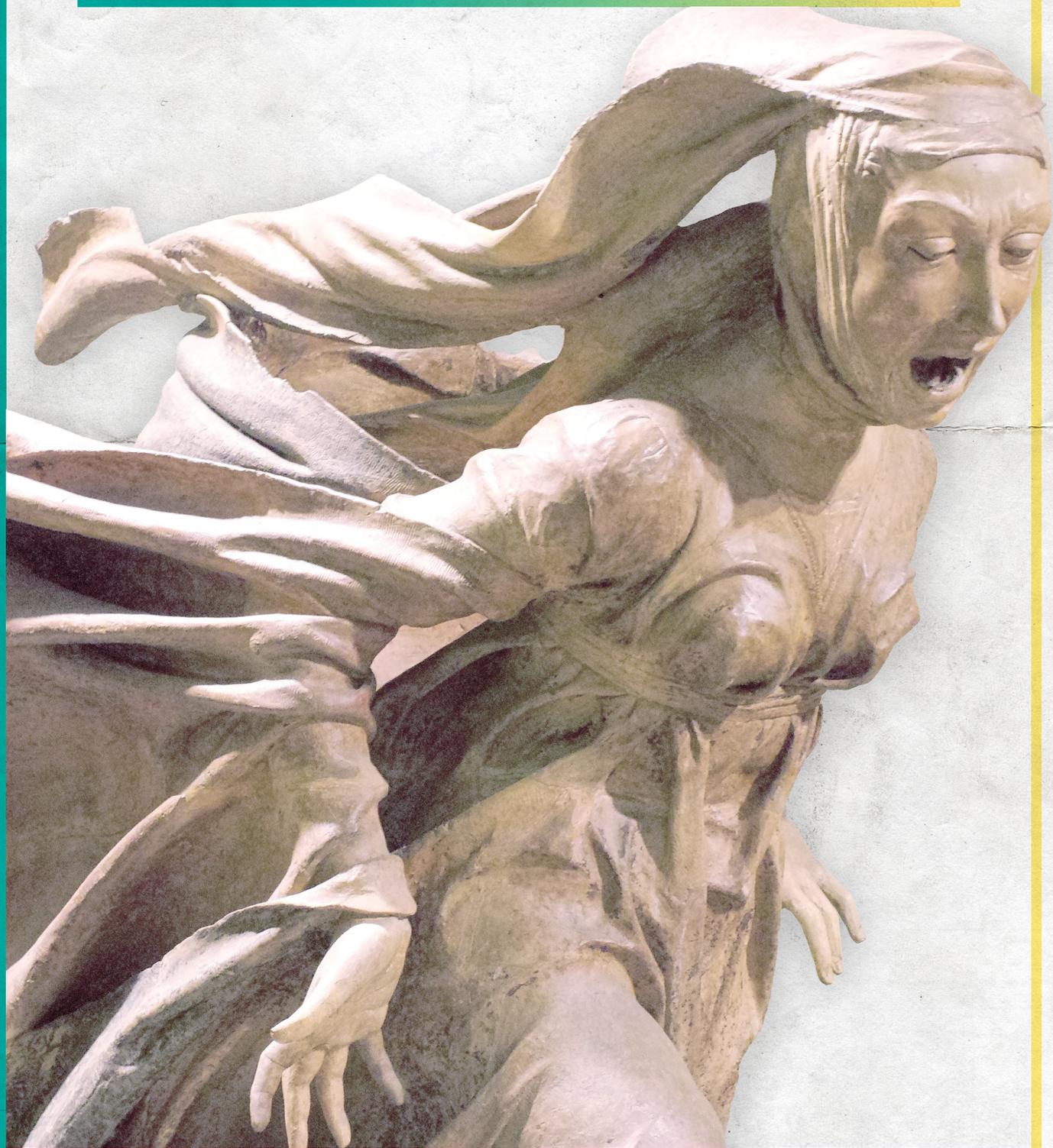




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

## PSICHIATRIA OGGI

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Aroasio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novell (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Art Director:**  
Paperplane snc

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

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

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

### IN PRIMO PIANO

**5** Stati mentali a rischio: traiettorie diagnostiche e trattamentali  
di Cerveri G.

**13** Verso un Agenzia Nazionale per la Salute Mentale  
di Mencacci C.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**16** Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso  
di Paolillo C., Lerza R., Casagrande I., Bondi E., Fraticelli C., Cerveri G., Lonati D., Petrolini V., Locatelli C.

**20** Un modello per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni: oltre un decennio di attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Psichiatria Varese  
di Caselli I., De Leo A., Isella C., Montagnoli M., Finotti P., Bellini A., Ielmini M., Callegari C.

**28** Il progetto adolescenza, disagio giovanile, territorio  
di Cerati G., Belloni G., Parola L., Violino A., Colombini C.

**37** Applicazione del modello della coalizione comunitaria in un servizio di salute mentale per i giovani: la Coalizione Comunitaria CPS Giovani-Contatto  
di D'Avanzo B., Cerri A., Barbera S., Righetti T., Percudani M.

**45** Il conflitto in Ucraina come possibile fattore di rischio per riacutizzazione psicotica: un caso di psicosi puerperale in giovane donna di origine ucraina  
di Grecchi A., Beraldo S., Cigognini A.C., Maresca G., Miragoli P.

**49** Vivere all'altezza di morte  
Note cliniche sulla connessione tra trauma infantile, PTSD legato a traumasmi bellici e sua riattivazione a distanza  
di Leali P., Barbieri S., Capra B., Aroasio P.L.

**60** Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione.  
di Leon E., Miragliotta E., Colmegna F., Clerici M.

**71** Esiti del progetto aMl città: budget di salute di comunità  
di Morganti C., Porcellana M., Baldan L., Biancorosso C., Canton S., Cerri A., Fontana R., Lanzo F. R., Macchia P., Malchioldi F., Codazzi L., Motto D., Savino C., Vairelli F., Zanobio A., Percudani M.

**81** Ogni cura ha una storia  
di Rabboni M.

### LETTERE ALLA REDAZIONE

**88** L'agonia della psichiatria di Eugenio Borgna  
di Giannelli A.

**90** Ugo Cerletti nel secolo breve  
di Patriarca C.

IN COPERTINA: *Compianto sul Cristo morto di Niccolò dell'Arca, 1463-1490*  
Chiesa di Santa Maria della Vita, Bologna  
© Paolo Villa VR / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

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

## PSICHIATRIA OGGI

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



# SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**96** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
**L'assistenza infermieristica  
all'adolescente con disagio psichico  
in sþdc: validazione di uno strumento  
d'indagine esplorativa**  
*di Merlini R., Vescovi A.G., Scaburri A.  
Galbiati G.*

**114** CONTRIBUTO AITERP  
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA  
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
E PSICOSOCIALE  
**Stato dell'arte e storia della professione  
del Tecnico della Riabilitazione  
Psichiatrica**  
*di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.*

## SEZIONE TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

**119** Nuove tecnologie in psichiatria: tra  
teoria e pratica  
*Uno sguardo sul presente e sul prossimo  
futuro. Le opportunità e i rischi dello  
sviluppo tecnologico*  
*di D'Agostino A., Migliarese G.*

**123** Nuove tecnologie in psichiatria e pratica  
clinica. Una riflessione critica  
*di Alamia A.*

**126** Telemedicina in Psichiatria: il progetto  
COD<sub>20</sub> (Cure Ospedaliere Domiciliari)  
*di Palazzo M.C.*

**131** La personalizzazione dei trattamenti  
psicofarmacologici in psichiatria:  
focus sui test farmacogenetici  
*di Callegari C., Ielmini M.*

**135** Stranger things: un'analisi delle  
prospettive future in psichiatria  
*di Olivola M.*

## SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

**145** La paura del salnitro  
*Storia delle Misure di Sicurezza e caso  
della signora MM*  
*di Grasso F., Bonizzoni M., Paletta S.,  
Vercesi M.*

**153** Le REMS e i problemi di sicurezza  
*di Mantovani L., Mantovani R.*

## Stati mentali a rischio: traiettorie diagnostiche e trattamentali

Giancarlo Cerveri

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

---

Perché si è assistito, nel corso degli anni a tanta insistenza ad occuparsi dei giovani, degli esordi, andando a forzare abitudini organizzative che spingono i servizi ad attendere che sia il paziente ad avvicinarsi a loro e non viceversa?

Perché in molti servizi si è deciso di modificare abitudini consolidate che vedevano psichiatri e neuropsichiatri lavorare in modo distante lasciando un'ampia "terra di nessuno" tra le due aree di rispettiva competenza?

Una "no man's land" che veniva pericolosamente attraversata in solitudine da colui che, pur nella necessità di continuare o iniziare le cure per il disturbo si trovava senza riferimenti se non la famiglia.

La risposta a queste domande non sta in principi etici che determinano e separano ciò che è giusto da ciò che non lo è. In modo molto prosaico, osservando i numeri che altre discipline della medicina hanno fornito nel corso degli anni si scopre la reale motivazione.

La leucemia linfoblastica acuta, per esempio, aveva una mortalità nei bambini che ne erano affetti del 95%. Nel corso degli ultimi 30 anni tale tasso di mortalità è calato dell'85%. In termini numerici significa che ogni anno migliaia di bambini vanno incontro a remissione senza recidiva. Un percorso analogo si è osservato per altre gravi patologie come lo Stroke, l'Infarto Acuto del Miocardio, l'AIDS. In tutte queste condizioni il rischio di mortalità è diminuito in modo significativo.

Quali i fattori di questo successo? Terapie sempre più personalizzate e interventi sempre più precoci.

*Ognuno sta solo sul cuor della terra  
trafitto da un raggio di sole:  
ed è subito sera*  
(S. Quasimodo)

Se dovessimo effettuare un'analisi simile in psichiatria e prendessimo come elemento di valutazione il tasso di suicidio scopriremmo che nel corso degli ultimi 30 anni

poco si è modificato rispetto a questo dato. Il suicidio, che in molti casi è associato a patologia psichiatrica, non sembra aver subito modificazioni simili nonostante l'introduzione di diversi composti utili al trattamento delle patologie psichiatriche e nonostante l'enorme quantità di studi condotti sull'argomento nel corso degli ultimi anni (Varnik 2012).

Certo, si potrà obiettare che il tasso di suicidio nella popolazione generale è un indicatore grezzo, frutto di numerosissime variabili, alcune delle quali non direttamente connesse alla patologia psichiatrica. Resta però il fatto che poco è stato ottenuto nel definire gli aspetti medici che concorrono al fenomeno e ancor meno si è riusciti ad ottenere in merito a strumenti di prevenzione realmente efficaci.

Ogni anno nel mondo circa 1 milione di persone si toglie la vita e su questo numero gli interventi che abbiamo a disposizione riescono ad incidere molto poco.

Nell'area della Salute Mentale non è solo questione di mortalità ma anche di disabilità. Wittchen e collaboratori (2012) hanno definito con grande chiarezza il peso delle patologie psichiatriche in termini di impatto sull'autonomia quotidiana della persona che ne soffre. La perdita di capacità lavorativa, la perdita economica, la necessità di assistenza sono tutti elementi molto ben



*Le Désespéré (1843-1845) di Gustave Courbet*

conosciuti che ci costringono ad un interrogativo rispetto al nostro impegno clinico quotidiano.

Quali motivi rendono la patologia psichiatrica così grave in termini prognostici? Quali sono gli elementi determinanti di un impatto così significativo?

Almeno 3 aspetti devono essere tenuti in conto:

1. I disturbi psichiatrici sono comuni. La prevalenza annuale nella popolazione generale varia dal 20 al 30%.
2. Spesso sono gravi e con andamento continuativo o recidivante (almeno il 5% della popolazione soffre di un disturbo grave)
3. L'esordio è molto precoce. Nel 75% dei casi avviene prima dei 24 anni.

L'ultima questione è quella che più si lega al tema dell'intervento precoce, alla volontà di fermare la progressione del disturbo, al tentativo di limitarne la morbilità e la disabilità di medio/lungo periodo. Eppure è l'insieme dei 3 aspetti che finisce per determinare un significativo impatto globale delle patologie che coinvolgono il sistema nervoso centrale. Un amaro frutto che si esprime con modalità di sofferenza soggettiva, con opportunità sociali e lavorative perse, con sofferenza e perdita di reddito per la famiglia, con costi sanitari per gli interventi ospedalieri, residenziali e ambulatoriali proposti, con costi indiretti per l'individuo e per la società in termini di perdita di reddito. Insomma, il risultato è un danno

di dimensioni elevate, il numero di giornate spese in disabilità per malattia che coinvolge il sistema nervoso centrale supera quelle che coinvolgono qualunque altro apparato (Wittchen et al., 2011).

## **INTERVENIRE PRECOCEMENTE PER RIDURRE I DANNI DELLA MALATTIA**

L'intervento precoce è stato ampiamente descritto nel corso degli ultimi 20 anni come la modalità di riferimento per il trattamento soprattutto dei soggetti affetti da psicosi. Lo scopo di questo processo è stato finalizzato alla riduzione della Durata di Malattia non Trattata (DUP Duration of Untreated Psychosis) (Marshall et al 2005), ovvero di quel periodo più o meno lungo che molti pazienti trascorrono con sintomi attivi più o meno gravi senza ricevere diagnosi e trattamento. Lo scopo proposto per questo cambiamento di attività era il miglioramento dell'outcome. Si è cioè proposta una modifica organizzativa dei servizi per poter intercettare il prima possibile pazienti che giungevano in carico ai servizi con un ritardo enorme. L'assunto poi sostenuto dai dati di letteratura era che una diagnosi precoce ed un intervento continuativo risultassero associati ad una riduzione della disabilità e della gravità connessa al disturbo.

La diagnosi rappresenta in questo senso il punto di snodo essenziale per separare la storia dell'individuo da una condizione di malattia non riconosciuta e non trattata, votata dunque ad un percorso di cronicizzazione e aggravamento, ad una condizione di trattamento specifico continuativo e personalizzato.

Resta però aperta la questione legata alla fondatezza della diagnosi stessa. Con la nosografia descrittiva adottata in modo quasi universalistico dai servizi di psichiatria gli elementi utili per riconoscere la malattia restano quasi esclusivamente comportamentali. Nulla è stato aggiunto di biologico o legato a specifici processi di funzionamento dei circuiti del Sistema Nervoso Centrale. Questo ovvia-

mente impedisce di osservare, riconoscere o trattare quei processi patologici già presenti nella storia dell'individuo ma che non conducono ad un quadro patologico definito secondo criteri nosografici riconosciuti. In sintesi la malattia comportamentale verosimilmente dà segno di sé diversi anni dopo che un processo patologico che continua a procedere silenziosamente. A questo si aggiunge l'estrema variabilità espressiva e mutevolezza sintomatologica osservata in molti pazienti durante l'adolescenza e la prima età adulta. Insomma, un fondamento diagnostico fragile che accettabilmente si adatta alla fase adulta ma che risulta marcatamente insufficiente nella caratterizzazione della psicopatologia nei primi anni di malattia.

## **L'intervento precoce nella psicosi**

Per lungo tempo la ricerca e la conseguente organizzazione di servizi dedicati all'intervento precoce in psichiatria si è interessata in modo specifico al ristretto ambito diagnostico della psicosi. Tale scelta discende sicuramente dall'elevata morbilità e disabilità connessa, al fatto che i servizi di salute mentale dedicano ampie risorse al trattamento della cronicità connessa a questo disturbo. L'ipotesi di un trattamento precoce in questa dimensione nosografica capace di prevenire il danno cronico ha ampiamente sollecitato clinici e ricercatori ha proporre ipotesi di lavoro. Su queste basi è nata la concettualizzazione di un intervento finalizzato ad identificare i soggetti a rischio di sviluppare una psicosi al fine di attivare degli interventi che possano impedire, rallentare o rendere meno probabile una transizione verso una condizione di malattia completa. Più di 1500 studi sono stati pubblicati in questi anni sul concetto di "Ultra-High Risk" (URH) o "Clinical High Risk" (CRH) nel tentativo di definire con sempre maggiore dettaglio e sicurezza le caratteristiche dei soggetti che fossero a maggior rischio di sviluppare una psicosi, su cui concentrare i maggiori sforzi terapeutici al fine di

evitare la transizione a schizofrenia. L'ipotesi di fondo era la possibilità di identificare, in un gruppo di giovani persone che si rivolgono ad un servizio di salute mentale, i criteri in una logica binaria per predire coloro che, con elevata probabilità, avrebbero sviluppato malattia.

I “veri positivi” di questo modello sono coloro che rispondono a criteri di rischio più o meno elevato e che realmente vanno incontro ad una transizione. Si è così giunti a codificare delle linee di indirizzo sia sulla diagnosi che sul trattamento di questa condizione psicopatologica che precede l'esordio della schizofrenia (Smith et al., 2015). Ovviamente il modello riserva delle aree di incertezza perché i sintomi psicotici sono elementi che definiscono i soggetti a rischio ma anche il concetto di transizione, per cui c'è il concreto rischio di confondere il fattore di rischio predittivo con la malattia finale. Inoltre lo stesso modello ha previsto di trattare delle persone per evitare l'espressione di una condizione patologica come la schizofrenia anche con interventi farmacologici che avevano l'indicazione per la schizofrenia creando una complessità epistemologica legata al trattamento con un antipsicotico per evitare che una psicosi emerga.

## **Il cambiamento del modello**

Molti autori hanno però osservato come tale modello presenta alcune criticità. La diagnosi e l'outcome appartengono alla stessa scala dimensionale che tende inevitabilmente a non rappresentare né lo svolgimento temporale né la dinamica multidimensionale degli stati psicopatologici nell'adolescente. La disputa non è rappresentata dalla necessità di intervenire precocemente ma dalla focalizzazione rigida su un modello di psicopatologia che inesorabilmente transita ad una condizione di psicosi. Ciò che per diverso tempo è stata presentata come “un'evidenza”, un implicito paradigma che spingeva a trattare ogni sintomo psicotico sottosoglia come una inevitabile pathway alla schizofrenia, è stato messo in discussione

nell'osservazione che la patologia schizofrenica mantiene una stabile prevalenza, che i nuovi casi difficilmente risultano individuabile con i modelli UHR/CHR, che invece rappresentano condizioni rilevanti dal punto di vista psicopatologico, meritevoli di attenzione clinica, di monitoraggio, di intervento e di studio perché risultano potenti predittori di sviluppo di severe patologie psichiatriche (spesso non appartenenti al cluster della psicosi) (Van Os & Guloksuz, 2017).

È così che nel 2018 Patrick McGorry, uno dei padri del modello dell'intervento precoce nella schizofrenia, propone una rilettura dell'intera cornice di riferimento teorica degli “Stati Mentali a Rischio”. Pur riconoscendo che tale modello ha avuto un potente effetto catalizzante per la ricerca scientifica degli ultimi 25 anni, aiutando a comprendere con maggiore chiarezza il fenotipo comportamentale e di funzionamento della psicopatologia nell'età dell'adolescenza e nella fase che precede l'esordio di un disturbo psichiatrico, non ha però mantenuto la promessa di trasformare il modello UHR/CHR in uno specifico strumento di determinazione della transizione a schizofrenia.

Non va peraltro dimenticato che le attività connesse all'intervento precoce in psichiatria hanno ottenuto una chiara determinazione dell'impatto dei disturbi mentali nell'adolescenza, precedentemente sottovalutato, hanno permesso di dettagliare le limitazioni degli attuali sistemi diagnostici nel tracciare questi fenomeni in modo coerente. Si è infatti andato consolidando il riconoscimento negli adolescenti con “Stato Mentale e a Rischio” di pattern sintomatologici instabili nelle prime fasi del disturbo con la presenza di traiettorie pluripotenti e transdiagnostiche. Si è reso necessario un aggiornamento del modello di riferimento secondo un ampio approccio trandiagnostico al fine di incrementare la previsione dell'espressione di disturbi mentali non necessariamente dell'area psicotica. Si è passati ad un approccio olistico capace di integrare i

sintomi psichici, i disturbi fisici, i dati neuropsicologici e i biomarkers al fine di incrementare la profilazione e la precisione diagnostica.

In questa visione lo stato mentale a rischio passa attraverso una stadiazione che vede microfenotipi nelle prime fasi con sintomi ascrivibili a reazioni da stress per poi passare a sintomi psicotici attenuati, stati bipolari sottosoglia, depressione moderata o lieve e condizioni riconducibili ad un quadro di personalità borderline. Tale condizione in taluni casi si strutturano in macrofenotipi che sempre di più prendono la forma delle condizioni sindromiche categoriali riconosciute. Il percorso di transizione trova poi forma in una condizione diagnostica riconoscibile che vede nel Disturbo Schizofrenico una dei possibili esiti con alternative come Disturbi dell'Umore, di Personalità o Disturbi correlati all'uso di sostanze.

In sintesi lo Stato Mentale a Rischio, in questa definizione, si caratterizza per una sostanziale instabilità sintomatologica, una frequente transizione e strutturazione verso forme patologiche diverse, una progressione secondo stadi di maggiore gravità e, quando va incontro a transizione in un Disturbo Psichiatrico riconosciuto, si caratterizza spesso per particolare gravità in termini di outcome.

## **VERSO UNA DEFINIZIONE TRANDIAGNOSTICA E STADIATIVA DI “AT RISK MENTAL STATE”**

L'espressione di transitorie esperienze psicotiche è comune in diversi Disturbi Mentali (ansia/depressione/disturbi da uso di sostanze), spesso si associa a peggiore prognosi e, in una quota minoritaria di soggetti, può dare origine ad un quadro clinico che soddisfa i criteri per la schizofrenia. Tuttavia non appare né utile né valido osservare la psicopatologia multidimensionale dei giovani attraverso un prisma “schizoide” che tende a ricondurre tutti i sintomi alla sfera schizofrenica secondo un inefficiente e binario concetto di rischio e transizione. Dove

il rischio è condizionato all'evenienza di sviluppare un disturbo psicotico e la transizione è inevitabilmente solo in quella direzione. Le più recenti review della letteratura scientifica riferibili ai modelli di “ultra-high-risk” (UHR) o “clinical high risk” (CHR) indicano un'elevata eterogeneità sintomatologica inter e intraindividuale. Ricerche epidemiologiche mostrano come le esperienze psicotiche siano markers (non necessariamente causali) di severità psicopatologica multidimensionale sicuramente legate ad un peggiore outcome. In molti studi il tasso di transizione in soggetti UHR/CHR risultava artificialmente accresciuto dal bias che riteneva la presenza di sintomi psicotici sia una variabile di percorso che anche l'esito della transizione (Van Os & Guloksuz 2017).

L'obiettivo di comprendere come i sintomi iniziali, le condizioni sindromiche, le comorbidità fisiche e mentali e la disabilità socio-lavorativa possano evolvere o andare in remissione nel corso del trattamento necessitano una cornice clinica innovativa capace di tenere insieme fattori di rischio passati e presenti, il decorso individuale della malattia, le imponenti transizioni neurobiologiche e socio-relazionali tipiche dell'adolescenza e della prima età adulta e l'individuazione di un percorso terapeutico individualizzato. Risulta inoltre necessario stabilire i pattern di continuità/discontinuità con precoci e transitori sintomi psichici o quadri sindromici più definiti emersi nella fanciullezza (dominate essenzialmente da quadri cognitivi, attenzionali o comportamentali) differenziandoli da condizioni più adult-like presenti in adolescenza (dominate essenzialmente da quadri affettivi, percettivi e cognitivi complessi). Queste ultime con maggiore probabilità tendono alla persistenza, ricorrenza o cronica disabilità (Kessler et al., 2005).

La necessità di adottare un ampio approccio transdiagnostico discende dalla continuità omotipica o eterotipica dei quadri psicopatologici osservati in questi soggetti, dall'apparente instabilità diagnostica e dalla comorbidità

conseguente che appare spesso come artefatto nosografico (adolescenti e giovani adulti che presentano già all'esordio 2 o 3 disturbi psichici diversi). Ad una visione ristretta al rischio di sviluppare un disturbo singolo e categoriale come si osserva negli adulti, diventa preferibile sostituire una condizione di continuum multidimensionale ed evolutivo (McGorry et al., 2021).

La proposta di un modello stadiativo nell'approccio agli stati mentali a rischio negli adolescenti e giovani adulti (Shah et al. 2020) riprende in modo coerente un sistema classificativo ampiamente utilizzato in numerose discipline mediche che si fonda sulla determinazione della progressione, sull'estensione, sulla prognosi del disturbo e sull'implementazione di trattamenti coerenti con lo stadio della malattia. L'obiettivo del processo resta quello di meglio definire la prognosi e personalizzare i trattamenti.

Alcuni importanti aspetti di questa definizione passano per la corretta differenziazione tra la stadiazione e l'attuale stato clinico. Un soggetto in una stadio clinico avanzato di una sindrome psichiatrica può andare incontro a remissione ma non per questo cambia il livello di stadiazione raggiunto nella valutazione durante la fase acuta. In questo senso la stadiazione in psichiatria diventa unidirezionale. Altro aspetto fondamentale il passaggio ad uno stadio di malattia più grave resta probabilistico e mai inevitabile per quanto i soggetti a stadi più precoci abbiano minore probabilità di progressione rispetto a coloro che sono in stadi di malattia più avanzati, nulla può essere dato per scontato nel percorso di progressione della malattia.

In accordo con i principi dell'intervento precoce diventa possibile con questo modello distinguere una stadiazione lieve che si ritiene a basso rischio di progressione verso condizioni ricorrenti o persistenti. Nei primi casi la prevenzione diventa il focus centrale dell'intervento. Interventi clinici intensivi saranno invece rivolti

ai soggetti con stadiazione più avanzata. La progressione sarà omotipica se prosegue una direzione psicopatologica coerente con i sistemi classificativi (una forma lieve di depressione si trasforma in Depressione Maggiore o una forma attenuata di psicosi in una forma completamente soprasoglia) o eterotipica se le manifestazioni nella progressione saranno l'espressione di una condizione maniacale o psicotica in un soggetto con precedenti sintomi depressivi lievi.

## GLI ELEMENTI ESSENZIALI DELLA STADIAZIONE: PROGRESSIONE ED ESTENSIONE DEL DISTURBO

Sempre nel contributo di Shah et coll. (2020) autori hanno definito alcune variabili essenziali per dare coordinate cliniche nella definizione del processo di tracciamento della traiettoria del disturbo e dei percorsi di cura. In particolare, hanno definito due ipotetici assi cartesiani intorno ai quali definire l'andamento della malattia come una funzione.

Con il termine progressione del disturbo viene inteso uno shift da un modello categoriale ad un modello dimensionale. La progressione dello Stato Mentale a Rischio può avvenire da una condizione con sintomi non specifici ad un disturbo sottosoglia difficilmente ascrivibile ad una delle maggiori categorizzazioni nosografiche contenute nel Manuale Diagnostico. L'espressione psicopatologica permane sempre caratterizzata da elementi transnosografici e da intensa variabilità. Spesso sono condizioni cliniche non definite con sintomi di ansia, depressione e disturbi del sonno che tendono a modificarsi nel corso del tempo. Anche la definizione di superamento della soglia assume un significato di progressione del disturbo con una visione che vede un Disturbo d'Ansia come una condizione di rischio per lo sviluppo di un episodio Depressivo e quest'ultimo come uno stato di rischio per lo sviluppo di un episodio maniacale o psicotico.

Per estensione del disturbo si intende la complessità di funzioni che lo stesso è andato ad intaccare nella vita del soggetto. Elementi attinenti allo stato mentale (come la neurocognitività, la suicidabilità, l'assunzione di sostanze d'abuso etc) o allo stato fisico (come disordini metabolici, autoimmuni, cardiorespiratori etc) definiscono le aree vitali che risultano deficitarie nel funzionamento globale della persona e contribuiscono nella stadiazione del disturbo.

## CONCLUSIONI

La sfida posta dalla necessità di un intervento precoce nella diagnosi e nel trattamento della patologia psichiatrica ha sempre più alzato l'asticella delle sfide al meccanismo tradizionale di lavoro che intendeva applicare un modello già sperimentato sugli adulti a soggetti semplicemente "un po' più giovani".

La necessità di adattare la risposta alla realtà con cui ci si confronta ha spinto i ricercatori a trovare posizioni condivise e utili alla clinica degli esordi. Si sta sempre più consolidando l'idea di un range di età tra i 12 e i 25 anni come area di analisi specifica per l'utilizzo di un modello in cui si supera una definizione diagnostica a silos per passare ad una integrazione transnosografica di staging clinico.

In questo senso vengono ripensate le traiettorie psicopatologiche secondo riferimenti come la Progressione del disturbo e la sua Estensione. Utile è poi risultata la definizione di progressione come di un passaggio di stadio di tipo probabilistico e dunque non inevitabile ma allo stesso tempo non reversibile e di tipo unidirezionale.

Tutto ciò diventa una sfida utile a creare un modello che riguarda anche l'organizzazione dei servizi dedicati agli esordi sia in termini di valutazione diagnostica che di definizione di programmi trattamentali personalizzati.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di Lodi*

CORRISPONDENZE:

[giancarlo.cerveri@assl-lodi.it](mailto:giancarlo.cerveri@assl-lodi.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593-602.
2. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. *Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry*. World Psychiatry. 2018 Jun;17(2):133-142
3. McGorry PD, Nelson B. *Transdiagnostic psychiatry: premature closure on a crucial pathway to clinical utility for psychiatric diagnosis*. World Psychiatry. 2019;18:359-60.
4. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. *Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review*. Arch Gen Psychiatry.
5. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al. *EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses*. Eur Psychiatry. 2015;30:388-404.
6. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. *EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses*. Eur Psychiatry. 2015;30: 405-16.
7. Shah JL, Scott J, McGorry P et al., *Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement on Transdiagnostic Clinical Staging in Youth Mental Health* World Psychiatry. 2020 Jun; 19(2): 233-242.
8. Trigg ME, Sather HN, Reaman GH, Tubergen DG, Steinherz PG, Gaynon PS, Uckun FM, Hammond GD; *Children's Oncology Group Ten-year survival of children with acute lymphoblastic leukemia: a report from the Children's Oncology Group*. Leuk Lymphoma. 2008 Jun;49(6):1142-54.
9. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 21(9): 655-679.
10. van Os J, Guloksuz S. *A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm*. World Psychiatry. 2017;16(2):200-206. doi:10.1002/wps.20423
11. Värnik P. *Suicide in the world*. Int J Environ Res Public Health. 2012 Mar;9(3):760-71

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

### NORME EDITORIALI

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

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

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

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

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



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni