



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 2 • luglio-dicembre

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 Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (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)

Responsabile Comunicazione Digitale:

Federico Grasso (Lodi)

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

- 5** Una domanda inquietante:
la politica trascura la salute mentale?
di Giannelli A.
- 12** The Eternal Sunshine of a spotless mind.
Ovvero come riprendere ad usare la
parola in Psichiatria
di Cerveri G.
- 18** Società Italiana di Psichiatria: appunti
per una proposta di trasformazione
di Bondi E.
- 20** Uno Sguardo al futuro: il
punto della Società Italiana di
Neuropsicofarmacologia
di Mencacci C. e Balestrieri M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 22** Transizione da UONPIA a CPS
Giovani: focus sulle diagnosi nelle
traiettorie cliniche
di Baldaqui N., Camporota V., Giombelli
A., Durbano F.
- 28** Intervento di prevenzione del disagio
giovanile nelle scuole secondarie superiori
della Martesana (Città Metropolitana di
Milano)
di Carnevali S., Camporota V., Giombelli
A., Durbano F.
- 36** L'uso problematico di internet:
dall'evoluzione della definizione
diagnostica alla pratica clinica.
Presentazione di un caso clinico
di Di Bernardo I., Porcellana M., Morganti C.,
Percudani M.
- 51** L'integrazione tra i Disturbi della
Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)
nell'età adulta e diverse aree della
Medicina: Il Progetto Intersezioni
di Galetti N., Arrigoni V., Floris L.G.,
Cardani I., Fraticelli C.
- 58** L'abuso sessuale nell'infanzia come
disorganizzatore nosografico
di Grecchi A., Cigognini A.C., Ingrosso G.,
Orestì M., Ossola C., Beraldo S., Miragoli P.
- 64** La riabilitazione psichiatrica in contesto
residenziale ai tempi del Covid: analisi,
considerazioni e prospettive future
di Gulizia D., Cisima M., Consonni E.,
Mazza U., Morsello I., Percudani M.,
Oltolina M., Porcellana M., Simone M.,
Zoppini L.
- 71** Progetto AUTER - Formulazione del
progetto di vita per le persone con
Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)
basato sui costrutti di "Quality of Life".
Progetto per la diagnosi ed il trattamento
dell'autismo nell'adulto: L'esperienza del
DSMD dell'ASST di Lodi
di Viganò V., Granata N.; Vercesi M.,
Cerveri G.

IN COPERTINA: Profeta Imberbe di Donatello, 1416-1418
Museo dell'Opera del Duomo, Firenze
© Larry Lamsa / Wikimedia Commons / CC BY 2.0

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



SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 2 • luglio–dicembre

PSICHIATRIA FORENSE

80 Il presente e i possibili futuri scenari per i percorsi della esecuzione penale dei pazienti psichiatrici
Autori di reato alla luce delle sentenze 2022 delle Corti dei diritti (cui si aggiunge la sentenza Corte costituzionale n. 99 del 2019) di Amatulli A.

89 In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?
di Mantovani R. e Mantovani L.

91 Stress e pazienti psichiatrici autori di reato
L'esperienza della Fondazione AS.FRA durante la pandemia da Covid-19 di Santambrogio J., Giancontieri A., Matuella M., Besana F., Leon E., Rat C., Mauri M., Cunial E., Mattavelli C., Solmi M., Clerici M., Santarone A.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

104 CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
AITeRP. Da associazione professionale maggiormente rappresentativa ad associazione tecnico scientifica (ATS).
di Fossati E.M., Pagella D.M.G., Scagliarini V.

109 Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio
di De Paola T., Romano F., Elsa V.

TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

122 Le nuove tecnologie per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)
*Breve rassegna delle terapie digitali e Stato dell'innovazione
Di Cugno M., Pasi A., Perrotta S., Migliarese G.*

L'ANGOLO DELLA REDAZIONE

132 Sharp objects: immagini da una miniserie televisiva e spunti per una lettura psicopatologica del disturbo fittizio per procura
di Caselli I.

135 Significati archetipici e simbolici nella perizia di famiglia e nella figura del perito
di Loi M.

Progetto AUTER - Formulazione del progetto di vita per le persone con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) basato sui costrutti di “Quality of Life”.

*Progetto per la diagnosi ed il trattamento
dell'autismo nell'adulto: L'esperienza del
DSMD dell'ASST di Lodi*

Viganò V. , Granata N.* , Vercesi M.* , Cerveri G.**

INTRODUZIONE

Il progetto AUTER nasce nell'ambito del Piano Operativo Regionale Autismo^[1] della regione Lombardia, legato al documento di *“Aggiornamento delle Linee di Indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico (ASD)”*, approvato in Conferenza Unificata il 10 maggio 2018. Il documento completa l'iter iniziato con la Legge 134/2015 *“Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”*, punto di partenza per l'attuazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La finalità di AUTER, in particolare, è quella di definire e implementare percorsi differenziati per la formulazione del progetto di vita, basato sui costrutti di *“Quality of Life”* (Qualità di Vita), tenendo conto delle diverse necessità di supporto, del livello di funzionamento adattivo e disturbi associati delle persone con ASD, con particolare attenzione alla fascia d'età dai 16 anni in poi.

Per un adulto è fondamentale la valutazione dei domini di qualità della vita per la definizione di un progetto coerente con il suo benessere, le sue preferenze e aspettative: il *“progetto di vita”* considera l'insieme coordinato degli obiettivi e dei modi per raggiungerli, al fine di garantire un percorso di vita unitario e non frammentato. Il progetto prevede un'équipe interdisciplinare, costituita da

specialisti nell'ambito della Psichiatria e Psicologia e della Riabilitazione Psichiatrica, formata specificatamente per la valutazione diagnostica, il supporto psicosociale e il trattamento di adulti con ASD, alla quale si affianca un'équipe funzionale integrata composta da una figura sanitaria e da un assistente sociale dell'ASST. Le équipe lavorano a stretto contatto con le altre unità operative all'interno dell'ASST e con le associazioni presenti sul territorio che si occupano di persone con ASD.

Ad oggi, l'équipe specialistica del Centro Psico Sociale (CPS) dell'ASST di Lodi, considerate le esigenze e le risorse del servizio, si è dedicata prevalentemente alla valutazione e al trattamento delle forme di autismo ad alto funzionamento (*High Functioning Autism, HSA*).

CRITERI DIAGNOSTICI

In **tabella 1** sono presentati i criteri diagnostici per la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

L'ASD si trova all'interno della sezione dei Disturbi del Neurosviluppo del DSM-5, quinta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali [2], che raggruppa in un'unica categoria diagnostica (ASD) i disturbi precedentemente classificati nel DSM-IV-TR [3] come: Disturbo Autistico, Sindrome di Asperger, Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia e Disturbo Pervasivo dello Sviluppo NAS.

I Disturbi del Neurosviluppo vengono identificati come disturbi di base caratterizzati da strutture di funzionamento cognitivo e affettivo che definiscono modalità di accesso al mondo, causati da una distorsione dello sviluppo determinata biologicamente con esordio nel periodo precoce dello sviluppo.

L'autismo viene concettualizzato come *Spettro*, cioè un continuum di condizioni a espressione variabile, che condividono un substrato psicopatologico comune, caratterizzato da compromissioni riguardanti due domini specifici e non più tre come nel DSM-IV: atipicità nella comunicazione e nell'interazione sociale oltre che modalità di comportamento, interessi e attività ripetitivi e ristretti^[2].

Tab. 1 – Criteri diagnostici Disturbo dello Spettro dell'Autismo 299.00 (F84.0)

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

1. Deficit della reciprocità socio-emotiva, che vanno, per esempio, da un approccio sociale anomalo e dal fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.
2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale.
3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei

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

1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per es., stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratiche).
2. Insistenza nella sameness (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per es., estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigido, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità (per es., forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi).
4. Iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per es., apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti).

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

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

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

* Specificare la gravità attuale: Il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi (si veda Tabella 2).

I Disturbi dello Spettro Autistico si articolano sul piano clinico da forme a basso funzionamento dove è presente una compromissione intellettiva, comunicativa, socio-relazionale e di autonomia, a forme ad alto funzionamento dove si delineano capacità intellettive nella norma o superiori. In questi casi il quadro clinico appare solitamente meno evidente e più sfumato, motivo per cui le diagnosi vengono spesso poste tardivamente. Spesso queste persone giungono all'osservazione clinica solo quando prendono contatto con i servizi psichiatrici territoriali per la presenza di disturbi in comorbidità insorti secondariamente [3].

MANIFESTAZIONI CLINICHE

DELL'AUTISMO AD ALTO FUNZIONAMENTO

Nella pratica clinica il riconoscimento delle forme di autismo ad alto funzionamento presenta diverse criticità, rendendo complesso il processo diagnostico. Quello che viene generalmente identificato come HFA comprende quadri clinici di minore gravità dove non sono presenti deficit nel linguaggio e nel funzionamento intellettivo, con livelli di autonomia sufficientemente adeguati all'età del soggetto (**Livello 1, Tabella 2**). Nelle prime fasi dello sviluppo non si verificano né ritardo nel linguaggio né disabilità intellettiva. Talvolta i soggetti presentano capacità intellettive e linguistiche anche superiori alla norma.

Le manifestazioni sono ascrivibili sempre ad anomalie nella comunicazione, soprattutto per quanto concerne il linguaggio non verbale, dove sono presenti una limitata modulazione del contatto oculare, e una ristretta mimica e gestualità descrittiva. Il linguaggio verbale, invece, appare spesso caratterizzato da un eloquio piatto, monotono con un utilizzo strano e improprio di alcuni vocaboli. Rispetto all'interazione sociale il soggetto con HFA riscontra difficoltà nell'adottare il proprio comportamento ai diversi contesti sociali, spesso con un approccio anomalo, quasi manierato e limitate aperture sociali. Questi individui faticano inoltre nella reciprocità socio-emotiva, soprattutto nel condividere interessi, emozioni e sentimenti con le

altre persone. Mostrano una scarsa flessibilità cognitiva, con un pensiero caratterizzato da concretismo, letteralità e rigida adesione a schemi prefissati.

Di conseguenza, sul versante comportamentale molto spesso si riscontrano una propensione all'aderenza a routine fisse e rigide, difficoltà a far fronte a cambiamenti e imprevisti oltre che modalità di comportamento rigide e interessi ristretti e ripetitivi. Accanto a tali aspetti si presentano spesso atipicità neurosensoriali, quali fotosensibilità e ipersensibilità a stimoli uditivi, odori e texture. In questi soggetti le diagnosi sono spesso tardive, poiché le caratteristiche, soprattutto nel periodo precoce dello sviluppo, possono apparire impercettibili e talvolta anche mascherate da strategie apprese, diventando, tuttavia, evidenti con il tempo, quando le richieste sociali e ambientali diventano più articolate [4].

Se non riconosciuto e tempestivamente diagnosticato, il soggetto adulto può raccogliere nel corso della vita esperienze fallimentari e vissuti di inadeguatezza, sviluppando di conseguenza una sintomatologia secondaria, come depressione e ansia che conducono il soggetto a prendere contatti con gli specialisti della salute mentale, giungendo solo in un secondo momento all'identificazione di una neurodiversità [5].

COMORBIDITÀ E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Quasi i 2/3 degli adulti con HFA presenta un disturbo psichiatrico in comorbidità [6]. Lo sviluppo di patologie secondarie viene generalmente giustificata dal fatto che i soggetti adulti HSA presentano una ridotta capacità di adattamento ai normali eventi di vita e ai fattori stressanti, conducendo ad una maggiore vulnerabilità e a sviluppare sintomi affettivi. Si stima che la prevalenza di un disturbo dell'umore in comorbidità sia intorno al 37% mentre di quello ansioso intorno al 42%. Molto frequente è ancora la presenza del disturbo del neurosviluppo da Deficit di Attenzione e Iperattività/Impulsività (ADHD) (40%) [7,8].

Nella pratica clinica è importante tenere in considerazione che la comorbidità psichiatrica può mascherare la

Tab. 2 — Livelli di gravità dell'ASD

Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti, ripetitivi
Livello 3	Gravi deficit delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale causano gravi compromissioni. Del funzionamento, avvio molto limitato delle interazioni sociali e reazioni minime alle aperture sociali da parte di altri. Per esempio, una persona con un eloquio caratterizzato da poche parole comprensibili, che raramente avvia interazioni sociali e, quando lo fa, mette in atto approcci insoliti solo per soddisfare esigenze e risponde solo ad approcci sociali molto diretti.	Inflessibilità di comportamento, estrema difficoltà nell'affrontare il cambiamento, o altri comportamenti ristretti/ripetitivi interferiscono in modo marcato con tutte le aree del funzionamento. Grande disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.
Livello 2	Deficit marcati delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale; compromissioni sociali visibili anche in presenza di supporto; avvio limitato delle interazioni sociali; reazioni ridotte o anomale alle aperture sociali da parte di altri. Per esempio, una persona che parla usando frasi semplici, la cui interazione è limitata a interessi ristretti e particolari e che presenta una comunicazione non verbale decisamente strana.	Inflessibilità di comportamento, difficoltà nell'affrontare i cambiamenti o altri comportamenti ristretti/ripetitivi sono sufficientemente frequenti da essere evidenti a un osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.
Livello 1	In assenza di supporto, i deficit della comunicazione sociale causano notevoli compromissioni. Difficoltà ad avviare le interazioni sociali, e chiari esempi di risposte atipiche o infruttuose alle aperture sociali da parte di altri. L'individuo può mostrare un interesse ridotto per le interazioni sociali. Per esempio, una persona che è in grado di formulare frasi complete e si impegna nella comunicazione, ma fallisce nella conversazione bidirezionale con gli altri, e i cui tentativi di fare amicizia sono strani e in genere senza successo	L'inflessibilità di comportamento causa interferenze significative con il funzionamento in uno o più contesti. Difficoltà nel passare da un'attività all'altra. I problemi nell'organizzazione e nella pianificazione ostacolano l'indipendenza.

neurodiversità dello spettro dell'autismo^[9]. La conseguente misdiagnosi può comportare un effetto peggiorativo con errata impostazione di terapia farmacologica e trattamenti psicologici non efficaci. Spesso la causa delle errate diagnosi risiede nella difficoltà dei soggetti con HFA ad accedere al proprio mondo interno e riconoscere i propri vissuti emotivi^[10]. È possibile che la neurodiversità venga erroneamente

confusa con disturbi di personalità come lo Schizoide, l'Evitante ed il Paranoide, per la somiglianza sintomatologica nelle aree connesse all'evitamento sociale, alla sensibilità ai giudizi, alla critica e alla pervasiva diffidenza e sospettosità nei confronti degli altri^[11]. La rigidità di pensiero, l'aderenza alla routine e l'adesione alla sameness (immodificabilità) possono venir spesso confusi con le manifestazioni tipiche

del Disturbo Ossessivo-Compulsivo o del Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo. Nei casi invece della Schizofrenia, l'overlapping consiste nella manifestazione di comportamenti a volte bizzarri e apparentemente disorganizzati, nell'ideazione paranoide in contesti di eccessivo stress ambientale, nella ridotta espressività emotiva ^[12] e nell'impairment della cognitività sociale che possono ricordare i sintomi negativi dello spettro schizofrenico ^[13].

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA SPECIALISTICA PRESSO IL CPS DELL'ASST DI LODI

La valutazione delle forme ad alto funzionamento dello Spettro autistico richiede personale esperto e formato, all'interno di un'équipe multidisciplinare, una valutazione testistica specifica e standardizzata ^[14], volta anche a rilevare la presenza di disturbi comorbidi o in grado di effettuare una diagnosi differenziale, oltre che una precisa integrazione di informazioni da raccogliere tramite la storia del paziente, l'osservazione diretta e i colloqui con i familiari. Il coinvolgimento dei familiari, in particolare dei genitori, ha una rilevanza decisiva non solo perché permette di ricostruire le prime fasi dello sviluppo del paziente, elemento a volte dirimente nella diagnosi di un disturbo del neurosviluppo, ma perché permette di comprendere meglio il mondo interno del soggetto, che può non essere in grado di accedere e comprendere i propri vissuti emotivi e stati mentali.

All'interno del nostro Servizio, la valutazione diagnostica viene impostata con una prima fase di screening, in cui vengono utilizzati questionari autosomministrati che rilevano una prima presenza di sintomatologia riconducibile allo spettro dell'autismo in età adulta e l'eventuale presenza di disturbi in comorbidità.

Per lo screening dello spettro autistico vengono utilizzati:

- Autism Spectrum Quotient (AQ) ^[15]
- Adult Autism Subthreshold Spectrum (ADAS Spectrum) ^[16]

- Empathy Quotient (EQ) ^[17]

Per la diagnosi differenziale e per le patologie in comorbidità:

- Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) ^[18] – eventuale presenza di Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) in età adulta
- General Anxiety Disorder (GAD-7) ^[19] - sintomatologia ansiosa
- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ^[20] - sintomatologia depressiva
- Questionario per lo screening della personalità per l'intervista clinica strutturata del DSM 5 (SCID-5 SPQ) – questionario disturbi di Personalità ^[21]
- Mood Disorder Questionnaire (MDQ) ^[22] - disturbo bipolare

Se lo screening risulta positivo, si procede alla seconda fase, che prevede la vera e propria valutazione diagnostica specialistica. Risulta importante effettuare fin da subito un'adeguata raccolta anamnestica con particolare attenzione all'area delle relazioni sociali, degli interessi, al livello di autonomie ed eventuali difficoltà neurosensoriali.

ITER DIAGNOSTICO

Il processo psicodiagnostico (Figura 1) prevede in prima battuta una prima visita psichiatrica presso il CPS di Lodi, a meno che il soggetto non sia già seguito all'interno di uno dei centri del DSMD.

Successivamente si avvia la fase di screening tramite questionari self-report. A questa segue, se i questionari risultano positivi, un primo incontro di raccolta anamnestica con particolare attenzione alla ricostruzione in senso evolutivo delle problematiche e delle manifestazioni inerenti allo spettro dell'autismo, indagando il primo sviluppo neurologico e relazionale ^[23].

Gli incontri diagnostici che seguono sono volti alla delineazione del profilo intellettuale tramite le scale WAIS-IV ^[24] e alla presenza di eventuali disturbi di personalità tramite la SCID 5-PD ^[21].

La valutazione vera e propria non può non comprendere l'utilizzo degli strumenti cosiddetti *Gold Standard* come la Autism Diagnostic Observation Schedule - 2 (ADOS-2, modulo 4) [25] e l'Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) [26] somministrata ai familiari poiché è mirata alla ricostruzione dei primi anni di vita del soggetto. Accanto vengono utilizzate la Ritvo Autism Asperger's Diagnostic Scale - Revised (RAADS-R) [27] come supporto all'osservazione clinica e le Scale Vineland [28] volte a far emergere il funzionamento adattivo del paziente nel periodo attuale.

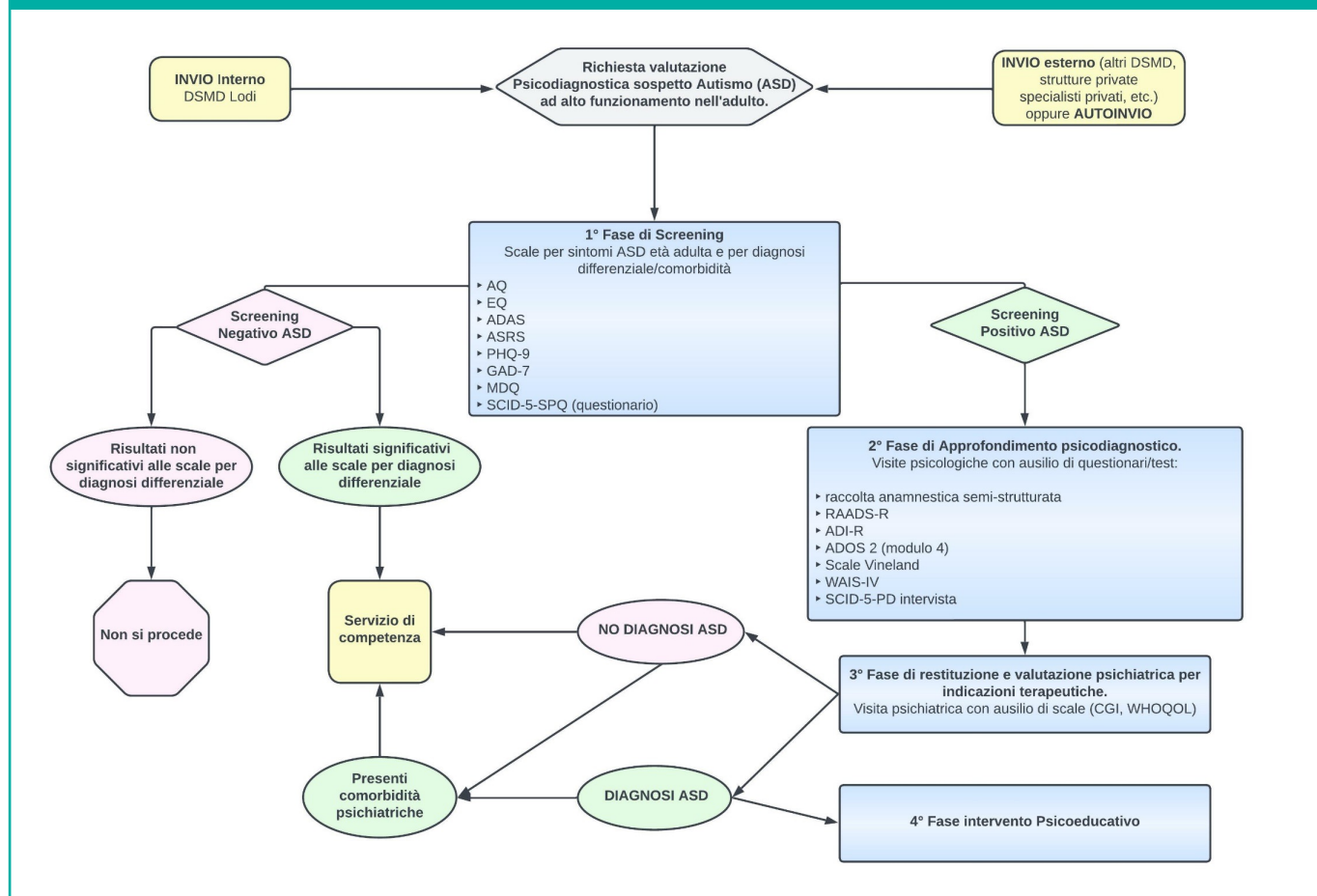
Al termine dell'approfondimento psicodiagnostico si presenta al paziente l'eventuale diagnosi di ASD e comorbidità, andando a delineare un profilo organico del paziente, il livello di funzionamento e di autonomia, oltre che le compromissioni nei diversi ambiti di vita sui cui strutturare il successivo trattamento farmacologico e psicologico.

CONCLUSIONI

La diagnosi precoce nei Disturbi del Neurosviluppo riveste un ruolo cruciale per il trattamento, per la prevenzione dell'insorgenza di patologie secondarie e per la qualità di vita del soggetto. Effettuare lo screening per l'ASD nel periodo ricompreso tra i 18 e i 24 mesi, appare in grado di anticipare l'età in cui verrà effettuata la diagnosi e conseguentemente facilitare una presa in carico tempestiva dei bambini con ASD nei servizi di Neuropsichiatria infantile [1].

In età adulta, il modello di intervento dovrebbe comprendere, in base al livello di gravità dell'individuo, una presa in carico a livello sociosanitario, sociale oltre che presso i servizi di psichiatria dell'adulto per formulare un trattamento multidisciplinare, dove alla terapia farmacologica per le comorbidità, si affiancano interventi psicoeducativi di supporto all'autonomia personale.

Fig. 1 – Algoritmo di valutazione, diagnosi e intervento



Attraverso la psicoeducazione, il soggetto ASD acquisisce una maggior comprensione del proprio funzionamento cognitivo e affettivo, imparando a riconoscere modalità disfunzionali in ambito socio-relazionale, individuando strategie compensative per migliorare abilità comunicative, riducendo l'isolamento, gestendo la rabbia oltre che sviluppando migliori capacità di adattamento verso normali eventi di vita e situazioni stressanti. Quando ci sono i presupposti, la psicoeducazione in gruppo fornisce già ai pazienti un'esperienza pratica in cui sperimentare nuove modalità socio-relazionali, riuscendo a comprendere indizi sociali e stati mentali propri e altrui.

Accanto alla terapia individuale, assume grande rilevanza anche la terapia familiare volta a fornire supporto ai componenti della famiglia oltre che una formazione sulle manifestazioni e le principali difficoltà connesse al disturbo, insegnando anche a utilizzare modalità di comunicazione efficaci e a gestire i momenti di crisi.

L'esperienza del CPS di Lodi ha avuto inizio nel mese di Giugno 2022 con la costituzione dell'équipe e la formazione specialistica degli operatori. Fino ad oggi si è occupata maggiormente del processo valutativo e della progettazione di interventi individuali di supporto, ponendo le basi per la formulazione futura di gruppi psicoeducativi dedicati ai pazienti e ai loro familiari.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

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

° *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST*

Fatebenefratelli Sacco, Milano

BIBLIOGRAFIA

1. Piano operativo regionale autismo. 2021
2. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-5TM*, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. American Psychiatric Association (APA). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 2000.
4. Stagg SD, Belcher H. *Living with autism without knowing: receiving a diagnosis in later life*. Health Psychol Behav Med 2019;7:348–61.
<https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1684920>
5. Migliarese G. *L'Autismo ad Alto Funzionamento*. Psichiatria Oggi 2016;10:71–82.
6. Vannucchi G, Masi G, Toni C, Dell'Osso L, Marazziti D, Perugi G. *Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders*. CNS Spectr 2014;19:157–64.
<https://doi.org/10.1017/S1092852913000941>
7. Vannucchi G, Masi G, Toni C, Dell'Osso L, Erfurth A, Perugi G. *Bipolar disorder in adults with Asperger's Syndrome: a systematic review*. J Affect Disord 2014;168:151–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.042>
8. Ghanizadeh A. *Co-morbidity and factor analysis on attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder DSM-IV-derived items*. J Res Med Sci 2012;17:368–72.
9. Dossetor DR. *"All that glitters is not gold": misdiagnosis of psychosis in pervasive developmental disorders--a case series*. Clin Child Psychol Psychiatry 2007;12:537–48.
<https://doi.org/10.1177/1359104507078476>
10. Ghaziuddin M, Zafar S. *Psychiatric Comorbidity Of Adults With Autism Spectrum Disorders*. vol. 5. 2008.
11. Hurst RM, Nelson-Gray RO, Mitchell JT, Kwapil TR. *The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a non-clinical adult sample*. J Autism Dev Disord 2007;37:1711–20.
<https://doi.org/10.1007/S10803-006-0302-Z>
12. Lysaker PH, Oleske KL, Warman DM, Martin JM, Salzman AK, Nicolò G, et al. *Metacognition in schizophrenia: correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity*. Psychiatry Res 2011;190:18–22.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.016>
13. Roberts DL, Penn DL, Corrigan P, Lipkovich I, Kinon B, Black RA. *Antipsychotic medication and social cue recognition in chronic schizophrenia*. Psychiatry Res 2010;178:46–50.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.006>
14. Provenzani U, Fusar-Poli L, Brondino N, Damiani S, Vercesi M, Meyer N, et al. *What are we targeting when we treat autism spectrum disorder? A systematic review of 406 clinical trials*. Autism 2020;24:274–84.
<https://doi.org/10.1177/1362361319854641>
15. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. *The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians*. J Autism Dev Disord 2001;31:5–17. <https://doi.org/10.1023/a:1005653411471>
16. Dell'Osso L, Gesi C, Massimetti E, Cremone IM, Barbuti M, Maccariello G, et al. *Adult Autism Subthreshold Spectrum (AdAS Spectrum): Validation of a questionnaire investigating subthreshold autism spectrum*. Compr Psychiatry 2017;73:61–83.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.001>
17. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. *Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient*. Psychol Med 2004;34:911–20.
<https://doi.org/DOI: 10.1017/S0033291703001624>
18. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. *The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population*. Psychol Med 2005;35:245–56.
<https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JWB, Löwe B. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. Arch Intern Med 2006;166:1092–7.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JWB, Löwe B. *The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review*. Gen Hosp Psychiatry 2010;32:345–59.

- <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
21. First MB. *Structured Clinical Interview for the DSM (SCID)*. The Encyclopedia of Clinical Psychology 2015:1–6.
<https://doi.org/10.1002/9781118625392.WBEC351>
 22. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PEJ, et al. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire*. Am J Psychiatry 2000;157:1873–5.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1873>
 23. Keller R, Bari S, Aresi A, Notaro L, Bianco F, Pirfo E. *Valutazione diagnostica dei disturbi dello spettro autistico in età adulta Diagnosing autism spectrum disorders in adulthood*. vol. 21. 2015.
 24. WAIS-IV. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* 2011:2667–2667.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_4124
 25. Lord C, Rutter M, Goode S, Heemsbergen J, Jordan H, Mawhood L, et al. *Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior*. J Autism Dev Disord 1989;19:185–212.
<https://doi.org/10.1007/BF02211841>
 26. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. *Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders*. J Autism Dev Disord 1994;24:659–85.
<https://doi.org/10.1007/BF02172145>
 27. Ritvo RA, Ritvo ER, Guthrie D, Ritvo MJ, Hufnagel DH, McMahon W, et al. *The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R): a scale to assist the diagnosis of Autism Spectrum Disorder in adults: an international validation study*. J Autism Dev Disord 2011;41:1076–89.
<https://doi.org/10.1007/s10803-010-1133-5>
 28. Icabone DG. *Vineland Adaptive Behavior Scales*.
<http://DxDoiOrg/101177/153450849902401-423> 2017;24:257–73
<https://doi.org/10.1177/153450849902401-423>

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

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliaresse

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