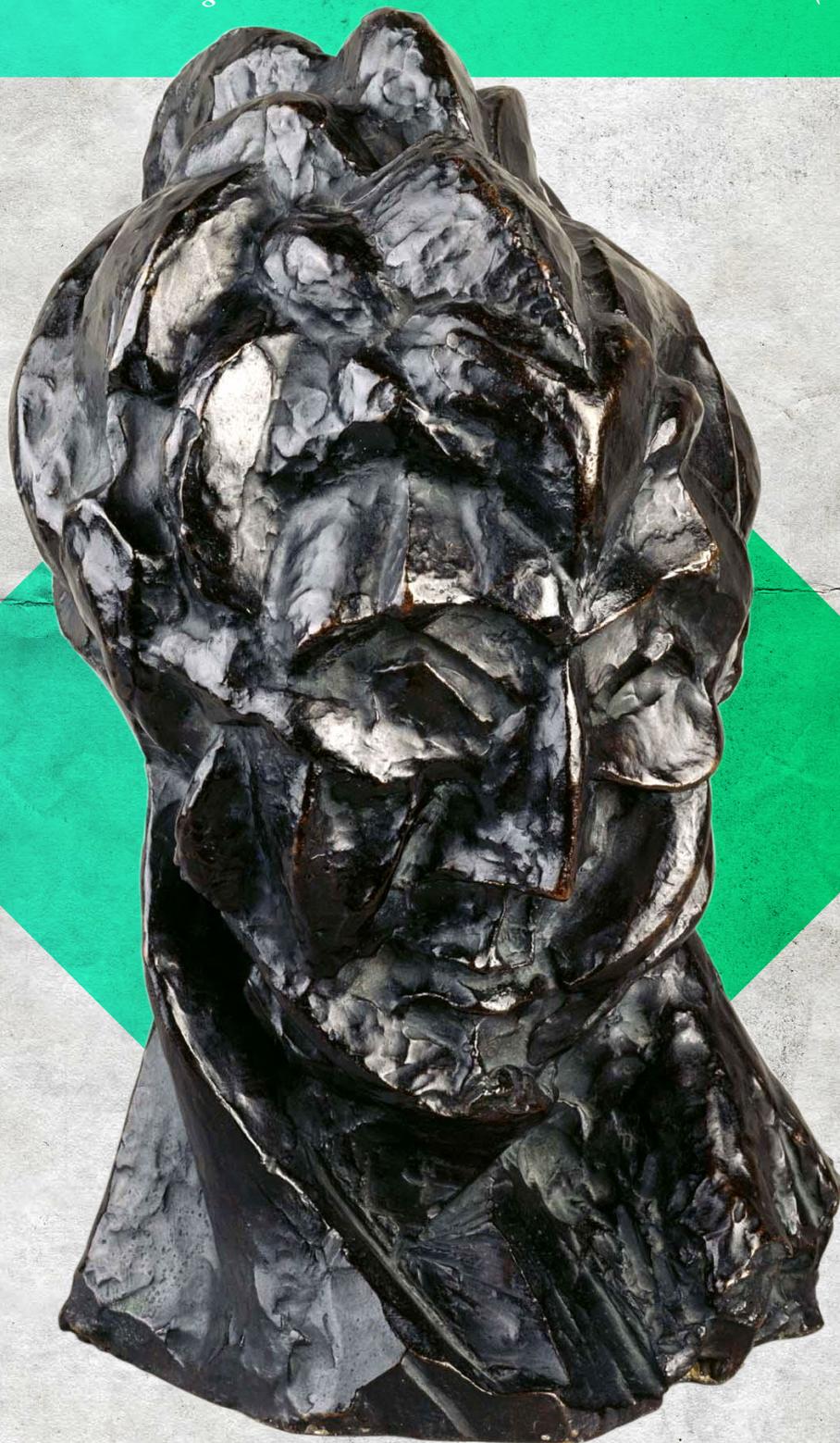




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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



Il valore della ricerca.

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

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

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

Janssen. Più vita nella vita.

janssen 



SOMMARIO

AnnoXXX • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

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

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

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

IN PRIMO PIANO

3 Quando malato è il terapeuta
di Giannelli A.

9 Perché occuparci di adolescenti?
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

13 Antipsicotici e Tollerabilità
Un algoritmo per la gestione clinica degli effetti indesiderati
di Cerveri G., Mencacci C.

30 Pensare la multiculturalità
Proposte per la presa in carico dei pazienti stranieri a partire dall'esperienza di un CPS di Milano
di Bruno D., Fidanza D., Netti I., Romito A., Samele F., Mencacci C.

37 I luoghi della cura e la cura dei luoghi nella riabilitazione psichiatrica
di Di Lello C.

44 La psichiatria incontra la promozione della salute
Un'esperienza presso la asl di mantova
di Placidi D., Bocca M., Braga C., Furgeri A., Rossi J., Bonora A., Giannella G., Galavotti M., Boscaini R., Pinotti A., Magnani P.A.

51 Vince la mente
di Nobili G., Moroniy A., Santinizz C.

PSICHIATRIA FORENSE

55 Obbligo di controllo dello psichiatra
di Mantovani R.

RECENSIONI

56 Enzo Bonaventura, *La psicoanalisi*
recensione di Jacob L. Reibman

IN COPERTINA: Pablo Picasso, *Tête de femme*, 1909.
Collezione privata

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

Quando malato è il terapeuta

Alberto Giannelli

Il primo novembre 2017, a Massa, uno psicologo (Marco Casonato, di 63 anni) ha investito, uccidendolo, suo fratello di quattro anni più giovane, per poi passare due volte con un furgone sul suo corpo. A quanto riportato sul *Corriere della Sera* da Marco Gasperetti, corrispondente dalla Toscana, Casonato era docente di psicologia all'Università Bicocca-Milano e in non meglio specificate Università straniere. Il fatto si è svolto nel parco di villa Massoni, una residenza nobiliare che fa parte del patrimonio della famiglia Casonato dal 1920 ed era oggetto, da anni, di dissidi tra i due fratelli: venderla o ristrutturarla era un problema "ossessivo" per entrambi. La villa, tra l'altro, era sotto sequestro da due anni per un'inchiesta che li vede indagati per danneggiamento al patrimonio archeologico e artistico nazionale.

La notizia mi ha incuriosito o, meglio, disturbato, in quanto il prota-

*La maga Circe: ci sono più cose tra mare e cielo,
Ulisse, più di quante non immagini la tua filosofia*

William Shakespeare

gonista è uno di noi, nel senso che esercita una professione a dir così cugina di primo grado della nostra. Mi ha disturbato più di quanto possa disturbarmi la notizia di un fratricidio. Dalla Bibbia, nella Genesi, sappiamo di Caino e Abele, un dramma che la storia nel suo ininterrotto dispiegarsi nel tempo ha poi rappresentato altre volte. Caino, primogenito di Adamo e Eva, coltivava la

terra, Abele faceva il pastore. Un accesso di gelosia, dovuto al fatto che Dio ha preferito il sacrificio offertogli da Abele, ha fatto di Caino l'assassino, poi condannato a vagabondare per sempre sulla terra, oppresso dal rimorso. Anche nel caso di Casonato c'è stato, ma solo a prima vista, un accesso, un momento di follia o, se si preferisce, un episodico discontrollo degli impulsi. Una sorta di raptus? Tutto questo, naturalmente, a quanto si è appreso dalla stampa locale e nazionale (Volterra, 2006). Compiuto il delitto, fugge, viene poco dopo arrestato e



Angelica Kauffman, *Circe enticing Odysseus*, 1786

telefona all'avvocato per chiedere come sta suo fratello. Un'espressione precoce di rimorso? L'assonanza morso-rimorso è significativa. Certi morsi sono fatali.

La memoria, letto l'articolo, è corsa subito a un altro delitto, commesso questa volta da uno psichiatra (Arturo Geoffroy), a Milano, nell'agosto del 2003, ma con un inquietante particolare rispetto a quello appena descritto: la vittima era anche lui uno psichiatra (Lorenzo Bignamini). Ma qui, nemmeno a prima vista, non c'è stato un momentaneo accesso di follia: la paranoia abitava da tempo la mente dell'assassino. Il caso ha voluto che incontrasse la sua vittima in un pomeriggio d'estate, mentre tornava a casa in bicicletta in una città pressoché deserta. Tra i due intercorrevano rapporti sul piano professionale, Bignamini era stato in un certo senso anche il terapeuta di Geoffroy, ma era stato soprattutto quello che aveva apposto almeno due volte la firma sulla richiesta di ricoverarlo coattivamente. Una ferita narcisistica mai rimarginata. La paranoia, si sa, è una follia lucida, implacabile, determinata nel suo progetto delirante e inaccessibile a qualsiasi critica (Giannelli, XVI: pag. 1-3).

Due vicende solo apparentemente diverse tra loro, quella di Casonato e di Geoffroy. Del primo, dopo la prima notizia apparsa sui giornali, si è appresa poi la storia della vita, di quella professionale in particolare, e non sembra che ad essa si sovrapponga una storia clinica. Del secondo si conoscono sia l'una che l'altra. Un delitto d'impeto, sembra quello di Massa, stando a quel poco che si conosce. Un delitto a lungo meditato, sospinto da rancori e sete di riscatto, quello di Milano. Vicende diverse, ma che hanno in comune l'esercizio di discipline distinte ma contigue, entrambe dedite alla mente, sana o malata che sia. Nel caso di Casonato, a differenza di Bignamini, all'esercizio clinico si aggiunge un variegato insegnamento universitario. Una ragione in più per riflettere. Infatti, stando alle notizie apprese dalla stampa e da chi lo conosce, Casonato lo definirei psicotuttologo,

tante sono le sue qualifiche professionali e accademiche: psicologo, specialista in psicoterapia, membro del Centro Neuroscienze di Milano, docente nel master Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza — Unicef — Università Bicocca-Milano, nella stessa Università insegna Psicologia dinamica e diagnostica dell'età evolutiva, membro della Società di Psicologia Giuridica, insegna Scienze Criminologiche, investigative e della sicurezza presso la LUdeS di Lugano. Insegnamento, quest'ultimo, degno di particolare attenzione. Seguono altre attività a San Francisco nell'ambito della psicoterapia e a Los Angeles in quello della "contemporanea psicoanalisi", che mal si coniuga con il suo contemporaneo interesse per la linguistica e il neurocognitivismo. Insomma, un eccezionale insieme di cariche, per lo più tutte impegnative, che certamente gli avranno fatto fare continuamente dei viaggi e, soprattutto, la spola fra Milano e Massa, dove, appunto, aveva l'assillante problema della villa e dei contrasti con il fratello.

Certo, ci sono stati psichiatri vittime, sul posto di lavoro o no, di delitti, sequestri, violenze di vario tipo. E di questo abbiamo già parlato in altra sede, anche in questa rivista. Qui, il tema centrale è quello dello psichiatra o dello psicologo clinico che uccidono come un qualsiasi altro cittadino è in grado di fare, con la differenza, però, che è *a loro che si rivolgono la collettività o una singola persona quando un loro simile si sottrae al controllo della sua aggressività*. Ciò presuppone o dovrebbe presupporre che psichiatra e psicologo clinico siano per definizione i *tutori dell'equilibrio mentale e dell'adattamento della persona all'ambiente familiare o socio-culturale o, addirittura, nazionale, di cui fa parte*. Ma, sia pur eccezionalmente, prendiamo atto che non è così. Non è sufficiente limitarsi alla violenza di cui testimoniano i due casi appena ricordati per rendersi conto che entrambi possono smentire il presupposto di cui sopra. Anzi, il discorso va ampliato.

Della realtà dei manicomi analoghi ai lager e della loro

tardiva smobilitazione sono stati responsabili anche gli psichiatri (Giannelli, 2007). Né dimentichiamo che lo sterminio dei malati mentali -avvallato dalla psichiatria e dalla psicologia ufficiali, quelle accademiche comprese- è iniziato in Germania prima dell'avvento di Hitler al potere. In un convegno a Venezia, a San Servolo nel 1988, psichiatri tedeschi non hanno esitato a dire che Hitler, nel suo folle disegno antisemita che includeva, accanto agli ebrei, gli zingari, i rom, gli omosessuali e gli ammalati mentali, fu servo della psichiatria. Con coraggio e rispetto della storia quei colleghi hanno ammesso che tra psichiatria e nazional-socialismo non c'era alcuna contraddizione. Né lasciamo passare sotto silenzio che nella ex- Jugoslavia uno psichiatra (Radovan Karadzic) si è macchiato di crimini di guerra e genocidio, finendo sotto processo davanti alla Suprema Corte dell'Aja. Così come dobbiamo richiamare alla nostra memoria come nell'Unione Sovietica, ma tuttora in altre parti del mondo, la psichiatria abbia colluso o continui a colludere in senso repressivo con il potere politico o l'ideologia dominanti. La follia fa la storia, l'esempio del novecento è eclatante (Zoja, 2011).

Dunque, tornando al tema centrale di questo articolo, non mancano gli argomenti per sottolineare come psichiatri e psicologi — per fortuna assai pochi — possano venir meno a quel presupposto di essere i tutori della persona umana nella sua totale complessità. E possano piegarsi, anche singolarmente, al predominio del sadismo sulla ragione, dando spazio alla *dérason*, termine caro alla psicopatologia fenomenologica mitteleuropea. Su un altro versante, quello psicoanalitico, entra in gioco la fissazione o il ritorno a quella fase sadico-anale nella quale il soddisfacimento degli impulsi si traduce nell'aggressione (oltre che nella funzione dell'escrezione). È la fase nella quale nel bambino insieme agli impulsi sadici compaiono i primi denti, capaci di nutrirsi aggredendo il seno materno, cosa, del resto, già avviata nella fase precedente, quella orale.

È nell'aggressività che prende corpo il delitto, d'impeto o no che sia. Ma, attenzione: l'aggressività non sempre e comunque si traduce nell'aggressione. La parola etimologicamente deriva dal latino *aggredior* che significa vado, cammino in avanti. Dunque aggressivo, in senso positivo, è colui che tende all'autoaffermazione, che ha spirito di iniziativa, energia. Quando l'aggressività si svincola dal controllo della ragione diventa violenza, etero- o autodistruttiva, sia individuale (come nei casi in oggetto) che grupppale (in questo caso verso più persone, come in certe manifestazioni di piazza, all'interno di una stessa famiglia, nei suicidi collettivi o di massa, negli stupri ecc.) (Zoja, 2016). È, insomma, una parola bisemica, come follia una parola polisemica. A questo proposito, commentando un libro di Galzigna (Galzigna 2007), un filosofo della scienza (Giulio Giorello) ha detto che nel mare tempestoso delle passioni umane abbiamo bisogno di un'imbarcazione cui affidarci: preferiamo la zattera di Bosch o di Erasmo alla nave di una ragione repressiva. C'è del vero in questa affermazione, anche se non sempre è così. Casonato e Geoffroy sono saliti su quella zattera, ma non si sono salvati. Uno psicoanalista del calibro di W. Bion ha suggerito di non credere ciecamente ai vari impianti teorici della psicologia e della psicoanalisi, che possono essere come il Titanic che sbattendo contro un iceberg è affondato.

I fattori in gioco nell'aggressività fisica sono molteplici (neurobiologici, psicodinamici, etnici, religiosi). Sul piano lessicale di comune impiego, violenza, impulsività e aggressività sono usati come sinonimi. Ma è un errore: ad esempio, nel gioco d'azzardo patologico l'impulsività è una costante presenza, ma il giocatore d'azzardo non è per questo aggressivo verso terzi. Né l'aggressività fisica è paragonabile a quella verbale, diretta o tramite i *social-network*. Del resto, quasi sempre è solo quella fisica che va incontro al rigore della legge. L'aggressività verbale è tollerata, al di là del fatto che le parole possano fare

molto male. Se, però, così non fosse, i *talkshow* dove sono invitati politici di parti avverse sarebbero un'inesauribile fonte di procedimenti giudiziari.

Psicologi, come Casonato, o psichiatri come Geoffroy, affascinati nella scelta della professione dal mistero della mente o stregati dall'enigma della follia, a un certo momento della vita si fanno protagonisti di delitti efferati, smentendo il presupposto, come dicevo prima, di essere al servizio non solo della Legge giuridica, ma anche di quella morale, il cui codice è inscritto nella coscienza individuale. È come se il loro Super-Io si facesse (o si risvegliasse) spietato e inflessibile cancellando lo spazio che corre tra il desiderio (liberarsi dall'avversario) e, appunto, la Legge, quella umana (fatta non contro l'uomo, ma per l'uomo). Come in un suo Seminario diceva J. Lacan (Recalcati, 2017), quando sosteneva che il volto umano della Legge si confonde con quello abnorme-irresponsabile e senza dialettica- e sadico del Super-io. L'aggressività del depresso contro se stesso, contro l'altro quella di chi delinque. Un Super-Io diverso da quello di Freud, secondo il quale sarebbe il giusto erede e, insieme, evolutivo della Legge del padre.

Casonato insegna anche Scienze Criminologiche ed è membro della Società di Psicologia Giuridica, particolare degno di essere sottolineato. Come dire, che erogava agli altri quello che faceva parte del suo (cospicuo) patrimonio conoscitivo. Che dire di un oncologo che, insegnando pneumologia, predica la radicale astensione dal fumo, ma lui fuma a tutto spiano? Il che non significherebbe che l'oncologia sia una disciplina tutt'altro che attendibile. Sarebbe irragionevole proporre di abolire la professione di maestra d'asilo perché qualcuna di loro, magari madre di famiglia, maltratta quotidianamente i bambini affidati alle sue cure.

Casonato e Geoffroy, dunque, sono delle eccezioni, e come tali vanno valutati. Il che, però, non ci esime da

qualche riflessione. Non è sufficiente essere uno psichiatra o uno psicologo clinico assai colti per essere un bravo psichiatra o psicologo clinico. Nella psichiatria e nella psicologia clinica la mente studia se stessa. Soggetto e oggetto della conoscenza si identificano. L'eccessivo conoscere (cioè l'accumulo di notizie e informazioni da spendere, da erogare) può allontanare dal vero conoscere, quello autentico, così come essere eruditi non significa di per sé essere colti. Aggiungo, poi, come soprattutto oggi psichiatra e psicologo soffrano di una crisi identitaria, dovuta allo sviluppo straordinario delle neuroscienze da un lato, alla posizione marginale che occupano da sempre nel panorama del mondo sanitario, dall'altro. A suo tempo ho sostenuto che psichiatria e psicologia clinica debbano fondersi in un'unica materia, e ne ho spiegato ampiamente il perché (Giannelli, XVI). Ma la suddetta crisi identitaria ha le sue radici nelle modalità con le quali ancora oggi si formano psichiatra e psicologo clinico, a fronte dei molti anni di studio necessari ad acquisire la rispettiva qualifica professionale. Modalità di formazione che non tengono sufficientemente conto dei cambiamenti, oltre che tecno-scientifici, anche antropologici, culturali, sociali intervenuti negli ultimi decenni. Ma che c'entra tutto questo con i fatti di cui sono stati protagonisti Geoffroy e Casonato? Provo a spiegare che c'entra.

C'è uno stereotipo culturale in un detto popolare: lo psichiatra è il medico dei matti e a furia di stare con i matti diventa matto anche lui. Indignati (o quasi) reagiamo dicendo che è una sciocchezza. Ma è soltanto una sciocchezza? Forse, no. Dipende da cosa significa essere matto, un'espressione oggi decisamente desueta. Proviamo a cambiare lo stereotipo, almeno in parte: una persona che non faccia lo psichiatra, ma che da familiare viva per anni giorno dopo giorno in casa con uno psicotico può finire, a un certo punto, a dividerne il delirio.

Esempi eclatanti sono la *folie à double forme*, che già Baillarger descrisse nel 1854 e la *folie circulaire*, di Farlet, nello stesso anno (Bernard, 1962). Chi fa psichiatria da molti anni ne ha incontrato certamente qualche caso. Perché escludere che possa capitare anche a uno che fa lo psichiatra, e magari per tanti anni è vissuto e ha lavorato in un manicomio?

Ma i manicomi — si può replicare — da tanti anni non ci sono più, e se sopravvivono in alcuni paesi, anche del mondo occidentale, si chiamano ospedali psichiatrici. Sono però medicalizzati come un ospedale generale, aziendalizzati, farmacologizzati (mi scuso per il neologismo), provvisti di tutti quei dispositivi telematici per i quali va diminuendo il tempo che i medici passano con i malati, per cui li ascoltano sempre meno e il dialogo non è più elemento essenziale della relazione con loro. Ma certi reparti psichiatrici, che da noi si chiamano servizi psichiatrici di diagnosi e cura (come se quelli di cardiologia o di chirurgia generale non fossero anch'essi dediti a fare le diagnosi e a erogare le terapie), non hanno anch'essi, per i motivi più diversi, qualche aspetto manicomiale? Detto ciò, non è facile che oggi chi lavora in un dipartimento di salute mentale vada incontro a una *folie à double forme* per il semplice motivo che, a parte casi esemplari ma non frequenti, passa meno tempo di una volta a dialogare, ascoltare e dunque a relazionarsi con i pazienti.

La letteratura (narrativa e filosofica) è venuta spesso in soccorso della psico(pato)logia, a volte addirittura anticipandola: si pensi a Shakespeare (*Otello*) o a Pirandello (*Il berretto a sonagli*), o a Nietzsche (*Al di là del*

bene e del male) e, prima di lui, a von Brentano nel caso di Freud¹. Samuel Beckett ha scritto che *nous nassons fous, quelques-uns le demeurent*, un'affermazione dal vago sapore kleiniano (Beckett, 1953; Segal, 1979). Di Casonato conosciamo l'ampio curriculum culturale e professionale. Ma M. Foucault (*Maladie mentale et psychologie*) avverte che la psicologia non può detenere la verità della follia perché è la follia a detenere la verità della psicologia. Ritorna, dunque, la riflessione già fatta sul conoscere (erudizione e cultura) e su che cosa designa il valore (professionale e umano) dello psicologo clinico e dello psichiatra.

Può l'uno o l'altro di questi professionisti ritenersi al sicuro dall'agguato della follia? Credo di no. E faccio un altro riferimento, questa volta alla mia esperienza professionale. Ho avuto, molti anni fa, come paziente del reparto di cui ero responsabile un collega, libero docente universitario in psichiatria, dotato di un eccellente bagaglio culturale e di un ottimo livello intellettuale, con una pervicace ideazione delirante, comunque esente da trasgressioni di qualsivoglia tipo della legge.

In quel collega, durante i colloqui che avevo con lui, si specchiavano tutte le incertezze, i dubbi, le contraddizioni che, malgrado tanti anni di esercizio psichiatrico, abitavano ancora dentro di me. La sua cultura, il suo lucido argomentare provvisto di una sua logica, il modo affabile se pur oppositivo con cui si confrontava con me, avevano un fascino che mai ho trovato in un altro paziente di pari capacità culturali e dialettiche, peraltro da lui espresse con un linguaggio sempre sotteso da una leggera ironia, ma semanticamente ineccepibile. Quegli incontri che nel

1. Risalendo al lontano passato, vanno citati Aristotele (*Problemata*, 30-1) e Areteo di Cappadocia (*I sec.*) che viene considerato addirittura un lontano precursore di Emil Kraepelin. Si veda al riguardo Aristotele, *La "melanconia" dell'uomo di genio, il melangolo*, Genova, 1981. In una lettera a Arnolg Zweig dell'11 maggio 1934, Freud scrive che "quand'ero giovane Nietzsche significava per me una nobiltà irraggiungibile".

tempo stesso mi attraevano e mi intimorivano rispecchiavano tutte le mie fragilità e l'impotenza del mio sapere. Ma parafrasando Jean Cocteau che diceva che gli specchi dovrebbero riflettere qualche istante prima di riflettere la nostra immagine, mi sento di dire che rispecchiare le nostre esperienze in quelle di chi incontriamo, malato o sano che sia, richiede tempo e, appunto, riflessione. Perché quella che si rispecchia è la nostra immagine interiore, quello che siamo. L'empatia, correttamente intesa, presenta anche qualche pericolo, vale a dire un eccesso di immedesimazione che rischia di nuocere alla relazione². Sta di fatto che da tali incontri ho imparato molte cose. Da tutti i malati che narrano e si narrano, impariamo cose nuove. In fondo è come leggere un libro che prima non si conosceva. Sono più orgoglioso, dice Borges, di quello che ho letto che non di quello che ho scritto. E Boncinelli, a tutti noi noto come genetista e neuro-scienziato, afferma, a sua volta, che un buon libro lo fa un buon lettore. Ascoltando centinaia di malati, mi sono fatto una biblioteca che occupa l'arcipelago dei miei sentimenti più di quanto ne occupi quella che sta negli scaffali del mio studio reale. E non so quale delle due mi abbia consentito più dell'altra di aiutare chi aveva bisogno di me. Propendo, comunque, per la prima, senza disdegnare la seconda.

I casi di Geoffroy e di Casonato, a prescindere dal loro percorso giudiziario, sono anch'essi, nella loro assoluta esiguità casistica, motivi di riflessione. Nessuno di noi, psichiatra o psicologo clinico, è immune da quella modalità di essere che genericamente ho chiamato follia, momentanea o persistente che sia. Il primato della ragione

o il suo ritorno, della ragione che ricorre alla convinzione piuttosto che alla repressione, che, insomma, permette di buttarsi dal Titanic e salire sulla zattera di Bosch e di Erasmo senza farla affondare, significa, a ben vedere, riuscire a sondare i fondali dell'esistenza, nostra e altrui.

BIBLIOGRAFIA

1. Vittorio Volterra, *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Masson, Milano, 2006
2. Alberto Giannelli, *Lorenzo Bignamini era uno di noi: quando la follia si fa dirompente*; *Psichiatra Oggi*, XVI, n.2, pag. 1-3
3. Alberto Giannelli, *Follia e psichiatria: crisi di una relazione*, Franco Angeli ed., Milano, 2007. Vedi, in particolare, il capitolo La caduta delle mura, pag. 43-53
4. Luigi Zoja, *Paranoia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011
5. Luigi Zoja, *Centauri*, Bollati Boringhieri, Torino, 2016
6. Mario Galzigna, *Il mondo della mente*, Marsilio, Venezia, 2007
7. Massimo Recalcati, *Contro il sacrificio*, Raffaello Cortina, Milano, 2017
8. Samuel Beckett, premio Nobel, *En attendant Godot*, 1953
9. Hanna Segal, *Melanie Klein*, P. Boringhieri, Torino, 1979

2. L'empatia consiste nella capacità di immedesimarsi, ma restando noi stessi, nell'altro, nelle sue emozioni, nei suoi problemi, a volte addirittura nei suoi pensieri. Va considerata un atteggiamento universale e preliminare del terapeuta a prescindere dal suo specifico orientamento, ed è qualche cosa di ben diverso dal transfert che si sviluppa nel corso della terapia psicoanalitica.

Perchè occuparci di adolescenti?

Claudio Mencacci

Direttore DSM-D e Neuroscienze

ASST-Fbf-Sacco, Milano

Lo sviluppo cerebrale adolescenziale, caratterizzato dallo straordinario fenomeno di riorganizzazione della struttura della materia grigia e delle connessioni sinaptiche (Casey et al. 2008), contiene una straordinaria unicità: nel percorso di definizione di competenze cognitive, affettive e relazionali che rimarranno un lascito per l'età adulta, le potenzialità vanno di pari passo con le fragilità. Come tutti i fenomeni caratterizzati da profondi cambiamenti anche la maturazione cerebrale dell'adolescenza è infatti straordinariamente sensibile agli stimoli dell'ambiente, sia che questi si caratterizzino per una loro potenzialità in senso evolutivo, sia che si tratti di sollecitazioni che possono influenzare negativamente lo sviluppo (Lupien et al 2009). L'adolescenza si presenta dunque come una lente di ingrandimento e può facilitare l'emergere di condizioni psicopatologiche conclamate. Al riguardo sappiamo, da un gran numero di studi scientifici, che è proprio negli anni dell'adolescenza che danno i primi segni gran parte delle patologie psichiche dell'età adulta (Paus et al 2008). E nel nostro lavoro giornaliero è ormai dato consolidato ricevere in sempre maggior quantità richieste di visite specialistiche psichiatriche per soggetti minori, sia che queste si palesino come richieste di consulenza in reparti di pediatria o in PS sia tramite ricoveri d'urgenza negli SPDC. A Milano nel terzo trimestre del 2017 sono stati effettuati negli SPDC cittadini 40 ricoveri di minorenni: questo dato, pur rappresentando solo la punta, più significativa, del fenomeno, acquisisce tutta la sua significatività soprattutto se si considera il costante e

significativo incremento anno per anno. Questi dati hanno una conferma su tutto il territorio regionale, seppure con una diffusione disomogenea per aree territoriali.

Possiamo partire da queste considerazioni, che segnalano un progressivo cambiamento delle necessità di intervento, per iniziare a ripensare alle modalità del nostro lavoro clinico. La medicina, in tutte le sue specializzazioni, è sempre mirata al futuro e a una costante tensione alla riorganizzazione che sappia cogliere le necessità dei tempi presenti, adattandosi al contesto, ai bisogni e alle opportunità. Se dunque riconosciamo nel sempre maggior numero di ragazzi con malessere psichico (Costello et al. 2003, Mojtabai et al. 2016,) il bisogno che ci porta a occuparci anche di adolescenti, quali sono le opportunità?

Un aspetto centrale è dato dalle enormi potenzialità che l'adolescente possiede e che l'esordio delle psicopatologie tende a sovvertire. È in adolescenza infatti che si definiscono non solo le competenze cognitive-intellettive ma anche quelle affettive, relazionali, la gestione delle frustrazioni, il rapporto con il piacere e la gratificazione: tutti aspetti centrali per il funzionamento dell'individuo adulto, non solo per il suo benessere ma anche di quello della comunità e della società. Queste competenze, che sono ben note, non possono essere esclusivamente considerate come transizioni psicologiche, ma hanno le loro basi nella fondamentale transizione neurobiologica che da forma al cervello adulto grazie ai fenomeni di riorganizzazione delle reti neurali. Se questo processo di "cablaggio" cerebrale viene in qualche modo alterato le conseguenze possono essere durature (Mencacci & Migliarese 2017).

Riconoscere questo periodo del tutto peculiare come una risorsa fondamentale che necessita della stessa attenzione dell'infanzia ci porta a ragionare su quali possano essere le modalità che possano tutelare la transizione adolescenziale, salvaguardandol'accesso all'età adulta.

Il focus allora si sposta dalla cura alla prevenzione, intesa in senso ampio, ovvero sia come esposizione ad ambienti "nutritivi" che come evitamento di fattori tossici o patogeni e si declina sulle due linee ben distinte della prevenzione primaria e secondaria. La prevenzione primaria – mirata alla popolazione - si avvale di politiche sociali, di interventi sulla scuola, di promozione della salute fisica e psichica e della riduzione dell'esposizione a fattori patogeni aspecifici: può essere orientata dal sapere clinico, ma la necessità di interventi ad ampio spettro la caratterizza come strumento maggiormente politico/organizzativo. La prevenzione secondaria prevede invece azioni specifiche su soggetti ad alto rischio, il riconoscimento precoce dei segni di malattia e l'impostazione di interventi mirati al contenimento e alla risoluzione di queste manifestazioni. La prevenzione secondaria parte dalla consapevolezza che il cervello adolescente, seppure altamente sensibile agli effetti dei fattori patogeni, risponde in modo sorprendente ai fattori di protezione e che risponde in modo più evidente del cervello adulto ad interventi mirati a mitigare i traumi emotivi e / o fisici (Eliand & Romeo 2013) ed è di competenza clinica. Essendo mirata prevalentemente agli interventi precoci ha il suo focus fondamentale nella capacità di riconoscere che alcune manifestazioni non sono parte del fisiologico, a volte turbolento, percorso di sviluppo individuale, ma segni di psicopatologia per la quale è necessario un intervento tempestivo e specifico. Non tutto può infatti essere riferito a un generico "disagio adolescenziale": farlo significa privare un ragazzo sofferente della possibilità di accedere a cure specifiche, con tutto il correlato che l'intervento tardivo porta con sé:

aggravamento dei sintomi, alterazioni del funzionamento, effetti a livello socio-relazionale e scolastico. A questo proposito, la WPA (World Psychiatric Association) ha recentemente redatto una dichiarazione dei diritti dei giovani con patologie psichiche, segnalando l'importanza centrale che ha la salvaguardia di questo periodo della vita per tutelare la salute psichica globale. Aspetto centrale di questa dichiarazione è il diritto che i giovani con patologie psichiche dovrebbero avere di accedere a percorsi idonei di trattamento e cura al pari dei loro coetanei con malattie fisiche. Purtroppo, anche per motivi storici, vi è la tendenza a disconoscere la possibilità che un ragazzo giovane presenti un disturbo psichico e i dati epidemiologici ci dicono che solo una minoranza di giovani con disturbi psichici giungono in contatto con specialisti, vengono riconosciuti correttamente e ricevono un trattamento idoneo.

Sottolineare con decisione questa carenza non deve favorire il rischio opposto, quello di "medicalizzare" manifestazioni che invece necessitano in primo luogo di essere comprese e contenute con i consueti mezzi affettivi ed educativi presenti in ambito familiare, senza privare la famiglia del suo specifico ruolo educativo con il ricorso a figure esterne più o meno normative.

Includendo azioni su soggetti ad alto rischio, la prevenzione secondaria deve al contempo avere uno sguardo aperto a tutti quei fattori che agiscono sulla riorganizzazione delle reti neurali e che in soggetti con predisposizione allo sviluppo di psicopatologia possono fungere da "detonatori". Tra questi, tre paiono elementi centrali in questo senso: gravi alterazioni del sonno veglia, utilizzo di sostanze stupefacenti, stress emozionali ripetuti, tutti fattori influenzati dalle trasformazioni socio-antropologiche attuali e dall'iperbolico sviluppo tecnologico. I dati ci dicono ad esempio che i ragazzi utilizzano smartphone, tablet e computer per più di 8 ore al giorno e soprattutto nelle ore serali e notturne

(Owens et al. 2014). E che l'utilizzo di questi strumenti li espone a maggiori stress emozionali in quanto l'esperienza dei social network risulta un'esperienza senza filtri, e dunque ingigantita, di cui il cyber-bullismo appare fenomeno paradigmatico. Infine, i dati ESPAD (2015) ci segnalano l'incremento dell'esposizione alle sostanze: è sempre più semplice acquistare attraverso la rete nuove sostanze d'abuso, non ancora inserite nel tabellario degli stupefacenti e dunque legali, ma i cui effetti appaiono spesso devastanti.

L'incremento nel corso degli ultimi anni della prevalenza di patologie stress-correlate sembra confermare che le richieste attuali dell'ambiente sociale siano spesso soverchianti le possibilità dell'individuo. L'influsso di questi cambiamenti sulle modalità relazionali e affettive dei giovani è difficilmente quantificabile, anche se appare del tutto plausibile che si estrinsechi in una rimodulazione globale del percorso di sviluppo identitario e abbia riflesso anche sulle susseguenti manifestazioni psichiche. Il cervello in via di sviluppo dell'adolescente rimane infatti sempre più esposto ai fattori patogeni, con il rischio di manifestazioni significative.

Un recente saggio di Jean Twenge dell'università di San Diego riporta dati che fanno riflettere, ricavati dall'analisi del comportamento degli adolescenti negli ultimi 40 anni: rispetto agli adolescenti delle generazioni precedenti, i nativi digitali sono più depressi e meno inseriti a scuola o al lavoro, dei loro genitori e nonni, passano meno tempo con gli amici, nello studio, nello sport, e investono meno su loro stessi (ad esempio rinunciano a prendere la patente, vanno meno a ballare).

Occuparsi di adolescenti è dunque un lavoro complesso e affascinante che ci permette di avvicinare la psichiatria ad altre branche della medicina e del sapere, di focalizzarci su interventi che aumentino la resilienza favorendo la formazione di fattori protettivi. Un intervento che deve essere strutturato "in rete", unendo

competenze e specificità complementari dalla Pediatria alla Neuropsichiatria alle Dipendenze. È un lavoro che, come l'adolescenza stessa, è ricco di insidie, complessità e di potenzialità. Occuparci di adolescenti permette di andare nella direzione, fondamentale, di rispondere al diritto che i giovani con patologie psichiche dovrebbero avere di accedere a percorsi idonei di trattamento e cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Casey B.J., Jones R.M., Hare T.A., *The adolescent brain*. Ann N Y Acad Sci, 2008 Mar; 1124():111-26.
2. Costello E.J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A., *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Arch Gen Psychiatry. 2003 Aug;60(8):837-44.
3. Eliand L., Romeo R.D., *Stress and the Developing Adolescent Brain Neuroscience*. 2013 Sep 26; 249: 162-171.
4. ESPAD (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Report 2015 consultabile online <http://www.espad.org/report/home/>
5. Lupien S.J., McEwen B.S., Gunnar M.R., Heim C., *Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition*. Nat Rev Neurosci. 2009 Jun;10(6):434-45. doi: 10.1038/nrn2639. Epub 2009 Apr 29.
6. Mencaci C., Migliarese G. (a cura di), *Quando tutto cambia: la salute psichica in adolescenza*. Pacini Ed. 2017
7. Mojtabai R., Olson M., Han B., *National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults*. Pediatrics, 2016, Volume 138, number 6, pp. 1-10
8. Owens J. et al. *Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An Update on Causes and Consequences*. Pediatrics, 2014, Volume 134, Number 3, pp. 921-932.
9. Paus T., Keshavan M., Giedd J.N., *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* Nat Rev Neurosci, 2008 Dec;9(12): 947-57. doi: 10.1038/nrn2513.

C. Mencacci - G. Migliarese

PACINI EDITORE MEDICINA
Quando tutto cambia
La salute psichica in adolescenza

Quando tutto cambia

La salute psichica in adolescenza



L'adolescenza rappresenta un periodo di straordinaria ricchezza e potenzialità, ma allo stesso tempo altamente sensibile. Molti fattori possono intervenire nel percorso di sviluppo e alterare la traiettoria evolutiva. E' per questo che in adolescenza danno i primi segni gran parte delle patologie psichiche. Riconoscerne i segni precoci e intervenire correttamente è fondamentale per proteggere lo sviluppo adulto.



Antipsicotici e Tollerabilità

Un algoritmo per la gestione clinica degli effetti indesiderati

Giancarlo Cerveri MD PhD, Claudio Mencacci**

SCOPO DELLA RICERCA

Con la presente ricerca si cerca di valutare in modo globale il rischio e la gestione di alcuni effetti indesiderati associati all'utilizzo di antipsicotici. Particolare attenzione è posta agli effetti di tipo metabolico, cardiologico ed endocrinologico. Oltre ad un'analisi dei dati di letteratura presenti su quest'argomento, si è cercato di definire strumenti di facile utilizzo per la pratica clinica, al fine di creare materiale educativo che possa essere utilizzato con facilità nei servizi di salute mentale per innalzare gli standard assistenziali forniti ai soggetti affetti da patologie psichiatriche severe.

INTRODUZIONE

Il numero delle opzioni di trattamento per la Schizofrenia ed il Disturbo Bipolare sono aumentate in modo sostanziale nel corso degli ultimi anni grazie allo sviluppo di nuovi antipsicotici atipici con profili recettoriali diversi. In parallelo si sono estese le conoscenze relative agli effetti indesiderati degli antipsicotici sulla salute fisica del paziente con un'accresciuta attenzione all'importanza nella corretta scelta del trattamento in relazione al rapporto tra salute mentale e salute fisica (Kahn et al., 2015).

Con maggiore rilevanza si è poi approfondito il tema delle modalità con cui vengono proposti i trattamenti e l'importanza dell'area legata agli stili di vita.

In un recente Audit del Royal College of Schizophrenia (2014) un significativo numero di questioni sono state sollevate rispetto agli standard correnti nell'assistenza e cura offerta per la patologia schizofrenica. In particolare, è stato osservato che interventi precoci ed implementazioni nella continuità delle cure garantiscono un miglior outcome del disturbo. Oltre ai trattamenti, fattori attinenti alle abitudini di vita giocano un ruolo significativo nel decorso della patologia. Numerose ricerche in letteratura hanno dimostrato un forte legame tra utilizzo di cannabinoidi e peggior decorso della patologia (Schoeler et al., 2016), ma anche l'utilizzo di tabacco risulta associato ad un aumentato rischio di psicosi e ad un più precoce esordio (Gurillo et al., 2015). Ulteriori ricerche sono necessarie per comprendere come lo stile di vita agisca sul decorso della patologia e in particolare come intervenire sul rischio di obesità e alterazione metaboliche.

Attualmente per il trattamento della patologia schizofrenica abbiamo una vasta scelta di avvio di diversi percorsi di cura. Le evidenze di letteratura suggeriscono che gli antipsicotici atipici, pur non manifestando un profilo di efficacia significativamente dissimile dagli antipsicotici di prima generazione, presentano un profilo di tollerabilità nettamente superiore, in particolar modo per quanto riguarda gli effetti extrapiramidali.

È stato d'altro canto osservato come l'impatto di queste molecole sugli effetti endocrini, cardiovascolari e metabolici risulti molto diverso.

È rilevante ricordare che oltre al tema della tollerabilità esiste la questione della non risposta o risposta parziale ai trattamenti con antipsicotici, che coinvolge secondo alcuni autori fino al 30% del totale dei soggetti trattati. È questo un altro aspetto centrale nella scelta della terapia

antipsicotica e del suo management nel corso del tempo (Harvey and Rosenthal, 2016).

Un approccio olistico è dunque la chiave per ottenere un buon outcome. Tale approccio include quanto segue:

1. Assicurare al paziente scelte terapeutiche appropriate rispetto ai propri stili di vita.
2. Prescrivere attentamente il trattamento farmacologico più appropriato (basandosi non solo sull'efficacia ma anche sul profilo di tollerabilità)
3. Fornire il trattamento più adatto in base alle caratteristiche del paziente e al decorso della malattia.
4. Modulazione del trattamento e monitoraggio nei soggetti resistenti o non responder ai trattamenti proposti.

EFFICACIA E TOLLERABILITÀ DEGLI ANTIPSICOTICI ATIPICI: DAI CLINICAL TRIALS ALLA REALTÀ CLINICA

L'efficacia degli antipsicotici viene definita in funzione della risposta clinica che questi determinano in fase acuta, della capacità di indurre remissione e, nel lungo periodo, della capacità di determinare una recovery (Carbon and Correl, 2014). Un trattamento continuativo con antipsicotici in soggetti affetti da schizofrenia ha come obiettivo non soltanto la riduzione dell'intensità dei sintomi, ma anche un miglioramento del funzionamento globale della persona. D'altra parte anche le persone che presentano una riduzione dei sintomi possono permanere in una condizione di insoddisfacente funzionamento. È stato inoltre osservato che approssimativamente il 50% dei soggetti con andamento cronico non mantengono una remissione sintomatologica stabile oltre i 6 mesi (Carbon and Correl 2014).

I dati a lungo termine sono spesso relativi a pazienti in carico continuativo ai servizi psichiatrici e che manifestano una patologia particolarmente severa. Una recente metanalisi condotta da Jaaskelainen e coll. (2013) dei dati di oltre 50 anni di ricerche su questa tipologia di studi, riporta che la mediana di recovery è solo del

13,5%. Inoltre, dalla metanalisi emerge che questo dato è addirittura inferiore nei soggetti al primo episodio nonostante presentino un tasso superiore rispetto ai soggetti con patologia cronica sia di risposta che di remissione. La recovery è un obiettivo difficile da raggiungere con circa l'80% dei pazienti che va incontro a recidiva entro 36 mesi dalla sospensione del trattamento con antipsicotico. La recidiva risulta un fattore determinante nell'indurre una peggior recovery con un incremento di rischio di risposta parziale e resistenza ai trattamenti (Carbon and Correl, 2014).

L'EFFICACIA DEGLI ANTIPSICOTICI AL PRIMO EPISODIO DI SCHIZOFRENIA

I soggetti al primo episodio del disturbo Schizofrenico sono solitamente i più responsivi al trattamento e generalmente necessitano di dosaggi medio bassi (Zhang et al., 2013). D'altro canto essi mostrano una particolare sensibilità agli effetti indesiderati. Tale condizione porta spesso alla sospensione dei trattamenti con successiva ricaduta. Sulle differenze di efficacia tra antipsicotici di prima e seconda generazione esiste in letteratura un ampio dibattito. Emerge però un vantaggio a favore degli antipsicotici di seconda generazione per quanto riguarda la sintomatologia depressiva e cognitiva. In sintesi, il tasso di interruzione dei trattamenti in soggetti al primo episodio di schizofrenia risulta più elevato nei soggetti trattati con antipsicotici di prima generazione rispetto a quelli di seconda generazione (Zhang et al., 2013). Quando una persona ritiene che la patologia di cui soffre non sia più sintomatica, ma che gli effetti indesiderati della terapia che sta assumendo impattano sulla sua vita (aumento di peso, sedazione, ecc.), può "decidere" di sospendere i trattamenti. Il bilanciamento tra efficacia e tollerabilità è la chiave per ottenere la prevenzione delle recidive e l'aderenza ai trattamenti proposti. Interventi multidisciplinari centrati sul coinvolgimento del paziente, la continuità delle cure, la prevenzione delle ricadute, la salute fisica ed il recupero del funzionamento sono la

cornice di riferimento per un adeguato progetto di cura nel trattamento di un primo episodio di schizofrenia.

EFFICACIA DEGLI ANTIPSICOTICI IN SOGGETTI CON EPISODI MULTIPLI DI SCHIZOFRENIA

In letteratura è presente un amplissimo dibattito sulla superiorità di alcuni antipsicotici rispetto ad altri. Se per la clozapina esistono solide evidenze in questa direzione, la metanalisi condotta da Leucht e coll ottenuta tramite i dati di 212 Randomized Clinical Trial (2013) ha ottenuto una differenziazione più incerta per gli altri antipsicotici in termini di efficacia. Esiste invece un ampio consenso in letteratura sul fatto che, una volta ottenuta una risposta clinica, la terapia di mantenimento rappresenti il più importante fattore di garanzia della stabilità clinica del paziente (Kishimoto et al. 2013; Leucht et al. 2012).

DIFFERENZIARE I TRATTAMENTI CON ANTIPSICOTICI IN FUNZIONE DEL PROFILO DI TOLLERABILITÀ

Mentre le differenze di efficacia tra le diverse molecole sono limitate, la tipologia e la severità degli effetti indesiderati varia in modo ampio all'interno del gruppo degli antipsicotici di seconda generazione. Gli eventi avversi clinicamente rilevanti includono effetti extrapiramidali, aumento di peso, effetti metabolici, effetti cardiovascolari, disfunzioni sessuali, iperprolattinemia, effetti antimuscarinici, discrasia ematica e sedazione.

Tutti questi effetti, non solo aumentano la morbilità fisica associata alla patologia psichica, ma possono impattare sulla qualità di vita (QoL), aumentare lo stigma associato al disturbo e diminuire l'aderenza alle terapie (Haddad and Sharma, 2007; Leucht et al. 2013). Così il clinico dovrebbe prendere in considerazione la migliore gestione possibile degli eventi avversi degli antipsicotici sia per la loro diretta rilevanza sia per migliore efficacia e recupero funzionale tramite il miglioramento dell'aderenza spesso ridotta proprio per gli effetti indesiderati.

Metanalisi dei dati provenienti dai clinical trials hanno dimostrato chiare differenze tra antipsicotici in merito al rischio di indurre aumento di peso, iperprolattinemia, allungamento QTc, sedazione. A tal proposito aripiprazolo e lurasidone sono quelli che presentano il miglior profilo di sicurezza e tollerabilità (Grafico 1).

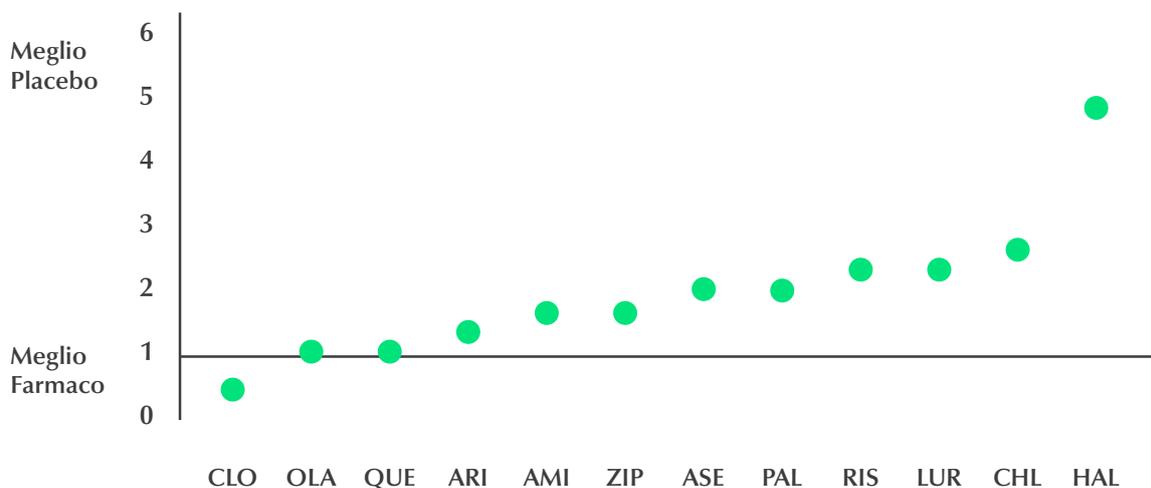
Disturbi nell'asse metabolico che includono aumento di peso e/o evidenza di sindrome metabolica coinvolgono la maggior parte degli agenti antipsicotici di seconda generazione. I pazienti che iniziano un trattamento terapeutico aumentano di peso a prescindere dall'antipsicotico prescritto (Correl 2009). Risulta comunque che alcune molecole presentano un rischio ridotto (aripiprazolo, lurasidone e ziprasidone), mentre altri presentano un sostanziale aumento di rischio (clozapina e olanzapina) (De Hert et al. 2011).

In sintesi il clinico dovrebbe adottare una modalità nella prescrizione degli antipsicotici che segua alcuni passaggi fondamentali:

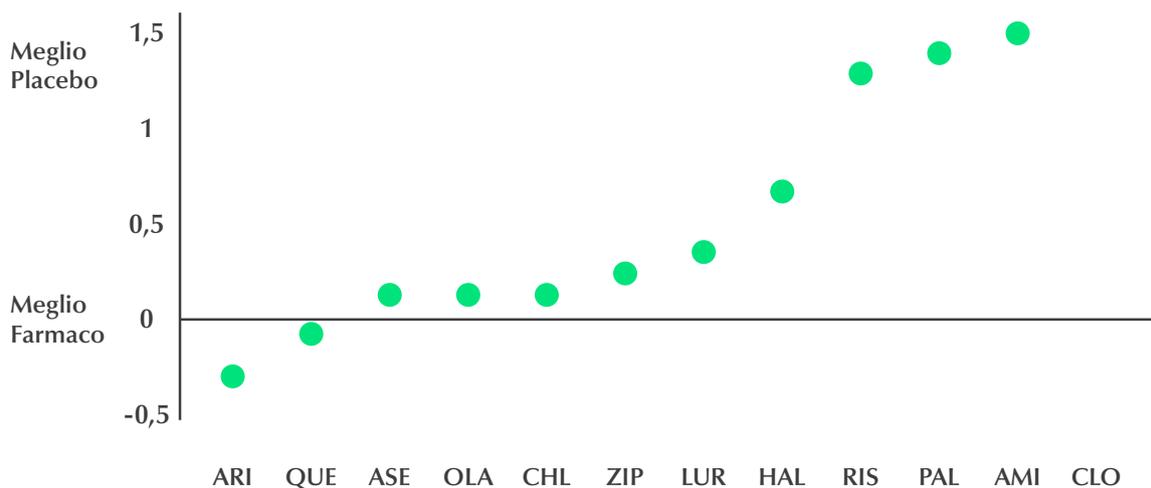
1. Inizialmente la scelta deve essere effettuata sulla base dell'efficacia in combinazione con la tollerabilità, selezionando molecole con effetti indesiderati che il paziente è in grado o è capace di tollerare, accettare e gestire insieme al team medico.
2. Il clinico dovrebbe spingere il paziente ad adottare uno stile di vita corretto in modo tale da ridurre i fattori di rischio che possono peggiorare la morbilità della patologia psichica.
3. La routine clinica deve prevedere il monitoraggio attento e continuo degli effetti indesiderati che il paziente esperisce, valutando, se necessario, di cambiare antipsicotico per scegliere una molecola con un profilo di tollerabilità differente o proponendo interventi comportamentali. Secondo diversi autori, in alcuni casi può essere utile inserire trattamenti off-label come metformina e topiramato per controllare effetti indesiderati potenzialmente pericolosi (Zheng et al., 2015-2016)

Grafico 1 — Differenti profili di tollerabilità di antipsicotici. Adattato da Leucht et al. 2013

Effetti Extra Piramidali (OR)



Prolattina (SMD)



Allungamento tratto QTc (OR)

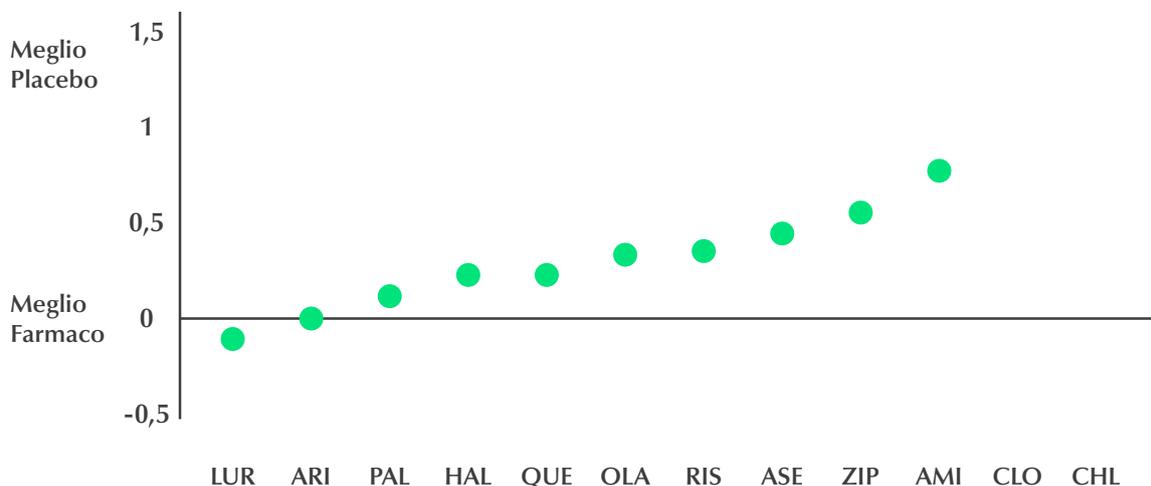
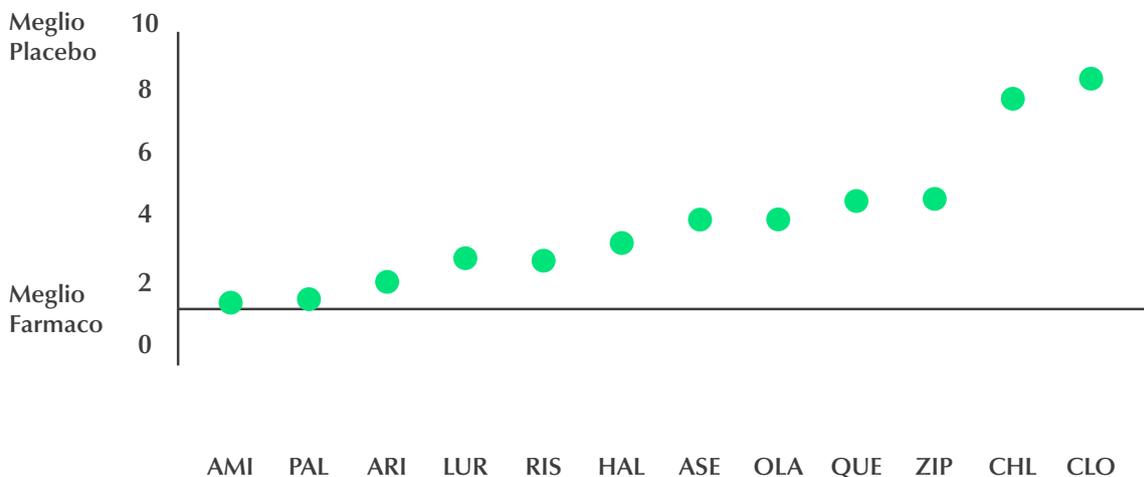
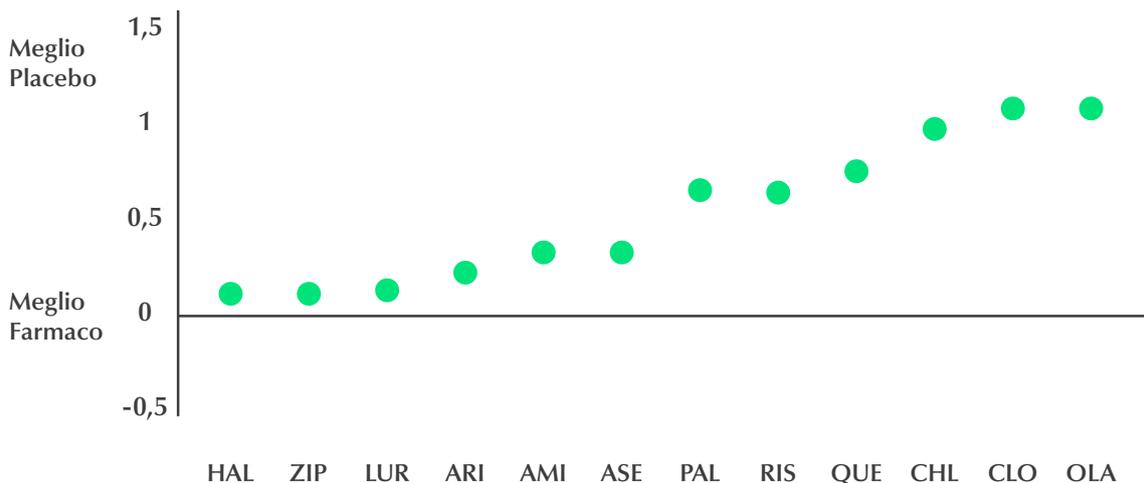


Grafico 1 — Differenti profili di tollerabilità di antipsicotici. Adattato da Leucht et al. 2013

Sedazione (OR)



Aumento di peso (SMD)



AMI, amisulpride; ARI, aripiprazolo; ASE, asenapina; CHL, clorpromazina; CLO, clozapina; EPS, sintomi extrapiramidali; HAL, aloperidolo; LUR, lurasidone; OLA, olanzapina; OR, odds ratio; PAL, paliperidone; QUE, quetiapina; RIS, risperidone; SMD, standardized mean difference; ZIP, ziprasidone.

IL RISCHIO METABOLICO E CARDIOVASCOLARE ASSOCIATO ALL'USO DI ANTIPSICOTICI: UNA REVIEW DELLE EVIDENZE

Le persone affette da schizofrenia hanno una maggior prevalenza di fattori di rischio per le patologie cardiovascolari. Tali fattori includono obesità, fumo, diabete, ipertensione dislipidemia e sindrome metabolica (De Hert et al. 2009).

Per tali motivazioni l'aspettativa di vita delle persone schizofreniche risulta ridotta di circa 20 anni rispetto alla popolazione generale. Il trattamento con antipsicotici può generare una relazione complessa con la morbilità cardiovascolare. Alla psicosi non trattata sembrano essere associati effetti cardiotossici che possono essere ridotti da basse/moderate dosi di antipsicotici. È altresì vero che dosi elevate di antipsicotici sembrerebbero produrre un aumento della mortalità cardiovascolare, verosimilmente mediante gli effetti sulla morbilità metabolica (Tiihonen et al. 2009; Torniainen et al. 2015).

Altri fattori di rischio associati ad un aumento della prevalenza di patologie metaboliche e cardiovascolari includono, in soggetti affetti da schizofrenia, una scarsa capacità ad occuparsi della propria salute (in particolare dieta ricca di acidi grassi e zuccheri e povera di fibre, frutta e verdure) ed uno stile di vita sedentario con scarsa propensione all'esercizio fisico. In soggetti giovani affetti da schizofrenia e non trattati, diversi studi hanno osservato che non sono presenti segnali di anormalità metaboliche, aumento di peso o di BMI rispetto ai controlli (Fleischhacker et al. 2013; Sengupta et al. 2008) se non alcune evidenze di tolleranza al glucosio diminuite (Perry et al. 2016; Venkatasubramanian et al. 2007). Come sopra descritto esistono chiare evidenze in letteratura che dimostrano come gli antipsicotici siano associati a effetti indesiderati di tipo metabolico. Nella metanalisi di Leucht e colleghi del 2013 emergono 3 distinti gruppi rispetto all'aumento di peso con Olanzapina e clozapina che presentano l'effetto più marcato, paliperidone, risperidone e quetiapina

che occupano una posizione intermedia e alogperidolo, ziprasidone e lurasidone con un profilo non diverso dal trattamento con placebo. È utile sottolineare come molti dei pazienti inseriti nel RCT risultavano già pretrattati con altri antipsicotici, pertanto molti di questi presentavano già all'inizio del trattamento modificazioni metaboliche e di peso indotte da trattamenti presenti nella loro storia di malattia. Studi condotti su soggetti al primo episodio permettono di definire con maggiore chiarezza la reale magnitudo del rischio di modificazioni metaboliche correlate alla terapia con antipsicotici.

Nello studio EUFEST condotto su 498 pazienti con schizofrenia al primo episodio (162 risultavano drug-naive), a 52 settimane la media di modificazione di peso tra tutti gli antipsicotici rispetto a ziprasidone era di +2,24 Kg (SE 1.1 $p < 0.05$). Nel caso dell'olanzapina la modificazione media era oltre i 10 Kg (10.06). In aggiunta all'aumento di peso nei soggetti drug-naive si osservava una sostanziale deposizione di grasso sottocutaneo e intradominale, glucosio e lipidi elevati ed elevata secrezione di leptina, tutti elementi che producono un potenziale effetto cardiometabolico (Fleischhacker et al., 2013 e Zhang et al., 2004). Alcuni agenti antipsicotici potrebbero offrire protezione rispetto all'aumento di peso. Per esempio l'aggiunta di aripiprazolo o ziprasidone all'olanzapina in esperimenti animali ha condotto ad una diminuzione dell'assunzione di cibo, l'introduzione di lurasidone sembra diminuire l'aumento di peso nel breve periodo indotto da olanzapina. Tali studi presentano numerosi limiti per poter essere utilizzati con sicurezza nella pratica clinica (Banarroch et al., 2016). Esistono però metanalisi di studi che valutano l'effetto dell'aggiunta di aripiprazolo a olanzapina e clozapina. Tale intervento risulta associato ad un decremento significativo del peso, dell'emoglobina glicata, del colesterolo totale e LDL (Mizuno et al., 2014). Si potrebbe dunque ipotizzare che il limitato incremento di peso osservato nel trattamento con aripiprazolo, ziprasidone e lurasidone potrebbe essere correlato ad un meccanismo protettivo piuttosto che alla semplice assenza

dell'effetto iperfagico (Reynolds and Kirk, 2010).

Se l'effetto protettivo di alcuni antipsicotici è stato dimostrato, permangono alcune importanti considerazioni rispetto al loro utilizzo come terapia aggiuntiva. Innanzitutto è necessario considerare gli effetti combinati dei due trattamenti per evitare l'esacerbazione di sintomi già esistenti o la comparsa di nuovi. Studi di terapia aggiuntiva con aripiprazolo non hanno rivelato l'emergenza di effetti sfavorevoli, con invece un miglioramento sia alla SAPS che alla CGI (Fleischhacker et al. 2010; Muscatello et al. 2011). In secondo luogo, alla luce del fatto che le attuali evidenze riguardano l'aumento di peso indotto da clozapina o olanzapina, risultano necessari ulteriori studi per valutare se l'effetto protettivo sull'aumento di peso mostrato da aripiprazolo (o ziprasidone e lurasidone) si manifesta anche con altri trattamenti antipsicotici associati ad aumento di peso. Infine è importante ricordare che alla luce delle ampie variazioni individuali, alcuni soggetti possono non beneficiare di questo "effetto protettivo".

Un ulteriore aspetto del rischio cardiometabolico in soggetti trattati per schizofrenia è l'emergere del rischio di sviluppare diabete. L'aumentato rischio di sviluppare tale condizione patologica è almeno in parte conseguenza dell'aumento di peso che produce un aumento dell'insulino-resistenza. D'altra parte sono presenti nella genesi della condizione diabetica anche altri fattori tra cui un effetto acuto e diretto di disregolazione glicidica indipendente dall'adiposità, soprattutto per olanzapina e clozapina (Teff et al., 2013), che rende ragione dell'importanza di monitorare i livelli plasmatici di glucosio anche in assenza di modificazioni del peso corporeo.

In sintesi, dai dati di letteratura, emergono delle solide ragioni per definire schemi di trattamento fondati su solide conoscenze condivise. Nel 2016 Cooper e coll., hanno definito tramite la British Association for Psychopharmacology (BAP) delle linee guida per la gestione dell'aumento di peso, dei disturbi metabolici e del rischio cardiovascolare associato all'uso di antipsicotici atipici. Le raccomandazioni fornite risultano le seguenti:

- Cominciare con terapia antipsicotica con basso rischio di aumento di peso (e.g. aripiprazolo, ziprasidone, lurasidone, amisulpiride).
- In caso un paziente abbia avuto un aumento di peso significativo a seguito di esposizione ad un antipsicotico, considerare l'opportunità di passare ad una molecola a basso rischio come sopra riportate.
- Considerare terapia aggiuntiva con metformina o aripiprazolo (se trattato con clozapina o olanzapina) in caso di aumento di peso.
- Assicurare cambiamenti agli stili di vita con particolare attenzione all'esercizio fisico e ad una dieta sana ed equilibrata.

SINDROME METABOLICA

La sindrome metabolica è definita come la presenza di almeno 3 condizioni tra cui aumentata circonferenza addominale (obesità centrale), pressione arteriosa elevata, low high-density lipoprotein cholesterol (LDL) elevate, iperglicemia e ipertrigliceridemia. Persone che rispondono a tali criteri hanno un rischio significativamente aumentato di sviluppare patologie cardiovascolari (Stubbs et al., 2016 e Vankampfort et al, 2015). Gli antipsicotici possono direttamente o indirettamente presentare un effetto di tipo metabolico, sia aumentando direttamente l'appetito e l'introduzione di cibo che inducendo uno stile di vita più sedentario per la sedazione indotta o per gli EPS. La polifarmacoterapia risulta anch'essa correlata a un aumento di rischio di sindrome metabolica. Una metanalisi condotta nel 2015 ha dimostrato che sia i FGA che i SGA correlano con un aumento di rischio di sindrome metabolica nelle SMI (Severe Mental Illness). In accordo con la medesima ricerca il "danno metabolico" indotto dai diversi antipsicotici varia ampiamente con un rischio basso/moderato per Aripiprazolo, Lurasidone e Ziprasidone (SGA) e per Aloperidolo (FGA). Il rischio più elevato è associato all'uso di Clorpromazina, Clozapina, Olanzapina e Quetiapina. Tutti gli altri antipsicotici sono considerati a rischio medio/intermedio. La presenza di sindrome metabolica rappresenta

dunque un fattore di rischio di morbidità peculiare che necessita adeguata valutazione e intervento con modalità farmacologiche e psicoeducative volte a modificare stili e abitudini di vita tra cui l'alimentazione e l'attitudine a svolgere attività fisica.

PROLUNGAMENTO QTc, HEART RATE VARIABILITY (HRV) E MORTE CARDIACA IMPROVVISA

I pazienti con schizofrenia hanno mostrato in diverse ricerche una maggiore presenza di condizioni caratterizzate da disturbi del ritmo cardiaco come la sindrome di Brugada (Blom et al., 2014). Inoltre, l'attività elettrica cardiaca può subire delle alterazioni, come il prolungamento del tratto QTc, anche in pazienti giovani (particolarmente nel genere femminile) (Jensen et al., 2015). Negli adulti il prolungamento del QTc oltre i 500 millisecondi o un aumento di oltre 60 millisecondi dall'inizio del trattamento sono considerati elementi di rischio elevato di torsioni di punta e morte cardiaca improvvisa (SCD).

I farmaci antipsicotici (AP) possono potenzialmente provocare un prolungamento dell'intervallo QT e tali alterazioni possono insorgere già nelle prime 2 settimane di trattamento. In una recente ricerca l'utilizzo di antipsicotici risulta associato ad un aumento di rischio di circa 1,5 volte per aritmia ventricolare e/o SCD. Tale rischio è maggiore con FGA (odds ratio [OR] 1.66, 95% CI 1.43–1.91) rispetto che con SGA (OR 1.36, 95% CI 1.20–1.54) (Wu et al., 2015). In alcuni studi osservazionali è stato riscontrato che l'utilizzo di SGA tende a diminuire la Heart Rate Variability (HRV), in particolare risulterebbe che un'elevata affinità per i recettori D2 correli con questo fenomeno che potrebbe essere connesso con il rischio di SCD.

Questo rischio risulta inoltre essere dipendente dalla dose e dal numero di farmaci antipsicotici associati prescritti contemporaneamente. Un recente studio italiano pubblicato dal gruppo di Barbui ha dimostrato che la politerapia con antipsicotici è associata all'intervallo QTc, e questo effetto è mediato dalla dose del farmaco. Data l'elevata

diffusione della politerapia con antipsicotici nella pratica clinica reale, i medici dovrebbero considerare non solo la miriade di fattori di rischio per il prolungamento del QTc nei loro pazienti, ma anche che l'aggiunta di un secondo farmaco AP può aumentare ulteriormente il rischio rispetto alla ionoterapia (Barbui et al., 2016)

In accordo con diverse metanalisi e studi individuali Arpiprazolo e Lurasidone non sembrano avere effetti di tipo cardiologico rilevanti, mentre Asenapina, Amisulpiride e Ziprasidone presentano effetti maggiori. Gli altri SGA si collocano in una fascia intermedia di rischio (Leuht 2013). Pertanto, risulta indicato in soggetti con QTc superiore alla soglia di 500 mmsec o con un aumento di oltre 60 mmsec dopo l'introduzione di un antipsicotico a rischio moderato o elevato di allungamento di QTc, passare ad una molecola più tollerabile dal punto di vista cardiologico.

IPERPROLATTINEMIA, DISFUNZIONI SESSUALI E DELLA RIPRODUZIONE

L'effetto di un antipsicotico sulla prolattina dipende in larga misura dall'occupazione recettoriale D2 e dalle proprietà di antagonista mostrate dalla molecola per questo recettore. Dunque elevata affinità dopaminergica e proprietà farmacodinamiche di antagonista sono i fattori che aumentano maggiormente i livelli serici di prolattina (Amisulpiride, Aloperidolo, Paliperidone e Risperidone). Quetiapina e Clozapina non producono alcun aumento e tutti gli altri risultano in una condizione intermedia (Tsuboi et al., 2013). Aripiprazolo, un agonista parziale dei recettori D2 ha un comportamento divergente. Non solo non produce aumento di prolattina ma, aggiunto alla terapia con altro antipsicotico può condurre come effetto ad una riduzione dei valori serici (Chen et al., 2015).

Per quanto concerne il rischio di sviluppare iperprolattinemia, sono stati descritti diversi casi clinici relativamente all'utilizzo di Amisulpiride e Risperidone, (Montejo et al 2017).

Le disfunzioni sessuali sono frequenti durante il trattamento con antipsicotici e possono essere dovute a diversi

fattori che includono: l'utilizzo contemporaneo di due D₂ antagonisti, lunga durata di malattia e Discinesia Tardiva. L'iperprolattinemia può indurre disfunzioni sessuali e del sistema riproduttivo tra cui diminuzione della libido, disfunzioni erettili, anorgasmia, ginecomastia, galattorrea e oligo/amenorrea. Anche in questo caso Amisulpiride, Risperidone e Paliperidone sono le molecole più frequentemente associate a questi disturbi. Si crea dunque la condizione per modificare la terapia con antipsicotici a minore effetto sulla prolattina o associare Aripiprazolo. È poi utile osservare in tema di disfunzioni sessuali l'importanza di un'accurata valutazione di altre condizioni indotte dai trattamenti antipsicotici come il priapismo e l'eiaculazione retrograda indotta da molecole ad attività antagonista sui recettori adrenergici e la diminuzione dell'eccitamento e del desiderio indotto da molecole a potente azione sedativa (Just 2015).

TOLLERABILITÀ E SICUREZZA DI ANTIPSICOTICI LONG ACTING (LAI AP) VERSUS ANTIPSICOTICI IN FORMULAZIONE ORALE (OAP)

In una recente metanalisi di 16 RCTs che comparava gli stessi antipsicotici in formulazione orale e long acting, gli autori hanno osservato che tra i due gruppi non emergono significative differenze in termini di sospensione dei trattamenti per eventi avversi, per eventi avversi seri o per qualunque causa di morte, concludendo che gli antipsicotici attualmente disponibili in formulazione long acting presentano una tollerabilità comparabile con quella mostrata dalle stesse molecole in formulazione orale (Misawa et al., 2016).

Non si osservano differenze tra antipsicotici LAI e orali in termini di frequenza di sintomi extrapiramidali fatta eccezione per l'acinesia, risultato analogo si osserva per effetti metabolici e di aumento di peso (fatta eccezione per Colesterolo LDL). Ciò suggerisce che le differenze farmacocinetiche tra i due gruppi non risultano rilevanti per questa tipologia di effetti indesiderati (Haddad &

Fleischacker 2016). D'altra parte i LAI mostrano una modificazione dei livelli di prolattina inferiori se comparati con gli stessi prodotti in formulazione orale (Misawa et al., 2016). In un'altra recente metanalisi che combina i risultati di 52 RCT, gli autori non osservano differenze in termini di morte per qualsiasi causa o per suicidio confrontando la formulazione orale con quella long acting (Kishi et al., 2016).

La lunga emivita dei LAI comparata a quella della formulazione orale dovrebbe produrre una maggiore latenza sia nell'insorgenza che nella diminuzione degli effetti indesiderati ma non sono presenti in letteratura dati specifici e sistematici su tale argomento tali da suggerire modificazioni della condotta clinica o nella scelta del trattamento. In sintesi la scelta di un antipsicotico atipico in formulazione iniettabile long acting assicura una maggiore adesione alle cure e pertanto può produrre un migliore outcome, per quanto riguarda la tollerabilità non sussistono differenze rilevanti rispetto alle stesse molecole assunte per OS.

Su questa tematica è disponibile una revisione sistematica italiana, pubblicata quest'anno dal gruppo di Verona, (Ostuzzi et al, 2017) in cui i dati di studi clinici randomizzati controllati che confrontano la formulazione LAI rispetto a quella orale dello stesso antipsicotico sono stati meta-analizzati per accertare se la via di somministrazione possa essere associata con un diverso profilo di efficacia e di tollerabilità. Di 21 studi inclusi, 18 hanno contribuito all'analisi finale, fornendo dati per risperidone, olanzapina, aripiprazolo, zuclopentixolo, flupenazina e aloperidolo. Per tutti i farmaci considerati, il numero di dropout per qualsiasi motivo (risultato primario) non differiva tra le due formulazioni, eccetto per un piccolo effetto a favore di LAI aripiprazolo. Inoltre i dati di aripiprazolo si sono rivelati di qualità elevata secondo l'approccio GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), mentre i dati di risperidone erano di qualità moderata e quelli di olanzapina, flufenazina, zuclopentixolo e aloperidolo erano di scarsa qualità.

Inizio terapia antipsicotica secondo principi utili ad ottenere un buon outcome

1. Scelta effettuata sulla base di efficacia e tollerabilità selezionando molecole con effetti indesiderati che il paziente è in grado o è capace di tollerare.
2. Prescrivere attentamente il trattamento più appropriato (basato non solo sull'efficacia ma anche sul profilo di tollerabilità).
3. Spingere il paziente ad adottare uno stile di vita corretto in modo tale da ridurre i fattori di rischio che possono peggiorare la morbilità della patologia psichica.
4. Modulazione del trattamento e monitoraggio nei soggetti resistenti o non responder ai trattamenti proposti.
5. La routine clinica deve prevedere il monitoraggio attento e continuo degli effetti indesiderati che il paziente esperisce, giungendo a cambiare antipsicotico se necessario, scegliendo una molecola con un profilo differente o proponendo interventi comportamentali.

Harvey and Rosenthal, 2016

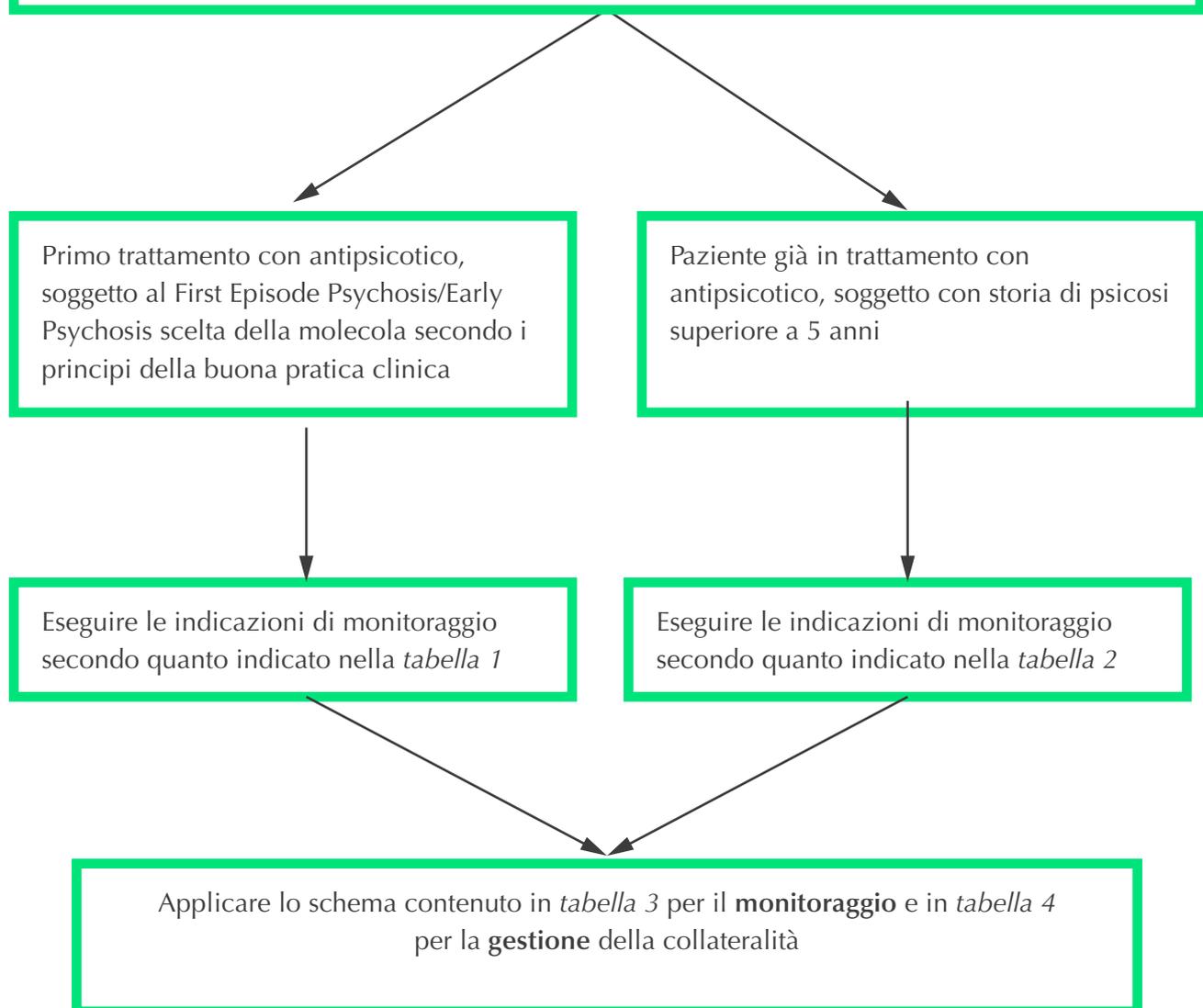


Tabella 1 — Valutazioni utili nel monitoraggio della collateralità in soggetti al primo trattamento con antipsicotici secondo le indicazioni

	Basale	S6	S12	M6	M9	Ann.
Peso	X	X	X	X	X	X
Altezza	X					
BMI	X	X				X
Circonferenza add.	X	X				X
Glicemia a digiuno	X	X	X	X		X
Colesterolo Totale	X	X	X	X		X
Trigliceridi	X	X	X	X		X
LDL	X	X	X	X		X
HDL	X	X	X	X		X
PA	X	X				X
Freq. Card.	X	X				X
ECG con QTc	X	X				X
Emogl. Glicata (ogni 3 mesi se diabete)	X		X	X		X
Dosaggio Prolattina	X	X		X		X

S6 Settimana 6, S12 Settimana 12, M6 Mese 6, M9 Mese 9, Ann. Annualmente.
Modificato da De Hert M et al. *European Psychiatry* 24 (2009) 412–42

Tabella 2 — Valutazioni utili nel monitoraggio della collateralità in soggetti già in trattamento con antipsicotico e con storia di malattia superiore ai 5 anni

	Basale	Annualmente
Peso	X	X
Altezza	X	
BMI	X	X
Circonferenza add.	X	X
Glicemia a digiuno	X	X
Colesterolo Totale	X	X
Trigliceridi	X	X
LDL	X	X
HDL	X	X
PA	X	X
Freq. Card.	X	X
ECG con QTc	X	X
Emogl. Glicata (ogni 3 mesi se diabete)	X	X
Dosaggio Prolattina	X	X

Modificato da De Hert M et al. *European Psychiatry* 24 (2009) 412–42

Tabella 3 — Monitoraggio della collateralità da antipsicotici

Cognome						Nome					
Data di nascita											
Medico di riferimento						Infermiere di riferimento					
Terapia antipsicotica assunta (dosaggio) mmg/die											
Formulazione orale <input type="checkbox"/> Long Acting <input type="checkbox"/>											
Fumo n° sigarette/die						Ex fumatore	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>			
Alcol: <input type="checkbox"/> No o consumo alimentare <input type="checkbox"/> Sì Abuso < 1 volta/mese <input type="checkbox"/> Sì Abuso > 1 volta/mese											
	Anno		Anno		Anno						
Circonferenza addominale											
HDL											
Trigliceridi											
Glicemia											
Pressione Arteriosa											
Sindrome metabolica	Sì	No	Sì	No	Sì	No					
Colesterolo totale											
Peso											
BMI (Kg/m2)											
Attività fisica*											
QTC valore in ms											

***Assente**, ***lieve** (solo camminare), ***moderata** < 4 ore alla settimana, ***intensa** > 4 ore alla settimana

Secondo le linee guida statunitensi del *National Cholesterol Education Program NCEP – Adult Treatment Panel ATP III* – la sindrome Metabolica è presente quando almeno 3 dei 5 criteri sono soddisfatti o quando questi risultino essere trattati farmacologicamente.

1. Circonferenza addominale superiore ai 94 cm per gli uomini e 80 cm per le donne
2. Trigliceridi superiori a 150 mg/dl
3. Colesterolo HDL inferiore a 50 mg/dl nelle donne e inferiore a 40 mg/dl negli uomini
4. PA superiore a 90 mmHg diastolica o 130 mmHg sistolica
5. Glicemia a digiuno superiore a 110 mg/dl

Tabella 4 — Gestione della collateralità da antipsicotici

Se presente Sindrome Metabolica:

- Avviare percorso di inserimento in gruppi riabilitativi/educativi rivolti all'*educazione alimentare* (acquisto e preparazione cibi);
- avviare percorso di inserimento in gruppi riabilitativi rivolti allo *stile di vita* e alla *corretta attività fisica*;
- modificare la terapia *utilizzando antipsicotici a basso rischio metabolico* come Ziprasidone, Lurasidone o Aripiprazolo;
- se il soggetto è in trattamento con olanzapina o clozapina (non modificabile) valutare possibilità di *trattamento aggiuntivo con Aripiprazolo* (Mizuno et al., 2014).

Se presente diabete

- Inviare il paziente al Medico di Medicina Generale o Diabetologo per iniziare *trattamento ipoglicemizzante*;
- modificare la terapia *utilizzando antipsicotici a basso rischio metabolico* come Ziprasidone, Lurasidone o Aripiprazolo;
- se il soggetto è in trattamento con olanzapina o clozapina (non modificabile) valutare possibilità di *trattamento aggiuntivo con Aripiprazolo* (Mizuno et al., 2014).

Se presente Cardiopatia

- inviare il paziente al Medico di Medicina Generale o Cardiologo.

Se presente tratto QTc superiore a 500 msec o allungamento di oltre a 60 msec rispetto al basale:

- modificare la terapia antipsicotica scegliendo un antipsicotico a basso rischio di interferenza QTc (Aripiprazolo, Lurasidone o Paliperidone);
- Se il valore non scende sotto la soglia dei 500 msec riferirsi a consulenza cardiologica.

Se presente aumento di Prolattina con sintomi relativi alla sessualità e agli organi riproduttivi (impotenza, amenorrea; galattorrea):

- modificare la terapia antipsicotica scegliendo un antipsicotico a basso rischio di aumento della prolattina come Aripiprazolo, Asenapina, Quetiapina o Olanzapina;
- Se il valore non si modifica e i sintomi permangono presenti valutare gli approfondimenti diagnostici utili a escludere prolattinomia.

CONCLUSIONI

Nel corso degli ultimi 30 anni sono state introdotte in commercio numerose molecole antipsicotiche definite prima Antipsicotici Atipici e poi Antipsicotici di Seconda Generazione (SGA), fornendo strumenti molto più ampi per il trattamento di gravi patologie psichiatriche come la schizofrenia ed il disturbo bipolare.

Questo processo ha permesso di mettere lo psichiatra clinico nella condizione di avviare trattamenti sempre più personalizzati, indirizzati non solo al miglioramento dell'efficacia ma al contempo alla riduzione degli effetti indesiderati. Una buona tollerabilità della molecola produce una migliore adesione ai trattamenti. L'assunzione continuativa della terapia, è poi l'obiettivo più rilevante per produrre un migliore outcome clinico e funzionale nel medio lungo periodo.

Diventa dunque necessario per lo psichiatra, che si occupa di patologie mentali severe, un costante aggiornamento volto ad acquisire dimestichezza con le differenze tra le singole molecole. Non è più possibile una clinica in cui si utilizza lo stesso antipsicotico e la stessa benzodiazepina somministrata a tutti i pazienti con solo lievi variazioni di dosaggio. È imperativo conoscere le differenze, riconoscere nel punto di vista del paziente un strumento di indagine sugli effetti che la singola molecola produce sul singolo individuo. È essenziale acquisire competenza nella gestione della collateralità (non eliminabili) di questi farmaci, sapere quando e come valutare le criticità e proporre soluzioni.

In conclusione, uno psichiatra che non rinunciando alla relazione con il paziente, che resta un essenziale strumento di cura, si propone anche come riferimento per questioni biologiche dà compimento alla necessità ineludibile di integrazione di saperi diversi connessi all'essenza stessa della disciplina psichiatrica.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

*Dipartimento di Salute Mentale ASST Fatebenefratelli Sacco

Per corrispondenza con gli Autori: giancarlo.cerveri@gmail.com

DISCLOSURE

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

BIBLIOGRAFIA

1. Benarroch, L., Kowalchuk, C., Wilson, V., Teo, C., Guenette, M., Chintoh, A. et al. (2016) *Atypical antipsychotics and effects on feeding: from mice to men*. *Psychopharmacology (Berl)* 233: 2629–2653.
2. Blom MT, Cohen D, Seldenrijk A, et al. *Brugada syndrome ECG is highly prevalent in schizophrenia*. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2014;7(3):384–391.
3. Carbon, M. and Correll, C. (2014) *Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia*. *Dialogues Clin Neurosci* 16: 505–524.
4. Chen JX, Su YA, Bian QT, et al. *Adjunctive aripiprazole in the treatment of risperidone-induced hyperprolactinemia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-response study*. *Psychoneuroendocrinology*. 2015;58:130–140.
5. Cooper, S., Reynolds, G., Barnes, T., England, E., Haddad, P., Heald, A. et al. (2016) *BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment*. *J Psychopharmacol* 30: 717–748.
6. Correll, C.U., Manu, P., Olshanskiy, V., Napolitano, B., Kane, J.M. and Malhotra, A.K. (2009) *Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents*. *JAMA* 302: 1765–1773.
7. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Moller HJ *Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position paper from European Psychiatry Association (EPA)*, supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC) *European Psychiatry* 24(6): 412-424; 2009.

8. De Hert, M., Detraux, J., Van Winkel, R., Yu, W. and Correll C. (2011) *Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs*. *Nat Rev Endocrinol* 8: 114–126.
9. Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J., Saha, S., Isohanni, M. et al. (2013) *A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia*. *Schizophr Bull* 39: 1296–1306.
10. Jensen KG, Juul K, Fink-Jensen A, Correll CU, Pagsberg AK. *Corrected QT changes during antipsychotic treatment of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of clinical trials*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(1):25–36.
11. Jušt MJ. *The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function*. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1655–1661.
12. Kishi T, Matsunaga S, Iwata N. *Mortality risk associated with long-acting injectable antipsychotics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Schizophr Bull*. 2016;42(6):1438–1445
13. Fleischhacker, W., Heikkinen, M., Olić, J., Landsberg, W., Dewaele, P., McQuade, R. et al. (2010) *Effects of adjunctive treatment with aripiprazole on body weight and clinical efficacy in schizophrenia patients treated with clozapine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. *Int J Neuropsychopharmacol* 13: 1115–1125.
14. Fleischhacker, W., Siu, C., Bodén, R., Pappadopulos, E., Karayal, O., Kahn, R. et al. (2013) *Metabolic risk factors in first-episode schizophrenia: baseline prevalence and course analysed from the European First-Episode Schizophrenia Trial*. *Int J Neuropsychopharmacol* 16: 987–995.
15. Gurillo P, Jauhar S, Murray R, MacCabe J. (2015) *Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis*. *Lancet Psychiatry* 2: 718–725.
16. Haddad, P. and Sharma, S. (2007) *Adverse effects of atypical antipsychotics: differential risk and clinical implications*. *CNS Drugs* 21: 911–936.
17. Haddad P, Fleischhacker WW. *Adverse effects and antipsychotic long-acting injections*. In: Haddad P, Lambert T, Lauriello J, editors. *Antipsychotic long-acting injections*, Second edition. Oxford University Press 2016. p. 59–85.
18. Harvey, P. and Rosenthal, J. (2016) *Treatment resistant schizophrenia: course of brain structure and function*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 70: 111–116.
19. Kahn, R., Sommer, I., Murray, R., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D., Cannon, T. et al. (2015) *Schizophrenia*. *Nat Rev Dis Primers* 1: 15067.
20. Kishimoto, T., Agarwal, V., Kishi, T., Leucht, S., Kane, J. and Correll, C. (2013) *Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics*. *Mol Psychiatry* 18: 53–66.
21. Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G. et al. (2012) *Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet* 379: 2063–2071.
22. Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F. et al. (2013) *Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis*. *Lancet* 382: 951–962.
23. Misawa F, Kishimoto T, Hagi K, Kane JM, Correll CU. *Safety and tolerability of long-acting injectable versus oral antipsychotics: a meta-analysis of randomized controlled studies comparing the same antipsychotics*. *Schizophr Res*. 2016;176(2–3):220–230.
24. Mizuno, Y., Suzuki, T., Nakagawa, A., Yoshida, K., Mimura, M., Fleischhacker, W. et al. (2014) *Pharmacological strategies to counteract antipsychotic-induced weight gain and metabolic adverse effects in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. *Schizophr Bull* 40: 1385–1403.
25. Montejo AL, Arango C, Bernardo M, et al. *Multidisciplinary consensus on the therapeutic recommendations for iatrogenic hyperprolactinemia secondary to antipsychotics*. *Front Neuroendocrinol*. 2017;45:25–34.
26. Muscatello, M., Bruno, A., Pandolfo, G., Micò, U., Scimeca, G., Di Nardo, F. et al. (2011) *Effect of aripiprazole augmentation of clozapine in schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled study*. *Schizophr Res* 127: 93–99.
27. Perry, B., McIntosh, G., Weich, S., Singh, S. and Rees, K.

- (2016) *The association between first-episode psychosis and abnormal glycaemic control: systematic review and meta-analysis*. *Lancet Psychiatry* 3: 1049–1058.
28. Reynolds, G. and Kirk, S. (2010) *Metabolic side effects of antipsychotic drug treatment—pharmacological mechanisms*. *Pharmacol Ther* 125: 169–179.
29. Sengupta, S., Parrilla-Escobar, M., Klink, R., Fathalli, F., Ying Kin Ng, Stip, E. et al. (2008) *Are metabolic indices different between drug-naïve first-episode psychosis patients and healthy controls?* *Schizophr Res* 102: 329–336.
30. Schoeler, T., Monk, A., Sami, M., Klamerus, E., Foglia, E., Brown, R. et al. (2016) *Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Psychiatry* 3: 215–225.
31. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. *How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis*. *Schizophr Res*. 2016;171(1–3):103–109.
32. Teff, K., Rickels, M., Grudziak, J., Fuller, C., Nguyen, H., Rickels, K. (2013) *Antipsychotic-induced insulin resistance and postprandial hormonal dysregulation independent of weight gain or psychiatric disease*. *Diabetes* 62: 3232–3240.
33. Tiihonen, J., Lonnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. et al. (2009) *11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)*. *Lancet* 374: 620–627.
34. Torniainen, M., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Björkenstam, C., Suvisaari, J., Alexanderson, K. et al. (2015) *Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia*. *Schizophr Bull* 41: 656–663.
35. Tsuboi T, Bies RR, Suzuki T, et al. *Hyperprolactinemia and estimated dopamine D2 receptor occupancy in patients with schizophrenia: analysis of the CATIE data*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013;45:178–182.
36. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, et al. *Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis*. *World Psychiatry*. 2015;14(3): 339–347.
37. Venkatasubramanian, G., Chittiprol, S., Neelakantchar, N., Naveen, M., Thirthall, J., Gangadhar, B. et al. (2007) *Insulin and insulin-like growth factor-1 abnormalities in antipsychotic-naïve schizophrenia*. *Am J Psychiatry* 164: 1557–1560.
38. Wu CS, Tsai YT, Tsai HJ. *Antipsychotic drugs and the risk of ventricular arrhythmia and/or sudden cardiac death: a nation-wide case-crossover study*. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(2).
39. Zhang, Z., Yao, Z., Liu, W., Fang, Q. and Reynolds, G. (2004) *Effects of antipsychotics on fat deposition and changes in leptin and insulin levels. Magnetic resonance imaging study of previously untreated people with schizophrenia*. *Br J Psychiatry* 184: 58–62.
40. Zhang, J., Gallego, J., Robinson, D., Malhotra, A., Kane, J. and Correll, C. (2013) *Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis*. *Int J Neuropsychopharmacol* 16: 1205–1218.
41. Zheng, W., Li, X., Tang, Y., Xiang, Y., Wang, C. and de Leon, J. (2015) *Metformin for weight gain and metabolic abnormalities associated with antipsychotic treatment: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials*. *J Clin Psychopharmacol* 35: 499–509.
42. Zheng, W., Xiang, Y., Xiang, Y., Li, X., Ungvari, G., Chiu, H. et al. (2016) *Efficacy and safety of adjunctive topiramate for schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *Acta Psychiatr Scand* 134: 385–398.
43. C. Barbui, I Bighelli, G. Carrà, M. Castellazzi, C. Lucii, G. Martinotti, M. Nosè, G. Ostuzzi, *Antipsychotic Dose Mediates the Association between Polypharmacy and Corrected QT Interval*. *PLOS ONE* DOI:10.1371/journal.pone.0148212 February 3, 2016
44. G. Ostuzzi, I. Bighelli, R. So, T. A. Furukawa, C. Barbui, *Does formulation matter? A systematic review and meta-analysis of oral versus long-acting antipsychotic studies*. *Schizophrenia Research* 183 (2017) 10–21

Pensare la multiculturalità

*Proposte per la presa in carico dei pazienti
Stranieri a partire dall'esperienza di un
CPS di Milano*

*Davide Bruno¹, Donatella Fidanza², Irene Netti³,
Assunta Romito⁴, Federico Samele⁵,
Claudio Mencacci⁶*

INTRODUZIONE

Le società contemporanee si presentano complesse e mutevoli non solo in conseguenza dei fenomeni massivi delle migrazioni transnazionali, ma anche per l'emergere di scenari socio-culturali sempre nuovi, caratterizzati da uno scambio incessante di persone, merci, informazioni. Che siano dovuti alla ricerca di risorse economiche e sociali inaccessibili nei luoghi d'origine o alle conseguenze di guerre e catastrofi naturali, le migrazioni di persone e a volte di intere popolazioni interessano oggi milioni d'individui (Agiar, 2008; Appadurai, 2001). L'Italia, che in passato ha avuto una peculiare storia di emigrazione, si trova oggi ad essere meta di imponenti flussi migratori di persone che desiderano stabilirsi al suo interno, o che transitano alla volta di altri paesi europei.

Il mondo contemporaneo ci obbliga a pensare e ad agire altrimenti rispetto a quanto eravamo abituati, confrontandoci continuamente con nuovi movimenti politici e ideologici, con nuove forme identitarie nonché sociali e familiari. La migrazione è spesso rappresentata come un avvenimento inscritto in un determinato contesto storico e politico. Dal punto di vista psicologico, però, la spinta a migrare nasconde spesso motivazioni ambivalenti: desiderio di partire e timore di lasciare i propri affetti, modalità di risoluzione dei conflitti intra-familiari, contestazione dei valori espressi dalla società d'origine,

desiderio di una vita migliore, ricongiungimento con il proprio partner. Che sia una scelta subita o voluta, ogni migrazione è un atto che segna la vita dell'individuo e può comportare modificazioni importanti nella storia familiare presente e futura, al punto che Karl Jaspers (1959: 421) pone, dal punto di vista psicopatologico, le reazioni dovute alla nostalgia della patria sullo stesso piano delle psicosi da terremoti, da catastrofi e di guerra.

La popolazione migrante è caratterizzata da una specificità che richiede l'utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche adattate (Moro, 2002). A partire dall'analisi dell'utenza di origine straniera afferente al CPS di via Betti, zona 19/2, di Milano e attraverso la descrizione sia delle attività transculturali già presenti nel servizio, sia di una vignetta clinica che mostra la messa in atto di un dispositivo terapeutico specifico, si vuole dare un contributo alla discussione in ambito clinico e di ricerca per la presa in carico di questa tipologia di pazienti.

LA POPOLAZIONE STRANIERA IN ITALIA E IN LOMBARDIA*

All'1 gennaio 2016 in Italia si riscontra la presenza di 5 milioni 54 mila stranieri, rappresentanti l'8,3% della popolazione totale. Il 59% dei cittadini stranieri risiede nel Nord Italia e più di un quinto del totale nella sola Lombardia, regione italiana popolata dal maggior numero di stranieri, 1 milione 149 mila persone, corrispondenti all'11,5% della popolazione residente in Lombardia e il 22,9% degli stranieri presenti in Italia.

Milano è la provincia lombarda che conta il maggior numero di stranieri, 446 mila 462 unità, rappresentanti il 13,9% della popolazione residente e il 38,9% dei cittadini stranieri della regione.

Per quanto riguarda le aree territoriali di provenienza, gli stranieri presenti a Milano sono migrati principal-

*I dati sulla popolazione migrante In Italia e in Lombardia sono stati ricavati dai siti: www.istat.it e www.tuttitalia.it

mente dall'Asia orientale (Filippine 11%, Cina 8%), dall'Europa centro orientale (Romania 10%, Albania 5%, Ucraina 4%), dall'Africa settentrionale (Egitto 12%, Marocco 4%) e dall'America del Sud (Perù 7%, Ecuador 6%).

OBIETTIVI

Il presente lavoro preliminare ha come obiettivo di studiare la prevalenza della popolazione di origine straniera afferente al CPS di zona 19/2, di Milano secondo i parametri dell'area geografica di provenienza, genere, classe di età, zona di residenza e diagnosi psichiatrica, al fine di progettare interventi di ordine diagnostico e terapeutico il più possibile adattati per questo tipo di utenza. La raccolta dei dati è avvenuta in base all'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti afferenti al CPS di via Betti alla data dell'8 agosto 2016, prestando particolare attenzione non solo ai riferimenti anamnestici e al luogo di nascita, ma anche ad alcuni elementi culturali (nome, cognome) che segnalavano una storia individuale o familiare di migrazione.

Nella prospettiva di evidenziare la presenza di pazienti con affiliazioni culturali multiple, sono stati inclusi nell'indagine anche i pazienti con un passato di adozione internazionale, di seconda generazione e figli di "coppia mista", ovvero cresciuti in famiglie composte da un genitore italiano e da un genitore straniero.

L'applicazione di tale metodologia ha permesso di evidenziare due limiti relativi al disegno dello studio: 1. Il formato standard delle cartelle cliniche non richiede di esplicitare informazioni relative all'evento migrazione, né la presenza di elementi relativi alla cultura di origine del paziente (religione, gruppo sociale di appartenenza, lingua, etc.); 2. In base alle informazioni riportate, è difficile rilevare con certezza se il paziente abbia avuto una storia di adozione internazionale, appartenga alla cosiddetta "seconda generazione" o sia figlio di una "coppia mista", in quanto mancano i dati anagrafici relativi ai genitori, per cui è stato necessario corroborare le ipotesi

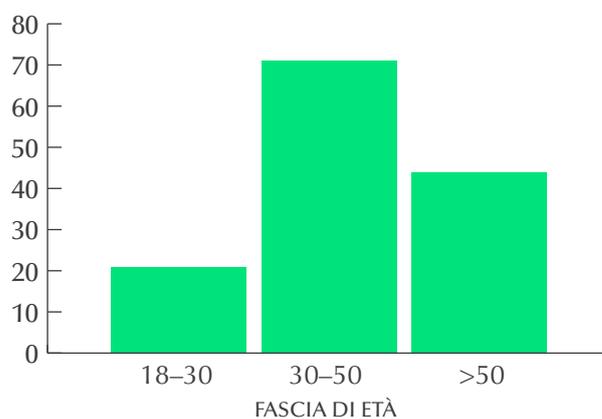
in tal senso con un riscontro da parte degli operatori che conoscono personalmente il paziente.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Dalla consultazione delle cartelle cliniche è stato rilevato un gruppo di 120 pazienti con un'esperienza individuale di migrazione e di 16 pazienti con una storia di affiliazioni culturali multiple, di cui 2 figli di "coppie miste", 2 con una storia di adozione internazionale, 12 di "seconda generazione". Complessivamente tale gruppo corrisponde a circa il 13% dei pazienti presi in carico dal CPS e dal punto di vista del genere è composto da 82 femmine e 54 maschi.

Età

Il gruppo ha un'età media di circa 45 anni, in particolare 21 soggetti (16%) hanno un'età compresa tra 18 e 30 anni, 71 soggetti (52%) un'età compresa tra 30 e 50 anni, 44 soggetti (32%) un'età superiore a 50 anni; si può osservare come quasi l'85% dei soggetti presenti un'età superiore a 30 anni, con più della metà dei soggetti collocati nella fascia 30-50 anni.



Paese di origine

Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza, il gruppo più numeroso è quello proveniente dall'Africa con 47 utenti, distribuiti pressoché equamente tra Maghreb (19 soggetti), Africa sub-sahariana (12 soggetti) ed Egitto (16 soggetti). Segue l'America con 30 utenti, per la maggior parte provenienti dall'America

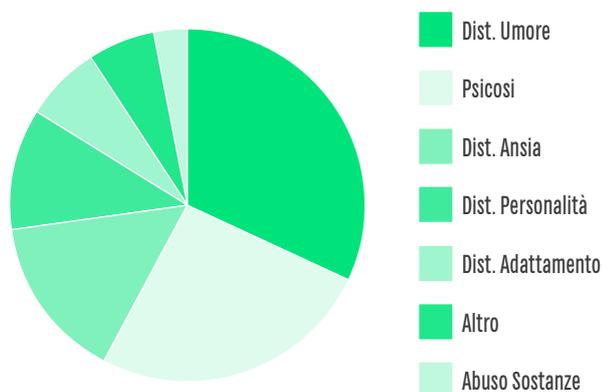
del Sud (24 soggetti).

Il gruppo asiatico è rappresentato da 15 utenti, provenienti prevalentemente da Sri Lanka (6 soggetti) e Filippine (4 soggetti). Infine nel gruppo di origine europea si rileva una forte presenza dell'Europa dell'est (Romania, Moldavia, Jugoslavia, Bielorussia, Lituania, Ucraina) che conta 14 unità.

Diagnosi

La variabile "diagnosi psichiatrica" è stata suddivisa in sei categorie: "disturbi dell'umore", "disturbi d'ansia", "disturbi della personalità", "disturbi dell'adattamento", "abuso di sostanze", "psicosi".

La diagnosi psichiatrica prevalente è quella di disturbo dell'umore, riscontrato in quasi un terzo degli utenti (43 soggetti, corrispondenti al 32%); in particolare all'interno dei disturbi dell'umore è emersa una forte prevalenza della diagnosi di depressione maggiore, rilevata in 28 soggetti. La seconda diagnosi più frequente è quella di psicosi, riscontrata in circa un quarto degli utenti; seguono i disturbi d'ansia, rilevati nel 15% del gruppo, i disturbi di personalità (11%), i disturbi dell'adattamento (7%) e infine l'abuso di sostanze (3%). Nell'analisi dei dati si è deciso di evidenziare la presenza della diagnosi di disturbo dell'adattamento, in quanto si presenta come una forma di espressione delle sofferenze specialmente rappresentata tra i migranti: essi fanno l'esperienza di un nuovo contesto di vita, cambiamento che richiede la messa in atto di strategie di coping.



IL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL CPS: IL QUARTIERE SAN SIRO

L'ampio quadrilatero di fabbricati, che costituisce il quartiere comunemente denominato "San Siro", a Milano, di cui il CPS di via Betti è competente per territorio, si estende intorno a piazzale Selinunte nel quadrilatero delimitato dalla via Civitali, Ricciarelli, Dolci, Albertinelli e Paravia. Si tratta di un quartiere di edilizia pubblica costruito in diverse fasi, sostanzialmente tra il 1932 e il 1951. Dal punto di vista architettonico presenta un'impostazione razionalistica con edifici prevalentemente di 4-5 piani e costituisce un esempio importante di quartiere popolare realizzato con l'obiettivo di realizzare un grande numero di alloggi (di misura compresa tra 25 e 50 metri quadrati), in una fase di forte espansione urbana. Nel corso degli anni, a fronte di una domanda abitativa crescente e dei processi di riorganizzazione del mercato del lavoro, così come è avvenuto in molti altri quartieri pubblici, i circa 5000 alloggi un tempo destinati ai lavoratori sono stati via via assegnati in rispondenza di una graduatoria che ha dato priorità a soggetti in situazione di emergenza sociale, con una significativa quota di persone con problemi di salute mentale. La popolazione residente è dunque caratterizzata da un'elevata densità di cittadini utenti dei servizi sociali e/o connotati da situazioni socialmente problematiche (anziani, famiglie numerose, disabili etc.). Circa 1.400 famiglie residenti si trovano al di sotto della soglia di povertà. Nel corso degli anni, inoltre, l'occupazione abusiva di alloggi si è andata diffondendo, in misura sempre maggiore, tanto che in alcuni caseggiati si toccano punte del 15-18% di alloggi abitati da inquilini senza regolare permesso. Un ulteriore dato di rilievo è relativo alla alta percentuale di abitanti di origine straniera, che è pari a circa la metà della popolazione totale (Cognetti, 2014).

Per contro all'interno del quartiere, soprattutto dopo il progetto di riqualificazione (Contratto di Quartiere) e la creazione del Laboratorio di Quartiere, operano

diversi soggetti non istituzionali disponibili e interessati ad occuparsi degli abitanti gravati da problematiche psichiche. Il CPS ha partecipato fin dalla sua creazione al “Tavolo sulla salute mentale” in cooperazione con il Laboratorio di quartiere, l’associazione “Fare Assieme”, i Centri di ascolto delle Parrocchie del Decanato di zona, l’associazione “Bonola Boys” che raccoglie utenti familiari e operatori del Dipartimento. Molti abitanti del quartiere inoltre conservano un forte senso di appartenenza alla propria comunità e mostrano disponibilità a ingaggiarsi per migliorare la qualità della vita collettivamente percepita. Nel 2009 nasce il “*Progetto per la sensibilizzazione del Quartiere San Siro al tema del Disagio Psichico e per la promozione di una cittadinanza attiva sulle sue problematiche*” in convenzione con la Direzione Centrale Politiche Sociali e Cultura della Salute del Comune di Milano che nelle edizioni del 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014 ha permesso di realizzare inizialmente una serie di azioni rivolte alla sola cittadinanza del quartiere San Siro e, negli ultimi anni, in linea con le priorità previste dal Patto per la Salute Mentale del Comune di Milano, di allargare l’intervento alle altre zone afferenti al Dipartimento e alla città, diventando così nel 2015 “*Progetto Città Visibile*” che si articola in interventi distribuiti lungo tutto il corso dell’anno sull’intera città mettendo in evidenza come il mondo della salute mentale possa risultare una risorsa per la città e non un problema come i media spesso lo rappresentano.

Da alcuni anni infatti il Dipartimento di Salute Mentale del Fatebenefratelli – ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano ha iniziato a promuovere esperienze di cura all’interno dei propri Servizi caratterizzate da pratiche d’intervento legate all’empowerment che si affiancano a quelle “tradizionali” di cura e presa in carico della sofferenza psichica. Si è andata consolidando una metodologia condivisa le cui modalità di approccio e realizzazione sono basate sulla coprogettazione tra soggetti diversi (realtà istituzionali, esperienze del pri-

vato sociale, associazionismo, cittadini utenti e tessuto sociale) e sulla valorizzazione e costruzione di occasioni di scambio e di relazione tra cittadini utenti dei Servizi e cittadini. Si è sempre più orientato verso una pratica di lavoro rivolta allo sviluppo di consapevolezza ed empowerment che può rappresentare, per gli utenti che la sperimentano, un’occasione di crescita individuale e collettiva, conoscenza, confronto e formazione per le realtà locali coinvolte nell’ambito della salute mentale.

UN’ATTIVITÀ TRANSCULTURALE CONTRO LO STIGMA: “CONOSCIAMOCI CUCINANDO”

Il gruppo “*Conosciamoci Cucinando*” è dal 2013 una delle azioni espressione del progetto Città Visibile; è costituito da cittadini italiani e stranieri (provenienti da Marocco, Filippine, Perù, Egitto) alcuni dei quali sono utenti del Cps di zona 19/2. Il progetto è nato a partire dal desiderio di mettere in comune le risorse di persone diverse tra loro per nazionalità e appartenenza culturale, al fine di promuovere l’integrazione e l’accettazione dell’altro nella sua diversità. Il gruppo è condotto da una operatrice del Cps di via Betti e da una volontaria. L’attività si svolge ogni quindici giorni all’interno di un locale in affitto nel quartiere San Siro. Il cibo diventa così uno strumento di integrazione tra mondi diversi che convivono sullo stesso territorio e che spesso si trovano a condividere momenti di vita quotidiana, facilitando la comprensione e il dialogo con l’altro nel rispetto delle differenze. L’esperienza si è anche tradotta nella realizzazione di un libretto di ricette che raccoglie piatti stranieri e italiani, che rimane a disposizione della cittadinanza presso il Laboratorio di Quartiere San Siro. Il gruppo, inoltre, è presente all’interno delle iniziative di sensibilizzazione contro lo stigma promosse dal Dipartimento quali feste di piazza “Rara Razza di Pazza Piazza”, il Report annuale e altre manifestazioni presenti sul territorio, realizzando specialità culinarie caratteristiche dei vari Paesi.

Parallelamente allo sviluppo delle attività riabilitative,

l'équipe del CPS si è trovata a riflettere sulla possibilità di sperimentare dispositivi terapeutici, anche gruppal, specifici per i pazienti migranti, di cui un esempio è riportato di seguito, attraverso l'esposizione di un caso clinico.

UN DISPOSITIVO TERAPEUTICO PER I PAZIENTI MIGRANTI: LA STORIA DI AI

Ai* è nata venti anni fa in Cina, nella provincia dello Zhejiang, ed è arrivata a Milano nel 2010 insieme al padre e al fratello, per raggiungere la madre che già abitava e lavorava in Italia, dove ha aperto un negozio di sartoria. La paziente viene inviata al CPS dal Servizio di Psicologia dell'Ospedale San Paolo, a cui si è inizialmente rivolta per una visita ginecologica ed esami virologici per la ricerca dell'HIV. La collega psicologa che ha in carico la paziente è infatti preoccupata non solo per la sua importante situazione di ritiro sociale, ma anche in merito ad alcune frasi della ragazza, in cui afferma di aver l'intenzione di "farsi del male". Dal momento che la paziente non parla italiano, è stata richiesta la figura di un traduttore che sia presente durante le sedute. La condizione di isolamento sociale e deafferentazione culturale in cui si trovava Ai ha suggerito la possibilità di una presa in carico di gruppo, che prevedesse la presenza di un'équipe multidisciplinare a fianco dello psichiatra, per cui sono stati coinvolti, oltre al traduttore, l'educatrice e lo psicologo del CPS. Tale presa in carico riprende, secondo un modello "a geometria variabile", il dispositivo proposto in Francia da Tobie Nathan (1993) per i pazienti migranti, in cui il gruppo di terapia è formato da diverse figure professionali (infermieri, psichiatri, psicologi, antropologi, etc.), che hanno anche una diversa origine, in modo tale da permettere non solo l'emersione e la valorizzazione di contenuti culturali specifici, ma anche la loro discussione all'interno del gruppo di terapia. Agli incontri è presente la madre della ragazza, a cui viene richiesto di raccontare

parti della storia della paziente che quest'ultima non riesce a riferire.

La consulenza ginecologica è stata richiesta da Ai per il timore di essere stata infettata dallo zio paterno, che avrebbe abusato di lei durante l'infanzia. Di fatto, Ai si mostra profondamente arrabbiata nei confronti della madre, a cui rimprovera di averla abbandonata una prima volta a sei anni, in seguito all'arresto per bancarotta dell'azienda di famiglia, e una seconda in seguito alla migrazione in Italia. La madre non l'avrebbe "protetta", al pari del padre e del nonno paterno che non ha punito il suo aggressore. Da quel primo abbandono, la paziente non sarebbe più stata la "bambina gioiosa ed estroversa" di prima, e avrebbe trascorso il suo tempo in casa, guardando la televisione o chattando sui social network. La rabbia di Ai, che si esprime attraverso un tono dell'umore caratterizzato da note di disforia, originerebbe non solo da un vissuto di inadeguatezza, per cui si sente costantemente inferiore rispetto agli altri, ma anche dal fatto che si sentirebbe poco considerata dai suoi stessi genitori: durante una seduta si arrabbia notevolmente con la madre che risponde ad una chiamata di lavoro al telefono cellulare. La paziente esprime, attraverso i propri comportamenti, il bisogno di essere "vista" dagli altri: la frequenza sui social network cinesi, dove pubblica diversi post in cui manifesta la propria sofferenza, mostrandosi delusa se non vengono commentati dagli utenti, appare avere il significato di cercare un mezzo attraverso cui gli altri la possano prendere in considerazione. Nel corso delle stesse sedute, la paziente fa leggere i propri messaggi alla mediatrice, perché li traduca al resto del gruppo. In questo contesto, le minacce autolesive sono state interpretate come un estremo tentativo perché il suo dolore possa essere visto e accolto.

La presenza di diverse figure professionali nella presa in carico di gruppo permette una lettura multidisciplinare

* Per ragioni deontologiche, il nome della paziente e i riferimenti non indispensabili alla comprensione del caso sono stati variati.

della problematica portata dalla paziente: durante un suo intervento, ad esempio, l'educatrice chiede alla ragazza se dispone di una rete sociale di riferimento, ovvero di amici con cui si trova. Ai risponde di non avere nessun amico qui a Milano, non solo non parla italiano, ma anche con i connazionali si vergogna in quanto ritiene che la sua pelle sia troppo scura rispetto a quella delle coetanee. In Cina, infatti, diversamente che in occidente, è considerato un segno di bellezza non solo avere la carnagione molto chiara, ma anche poterla mantenere tale, fine per cui si è procurata dei prodotti specifici. L'intervento psichiatrico si è avvalso della prescrizione di una terapia psicofarmacologica a base di olanzapina a basso dosaggio, utilizzata in questo caso come stabilizzatore dell'umore e per mitigare la componente rabbiosa della paziente, terapia in cui Ai afferma di avere trovato beneficio. Dal punto di vista psicologico, si può osservare nella paziente una posizione di ambivalenza tra il desiderio di instaurare delle relazioni di fiducia ed emotivamente coinvolgenti, e la paura di essere nuovamente abbandonata e delusa.

Nella presa in carico della paziente appare di fondamentale importanza la figura del traduttore, che si presenta come una figura di mediazione tra la paziente e l'équipe, tra il mondo precedente e quello successivo alla migrazione, e rende possibile lo svolgimento del racconto di Ai. Il gruppo di terapia offre inoltre uno spazio di accoglienza per la paziente e i suoi familiari, in una situazione di emarginazione sociale e di impoverimento delle relazioni affettive significative.

CONCLUSIONI

La migrazione espone l'individuo ad un'esperienza dalle elevate potenzialità traumatiche, legate a vissuti di perdita e di difficoltà di adattamento al nuovo contesto. Essa rappresenta un evento che non interessa unicamente i singoli individui, ma l'intero sistema familiare, i cui membri si trovano ad affrontare angosce molto radicali, connesse col dolore del lutto e della separazione (Bruno et al., 2016). A volte si tratta di intere famiglie emigrate, esposte a

ferite narcisistiche spesso non solo simboliche, e talora a aperti atti di stigmatizzazione: il rifiuto da parte della società di accoglienza comporta spesso come risposta il ricorso all'incremento della coesione interna del gruppo, cui consegue spesso l'esaasperazione dei conflitti intra-familiari, non di rado aggravati dalla precarietà economica e sociale (Petrella, 1993). La specificità di questo tipo di pazienti richiede in primo luogo una valutazione che si avvalga di strumenti il più possibile adattati a questa utenza (per esempio sono stati elaborati da diversi gruppi di lavoro schede di raccolta anamnestica apposite). La presa in carico deve inoltre tenere in conto gli elementi culturali presentati dal paziente tra cui si può annoverare la lingua madre.

Una strategia possibile risiede nell'applicazione di dispositivi di natura grupppale, già ampiamente sperimentati in altre nazioni come la Francia, riconfigurati non soltanto in base alle risorse disponibili all'interno dei servizi pubblici di psichiatria, ma anche secondo le esigenze presentate da ogni singolo caso.

RINGRAZIAMENTI

Il lavoro di ricerca presentato e discusso in questo articolo è l'esito di una riflessione collettiva condotta sulle pratiche ed esperienze maturate presso il CPS di zona 19/2 dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano. Si ringraziano per l'interesse e per il confronto sulle questioni trattate: Nunzio Martella, psichiatra; Michele Arduini, coordinatore infermieristico; Corrado Cirillo, Daniela Molinari e Salvatore Stimolo, infermieri; Maria Grazia Bersani, infermiera, che ha curato i rapporti con il servizio di mediazione culturale; Francesco De Palo, assistente sociale; Paolo Cozzi, educatore e Maria Bagnato, psicologa. Un ringraziamento al Prof. Massimo Bricocoli, Politecnico di Milano, per aver letto e commentato la sezione dell'articolo riguardante il quartiere San Siro.

AFFERENZA DEGLI DELL'AUTORI:

1. Medico Psichiatra, ASST Fatebenefratelli Sacco. PhD in Sanità
Pubblica e Scienze Formative
2. Educatrice, ASST Fatebenefratelli Sacco.
3. Medico Psichiatra, responsabile del CPS di zona 19/2, ASST
Fatebenefratelli Sacco.
4. Infermiera, ASST Fatebenefratelli Sacco.
5. Psicologo, tirocinante in psicoterapia presso il CPS di zona 19/2,
ASST Fatebenefratelli Sacco.
6. Direttore del Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale,
ASST Fatebenefratelli Sacco e Presidente della Società Italiana di
Psichiatria.

Per corrispondenza con gli autori:

davide.bruno@unipv.it

BIBLIOGRAFIA

1. Agier M. *Gérer les indésirables*, Paris, Flammarion, 2008
2. Appadurai A. *Modernità in polvere*, Milano, Meltemi, 2001
3. Bruno D., Balottin U., Berlincioni V., Moro M.R.
*Bilingualism, language disorders and intercultural families in
contemporary Italy: family relations, transmission of language
and representation of otherness*, Culture, Medicine and
Psychiatry, 40: 12-34, 2016
4. Cognetti F. *Dal progetto disegnato al progetto abitato.*
Abitare San Siro. Territorio, 71: 112-120, 2014
5. Jaspers K. *Psicopatologia Generale*, Torino, Il Pensiero
Scientifico Editore, 1959
6. Moro M.R. *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Paris, La
Découverte, 2002
7. Nathan, T. *Fier de n'avoir ni Pays ni amis, quelle sottise
c'était...* Principes d'ethnopsychanalyse, Grenoble, La Pensée
Sauvage, 1993
8. Petrella F. *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'Esperienza*,
Milano, Cortina, 1993

SITOGRAFIA

1. www.istat.it
2. www.tuttitalia.it

I luoghi della cura e la cura dei luoghi nella riabilitazione psichiatrica

Claudio Di Lello*

Pretendiamo [...] che l'industriosità degli uomini si applichi al fatto che gli spazi verdi di una città, indispensabili come campi da giuoco e polmoni d'aria pulita, abbiano anche aiuole fiorite, o che le finestre delle case siano adorne di vasi di fiori [...] esigiamo che l'uomo civile onori la bellezza ovunque la incontri nella natura, e la traduca in oggetti per quanto ne è capace il lavoro delle sue mani.

Sigmund Freud, *Il disagio della civiltà* (1929, p.583)

Il nostro è un mondo, scriveva poco più di una ventina d'anni fa il grande sociologo Marc Augé (1992), pervaso di "non luoghi", ovvero di spazi collettivi svuotati della loro funzione antropologica, simbolica e identitaria e ridotti a sterile dimensione geometrica (cfr. Merleau Ponty M., 1945): luoghi o, appunto, non luoghi, "in cui si nasce in clinica e si muore in ospedale, in cui si moltiplicano, con modalità lussuose o inumane, i punti di transito e le occupazioni provvisorie (le catene alberghiere e le occupazioni abusive, i club di vacanze, i campi profughi, le bidonville destinate al crollo o alla perennità putrefatta), [...] un mondo promesso all'individualità solitaria, al passaggio, al provvisorio e all'effimero".

Da qualche tempo, tuttavia, è in atto nel mondo occidentale un diffuso movimento culturale volto a rigenerare nel contesto comunitario il valore affettivo delle sue istituzioni e dei suoi spazi vitali, siano essi abitativi, scolastici, lavorativi, di incontro, carcerari o sanitari.

A quest'ambito va ricondotto l'interesse attuale per i temi dell'umanizzazione dell'ospedale e dell'architettura della salute.

In particolare nel campo della salute mentale, ove già

dagli anni Sessanta era stato criticato e in buona parte superato il modello medico centrato sull'ospedale, per la sua inadeguatezza di fronte alla complessità dei bisogni biopsicosociali delle persone che soffrono di malattie mentali — cioè croniche — sembra oggi ancora più matura l'esigenza di promuovere interventi situati nel cuore profondo delle comunità, cioè del territorio vitale del soggetto, e pertanto di mettere in discussione anche le sedi non ospedaliere, residenziali e semiresidenziali, in cui transitano e spesso sostano per lunghi anni gli utenti dei servizi psichiatrici: i luoghi della riabilitazione psichiatrica.

Come nota infatti Saraceno (1995) "quando si legge di riabilitazione di tutto si viene informati al dettaglio mentre vengono omessi alcuni "particolari" decisivi come, ad esempio, il luogo dove si pratica il programma riabilitativo o il luogo dove il paziente vive durante il tempo in cui il programma riabilitativo non viene praticato; sembra che la tecnica riabilitativa, qualunque essa sia, si pratichi in un vacuum, ove cioè alla articolazione delle metodiche impiegate corrisponde una grande vaghezza sui luoghi, i contesti per cui le metodiche si applicano".

Così come la psicoanalisi ha progressivamente valorizzato il ruolo fondamentale svolto dal setting, cioè dallo spazio fisico - oltre che mentale - che l'analista offre all'analizzato all'interno del processo terapeutico, è tempo che anche la psichiatria di comunità estenda sistematicamente la sua riflessione dal contenuto al contenitore dei suoi interventi: ad esempio sulla posizione delle strutture riabilitative nella trama del tessuto urbano, e sul loro rapporto con i nodi della rete sociale naturale o con le aree destinate al verde.

Se è vero, come diceva Napoleone, che la geografia è il destino, allora la struttura dei luoghi della cura non è un semplice corollario della loro funzione, ma influenza quest'ultima più di quanto siamo soliti credere.

Chi può darci delle idee al riguardo?

In primo luogo, la psicologia ambientale, disciplina nata negli anni Settanta del secolo scorso dall'incontro di

filoni di studio convergenti tra psicologia, architettura e geografia umana, che si occupa per definizione di queste tematiche ed è fonte di spunti interessanti (cfr. Baroni M. R., 2008).

A titolo di esempio si può citare lo studio divenuto ormai classico di un geografo statunitense, Roger Ulrich (1984), che osservando in un ospedale il recupero postoperatorio di pazienti colecistectomizzati ha dimostrato in modo statisticamente significativo che coloro cui era stata assegnata durante la degenza una camera con vista sul verde con alberi manifestavano meno complicanze postchirurgiche, richiedevano un minor uso di antidolorifici e venivano dimessi prima rispetto a un gruppo di controllo cui erano state assegnate camere con vista su un muro di mattoni.

Per quanto riguarda l'ambiente naturale, in particolare, è ormai nozione acquisita nel "*campo dell'evidence based design*", che ha avuto origine proprio in campo sanitario, [...] che gli esseri umani traggano sostanzialmente beneficio dalla presenza, nel loro ambiente di vita e di lavoro, di forme e strutture biologiche (un fenomeno chiamato *biofilia*)" (Mehaffy M., 2011).

Tale concetto, coniato da Erich Fromm e successivamente adottato dal biologo Edward O. Wilson (1986) per indicare l'irresistibile attrazione del genere umano, innata ed evolutivamente determinata, verso la sfera del vivente, illumina l'influenza benefica esercitata da alcune caratteristiche ambientali - definibili come biofiliche - sullo stato di salute, quali il passaggio della luce del sole, la presenza di piante e forme vegetali, la circolazione di aria fresca, lo scorrere dell'acqua, una vista ampia e rialzata, la ricchezza di elementi multisensoriali, la coerenza delle forme e la presenza di dettagli incuriosenti e misteriosi (ad esempio un sentiero che si inoltra in un bosco).

Peraltro è stato dimostrato dalla ricerca empirica che, se dotato di una o più delle caratteristiche sopra elencate, anche l'"ambiente costruito" - neologismo che indica l'insieme delle trasformazioni operate dagli esseri

umani sull'ambiente naturale - possa esercitare un effetto salutare, e malsano quando al contrario ne sia sprovvisto.

Per fare solo alcuni esempi in proposito, una ricerca condotta a New York su più di mille soggetti ha dimostrato che abitare in edifici periferici di scarsa qualità si associa a una maggior probabilità di sviluppare una patologia depressiva (Galea S. et al., 2005), o ancora uno studio londinese su quasi duemila individui ha evidenziato un legame statisticamente significativo tra depressione e alcuni ben precisi elementi architettonico-urbanistici quali un portone di accesso sempre aperto sulla strada, un elevato numero di appartamenti nello stesso condominio, la vetustà delle costruzioni, la mancanza di negozi facilmente raggiungibili, la scarsità di balconi o terrazzi, la presenza di graffiti sui muri delle abitazioni, la vicinanza di edifici abbandonati (Weich S., 2002).

Le neuroscienze possono aiutarci a fare luce su questi dati così eloquenti e così poco trattati e utilizzati dal sapere psichiatrico.

Se è vero infatti che in un soggetto sperimentalmente posto in posizione di osservatore si attivano le stesse aree neuronali ("neuroni specchio") che presiedono all'azione motoria di un soggetto osservato, e più precisamente se nel cervello del primo si sviluppa una sorta di "simulazione incarnata" del gesto corporeo - ma anche delle emozioni e delle sensazioni - del secondo, allora "il sistema motorio, insieme alle sue connessioni alle aree corticali visceromotorie e sensoriali, struttura non solo l'esecuzione dell'azione ma anche la sua percezione, così come la sua imitazione e la sua immaginazione. [...] Quando l'azione è osservata o immaginata, la sua esecuzione viene inibita [e] l'azione non viene quindi prodotta, bensì simulata" (Gallese V., 2013).

Di grande interesse per il nostro discorso è che la relazione mimetica con l'ambiente, e i relativi fenomeni soggettivi della simulazione motoria e del rispecchiamento, sembrano interessare non soltanto il mondo animato ma anche quello inanimato: ancora Gallese ci dice che "quando osserviamo oggetti tridimensionali, simuliamo

le azioni che tali oggetti ci invitano a compiere. [...] Guardare un edificio, una stanza o un oggetto di design significa anche simulare i movimenti e le azioni che quegli spazi evocano”.

Lo spazio esterno “costruito” che abitiamo, dunque, dice sempre molte più cose di quante ne percepiamo coscientemente, e determina una continua e spesso inconsapevole risonanza empatica - della quale il potente “desiderio mimetico” di modellarsi sull’Altro descritto dall’antropologo Renè Girard (1961) sembra rappresentare una delle possibili conseguenze - forgiando continuamente lo spazio interno che ospita le nostre sensazioni, emozioni, cognizioni.

La psicoanalisi, per parte sua, ha affrontato solo occasionalmente il tema dell’influsso sul mondo interno del contesto esterno più ampio, quello materiale e concreto - tangibile, udibile, annusabile e visibile - posto al di fuori del ristretto ambito relazionale, come distolta da una sorta di “apatia” (parole di Harold Searles, uno dei padri dell’applicazione della teoria e della tecnica psicoanalitica alle patologie gravi) nei confronti di una prospettiva che mette in discussione l’individuo nel suo preteso ruolo di centro narcisistico del mondo, e ne evidenzia la profonda dipendenza da tutto ciò che sta intorno, cioè dall’ambiente (ricordo che il termine “ambiente” deriva dal latino *amb-* = “intorno” e *ire* = andare) animato e inanimato.

Per James Hillman è questo il motivo per cui sono passati ormai “Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio” (1992), come recita il titolo di un suo appassionato libro-intervista.

Infatti “rimuovendo l’anima dal mondo e non riconoscendo che l’anima è anche nel mondo, la psicoterapia non può più fare il proprio lavoro. Gli edifici sono malati, le istituzioni sono malate, il sistema bancario è malato, e così la scuola, il traffico – la malattia è là fuori. [...] Ogni volta che cerchiamo di affrontare la nostra violenza nei confronti della superstrada, o il senso di sofferenza nei confronti dell’ufficio, dell’illuminazione o di quella

schifezza di mobili, e così via – ogni volta che cerchiamo di affrontare tutto questo andando con la nostra rabbia e la nostra paura in terapia, noi priviamo di qualche cosa il mondo politico. E nel suo modo folle, la terapia, enfatizzando l’anima interiore e ignorando l’anima che è fuori, sostiene il declino del mondo reale”.

Le poche eccezioni al generale disinteresse del sapere psicoanalitico per il “mondo reale” sono tuttavia di grande interesse per il nostro discorso, considerando la necessità più che mai attuale per la psichiatria – soprattutto quella organicista e neuroscientifica contemporanea – di ritrovare le sue radici umanistiche e relazionali nell’humus della psicoanalisi, e di attingerne linfa vitale grazie alla sua elettiva funzione, come dice Antonello Correale (2000), di “custode dell’intimità” e di guida alla profondità dell’anima.

Per quanto riguarda ancora Searles, meritano una citazione in questa sede le sue riflessioni sulla sindrome da deprivazione dei bambini istituzionalizzati nei brefotrofi, che a differenza di quanto ritenuto da Spitz non è esclusivamente da attribuire alla mancanza di sufficiente maternage, ma anche all’assenza di stimoli ambientali - che si ritrovano invece negli asili nido - quali giocattoli, paesaggi esterni visibili dalle finestre, arredi, suppellettili ecc.

Esisterebbe a parere di questo autore, infatti, un profondo “senso di colleganza” tra soggetto e ambiente, “un senso di intima affinità, il corrispettivo psicologico dell’affinità strutturale che [...] vi è tra l’uomo e i diversi elementi dell’ambiente non umano”, capace di esercitare effetti strutturanti sul senso di sé e sulla definizione dell’identità individuale.

Anche Wilfred Bion (1962) con il suo concetto di “contenitore” può fornire spunti interessanti. Per Bion, infatti, la nascita e lo sviluppo dell’apparato psichico può avvenire soltanto se i suoi contenuti (percezioni, emozioni, fantasie, pensieri) possono essere espressi e accolti nello spazio mentale - il contenitore - di un interlocutore dotato di “rèverie” (parola derivata dal

francese rêve, “sogno”), cioè capace di “sognarli ad occhi aperti”, elaborarli, immaginarli, rappresentarli e restituirli arricchiti di senso al suo mittente.

Questa funzione, affidata alla madre nelle prime fasi della vita, nelle età successive viene svolta dall’insieme delle altre figure di riferimento significativo e più in generale dall’universo di comunicazioni e di segni naturali e culturali - ciò che il semiologo Lotman (1993) definiva “semiosfera” - in cui siamo immersi, che continuamente e spesso impercettibilmente ritocca, rimodella, rifinisce la nostra vita mentale.

Possiamo allora pensare all’ambiente come a un contenitore dotato di una sorta di capacità onirica incubatrice di nuovi elementi percettivi, affettivi, cognitivi che vanno ad arricchire incessantemente quel grande e complesso serbatoio psichico soggettivo chiamato identità.

Illuminanti sono infine le concettualizzazioni di Donald Winnicott (1971), che evidenzia come per il bambino molto piccolo l’ambiente sia nient’altro che la madre, e il volto di questa svolga la funzione di uno specchio in cui egli può vedere riflesso se stesso: come lui dice, “nello sviluppo emozionale individuale *il precursore dello specchio è la faccia della madre*”.

Questa formulazione, prosegue Winnicott, “fornisce un modo di guardare all’analisi e al compito psicoterapeutico. La psicoterapia non consiste nel fare interpretazioni brillanti e appropriate; in linea di massima e a lungo termine è un ridare al paziente su un ampio arco di tempo ciò che il paziente porta. E’ una complessa derivazione della faccia che riflette ciò che è là per essere visto. Mi piace pensare al mio lavoro in questo modo, e pensare che se lo faccio abbastanza bene il paziente troverà il suo proprio sé e sarà in grado di esistere e sentirsi reale. Sentirsi reale è più che esistere; è trovare una maniera di esistere come se stesso”.

Ai nostri fini, e in senso ancora più lato, questo vertice concettuale può essere esteso anche al compito terapeutico della psichiatria, che potremmo definire allora per analogia come restituzione al paziente di un’immagine

di sé restaurata, come legittimazione della sua esistenza, come riconoscimento del suo diritto di essere quello che è.

Curare i contesti della cura significa allora operare la trasformazione degli spazi tradizionali della salute fisica e mentale in luoghi viventi, capaci di parlare ai loro ospiti la lingua dell’accoglienza, della comprensione e dell’integrazione.

Rendendoli ambienti, ci dice Winnicott, in cui il soggetto possa vedersi e ritrovarsi positivamente rispecchiato: cioè riconosciuto, accettato, abbracciato, capito nel senso più ampio di questi termini.

Il limite principale delle vecchie strutture manicomiali era in fondo proprio la mancanza di relazione con gli spazi della comunità, che vanificava la gradevolezza - non così rara come la loro rappresentazione stereotipata farebbe credere - dei suoi fioriti cortili interni e dei suoi variopinti intrattenimenti: la reclusione, per quanto dorata, impedisce l’inclusione perché nasconde lo sguardo dell’Altro.

Nel campo della salute mentale un esempio particolarmente interessante di apertura di spazi di cura innovativi per il disagio psichico è quel settore dell’assistenza psichiatrica in recente sviluppo che va sotto il nome di Residenzialità Leggera, in Lombardia ufficialmente inaugurata con una delibera della Giunta Regionale del 2004.

Va rilevato in primo luogo come la normativa regionale, recependo fortunatamente in questo caso non soltanto le ragioni della politica ma anche i pareri degli esperti, disponga che le residenze leggere siano inserite nel “normale contesto residenziale urbano” e conformate secondo i requisiti delle “civili abitazioni”, cioè non vengano collocate in strutture abitative costruite secondo i criteri standardizzati e anonimi dell’edilizia pubblica, ma all’interno di appartamenti di piccolo taglio facenti parte di normali condomini confidando implicitamente in una catena di eventi virtuosi che dalla dimensione fisica possano infine riverberarsi su quella psichica e relazionale.

Come a dire che fin dalla cornice architettonica dell’intervento terapeutico, che di quest’ultimo è il contenitore, il tradizionale modello sanitario della cura

viene implicitamente sostituito da un'impostazione di stampo più familiare, meno asettica e formale.

In una residenza leggera di Corsico gestita dalla Cooperativa "La Vita onlus" in sinergia con il DSMD dell'ASST "Santi Paolo e Carlo", ad esempio, la collocazione in uno stabile civile di una zona centrale e la prossimità ai negozi di vicinato ha portato nel tempo allo strutturarsi di un ricorrente scambio di cortesie – cioè di taciti riconoscimenti reciproci – tra gli utenti ospiti e gli anziani che vivono soli, in cui i primi portano su per le scale fino ai piani alti l'acqua minerale e i sacchetti della spesa, e i secondi offrono un caffè o due chiacchiere in un salottino pieno di ricordi.

Una psichiatria "riabilitativa e non meramente abitativa" non può che beneficiare di questo mutamento di prospettiva che spalanca le porte alla "domesticità" e a una nuova "quotidianità", elementi fondamentali dell'azione trasformativa di un'esperienza residenziale (cfr. Rabboni M., 2009).

Ma un aspetto forse ancora più interessante della Residenzialità Leggera è che la fornitura degli alloggi e la conduzione dei progetti riabilitativi è quasi interamente affidata dal servizio sanitario nazionale a imprese del privato sociale.

In effetti la piena inclusione delle cooperative sociali e delle associazioni onlus, che hanno in appalto la loro gestione, nella trama della società civile sembra essere un fattore fondamentale nel determinare l'efficacia dei programmi realizzati in questo particolare contesto residenziale.

Come conseguenza di questi favorevoli presupposti, infatti, sia la percezione soggettiva dei numerosi operatori quotidianamente e a vario titolo coinvolti in questo nuovo e promettente ambito della residenzialità psichiatrica, sia alcuni studi (tra cui cito anche quello pubblicato nel 2013 da *Psichiatria Oggi* — Di Lello C., Taddei S. et al., 2013 — sulle residenze leggere delle Aziende Ospedaliere San Carlo e San Paolo gestite dalle Cooperative "La Vita" e "Filo d'Arianna") suggeriscono una significativa

efficacia terapeutica degli interventi condotti in questi nuovi spazi della riabilitazione psichiatrica.

Tali conclusioni, peraltro, sono coerenti con quanto già più sopra accennato e da tempo affermato dalla Psichiatria di Comunità, e cioè che salute mentale non vuol dire utopistica autonomia o collezione di singole abilità comportamentali quanto piuttosto "cittadinanza" e "partecipazione" (Saraceno B., 1995), che per l'esito del processo riabilitativo le variabili sociali sono verosimilmente più influenti di quelle psicopatologiche (Ardigò W. e De Girolamo G., 1987) e per alcuni autori anche psicofarmacologiche, e ancora che l'orientamento teorico e la realizzazione pratica dei progetti terapeutici sono probabilmente meno importanti della cornice ambientale in cui questi si articolano (cfr. ad esempio Harkness J., Newman S. et al., 2004).

La "cultura d'impresa" (Schein E., 2000) dei soggetti del privato sociale si ispira ad alcuni principi che ne informano la struttura interna, quali "la solidarietà e la mutualità tra i soci, la democrazia interna con l'assemblea in cui ogni socio ha diritto a un voto, [...] la finalità specifica di favorire la promozione ed il benessere dei cittadini svantaggiati, collaborando con le amministrazioni pubbliche per la realizzazione e la gestione di servizi alla persona" (Corona D., 2005), ma soprattutto il forte e capillare legame con la rete sociale naturale e il suo ancoraggio nella fisicità del territorio urbano.

La saldatura dei servizi di Salute Mentale con i soggetti del cosiddetto terzo settore nei programmi di Residenzialità Leggera, per quanto gravata da rischi di incompatibilità tra culture organizzative spesso molto distanti tra loro (cfr. Di Lello C., Cataldi A. et al., 2011), consente dunque di ingaggiare per l'occasione attori versatili, dotati di un registro comunicativo più ampio e di una maggiore capacità di coinvolgimento degli utenti rispetto al classico servizio pubblico psichiatrico così come si è costituito in Italia negli ultimi decenni.

Infatti, come sostiene Saraceno (cit.), "l'impresa sociale si propone di rendere produttiva l'assistenza povera

e inefficace attraverso la moltiplicazione degli scambi sociali, la riconversione e la valorizzazione delle risorse sprecate nei servizi, in essi abbandonate e congelate, il riconoscimento e la attivazione delle risorse nascoste, dentro e fuori dai servizi.”

Nelle residenze “leggere” il gravame economico ed emotivo della sofferenza mentale, anzichè addensarsi interamente sui servizi psichiatrici e spesso immobilizzarne la vitalità sotto la sua schiacciante pressione, viene alleggerito dall’organica integrazione delle piccole unità abitative che le costituiscono nel tessuto urbano e soprattutto sociale.

La natura “indigena” e il radicamento territoriale dei soggetti del terzo settore che le gestiscono, infatti, e la loro capacità di promuovere comportamenti solidali nella cittadinanza consentono di redistribuire il peso del dolore psichico dei pazienti da loro ospitati, parzialmente demoltiplicandolo e ripartendolo in piccole dosi sui diversi punti nodali della comunità locale (vicinato, associazioni, parrocchie, negozi, bar, biblioteche, centri sportivi, supermercati e altri ancora), ognuno dei quali se ne accolla una quota tollerabile, elaborabile e spesso addirittura arricchente.

Può realizzarsi così quella “democrazia profonda” di cui parla l’antropologo Arjun Appadurai (2013), “la democrazia più prossima, più a portata di mano, la democrazia del quartiere, della comunità, delle relazioni di sangue e dell’amicizia”.

Il vertice da cui scaturiscono queste riflessioni può essere a buon diritto qualificato come materialista, perché sottolinea l’influenza dei fattori materiali sulle nostre vite, nel nostro caso sull’esito degli interventi terapeutici e riabilitativi in Psichiatria.

Una parte spirituale in noi non può fare a meno di ribellarsi, in parte comprensibilmente, a questa prospettiva che vede la struttura determinare la funzione, ovvero il contenitore plasmare il contenuto e in ultima analisi, allora, il corpo comandare sull’anima che ne sarebbe

platonicamente prigioniera.

Tutti vorremmo pensarla ancora una volta come James Hillman (2000), che afferma con forza di voler “respingere la nozione monolitica che noi si sia fundamentalmente creature fisiologiche e che di conseguenza il nostro pensiero su di noi possa essere ridotto a pensiero sul nostro corpo. [...] No, caro Napoleone, non la geografia; no, caro Freud, nemmeno l’anatomia: il carattere! E’ il carattere che governa: che governa anche la fisiologia”.

Il predominio dello spirito sulla sostanza ci garantisce certamente un soffio di onnipotenza e di immortalità, e ne abbiamo bisogno per continuare a vivere.

Ma al contempo non possiamo dimenticare che il termine “materia” deriva il suo nome dal latino *màter*, suggerendo che in fondo il contenitore materiale è la madre di ogni contenuto.

AFFERENZA DELL'AUTORE

** Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST*

“Santi Paolo e Carlo”, Milano

Direttore dottor Giuseppe Biffi

Per corrispondenza con l'autore:

claudio.dilello@asst-santipaolocarlo.it

BIBLIOGRAFIA

1. Appadurai A. (2013). *Cosmopolitismo dal basso*. SouQuaderni (edizione online), 7.
Reperito in: http://www.souqonline.it/default_souq
2. Ardigo W. e De Girolamo G. (1987). *Note introduttive sulla riabilitazione in psichiatria*. *Psicoterapia e scienze umane*, 21 (4): 33-46.
3. Augè M. (1992). *Nonluoghi*. Elèuthera, Milano 1993.
4. Baroni M. R. (2008). *Psicologia ambientale*. Il Mulino, Bologna, 2° ed.
5. Bion W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.

6. Corona D. (2005). *La Cooperativa Sociale: strumento di congiunzione tra pubblico e privato*. In: Vigorelli M. (a cura di). *Il lavoro della cura nelle istituzioni: 409-438*. Franco Angeli, Milano.
7. Correale, A. (2000). *Psicoanalisi e psicosi: fino a che punto indagare l'area traumatica?* Rivista di Psicoanalisi, 46 (4): 707-730.
8. Di Lello C., Cataldi A., Meneguzzi E., Orrù S., Pozzi G., Biffi G. (2011). *L'integrazione possibile delle culture aziendali dei DSM e delle Cooperative Sociali nei programmi di Residenzialità Leggera*. Psichiatria di Comunità, 10 (1): 31-37.
9. Di Lello C., Taddei S., Cataldi A., Ronchi E., Miragoli P., Pozzi G., Dudek C., Biffi G., Pismataro P., Scarone S. (2013). *L'esito dei programmi di Residenzialità Leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano*. Psichiatria Oggi (edizione online), 26 (1): 38-45.
Reperito in: <http://www.psichiatriaoggi.it/?p=129>
10. Galea S., Ahern J., Rudenstine S. et al. (2005). *Urban built environment and depression: a multilevel analysis*. J. Epidemiol. Community Health, 59 (5): 822-827.
11. Gallese V. (2013). Prefazione. In: Mallgrave H. F. *L'empatia degli spazi*. Architettura e neuroscienze: IX-XVIII. Cortina, Milano 2015.
12. Girard R. (1961). *Menzogna romantica e verità romanzesca*. Bompiani, Milano 1981.
13. Harkness J., Newman S., Salkever D. (2004). *The Cost-Effectiveness of Independent Housing for the Chronically Mentally Ill: Do Housing and Neighborhood Features Matter?* Health Services Research, 39 (5): 1341-1360.
14. Hillman J., Ventura M. (1992). *Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio*. Cortina, Milano 1998.
15. Hillman J. (1999). *La forza del carattere*. Adelphi, Milano 2000.
16. Lotman Jurij M. (1993). *La cultura e l'esplosione*. Feltrinelli, Milano 1993.
17. Mehaffy M. (2011). *Evidence based design e biofilia: l'influenza della medicina sulla progettazione degli ambienti di vita e di lavoro*. Politiche Sanitarie, 12 (1): 34-37.
18. Merleau-Ponty M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Bompiani, Milano 2003.
19. Rabboni M. (2009). *Modelli di residenzialità*. Errepiesse 3 (3): 65-70.
Reperito in: http://www.errepiesse.it/Sommario_files
20. Saraceno B. (1995). *La fine dell'intrattenimento*. Etaslibri – RCS Medicina, Milano.
21. Schein E. H. (1999). *Culture d'impresa*. Cortina, Milano 2000.
22. Searles H. (1960). *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*. Einaudi, Torino 2004.
23. Ulrich R. S. (1984). *View through a window may influence recovery from surgery*. Science, 224 (4647): 420-1.
24. Weich S., Blanchard M., Prince M. et al. (2002). *Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression*. Brit. J. Psychiat, 180: 428-433.
25. Wilson E. O. (1984). *Biofilia*. Mondadori, Milano 1985.
26. Winnicott D. (1971). *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.

La psichiatria incontra la promozione della salute

Un'esperienza presso la ASST di Mantova

Donatella Placidi, Marina Bocca**,
Carlotta Braga**, Azzurra Furgeri**,
Jenna Rossi**, Alice Bonora*, Gabriele Giannella,
Maurizio Galavotti°, Renzo Boscaini^,
Andrea Pinotti**, Piero Antonio Magnani***

1. PREMESSA

In questo contributo gli autori descrivono un'esperienza di prevenzione sanitaria attraverso la promozione dell'attività motoria che è stata avviata da alcuni anni nel Dipartimento di Salute Mentale della ASST di Mantova. Il progetto è stato ispirato dalle evidenze di letteratura sul ruolo dell'attività fisica nel mantenimento dello stato di salute e nel miglioramento di alcune patologie, con particolare rilievo nell'ambito psichiatrico, qui di seguito descritte.

1.1 Attività fisica e salute

È noto da tempo lo stretto rapporto tra attività fisica, benessere e salute ma negli ultimi anni le organizzazioni per la tutela della salute nazionali ed internazionali hanno inserito la promozione dell'attività motoria ed il contrasto alla sedentarietà tra le priorità di azione. La letteratura internazionale ha infatti dimostrato che un elevato tasso di sedentarietà è associato ad una maggiore mortalità cardiovascolare e maggiore incidenza di sviluppare patologie metaboliche (Reis et al., 2016). Le stime più recenti indicano che 2 milioni di morti all'anno possono essere attribuite alla sedentarietà, soprattutto a causa del raddoppio del rischio di malattie cardiovascolari, diabete e obesità (Lee et al., 2012).

L'Organizzazione Mondiale di sanità (OMS) ha collocato la carenza di attività fisica tra le prime cinque cause di mortalità in tutto il mondo ed ha stimato che il 60-85% degli abitanti sia in paesi industrializzati che

in via di sviluppo conduce uno stile di vita sedentario (WHO, 2009; WHO, 2015). Le linee guida per il contenimento di questa emergenza sanitaria sono state delineate nel *Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020* (WHO, 2013). Nel documento viene indicato un approccio d'intervento sempre più multidisciplinare, equo e coordinato, orientato al mantenimento del benessere ed allo sviluppo dell'*empowerment* individuale e di comunità al fine di correggere e ridurre i fattori di rischio modificabili e non, disseminare una profonda e scientifica conoscenza dei determinanti della salute e potenziare i sistemi sanitari, in particolar modo quelli legati all'assistenza primaria, orientandoli verso la prevenzione ed il controllo delle malattie.

1.2 Attività fisica adattata

Sono bene consolidate le conoscenze circa l'efficacia dell'esercizio fisico nel trattamento di numerose patologie croniche e in termini di riduzione della mortalità, determinando benefici simili a quelli ottenuti con interventi farmacologici nella prevenzione secondaria di patologie coronariche, nella riabilitazione post-ictus, nello scompenso cardiaco e nella prevenzione del diabete (Cartabellotta et al, 2016).

Nel 1973 per la prima volta fu introdotto il termine "*Attività Fisica Adattata*" (AFA): la Società Internazionale di Attività Fisica Adattata (IFAPA) in un Simposio nel 1989 l'ha definita come "riferita al movimento, all'attività fisica e agli sport nei quali viene data un'enfasi particolare agli interessi e alle capacità degli individui caratterizzati da condizioni fisiche svantaggiate, quali diversamente abili, malati o anziani." Le attività di AFA sono caratterizzate da programmi di esercizi fisici non sanitari, svolti in gruppo, sotto forma di corsi di ginnastica appositamente predisposti con lo scopo di combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione e promuovere stili di vita più corretti. L'AFA si basa sul concetto di adattamento ed è ciò che la distingue dalla tradizionale educazione fisica e

sportiva. L'AFA viene modellata, cucita su misura, dagli specialisti con laurea in Scienze Motorie Preventive e Adattate, sulla base delle esigenze del singolo individuo, adattandone l'intervento motorio.

In letteratura sono descritte esperienze di AFA abbia con effetti preventivi a livello primario, secondario e terziario. In alcune ricerche è stato dimostrato un suo contributo migliorativo sia a livello fisico che a livello psichico e relazionale: sul tono muscolare, sull'articolarietà e sulla capacità aerobica, sul tono dell'umore, riducendo la depressione, gli stati d'ansia e favorendo la vita di relazione (Roe et al, 2016).

Un recentissimo studio proveniente dagli Stati Uniti, pubblicato sulla rivista *Brain Imaging and Behaviour* sostiene che l'esercizio fisico riesce a moderare i comportamenti alimentari sbagliati (Masterson et al, 2017). Gli autori hanno ipotizzato che l'esercizio regolare comporterebbe una ridotta attività in aree di ricompensa del cervello (misurando le risposte neurali mediante la risonanza magnetica funzionale) dimostrando che la risposta ad indicazioni esterne di cibo può essere alterata dall'attività fisica.

1.3 Attività fisica e psichiatria

Molte ricerche sono state orientate alla valutazione dell'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili nei soggetti affetti da patologie psichiatriche. È stato dimostrato che rispetto alla popolazione generale le persone che soffrono di gravi disturbi mentali, hanno prevalenza più elevata di sovrappeso e obesità, con maggiore rischio di sviluppare patologie croniche quali diabete tipo 2, malattie cardiovascolari e sindrome metabolica (DeHert et al, 2009; Scott & Happell 2011; Vacampfort et al, 2012; Vacampfort et al, 2017). Dati recenti raccolti in varie nazioni hanno dimostrato che le patologie cardiovascolari sono associate con una maggior mortalità tra i soggetti affetti da schizofrenia rispetto alla popolazione generale (Correll et al, 2017). In Gran Bretagna tra gli schizofrenici è stato dimostrato il più elevato tasso al

mondo di patologie metaboliche e di morte prematura, verosimilmente attribuibili a scorrette abitudini di vita (Brown et al, 2010; Gardner-Sood et al, 2015). D'altro canto, alcuni autori hanno dimostrato l'efficacia di interventi ambientali per contrastare stili di vita obesogenici in pazienti assistiti in strutture residenziali per malattie mentali gravi, sostenuti anche da un training specifico a carico degli operatori sanitari (Looijmans et al, 2017 a; Looijmans et al, 2017 b).

Nonostante siano consolidate e diffuse le conoscenze circa i benefici dell'attività motoria sia sul fisico che sulla mente, una recente meta-analisi di 35 studi condotti in 10 differenti stati rileva che i soggetti affetti da schizofrenia svolgono significativamente meno attività motoria della popolazione generale e possono avere diversi ostacoli allo svolgimento di attività motoria regolare (Stubbs et al, 2016; Firth et al, 2016).

Tra questi, una barriera che è costantemente riportata per impedire di godere dei benefici dell'attività fisica tra i soggetti affetti da patologia psichiatrica è la questione motivazionale (Vacampfort et al., 2016). Questo tema è stato recentemente sviluppato da alcuni autori norvegesi che hanno esaminato l'associazione tra attività fisica e motivazione a svolgerla, competenza percepita verso l'attività fisica, funzionamento, apatia e variabili demografiche tra individui patologia mentale grave (Farholm et al, 2017). I risultati hanno evidenziato l'importanza di facilitare la motivazione per l'attività fisica specifica del contesto e che i professionisti della sanità dovrebbero sottolineare che è fondamentale aiutare le persone con patologia psichiatrica a sviluppare forme più intrinseche di motivazione.

Inoltre il malato psichico presenta limitate capacità di esercizio date dagli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici (Beddington et al, 2009). A tutto ciò conseguono alti livelli di sedentarietà e bassi livelli di qualità della vita (Vacampfort et al, 2011).

Infine è da sottolineare che la sedentarietà è associata ad incremento dell'incidenza di disturbi psichiatrici,

quali la depressione e l'ansia (Schuch et al., 2015; Teichenne et al., 2015) ed è dimostrato che un'attività fisica intensa può contribuire ad un decorso della malattia più favorevole in soggetti affetti da schizofrenia, riducendo i sintomi psichiatrici e le disfunzioni cognitive associate a questa condizione (Sormunen et al., 2017; Firth et al., 2015 e 2017).

2. IL PROGETTO LA PSICHIATRIA INCONTRA LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova a partire dall'anno 2011 sono stati avviati alcuni progetti inerenti la promozione della salute in ambito psichiatrico. Tali progetti si sono amalgamati tra loro creando un vero e proprio movimento che ha portato l'attività fisica adattata all'interno dei Centri di Salute Mentale.

2.1 Il progetto fisica...mente

Un primo progetto pilota, denominato Fisica...mente, è stato avviato nel periodo 2011-2014, grazie al coordinamento dell'allora Dipartimento di Prevenzione della ASL di Mantova ed al finanziamento della Fondazione Cariverona. Tale progetto si è posto l'obiettivo di migliorare la salute dei pazienti affetti da patologia psichiatrica per mezzo dell'attività motoria e della corretta alimentazione. Per perseguire tale obiettivo sono stati coinvolti più di 300 assistiti con disturbi psichiatrici presso varie strutture residenziali, semi-residenziali e ambulatoriali dell'Azienda Ospedaliera di Mantova, ed è stato creato ed attuato un nuovo protocollo di presa in carico. Quest'ultimo prevedeva l'inserimento nell'equipe sanitaria delle strutture di figure professionali specializzate nelle Scienze Motorie Preventive ed Adattate ed un coinvolgimento più assiduo di dietisti e nutrizionisti. Il protocollo ha previsto da un lato il regolare coinvolgimento dei pazienti in attività motorie di gruppo svolte in spazi appositamente individuati e dall'altro "eventi

sportivi" con cadenza annuale con il coinvolgimento delle istituzioni e della cittadinanza.

Parallelamente è stata avviata una puntuale valutazione dei pasti consumati presso le strutture aziendali ed il monitoraggio periodico (semestrale) di alcuni indicatori di processo e di efficacia. Tra questi, citiamo i dati antropometrici (peso, circonferenza addominale) unitamente a parametri di salute generale, quali pressione arteriosa e frequenza cardiaca basale, glicemia, assetto lipidico, di benessere psico-fisico (scala Honos, questionario SF-36) ed il diario alimentare. Inoltre è stata introdotta la rilevazione periodica da parte dei collaboratori laureati in scienze motorie, di alcuni semplici test motori (Six Minutes Walking Test, Back Scratch Test, Sit&Reach Test e diario motorio), che valutano la capacità aerobica, le performance muscolari e la mobilità articolare.

Le valutazioni al termine del progetto hanno dimostrato un incremento dell'attività fisica svolta settimanalmente dai pazienti, un miglioramento statisticamente significativo degli indici di performances motoria e dei valori medi di glicemia e lipidi nel sangue ed una riduzione dell'indice di massa corporea.

Alcune criticità evidenziate hanno consentito di ipotizzare futuri sviluppi del progetto, in particolare:

- la messa a punto di strategie per il mantenimento degli stili di vita corretti a medio e lungo periodo, particolarmente evidente nel paziente con disturbo mentale che tende all'isolamento e all'autoesclusione;
- il consolidamento di un corretto stile alimentare favorito dalle strutture messe a disposizione dall'Azienda (mensa, bar, distributori automatici);
- l'informazione e la formazione del personale, per migliorarne le capacità di presa in carico e di counselling breve dei pazienti;
- l'informazione di pazienti e famiglie, coinvolgendo le Associazioni;
- la predisposizione di percorsi individualizzati per l'educazione alimentare e l'attività fisica adattata.

2.2. La psichiatria incontra la promozione della salute

Nel luglio 2014 l'ASST Mantova ha aderito al programma della Regione Lombardia di Promozione della Salute negli ambienti di lavoro (Workplace Health Promotion, WHP). La partecipazione alla Rete WHP ha previsto l'avvio di interventi di provata efficacia o ritenuti "buone pratiche" nel campo della promozione della salute per sei aree tematiche, tra le quali spiccano l'alimentazione corretta e l'attività fisica (Conn et al, 2009; Rohn et al, 2013; Cremaschini et al, 2015). Gli interventi suggeriti tendono al miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, all'incoraggiamento del personale a partecipare ad attività salutari, alla promozione di scelte sane, all'incoraggiamento alla crescita personale. L'identificazione, pianificazione ed attuazione in Azienda degli interventi del programma WHP è affidata ad un Gruppo di Lavoro Aziendale, composto dalle figure di sistema e coordinato dal Responsabile della Struttura Medicina del Lavoro. La scelta degli interventi tiene conto degli effetti sinergici sulla salute dei rischi legati agli stili di vita e dei rischi professionali. Gli interventi proposti, in sintesi, sono rivolti sia ai singoli, prevalentemente di tipo educativo e di aumento di competenze specifiche, sia all'azienda, agendo sulle strutture (ad esempio, luoghi di ristorazione, spazi per attività fisica, cartellonistica) che sui regolamenti e le policy e le capacità di accoglimento di esigenze specifiche (ad esempio, conuselling breve, percorsi diagnostico-terapeutici personalizzati).

Da quanto sopra esposto, emerge come i progetti Fisica...mente e WHP insistano sulle stesse aree di promozione della salute, abbiano metodi di intervento simili ed analoghi strumenti di valutazione dell'efficacia degli interventi. Pertanto, è stata avviata una strategia di intervento ampiamente condivisa ed articolata in un'unica progettualità rivolta sia ai pazienti che ai lavoratori, in modo da contribuire efficacemente al raggiungimento degli obiettivi e alla ottimizzazione delle risorse. Sulla base di queste premesse è stato avviato il progetto "La psichiatria incontra la promozione della salute".

Il coinvolgimento attivo dei lavoratori dell'ambito psichiatrico negli interventi di promozione dei corretti stili di vita si prevede che incrementerà le competenze e la sensibilità verso tematiche generalmente trascurate a favore di aspetti più legati alla patologia stessa, migliorerà la qualità della presa in carico del paziente e aumenterà l'adesione ai programmi dei pazienti assistiti. È prevedibile che gli interventi abbiano una risonanza anche sui familiari e pertanto, considerando l'elevata numerosità dei soggetti coinvolti, gli effetti positivi potranno essere ampiamente diffusi. Peraltro, il coinvolgimento nei programmi di promozione della salute, potrebbe contribuire al rafforzamento della rete familiare e sociale dei pazienti e degli operatori. La valutazione di efficacia dei programmi rivolta sia ai pazienti che ai lavoratori, potrà esercitare un rinforzo positivo su entrambi. In generale, è prevedibile una sensibile ricaduta positiva sui rapporti tra Ospedale e territorio. Infine, eventuali resistenze espresse da alcuni operatori nel vedersi coinvolti in attività comuni con i pazienti assistiti, vengono opportunamente considerate nella pianificazione degli interventi.

L'avvio del progetto "La psichiatria incontra la promozione della salute" ha consentito la prosecuzione dei protocolli assistenziali stabiliti nella fase pilota sopra-descritta, nonché il mantenimento del monitoraggio degli indicatori rilevati nei pazienti.

Il progetto in questa fase prevede prevalentemente attività motoria ed educazione alimentare. Le attività motorie sono proseguite con proposte di attività fisica adattata, finalizzata all'esigenza dei pazienti e dei servizi in un'ottica di tailoring, nel rispetto delle esigenze del singolo, delle disponibilità delle risorse, degli spazi e dei bisogni del gruppo. Esse vengono condotte con cadenza settimanale, di durata pari a 1 ora, con intensità da lieve a moderata. Le attività consistono prevalentemente in gruppi di camminata sportiva, in quanto attività a medio impatto e di facile attuazione, che non richiede uno sforzo mentale eccessivo per essere eseguita. Inoltre, sono proposti gruppi di ginnastica posturale e respiratoria (in

funzione del miglioramento della propria percezione corporea, della postura e delle tecniche respiratorie), gruppi di fitness adattato, ginnastica dolce in acqua, bicicletate, trekking, corsi di nordic walking e partecipazione ad eventi a carattere sportivo. Proseguono inoltre gli interventi di sostegno agli stili di vita alimentari corretti.

Il Progetto, ancora in essere, viene periodicamente presentato in Azienda e sostenuto da incontri formativi per il personale.

Nel tempo ci si propone di raccogliere in un database i dati raccolti al fine di analizzarli e verificare l'efficacia degli interventi proposti.

CONCLUSIONI

La promozione della salute rappresenta un processo sociale e politico globale, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità dei singoli individui, ma anche modifiche delle condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività. Tutto questo consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sui determinanti di salute e, quindi, di migliorare il proprio stato di salute globale. Le aziende sanitarie sono contestualmente un luogo di lavoro e, stante la specifica *mission* di prevenzione, cura e riabilitazione, un ambiente che esercita un'influenza culturale importantissima su pazienti, utenti e visitatori. Per favorire l'adesione a stili di vita salutari occorre necessariamente fare leva su diversi approcci: la tutela della salute attraverso le modifiche ambientali, il sostegno di autoefficacia ed autoestima e lo sviluppo delle abilità di vita personali. Riteniamo che il lavoro in ambito psichiatrico svolto dal team aziendale sopra-descritto possa costituire un punto di partenza per identificare e sostenere attività rivolte al cambiamento dello stile di vita sedentario e le condizioni obesogeniche sia tra gli operatori che tra i pazienti assistiti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*Struttura Medicina del Lavoro, ASST di Mantova; Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia

**Dipartimento Salute mentale e Dipendenze, ASST di Mantova

° Direzione Sanitaria Aziendale, ASST di Mantova

^ Direzione Socio-Sanitaria, ASST di Mantova

Corrispondenza con gli autori:

donatella.placidi@unibs.it

BIBLIOGRAFIA

1. Beddington J., Angermeyer M., Azorin J.M., Marwaha S., Marteau F., Tourni M. *Side-effect of antipsychotic medication and health related quality of life in schizophrenia*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2009; 438, 22-28.
2. Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. *Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia*. Br J Psychiatry. 2010; 196:116-121.
3. Cartabellotta A, Da Roit M, Lazzari S, Crainich U, Inclimona F, Serafini F. *Efficacia dell'esercizio fisico nei pazienti con patologie croniche*. Evidence 2016; 8 (9): e1000152.
4. Conn VS, Hafdahl AR, Cooper PS, Brown LM, Lusk SL. *Meta-analysis of workplace physical activity interventions*. Am J Prev Med 2009; 37: 330-339
5. Correll CU, Solmi M, Veronese N, et al. *Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls*. World Psychiatry. 2017;16:163-180.
6. Cremaschini M., Moretti R., Brembilla G., Valoti M., Sarnataro F., Spada P., Mologni G., Franchin D., Antonioli L., parodi D., Barbaglio G., Masanotti G., Fiandri R. *Stima dell'effetto ad un anno di un programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro in provincia di Bergamo*. Med Lav 2015; 106 (3):159-71

7. DeHert M, Dekker J.M., Wood D. *Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EPsD) and the European Society of Cardiology (ECS)*. *European Psychiatry* 2009; 24: 412-424.
8. Farholm A, Sørensen M, Halvari H, Hynnekleiv T. *Associations between physical activity and motivation, competence, functioning, and apathy in inhabitants with mental illness from a rural municipality: a cross-sectional study*. *BMC Psychiatry* 2017; 17 (1): 359. doi: 10.1186/s12888-017-1528-3.
9. Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung AR. *A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients*. *Psychol Med*. 2015;45:1343-1361.
10. Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gortzyski P, Yung A, Vancampfort D. *Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis*. *Psychol Med* 2016; 46: 2869-2881
11. Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, et al. *Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. *Schizophr Bull* 2017; 43:546-556.
12. Gardner-Sood P, Lally J, Smith S, et al.; IMPaCT team. *Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in people with established psychotic illnesses: baseline data from the IMPaCT randomized controlled trial*. *Psychol Med*. 2015; 45:2619-2629
13. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT; *Lancet Physical Activity Series Working Group*. *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*. *Lancet*. 2012;380:219-229.
14. Looijmans A, Stiekema APM, Bruggeman R, van der Meer L, Stolck RP, Schoevers RA, Jörg F, Corpeleijn E. *Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: cluster randomised controlled trial*. *Br J Psychiatry*. 2017a; 211(5):296-303.
15. Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers R, Corpeleijn E. *Design of the Lifestyle Interventions for severe mentally ill Outpatients in the Netherlands (LION) trial; a cluster randomised controlled study of a multidimensional web tool intervention to improve cardiometabolic health in patients with severe mental illness*. *BMC Psychiatry*. 2017b; 17(1):107.
16. Masterson TD, Kirwan CB, Davidson LE et al. *Brain reactivity to visual food stimuli after moderate-intensity exercise in children*. *Brain Imaging and Behavior* 2017
17. Mo P.K.H., Blake H., Batt M. *Getting healthcare staff more active: the mediating role of self-efficacy*. *British Journal of Health Psychology* 2011; 16: 690-706.
18. Reis R, Salvo D, Ogilvie D, Lambert E, Goenka S, Brownson R, for the Lancet Physical Activity Series Executive Committee. *Physical Activity 2016: Progress and Challenges. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving*. *Lancet* 2016; 388: 1337-48
19. Røe C, Preede L, Dalen H, Bautz-Holter E, Nyquist A, Sandvik L, Saebu M. *Does adapted physical activity-based rehabilitation improve mental and physical functioning? A randomized trial*. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016 May 12
20. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. *Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness*. *Am J Prev Med* 2013; 44: 406-415
21. Schuch FB, Vancampfort D, Sui X, et al. *Are lower levels of cardiorespiratory fitness associated with incident depression? A systematic review of prospective cohort studies*. *Prev Med*. 2016;93:159-165.
22. Scott, D., Happell, B. *The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness*. *Issues in Mental Health Nursing* 2011; 32: 589-597.
23. Sormunen E, Saarinen MM, Salokangas RK, Telama R, Hutri-Kahonen N, Tammelin T, Vilkkari J, Raitakari O, Hietala J. *Effects of childhood and adolescence physical activity patterns on psychosis risk—a general population cohort study*. *NPJ Schizophrenia* 2017 Jan 13; 3: 5.

-
24. Stubbs B, Firth J, Berry A, Schuch FB, Rosenbaum S, Gaughran F, Veronesse N, Williams J, Craig T, Yung AR, Vancampfort D. *How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression.* Schizophr Res. 2016;176:431-440.
 25. Teychenne M, Costigan SA, Parker K. *The association between sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review.* BMC Public Health. 2015;15:513.
 26. Ussher M., Standbury L., Cheeseman V., Faulkner G. *Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom.* Psychiatric Services 2007; 58: 405-408.
 27. Vancampfort D., Probst M., Knapen J., Carraro A., De Hert M. *Association between sedentary behavior and metabolic parameters in patients with schizophrenia.* Psychiatry Research 2012; 200 (2-3): 73-8
 28. Vancampfort D, Firth J, Schuch F, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, Probst M, Ward P, Gaughran F, De Hert M, Carvalho A, Stubbs B. *Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis.* World Psychiatry 2017;16:308-315
 29. Verhaeghe N., De Maeseneer J., Maes L., Van Heeringen C., Annemans L. *Perception of mental health nurses and patients about health promotion in mental health care: a literature review.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2011; 18: 487-492.
 30. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks.* World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2009.
 31. World Health Organization. *Research for Universal Health Coverage.* World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2013.
 32. World Health Organization. *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025.* World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2015.

Vince la mente

Gianluigi Nobili*, Alessandra Moroniy**,
Camilla Santiniz***

ABSTRACT

Aim of this paper is to underpin the value of understanding the psychological character of personality of soccer players for a more structured knowledge of him – or herself and for higher performances in team. The goal of the project *Vince la mente* is to show how a proper knowledge of him – or herself permits to obtain more efficiency in the play.

1. RAZIONALE

Lo sport è considerato da tempo fonte di salute mentale e fisica. In Italia, tra i ragazzi, il calcio è di gran lunga lo sport più popolare e praticato; esso merita attenzione per la vastità di un fenomeno che risponde a molte esigenze psicofisiche e sociali, dalle più elementari alle più evolute.

Il progetto *Vince la mente* si focalizza sulla psiche e i comportamenti del calciatore. L'obiettivo è di migliorare il gesto atletico e la qualità della prestazione tramite l'utilizzo di strategie d'intervento psicologiche. La preparazione mentale dell'atleta si avvale di un efficace insieme di strumenti atti a far acquisire al calciatore abilità psico-fisiologiche utili al miglioramento delle prestazioni, sia in allenamento che in gara. Un requisito essenziale che lo studio vuole perseguire è, in tal senso, la conoscenza di sé che l'atleta deve possedere per arrivare a identificare i suoi punti di forza e di debolezza.

Il calcio rappresenta non solo attività fisica e una forma di gioco, ma può diventare uno strumento di miglioramento in diverse aree esistenziali, quali: tolleranza degli insuccessi, sicurezza di sé, senso di partecipazione

sociale, possibilità di esprimere, dominare e controllare la propria aggressività e gratificare bisogni esibizionistici (Senècal et al., 2008).

2. FINALITÀ

Nel calcio la conoscenza della personalità è divenuta un aspetto di fondamentale importanza, utile per comprendere l'individuo ed il suo comportamento che deriva da un processo dinamico inserito in un contesto sociale. L'interesse va oltre alla conoscenza dei problemi della personalità, in quanto il progetto dello studio servirà per attuare piani d'intervento psicologico sugli atleti, laddove esistano problemi (Moran, 2009).

Ogni soggetto, durante la sua vita, viene a contatto con molte esperienze che agiscono sulla personalità, al punto di modificarne i bisogni, gli interessi e le motivazioni (Reverter-Masia et al., 2008). La ricerca sulla personalità oscilla tra lo studio dei tratti come disposizioni stabili che caratterizzano ogni individuo e l'analisi delle modificazioni prodotte nelle caratteristiche psicologiche personali dalle interazioni con il vissuto e l'ambiente, secondo il modello bio-psico-sociale. Declinata in ambito sportivo, tale ricerca permette di sviluppare nei calciatori l'attenzione per il conseguimento di un miglior apprendimento e quindi di una prestazione ottimale (Williams e Ford, 2008).

La ricerca di settore (Harwood et al., 2003) si è concentrata sul confronto tra giocatori principianti ed esperti: i risultati hanno evidenziato come l'attenzione fosse diversa nelle due categorie, più selettiva nel secondo gruppo ove vi era maggior sviluppo delle abilità anticipatorie, rispetto al primo gruppo in cui si rilevava una pura partecipazione agli avvenimenti in modo cronologico e a sé stante: è la differenza tra chi nel calcio attende il pallone e chi gioca d'anticipo. È fondamentale quindi per l'atleta conoscere il proprio stile attentivo ed eventuali alterazioni dello stesso¹.

Alcuni studiosi (Rampinini et al., 2009) affermano che,

1. Il calcio, che a livello amatoriale svolge la funzione di scarico di tensioni (sport-terapia), a livello competitivo può diventare esso stesso occasione di frustrazione e stress.

mentre nel clima di gara l'atleta generalmente migliora in efficienza la sua prestazione, sotto stress, accentuandosi in lui reazioni muscolari e viscerali, subisce una disorganizzazione nella coordinazione neuro-motoria con conseguente imprecisione nel gesto tecnico. In questo panorama, l'ansia rappresenta una possibile manifestazione patologica dello stress agonistico che si ripercuote su attenzione e concentrazione determinando l'incapacità di mantenere l'impegno psico-fisico massimo per tutta la partita.

3. OBIETTIVI

Il progetto in questione si pone come principali obiettivi:

1. Illustrare le principali caratteristiche dei disturbi psichici maggiormente rintracciabili all'interno dell'ambiente calcio, sottolineando come questi si collochino come punto finale rispetto ad un continuum tra normalità e patologia;
2. Identificare, attraverso l'utilizzo di scale ed interviste cliniche semi-strutturate, punti di forza e punti di debolezza di ciascun giocatore, con il fine di creare una scheda personale e individualizzata che descriva il profilo psichico del soggetto;
3. Cogliere e definire i principali stressors esterni potenzialmente presenti nel corso della storia calcistica di ciascun giocatore, in modo da individuare strategie efficaci per il superamento degli stessi;
4. Fornire gli strumenti che possano aiutare i giocatori a conoscersi, in modo da aumentare il loro stato di salute psichico individuale e di relazione con la squadra, conducendo al tempo stesso al miglioramento delle prestazioni sia singole che di gruppo.

Dato lo scopo terapeutico del nostro progetto in ambito sportivo, i suoi possibili destinatari sono giocatori di squadre calcistiche dilettantistiche e professionistiche

4. STRUMENTI DI RICERCA

Vince la mente intende delineare il profilo psichico di ciascun giocatore attraverso l'uso di strumenti di valutazione, rendendo edotti i calciatori con lezioni teoriche e pratiche, di come la combinazione tra aspetti *personologici* e fattori *esterni* possa determinare un impatto psicologico che potrebbe incidere sulla carriera del singolo e sulla prestazione della squadra.

Gli strumenti di ricerca da utilizzare a tale scopo sono i seguenti:

1. Raccolta di dati sociodemografici;
2. Cartella autobiografica in cui gli atleti si descrivono, sottolineando quali sono, a parer loro, i punti di forza e i punti di debolezza della propria persona;
3. SCID-2 (Structured Clinical Interview-II), intervista semi-strutturata utilizzata in ambito psicologico e psichiatrico per valutare le principali caratteristiche della personalità;
4. COPE (Coping Orientation to Problem Experienced), costituito da 60 items, va a valutare con quale frequenza il soggetto mette in atto in situazioni difficili o stressanti un particolare processo di coping;
5. STAY-Y (State-Trait Anxiety Inventory), si presenta diviso in due scale (Y1 e Y2), atte a valutare rispettivamente l'ansia di stato (come si sente il soggetto al momento della somministrazione del questionario) e l'ansia di tratto (come il soggetto si sente abitualmente (Franceschina et al., 2004). È possibile in tal modo operare una prima discriminazione tra l'ansia intesa come sintomo e l'ansia espressa come modalità abituale di risposta agli stimoli esterni (Lingiardi, 1991);
6. BDHI (Buss Durkee Hostility Inventory), strumento che indaga non solo il tipo di aggressività ma anche le modalità con cui viene manifestata. Viene utilizzato sia per indagare il comportamento attuale che

2. In esso è specificato come le risposte non debbano riferirsi a uno stress specifico ma a come abitualmente ci si comporta nelle situazioni stressanti.

- le caratteristiche di tratto e può valutare le valenze aggressive espresse sul piano comportamentale e quelle ostili non agite nel comportamento.
7. ASRS V1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale), un questionario auto-somministrato che può aiutare a cogliere segni e sintomi del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, disturbo poco riconosciuto nell'adulto ma che ha un significativo impatto sulle relazioni, la carriera e anche la sicurezza personale di chi ne soffre (Biederman et al., 1993);
 8. PWB (Psychological Well-Being Scale), un questionario autovalutativo di 84 items, suddivisi in sei scale che rappresentano le dimensioni del benessere psicologico: autoaccettazione, autonomia, controllo ambientale, crescita personale, scopo nella vita, relazioni positive.

Le scale verranno somministrate ai tempi t_0 ; t_1 e t_2 (indicativamente ad inizio, metà e fine campionato; in particolare la STAY-Y e la BDHI anche in concomitanza di eventi significativi per la carriera calcistica del singolo giocatore).

5. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Le lezioni 'teoriche di cui si è fatto menzione nella sezione 4 e che verranno somministrate ai calciatori, andranno a toccare i seguenti aspetti:

1. Dalla definizione di Eustress a quella di Distress;
2. Disturbo d'Ansia e Attacco di Panico;
3. Disturbo dell'Adattamento: alterazioni dell'emotività e condotta in risposta ad eventi;
4. Disturbi di Personalità: i tratti caratteriali disfunzionali;
5. ADHD: quando l'iperattività e la disattenzione diventano un Disturbo;
6. Spiegazione e applicazione degli strumenti di misura-

- zione: interviste semistrutturate e scale di valutazione;
7. Compilazione della scheda di ciascun giocatore;
 8. Presentazione di "casi clinici";
 9. Role-Play;
 10. Interventi psicoterapeutici;

6. OBIETTIVI A LUNGO TERMINE

Gli obiettivi del progetto sono di far conoscere ai calciatori alcuni aspetti del benessere psicofisico e le connotazioni cliniche delle alterazioni dello stesso, onde individuare e riconoscere precocemente gli aspetti psichici individuali che potrebbero minare in modo significativo il funzionamento globale e prestazionale del singolo calciatore e della squadra³. Quindi, il progetto ha la prospettiva di un utilizzo ottimale delle risorse personali che, se incanalate e pilotate al meglio, in una sorta di mappa mentale co-costruita da calciatore e psichiatra/psicologo, potranno tendere verso il goal della migliore prestazione possibile.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psichiatra-psicoterapeuta, direttore U.O. di psichiatria n. 21.*

Ragione sociale: ASST Garda.

Email: gianluigi1nobili@gmail.com.

** *Psichiatra.*

*** *Psicologa.*

BIBLIOGRAFIA

1. J. Senècal, T.M.-Loughead, and G.A.-Bloom, *A season-long team-building intervention: Examining the effect of team goal setting and cohesion*. Journal of Sports & Exercise Psychology, (2008) 30:186-199.
2. A. Moran, *Cognitive psychology in Sport: Progress and prospects*. Psychology of Sport and Exercise, (2009) 23: 451-469.

3. *Prestazione calcistica e benessere psicologico individuale sono quindi da considerarsi come fattori reciprocamente correlati.*

-
3. J. Reverter-Masia, A. Legaz-Arrese, D. Munghia-Izquierdo, M. Roing-Pull, F. Gimeno-Marco, and J.R.-Barbany, *The use of sports psychology consultants in elite sport teams*. *Revista de Psicología del Deporte*, (2008) 17,1: 143-153.
 4. A.M.-Williams and P.R.-Ford, *Expertise and expert performance in sport*. *International review of Sport and Exercise Psychology*, (2008) 1,1 :4-18.
 5. C.G.-Harwood, J. Cumming, and C. Hall, *Imagery use in elite youth sport participants: Reinforcing the applied significance of achievement goal theory*. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, (2003) 3: 292-300.
 6. E. Rampinini, F.M.-Impellizzeri, C. Castagna, A.J.-Coutts, and U. Wisloff, *Technical performance during soccer matches of the Italian Serie A league: Effect of fatigue and competitive level*. *Journal of Science and Medicine in Sport*, (2009) 12, 1: 227-233.
 7. E. Franceschina, E. Sanavio, and C. Sica, *I disturbi d'ansia. In: Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale* (edito da A. Galeazzi e P. Meazzini), Giunti Editore, Milano, 2004.
 8. V. Lingiardi, *L'ansia: riferimenti semeiologici. In: I disturbi d'ansia. Clinica e terapia* (edito da E. Smeraldi e L. Bellodi), Edi-ermes, Milano, 1991.
 9. J. Biederman, S.V.-Faraone, T. Spencer, T. Wilens, D. Norman, K.A.-Lapey, et al. *Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with ADHD*. *Journal of American Psychiatry*, (1993) 150: 1792-1798.
 10. AAVV, *Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. American Psychiatric Association, 2013.



PSICHIATRIA FORENSE

Obbligo di controllo dello psichiatra

*Renato Mantovani**

In tema di responsabilità medica, l'obbligo giuridico che grava sullo psichiatra è qualificabile al contempo come obbligo di controllo, equiparando la posizione del paziente ricoverato ad una reale fonte di pericolo. Posizione rispetto alla quale il garante (nel caso di specie appunto il medico psichiatra) ha il preciso dovere di neutralizzarne ogni possibile effetto lesivo individuabile o ipotizzabile da parte del paziente verso terzi oltre, ovviamente, a quello di protezione del paziente medesimo considerato come soggetto debole, da comportamenti pregiudizievole per se stesso.

Il contenuto della posizione di garanzia assunta dallo psichiatra nei confronti del paziente deve pertanto essere valutato tenendosi nel dovuto conto la contemporanea presenza di vincoli protettivi e specifici obblighi di controllo, unitamente alla particolare complessità della situazione rischiosa che si trova nel caso di specie a divere governare.

Sempre secondo la Suprema Corte l'esigenza di contrastare e se necessario frenare un determinato rischio per il paziente, o realizzato dal paziente verso soggetti terzi quali altri pazienti od operatori sanitari del reparto di degenza, individua dunque e circoscrive, sul versante di una possibile responsabilità di carattere colposo, le regole cautelari adottabili dal medico.

Ne consegue che in un giudizio dove si contesta al medico il reato di lesioni o omicidio colposo per omesso controllo sul paziente psichiatrico, il Giudice deve, nel caso

della fase dibattimentale del processo penale, verificare, con valutazione "ex ante, l'adeguatezza di tutte le pratiche terapeutiche ed assistenziali (ivi compresa una eventuale contenzione) poste in essere dal sanitario al fine di potere efficacemente governare il rischio specifico.

Se poi tale verifica porta a riscontrare che la funzione di controllo è stata posta in essere diligentemente secondo i parametri più sopra richiamati anche a fronte di un esito infausto delle stesse il sanitario non è imputabile per un eventuale evento avverso.

In questi termini si è espressa una recente sentenza della Suprema Corte di Cassazione, la n. 43476 della Sezione IV, emessa in data 18/05/2017,

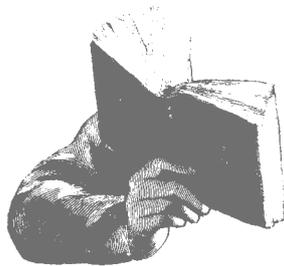
Si deve poi tenere presente che il medico psichiatra deve ritenersi titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente anche là dove quest'ultimo non sia sottoposto a ricovero coatto, con la conseguenza che il sanitario interessato, quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidarie, è sempre tenuto ad apprestare specifiche cautele.

Pertanto si può concludere affermando che è da escludere la sussistenza di un'omissione colposa e penalmente rilevante a carico dello psichiatra quando risulti che questi, nella specifica valutazione clinica del caso, si sia attenuto al dovere oggettivo di diligenza, prudenza e perizia, ricavato dalla regola cautelare applicando la terapia e l'assistenza più aderenti alle condizioni del malato e alle regole dell'arte psichiatrica.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

**Avvocato esperto di psichiatria forense*

Per corrispondenza: renato.mantovani@milano.pecavvocati.it



RECENSIONI

ENZO BONAVENTURA

La psicoanalisi

A cura di David Meghnagi

ed. Marsilio

Recensione di Jacob L. Reibman

Sigmund Freud ha dedicato parte delle proprie energie a evitare che la psicoanalisi venisse considerata una "scienza ebraica". Da molti anni invece David Meghnagi è impegnato in direzione contraria, quella della riscoperta delle radici ebraiche della psicoanalisi. I critici possono vedere in questo lavoro un'operazione antifreudiana, in quanto contraria al volere del fondatore della psicoanalisi; i sostenitori apprezzano invece il contributo alla storia del pensiero psicoanalitico dato dal disvelamento di elementi altrimenti rimasti nell'ombra per molto tempo.

Il lavoro di Meghnagi in questo senso si iscrive pertanto in quel costante tentativo da parte di numerosissimi autori di comprendere come sia nata e come si sia sviluppata la psicoanalisi, da Henri Ellenberger a Ernest Jones per citare alcuni tra i più noti. Allo stesso tempo l'opera di Meghnagi fa parte del filone della storia delle idee e di quello della storia ebraica e più in particolare della storia del contributo del pensiero ebraico al mondo contemporaneo. Meghnagi raccoglie così il testimone tra gli altri di Yosef Hayim Yerushalmi, storico del pensiero ebraico, che tra i primi affrontò da un punto di vista ebraico e storico l'opera freudiana (vedi *Il Mosè* di Freud, edizione Einaudi). È di per sé significativo che per definire il genere cui attribuire un'opera sia necessaria un'introduzione così

intricata, ma questa complessità è peraltro rappresentativa della storia stessa degli ebrei di fine ottocento e primi novecento, di cui Freud stesso faceva parte.

Per molti anni perseguitati e ghettizzati, con la rivoluzione francese gli ebrei iniziarono progressivamente a entrare a far parte della società che li circondava e a dare il proprio contributo. Fu un processo graduale e non una subitanea esplosione di libertà e accoglienza. Questo fenomeno si accompagnò infatti al persistere nella società, a ogni livello sociale e culturale, di profondissimi sentimenti antisemiti.

I timori di Freud di un accostamento tra psicoanalisi ed ebraismo si possono infatti spiegare come un tentativo di proteggere la propria creatura dall'antisemitismo presente in Europa in generale e in particolare nella stessa Austria Felix. Sarà sufficiente infatti ricordare che il sindaco di Vienna ai primi del '900, Karl Lueger, era noto per il proprio virulento antisemitismo, al punto da suscitare ammirazione in un giovanissimo e allora sconosciuto Adolf Hitler. Freud non voleva dunque che la psicoanalisi finisse ghettizzata in quanto 'scienza ebraica', ma voleva al contrario che acquisisse credibilità innanzitutto nel mondo accademico e non ebraico.

L'accettazione della psicoanalisi da parte delle università e in generale da parte dei gentili rappresentava anche una rivincita personale per l'ebreo Freud? Vi era al contrario in questo atteggiamento un rifiuto per le proprie origini o per quanto il pensiero ebraico poteva avergli trasmesso e suggerito? Non vi sono sufficienti elementi per sostenere nessuna di queste tesi. Vi sono invece molti indizi per dire che il fondatore della psicoanalisi fu ben ancorato alle proprie radici ebraiche, nonostante

i tentativi di mimetizzarle. Sarebbe in questo contesto fuori luogo approfondire il tema, ma basti pensare che nel 1925 Freud apparve tra i fondatori dell'Università ebraica di Gerusalemme.

Con questo volume, "La psicoanalisi", scritto da Enzo Bonaventura, Meghnagi approfondisce il filone di ricerca che lo contraddistingue e che allarga ad altri studiosi che unirono la passione per la psicoanalisi e la condivisione del destino del popolo ebraico. Enzo Bonaventura, l'autore di questo volume peraltro pubblicato per la prima volta alla vigilia delle Leggi Razziali del 1938, era un serio studioso di psicologia; raffinato ricercatore universitario vide la propria carriera stroncata dall'antisemitismo. Poco dopo la pubblicazione di questo testo, lo scrittore dovette lasciare l'Italia per la legislazione antiebraica e rifugiarsi nel non ancora nato Stato di Israele, dove proseguì il lavoro di ricerca all'Università ebraica di Gerusalemme.

Nonostante il doloroso esilio del suo autore, in Italia volume di Bonaventura rappresentò l'opera di riferimento per chi avesse voluto in quei terribili anni occuparsi di psicoanalisi; sono gli anni in cui Cesare Musatti braccato dai nazisti in quanto a sua volta ebreo scrive le bozze del celebre Trattato di Psicoanalisi, che poté pubblicare solo dopo la guerra. Il saggio di Bonaventura risulta oggi indispensabile contributo per chi voglia approfondire l'evoluzione del pensiero psicoanalitico e un ulteriore elemento di chiarimento della storia del nostro Paese.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

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

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



SIP-Lo

Sezione Regionale 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