e le nuove competenze che la professione offre.

Rendere la SIP un interlocutore più visibile nei processi decisionali delle politiche sanitarie

La capacità di rappresentare all'esterno il punto di vista

scientifico degli psichiatri sulle questioni che direttamente riguardano il loro ambito professionale o gli interessi dell'utenza rappresenta un punto rilevante su cui la SIP deve concentrarsi. L'intervento pubblico di una Società scientifica, soprattutto nell'attuale società della comunicazione, rappresenta un punto cruciale e necessita di capacità innovative e di incisività. In questo senso è rilevante una comunicazione incentrata su temi di pertinenza al campo professionale in modo tale da favorire un'immagine autentica di autorevolezza della Società e dei suoi organi direttivi. È necessario lo sforzo e la ricerca di strumenti per una reale condivisione sui metodi e sui contenuti delle prese di posizione attraverso occasioni di confronto ampio e collettivo, specie nell'ambito del Comitato Esecutivo.

Promuovere la partecipazione all'interno.

La conferenza delle Sezioni regionali costituisce il ganglio fondamentale della Società per il collegamento tra il gruppo dirigente nazionale e la periferia. Appare pertanto fondamentale che essa si riunisca almeno 2 volte l'anno, e che al suo coordinamento siano delegati 2 dei vicepresidenti (essendo gli altri due delegati al funzionamento delle Sezioni speciali). Nella distribuzione delle risorse derivanti dalla quota associativa in un momento di crisi è necessario privilegiare la vitalità delle periferie, e pertanto portare in via sperimentale per il triennio al 40% la quota distribuita alle Sezioni regionali (con un meccanismo che tenga conto della numerosità dei soci e i un meccanismo solidaristico volto a potenziare le sezioni più fragili), attribuire un 20% alla Conferenza delle Sezioni regionali per iniziative interregionali o di macroarea, e limitare al 40% la quota trattenuta a livello nazionale.

Riguardo al gruppo dirigente, i Presidenti ne sono espressione e quindi rappresentano la Società. Essi con-

cordano con il Comitato Esecutivo le linee generali delle attività scientifiche, politico-organizzative e di indirizzo clinico con particolare attenzione per quelle ad elevato impatto sociale. Per favorire tutto ciò, il Direttivo si riunirà "de visu" almeno una volta all'anno e l'Esecutivo almeno tre volte per assumere le decisioni più importanti, mentre per le altre verrà utilizzato preventivamente lo strumento della consultazione tramite e-mail, call conference o altro strumento di comunicazione ritenuto utile. Questi passaggi, pur comportando dei costi in termini di tempo e di risorse, che dovranno essere opportunamente reperite, rappresentano una priorità imprescindibile, perché in tal modo i dirigenti eletti sono nelle condizioni di espletare correttamente il proprio mandato nella pienezza del suo significato.

Mantenere la SIP vicino allo psichiatra nella quotidianità del suo lavoro

Secondo compito della SIP accanto a quello di garantire agli psichiatri spazi e momenti nei quali confrontarsi e crescere professionalmente attraverso la discussione, la formazione e la ricerca, è quello di far sì che oggetto di questo confronto siano soprattutto le questioni relative alla pratica clinica, quelle cioè con le quali professionisti, pazienti e famiglie devono confrontarsi ogni giorno. A questo proposito, si constata come sempre maggiore interesse stiano riscontrando tra gli psichiatri impegnati nel faticoso compito di garantire assistenza, i temi degli strumenti di intervento concreto e della pratica dei servizi, in particolare per ciò che riguarda la relazione d'aiuto in psichiatria, la psicopatologia intesa come sforzo di comprensione dell'esperienza soggettiva della malattia da parte dell'altra persona, della riabilitazione intesa come sforzo di promozione dell'autonomia del paziente. Il gruppo dirigente della SIP non può avere una visione "da lontano" dei problemi e deve evitare che il baricentro della Società sia troppo spostato dalla

periferia al centro o che le tematiche discusse siano esclusivamente inerenti l'organizzazione e la legislazione. È invece necessario che la SIP favorisca il confronto quotidiano con i problemi clinici e materiali della vita dei pazienti, e offra agli psichiatri momenti di confronto, modalità operative condivise e strumenti di intervento il più possibile efficaci. Nel prossimo triennio, questo sforzo dovrà riguardare anche il campo del lavoro con gli autori di reato, che la chiusura degli OPG riconsegna ai servizi psichiatrici, concentrandosi soprattutto, come è compito della Società scientifica, sugli aspetti clinici e concretamente operativi di questo passaggio.

IL PROGETTO DELLA SIP DA ATTUALIZZARE

È possibile oggi definire alcuni punti per affrontare il lavoro di ri-attualizzazione del precedente programma SIP 2012-2015. Sono punti che devono essere sviluppati ma che rappresentano la traiettoria per un aggiornamento necessario a collocare la Società nello scenario attuale tenendo conto del ruolo dei servizi per la salute mentale e della realtà in cui essi operano e tenendo conto del contributo che la SIP può avere nel più ampio contesto culturale della società attuale:

- **I contenuti che la SIP deve trattare**, attraverso un lavoro articolato, possono essere ricondotti ad alcune **aree tematiche**, di cui le principali sono:
 - gli aspetti clinici e psicopatologici di rilevanza attuale
 - i temi politico-organizzativi strategici, nazionali e regionali
 - la predisposizione di linee guida di intervento e trattamento, promuovendo la revisione della letteratura scientifica, la discussione critica e l'implementazione di ricerche e studi innovativi nella disciplina
 - il monitoraggio dello stato dei servizi.
- Costruire la **Rete Psichiatrica Italiana** (il modello di riferimento è la rete oncologica - cardiologica) con la

condivisione di **Protocolli di Buona Pratica Clinica** (da Aosta ad Agrigento)

- **Sensibilizzare e orientare l'opinione pubblica e le istituzioni a investire in Salute Mentale** attraverso progetti su bisogni diffusi, principalmente volti ad attuare gli obiettivi PANSM
- **Piano Nazionale Lotta alla Depressione**, tenendo conto anche degli aspetti epidemiologici che collocano i disturbi depressivi ai primi posti tra le cause di disabilità nella popolazione, degli aspetti educativi – anti stigma e delle azioni preventive (es. suicidio).
- **Iniziative Pubbliche** che rispondano a bisogni specifici e reali esigenze di salute e contribuiscano agli obiettivi istituzionali di tutela e promozione della salute mentale: Giornata nazionale salute mentale con egida Ministero e Regioni; Progetti di promozione per la salute fisica dei soggetti con disturbo psichico; Telethon per la Salute Mentale
- **Azione Istituzionale/Governativa Trasversale** (Revisione C.P. abolizione Pericolosità Sociale psichiatrica)
 - Potenziare Assistenza nelle Carceri- modelli di cura
 - Iniziative a favore Migranti
 - Iniziative a favore anziani
 - Iniziative Contrasto Alcol e Sostanze d'abuso
- In continuità: sviluppo di **Rapporti istituzionali** stabili con Ministero Salute/ Giustizia, Commissioni Parlamentari Istituto Superiore sanità, AIFA, AGENAS.
- **Difesa e Innovazione dei DSM**
 - Modello organizzativo tuttora vivo da im-

plementare a fondo, sostenere e promuovere (UOP-UONPIA-Sert)

- Sviluppi culturali e clinico-operativiulteriorivalorizzando le indicazioni del PANSM e dei documenti sui Percorsi di cura nei disturbi gravi e Residenzialità
- **Accentuazione e Innalzamento** della specificità, competenze e identità professionale dello Psichiatra
 - Azioni di riconoscimento del Rischio Professionale e sicurezza degli operatori
 - Position paper - 2°Giornata Nazionale per la Salute e Sicurezza degli operatori e utenti (2016)
 - Iniziative volte al riconoscimento del diritto all'assicurazione per i disturbi psichici
- **Rapporti Stabili con Società Scientifiche:**
 - SINPIA
 - FISM-
 - SIMG-FIMG
 - Medicina Legale (SIMLA), Società Italiana di Criminologia (SIC)
 - Pediatri-NPI-Ginecologi-Neurologi-Cardiologi-Diabetologi-Pneumologi-Reumatologi
 - Psicologi
 - Altre Professionalità Non Mediche
- **Supportare** nascita di Gruppi autonomi di pazienti-utenti- Auto Aiuto
 - Alleanza con Associazioni Familiari Nazionali e Europee
- **Rapporti con Media-Stampa, secondo metodi condivisi anzitutto nell'ambito del CE**
 - Divisione per aree regionali e locali individuazione di un Referente Area che possa rapidamente rispondere su fatti locali
 - Ufficio Stampa per vicende Nazionali o Istituzionali

- Campagna antistigma + avvicinamento cure e esiti (Pubblicità Progresso Sociale)

Proposte Organizzative SIP

Vi sono alcune proposte da sviluppare riguardo all'organizzazione del lavoro nell'ambito degli organi direttivi della Società, per favorire una trattazione sistematica e articolata dei contenuti delle aree tematiche sopra indicate. In primo piano:

Identificazione diGruppi (Commissioni) ristretti diSoci di grande esperienza con delega su temi specifici di particolare interesse, quali:

1. Evoluzione DSM e SSN (Agenas-FISM-GISM-etc)
2. Rapporto con psichiatria privata (Convenzionata e non- Cooperative etc)
3. Rafforzamento della Psichiatria Forense (abolizione pericolosità sociale psichiatrica- Agevolare la formazione di Periti all'interno dei DSM etc)
4. Rapporti con psichiatri privati (superare isolamento dell' ambulatorio privato)
5. Formazione- Gruppo misto (sviluppo tematiche cliniche-psicopatologia etc)
6. Rapporti internazionali

Ai Gruppi-Commissioni delega ampia con riconoscimento spese e disponibilità della Segreteria SIP

Rapporto con SIP Giovani "Loro il futuro"

- Ricezione e integrazione proposte SIP Giovani (precarietà dei contratti-Formazione- ritardo tecnologico dei servizi)
- Facilitazione della loro capillarità
- Supporto agli eventi da loro organizzati
- Presenza in CE di 1 rappresentante SIP Giovani (diritto di voto) e in tutte le Sezioni Regionali.

Rapporto con Sezioni Speciali SIP

- Opportunità di utilizzare il Sito SIP
- Coordinare ricerche nazionali e/o Internazionali su temi specifici epidemiologici- clinici –riabilitativi - nuove tecnologie
- Integrare le Azioni delle diverse società scientifiche affiliate
- Costruire eventi scientifici e formativi comuni
- Costruire linee guida, buone pratiche e prassi cliniche, raccomandazioni, statement inerenti alle proprie aree scientifiche da diffondere attraverso i canali SIP (sito, riviste etc)
- Mantenere rapporti diretti mensili con la Presidenza e la Segreteria per un continuo scambio di informazioni e up date su andamento/iniziative della Sezione speciale

di Skype ,Webex etc).

- 3 Consigli Esecutivi/anno di persona
- 2 Conferenze Sezioni Regionali/anno
- 1 Consiglio Direttivo/anno

Rapporti con Soci SIP, nella logica della condivisione, ad esempio con:

- Rapporti stretti con email ogni 15 giorni su diversi temi informativi – formativi -commenti e valutazioni su diverse tematiche anche di attualità.
- Potenziamento sito SIP.
- Rubriche accesso per i Soci (rubriche tipo FAQ su temi di grande impatto come responsabilità Professionale con panel esperti che risponde). Twitter – Blog.
- Risorse trasparenti. Bilancio trasparente e consultabile. Ogni azione SIP (Convegni-Seminari etc) deve essere attenta alle risorse economiche.
- Eventuale potenziamento della Segreteria e modalità innovative di incontro CE- CD-Gruppi Lavoro-Gruppi Istituzionali (WEBEX)

Rapporti Comitato Esecutivo, Comitato Direttivo, Conferenza delle Regioni.

Al fine di facilitare il confronto la condivisione e il dibattito interno (oltre alle call-conference e alla messa in rete di tutti i membri- Sezioni Regionali e Speciali, uso

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA



L'ADHD nell'adulto

Misdiagnosi e incidenza della patologia nei servizi

G. Migliarese¹*, V. Venturi*, G. Cerveri*,
C. Mencacci*

ABSTRACT

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in lingua italiana "Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività") descrive una condizione clinica ad esordio nell'infanzia (o nella pre-adolescenza) e caratterizzata da una sintomatologia variegata imperniata su alterazioni in tre grandi aree quali l'attenzione, l'impulsività, l'iperattività. Pur essendo stato descritto come specifica patologia dell'età evolutiva, fino a due terzi dei soggetti con ADHD continuano a manifestare il disturbo, spesso "mascherato", anche in età adulta.

Purtroppo il tema dell'ADHD negli adulti è pressoché misconosciuto nella comune pratica psichiatrica del nostro paese e la quasi totalità dei soggetti con questa condizione non vengono riconosciuti né trattati. La letteratura scientifica internazionale segnala che in quadri clinici quali le dipendenze, il disturbo bipolare e i disturbi del comportamento, possono essere riscontrati alti tassi di prevalenza di ADHD e che il trattamento di questa condizione migliora la prognosi. Inoltre, anche patologie cliniche più comuni quali i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi mostrano una significativa comorbidità con l'ADHD: spesso in queste condizioni il mancato trattamento del disturbo sottostante inficia la risposta ai trattamenti, con tassi elevati di non responders.

Il sospetto clinico circa la presenza di un ADHD non trattato deve portare il clinico ad effettuare una prima valutazione di screening ricostruendo l'andamento dei sintomi nel tempo, in un'ottica evolutiva. Esistono valutazioni testali e strumenti sensibili e di rapido utilizzo che possono aiutare ad ipotizzare la presenza di tale disturbo. La valutazione diagnostica prevede invece personale formato e qualificato e l'utilizzo di una batteria testale completa, che indaghi approfonditamente le diverse aree cliniche implicate e l'impatto che il disturbo ha avuto in diversi ambiti della vita dell'individuo.

INTRODUZIONE

L'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, in lingua italiana "Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività") descrive una condizione clinica ad esordio nell'infanzia (o nella pre-adolescenza) e caratterizzata da una sintomatologia variegata imperniata sulla presenza di alterazioni in tre grandi aree quali l'attenzione, l'impulsività, l'iperattività. Nella nuova edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) l'ADHD è stato inserito all'interno della sezione "Disturbi del Neurosviluppo". Questi disturbi sono accomunati dalla caratteristica di presentarsi precocemente, spesso già prima dell'età scolare, e di causare alterazioni nel funzionamento individuale, scolastico e socio-relazionale. Pur essendo stato originariamente descritto come specifico disturbo dell'infanzia, un gran numero di studi scientifici apparsi nell'ultimo decennio hanno sottolineato che fino a due terzi dei soggetti con ADHD in età pediatrica continuano a manifestare il disturbo anche in età adulta (Barkley et al. 2002, Kessler et al. 2005).

Nel corso dello sviluppo individuale le caratteristiche cliniche dell'ADHD si modificano e possono essere "mascherate" dall'esordio di altre manifestazioni psicopatologiche di insorgenza successiva, quali i disturbi d'ansia o i disturbi depressivi, rendendo complesso il riconoscimento del disturbo.

Il mancato trattamento di un ADHD sottostante è stato associato ad un peggioramento del quadro clinico e della prognosi in diversi disturbi psichici (2). È stato ad esempio segnalato che la presenza di un misconosciuto ADHD peggiora la prognosi in patologie depressive e ansiose (17) e può aggravare l'andamento clinico del disturbo bipolare (39), anche se quest'ultimo dato appare controverso (41).

In età adulta la caratteristica prevalente e maggiormente disturbante appare di norma legata alle difficoltà attentive, verso cui le strategie individuali di coping appaiono spesso insufficienti per determinare un buon funzionamento negli ambiti di vita (lavoro, studio, relazioni), mentre gli aspetti di iperattività generalmente si modificano e rimangono evidenziabili soprattutto in una dimensione impulsiva e in una sensazione interna di inquietudine. Un'osservazione clinica non specificatamente mirata a queste problematiche può quindi correre il rischio di non individuare pazienti affetti da questo disturbo.

EPIDEMIOLOGIA

La letteratura scientifica internazionale degli ultimi anni ha segnalato che l'ADHD è un problema numericamente rilevante anche in età adulta. Gli studi hanno infatti segnalato tassi di prevalenza nella popolazione generale compresi tra il 2 e il 5% (37, 14, 23, 29). Differentemente rispetto all'età pediatrica, negli adulti l'ADHD si presenta distribuito in modo più omogeneo per sesso, con un rapporto di 1:1 tra maschi e femmine (23, 14).

Se si considerano anche soggetti sotto-soglia che presentano un significativo effetto della sintomatologia sul funzionamento, ma che al contempo non possono essere diagnosticabili con i criteri attuali, i tassi di preva-

lenza risultano estremamente più elevati raggiungendo circa il 16%. Faraone & Biederman (13) hanno coniato il termine di *Narrow ADHD* (soddisfacimento sia dei criteri diagnostici in età pediatrica che in età adulta) e di *Broad ADHD* (che include i soggetti sottosoglia) per segnalare tale aspetto di rilevante importanza clinica.

Il dibattito circa la necessità di porre attenzione clinica anche a soggetti sottosoglia appare un tema estremamente complesso. I medesimi autori, studiando l'andamento del tempo di soggetti con ADHD diagnosticato in età pediatrica, hanno riscontrato significative differenze se si considera la permanenza della costellazione sintomatologica necessaria alla diagnosi o se si considera il funzionamento dell'individuo (4, 5). Globalmente, è stato riscontrato che più del 60% dei bambini con diagnosi di ADHD manifesteranno una forma del disturbo anche in età adulta (26, 1, 21).

Soggetti con pregresso ADHD pediatrico mostrano un peggior outcome rispetto ai controlli, con una maggior frequenza di disturbi del comportamento, abuso di alcool e di sostanze, disturbi di personalità, disturbi dell'umore, alterazioni delle funzioni esecutive, disregolazione emotiva e globalmente un peggioramento del funzionamento (26, 34, 29, 42).

Un aspetto importante nel soggetto adulto riguarda la comorbidità tra ADHD ed altre patologie psichiche. La prevalenza dell'ADHD appare estremamente elevata, attorno al 15%, in soggetti adulti con altri disturbi psichiatrici (30, 12). Al contempo, soggetti con ADHD hanno una comorbidità estremamente elevata con patologie psichiche, tanto che fino ai due terzi dei soggetti con diagnosi di ADHD ha almeno un disturbo psichico associato (33, 14).

L'elevata comorbidità si rende responsabile di fenomeni frequenti nella clinica: i pazienti con ADHD spesso giungono ai servizi lamentando altri disturbi emergenti tanto che l'ADHD può restare misconosciuto, con tassi elevati di non responders dovuti al mancato trattamento del disturbo sottostante (2, 17). Appare quindi primario

che il clinico possa, nel corso di una valutazione specialistica, far nascere in sé il dubbio di un possibile ADHD, poiché il paziente spesso non porta spontaneamente elementi sufficienti o indicativi, in quanto riconosce le proprie modalità disattentive ed impulsive come parti costituenti della propria struttura personologica.

I CRITERI DIAGNOSTICI

Il DSM 5 ha leggermente modificato i criteri diagnostici per l'ADHD rispetto al DSM-IV TR (*Tabella 1*).

L'aspetto più rilevante per la diagnosi in età adulta è che risulta sufficiente che vengano soddisfatti 5 criteri (di contro ai 6 per i bambini). E' stato inoltre modificato il limite dei 7 anni per la comparsa dei sintomi, posticipandolo ai 12 anni.

I sottotipi sono stati definiti "presentazioni" e sono stati descritti tre livelli di gravità che si riferiscono sia alla compromissione del funzionamento globale che all'intensità, alla pervasività e numerosità dei sintomi (lieve, moderato, grave).

Infine, le informazioni devono essere ottenute da due diverse fonti, dal paziente stesso e, ogni volta che sia possibile, da una persona adulta significativa, e sono stati espressi degli esempi nei criteri diagnostici per facilitare l'utilizzo e aumentare la chiarezza. E' stato rimosso l'autismo tra i criteri di esclusione.

MANIFESTAZIONI NELLA PRATICA CLINICA

Come già accennato, la progressiva modificazione delle manifestazioni cliniche nel corso dello sviluppo individuale e l'alta comorbidità psichiatrica riscontrata in soggetti con ADHD pone nella pratica clinica il problema di un corretto riconoscimento diagnostico, passo indispensabile per un adeguato intervento terapeutico.

I pazienti con ADHD si presentano ai servizi psichiatrici lamentando sintomatologia differente, che generalmente riguarda altre categorie diagnostiche (30, 12) e solo in una percentuale ridotta dei casi giungono (generalmente a

servizi super-specialistici per l'ADHD) con problematiche che facilmente possono essere riconducibili a problemi disattentivi o di impulsività/iperattività.

Un primo aspetto da considerare è determinato dall'andamento longitudinale della patologia. In età adulta infatti si assiste a una riduzione dell'iperattività e alla prevalenza degli aspetti disattentivi. Tra questi ultimi, aspetti tipici possono essere la distraibilità, la tendenza al disordine e le difficoltà ad organizzarsi. Soggetti con ADHD tendono ad arrivare in ritardo anche ad appuntamenti importanti (spesso infatti non usano sveglie, agende e orologi), possono apparire sbadati e spesso hanno svariate dimenticanze. L'impressione clinica è quella di una considerevole fatica ad organizzarsi, a mantenere una regolarità e una struttura nel comportamento. Per tale motivo è spesso frequente la tendenza a procrastinare, soprattutto di fronte a compiti/situazioni complesse, che richiedono organizzazione e che, per questo motivo, possono apparire fonte di forte ansia.

Anche in situazioni in cui il soggetto abbia trovato dei "correttivi", questi possono essere utilizzati in modo rigido: ad esempio non è infrequente che soggetti con elevata tendenza al disordine cerchino di essere estremamente metodici e che tale aspetto possa mimare, sul piano clinico, una modesta ossessività essendo frequentemente caratterizzata da una significativa rigidità pensiero.

L'iperattività, nel corso dello sviluppo, tende a ridursi e a lasciare il campo a una sensazione di irrequietezza interna. Soggetti adulti con ADHD possono quindi apparire "inquieti": possono faticare a presenziare a meeting (o ad altre situazioni in cui è importante rimanere a lungo fermi e seduti), possono essere logorroici o mostrarsi incapaci di attendere il proprio turno in una conversazione interrompendo gli altri prima che abbiano completato i loro ragionamenti. In situazioni (ad esempio sul lavoro) dove non è socialmente accettabile muoversi o allontanarsi possono essere presenti alcune evidenti manifestazioni di irrequietezza comportamentale (ad es. mangiarsi unghie, muovere le gambe, continuare a muovere le mani, tamburellare con le dita ecc.). L'irrequietezza interna può essere

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

CRITERIO A. Un pattern di inattenzione persistente e / o iperattività- impulsività che interferisce con il funzionamento o sviluppo.

1. Disattenzione: 6 (o più) dei seguenti sintomi presenti per almeno 6 mesi a un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che direttamente impattano negativamente sulle attività sociali e accademiche / professionali (**per gli adolescenti e adulti – dai 17 anni- sono richiesti 5 sintomi**):

- a. Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nel lavoro scolastico, al lavoro, o durante altre attività (ad esempio, non trova particolari, il lavoro è impreciso).
- b. Spesso ha difficoltà a mantenere l'attenzione nei compiti o attività di gioco (ad esempio, ha difficoltà a rimanere concentrati durante le lezioni, conversazioni, o durante la lettura).
- c. Spesso non sembra ascoltare quando si parla direttamente (ad esempio, la mente sembra altrove, anche in assenza di qualsiasi distrazione ovvia).
- d. Spesso non segue le istruzioni e non riesce a finire i compiti scolastici, le faccende domestiche o doveri sul posto di lavoro (ad esempio, inizia le attività ma presto perde la concentrazione ed è facilmente sviabile).
- e. Spesso ha difficoltà a organizzarsi nei compiti e attività (ad esempio, difficoltà a gestire le attività sequenziali, difficoltà nel mantenere i materiali in ordine, disordinato, disorganizzato nel lavoro; ha cattiva gestione del tempo, non riesce a rispettare le scadenze).
- f. Spesso evita o è riluttante ad impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale (ad esempio, a scuola o a casa, per gli adolescenti più grandi e adulti, di preparazione di relazioni, la revisione documenti lunghi).
- g. Spesso perde le cose necessarie per compiti o attività (ad esempio, materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, occhiali, telefoni cellulari).
- h. Viene facilmente distratto da stimoli estranei (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono comprendere pensieri non correlati alla situazione).
- i. È spesso sbadato nelle attività quotidiane (per esempio, fare le faccende, fare commissioni, per gli adolescenti e gli adulti più anziani, richiamare, pagare le bollette, mantenere gli appuntamenti).

2. Iperattività e impulsività: 6 (o più) dei seguenti sintomi persistono per almeno 6 mesi a un livello che non è coerente con il livello di sviluppo e che gli impatti negativamente direttamente sulle attività sociali e accademiche / professionali (per gli adolescenti e adulti – dai 17 anni- sono richiesti 5 sintomi):

Iperattività

- a. Spesso agita mani o piedi o si dimena sulla sedia.
- b. Lascia spesso il posto in situazioni in cui è previsto rimanere seduti (ad esempio, lascia il suo posto in aula, in ufficio o in altro luogo di lavoro).
- c. Spesso scorrazza e salta dovunque, in situazioni in cui è inadeguato (nota: negli adolescenti o adulti, può limitarsi ad una sensazione di irrequietezza).
- d. Spesso non è in grado di giocare o di impegnarsi in attività di svago in silenzio.
- e. È spesso "on the go", come se "guidato da un motore" (incapace a stare per un tempo esteso in ristorante o a meetings; può essere vissuto dagli altri come inquieto)
- f. Spesso parla eccessivamente.

Impulsività

- g. Spesso produce una risposta prima che una domanda sia stata completata (ad esempio, completa le frasi della gente, non rispetta il turno in conversazione).
- h. Spesso ha difficoltà ad aspettare il suo turno (ad esempio, durante l'attesa in fila).
- i. Spesso interrompe o si intromette (ad esempio, mozziconi nelle conversazioni, giochi o attività; può iniziare a utilizzare le cose altrui senza chiedere o ricevere l'autorizzazione - per adolescenti e adulti, può intromettersi o interrompere quello che fanno gli altri).

CRITERIO B. Molti sintomi di disattenzione o di iperattività e impulsività sono presenti prima dell'età 12 anni.

CRITERIO C. Molti sintomi di disattenzione o di iperattività e impulsività sono presenti in due o più contesti (ad esempio, in casa, a scuola o lavoro, con amici o parenti, in altre attività).

CRITERIO D. C'è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono la qualità di vita sociale, accademica, o il funzionamento lavorativo.

CRITERIO E. I sintomi non si verificano durante il decorso della schizofrenia o un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per esempio, disordine dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, disturbi della personalità, intossicazione da sostanza).

“sfogata” nello sport (con alcuni soggetti che sviluppano una vera e propria dipendenza dall'attività fisica) oppure essere tenuta a bada con l'utilizzo di sostanze (cannabis/alcool/tranquillanti).

Un secondo aspetto da considerare è che la presenza di un ADHD non trattato peggiora la prognosi in diversi disturbi psichici (2, 17). Di fronte ai cosiddetti “poor responders” è buona pratica clinica che, accanto alle valutazioni del caso circa la correttezza delle prescrizioni terapeutiche ed il loro reale utilizzo da parte del paziente, venga anche effettuata una rivalutazione diagnostica. È opportuno in questa situazione effettuare un approfondimento diagnostico che preli attenzione anche alle modalità di funzionamento cognitivo e che consideri la possibilità che sia presente un ADHD misconosciuto.

FOCUS SU ALCUNE TEMATICHE DA CONSIDERARE NEL LAVORO CLINICO

Estremamente variegato dal punto di vista fenomenologico, il quadro clinico dell'ADHD in età adulta può facilmente essere misconosciuto. Alcuni aspetti peculiari meritano di portare al sospetto clinico circa la presenza di un ADHD sottostante.

L'ADHD è stato associato ad una disorganizzazione dei ritmi circadiani: è stato infatti segnalato come soggetti con ADHD sembrano mancare di senso del tempo e che i problemi del sonno siano più la regola che l'eccezione, colpendo fino all'83% dei soggetti adulti con ADHD (32, 36).

Possono essere presenti aspetti differenti di questa disorganizzazione e i soggetti possono sia faticare ad andare a letto “in tempo”, così come ad addormentarsi o a mantenere il sonno. Spesso queste difficoltà si associano a problemi ad alzarsi al mattino e a sonnolenza diurna (8). Il pattern appare suggestivo di una ritardata fase del sonno (16, 20).

La disorganizzazione dei ritmi circadiani può associarsi ad una disorganizzazione dei ritmi dell'alimentazione. Alcuni aspetti appaiono di origine comportamentale: ad

esempio, soggetti con ADHD sono più spesso portati a saltare la colazione, a causa di una scarsa capacità, soprattutto al mattino, nell'organizzazione dei tempi. Inoltre, addormentarsi tardi può facilmente portare a un minor numero di ore di sonno (dato a sua volta associato a un rischio incrementato di obesità). Il sonno è infatti un importante modulatore delle funzioni neuroendocrine e la perdita di sonno è stata associata ad alterazioni metaboliche ed endocrine tra cui una ridotta tolleranza al glucosio, una diminuita sensibilità all'insulina, un aumento delle concentrazioni serali di cortisolo, un aumento dei livelli di grelina e una diminuzione dei livelli di leptina, con conseguente aumento della fame e dell'appetito (3).

L'ADHD index è stato direttamente associato ad un aumento del BMI (10, 11) e una recente metanalisi ha identificato un odd ratio di 1,55 (95 % CI = 1,32-1,81) negli adulti rispetto all'associazione tra obesità e ADHD: in questo lavoro gli autori sottolineavano come la prevalenza di obesità era aumentata di circa il 70 % negli adulti con ADHD rispetto ai controlli (9).

LA VALUTAZIONE DI SCREENING

Il sospetto diagnostico di ADHD può nascere a partire da differenti aspetti tra quelli che sono stati inquadrati: generalmente i pazienti presentano caratteristiche sufficientemente riconoscibili (alterazioni ritmi circadiani, impulsività, instabilità affettiva caratterizzata da frequenti cambi di umore - anche più volte al giorno, scarsa risposta ai trattamenti, disattenzione con incoerenza alla visite, dimenticanze, disorganizzazione), ma non patognomoniche, essendo potenzialmente presenti anche in un elevato numero di altre condizioni o patologie psichiche. Risulta quindi necessario ricostruire in senso evolutivo l'andamento delle difficoltà attentive e comportamentali, così come il funzionamento nei primi anni di vita del paziente, alla ricerca di fenomeni che suggeriscano che ciò che osserviamo attualmente si riferisca a un adattamento parziale e/o fallimentare a caratteristiche disfunzionali già presenti precocemente.

Un aiuto testale di semplice e rapido utilizzo può essere rappresentato dall'ASRS (*Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) Symptom Checklist*) (22). Questa scala, a 6 o 18 item, fornisce delle informazioni suggestive della presenza di un ADHD in età adulta ed è ampiamente impiegata sia nella clinica che nella ricerca scientifica.

Uno strumento estremamente sintetico, tale da poter essere utilizzato in maniera routinaria nella pratica clinica, è rappresentato dall'*Ultra-short screening list for ADHD in adults* proposto da S.Kooij (24). Sebbene non ancora validato in ambito scientifico, questo strumento di etero-valutazione (*Tabella 2*) appare utile a livello clinico per permettere un inquadramento: il clinico deve porre le domande, eventualmente chiarificandone gli aspetti significativi, e porre l'attenzione sugli aspetti legati alla cronicità dei disturbi e all'esordio in età precoce.

La positività agli strumenti di screening o il fondato sospetto clinico durante la valutazione psichiatrica routinaria suggeriscono un approfondimento diagnostico mirato e con strumenti specifici da meglio effettuare presso centri specialistici.

Tabella 2 - Lista di screening rapida per l'ADHD negli adulti

1. Di solito ti senti inquieto/a?	SI	NO
<i>(per esempio: sei nervoso/a, hai difficoltà a restare seduto/a, ti agiti, devi fare molto sport o essere sempre attivo/a)</i>		
2. Di solito agisci prima di pensare?	SI	NO
<i>(per esempio: dici cose che non dovresti dire, spendi troppi soldi o sei impaziente)</i>		
3. Di solito hai problemi di concentrazione?	SI	NO
<i>(per esempio: sei facilmente distratto/a, non finisci le cose, ti annoi facilmente, sei smemorato/a o caotico/a)</i>		
Se la risposta alle domande 1 e / o 2 e / o 3 è sì :		
4. Hai questi comportamenti da sempre?	SI	NO
<i>(da quando puoi ricordare, oppure sei stato/a così per la maggior parte della tua vita)</i>		
Se la risposta alla domanda 4 è sì, è indicata una valutazione diagnostica per l'ADHD.		

La valutazione diagnostica specialistica e l'esperienza dell'ambulatorio per la diagnosi e la cura dell'ADHD in età adulta dell'A.O Fatebenefratelli di Milano

L'eziologia dell'ADHD è multifattoriale e include fattori genetici e ambientali, la cui interazione contribuisce alla genesi del disturbo. La diagnosi si basa sulla raccolta di informazioni provenienti da molteplici fonti, tra cui i questionari compilati dal paziente, da adulti significativi e dall'osservazione diretta. La valutazione deve essere effettuata in senso evolutivo, con una raccolta anamnestica attenta che si concentri da un lato sulle modalità di funzionamento in minore età in diversi ambiti (scolastico, familiare, relazionale) e dall'altro sull'evoluzione nel tempo delle difficoltà legate alle dimensioni dell'attenzione e dell'iperattività. Essendo tali caratteristiche distribuite in un continuum, la valutazione dovrà riuscire a discriminare quando tali aspetti siano disfunzionali e al contempo quando siano primari, non determinati da altre condizioni o patologie associate: risulta poi fondamentale riconoscere quanto alterazioni in queste aree abbiano causato compromissioni nel funzionamento e abbiano influito negativamente sulla qualità di vita. La valutazione dimensionale risulta importante anche alla luce dei dati relativi all'andamento nel tempo del disturbo, già citati in precedenza (4): più recentemente alcuni autori hanno riscontrato che vi è una correlazione genetica tra la diagnosi categoriale di ADHD e alcuni tratti iperattivi e impulsivi nella popolazione generale, suggerendo che l'ADHD rappresenti l'estremo superiore di uno spettro di difficoltà legate a tali domini cognitivi (27).

La natura comportamentale e discontinua dell'ADHD, i suoi cambiamenti quantitativi e qualitativi con l'età e con il mutare dei contesti, la sua particolare sensibilità ai momenti ed agli ambienti, rende complesso il percorso diagnostico, soprattutto in epoca adulta, in cui possono mancare tutta una serie di fonti informative dirette ed indirette, a cui si può accedere durante l'infanzia.

Indubbiamente la diagnosi di ADHD nell'adulto si basa sulla storia clinica del paziente e per effettuare un'adeguata valutazione, come precisano Murphy e Gordon (28), risulta

fondamentale concentrarsi su quattro aspetti.

1. Innanzitutto effettuare un'indagine retrospettiva per individuare se esistessero sintomi di ADHD clinicamente evidenti nell'infanzia, con un impatto significativo e cronico in diversi ambiti di vita
2. Valutare se sia presente una relazione tra i sintomi di ADHD nell'attualità ed un peggioramento sostanziale e consistente in vari ambiti del funzionamento quotidiano dell'individuo, sia attraverso informazioni fornite dal paziente stesso, sia, ove possibile, da un familiare diretto
3. Considerare se possa esserci un'altra patologia psichica che meglio giustifichi rispetto all'ADHD il quadro clinico evidenziato
4. Valutare se i sintomi riportati dal paziente siano primari dell'ADHD e non attribuibili ad altra patologia psichiatrica in comorbidità.

La valutazione dell'ADHD richiede pertanto un importante e complesso lavoro di integrazione dei dati clinici disponibili per arrivare ad una diagnosi adeguata, che necessita di un iter strutturato, di personale esperto e formato e dell'utilizzo di idonei strumenti testali.

Presso l'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano è stato attivato nel 2014 l'Ambulatorio per la diagnosi ed il trattamento dell'ADHD in età adulta. Si tratta di un servizio in cui è possibile effettuare una valutazione specialistica in caso di sospetto clinico di ADHD.

Come altri servizi simili presenti sul territorio nazionale (ad esempio a Bolzano è attivo da alcuni anni l'“Ambulatorio d'eccellenza per l'ADHD nell'adulto”) anche presso la nostra struttura la diagnosi viene effettuata attraverso una valutazione clinica e testale multidisciplinare.

L'iter diagnostico è strutturato su tre livelli di intervento (*Tabella 3*).

In una prima fase di screening viene richiesto al paziente di compilare autonomamente alcune scale self-report, che indagano l'eventuale sintomatologia ADHD nell'infanzia (Wender Utah ADHD Rating Scale-WURS) (43) e

Tabella 3 - Iter diagnostico per l'ADHD in età adulta c/o Ambulatorio dell'A.O. Fatebenefratelli di Milano

1° livello di screening (scale auto-somministrate)	- WURS - ASRS V1.1	<i>Scale sintomi ADHD in infanzia/età adulta</i>
	- MDQ - SDS Zung - SCID-II questionario - STAI-Y 1 e 2	Scale per diagnosi differenziale o disturbi in comorbidità
2° livello (approfondimento psicodiagnostico)	- visite psicologiche - DIVA 2.0 - SCID II intervista - ADD Brown Scales - WHOQOL - DERS	Intervista diagnostica ADHD, approfondimento comorbidità, qualità di vita, regolazione delle emozioni
3° livello (approfondimento clinico)	- visita psichiatrica - CGI - VGF - AA-QoL	Fwunzionamento globale, gravità clinica e impatto dei sintomi ADHD su qualità di vita

nell'attualità (Adult ADHD Self-Report Scale - ASRS-V1.1) (22), nonché la possibile presenza di disturbi d'ansia (*State-Trait Anxiety Inventory - STAI-Y1 e 2*) (38), disturbi dell'umore (*Zung Self-Rating Depression Scale - SDS e Mood Disorder Questionnaire - MDQ*) (46, 19) e disturbi di personalità (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders - SCID-II* questionario) (15).

Si effettua una raccolta anamnestica utilizzando una scheda derivata dal protocollo illustrato nella Brown ADD Scales (7). Vengono indagati in maniera più specifica i sintomi dell'ADHD nell'infanzia e nell'età adulta sia attraverso l'impiego della DIVA 2.0 (25), un'intervista diagnostica strutturata, che segue i criteri diagnostici del DSM e che si può avvalere anche di fonti esterne (familiari), sia attraverso l'utilizzo della Brown ADD Scales, più incentrata sui problemi cognitivo-affettivi. Ad esse si affianca, quando possibile, un'attenta analisi delle pagelle scolastiche relative alle scuole elementari e medie inferiori.

Viene inoltre posta attenzione alla qualità di vita del paziente - sia globale (questionario *WHO Quality of Life - WHOQOL-BREF*) (1998), sia nelle aree specificatamente più impattate dalla sintomatologia ADHD (scala *Adult ADHD Quality of Life - AAQoL*) (6) - oltre che alla capacità di regolazione delle emozioni e degli affetti (*Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS*) (18).

Stante l'elevata quota di comorbidità con altri disturbi psichici, in sede di colloquio vengono inoltre approfonditi eventuali risultati positivi alle scale self-report di screening per i disturbi ansiosi e dell'umore, viene impiegata l'intervista della SCID II rispetto alla valutazione della presenza di disturbi di personalità e vengono indagati eventuali abusi di alcool/sostanze. In caso di necessità possono essere impiegati strumenti più specifici, volti a meglio delineare un'adeguata diagnosi differenziale. Il colloquio e l'osservazione clinica restano comunque strumenti fondamentali di valutazione a cui si affiancano i test. Al termine dell'approfondimento testale, la valutazione clinica permette di definire in modo organico il profilo del paziente, il livello generale di funzionamento, l'intensità dell'eventuale ADHD e gli aspetti maggiormente problematici su cui concentrare il successivo trattamento multi-modale.

In conclusione, la diagnosi di ADHD nell'adulto è una diagnosi fondamentalmente clinica. Consiste in un processo decisionale molto delicato, che si avvale in maniera significativa dell'esperienza soggettiva del paziente e che spinge ad allargare lo sguardo dalla mera sintomatologia alle modalità di adattamento attivate dal soggetto nel corso del tempo, risultate scarsamente efficienti nel garantire un adeguato funzionamento in diversi ambiti della sua esistenza.

Effettuare dunque una valutazione completa che non tralasci alcun aspetto associato a tale disturbo è un passaggio indispensabile per poter pianificare l'intervento terapeutico più idoneo e il più possibile efficace.

* Dipartimento di Salute Mentale e Neuroscienze,

AO Fatebenefratelli, Milano

[†] giovanni.migliarese@fbf.milano.it

BIBLIOGRAFIA

1. Barkley R.A., Fischer M., Smallish L., Fletcher K., *The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder*. J Abnorm Psychol 2002; 111: 279-289
2. Barkley R.A., Brown T.E., *Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders*. CNS Spectr. 2008 Nov; 13(11):977-84.
3. Beccuti G., Pannain S., *Sleep and obesity*. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2011 July; 14(4): 402-412. doi:10.1097/MCO.0b013e3283479109
4. Biederman J., Mick E., Faraone S.V., *Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type*. American Journal of Psychiatry. 2000; 157:816-818.
5. Biederman J., Petty C.R., Clarke A., Lomedico A., Faraone S.V., *Predictors of Persistent ADHD: An 11-year Follow-up Study*. J Psychiatr Res. 2011 February; 45(2): 150-155. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.06.009.
6. Brod M., Johnston J., Able S., Swindle R., *Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure*. Qual Life Res. 2006 Feb; 15(1):117-129.
7. Brown, T. E., *Brown attention deficit disorder scales for adolescents and adults*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1996.
8. Cassoff J., Wiebe S.T., Gruber R., *Sleep patterns and the risk for ADHD: a review*. Nat Sci Sleep. 2012; 29;4:73-80. doi: 10.2147/NSS.S31269. Print 2012.
9. Cortese S., Moreira-Maia C.R., St Fleur D., Morcillo-Peñalver C., Rohde L.A., Faraone S.V., *Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Am J Psychiatry. 2015; appiajp201515020266.
10. Davis C., Patte K., Levitan R.D., Carter J., Kaplan A.S., Zai C., Reid C., Curtis C., Kennedy J.L., *A psycho-genetic Study of associations between the symptoms of binge eating disorder and those of attention deficit (hyperactivity) disorder*. J Psychiatr Res. 2009;43:687-96. doi: 10.1016/j.

- jpsychires.2008.10.010.
11. Davis C., *Attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with overeating and obesity*. Curr Psychiatry Rep. 2010 Oct;12(5):389-95. doi: 10.1007/s11920-010-0133-7.
 12. Deberdt W., Thome J., Lebrech J., Kraemer S., Fregenal I., Ramos-Quiroga J.A., Arif M., *Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe*. BMC Psychiatry. 2015;15(1):242. doi: 10.1186/s12888-015-0624-5.
 13. Faraone S.V., Biederman J., *What Is the Prevalence of Adult ADHD? Results of a Population Screen of 966 Adults*. Journal of Attention Disorders November 2005 9: 384-391.
 14. Fayyad J., De Graaf R., Kessler R., Alonso J., Angermeyer M., Demyttenaere K., De Girolamo G., Haro J.M., Karam E.G., Lara C., Lépine J.P., Ormel J., Posada-Villa J., Zaslavsky A.M., Jin R., *s Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. Br J Psychiatry. 2007 May;190:402-9.
 15. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. e Williams, J.B.W., *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc, 1997.
 16. Gamble K.L., May R.S., Besing R.C., Tankersly A.P., Fargason R.E., *Delayed sleep timing and symptoms in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled actigraphy study*. Chronobiol Int. 2013; 30:598-606. doi: 10.3109/07420528.2012.754454.
 17. Goodman D.W., Thase M.E., *Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management*. Postgrad Med. 2009 Sep;121(5):20-30. doi: 10.3810/pgm.2009.09.2049.
 18. Gratz K.L., & Roemer L., *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*. J Psychopathology & Behavioral Assessment, 2004; 26(1): 41-54.
 19. Hirschfeld R.M.A., et, al. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire*. Am J Psychiatry, 2000, 157:1873-1875.
 20. Hysing M., Lundervold A.J., Posserud M.B., Sivertsen B., *Association Between Sleep Problems and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescence: Results From a Large Population-Based Study*. Behav Sleep Med. 2015; 27:1-15.
 21. Kessler R.C., Adler L.A., Barkley R., Biederman J., Conners C.K., Faraone S.V., Greenhill L.L., Jaeger S., Secnik K., Spencer T., Ustün T.B., Zaslavsky A.M., *Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication*. Biol Psychiatry. 2005; 57(11):1442-51.
 22. Kessler R.C., Adler L., Ames M., Demler O., Faraone S., Hiripi E., Howes M.J., Jin R., Secnik K., Spencer T., Ustün T.B., Walters E.E., *The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population*. Psychol Med. 2005b;35(2):245-56.
 23. Kessler R.C., Adler L., Barkley R., Biederman J., Conners C.K., Demler O., Faraone S.V., Greenhill L.L., Howes M.J., Secnik K., Spencer T., Ustün T.B., Walters E.E., Zaslavsky A.M., *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication*. Am J Psychiatry. 2006; 163(4): 716-723.
 24. Kooij S., *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. Springer-Verlag London 2013
 25. Kooij J.J.S., Francken M.H., *Diagnostisch Inter- view Voor ADHD (DIVA) bij volwassenen*. Online available at <http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx> 2010.
 26. Mannuzza S., Klein R.G., Bessler A., Malloy P., LaPadula M., *Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up*. Am J Psychiatry. 1998;155(4):493-8.
 27. Martin J., Hamshere M.L., Stergiakouli E., O'Donovan M.C., Thapar A., *Genetic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder contributes to neurodevelopmental traits in the general population*. Biol Psychiatry. 2014 Oct 15; 76(8): 664-71.

- doi: 10.1016/j.biopsych.2014.02.013. Epub 2014 Feb 25.
28. Murphay K., Gordon M., *Assessment of adults with ADHD. In Barkley RA, ed. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment.* 2 ed. New York: Guilford Press; 1998. P 345-72.
 29. Moffitt T.E., Houts R., Asherson P., Belsky D.W., Corcoran D.L., Hammerle M., Harrington H., Hogan S., Meier M.H., Polanczyk G.V., Poulton R., Ramrakha S., Sugden K., Williams B., Rohde L.A., Caspi A., *Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study.* Am J Psychiatry. 2015 Oct 1;172(10):967-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14101266.
 30. Pehlivanidis A., Papanikolaou K., Spyropoulou A.C., Papadimitriou G.N., *Comorbid ADHD in adult psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorders.* Int J Psychiatry Clin Pract. 2014 Oct;18(4):265-71.
 31. Philipsen A., Feige B., Hesslinger B., et al. *Sleep in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled polysomnographic study including spectral analysis of the sleep EEG.* Sleep 2005;28:738-45.
 32. Philipsen A., Hornyak M., Riemann D., *Sleep and sleep disorders in adults with attention deficit/ hyperactivity disorder.* Sleep Med Rev 2006;10:399-405.
 33. Piñeiro-Díez B., Balanzá-Martínez V., García-García P., Soler-López B., *Psychiatric Comorbidity at the Time of Diagnosis in Adults With ADHD: The CAT Study.* J Atten Disord. 2014 Jan 24.
 34. Rasmussen P., Gillberg C., *Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Nov;39(11):1424-31.
 35. Sáez-Francàs N., Alegre J., Calvo N., Antonio Ramos-Quiroga J., Ruiz E., Hernández-Vara J., Casas M., *Attention-deficit hyperactivity disorder in chronic fatigue syndrome patients.* Psychiatry Res. 2012; 200(2-3):748-53. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.041. Epub 2012 May 28.
 36. Schredl M., Alm B., Sobanski E., *Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).* Eur Arch Psychiatry and Clin Neurosci 2007; 257:164-8.
 37. Simon V., Czobor P., Bálint S., Mészáros A., Bitter I., *Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis.* The British Journal of Psychiatry Feb 2009, 194 (3) 204-211; DOI: 10.1192/bjp.bp.107.048827
 38. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P. R., Jacobs G.A., *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
 39. Tamam L., Karakus G., Ozpoyraz N., *Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Oct;258(7):385-93. doi: 10.1007/s00406-008-0807-x. Epub 2008 Apr 24.
 40. The WHOQOL Group, *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment.* Psychol Med. 1998;28:551-558.
 41. Torres I., Gómez N., Colom F., Jiménez E., Bosch R., Bonnín C.M., Martínez-Aran A., Casas M., Vieta E., Ramos-Quiroga J.A., Goikolea J.M., *Bipolar disorder with comorbid attention-deficit and hyperactivity disorder. Main clinical features and clues for an accurate diagnosis.* Acta Psychiatr Scand. 2015 Nov;132(5):389-99. doi: 10.1111/acps.12426. Epub 2015 Apr 20.
 42. Uchida M., Spencer T.J., Faraone S.V., Biederman J., *Adult Outcome of ADHD: An Overview of Results From the MGH Longitudinal Family Studies of Pediatrally and Psychiatrically Referred Youth With and Without ADHD of Both Sexes.* J Atten Disord. 2015 Sep 22. pii: 1087054715604360.
 43. Ward M.F., Wender P.H., Reimherr F.W., *The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder.* Am J Psychiatry. 1993 Jun;150(6):885-90.
 44. Zung W.W.K., *A self-rating depression scale.* Arch Gen Psychiatry. 1965;12:63-70.

Terapia della depressione nei pazienti anziani

Franco Zarattini*

Riassunto:

La psicoterapie cognitivo-comportamentali sono indicate nel trattamento della depressione dei pazienti anziani assieme a quelle di gruppo che appaiano particolarmente utili, perché permettono un sostegno da parte di soggetti sani, attenuano l'isolamento sociale, incoraggiano l'empatia condivisa e facilitano il recupero delle capacità di decidere. Inoltre è stato dimostrato che gli schemi cognitivi disadattati giocano un ruolo importante nel mantenimento della depressione e dell'ansia specialmente nei pazienti in età avanzata.

I fattori che possono diminuire la risposta agli antidepressivi risentono nei pazienti anziani, della presenza di depressione con sintomi psicotici (depressione delirante) o con sintomi "atipici" (ipersonnia e iperfagia), della comorbidità con disturbi organici (decadimento cognitivo) e psichici (in particolare con disturbi d'ansia), nonché con l'abuso di alcol o di sostanze stupefacenti. Tuttavia anche gli schemi cognitivi consolidati e propri di questa età hanno un forte impatto sull'ansia e sulla depressione.

Appare doveroso sfatare la diffusa convinzione secondo la quale la vecchiaia sarebbe di per se stessa la causa di un incremento della frequenza della depressione, anche perché la comorbidità somatica è la vera causa dell'aumento della depressione nell'età avanzata.

Per potenziare l'effetto dei farmaci e non ricorrere ad altri metodi non indicati nella terza età, come la terapia elettroconvulsivante, la stimolazione magnetica transcranica e la stimolazione cerebrale profonda, si sono invece rivelate utili le terapie cognitivo-comportamentali. L'impiego di tale metodica terapeutica negli anziani si era imposta già negli anni 1980 (9,10) e diversi studi ne

hanno mostrato l'efficacia sia nell'approccio individuale (3) che di gruppo (3). Una recente metanalisi che ha raggruppato sei studi, ha confermato l'efficacia della terapia comportamentale e di gruppo nella depressione del paziente anziano (7).

La psicoterapia del paziente in questa fascia di età necessita di adattamenti per rispondere alle esigenze specifiche di questa popolazione (4), restando aperti ad una grande flessibilità del quadro terapeutico. Pertanto la terapia di gruppo si rivela particolarmente adatta al soggetto anziano depresso, polarizzato sulle sue difficoltà di guardare all'indietro nel suo passato, in quanto gli consente di deconcentrarsi al fine di facilitare la ripresa del contatto con i suoi simili (9).

Secondo il modello di Beck e collaboratori si deve intervenire sul pensiero automatico che si organizza in schematismi, che sono delle strutture mentali subcoscienti stabili situate nella memoria a lungo termine, che filtrano ed organizzano l'informazione per renderla conforme al modo di vedere del paziente in riferimento a se stesso ed al mondo circostante. Lo scopo di tale tipo di terapia si prefigge di meglio comprendere le interazioni tra emozioni, cognitività e comportamenti al fine di permettere una ristrutturazione cognitiva, che favorisca la motivazione e l'impegno in un funzionamento comportamentale più soddisfacente. La metodica che serve sia per l'età giovanile e media, appare assai utile per l'età avanzata. Pertanto sostenere che i sintomi depressivi non siano modificabili nella depressione nella vecchiaia attualmente non è più ammissibile.

Per la persona che invecchia, il vissuto ed i sintomi depressivi possono essere attribuiti ad una visione del tutto errata, ma non di meno assai diffusa anche nella senilità normale. Tale opinione se condivisa dai terapeuti, ne rinforza la validità nei loro pazienti. In realtà la banalizzazione dei sintomi depressivi nella vecchiaia, combinata con l'impossibilità di un cambiamento, risente positivamente della ristrutturazione cognitiva mirata specificamente al cambiamento delle convinzioni

negative suddette.

Alcuni modelli empirici concernenti gli schemi di disadattamento, definiti come temi pervasivi nel paziente coinvolgono la persona stessa, le relazioni inter-personali o con l'ambiente.

- Alcuni esempi di schemi di disadattamento possono essere i seguenti:
- paura di perdere il controllo emotivo e di apparire irritabile o collerico;
- dipendenza come timore di aver bisogno di assistenza permanente;
- vulnerabilità generalizzata nei confronti delle comuni preoccupazioni delle persone in età avanzata;
- abbandono da sensazione di essere trascurato e di finire isolato;
- perdita dell'individualità attribuita alla convinzione di non avere più il controllo sulla propria vita per il rischio di circonvenibilità;
- rifiuto dell'assistenza con reazione comportamentale incongrua provocata dalla necessità di un aiuto;
- disimpegno da perdita d'interesse per le attività svolte nell'attualità e per l'avvenire.

Benché sia difficile distinguere gli schemi di disadattamento ad insorgenza tardiva specifici dell'età avanzata, rispetto agli schemi precoci di disadattamento che hanno avuto una evoluzione con il passare del tempo, il comune denominatore rimane la depressione per entrambe le fasce di età.

Ricorrere alla terapia cognitivo-comportamentale, supportata dalla psicofarmacologia si è rivelata utile nel superare gli schemi stratificati nei pazienti depressi ed in età avanzata, beneficiando della sinergia dei due metodi. I pazienti vengono rimessi in grado di condividere le nuove cognizioni distinguendole dagli schemi disfunzionali, aiutandoli a ritrovare una migliore immagine personale ed aperta alle relazioni sociali. Tale evoluzione positiva è rilevabile specialmente su quei pazienti che hanno continuato a vivere in casa propria avendo conservato

con grande probabilità una migliore capacità d'attitudine a proiettarsi nel futuro rispetto ai pazienti anziani istituzionalizzati.

Conclusioni

Alcuni autori (10) infatti discutono sugli schemi specifici del paziente anziano, correlati con la depressione e le capacità cognitive, sostenendo che sono necessari più dati concernenti la loro insorgenza. Puntualizzano inoltre la difficoltà nel differenziare gli schemi che appaiono tardivamente specifici dell'età avanzata e gli schemi precoci di disadattamento che evolvono negativamente con l'età.

Questa valutazione conferma l'interesse di utilizzare la terapia cognitivo-comportamentale adattata a questa popolazione specifica, unitamente a delle strategie basate contro gli schemi dei pazienti depressi in età avanzata, ricorrendo ad un metodo che associ la psicoterapia individuale e la terapia di gruppo in cui l'efficacia venga rinforzata dalla loro sinergia.

Proporre un lavoro di gruppo a pazienti invecchiati li avvicina ai loro coetanei liberi da tali disturbi permettendo ai primi di riconoscere meglio gli schemi disfunzionali e cognitivi condividendoli ed esponendoli ad un confronto diretto con soggetti normali in età avanzata, che inciti i pazienti a trovare una migliore immagine sociale di se stessi.

**Psichiatra Psicoterapeuta e Psichiatra Forense
Studiozarattini @ libero.it*

BIBLIOGRAFIA.

1. Emery G., *Cognitive therapy with the elderly*. In: Emery G., Holton S., Bedrosian R., editors. *New directions in cognitive therapy a casebook*. New York: The Guilford Press: 1981 p. 84-98.
2. Church M., *Psychological therapy with elderly people*. Bull Br Psychol Soc. 1983; 36:110-2
3. Laidlaw K., Thomson L.W., Toner H.L., et al. *Cognitive behavior therapy with older people*. Chichester: John Wiley et Sons; 2003
4. Steuer J. L., Mintz J., Hammen C. L., et al., *Cognitive-behavioural and psychodynamic group psychotherapy in the treatment of geriatric depression*, J Consult Clin Psychol 1984;52:180-9
5. Koder D., Brodaty H., Anstey K., *Cognitive therapy for depression in the elderly*. int J Geriatr Psychiatry 1996; 11: 97-107
6. Engels GL, Verney M., *Efficacy of nonmedical treatments of depression in olders. A quantitative analysis*. J Clin Geropsychol 1997; 3:17-25.
7. Krishna M., Jauhari A., Lepping P., et al. *Is psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review* int. J Geriatr Psychiatry 2011;26 (4):331-40.
8. Evan C., *Cognitive-behavioural therapy with older people*. Adv Psychiatry Treat 2007; 13: 111-8.
9. Bizzini L., Favre C., *Comment soigner la depression gériatrique? Le manuel de traitement de groupe CTDS*. Genève: Ed. Trajets: 1999.
10. Tison P., Hautekeete M., *Activation de pensées automatiques négatives spécifiques vers 60 ans chez des sujets déprimés âgés de 20 à 99 ans*. J Ther Comport Cogn 2005 ; 15 (2) :61-8

L'efficacia del trattamento psicologico in un campione di soggetti di età compresa tra i 14 e i 24 anni afferenti ad un'UOC di Psicologia Clinica di un DSM: uno studio pilota

*Mirco Bellotti *, Giovanni Luca Palmisano **, Caterina Galbiati ***, Tiziana Valentini ****, Giorgio De Isabella ******

1. INTRODUZIONE

In tempi recenti si è accentuata la necessità di raccogliere sistematicamente informazioni circa gli esiti di interventi psicologici e psicoterapeutici effettuati nelle strutture pubbliche della salute mentale (1) (2). Si deve a Smith, Glass e Miller (3) il primo tentativo esaustivo di valutare l'efficacia degli interventi psicoterapeutici. Questi autori, in una meta-analisi effettuata su 475 studi in cui i pazienti che avevano ottenuto un intervento erano confrontati con pazienti che non avevano ricevuto nessun tipo d'intervento o erano in lista d'attesa, trovarono che l'85% del campione che aveva ricevuto una forma di psicoterapia otteneva benefici maggiormente positivi comparati con i pazienti che non erano stati trattati. A loro volta Shapiro & Shapiro (4) in una review meta-analitica effettuata su 143 studi in cui venivano comparati campioni di pazienti assegnati a diversi trattamenti psicoterapici con campioni di pazienti non trattati, dimostrarono come la psicoterapia fosse marcatamente più efficace dell'assenza di trattamento psicologico. In tempi più recenti molti autori hanno evidenziato l'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapeutici nei servizi pubblici (5) (6) (7) (8) trovando un netto decremento dei sintomi e un aumento del benessere degli utenti dopo il trattamento.

I primi strumenti utilizzati per la ricerca sugli esiti di un trattamento in psicoterapia sono stati il Symptom Check

List 90-Revised (SCL-90-R) (9), e, più recentemente, il Clinical Outcome Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) (10) (11), e il Cognitive Behavioural Assessment for Outcome Evaluation (CBA-OE) (12). Alla luce di quanto precedentemente discusso, scopo di questo studio pilota è stato la valutazione degli esiti del trattamento psicologico fornito dall'équipe dell'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica (UOCPC) del DSM nell'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano. Si è usata come misura dell'esito del trattamento psicologico il CORE-OM, per effettuare la valutazione sia pre trattamento che post, ipotizzando un miglioramento delle condizioni di salute psicologica dei pazienti in seguito al trattamento e attribuibile ad esso in assenza di altre variabili intervenienti. Inoltre è stato previsto, durante la fase diagnostica, l'utilizzo di altri strumenti di assessment psicopatologico in grado di fornire al professionista maggiori informazioni cliniche sui pazienti.

2. IL CORE-OM

Il CORE-OM è uno strumento self-report adatto alla valutazione dell'esito dei trattamenti psicologici ampiamente usato in Gran Bretagna. L'attendibilità del CORE-OM è stata esaminata in differenti setting clinici (13) (14) e in diverse fasce d'età quali bambini e ragazzi (Young Person's CORE) (15), adulti, e anziani (16). Lo strumento è stato tradotto in diverse lingue e validato nei setting clinici di differenti nazioni europee. In questo studio è stata utilizzata la versione italiana dello strumento la cui traduzione e validazione è stata curata da Palmieri e colleghi (17). La versione italiana del CORE-OM ha una buona consistenza interna (Spearman's rho > .07). La scala totale è costituita da 4 fattori: Benessere soggettivo (4 item); Problemi/Sintomi (12 item); Funzionamento (12 item) e Rischio (per sé e per gli altri; 6 item). Il cut-off clinico del punteggio medio totale è 1,09 per i maschi e 1,22 per le femmine. Valori superiori possono indicare un disagio clinicamente significativo dell'individuo. Gli

autori (10) (11) raccomandano la somministrazione dello strumento all'inizio e alla fine del trattamento psicologico o della psicoterapia, ma potrebbe essere utile ripetere la sua somministrazione durante trattamenti di lunga durata ed in caso di follow-up. Il CORE-OM presenta una buona consistenza interna con α di Cronbach compresa tra 0.77 e 0.94 (10) e un'eccellente stabilità test-retest ad un mese con ρ di Spearman compreso tra 0.87 e 0.91 eccetto per la scala del Rischio con ρ di Spearman di 0.64 (18). Lo strumento presenta inoltre un'ottima validità convergente con il Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) (9). Il test infine non è suscettibile all'effetto dell'età ma lo è per quanto riguarda il genere nella scala Rischio. Lo strumento CORE-OM è stato utilizzato in questo studio perché possiede buone caratteristiche psicometriche, perché adatto alla misura dell'outcome terapeutico e alla rilevazione del cambiamento clinico statisticamente significativo. Differenti studi hanno dimostrato l'efficacia del CORE-OM nella valutazione degli esiti del trattamento e del mantenimento dei benefici dell'intervento al tempo del follow-up, in pazienti reclutati nei servizi sanitari nazionali di salute mentale inglesi che hanno usufruito di trattamento cognitivo comportamentale (19) e psicodinamico interpersonale (20). Non vi sono inoltre riferimenti in letteratura all'uso del CORE-OM per la fascia di età oggetto del presente studio, 14-24 anni, benché sia stato validato uno strumento più indicato per l'età adolescenziale, il CORE-YP (15).

3. METODO

3.1. Partecipanti

I soggetti considerati in questo studio pilota sono 105 di cui 40 afferenti ad un programma di valutazione,

consultazione e/o presa in carico psicologica rivolto alla popolazione giovanile (14-24 anni) sottoposta a procedimento penale (avendo commesso reato da minorenni) di tutta la Lombardia, sia ristretti in carcere (Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria" di Milano) sia arrestati/fermati nel Centro di Prima Accoglienza, o, infine, impegnati in percorsi alternativi negli anni 2013, 2014 e 2015¹. Sono inoltre coinvolti nel presente studio altri 65 pazienti ammessi ai Programmi Innovativi assegnati all'UOCPC dell'AO "Ospedale San Carlo Borromeo". I programmi sono dedicati agli interventi precoci sulla sofferenza psicologica in soggetti dai 14 ai 24 anni condotti negli anni 2012, 2013 e 2014. Tutti i partecipanti hanno aderito in forma volontaria allo studio e hanno firmato il consenso informato sul trattamento dei dati, essendo stati precedentemente resi edotti sulla possibilità che i dati raccolti fossero utilizzati ai fini di ricerca scientifica.

Tutti i questionari sono stati somministrati in modo tale da garantire l'anonimato dei partecipanti e le analisi statistiche sono state effettuate da un ricercatore esterno previa eliminazione dei dati sensibili suscettibili di riconoscimento.

3.2. Profilo clinico

I soggetti partecipanti allo studio hanno svolto un percorso di assessment preliminare all'intervento psicologico. Il processo diagnostico ha comportato l'utilizzo di strumenti di valutazione della sintomatologia clinica, della struttura di personalità e di altre condizioni psicologiche e/o psicopatologiche di interesse clinico, come il tratto di impulsività, l'uso o abuso di sostanze stupefacenti. Seguendo i principi del multimethod assessment si è prediletto l'utilizzo di diverse tipologie di strumenti come

1. I percorsi alternativi sono misure cautelari in area penale esterna, come il Collocamento in comunità, la Permanenza in casa e le Prescrizioni; la Messa Alla Prova (MAP) che è misura sospensiva del processo e, in termini residuali, le misure alternative alla detenzione, come l'Affidamento in Prova. Tali misure sono previste dal DPR 448/1988 e dall'Ordinamento Penitenziario.

self-report, interviste somministrate dal clinico e colloqui psicologici al fine di ottenere una maggiore completezza di dati diagnostici su cui formulare ipotesi di funzionamento. Questo ha permesso la definizione di una diagnosi categoriale secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR) e, successivamente, di effettuare una conversione delle diagnosi verso il sistema di Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi di Salute Correlati, decima edizione (ICD-10) (21), maggiormente utilizzato nell'ambito ospedaliero. Seguendo una classificazione diagnostica per cluster si è rilevato che il 29,52% del campione (N=105) presenta un disturbo di personalità (F60.0-F60.9), l'11,43% dei soggetti non presenta disturbi psicologici, l'11,43% ha un disturbo d'ansia (F40.00-F43.1), l'11,43% un disturbo di altra categoria rispetto a quelli citati, il 10,48% un disturbo del comportamento alimentare (F50.0, F50.2, F50.9), il 9,52% un disturbo della condotta (F91.8) e il 2,86% ha un disturbo dell'umore (F30.x, F31.x, F32.x, F33.x, F34.x, F39).

Il 22,86% della totalità dei soggetti (N=105) manifesta tratti di stato e/o di personalità disfunzionali, ma non raggiunge i criteri sindromici per rilevare la presenza di una psicopatologia. Oltre a questo dato è importante osservare come l'11,43% dei soggetti presenta una comorbidità con altre patologie, in particolare disturbi di personalità (6,67%), disturbi del comportamento alimentare (2,86%) e tratti di stato o di personalità disfunzionali (1,90%).

È stata svolta un'ulteriore analisi dei dati diagnostici al fine di individuare caratteristiche cliniche utili all'indicazione al trattamento. Il 51,43% di tutti i soggetti ha una problematica afferente ai disturbi di personalità di tipo antisociale, borderline, istrionico e narcisistico (F60.2, F60.31, F60.4, F60.8) e, più in generale, riguardante il discontrollo emotivo e degli impulsi. Questo dato deve essere analizzato considerando la popolazione clinica in oggetto, che per il 38,1% è riconducibile all'area del penale minorile e quindi particolarmente rappresentativa di un elevato tasso di psicopatologie esternalizzanti (22).

3.3. Strumenti e misure

1. Scheda dei dati sociodemografici: i dati sociodemografici (età, genere, grado d'istruzione) sono stati raccolti all'inizio della fase di assessment clinico sia per quanto riguarda i partecipanti del Programma Innovativo sia per quanto concerne i soggetti dell'area del Penale Minorile destinatari di interventi di tutela della salute mentale.
2. CORE-OM (vedere paragrafo 2)

3.4. Trattamento

L'indicazione al trattamento si è focalizzata sulla sintomatologia caratterizzante l'individuo. I due terzi dei soggetti dello studio hanno intrapreso una psicoterapia, il 27,62% un percorso di consultazione psicologica e/o un monitoraggio della situazione clinica. La restante parte del campione ha svolto unicamente il percorso di *assessment*. Il percorso consultativo è riconducibile ai lavori di Aliprandi, Pelanda e Senise (23) e si è focalizzato su *life event* riportati dai pazienti come traumi, lutti e separazioni familiari. Per i pazienti del Penale Minorile, la consultazione si è realizzata nel potenziamento delle abilità metacognitive di autoriflessività, teoria della mente e *mastery* che sono notoriamente carenti nei soggetti con disturbo della personalità conclamato o anche tratti disfunzionali della personalità (25). La presa in carico psicoterapeutica è stata effettuata dall'equipe dell'UOCPC operante nel contesto ambulatoriale e del penale minorile. Rispetto all'indirizzo teorico dei terapeuti coinvolti nello studio si può affermare che, nell'area del penale minorile, vi è una prevalenza di 3/4 di psicologi-psicoterapeuti formati in senso cognitivo-comportamentale mentre il restante degli operatori è costituito in misura pari da terapeuti con formazione sistemico-relazionale e da terapeuti con formazione psicodinamica. Anche all'interno del programma innovativo i terapeuti ad indirizzo cognitivo-comportamentale sono presenti in misura leggermente superiore rispetto ai terapeuti con formazione psicodinamica o sistemico-relazionale.

Per i pazienti che hanno seguito un percorso consultativo, psicoterapico o di monitoraggio la cadenza delle sedute è stata settimanale nell'83,81% dei casi e bisettimanale per il restante 16,19%. La durata media dell'intervento psicologico e/o psicoterapeutico è stata di 8,51 mesi (DS = 7,45; Range 1-40 mesi).

4. METODI STATISTICI

Per la valutazione delle differenze nelle variabili socio-demografiche tra il gruppo Programma Innovativo e il gruppo Penale Minorile sono state utilizzate le statistiche: test T di Student per la valutazione delle differenze nell'età media, negli anni di scolarizzazione e per la differenza negli *outcomes* della terapia tra maschi e femmine; il test Chi Quadrato (χ^2) è stata utilizzato per valutare la differenza nelle frequenze rispetto al genere.

Per la valutazione dell'efficacia del trattamento si è utilizzato il test di Wilcoxon per campioni appaiati dipendenti. L'assenza di normalità delle distribuzioni dei punteggi delle scale del CORE-OM non ci ha permesso di utilizzare statistiche parametriche (la normalità univariata delle scale del CORE-OM è stata valutata con il test di Kolmogorov-Smirnov).

Per la valutazione della significatività del passaggio da punteggi superiori al *cut-off* del CORE-OM nel pre-trattamento a punteggi inferiori al *cut-off* post-trattamento si è utilizzato il test χ^2 .

Infine si è calcolato il Reliable Change Index (RCI) come consigliato da Jacobson e Truax (24), per valutare se il cambiamento nei punteggi al Global Score Index e nelle quattro sottoscale del CORE-OM possa essere considerato realmente attendibile.

Le analisi statistiche sono state effettuate usando il programma statistico per personal computer SPSS, versione 19.0.

5. RISULTATI

La *Tabella 1* mostra le statistiche descrittive relative alle variabili sociodemografiche del campione totale, del

campione afferente al Penale Minorile e del campione afferente al Programma Innovativo. Com'è possibile osservare non sono state trovate differenze statisticamente significative tra il gruppo Penale Minorile ed il gruppo Programma Innovativo nell'età media, mentre il genere maschile è maggiormente rappresentato nel gruppo Penale Minorile rispetto al gruppo Programma Innovativo. Questa maggiore rappresentanza del genere maschile è l'esito di un duplice processo di selezione operato al di fuori del contesto di ricerca: il trasferimento della sezione femminile dall'IPM di Milano a quello di Pontremoli nel 2010; una maggiore frequenza di uno stile di vita delinquenziale o anche di singole manifestazioni comportamentali antisociali negli uomini che nelle donne. Gli anni di scolarità e i titoli di studio sono maggiori nel gruppo Programma Innovativo. Infine il gruppo Penale Minorile presenta una maggiore percentuale di inoccupati, di lavoratori e di studenti/lavoratori rispetto al gruppo Programma Innovativo. Questi dati si possono spiegare con la considerazione che il drop-out scolastico, già avvenuto o "in fieri", è una caratteristica della quasi totalità delle storie di vita dei ragazzi sottoposti a procedimento penale, transitati in CPA e/o in IPM. D'altra parte, nel corso del procedimento penale, sia detentivo che in area penale esterna, gli operatori dell'area socio-educativa riattivano percorsi scolastici e professionali, coadiuvati dalla scuola e da operatori dell'ENAIIP.

Com'è possibile vedere nella *Tabella 2* i risultati del test di Wilcoxon per due campioni appaiati dipendenti effettuato sul totale dei 105 partecipanti allo studio hanno evidenziato un decremento dei punteggi nel Global Score Index e nelle scale Benessere, Funzionamento, Problemi/Sintomi e Rischio tra il tempo 1 e il tempo 2, ovvero dalla fase di prima somministrazione del test CORE-OM alla fase di seconda somministrazione avvenuta alla fine del trattamento psicologico. I risultati si ripetono per il sottocampione di soggetti afferenti all'area del penale minorile (*Tabella 3*) e per i soggetti del sottocampione

Tabella 1 - Variabili sociodemografiche – campione totale: statistiche descrittive

Variabili	CT (N = 105)	PI (N = 65)	PM (N = 40)	T	df	p
Età	18,73 (2,68)	18,78 (2,99)	18,65 (2,08)	0,271	103	n.s.
Range Età	14-24	14-24	14-24			
Anni di scolarità	9,6 (2,78)	10,5 (2,79)	8,2 (2,11)	4,416	103	< 0.001
<i>Genere</i>						
Femmine	63 (60%)	52 (80%)	11 (27,5%)	28,438	1	< 0.001
Maschi	42 (40%)	13 (20%)	29 (72,5%)			
<i>Scolarità</i>						
Licenza elementare	6 (5,7%)	0	6 (15%)			
Licenza media	64 (60,9%)	35 (53,8%)	29 (72,5%)			
Diploma di scuola superiore	33 (31,4%)	28 (43,1%)	5 (12,5%)			
Laurea	2 (1,9%)	2 (3,1%)	0			
Studente	60 (57,1%)	47 (72,3%)	13 (32,5%)			
<i>Occupazione</i>						
Lavoratore	8 (7,6%)	3 (4,6%)	5 (12,5%)			
Inoccupato	31 (29,5%)	10 (15,4%)	21 (52,5%)			
Servizio civile	1 (1%)	1 (1,5%)	0			
Studente lavoratore	5 (4,8%)	4 (6,2%)	1 (2,5%)			

Note: CT = Campione Totale; PI = Gruppo Programma Innovativo; PM = Gruppo Penale Minorile; T = Test t di student; df = Gradi di libertà; p = Probabilità

Statistiche: Media $\pm$ DS per età e anni di scolarizzazione; frequenza e percentuale per genere, scolarità e occupazione. Test t di Student per la comparazione tra il gruppo afferente al Programma Innovativo e il gruppo afferente al Penale Minorile per l'età e gli anni di scolarizzazione; Test Chi Quadrato per le differenze tra il gruppo afferente al Programma Innovativo e il gruppo afferente al Penale Minorile per il genere.

di pazienti partecipanti al Programma Innovativo (*Tabella 4*). Anche in questi due sottocampioni, infatti, è possibile sottolineare una diminuzione statisticamente significativa dei punteggi al Global Score Index e nelle sottoscale Benessere, Funzionamento, Problemi/Sintomi e Rischio valutati tramite il test di Wilcoxon per due campioni appaiati dipendenti.

Rivolgendo ora l'attenzione alla percentuale di pazienti significativamente migliorati, nella valutazione pre-trattamento 62 utenti (N=105) superavano il *cut-off* clinico del CORE-OM mentre 43 si attestavano al di sotto

di tale *cut-off*. Dopo il trattamento il numero di soggetti che superavano il *cut-off* è passato da 62 a 25 e quello di soggetti che si attestavano al di sotto da 43 a 80. 37 pazienti hanno dunque beneficiato di un miglioramento significativo dopo il trattamento passando dal livello di interesse clinico a livello non clinico e tale differenza di frequenze risulta essere statisticamente significativa ($\chi^2 = 52,059$; $p < 0,0001$). La percentuale di miglioramento, sempre secondo le linee guida del modello Improved Access to Psychological Therapies (IAPT), si attesta al 60% (N = 63) su un totale di 105 soggetti del campione totale. Per quanto riguarda i soggetti afferenti all'area del

Tabella 2. Differenze punteggi CORE-OM scala totale e sottoscale pre-post trattamento

Variabili (N = 105)	M	DS	Z	p
Global Score Index tempo 1	1,492	0,063	-5,919	< .0001
Global Score Index tempo 2	1,104	0,053		
Benessere tempo 1	2,160	0,088	-5,443	< .0001
Benessere tempo 2	1,630	0,090		
Funzionamento tempo 1	1,660	0,067	-5,396	< .0001
Funzionamento tempo 2	1,263	0,058		
Sintomi tempo 1	1,744	0,085	-5,569	< .0001
Sintomi tempo 2	1,249	0,070		
Rischio tempo 1	1,653	0,074	-6,561	< .0001
Rischio tempo 2	1,142	0,062		

Indice: N = Numerosità campionaria; M = Media; DS = Deviazione Standard; Z = valore del test di Wilcoxon; p = probabilità/significatività della differenza pre-post.

Tabella 3. Differenze punteggi CORE-OM scala totale e sottoscale pre-post trattamento, soggetti penale minorile

Variabili (N = 40)	M	DS	Z	p
GSI tempo 1	1,270	0,604	-3,392°	< .001
GSI tempo 2	0,958	0,427		
Benessere tempo 1	1,780	0,838	-3,177°	< .001
Benessere tempo 2	1,370	0,882		
Funzionamento tempo 1	1,450	0,652	-2,287°	< .05
Funzionamento tempo 2	1,184	0,523		
Sintomi tempo 1	1,418	0,818	-2,684°	< .01
Sintomi tempo 2	1,070	0,654		
Rischio tempo 1	1,331	0,711	-3,638°	< .0001
Rischio tempo 2	0,989	0,574		

Indice: N = numerosità campionaria; M = Media; DS = Deviazione Standard; Z = valore del test di Wilcoxon; p = probabilità; GSI = Global Score Index.

penale minorile, 11 soggetti sono passati da punteggi al di sopra del *cut-off* del CORE-OM prima del trattamento a punteggi al di sotto del *cut-off* dopo il trattamento e tale differenza di frequenze risulta statisticamente significativa

($\chi^2 = 19,673$; $p < 0,0001$). La percentuale di guarigione seguendo il modello IAPT è del 65% del totale di 40 soggetti (N = 26). Infine per quanto concerne i soggetti afferenti al Programma Innovativo, 26 soggetti su un

Tabella 4. Differenze punteggi CORE-OM scala totale e sottoscale pre-post trattamento; soggetti Programma Innovativo

Variabili (N = 65)	M	DS	Z	p
GSI tempo 1	1,629	0,638	-4,852	< .0001
GSI tempo 2	1,194	0,585		
Benessere tempo 1	2,400	0,855	-4,389	< .0001
Benessere tempo 2	1,780	0,925		
Funzionamento tempo 1	1,800	0,671	-4,999	< .0001
Funzionamento tempo 2	1,312	0,630		
Sintomi tempo 1	1,945	0,844	-4,924	< .0001
Sintomi tempo 2	1,359	0,739		
Rischio tempo 1	1,851	0,722	-5,553	< .0001
Rischio tempo 2	1,236	0,658		

Indice: M = Media; DS = Deviazione Standard; Z = valore del test di Wilcoxon; p = probabilità; GSI = Global Score Index.

totale di 65 sono passati da punteggi al di sopra del *cut-off* del CORE-OM prima del trattamento a punteggi al di sotto del *cut-off* dopo il trattamento e tale passaggio è statisticamente significativo ($\chi^2 = 28,602$; $p < 0,0001$) con una percentuale di guarigione per il modello IAPT del 58% (N = 38). Tuttavia va sottolineato che il Reliable Change Index (RCI) per il Global Score Index e per le scale Benessere, Funzionamento, Sintomi/Problemi e Rischio del CORE-OM non ha superato il limite di 1,96 che decreta una maggiore probabilità di cambiamento reale (6). I punteggi RCI infatti sono rispettivamente di 1,3 per il Global Score Index, di 1,33 per la scala Benessere, di 1,29 per la scala funzionamento, di 1,23 per la scala Sintomi/Problemi e di 1,5 per la scala Rischio. Anche se tali risultati vanno presi con cautela per via delle variabili intervenienti che non è stato possibile controllare, possiamo affermare che l'intervento psicologico sembra abbia sortito effetti statisticamente significativi nel decrementare la gravità della sintomatologia, diminuendo altresì il rischio di psicopatologia e di ricaduta.

Infine abbiamo valutato, utilizzando il test T di Student per campioni indipendenti, se ci fossero delle differenze

tra il pre e il post trattamento nei maschi e nelle femmine. Com'è possibile evincere dalla *Tabella 5*, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra maschi e femmine in nessuna delle variabili del CORE-OM.

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

L'analisi dei dati pre-post ha evidenziato che l'intervento psicologico effettuato dall'équipe dell'UOCPC ha un'efficacia statisticamente significativa nella diminuzione della sintomatologia, del rischio di psicopatologia e di ricaduta. Tuttavia i risultati vanno letti anche alla luce dei limiti di questo studio pilota. Prima di tutto il fatto di non aver potuto utilizzare delle statistiche parametriche limita la portata dei risultati perché non si è potuto controllare l'eventuale effetto di variabili quali il genere, l'età e la durata del trattamento, covariandole nel modello. In secondo luogo, essendo uno studio sugli effetti del trattamento, sappiamo che il trattamento è stato efficace nel 60% dei casi, ma non avendo studiato variabili di processo, non possiamo risalire ai meccanismi sottostanti tale miglioramento. Per quanto riguarda, in particolare, l'area del Penale Minorile, l'anamnesi recente di molti pazienti

Tabella 5 - Differenza pre post intervento in base al genere.

Variabili	Femmine (N = 63)		Maschi (N = 42)		T	df	p
	M	DS	M	DS			
Δ GSI	-0,33	0,67	-0,48	0,53	-0,226	103	n.s.
Δ Benessere	-0,53	0,96	0,56	0,83	-0,165	103	n.s.
Δ Funzionamento	-0,40	0,73	-0,41	0,61	-0,067	103	n.s.
Δ Sintomi	-0,44	0,84	-0,58	0,81	-0,906	103	n.s.
Δ Rischio	-0,10	0,65	-0,26	0,59	-1,247	103	n.s.

Indice: Δ = differenza punteggi pre-post intervento; GSI = Global Score Index; t = test T di Student; df = gradi di libertà; p = probabilità; M = media; DS = Deviazione Standard.

che transitano dall'area penale esterna (MAP o misure alternative alla detenzione) a quella interna (esecuzione pena) evidenzia un miglior funzionamento degli stessi in IPM (impegno in attività professionalizzanti, costanza nell'attività sportiva, attribuzione di importanza alla relazione con gli operatori, rispetto delle regole) che all'esterno. Occorre capire se tale migliore funzionamento possa essere attribuibile alla capacità del contesto detentivo (dove per contesto si intende anche l'intero gruppo di lavoro che gestisce il giovane) di produrre il milieu terapeutico della "struttura", visto che i pazienti che hanno mostrato il funzionamento summenzionato sono stati destinatari sia "fuori" che "dentro" di interventi di tutela della salute mentale.

Un altro limite dello studio è quello di aver usato un'unica misura self-report. In linea di principio infatti tali strumenti sono vulnerabili a distorsioni: i pazienti possono esagerare il loro disagio nella fase di valutazione prima del trattamento o esagerare il loro miglioramento dopo il trattamento (6). Inoltre l'assenza di misure di follow-up non offre informazioni circa il mantenimento degli esiti migliorativi del trattamento. Infine, dato che gli indici RCI non superano il limite di 1,96 e si attestano in un range compreso tra 1,3 e 1,5, non si può essere certi che il cambiamento sia ascrivibile al processo terapeutico, ma formulare ipotesi interpretative riguardo

al cambiamento terapeutico. Pur tuttavia i risultati sembrano essere in linea con quelli ottenuti da altri autori che hanno valutato l'efficacia del trattamento di routine nel servizio sanitario nazionale con lo stesso strumento (6) (7) (8) evidenziando come il trattamento di routine sia efficace in una percentuale di pazienti che supera abbondantemente il 50%.

Concludendo, pur essendo uno studio pilota, questo esperimento di valutazione messo in atto dall'UOCPC nella fascia di età 14-24 anni va nella direzione delle linee guida internazionali sulla necessità di valutare gli esiti degli interventi psicologici di routine nei servizi sanitari nazionali. Come prospettiva futura si potrebbe valutare l'efficacia del trattamento utilizzando disegni di ricerca con trial randomizzati e gruppi di controllo in lista d'attesa. Sarebbero utili, altresì, adeguate misure di follow-up a 6 mesi e 1 anno di distanza dal termine del trattamento. Si potrebbero misurare gli effetti di altre variabili di processo, preventivando la misura con strumenti standardizzati di tali variabili ad intervalli regolari, valutando l'efficacia del trattamento e il perché di tale efficacia.

RINGRAZIAMENTI

Un caloroso ringraziamento viene indirizzato alla Dr.ssa Antonella Curatolo e a tutta l'equipe di psicologi-psicoterapeuti dell'UOCPC che ha collaborato attivamente alla raccolta dei dati per la presente ricerca: Eleonora Bianchi, Claudia Bonomo, Elena Catenacci, Susanna Costa, Stefania Cristinelli, Nunzia D'Aloja, Federico Ferrari, Cristina Pirola, Giovanna Pizzinato e Giulia Rizzato.

** Psicologo, Specializzando in "Psicologia del ciclo di vita", UNIMIB.*

*** Psicologo, Dottore di Ricerca, Università degli Studi di Bari "A. Moro"*

**** Psicologo Consulente UOC di Psicologia Clinica, A.O. "Ospedale San Carlo Borromeo", Milano*

***** Psicologo Dirigente UOC di Psicologia Clinica, A.O. "Ospedale San Carlo Borromeo", Milano*

****** Direttore UOC di Psicologia Clinica, A.O. "Ospedale San Carlo Borromeo", Milano*

Riferimento mail: deisabella.giorgio@sancarlo.mi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Parry G., Richardson A., *NHS psychotherapy services in England: Review of strategic policy*. Department of Health, London, 1996.
2. Roth A., Fonagy P., *What works for whom: A critical review of psychotherapy research (2nd ed.)*. Guilford Press, New York, 2005.
3. Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I., *The Benefits of Psychotherapy*. MD: John Hopkins University Press, Baltimore, 1980.
4. Shapiro D.A., Shapiro D., *Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement*. Psychological Bulletin, 1982; 92: 581-604.
5. Clark D.M., Fairburn C.G., Wessely S., *Psychological treatment outcomes in routine NHS services: A commentary on Stiles et al.* (2007). Psychological Medicine, 2008, 38 (5), 629-634.
6. Stiles W.B., Leach C., Barkham M., Luccock M., Iveson S., Shapiro D.A., Iveson M., Hardy G., *Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions : practice-based evidence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2003, 71, 14-21.
7. Clark D.M., Layard R., Smithies R., Richards D.A., Suckling R., Wright B., *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites*. Behaviour Research and Therapy, 2009, 47(11): 910-920.
8. Layard R., Clark D., Knapp M., Mayraz G., *Cost-benefit analysis of psychological therapy*. National Institute Economic Review, 2007, 202(1), 90-98.
9. Derogatis L.R., *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1983.
10. Barkham M., Evans C., Margison F., McGrath G., *The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research*. Journal of Mental Health, 1998, 7 (1), 35.
11. Evans C., Mellor-Clark J., Margison F., Barkham M., Audin K., Connell J., McGrath G., *CORE: Clinical outcomes in routine evaluation*. Journal of Mental Health, 2000, 9(3), 247-255.

12. Michielin P., Vidotto G., Altoè G., Colombari M., Sartori L., Bertolotti G., Sanavio E., Zotti A.M., *Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici*. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 2008, 30(1), 98-104.
13. Barkham M., Margison F., Leach C., Lucock M., Mellor-Clark J., Evans C., Benson L., Connel J., Audin K., McGrath G., *Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2001, 69, 184-196.
14. Evans C., Connell J., Barkham M., Marshall C., Mellor-Clark J., *Practice-based evidence: benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels*. Clinical Psychology & Psychotherapy, 2003, 10(6): 374-388.
15. Twigg E., Barkham M., Bewick B.M., Mulhern B., Connell J., Cooper M., *The Young Person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people*. Counselling and Psychotherapy Research, 2009, 9(3), 160-168.
16. Barkham M., Culverwell A., Spindler K., Twigg E., *The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility*. Aging & Mental health, 2005, 9(3), 235-245.
17. Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaloni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M., *Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM)*. Clinical psychology & psychotherapy, 2009, 16(5), 444-449.
18. Evans C., Connell J., Barkham M., Margison F., McGrath G., Mellor-Clark J., Audin K., *Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE—OM*. The British Journal of Psychiatry, 2002, 180(1), 51-60.
19. Cavanagh K., Shapiro D.A., Berg S., Swain S., Barkham M., Proudfoot J., *The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care*. British Journal of Clinical Psychology, 2006, 45(4), 499-514.
20. Paley G., Cahill J., Barkham M., Shapiro D., Jones J., Patrick S., Reid E., *The effectiveness of psychodynamic-interpersonal therapy (PIT) in routine clinical practice: A benchmarking comparison*. Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice, 2008, 81(2), 157-175.
21. World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva, 1993.
22. Krueger R.F., Hicks B.M., Patrick C.J., Carlson S.R., Iacono W.G., McGue M., *Etiologic connections among substance dependence, antisocial behaviour, and personality: Modeling the externalizing spectrum*. Journal of Abnormal Psychology, 2002, 111: 411-424.
23. Aliprandi M., Pelanda E., Senise T., *Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente*. Feltrinelli, Milano, 1990.
24. Jacobson N.S., Truax P., *Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. Journal of consulting and clinical psychology, 1991, 59(1), 12.
25. Dimaggio G., Semerari A., Carcione A., Procacci M., Nicolò G., *Toward a model of self pathology underlying personality disorders: narratives, metarepresentation, interpersonal cycles and decision-making processes*. Journal of Personality Disorders, 2006, 20, 597-617.

Auto aiuto: un percorso di salute mentale

Esiti quantitativi e qualitativi di un gruppo sperimentale in un Centro Diurno per persone con disagio psicosociale

Midili G. *, Frediani G.P. *, Monti P. *, Cerveri G. *,
Mencacci C. *

INTRODUZIONE

L'auto-mutuo aiuto è uno strumento fondamentale riconosciuto e definito dall'O.M.S., Organizzazione Mondiale della Sanità (1). In letteratura una delle definizioni più accettate e diffuse è quella degli studiosi Katz A. H. e Bender E., secondo i quali i gruppi di auto-mutuo aiuto sono piccole strutture gruppali volontarie, per il mutuo aiuto. Essi sono di solito formati da pari, uniti per assistersi reciprocamente e soddisfare un bisogno comune puntando ad un cambiamento personale e sociale desiderato (2).

Alla base dell'auto-mutuo aiuto vi è l'azione partecipata delle persone che, partendo da un medesimo problema, disagio o obiettivo, si attivano portando un contributo attraverso la propria storia, la propria esperienza, le proprie conoscenze e competenze, ma anche le proprie risorse cognitive ed emozionali.

L'auto-mutuo aiuto fa leva sulla volontà delle persone di giocare un ruolo attivo e consapevole ed è pertanto uno strumento in grado di ridare ai cittadini responsabilità e protagonismo. Tali benefici diventano determinanti, nei percorsi di cura e riabilitazione, e portano alla promozione del benessere del singolo e della collettività.

I gruppi di auto-mutuo aiuto rappresentano un insieme molto ampio ed articolato di esperienze che si diversificano per il tipo di problema, per l'utenza, gli obiettivi, la metodologia e la presenza o meno di un facilitatore.

Queste caratteristiche di eterogeneità hanno rappresentato le premesse da cui si è partiti nella realizzazione del progetto.

In questo articolo presentiamo la realizzazione di un progetto che ha coinvolto alcuni utenti di un servizio psichiatrico pubblico.

In particolare, è stata valutata l'efficacia dell'auto-mutuo aiuto all'interno di una struttura psichiatrica semiresidenziale che accoglie un'utenza caratterizzata da una lunga storia di malattia e accomunata non da una specifica patologia, bensì dalle conseguenze comuni del disagio mentale.

L'auto-mutuo aiuto è una pratica condivisa che trasforma le singole esperienze in risorse per tutti.

Un gruppo di auto aiuto può dunque essere inteso come uno strumento comunitario che privilegia l'aiuto reciproco tra pari condividendo un comune problema e bisogno e la cui leadership si trova tra le mani degli stessi membri.

L'esperienza personale, ma anche la sofferenza, si possono trasformare in speranza, in un atteggiamento positivo nei confronti della vita.

Durante le riunioni, i componenti del gruppo espongono e condividono le proprie esperienze aiutati da un *facilitatore di gruppo* che agevola lo scambio delle ricchezze soggettive, enfatizza le dinamiche dell'auto aiuto e valorizza gli aspetti utili del gruppo contenendo atteggiamenti di accanimento verbale, così da creare condizioni per garantire un clima ottimale e fronteggiare meglio situazioni di pesante carico emotivo.

La reciprocità, il rispetto dell'altro e la fiducia aiutano le persone a sentirsi responsabili verso se stessi e verso gli altri, favorendo l'autostima e l'iniziativa personale. L'esperienza di ognuno diventa quindi risorsa fondamentale per sé e per il gruppo.

Il concetto fondamentale dell'auto aiuto si declina in tre parole chiave: *attivazione, condivisione, reciprocità*.

All'interno di questa vetrina si restituisce alla persona una competenza, un senso di sé e la possibilità di creare nuovi legami.

IL PROGETTO

Gruppo di auto mutuo aiuto nel Centro Diurno Settembrini

Il progetto è nato all'interno di un Centro Diurno Psichiatrico nel quale sono inseriti pazienti affetti da disturbi psichici, in particolar modo da schizofrenia, disturbi di personalità, sindromi affettive e sindromi nevrotiche. Gli utenti, secondo un programma individuale prestabilito, svolgono attività semiresidenziali con finalità risocializzanti e riabilitative. La maggior parte di questi è in cura nel medesimo Centro Psico Sociale che rappresenta il servizio inviante; il Centro Diurno è, infatti, una struttura di secondo livello.

Da tempo esisteva la richiesta e il pensiero di proporre un percorso che andasse nella direzione del mutuo-aiuto per quelle persone che esprimevano l'intenzione di iniziare a parlare di tematiche che riguardassero il disagio mentale.

Infatti, poiché all'interno di gruppi riabilitativi svoltisi all'interno del Centro erano emerse piccole e spontanee esperienze di riflessione sui temi della salute mentale, si è pensato di rispondere a questo bisogno con uno spazio e un tempo maggiormente definito e focalizzato su questa necessità.

Chi soffre una condizione di disagio psichico può incontrare delle difficoltà a parlarne e a trovare comprensione. In questi gruppi, invece, ci si identifica nei racconti degli altri, si vive un ascolto empatico e si esercitano le proprie risorse per disporsi in maniera nuova nei confronti di se stessi e della vita.

Purtroppo al disagio mentale, spesso, vengono associati stigma e pregiudizio, aspetti che rendono ancora più insopportabile la percezione di sentirsi giudicati ed esclusi. In tale situazione, ciò che può dare coraggio e aiuto, per non sentirsi «diversi» ma uguali agli altri, con la stessa dignità e diritto ad esistere, è uscire dall'isolamento, raccontare di sé e condividere i propri vissuti. È così possibile vivere la propria situazione non con sola rassegnazione, ma con il desiderio di cambiamento e di

sentirsi più protagonisti del proprio progetto di vita.

L'intenzione, quindi, è stata quella di creare uno spazio di confronto e di condivisione in un clima di accoglienza e fiducia reciproca in cui parlare liberamente, scambiarsi esperienze e confrontarsi.

Finalità e obiettivi del progetto

Possiamo declinare la principale finalità del progetto in due punti:

1. **Finalità individuali:** il processo progressivo di cambiamento individuale comporta la consapevolezza delle proprie capacità personali, della propria contrattualità sociale, di affermazione di sé e dei propri diritti di cittadinanza che trovano la loro formula nel processo di *empowerment*.
2. **Finalità comunitarie:** il processo di *empowerment* comporta la consapevolezza dei propri diritti e di quelli dei propri pari; questo importante cambiamento porta all'aumento del senso di appartenenza al gruppo, fino riflettersi in una dimensione sempre più di comunità.

L'auto-mutuo aiuto, infatti, incrementa la partecipazione civica: il desiderio di partecipare attivamente alla vita di comunità, di interagire con il territorio e con le istituzioni in modo attivo e di far sentire la propria voce assumendosi la propria responsabilità di cittadino.

I principali obiettivi del gruppo AMA sono i seguenti:

1. dare un supporto emotivo per superare la solitudine, l'isolamento e la paura;
2. aiutare i partecipanti ad esprimere i propri sentimenti;
3. sviluppare la capacità di riflettere sulla propria modalità di comportamento;
4. aumentare la capacità individuale nell'affrontare i problemi;
5. scambiarsi e confrontarsi le esperienze per conoscere meglio il proprio disagio e quello degli altri;
6. rendere il gruppo partecipe dell'esperienza di ognuno, nel rispetto della propria storia ed imparare a parlarne;

7. aumentare l'autoestima e la fiducia in sé lavorando su una maggiore consapevolezza personale;
8. migliorare la qualità di vita.

Caratteristiche del progetto

Il progetto nato all'interno del Centro Diurno ha dovuto modellarsi e adattarsi alle caratteristiche e alle risorse già presenti all'interno della struttura.

Il gruppo non è stato rivolto a persone accomunate da uno specifico aspetto, come un sintomo o una malattia, ma a persone legate dalle conseguenze generali e diffuse che la malattia mentale comporta: la vergogna, lo stigma, il pregiudizio e la solitudine, dimensioni queste che vanno oltre le singole patologie.

All'interno del gruppo, persone affette da differenti patologie psichiche hanno potuto portare diversi contributi e vissuti, aumentando la ricchezza di scambio e la potenziale efficacia del gruppo. Alla base della logica che ha spinto gli operatori alla creazione di un gruppo disomogeneo per patologia, vi è proprio l'idea che, evitando la focalizzazione sul singolo problema, si possano abbattere ulteriormente le barriere, anche quelle che si potrebbero venire a creare concentrandosi su un singolo disturbo.

Il gruppo è stato rivolto all'utenza del Centro Diurno, composta per la maggior parte da pazienti con una lunga storia di malattia in trattamento farmacologico e progetto riabilitativo in corso.

Inoltre, le caratteristiche di condivisione dei vissuti individuali hanno contribuito alla nascita di un'embrionale «identità di gruppo» attraverso la quale la relazione, la comunicazione verbale, il confronto e il sostegno hanno iniziato a fungere da ponte, da mediazione tra il Centro Diurno di appartenenza e il contesto sociale esterno. Infatti, sebbene lo svolgimento del gruppo sia avvenuto all'interno di una struttura psichiatrica, uno degli obiettivi perseguiti è stato proprio quello di favorire il processo di miglioramento dell'autonomia e della responsabilità, in modo tale da sostenere il desiderio di collocarsi, anche spazialmente, all'infuori delle mura psichiatriche.

Questo complesso percorso evolutivo ha visto, nella prima fase di avvio e consolidamento del gruppo, la presenza alternata di due operatori come facilitatori del gruppo.

Ci si è quindi affiancati al cosiddetto modello «non separatista» che prevede la presenza di operatori all'interno dei gruppi.

In particolare, è stata attuata una facilitazione da parte di un'educatrice, di un infermiere e infine di una tirocinante in tecniche della riabilitazione psichiatrica. La scelta di una forte presenza di operatori in veste di facilitatori è stata presa per assicurare la migliore e più attenta osservazione possibile del gruppo. Questo ha permesso un'analisi globale di tutte le dinamiche, dei movimenti e dei bisogni più o meno espressi dei pazienti; la gestione di situazioni difficili legate anche all'alto coinvolgimento emotivo; e infine ha permesso un'attenta riflessione finale che andasse a far luce su tutte le sfaccettature dell'incontro, che a un singolo operatore sarebbero potute sfuggire.

Metodologie

Il gruppo è stato svolto con cadenza settimanale in una delle sale del Centro Diurno. Ogni incontro ha avuto una durata di circa un'ora, seguito sempre da un momento di riflessione e di confronto tra gli operatori circa lo svolgimento di questo.

Durante gli incontri sono state annotate le tematiche emerse grazie anche all'ausilio di fogli mobili e di lavagne.

All'interno degli incontri sono stati utilizzati strumenti cartacei e visivi, con la finalità di favorire e incoraggiare le discussioni nel gruppo.

Grazie alla raccolta, al riordino del materiale e alla sua presentazione nell'incontro successivo è stato possibile favorire spunti di discussione in modo più naturale, spontaneo e poco intrusivo. Compito del facilitatore è stato proprio quello di favorire lo scambio verbale e la libera condivisione di esperienze, vissuti, emozioni, e di agevolare il raggiungimento degli obiettivi del gruppo, garantire il rispetto delle regole e far cogliere le dinamiche

di auto aiuto in un'ottica di reciprocità e parità. Infatti, i facilitatori evitano di «dare consigli» o insegnamenti, poiché quest'atteggiamento rischierebbe di minacciare il presupposto di parità dei membri, creando situazioni di asimmetria.

Il gruppo è aperto a un massimo di 15 pazienti. Tale caratteristica ha portato alla creazione di differenti generazioni di persone, ciò ha fatto sì che, all'entrata di nuovi partecipanti, gli altri fossero più esperti e responsabilizzati nello spiegare e mostrare ai novizi il gruppo.

Il gruppo è autocentrato e disomogeneo.

È un gruppo **autocentrato** in quanto l'attenzione è rivolta al qui e ora – *hic et nunc* – dell'incontro. I componenti del gruppo, avendo differenti storie e caratteristiche, hanno potuto fornire feedback diversi e ampliare, così, il repertorio di soluzioni e di modi per fronteggiare le situazioni problematiche.

È **disomogeneo** per patologia, età, sesso, status sociale, economico e coniugale; ma anche omogeneo per il tipo di esperienza vissuta. L'universalità dei problemi ha favorito un senso di appartenenza e coesione del gruppo. Infatti, l'eterogeneità da una parte facilita l'apprendimento di nuovi modelli e lo sviluppo d'interazioni interpersonali più consone, secondo la teoria del microcosmo sociale in cui il gruppo rappresenta un micro universo che è l'immagine speculare del macro cosmo esterno. Dall'altra parte, vi è la teoria dell'attaccamento sociale alla base dell'omogeneità, per cui una maggiore omogeneità porta a una maggior attrazione tra il singolo e il gruppo favorendo una più rapida e duratura coesione (3).

Tempi e verifiche

Il progetto ha avuto una durata complessiva di otto mesi, per un totale di ventiquattro incontri a cadenza settimanale. Ha avuto inizio ad ottobre 2014 e si è concluso a giugno 2015.

Gli esiti ottenuti sono stati valutati tenendo conto di aspetti sia soggettivi che oggettivi, in modo da avere

una visione globale dell'esperienza di auto-mutuo aiuto svoltasi nel Centro Diurno.

Gli *strumenti soggettivi* sono stati utilizzati per valutare la percezione dei partecipanti rispetto all'efficacia del gruppo e riguardo la qualità di vita percepita. Tra i metodi soggettivi è stato impiegato sia un approccio quantitativo, che qualitativo.

L'**approccio quantitativo** è consistito nella somministrazione di due questionari: il questionario di valutazione dei gruppi di auto mutuo aiuto VAMA (4); e lo strumento per la valutazione della qualità della vita WHOQOL-BREVE (5).

Il primo è stato somministrato la prima volta dopo due settimane dall'inizio del gruppo, una seconda volta dopo tre mesi e infine dopo otto mesi dall'inizio del progetto. Lo strumento WHOQOL-BREVE è stato invece compilato all'inizio e al termine del gruppo.

L'**approccio qualitativo** è constato invece di un elaborato personale degli utenti che, guidati da alcune domande, hanno lasciato traccia dell'esperienza vissuta.

Gli *strumenti oggettivi*, all'opposto, sono stati utilizzati per valutare le caratteristiche in esame attraverso fonti conoscitive indipendenti dalla percezione degli utenti stessi. Tra le tecniche qui impiegate ci si è serviti dello Strumento VADO, di Valutazione delle Abilità e Definizione degli Obiettivi, compilato dagli operatori a conclusione del gruppo (6). Infine è stata utilizzata l'osservazione diretta da parte dei facilitatori, che ha permesso una valutazione individuale di ogni partecipante e una più globale del gruppo nel suo insieme.

LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Strutturazione del progetto

Il percorso di auto-mutuo aiuto svolto all'interno del Centro Diurno è stato guidato dai bisogni e dalle richieste dei partecipanti e si è sviluppato nel tempo con spontaneità e gradualità. Tuttavia, è stato possibile identificare quattro fasi.

I FASE

In una fase iniziale del gruppo, i partecipanti hanno lavorato sul significato della parola «auto-mutuo aiuto» in tutte le sue sfaccettature, enfatizzando gli aspetti di condivisione, di comunicazione, di ascolto e di aiuto.

Tale momento preparatorio è stato fondamentale per far conoscere ai partecipanti la cultura, le caratteristiche principali, i principi e la metodologia dell'auto-mutuo aiuto. In questo modo, all'interno della struttura, gli utenti si sono potuti affiancare a una realtà riabilitativa nuova, poiché fin da subito si è cercato di trasmettere gli aspetti di reciprocità, parità e di come non vi sia una reale conduzione, bensì una facilitazione del gruppo. È stata così conosciuta la figura del facilitatore, la sua funzione e la sua differenza rispetto a un conduttore.

In questa fase sono state anche elaborate le regole del gruppo dagli utenti stessi: ciò li ha messi nella condizione di non accettare «passivamente» regole da altri imposte, ma li ha attivati e motivati nell'identificazione e nel rispetto di quelle norme da loro percepite come importanti.

Infine, si è discusso dell'utilità di condividere con gli altri la propria storia ed esperienza, con la finalità di far conoscere ed interiorizzare in modo naturale, attraverso il dialogo e la riflessione comune, le caratteristiche principali dell'auto-aiuto.

II FASE

Una seconda fase si è composta di incontri dedicati alla presentazione di se stessi. Nonostante molti dei partecipanti si frequentassero già, frequentando regolarmente il Centro Diurno, questa è stata un'occasione per approfondire meglio la conoscenza reciproca e le relazioni e per mostrarsi sotto punti di vista differenti. Ognuno a proprio modo si è presentato agli altri raccontando di sé, della propria storia e dei motivi che l'avevano condotto al Centro Diurno.

Tutto ciò ha contribuito alla creazione di una base di fiducia, indispensabile per costruire un gruppo unito,

dove poter parlare liberamente senza sentirsi giudicati, e da cui ricevere comprensione, supporto, ma anche affetto.

L'importanza del confronto con l'altro è stata determinante fin da queste fasi iniziali, in quanto il gruppo funge come una sorta di specchio che rimanda un feedback, un'immagine al soggetto. In gruppo comunicando si cambia, si è arricchiti dal confronto con l'altro che è importante per capire appieno se stessi.

Attraverso il racconto con l'altro è quindi possibile farsi conoscere, ma allo stesso tempo conoscere meglio anche se stessi.

III FASE

In una terza fase sono stati individuati e condivisi dai partecipanti gli aspetti più problematici, nonché fonte di sofferenza e difficoltà, ma anche i motivi di piacere e serenità presenti nell'esperienza di vita di ognuno.

Alla base di questo vi è stata l'idea che discutendo degli aspetti che fanno stare bene o male è possibile conoscersi in maniera più approfondita, e così aiutarsi meglio.

Grazie alla condivisione, al confronto e al non soffermarsi solamente sugli aspetti negativi, tutti sono stati indirizzati a valutare anche le risorse positive, impegnandosi ad individuarle e a valorizzarle.

In alcuni casi i problemi riportati dai partecipanti risultavano molto delicati e difficili da affrontare. L'obiettivo, all'interno del gruppo, non è stato quello di sottrarre tali problematiche alle persone, quanto piuttosto di dare loro i supporti necessari affinché le difficoltà, che inevitabilmente si presentano, possano essere meglio gestite dalle persone stesse.

L'universalità dei problemi, al di là di tutte le possibili differenze individuali, ha permesso che l'aiuto scambiato dai partecipanti fosse maggiormente efficace e credibile, dal momento che loro stessi hanno condiviso le medesime problematiche.

Proprio perché spesso le nostre preoccupazioni sono anche quelle degli altri, il gruppo è stato identificato come un luogo nel quale si possono abbandonare le proprie

difese, dove non si ha paura delle reazioni altrui e, grazie a questo, poter essere più se stessi, abbandonando così la maschera spesso usata all'esterno.

IV FASE

In una fase intermedia del gruppo, infine, sono state trattate in modo più approfondito alcune difficoltà, identificate come le cause comuni del gruppo. In questa fase i partecipanti, uniti dall'insostenibilità di un destino predeterminato, si sono attivati nel ricercare possibili soluzioni ai problemi collettivi.

Ad un certo punto il gruppo ha sentito la necessità di far chiarezza sui fattori analoghi, e in modo naturale e spontaneo ha ricercato nel tipo di esperienze vissute le seguenti problematiche condivise:

1. *l'indifferenza;*
2. *il pregiudizio, gli stereotipi e le etichette;*
3. *la difficoltà ad accettare la situazione negativa.*

L'indifferenza è stata individuata come esperienza comune in quanto si ha, frequentemente, a che fare con il disinteresse della società, ma anche della famiglia e delle persone care.

Un altro tema ampiamente dibattuto è stato quello riguardante l'assunzione di psicofarmaci, che ha aperto la strada a quello più ampio e difficile dello stigma. Sebbene fossero argomenti delicati, i partecipanti hanno apprezzato la possibilità di parlare di tematiche che all'esterno sono considerate «tabù». Grazie alla sensibilità di tutti, ognuno ha potuto raccontare le proprie difficili esperienze circa i pregiudizi associati alla malattia mentale. I partecipanti si sono fatti forza l'un l'altro e hanno aggredito non solo i pregiudizi esterni, ma anche quelli interni, dati dall'errata interiorizzazione dell'immagine che viene assegnata al soggetto vittima di un pregiudizio.

All'interno del gruppo i partecipanti si sono trovati a diversi gradi della propria consapevolezza di malattia. Le persone che non accettavano la patologia si sono scontrate con chi, al contrario, con il tempo ha imparato a convivere.

In questo caso, come in tutti i momenti dove vi erano opinioni discordanti, il gruppo è stato un motore di pensieri, idee e sentimenti che a fine incontro hanno permesso a tutti di esprimere il proprio punto di vista e di conoscere in maniera più approfondita il pensiero altrui.

Descrizione del campione

Il gruppo è stato, in totale, seguito con continuità da 12 partecipanti, numero abbastanza elevato da permettere un ampio confronto e scambio, ma non così grande da impedire e limitare l'espressione e lo spazio di ognuno.

Il 58% del campione è rappresentato dal sesso maschile, il restante 42% da quello femminile.

L'età media è di 56 anni, con una deviazione standard di 12,3. Più della metà del campione ha infatti un'età compresa tra i 51 e i 70 anni.

Per quanto riguarda la scolarità, il 67% è in possesso di una licenza media superiore, il 17% di una licenza media inferiore e infine il rimanente 17% ha conseguito la laurea.

All'interno del gruppo le patologie psichiatriche predominanti sono date da disturbi dello spettro schizofrenico, presentate dal 67% dei partecipanti; sono poi riscontrabili disturbi di personalità nel 17%, disturbi depressivi nell'8% e infine disturbi bipolari nel restante 8% dei casi.

Come già detto in precedenza, il gruppo si compone di persone che convivono con il disturbo psichico da molti anni, con le conseguenti ripercussioni a livello lavorativo, sociale e relazionale. In media la durata di malattia è di 17 anni, con una deviazione standard di 8,4. La durata massima di malattia è di 31 anni, mentre quella minima di 2 anni, con un range di 29 anni tra i due.

RISULTATI

Valutazione quantitativa

La valutazione quantitativa del gruppo è stata realizzata grazie all'impiego dei tre strumenti valutativi: VAMA, WHOQOL-BREVE e VADO.

Il VAMA (vedi allegato 1) si compone di sedici item. Nei primi undici si chiede alla persona un giudizio sulla propria qualità della vita, nei successivi cinque si indagano gli effetti relativi alla partecipazione al gruppo: l'avvicinamento all'obiettivo; i cambiamenti positivi nella propria vita; la vita attiva dopo la frequenza al gruppo; la fiducia e l'ottimismo e infine l'utilità per i membri del gruppo.

È possibile ottenere un punteggio relativo alla qualità di vita e uno attinente agli effetti percepiti del gruppo. Le risposte sono presentate su una scala Likert a 7 punti, dove il punteggio più basso corrisponde al 3 e quello più alto al 9.

Il questionario, somministrato in tre tempi, ha permesso di valutare la variazione della qualità di vita percepita in seguito alla partecipazione al gruppo. Per misurarla è stata calcolata la media dei punteggi, ottenuta dai questionari di ogni partecipante. Durante la prima somministrazione sono stati presi in considerazione i primi undici item, nella seconda e nella terza, invece, sono stati valutati tutti gli item presenti nel questionario.

La media del punteggio relativo alla qualità di vita percepita al tempo T₀ è stata di 6,1, al T₁ di 6,5 e infine di 6,3 al T₂. Dalla prima somministrazione, (periodo corrispondente alle prime due settimane dall'inizio del gruppo) al termine di questo, dopo otto mesi, non sono stati riscontrati cambiamenti significativi nei punteggi.

I risultati sono parsi poi piuttosto omogenei, infatti, la deviazione standard di circa 0,8, mostra una dispersione dei dati intorno alla media piuttosto contenuta. I punteggi minimi e massimi sono stati rispettivamente 4,4 e 7,4.

La percezione dei partecipanti circa gli effetti del gruppo è stata invece ottenuta dalla media dei punteggi delle ultime cinque domande del questionario, presenti nella seconda e terza somministrazione.

Al T₁ la media è stata di 6,8, al T₂ di 6,9. In entrambi i momenti i partecipanti hanno risposto positivamente agli item riguardanti l'efficacia e l'utilità del gruppo.

La deviazione standard qui è risultata maggiore, di 1,3; con un punteggio minimo di 4,6 e uno massimo di 9.

Tra le domande riguardanti gli effetti del gruppo, il 64% dei partecipanti ha dato il punteggio più basso all'item n.25, ovvero: «*Da quando hai cominciato a frequentare il gruppo, hai una vita più attiva?*». Da entrambi i periodi di verifica emerge che in quest'area non sono avvenuti gli stessi miglioramenti registrati invece negli altri campi. (Soprattutto i campi a cui fanno riferimento le domande n.23, n.24 e n.27 che riguardano l'avvicinamento all'obiettivo, i cambiamenti positivi nella vita, e l'utilità agli altri membri).

Parallelamente, è stato utilizzato lo strumento per la valutazione della qualità della vita WHOQOL-BREVE. Anch'esso autocompilato, si compone di ventisei item che indagano le quattro aree che rappresentano il costrutto della qualità della vita: area della salute fisica, area psicologica, area delle relazioni sociali e area dell'ambiente.

Il questionario fornisce sia un punteggio complessivo, relativo alla qualità della vita in generale, che punteggi specifici (da 0 a 100) rispetto ai quattro domini. Le risposte sono fornite su una scala Likert a 5 punti.

Somministrato in due tempi, all'inizio e al termine del gruppo, la WHOQOL-BREVE ha permesso di confrontare i punteggi ottenuti ad otto mesi di distanza.

Al T₀ i risultati specifici per ogni dominio, in media, sono stati i seguenti: 53,8 nel dominio fisico, con una deviazione standard di 13,7; 45,8 nel dominio psicologico, con una deviazione standard di 21,3; 44,8 nel dominio relazionale, con una deviazione standard di 22,6; e 55,2 nel dominio ambientale con una deviazione standard di 14,4.

Al T₁, invece, i punteggi specifici sono stati: 57,6 nel dominio fisico, con una deviazione standard di 17,5; 46,4 nel dominio psicologico, con una deviazione standard di 18,9; 49,5 nel dominio relazionale, con una deviazione standard di 16,6; e infine 50,2 nel dominio ambientale con una deviazione standard di 14.

Dall'inizio del progetto vi è stato un incremento dei punteggi nel dominio fisico, psicologico e relazionale.

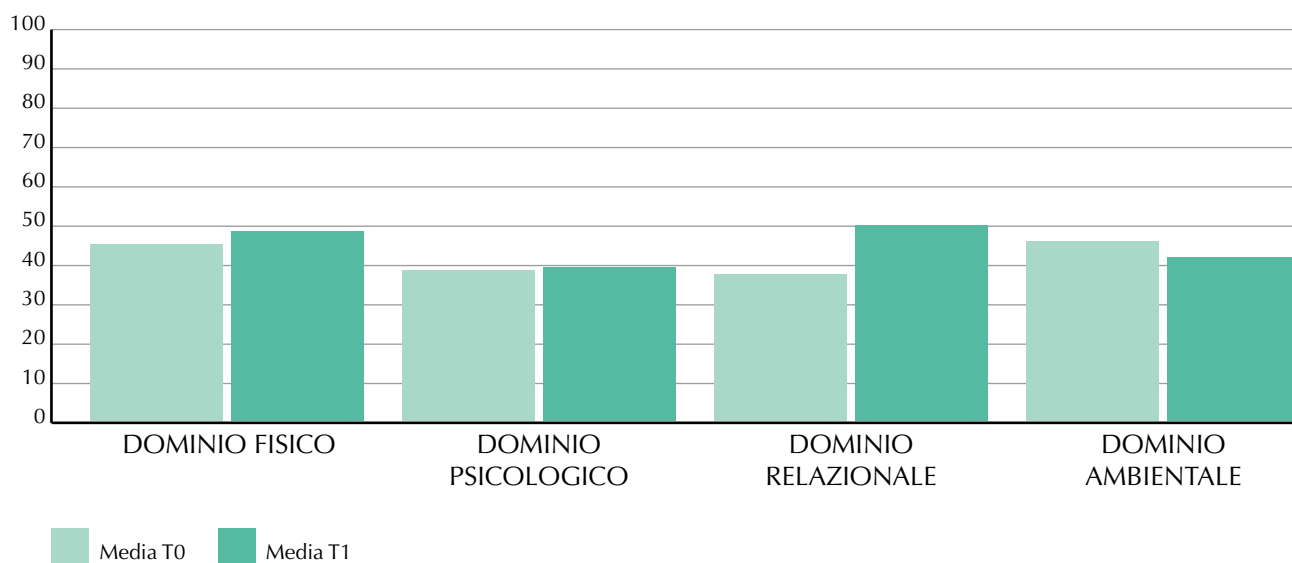


Figura 1 - DOMINI WHOQOL

Viceversa vi è stato un peggioramento per quanto concerne il dominio ambientale.

Tale dato è coerente con quello trovato all'interno del VAMA, poiché il dominio ambientale fa riferimento non solo al senso di sicurezza dell'ambiente di vita, alle condizioni abitative ed economiche, ma anche alla presenza di attività di svago nel proprio tempo libero.

La media dei punteggi ottenuti in ogni dominio ha permesso il calcolo del punteggio complessivo, riguardante la qualità della vita in generale.

Al T₀ è emerso un punteggio complessivo di 49,9, con una deviazione standard di 14,8. Al T₁ il punteggio è stato 50,9, con una deviazione standard paragonabile, di 14,1, e un punteggio massimo e minimo rispettivamente di 70,5 e 14.

A causa dell'influenza negativa data dai punteggi ottenuti nel dominio ambientale, non è stato dimostrato un significativo miglioramento della qualità di vita percepita dai partecipanti.

In questo senso, i dati emersi dalla WHOQOL-BREVE sono risultati coerenti con quelli raccolti dal questionario VAMA nella parte riguardante la qualità di vita, anche se all'interno dell'ampio costruito della qualità di vita è possibile evidenziare un miglioramento

lieve in tre dei quattro domini.

Infine, al termine del gruppo, è stato utilizzato lo Strumento VADO, per confrontare la percezione della qualità di vita dei partecipanti con quella più oggettiva dell'operatore.

Grazie alle scale e alle schede presenti nello strumento è stato possibile attribuire un punteggio di funzionamento globale (da 0 a 100), attraverso l'esame delle aree principali del soggetto.

In media è stato individuato un punteggio di funzionamento globale di 50,2 con una deviazione standard di 16,8. Quasi tutti i partecipanti presentano difficoltà marcate e gravi in una o più aree principali. Il punteggio massimo è stato di 85, mentre quello minimo di 30.

Per quanto riguarda il raffronto tra la valutazione del funzionamento compiuta dall'operatore (VADO) e la percezione dei partecipanti stessi (WHOQOL-BREVE), è emersa una coerenza in circa il 50% dei casi, come si può vedere nel grafico sottostante. Nella restante percentuale, si osservano due situazioni opposte: una parte dei partecipanti ha dato una valutazione del proprio funzionamento maggiore di quella osservata dall'operatore, come nel caso del partecipante 4, e l'altra parte ha dato invece punteggi più bassi rispetto a quelli dell'operatore, come il partecipante 6.

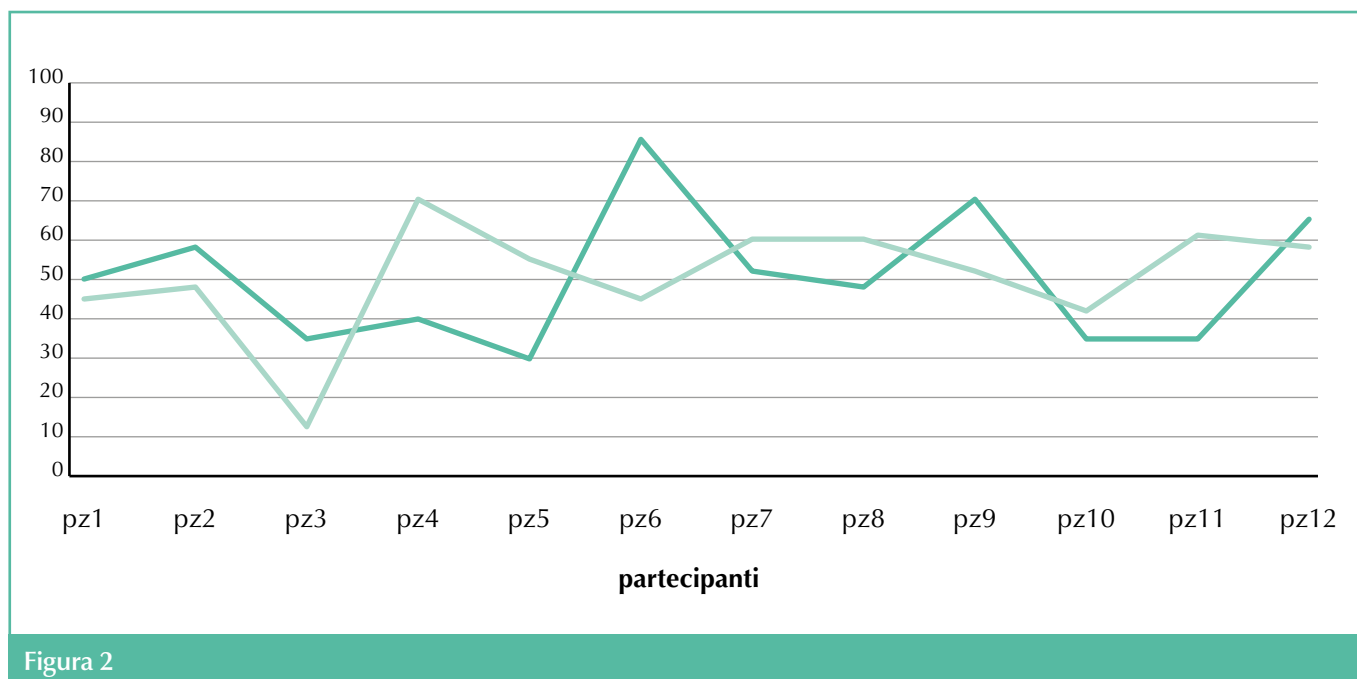


Figura 2

Valutazione qualitativa

A fianco della valutazione quantitativa è stata svolta anche una valutazione qualitativa. Essa è stata possibile grazie all'osservazione diretta dei partecipanti, che ha permesso una riflessione avente per oggetto ogni singolo membro, nel modo in cui ha contribuito ed è stato all'interno del gruppo. La stessa ha consentito anche una valutazione globale, comprensiva del gruppo, e delle dinamiche da esso utilizzate.

Infine, la valutazione qualitativa si è ottenuta dal racconto dell'esperienza vissuta in prima persona dai partecipanti.

L'importanza data a tale dimensione qualitativa dell'esperienza è stata equivalente a quella emergente dai dati e dai risultati oggettivi.

Di seguito sono riportati i pensieri elaborati dai partecipanti:

Luisa: «Il gruppo di auto mutuo aiuto è un'occasione in cui ognuno di noi può raccontarsi, si può sfogare su tutto e così può sentirsi meglio. Quindi è un ottimo modo per ritrovarsi insieme e per parlare delle proprie cose che a volte credevi intime. Per me è un buon modo di relazionarsi dove tutti possono parlare senza "pregiudizio". L'esperienza all'interno del gruppo è stata per me molto positiva perché

ho potuto raccontare parte della mia vita e così gli altri. Ho potuto ricevere molti insegnamenti grazie ai quali capire le varie situazioni e trovare soluzioni. Conoscendo i problemi degli altri ho capito che parlandone insieme posso trovare una soluzione a quei problemi che mi sembravano insormontabili. Con i partecipanti del gruppo mi sono trovata bene, anche perché sono stata compresa nelle mie difficoltà».

Alessandro: «Per me il gruppo AMA è l'occasione di ritrovarsi con persone che mi capiscono, di sfogarmi e di confrontarmi con gli altri. Alla fine di ogni seduta mi sento sempre un po' meglio. L'esperienza è stata senza dubbio positiva. Se non ci fosse stata sarebbe stato difficile raccontare le mie esperienze e i miei dubbi a qualcun altro. Penso anche che l'esperienza di AMA mi aiuterà ad aprirmi un po' di più con il mondo che mi circonda. Credo che confrontarsi con i problemi degli altri sia fondamentale perché aiuta a capire di più di se stessi. Il gruppo mi ha aiutato a guardare dentro di me. Penso che le mie osservazioni, anche se non dovrei dirlo io, in qualche modo siano state utili anche agli altri».

Luca: «Il gruppo ama è un ritrovo di persone con problemi psichici, che si trova con educatori che aiutano i pazienti a sviscerare i propri dubbi con assoluta spontaneità, con proposte

che poi vengono relazionate da un'educatrice. Compito finale è quello di sentirsi condivisi nei propri problemi con altre persone, rendendosi conto di non essere soli, nella malattia e nella società.

La mia esperienza è stata positiva, in quanto ho potuto con l'aiuto di valenti educatori raffrontare la mia esperienza di sofferenza con quella di altri malati coi quali si è instaurata una vera e propria collaborazione. Penso che il gruppo mi sia stato utile nella condivisione delle problematiche mentali e penso di essere stato utile nell'esporre quello che mi crea disagio e difficoltà. Il gruppo è stato una ricchezza perché si condividono i problemi, i propri e quelli degli altri. Inoltre ci si rende conto di non essere i soli ad avere disagi gravi nel rapportarsi con gli altri. Nel gruppo mi sono trovato molto bene. Anche riguardo le mie problematiche mi sono sentito accolto».

Margherita: *«Il gruppo che ho frequentato si chiama AMA. Io aggiungerei AMALA, la vita. Intendo nelle sue sfaccettature e nei risvolti che a volte ti sorprendono e che a volte ti abbattano. Il gruppo funziona perché è ricco di testimonianze. Il gruppo mi aiuta ad avere meno paure ad affrontare più persone o gruppi di persone contemporaneamente, ad avere più i piedi per terra e anche ad essere meno egoista. Nel gruppo AMA ho cercato di riconciliarmi con la rabbia che provo verso me stessa. "Debole con i forti e forte con i deboli" mi sembra una frase riassuntiva molto "calzante" per la nostra condizione. Nel gruppo abbiamo parlato anche di empatia, così ho cercato di immedesimarmi negli altri anche se ognuno ha le proprie problematiche. Risolvere i problemi del quotidiano rientra nel gruppo AMA perché ognuno ha le proprie piccole/grandi difficoltà. Mi sono sentita ascoltata e ho ascoltato molto i consigli degli altri. Il gruppo mi è stato utile perché ho sentito la testimonianza degli altri e ascoltare gli altri aiuta anche le proprie competenze. Confrontarsi è una ricchezza perché siamo tutti diversi, e perciò ognuno arricchisce l'altro. Non bisogna vergognarsi della propria storia personale. Tutto può cambiare. Il gruppo è molto ben pensato, mi sono sentita rispettata, compresa, accolta.*

Ignorare deriva da ignoranza perciò non è comparsa come componente del gruppo. Ama è amare anche nelle difficoltà».

Beatrice: *«All'interno del gruppo sono riuscita a raccontare il mio grosso problema. Il gruppo mi è stato utile perché parlare con gli altri è sempre una ricchezza. Credo di essere stata utile agli altri anche nei miei silenzi. Mi ha colpito e mi è stato utile sentire i problemi altrui, perché ognuno è diverso dall'altro ed essendo io emotiva mi sento partecipe. Mi sento rispettata da tutti perché sono una brava persona. Mi sento compresa e ascoltata dagli altri. Mi sono trovata bene con tutti quanti».*

Fabio: *«Il gruppo è stato di sostegno a ciascun partecipante perché ha permesso di travasare da una persona alle altre le proprie sensazioni. A volte non mi ritrovo con le problematiche che purtroppo altri hanno. Comunque mi fa piacere partecipare a questo gruppo perché magari posso dire anche la mia sugli argomenti che man mano vengono trattati e sentirmi utile anche solo con la mia presenza. Inoltre sentire che tutti hanno diversi problemi arricchisce la mia sensibilità. Forse sono stato utile agli altri cercando di dire che non esista persona che non abbia i suoi problemi. Mi sono sentito RISPETTATO, COMPRESO e ACCOLTO. A mia volta mi sono trovato bene con tutti».*

Luigi: *«Il gruppo mi aiuta a capire tante cose nuove rispetto a quelle che mi ha già fatto capire mio padre. Mi è stato utile per capire come affrontare la vita e le difficoltà. Confrontarsi con i problemi degli altri può essere una ricchezza, perché c'è tanto da imparare e capire dagli altri».*

Anita: *«Il gruppo AMA è un gruppo dove trovi amici e puoi condividere con loro i tuoi problemi. Mi sono sentita a mio agio. Il tema sull'empatia è stato quello che mi è piaciuto di più. È stato anche molto interessante parlare dei pregiudizi degli altri sui malati mentali. Lo stigma è stata un'esperienza positiva, grazie ai conduttori e ai partecipanti del gruppo. Sapere ed accettare la diversità*

degli altri ti consola, ti aiuta a superare i propri problemi. Ci si arricchisce con l'esperienza degli altri. All'interno del gruppo mi sono sentita rispettata, perché ho potuto esprimere le mie idee, certe volte in contrasto con gli altri. Non mi sono sentita giudicata o ignorata. C'è sempre stata accoglienza da parte del gruppo».

Eleonora: *«Il gruppo AMA per me è l'occasione preziosa per incontrare altre persone con problemi simili ai miei. Mi piace molto il confronto tra i componenti del gruppo e l'aiuto che gli operatori ci danno a capire quello che diciamo. È molto utile e fa crescere come persone, il parlare delle proprie esperienze personali e il poter riflettere sulla propria storia. Il gruppo mi è stato utile perché è stata una grande occasione di incontro e di confronto con gli altri. Io spero di essere stata d'aiuto agli altri partecipanti del gruppo, dal momento che ho cercato di dare ogni volta un mio contributo alle discussioni. Ascoltare e confrontarsi con i problemi degli altri, arricchisce molto e fa crescere come persone. Si diventa infatti consapevoli che non siamo gli unici ad avere problemi e che ad alcuni problemi si trova anche una soluzione. Questa esperienza di gruppo mi ha aiutata e mi ha anche portato a capire com'è importante essere accolta all'interno del Centro Diurno».*

Lorenzo: *«Il gruppo è stato per me una possibilità di confronto per condividere le proprie esperienze di vita e trattare argomenti che toccano le persone nel proprio intimo. Ritengo molto efficace il metodo dei "facilitatori" per aiutare i partecipanti a esprimere il proprio pensiero e gestire il dialogo».*

Fabrizio: *«Il gruppo AMA è un gruppo che affronta i problemi di tutti e che li risolve insieme. Esporre i propri problemi è sempre utile per tutti. Perché ognuno di noi ha esperienze diverse di vita e vede a suo modo le cose e le risolve. Capire gli altri con le loro esperienze è sempre interessante e anche vedere come le affrontano invece di piangersi sopra. Nel gruppo mi sono sentito rispettato».*

Michele: *«Il gruppo si tiene il venerdì di ogni settimana e si propone di aiutare ognuno a realizzarsi psicologicamente. Il gruppo è condotto da Patrizia, Paolo e Gabriella. La mia esperienza all'interno del gruppo AMA è stata positiva e i partecipanti parlano e ascoltano la loro esperienza. Il gruppo è stato utile nel modo che tutti esprimono se stessi. Perché tutti i partecipanti danno e ricevono utili consigli. È sicuramente una ricchezza perché uno trasmette all'altro il proprio volersi bene. Il rispetto è una cosa seria e il gruppo ne è la testimonianza. Sono accolto, giudicato e compreso da tutti ed è molto bello. Grazie di esistere gruppo AMA».*

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Grazie all'utilizzo di strumenti valutativi, quantitativi e qualitativi, si è potuto dimostrare come la partecipazione al gruppo abbia prodotto esiti positivi su più fronti, esiti percepiti sia dall'operatore che dall'utente stesso.

In particolare sono stati raggiunti lievi miglioramenti nella qualità di vita per quanto concerne le aree della salute fisica, psicologica e relazionale.

I partecipanti hanno inoltre avvertito il beneficio del gruppo nell'avvicinamento all'obiettivo per il quale avevano iniziato a seguirlo e hanno affermato di aver avuto cambiamenti positivi nella vita, grazie alla frequentazione dell'attività. Infine pensano di essere stati utili, con i loro interventi, agli altri membri del gruppo.

La partecipazione è sempre stata assidua e gli utenti hanno mostrato un interesse e un'attenzione che con il tempo sono andate ad aumentare.

Anche rispetto agli obiettivi iniziali prefissati si sono ottenuti buoni risultati. Il gruppo è riuscito a dare un valido supporto emotivo ai membri, che grazie a tale calore e affetto hanno accolto e confrontato le proprie esperienze, fronteggiando così la solitudine, l'isolamento e la paura. Grazie ai rimandi e ai consigli del gruppo si è lavorato anche sulla consapevolezza personale, andando ad incidere sull'autoestima, sulla fiducia in sé e sul senso di utilità per gli altri.

La disomogeneità dei partecipanti, inoltre, non ha

limitato il gruppo, ma al contrario ha permesso un ricco confronto di esperienze e punti di vista, che ha contribuito ad aumentare le potenzialità e l'utilità del gruppo stesso.

Per raggiungere tutti i benefici che potenzialmente il gruppo può dare, potrebbe essere opportuno un consolidamento dell'esperienza.

I gruppi di auto-mutuo aiuto, infatti, hanno spesso una lunga durata, anche di anni. I partecipanti necessitano di tempo per conoscersi a fondo e creare una base di fiducia e rispetto che possa durare nel tempo.

L'esperienza svolta all'interno del Centro Diurno ha rappresentato la base dalla quale partire, per poter in un secondo momento dedicare maggior spazio e tempo alle problematiche e agli obiettivi dei partecipanti. Questi otto mesi iniziali di gruppo sono stati dedicati soprattutto alla costruzione, fondamentale, di un buon clima di gruppo necessario per la successiva instaurazione di sinceri rapporti e relazioni.

Da tale fase preliminare emergono, quindi, alcuni bisogni a cui il gruppo non è riuscito ancora a dare una risposta.

La valutazione quantitativa non ha mostrato un significativo miglioramento della qualità di vita e lo strumento WHOQOL-BREVE ha mostrato risultati contrastanti. Infatti, è emerso che i miglioramenti generali che sono avvenuti nei vari costrutti della qualità di vita non hanno riguardato il dominio ambientale. Da entrambi gli strumenti, WHOQOL-BREVE e VAMA, emerge che il dominio ambientale nell'arco degli otto mesi è leggermente peggiorato, e che non vi sono stati grandi cambiamenti nella vita per quanto riguardano le attività di svago e la socializzazione all'esterno.

La capacità dell'auto-mutuo aiuto di andare a incrementare il senso di autoefficacia dei partecipanti nel loro contesto di appartenenza è una delle sue risorse più preziose. Tuttavia è apparso un obiettivo non facile da raggiungere, che richiede più tempo e passaggi intermedi.

Una possibile lettura di questo peggioramento è dato da un'ipotesi che tiene in considerazione gli aspetti indiretti che il gruppo ha avuto su questo dominio, piuttosto che

quelli diretti, scarsamente realizzati. Infatti il gruppo, andando ad aumentare la consapevolezza dei partecipanti, potenzialmente ha potuto far percepire loro, in modo maggiore, aspetti anche negativi presenti nei loro contesti di vita.

In questo modo si potrebbe spiegare come elementi tendenzialmente stabili nel tempo, come le condizioni dell'abitazione, l'accessibilità, la disponibilità dei servizi e la situazione economica, nell'arco di otto mesi siano stati percepiti in modo così differente dalle stesse persone.

Tuttavia l'utilizzo dello Strumento di Valutazione delle Abilità e Definizione degli Obiettivi VADO, impiegato a fine progetto, ha evidenziato come la consapevolezza personale degli utenti non sempre collimi con quella degli operatori e quindi con una visione più obbiettiva e realistica. L'intervento volto ad incrementare il livello di consapevolezza, realizzato ora solo parzialmente, dovrebbe quindi essere proseguito. Solo in questo modo, partendo da una prospettiva veritiera e comune, sarà possibile intervenire su quelle problematiche e difficoltà presenti nella vita del soggetto, iniziando così un percorso di crescita e cambiamento.

Anche rispetto agli obiettivi iniziali, emerge che bisognerà lavorare maggiormente sullo sviluppo della capacità di riflettere sulla propria modalità comportamentale, elemento ora toccato solo marginalmente. Inoltre sarà necessario dare maggior attenzione al raggiungimento della capacità individuale di affrontare i problemi, al fine di rendere sempre più autonomi i partecipanti.

Alla luce delle considerazioni effettuate e dei dati emersi, è possibile concludere che sebbene il gruppo non sia riuscito ad incidere su alcune componenti della qualità di vita dei partecipanti, ha mostrato comunque una buona efficacia e validità in più aree della vita della persona e da punti di vista differenti. In conclusione, è possibile affermare che l'auto-mutuo aiuto, all'interno del Centro Diurno, si è dimostrato una valida risorsa a cui prestare interesse, promozione e investimento.

Questionario modificato dopo il test-retest e utilizzato per le somministrazioni della ricerca.

VAMA – P Questionario di valutazione dei gruppi di automutuoaiuto
Versione per la PERSONA con il problema oggetto del gruppo
Coordinamento Gruppi di Automutuoaiuto – ISS, marzo 2011

Vogliamo sapere come stanno i membri di questo gruppo di automutuoaiuto per potere documentare quanto serve e magari migliorare qualcosa. Ti raccomandiamo di essere sincero, mentre ti assicuriamo la massima riservatezza: le informazioni saranno comunicate solo in forma statistica. Per ciascuna domanda ti preghiamo di fare un segno sulla casella corrispondente alla tua situazione o sulla riga sotto in corrispondenza del punteggio più vicino alla tua opinione.
Se non sai la risposta, scrivi NON SO. Se ti sbagli, scrivi NO accanto al segno sbagliato e metti poi quello giusto.

4) **Tipo di iniziativa di mutuoaiuto** _____

5) **Gruppo specifico** (comune ed eventuale nome) _____

6) Scrivi la **data** di oggi, per favore giorno ☐ | ☐ | mese | ☐ | ☐ | anno | ☐ | ☐ |

7) **Sigla** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Ti preghiamo di scrivere 6 numeri o lettere scelti da te che permettono di collegare più schede di questo tipo compilate da te e nello stesso tempo mantenere l'anonimato. **E importante ricordarsi la sigla!!**

8) **Anno di nascita** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

6) **Sesso** | ☐ | maschio | ☐ | femmina

7) **Titolo di studio** | ☐ | licenza media inferiore | ☐ | scuola professionale | ☐ | laurea
| ☐ | media inferiore | ☐ | diploma di media superiore

8) **Frequenti ancora il gruppo?** | ☐ | sì | ☐ | no

9) **Nei due mesi della durata del gruppo hai frequentato:** | ☐ | con regolarità
| ☐ | occasionalmente
| ☐ | solo qualche volta

Solo se rispondi per la prima volta a questo questionario:

10) **All'inizio, ti sei unito al gruppo spontaneamente, di tua volontà?**

| ☐ | sì, del tutto | ☐ | mi sono sentito in parte forzato | ☐ | mi sono sentito costretto

11) **Come hai saputo del gruppo?**

| ☐ | da amici o conoscenti | ☐ | dai giornali, radio, televisione | ☐ | da operatori sociali o sanitari
| ☐ | altro (specificare.....)

E ora 10 domande sulla tua qualità di vita.

Che punteggio daresti ai seguenti aspetti della tua vita facendo una media delle ultime 4 settimane?

Se frequenti il gruppo da meno di 3 mesi, cerca di rispondere alle domande dalla 12 alla 22 come ti sentivi **nel mese precedente il primo incontro col gruppo.**

12) Com'è la tua salute in generale (considerando anche il dolore fisico e gli effetti collaterali dei farmaci che magari prendi?)

3	4	5	6	7	8	9	
sto malissimo			così-così		sono in perfetta forma fisica		

13) Com'è la tua autonomia nella vita quotidiana (la tua capacità di fare da solo le cose della vita di tutti i giorni: lavarsi, vestirsi, mangiare spostarsi, ecc.)?

3	4	5	6	7	8	9	
sono totalmente indipendente		ho bisogno di qualcuno per il bagno o la doccia				sono totalmente autonomo	

14) Com'è il tuo stato d'animo in generale (nel senso di sentirti contento e soddisfatto di te, tranquillo e sereno, oppure demoralizzato, depresso, ansioso, agitato)?

3	4	5	6	7	8	9	
malissimo		così-così				benissimo	

15) Quello che hai fatto di utile per te stesso e per gli altri (nel lavoro, ma anche per la casa o la famiglia e anche nel tuo tempo libero)?

3	4	5	6	7	8	9	
niente del tutto		così-così				benissimo	

16) Com'è la tua situazione economica?

3	4	5	6	7	8	9	
non ho da mangiare		difficile ma si può tirare avanti				molto buona	

17) Come sono i tuoi rapporti sentimentali e sessuali?

3	4	5	6	7	8	9	
Non ne ho avuti	malissimo		così-così			benissimo	

18) Come sono i tuoi rapporti con gli amici e la vita sociale?

3	4	5	6	7	8	9	
malissimo			così-così			benissimo	

19) Il tuo modo di passare il tempo libero, di distrarti, di divertirti?

3	4	5	6	7	8	9	
malissimo			così-così			benissimo	

20) Come vivi nella tua casa?

3	4	5	6	7	8	9	
malissimo			così-così			benissimo	

21) Come vivi nella tua zona?

3	4	5	6	7	8	9	
malissimo			così-così			benissimo	

22) Come va la tua vita in generale?

3	4	5	6	7	8	9	
va malissimo			così-così			meravigliosamente	

Chiudiamo con poche domande sugli effetti del gruppo di automutuoaiuto.

23) Il gruppo ti ha aiutato ad avvicinarti all'obiettivo per cui hai cominciato a frequentarlo?

3	4	5	6	7	8	9	
al contrario sono peggiorato	per niente		appena un pò			molto	

24) In generale, ci sono stati cambiamenti positivi nella tua vita per aver frequentato il gruppo?

3	4	5	6	7	8	9	
solo negativi	nessuno		solo negativi			molto	

25) Da quando hai cominciato a frequentare il gruppo, hai una vita più attiva (esci di più, vedi gente di più, lavori di più)?

3	4	5	6	7	8	9	
Per niente			così-così			molto	

26) Da quando hai cominciato a frequentare il gruppo, sei diventato più fiducioso in te stesso, più ottimista?

3	4	5	6	7	8	9	
Per niente			così-così			molto	

27) Nel gruppo, pensi (o pensavi, se non lo frequenti più) di essere stato utile agli altri membri del gruppo?

3	4	5	6	7	8	9	
Per niente			poco			moltissimo	

Grazie per la collaborazione

**Consegna questo questionario
dopo aver controllato di aver compilato tutto.**

BIBLIOGRAFIA

1. Ba G., Peserico M., *Il contesto gruppale*, in Ba G., Strumenti e Tecniche di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale. FrancoAngeli, Milano, 2003.
2. Gigantesco A., Bertoldi S., Mosna S., Mirabella F., Morosini P., *Gruppi di automutuoaiuto: la valutazione dei benefici dal punto di vista dei partecipanti*. Rivista di psichiatria, (2004), 39, 6.
3. Katz A. H., Bender E. I., *Self-help Groups in Western Society*, (1976), in C. Albanesi, I gruppi d'auto-aiuto. Carocci, Roma, 2004.
4. Morosini P., Magliano L., Brambilla L., VADO. *Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi*. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento 1998.
5. O.M.S., *Organizzazione Mondiale della Sanità, (1986)*, La carta di Ottawa per la promozione della Salute. Ottawa, 2006.
6. WHOQOL-BREF. *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. WHO, Geneva, 1996.

La Psichiatria sociale in Italia: l'XI Congresso della Società Italiana di Psichiatria Sociale “Salute mentale in Tempi di Crisi”

Mario Luciano*, Andrea Fiorillo*

INTRODUZIONE

“Si deve sottolineare il fatto che in realtà la follia è un fenomeno sociale, e si deve ribadire che non è possibile sottoporla ad un'analisi accurata né comprenderla appieno se non la si studia da un punto di vista sociale”.

Così scriveva Henry Maudsley nel 1879 nel suo trattato *The Physiology and Pathology of Mind*, sottolineando come la psichiatria non possa prescindere dalla matrice sociale e debba prendere in considerazione i fattori di rischio e protettivi, quali famiglia, sicurezza del lavoro, rete sociale, sicurezza economica e molti altri ancora che possano influenzare l'insorgenza e il decorso dei disturbi mentali. L'attenzione sugli aspetti sociali delle malattie mentali non è, quindi, una novità. Se nel 1848 Rudolf Virchow, uno dei più importanti esponenti della medicina del secolo scorso, affermava *“il medico è il naturale sostegno dei poveri e la questione sociale rientra in larga misura nella sua giurisdizione”*, questa convinzione è andata via via diventando sempre più radicata nella medicina e, poi, nella psichiatria. Da Kraepelin che affermava che *“c'è una cosa che assegna ai disturbi mentali un posto speciale in confronto a tutte le altre malattie: e cioè il loro straordinario significato sociale”* a Jaspers secondo il quale *“lo psichiatra, a differenza del medico organico, deve sempre ottenere dai suoi pazienti un'anamnesi sociale molto completa”*. Persino Freud, la cui opera scientifica si è sempre contraddistinta per l'accento al mondo interiore del paziente piuttosto che al contesto in cui vive e nonostante l'interesse pre-

valente per la psicologia individualista, riconosceva che *“le nevrosi minacciano la salute di un popolo non meno della tubercolosi, e come quest'ultima non possono essere lasciate nelle deboli mani dei singoli individui”*.

Nel corso del tempo, l'importanza degli aspetti sociali associati ai disturbi mentali diventa sempre più riconosciuta, tanto che nel 1959 una commissione di esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità fornisce una delle prime definizioni di psichiatria sociale come *“l'insieme delle misure preventive e curative volte all'adattamento dell'individuo perché possa avere una vita utile e soddisfacente all'interno del suo ambiente”*.

Attualmente, l'impatto della componente sociale nella psichiatria non è più in discussione. Ad esempio, è aumentata la consapevolezza del ruolo dei fattori di rischio sociali nell'eziologia dei disturbi mentali. Infatti, le evidenze dimostrano che la probabilità di sviluppare un disturbo psicotico è maggiore nelle persone che vivono in contesti urbani ad alta densità abitativa e nei migranti (18). L'esposizione a guerre, disastri naturali, tortura, atti terroristici e alla crisi economica globale rappresentano dei fattori di rischio ampiamente riconosciuti per lo sviluppo di un disturbo mentale (12; 17). Alcune malattie, come la schizofrenia e la depressione, spesso esordiscono in periodi fortemente stressanti come la gravidanza, il parto e/o in persone più vulnerabili.

Infine, il DSM-5 ha riconosciuto l'impatto della cultura nella presentazione, e quindi nella diagnosi, delle sindromi psichiatriche (14), aggiungendo una sezione sulle sindromi culturalmente-guidate.

Una psichiatria che non consideri gli aspetti sociali dei disturbi mentali sia nella pratica clinica quotidiana che nella ricerca appare oramai anacronistica (15).

LE COMPONENTI DELLA PSICHIATRIA SOCIALE

Il termine “psichiatria sociale” ha una lunga tradizione, e ha dato luogo a numerose interpretazioni nel corso della storia.

Il termine “sociale” associato alla psichiatria si riferisce a tutto ciò che è “relativo alla società umana, alla sua organizzazione e all’interazione tra l’individuo e il gruppo”. Di conseguenza, la psichiatria sociale può essere definita come quella branca della psichiatria che si concentra sull’interazione tra benessere psicologico, disturbi mentali e ambiente. Come tale, quindi si concentra sulle dimensioni sociali della salute mentale, della malattia mentale e dell’assistenza psichiatrica (14). In questo senso, come ogni branca della medicina la psichiatria sociale ha le proprie basi teoriche, prove scientifiche e fornisce opzioni terapeutiche, quindi, fornendo applicazioni pratiche per migliorare la qualità di vita dei pazienti (1). La psichiatria sociale, in base a questa interpretazione, racchiude un’ampia gamma di aree, che includono sia gli aspetti sociologici e culturali della salute mentale, che gli aspetti individuali dei disturbi mentali. Tra le aree della psichiatria sociale si annoverano tradizionalmente anche l’influenza della cultura, della società in generale e di tutte le strutture sociali (comprese la famiglia, la scuola e le istituzioni), sulle persone affette da un disturbo mentale. Anche lo studio del rapporto tra disturbi mentali, migrazione e urbanizzazione, l’integrazione sociale e lo stigma, vengono tradizionalmente identificati come aspetti della psichiatria sociale. Inoltre, la psichiatria sociale include anche lo studio dell’organizzazione dei servizi di salute mentale, gli aspetti economici legati ai disturbi mentali e l’epidemiologia psichiatrica.

In questo senso la psichiatria sociale può essere considerata anche un movimento politico, che ha contribuito alla promozione di numerosi cambiamenti storici nell’ambito dell’assistenza psichiatrica. A partire dal 1950, tutte le nazioni industrializzate occidentali hanno visto una profonda riforma dell’organizzazione dei servizi di salute mentale con il progressivo superamento (o ridimensionamento in alcuni paesi) dei manicomi e l’istituzione di servizi nella comunità. Anche se con delle differenze tra i vari paesi, questa riforma è stata guidata da un movimento ideologico e politico. Questo è stato particolarmente evidente in

Italia, uno dei primi paesi a dotarsi di un modello di cura alternativo agli ospedali psichiatrici, che è stato assunto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità come punto di riferimento per la riorganizzazione dei servizi di assistenza psichiatrica in tutto il mondo (5). La psichiatria sociale come movimento politico ha contribuito notevolmente a promuovere questo processo di transizione.

Al di là della connotazione politica, la psichiatria sociale è anche quella branca della psichiatria che studia l’interazione tra l’individuo affetto da un disturbo mentale e il suo contesto sociale. In particolare, la psichiatria sociale si occupa di come il contesto sociale può favorire o impedire il processo di recovery dei pazienti con disturbi mentali. Questo ambito della psichiatria sociale si focalizza sull’identificazione di terapie adeguate per i disturbi mentali e dei fattori psicosociali associati alla cura dei disturbi mentali. La comunicazione tra paziente e terapeuta, l’influenza dei comportamenti degli operatori della salute mentale sul processo terapeutico, l’inclusione dei familiari nei processi di cura e l’identificazione sono aspetti della psichiatria sociale.

Infine, la psichiatria sociale include l’area della riabilitazione psichiatrica, che combina gli approcci classici della medicina con il metodo delle scienze sociali per esplorare le possibili applicazioni terapeutiche di interventi psicosociali nei differenti contesti sociali quali il lavoro, il vivere autonomamente in una casa, le relazioni sociali.

I CAMBIAMENTI SOCIALI E I DISTURBI MENTALI

Se la psichiatria sociale si propone come una scienza che studia l’interazione tra un individuo, il contesto sociale e le rispettive implicazioni di questa interazione sulla salute mentale e sul benessere delle persone, questa branca della psichiatria è quella che maggiormente risente dei cambiamenti culturali, sociali e strutturali della società. Numerosi fenomeni di portata globale hanno profondamente cambiato la società nella quale sia i pazienti che gli operatori della salute mentale operano. La globaliz-

zazione, gli intensi fenomeni migratori, e la progressiva urbanizzazione di zone rurali sono solo alcuni esempi di questi cambiamenti.

Anche il modo in cui le persone si relazionano tra loro è andato incontro a radicali mutazioni, con un aumento dell'individualismo ed una riduzione della coesione sociale (2). Anche l'organizzazione della famiglia, solidamente ancorata al modello patriarcale fino a 20 anni fa, è profondamente mutata con la comparsa di nuove forme di famiglia che erano virtualmente assenti fino a pochi anni fa, tra cui le coppie di fatto, le coppie senza figli, le famiglie formate da un unico genitore, le famiglie con figli adottivi o nati da tecniche di fecondazione artificiale, le coppie omosessuali (9).

Questi cambiamenti, che stanno modificando il tessuto sociale di base, hanno un profondo impatto sulla presentazione clinica dei disturbi psichiatrici e possono essere chiamati in causa per spiegare l'insorgenza di nuovi disturbi mentali sconosciuti alla psichiatria, per le quali lo psichiatra di oggi deve essere adeguatamente formato, come quelli legati all'uso delle nuove tecnologie o delle nuove sostanze, le patologie dei migranti, i disturbi psichici legati all'età o al genere (14).

Un'ulteriore conseguenza dei cambiamenti della struttura sociale nel quale gli individui operano è una necessità da parte della psichiatria come disciplina e, soprattutto della psichiatria sociale, di identificare e ridefinire il proprio campo di azione, in modo da poter adeguatamente rispondere ai bisogni degli utenti e dei loro familiari. Infatti, se nel passato il mandato della psichiatria era quello di custodire "i folli" e l'oggetto dell'azione terapeutica degli psichiatri era molto chiaro: curare la "pazzia", ovvero curare una serie di patologie dai confini molto chiari e ampiamente riconosciuti dalla società e dalle altre branche della medicina (11). In seguito ai cambiamenti che hanno affetto la società lo psichiatra è sempre più spesso chiamato ad occuparsi di questioni che vanno ben oltre la gestione dei disturbi mentali, e di gestire i problemi di salute mentale, che non posso-

no essere definiti dei disturbi mentali veri e propri, ma piuttosto le conseguenze psicologiche dell'esposizione a disastri naturali, alla crisi economica globale, agli aspetti psicologici e sociali della globalizzazione.

Infine, l'attuale crisi della società moderna sta producendo un indebolimento dei fattori sociali protettivi quali, ad esempio, la famiglia, la sicurezza del lavoro, la rete sociale rafforzando – al contempo – quelli di rischio, come disoccupazione, stress lavorativo, povertà, insicurezza finanziaria, condizioni abitative inadeguate. Il conseguente aumento della prevalenza dei disturbi mentali pone una serie di interrogativi agli psichiatri e agli operatori della salute mentale che richiedono risposte certe e definitive. Come gestire il problema anche medico-legale del consenso e del rifiuto alle cure? Quali sono le implicazioni sulla salute mentale delle problematiche lavoro-correlate? Come gestire al meglio la salute mentale degli adolescenti? Perché i tassi di suicidio sono in costante aumento? Quali sono le nuove dimensioni della ricerca in ambito sociale? Qual è il futuro della ricerca e della pratica psichiatrica in Italia? Quali strategie adottare per favorire i percorsi di cura dei pazienti con problemi di salute mentale? Cosa bisogna fare per migliorare le pratiche della riabilitazione? Quali sono le patologie emergenti e come trattarle? Come interagiscono i fattori ambientali, biologici e psicologici nei disturbi mentali? Come ridurre gli svantaggi sociali delle persone affette da questi disturbi e dai loro familiari?

L'XI CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA SOCIALE: "SALUTE MENTALE IN TEMPO DI CRISI"

Il congresso della Società Italiana di Psichiatria Sociale si inserisce in questo contesto, in cui le certezze provenienti da una struttura sociale solida sono andate man mano riducendosi. Il titolo del XI Congresso, "Salute mentale in tempi di crisi" è certamente evocativo di questo mutamento. Numerosi temi sono stati affrontati durante le sessioni del Congresso, che hanno visto la partecipazione

di numerosi esperti internazionali, tra cui Mario Maj, Driss Moussaoui e Yasser Khazaal.

Questo Congresso arriva in un momento che, in una prospettiva internazionale, appare molto propizio per la psichiatria sociale. Infatti, nell'ambito dell'andamento ciclico che caratterizza la storia della psichiatria, questa è una fase in cui la psichiatria sociale è tornata ad interessare clinici e ricercatori, anche in seguito alla crisi della psichiatria biologica, che non è stata in grado di realizzare quanto promesso negli anni 70 e 80. Infatti, se da un lato la farmacogenomica, la genetica molecolare e le tecniche di neuroimaging hanno apportato un notevole contributo alla conoscenza della fisiologia del sistema nervoso centrale, dall'altro non hanno ancora permesso l'identificazione delle basi neurali dei disturbi mentali, né hanno portato all'identificazione di markers biologici per facilitare il processo diagnostico o lo sviluppo di nuovi trattamenti.

Il XI Congresso di Psichiatria Sociale ha avuto come assunto di base, declinato nei diversi simposi che sono stati organizzati, l'idea che questa branca della psichiatria oggi appare notevolmente differente per vari aspetti da quella che si era imposta dopo la seconda guerra mondiale, prima negli Stati Uniti e poi in diversi altri paesi, compresa l'Italia. Infatti, essa appare molto più scientifica e attenta all'integrazione con le altre componenti della psichiatria e inoltre più concreta e meno condizionata dalle ideologie.

Sul versante della ricerca, infatti, la nuova psichiatria sociale rivolge la sua attenzione, nell'ambito del tradizionale modello vulnerabilità-stress-coping, non soltanto agli ultimi due elementi, come da tradizione, ma anche molto più che in passato all'elemento della vulnerabilità, cui sono stati riservati alcune sessioni del Congresso. Infatti, rispetto al passato, la vulnerabilità ai vari disturbi mentali viene oggi concettualizzata in termini molto più complessi e meno rigidamente psicobiologici. Il paradigma delle neuroscienze sociali è molto indicativo: il trauma, e più in generale lo stress, non vengono considerati prevalentemente come fattori precipitanti un determinato disturbo mentale, ma anche come fattori che possono, quando

intervengono precocemente, interferire con la maturazione e con la struttura stessa del cervello, contribuendo alla vulnerabilità a diversi disturbi mentali.

Sul versante della concretezza e dell'operatività, la psichiatria sociale moderna appare meno incline di quella di un tempo a certe prese di posizione radicali e distruttive e sempre più attenta a ciò che si può fare per costruire, su basi scientifiche e non ideologiche, cose tangibili e concrete: dall'organizzazione dei servizi, alla diagnosi e l'intervento precoce, dalla presenza nelle scuole e nel mondo del lavoro per la promozione della salute mentale all'attenzione ad ampio raggio al contesto sociale per favorire l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali.

Anche la dimensione etica, che non è mai venuta meno nel campo della psichiatria sociale, ha subito un cambiamento: oggi si manifesta meno frequentemente come denuncia e invettiva, e molto più spesso si manifesta in pratiche concrete, come l'affermazione del ruolo della persona, con le sue priorità e i suoi valori, nella programmazione, attuazione e nella valutazione dell'intervento terapeutico.

Tutti questi aspetti della nuova psichiatria sociale sono stati oggetto di specifiche sessioni del XI Congresso della Società Italiana di Psichiatria Sociale, con l'obiettivo di dimostrare che la psichiatria Sociale in Italia è pronta a fornire il suo attivo e valido contributo per un'ampia realizzazione del futuro del nostro paese.

** Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN*

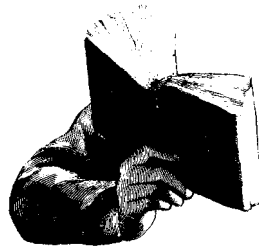
Largo Madonna delle Grazie - 80124, Napoli

e-mail: mario-luciano@hotmail.it

tel: 081-5666531

BIBLIOGRAFIA

1. Bhugra D., Fiorillo A., *Families, functioning and therapies*. International review of psychiatry, 2012; 24: 79–80.
2. De Rosa C., Luciano M., Del Vecchio V., Sampogna G., Del Gaudio L., et al., *Urban insecurity and fear of crime in people suffering from mental disorders: a study in 24 Mental Health Centers in Italy*. Riv Psichiatri, 2013; 48: 321–327.
3. De Rosa C., *Primi passi in un Dipartimento di Salute Mentale*. In: Fiorillo A., Bassi M., Siracusano A., Professione psichiatra: guida pratica alla formazione, all'inserimento lavorativo e all'aggiornamento. Pensiero Scientifico Editore, 2009; 137–150.
4. Fassino S., *Verso una nuova identità dello psichiatra*. Interazioni cervello, mente, persona. Torino, Centro Scientifico Editore, 2002.
5. Ferranini L., *La psichiatria sociale in Italia: quale lezione?* In: Fiorillo A. Lezioni di psichiatria per il nuovo millennio. Roma: Il pensiero Scientifico Editore, 2010.
6. Freud S., *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti*. Torino, Bollati Boringhieri, 2002.
7. Jaspers K., *Psicopatologia generale*. Il pensiero scientifico, Roma, 1964.
8. Katschnig H., *Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession*. World Psychiatry 2010; 9: 21–28.
9. Luciano M., Sampogna G., del Vecchio V., Giacco D., Mulè A., *The family in Italy: cultural changes and implications for treatment*. Int Rev Psychiatry, 2012; 24: 149–156.
10. Maj M., *Are psychiatrists an endangered species?* World Psychiatry 2010; 9: 1.
11. Maj M., *From "madness" to "mental health problems": reflections on the evolving target of psychiatry*. World Psychiatry, 2012; 11: 137–138.
12. Maudsley H., *The Physiology and Pathology of Mind*. Appleton D. & Company, 1867.
13. McFarlane A.C., *The impact of war on mental health: lest we forget*. World Psychiatry, 2015; 14: 351–353.
14. Pinna F., Del Vecchio V., Luciano M., Sampogna G., De Rosa C., et al., *Shall psychiatry change its target? Reflections on the evolving role of psychiatry*. Riv Psichiatri, 2015; 50: 3–7.
15. Priebe S., Finzen A., *On the different connotations of social psychiatry*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2002; 37: 47–49.
16. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J., *The DSM-5: Classification and criteria changes*. World Psychiatry, 2013; 12: 92–98.
17. Scapicchio P.L., *Psichiatri Oggi*, 2005; 5.
18. Vassos E., Pedersen C.B., Murray R.M., Collier D.A., Lewis C.M., *Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia*. Schizophr Bull; 2012; 38: 1118–1123.
19. Wahlbeck K., McDaid D., *Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis*. World Psychiatry, 2012; 11: 139–145.
20. Waitzkin H., *The Social Origins of Illness: A Neglected History*. Int. J. Health Services; 1981; 11: 177–103.



PSICHIATRIA FORENSE

Lo psichiatra e le linee guida

Renato Mantovani

Avvocato esperto in Psichiatria Forense

La legge Balduzzi dell'ormai lontano novembre 2012 sta portando, sia pure seguendo sentieri tra quelli meno semplici del percorso giuridico, a configurare il concetto di colpa professionale medica, quantomeno in ambito penalistico, in forme che si possono ritenere più benevole per la classe medica.

La richiamata norma prevede infatti una chiara differenza tra il concetto di colpa in ambito civilistico (che si ripercuote sugli aspetti risarcitori) e quello a carattere penale ammettendo la graduazione della colpa (con conseguente possibili esimenti) solo in campo penale.

Dalla norma richiamata si ricava che in ambito sanitario l'illecito penale può non coincidere con quello civile che sostanzialmente rimane inalterato ai fini risarcitori, mentre viene sostanzialmente attenuata la responsabilità penale.

Occupandoci con questo articolo della responsabilità penale è opportuno premettere che il nostro ordinamento in materia con il suo carattere sanzionatorio ha come scopo primario quello della tutela di uno specifico interesse primario, la salute del cittadino quando questa è messa nelle mani del sistema sanitario.

La norma penale si prende quindi cura dell'attività

medica quando questa, male applicata per comportamento colposo, può essere causa di eventi dannosi, norma il cui fine primario è quello di tutelare la salute del paziente quando questa viene lesa con comportamenti attribuibili ad un comportamento non corretto.

Una presunta malpractice dovrà pertanto essere oggetto di valutazione da parte del giudice penale al fine di valutare se dal sanitario è stata posta in essere la necessaria tutela degli interessi individuali della persona assistita in relazione ad una dovuta garanzia per un corretto svolgimento dell'attività medica.

Su un tale presupposto la "Balduzzi" (così ricordata dal nome del ministro che l'ha proposta) ha disposto che il sanitario va esente da responsabilità a titolo di colpa, quando questa si può ritenere lieve e quindi scusabile) qualora dia prova di essersi attenuto al rispetto sia delle competenti linee guida che dei principi di rigore scientifico dettati per la buona pratica clinica.

A tale principio d'altronde si è ispirato il disegno di legge (DDL), già passato positivamente all'esame della Camera e che si spera a brevi diventi legge dello Stato, che aggiungendo un nuovo articolo al codice penale, il 590-ter, prevede come l'esercente la professione sanitaria

che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponderà dei reati di omicidio colposo o lesioni colpose solo in caso di colpa grave.

Beneficio quello della punibilità della sola colpa grave che però non è applicabile se la colpa sia imputabile a comportamento imprudente o negligente, colpa in questi casi che sarà perseguita anche se sarà ritenuta di lieve consistenza.

In una recente sentenza della Corte di Cassazione Penale, molto bene motivata dal magistrato relatore d.ssa Piccialli, si è constatato che i principali problemi nell'applicazione della nuova normativa in materia di responsabilità medica nei termini sopra richiamati, vengono realisticamente così individuati:

Quale significato si deve attribuire al concetto di "linee guida" e "buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica"?

La corte al riguardo ritiene che le linee guida non costituiscono altro che forme codificate costituite del sapere scientifico. Come tali operano per l'esercente le professioni sanitarie come una direttiva a carattere scientifico.

In buona sostanza si deve ritenere che abbiano una funzione di orientamento senza però rappresentare delle regole cautelari il cui rispetto assolve da eventuale comportamento colposamente dannoso.

Il problema più complesso parlando di linee guida è poi costituito dal fatto che nel nostro Stato non esiste uno specifico sistema di accreditamento ufficiale per le linee guida che consenta di avere un punto uniforme di al quale riferire un comportamento come consigliato a seconda delle singole specialità mediche.

Ne consegue che per applicare correttamente questa innovazione normativa (sicuramente da leggersi in modo favorevole e a tutela dei professionisti della sanità) il giudice si trova nella necessità di verificare di volta in volta se le linee guida applicate dal medico siano accre-

ditate o meno presso la comunità scientifica senza però disporre dei mezzi conoscitivi necessari per compiere correttamente una tale verifica.

La Corte a questo punto ha ritenuto fondamentale per una tale investigazione – anche se l'acquisizione delle necessarie informazioni viene sostanzialmente quasi sempre delegata al perito o al consulente – verificare se siano stati rispettati, nella formazione delle linee guida portate a giustificazione dell'atto medico sotto esame, seri principi di rigore scientifico.

Ma un tale sistema interpretativo non è certo facilitato dal fatto che in sede scientifica esistano diverse scuole di pensiero sui metodi da seguire per contrastare determinate patologie.

Non meno complesso per chi giudica è dare una forma al generico concetto di "buone pratiche" sul presupposto che queste devono essere, come recita il legislatore, accreditate presso la comunità scientifica.

Al riguardo si potrà ritenere che nel concetto di buona pratica si possa fare rientrare la concreta attuazione delle linee guida unitamente alle procedure che, se anche non sono previste dalle linee guida, vengono comunemente applicate nella prassi e di cui sia riconosciuta (per esempio nei testi scientifici di cui non sia contestata l'autorevolezza) una reale e comprovata efficacia terapeutica.

Vi potrebbe pertanto correttamente rientrare anche l'impiego, come capita di frequente nell'ambito della pratica operatività degli psichiatri, dei farmaci off label quando la prassi clinica ne ha provato, in un numero significativo di casi, effetti positivi e mai negativi.

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

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 Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
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