



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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







# Creiamo un futuro in cui le malattie siano un ricordo del passato

Siamo Janssen, l'azienda farmaceutica del Gruppo Johnson & Johnson e lavoriamo ogni giorno per un futuro in cui le malattie siano un ricordo del passato per i pazienti di tutto il mondo.

La nostra ricerca opera in numerose aree terapeutiche: oncologia ed ematologia, immunologia, neuroscienze, infettivologia e vaccini, ipertensione arteriosa polmonare e malattie cardiovascolari, metaboliche e della retina.

Scopri di più su [www.janssen.com/italy](http://www.janssen.com/italy)

janssen 

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF  
*Johnson & Johnson*



# 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 Aroasio (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](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.

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)

### 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., Malvini L., Barbera S.

**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., Arrighoni 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., Orešti 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





# 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 slato 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.

## Una domanda inquietante: la politica trascura la salute mentale?

*Alberto Giannelli*

FONDATORE E EX-DIRETTORE DI PSICHIATRIA OGGI

---

La politica non dico che ignori, ma di certo trascura la salute mentale. Sia a livello centrale che regionale chi è addetto alla gestione della pubblica salute, di quella mentale, che della prima è parte assai rilevante, si occupa poco e male, a volte per incompetenza, a volte per incapacità a suggerire linee-guida avvalendosi del parere di esperti in materia, a volte per indifferenza o superficialità.

Nell'ultima campagna elettorale e nella prima manovra finanziaria del nuovo governo, di salute si è parlato assai poco, di quella mentale niente del tutto.

Si contano sulle dita di una mano sola le volte che qualcuno abbia fatto cenno ai problemi dei malati in genere, e delle loro famiglie, tanto meno dei malati mentali, come se quest'ultimi, oltre che invisibili, siano addirittura inesistenti. A Genova, nello scorso autunno, c'è stato il Congresso della Società Italiana di Psichiatria e nessun giornale importante o trasmissione televisiva, magari nel settore medicina o cultura, ne hanno dato notizia o fatto una recensione. Questo sta a dire che si ignora o si finge di ignorare che la psichiatria è l'asse portante della salute, e non solo di quella mentale. Anche l'insero settimanale del Corriere della Sera dedicato alla salute, di salute mentale e di psichiatria si occupa poco (e meno male che nelle risposte ai quesiti dei lettori ci sia il Direttore attuale di questa nostra rivista a rispondere con chiarezza e competenza alle domande).

Eppure, sono sotto gli occhi di tutti quelli che hanno la sfortuna di un congiunto ricoverato nella Psichiatria di

*Chi non tentasse l'impossibile  
non raggiungerebbe mai il possibile*  
(Max Weber)

un Ospedale Generale, le carenze organizzative e le difficoltà di chi vi opera: carenza di personale, spazi inadeguati (so di servizi chiusi e spostati in altri Ospedali), risorse economiche scarse, pesanti incombenze burocratiche da sbrigare, presenza in reparto di soggetti che nulla o quasi hanno a che fare con disturbi mentali di rilevanza clinica e si trovano lì perché le agenzie sociali che dovrebbero occuparsene non lo fanno o non sono in grado farlo (penso a soggetti che hanno a che fare con la giustizia, a migranti via mare o via terra lasciati soli da chi dovrebbe seguirli o collocarli altrove, e così via).

Purtroppo ci sono altre cose ancora peggiori, ma in pochi casi (ma questo non ci inquieta di meno): reparti con le porte sempre chiuse o sbarre alle finestre o abuso di psicofarmaci o contenzioni fisiche. Le giustificazioni a chi protesta sono il più delle volte inaccettabili: mancanza di infermieri, malati troppo agitati o aggressivi, medici spesso assenti perché impegnati nel servizio di guardia nel Pronto Soccorso o chiamati per una consulenza in un altro reparto dello stesso ospedale. Sono giustificazioni inaccettabili sotto il profilo etico e umano, e qualcuno deve pur renderne conto. Da qualche decennio il regime manicomiale è finito o sembra finito: ripeto in pochi casi, è la mentalità manicomiale a non essere del tutto finita.

A molte delle mancanze o carenze o difficoltà operative, si potrebbe, anzi si dovrebbe intervenire con provvedimenti efficaci e rapidi da mettere in atto:



*La sala delle agitate al San Bonifazio in Firenze, (1865) di Telemaco Signorini*

assumere capisala preparati, fornire a ogni DSM una figura amministrativa che assolva gli impegni burocratici in modo che il personale si occupi di più dei malati e stia meno tempo al computer, che faccia da ponte tra il servizio e la direzione sanitaria dell'ospedale e i presidi territoriali competenti del bacino di intervento, che regoli l'accesso dei parenti senza discriminazioni di sorta, e altre cose ancora.

Chi avesse il coraggio di proporre questa e altre iniziative troverebbe una scontata risposta: non ci sono i soldi. Ricordiamo i tempi di Psichiatria Democratica nei quali, a parte alcune esagerazioni, hanno trovato spazio le luminose idee tradotte in realtà di Franco Basaglia, a

Gorizia, dagli inizi degli anni sessanta. Alcuni di noi, ma siamo rimasti ormai pochi, hanno vissuto in posizione apicale l'esperienza manicomiale paragonabile a quella dei gulag e dei lager, e hanno tentato l'impossibile per riuscire a fare il possibile (e le Amministrazioni Provinciali che gestivano allora i manicomi non erano certo di manica larga). Prima che entrassero in vigore le norme che hanno chiuso i manicomi e portata la psichiatria negli Ospedali Generali hanno fatto quel possibile, donando a quei malati dimenticati e umiliati la dignità di persone portatrici di diritti. Segnalo, anche per rispetto a coloro che non ci sono più i nomi di tali coraggiosi colleghi: Balduzzi a Varese, Massignan a Udine, Goldwurm a



Trento e poi a Voghera, Borgna a Novara, Marinato a Parabiago, Giacanelli a Perugia e, se permettete, lo scrivo a Bergamo (Giannelli, 2007). La mia esperienza a Bergamo, dove ho anticipato la legge 180 di parecchi anni, è stata tra quelle più belle della mia vita.

Perché oggi siamo rassegnati a lasciare la psichiatria come cenerentola della medicina? Chi alza la voce, si fa sentire, mobilita gli psichiatri, gli infermieri e tutti coloro che lavorano nei servizi pubblici, alleandosi alle famiglie dei malati? Se riesco la risposta la darò più avanti. Per adesso mi limito a chiedere se c'è oggi in Italia chi a voce alta e dotato di autorevolezza sappia muovere la coscienza di chi dovrebbe facilitare, anzi imporre l'uscita da quella che Borgna ha chiamato l'agonia della psichiatria (Borgna, 2022). Non so se in Parlamento ci siano psichiatri, ma dubito che qualora ci fossero riuscirebbero a svincolarsi dall'appartenenza al partito che li ha fatti eleggere.

Eppure, c'è stato chi è riuscito negli ultimi decenni del secolo scorso a smuovere la psichiatria da uno stato di inerzia e riportarla in primo piano all'attenzione della politica e della pubblica opinione. Il suo nome è C.L. Cazzullo, al quale vanno attribuiti almeno tre meriti: quello di avere aperto la prima Cattedra di Psichiatria in Italia (e forse in Europa), di aver fatto promuovere da complementare a obbligatorio l'esame di psichiatria nel corso di laurea in medicina (entrambe le cose prima dell'entrata in vigore della legge 180), di aver, in mezzo a tante difficoltà messe in atto dagli accademici, sancito il definitivo divorzio della psichiatria dalla neurologia. Vi pare poco? Nessuna figura di cattedratico o di primario psichiatra è comparsa all'orizzonte dopo di lui, dotato della stessa autorevolezza scientifica e della stessa ferrea volontà di aver reso possibili iniziative del genere che parevano destinate a cadere nel vuoto. Ho avuto la fortuna di essere un suo allievo e collaboratore, di questo mi vanto.

*Che cosa resta del buco  
una volta mangiato il formaggio?*

(Bertold Brecht)

Sarebbe però scorretto attribuire tutte le responsabilità della marginalità che occupa la psichiatria nell'ambito della medicina solo ai politici, vecchi e nuovi. Infatti, per quanto paradossale possa sembrare, ne è responsabile anche la psichiatria stessa, sia teorica o concettuale che operativa. La psichiatria è *una disciplina indisciplinata* (mi scuso per l'ossimoro) perché sia nella teoria che nella prassi non rispetta le regole della restante medicina. E questo per la sua storia, per la metodologia che impiega, per le finalità che le competono, per le sue radici che fruiscono di apporti estranei alla restante medicina e che sono filosofiche, antropologiche, persino letterarie. Provo a richiamare sinteticamente le peculiarità cui accenno:

- A) il solo mezzo di cui da sempre dispone è l'ascolto e il dialogo empaticamente connotato, di cui fanno parte anche fasi di silenzio (Nancy, 2004). Solo nei casi particolari si serve dei mezzi strumentali di cui dispongono le altre discipline mediche. È chiaro che la suddetta metodologia richiede tempo e spazi adeguati cui ho accennato nel paragrafo precedente (sto adesso e da qui in avanti parlando della psichiatria dei pubblici servizi, non di quella privata: i rapporti tra le due andrebbero rivisti).
- B) Accanto e al di là dei sintomi, vanno intravisti e percepiti i vissuti. Passare dal sintomo al vissuto significa passare da un momento oggettivante a uno dotato di senso, per cui nel contesto della relazione si attribuisce un senso a ciò che sembra insensato, recuperandolo alla soggettività. Senza questo passaggio, che richiede una relazione avviata e portata avanti nel tempo, non si colgono i nodi e le contraddizioni e i conflitti che abitano l'interiorità del paziente. A ben vedere, la malat-

tia è uno scacco della intersoggettività, una sua mortificazione.

- C) La storia della vita in psichiatria conta di più della storia clinica, che della prima è spesso una copia pallida, quasi illeggibile.
- D) La conoscenza della psicopatologia è condizione indispensabile per accedere a capire, anzi comprendere la psichiatria clinica, della quale è preliminare e ne legittima un corretto esercizio professionale. Nel cuore dell'Europa è nata e cresciuta la psicopatologia che risponde ai nomi di Karl Jaspers, di Eugene Minkowski, Kurt Schneider, Ludwig Binswanger e altri, sulla scia dei quali si sono impegnati in Italia Danilo Cargnello, G.E. Morselli, Bruno Callieri, Lorenzo Calvi, F. Barison, Arnaldo Ballerini e altri ancora.
- E) Lo stigma, sia pure in tonalità minori, affligge ancora chi è malato, chi lo cura, chi lo assiste, nell'idea ancora non sopita nella coscienza popolare che la malattia mentale sia incurabile e pericolosa. Stigma e pregiudizio. Albert Einstein, quando nel 1916 propose le sue tesi rivoluzionarie alla comunità scientifica, ebbe a dire che sarebbe stato meno difficile disintegrare l'atomo che abbattere un pregiudizio.
- F) Particolare interesse va riservato alla famiglia, ora vittima, ora co-protagonista della malattia di un suo componente perché, inevitabilmente, entra nella storia della sua vita. Succede, più spesso di quanto si creda, che un delirio paranoico (per lo più persecutorio) si trasmetta a chi giorno dopo giorno segue da tempo il paziente al punto che non si riesce più a individuare chi dei due lo ha trasmesso all'altro. Nel 1877 Lasègue e Falret hanno descritto *la folie a deux ou folie communiquée* (Lasègue, 1877; Sanseverino, 2022) che a mio avviso rappresenta in miniatura la follia che, come ci insegna la storia, da individuale si fa collettiva con conseguenze drammatiche (Zoja,

2011). Questo è successo, oscurandola, nella prima metà del novecento, ma succede ancora nei Paesi retti da regimi autocratici o teocratici. Potrei dire che la paranoia è contagiosa.

- G) La psichiatria, oggi più di ieri, è pressata dalle Neuroscienze da una parte, dalla Psicologia clinica dall'altra, dei cui apporti scientifici e culturali deve fruire, ma senza diventarne subalterna, aderendo *acriticamente* al modello neurobiologico o ermeneutico. Deve, in altre parole, essere una disciplina appartenente alla medicina, ma autonoma e libera di esprimersi e operare in base alle peculiarità che la caratterizzano. Nelle équipes che lavorano nei reparti e nei presidi territoriali ci sono psicologi, assistenti sociali, terapisti della famiglia ecc., ma purtroppo non tutti i servizi ne dispongono in modo continuativo.
- H) Last but not least, sta la vocazione umana e sociale della psichiatria, senza la quale non avrebbe motivo di esistere.

*L'uomo ha gli occhi dell'aquila che vedono al di là dell'orizzonte, ma le ali spezzate*  
(Euripide, in *Ippolito*)

Quanto finora detto, sia pure in modo non esaustivo anche per ragioni di tempo e di spazio, spero che serva, soprattutto ai giovani medici che si apprestano a entrare nelle scuole di specializzazione o ne sono appena usciti, a rendersi conto di quanto sia difficile per chi si occupa della salute pubblica di come inserire la psichiatria nell'ambito della medicina, senza lederne i suoi elementi costitutivi. Ciò non toglie che la politica, di per sé in precarie condizioni di salute, debba impegnarsi, supportata da esperti, a rivederne la posizione secondaria che continua a penalizzarla e debba smettere di trascurarne l'importanza nel contesto dell'assetto generale della sanità.



La salute mentale, di cui una psichiatria che funzioni è l'asse portante, non consiste soltanto nella mancanza o nella rarità delle malattie e di tutto quello che ruota intorno ad esse (cura, prevenzione, riabilitazione). Consiste soprattutto in un benessere che derivi dalla formazione, a partire dalla famiglia e dalla scuola, e dalla crescita di persone libere, responsabili, capaci di progettualità e di relazioni costruttive.

Descritta così la salute mentale sembra un sogno irrealizzabile, una sorta di paradiso terrestre, in un mondo quale quello che stiamo vivendo. Certo, ci sono persone che godono di un tale benessere, almeno per un ampio periodo della loro vita. Ma non per questo sono necessariamente felici. Ma ce ne sono molte di più, la grande maggioranza, che a stento godono soltanto di qualcuna delle connotazioni sopra menzionate. Ma non per questo sono necessariamente infelici. Il rapporto tra felicità e salute mentale implica riflessioni che coinvolgono la filosofia, l'etica, addirittura la teologia. Quello che conta è il carattere della persona. Capace o no di adattarsi alle condizioni imposte dallo scorrere della vita. Mi sono sempre chiesto se è il carattere che prefigura il nostro destino o se è il destino che modella il nostro carattere. Così come ancora non ho ben capito se siamo noi ad andare incontro alla vita o se è la vita che da dietro ci spinge a incontrarla. Una cosa è la salute mentale di un singolo individuo, un'altra quella della comunità di appartenenza. Bisognerebbe scomodare Lev Tolstoj per capire come si distinguono le famiglie felici da quelle infelici. Tenendo conto, tra l'altro, dell'incidenza nel corso dell'esistenza di malattie fisiche o di condizioni quali la povertà o la mancanza di lavoro o la solitudine e l'isolamento di persone, non solo in età avanzata, che magari hanno vissuto il dolore di un distacco da una persona amata (Barbarossa, 2022). La cosa, a mio modesto parere, che conta di più è *la capacità di adattarsi senza soccombere alle condizioni che la vita ci impone* o, detto in altre parole, la capacità della persona - con il suo temperamento e il suo carattere - a

mantenere la fiducia nella vita, un bene assoluto cui non deve rinunciare. Nel mondo digitalizzato e iperconnesso di oggi i beni non sono la ricchezza del futuro perché - come aveva già detto Hegel (Hegel, 1812-1816) - i beni si consumano mentre gli strumenti tecnologici servono a costruire altri beni. La speranza di sopravvivere alle delusioni che la vita ci riserva è il sentimento che ci spinge verso il futuro. La speranza è la fede nel futuro.

La salute mentale, dunque, fa parte di un sistema di valori ai quali aspira la stessa psichiatria, che non è una scienza, ma una disciplina al confine con la scienza, non solo medica, ma anche quella della genetica, della fisica (relativista e quantistica) e dell'ingegneria biomedica: telemedicina, robotica, intelligenza artificiale. Le macchine che sono a disposizione della medicina sono prodotte dalla genialità dell'uomo e non hanno coscienza né emotività. In psichiatria e in psicologia clinica si sono usate nei lockdown dovuti alla pandemia e si usano anche adesso per le persone impossibilitate a muoversi le telepsicoterapie. Devo confessare che, pur riconoscendo la loro utilità in certe situazioni, mi lasciano perplesso: in esse manca il linguaggio del corpo, c'è il rischio per la privacy, non c'è un setting adeguato. Aggiungo, e questo vale soprattutto per lo psichiatra, che quanto più l'uomo si serve della più sofisticata tecnologia tanto più rischia di smarrire la dimensione etica della sua personalità e della sua specifica professione. La quale si rivolge non al corpo che ho, ma al corpo che sono, non al tempo misurato dall'orologio e uguale per tutti, ma a quello vissuto, interiore, diverso per ciascuno di noi, alle parole che si ascoltano e ai silenzi che si rispettano, ai sogni che si interpretano perché la loro interpretazione serve al paziente e al progresso della terapia, e non a soddisfare il narcisismo del terapeuta, a esplorare con la dovuta cautela i segreti del suo mondo interno, dei quali il paziente non può essere a conoscenza perché abitano il suo inconscio. Quale macchina potrà mai fare un simile lavoro?

Certo, praticare così la psichiatria è cosa difficile. Soprattutto in questa situazione nella quale essa si trova. Ci vuole anche una disponibilità personale, innata o acquisita che sia. L'uomo, anche il più impegnato e responsabile, ha dei limiti. Ma, come diceva Sartre (Sartre, 1943), noi non siamo responsabili di come siamo, ma di quello che facciamo di ciò che siamo.

*Quando avevo cominciato a capire il paesaggio, si scende,  
dice il capotreno, il viaggio è finito*  
(Giorgio Caproni)

Anche la mia (breve) incursione nel complesso problema del rapporto tra politica e salute mentale è finita o, meglio, interrotta, in attesa di essere in un'altra occasione ripresa e ampliata. Alla discussione sul rapporto tra politica e salute mentale partecipa quale ospite immancabile la psichiatria, senza la quale, se funzionante, parlare di salute mentale non ha senso. Gli psichiatri, dunque, devono partecipare a tale discussione portando al suo tavolo le proprie esperienze, le proprie proposte, le loro legittime ambizioni. C'è da augurarsi che trovino le forme idonee a comunicarle, che scelgano tra loro chi è in grado di farlo, al fine che gli ultimi, i più umili tra gli ammalati che popolano questo mondo rientrino a far parte della comunità e sempre meno siano quelli che scendono muti nel gorgo.



## BIBLIOGRAFIA

1. Giannelli A. *Follia e psichiatria: crisi di una relazione*. F. Angeli, Milano, 2007
2. Borgna E. *L'agonia della psichiatria*. Feltrinelli, Milano, 2022
3. Nancy J.L. *All'ascolto*. R. Cortina, Milano, 2004
4. Lasègue C. Falret J *La folie a deux ou folie communiquée*. Archiv.Gen.de de Medicine, Paris, 1877
5. Merola Sanseverino *Che fine ha fatto la folie a deux?* Comprendre, Tipografia Veneta, Padova, 2022
6. Zoja L. Paranoia. *La follia fa la storia*. Bollati Boringhieri, Torino, 2011
7. Barbarossa M., Giannelli A., Fontana Sartorio, *Luci e ombre della solitudine*. Mimesis, Sesto S. Giovanni, 2022
8. Hegel G.W.F. *Wissenschaft der Logik*. 1812-1816
9. Sartre J. P. *L'etre et le néant*. Gallimard. Paris, 1943

## The Eternal Sunshine of a spotless mind.

*Ovvero come riprendere ad usare la parola in Psichiatria*

*Giancarlo Cerveri*

DIRETTORE DI PSICHIATRIA OGGI

---

Chiedere una trasformazione del modo di vedere la Salute Mentale ed i Servizi preposti ad erogare gli interventi ad essa connessi non è l'ennesimo tentativo di proporre una modifica dell'ordinamento giuridico che ne sostiene l'organizzazione delle attività di cura, significa bensì proporre una riflessione sulla definizione e sugli obiettivi del nostro operare con uno sguardo ampio che superi i confini delle organizzazioni spesso regionalizzate che volte assumono declinazioni ancora più locali, stratificate nel tempo in abitudini operative che trovano il loro senso e valore, a volte, semplicemente nell'abitudine di un piccolo gruppo di colleghi.

Così, in oltre 40 anni dall'approvazione della legge Basaglia, abbiamo conosciuto numerosi tentativi di riformarla, fortunatamente senza successo, ma nessuno sforzo realistico di costruire una riflessione sul concetto di Salute Mentale in accordo con gli enormi cambiamenti a cui siamo andati incontro nel corso degli anni noi operatori, i servizi in cui lavoriamo, le persone che chiedono risposte di cura e tutto il contesto culturale in cui siamo immersi. La logica iniziale che ha dato origine al percorso di strutturazione dei servizi come noi li conosciamo era riconducibile ad un processo di liberazione dall'istituzione totalizzante che oggi non sono non troverebbe spazio nella mente di un giovane fruitore di un qualunque social media come TikTok, ma sarebbe difficilissimo catturare la sua attenzione per un tempo sufficientemente lungo per solo cominciare a spiegare tutta la vicenda. Ciò che voglio dire è che per alcuni versi si è persa per strada la

capacità di usare la parola in sintonia con le persone e i tempi. Provare a spiegare cosa facciamo, qual è il ruolo di un Dipartimento di Salute Mentale, quali sono le finalità ultime, quando parliamo con non addetti ai lavori, risulta un'impresa a volte disperante, spesso le parole che noi utilizziamo sembrano appartenere ad un linguaggio troppo difficile per risuonare nelle persone che ci ascoltano. Questo diventa poi il motivo per cui la nostra materia sfonda la coltre dell'indifferenza collettiva solo in occasione di drammatici fatti di cronaca nera, quando a seguito di un omicidio o suicidio giornalisti e politici si pongono la fatidica domanda "Come mai non è stato possibile prevenire un evento di questo genere?"

Mi sono chiesto con un certo stupore come fosse possibile che una disciplina intera, non un singolo individuo o un gruppo ristretto di professionisti, che fa della parola e del pensiero uno degli elementi qualificanti del proprio metodo di lavoro sia riuscita a diventare così muta di fronte all'interlocuzione con l'intera società.

Non si scorge più un pensiero unificante capace di costruire una narrazione utile a riunire in modo comprensibile a tutti le teorie e le prassi della nostra disciplina, capace poi di trasferire ai cittadini il senso del nostro lavoro come elemento necessario al benessere dell'intera società o comunità. In sintesi, nella rappresentazione collettiva, se qualcuno si uccide o una persona sofferente di malattia psichiatrica commette un delitto, ci si chiede cosa ha impedito allo psichiatra di evitare l'evento, ma non ci si chiede a cosa realmente possa essere utile lo



psichiatra nella vita della nostra società quando tale evento non accade.

I nostri colleghi di altre discipline hanno un ruolo meglio definito, senza cardiologi si morirebbe di infarto, senza diabetologi di diabete, i neurologi ci curano da ictus e demenze. Ma lo psichiatra in che cosa aiuta il cittadino? Spesso si coglie come il ruolo di cura della sofferenza psichica, nel sentire comune, sia stato assunto dalla psicologia.

Facendo un po' di storia possiamo ricordare come la "Legge 180" sia stata scritta da un senatore democristiano, Bruno Orsini e fortemente sostenuta e ispirata dalle battaglie culturali di Franco Basaglia.

Due uomini diversi con qualcosa in comune: erano psichiatri. Hanno saputo tradurre in legge una proposta che coinvolgeva l'intera società, che proponeva un cambiamento che riguardava tutti i cittadini e che portava insita una promessa di miglioramento dell'intera comunità. Insomma, hanno interpretato un tempo e hanno formulato una proposta convincente sul ruolo che la psichiatria e la salute mentale potevano svolgere.

Da lì in avanti è come se la psichiatria avesse lavorato su obiettivi specifici che si modificavano ma che finivano inevitabilmente per definire l'identità stessa della disciplina. Possiamo ripercorre alcuni passaggi cruciali di questo percorso.

Il focus iniziale fu posto sui gravi pazienti ricoverati nelle grandi istituzioni manicomiali che necessitavano di un intervento di "liberazione" per una restituzione al diritto pieno di cittadinanza. Una fase in cui l'azione "politica" ha assunto una rilevanza elevata. Lo psichiatra risultava così investito di un significato di cambiamento delle regole sociali in un processo che trasformava la società in un luogo più giusto e rispettoso dei diritti di tutti. In questo senso è importante ricordare che la legge fu votata anche per arrestare l'alternativa di un referendum promosso dai radicali che avrebbe potuto smontare il costruito legislativo precedente minacciando così una

vera "liberazione dei folli" in un vacuum normativo. In quel contesto storico di progressivo riconoscimento dei diritti (erano stati vinti i referendum su divorzio e interruzione di gravidanza), lo psichiatra stava dalla parte di coloro che restituivano libertà e dignità al cittadino.

Quella fase si esaurì in termini culturali. La battaglia terminò nel corso di un decennio quando tanti elementi in termini di diritto vennero acquisiti nei costumi quotidiani dei cittadini. La società era divenuta più accogliente e, anche se non sempre amata, la persona sofferente di un disturbo psichiatrico aveva guadagnato il proprio diritto alla determinazione. Certo, una parte della psichiatria mantenne le caratteristiche di idealità che ne avevano caratterizzato un periodo iniziale così eroico anche allo scopo di gratificarsi di un'immagine affascinante, finendo però per suscitare un interesse decrescente, apparendo sempre più fuori tempo.

Ciò che è seguito sono stati diversi cambiamenti di vocazione che hanno caratterizzato anche modifiche identitarie. Per anni si è cercata una identificazione con le altre discipline ospedaliere. Complice l'incontro nell'ospedale generale con i colleghi degli altri reparti, si è sostenuta una spinta "normalizzante" dello psichiatra per trasformarlo in uno specialista "come tutti gli altri".

Il ruolo delle consulenze nel pronto soccorso e negli altri reparti, l'attivazione di ambulatori specialistici dedicati ai disturbi dell'umore o d'ansia, l'attenzione giustamente posta al soma durante i ricoveri ospedalieri e tanto altro esaltavano l'animo medico e facevano passare un po' sotto traccia quello che avveniva in un'area immensa e non ben definita costituita da Centri di Salute Mentale, Centri Diurni, Strutture Residenziali pubbliche e private fino alle case dei singoli pazienti a cui è stato dato il nome di **territorio**. Esso più che una definizione geografica descriveva, e descrive tutt'ora, un luogo ideale, dai confini incerti e dalle dimensioni pressoché infinite, che rappresenta tutto ciò che attiene alla vita delle persone

che soffrono di disturbi psichiatrici fuori dagli ospedali. Questo enorme spazio costituiva anche il pabulum per la crescita di una visione alternativa al ruolo della psichiatria e della salute mentale.

Insomma cominciava così una dissociazione vocazionale per cui in psichiatria una parte veniva scelta per descrivere il tutto. La sineddoche rappresentativa favoriva rappresentazioni contrapposte a difesa di una vocazione considerata più autentica dell'altra, pertanto una psichiatria biologica veniva sempre più rappresentata come l'elemento determinante nel trattamento della patologia mentale tralasciando ad una lettura del tutto socioassistenziale quello che avveniva fuori dall'ospedale. Dall'altra parte una visione tutta rivolta alle variabili sociali finiva inevitabilmente per tacciare di infatuazione biologista l'interesse eccessivo per tematiche attinenti al concreto.

Di fatto il tempo ha consegnato come vincitrice la parte più biologica della psichiatria. Complice l'azienalizzazione degli ospedali che ha costretto a criteri di efficienza forse troppo stringente anche gli ambiti della salute mentale, il ruolo universitario, sempre più misurato in termini di produttività scientifica e non ultimo, il peso nella formazione culturale svolto dalle aziende farmaceutiche negli eventi congressuali. Ci siamo ritrovati con una disciplina ricca di nozioni, procedure validate e certificate ma con una vocazione persa per strada e senza le parole per comunicare quale fosse il nostro compito e la nostra utilità al di fuori di essere rappresentabili come una costola del ministero dell'interno, una specie di corpo di "psicopolizia" dedicato all'intervento di dissuasione e prevenzione della commissione di comportamenti violenti. Apparentemente abbiamo perso l'attitudine a comunicare con il mondo che ci circonda troppo occupati nelle questioni di un'Accademia in cui ritirarci al sicuro come in un convento o dispersi in un territorio immenso dove nessuno riesce più a trovarci.

E qui veniamo al titolo di questo editoriale, un verso di un sonetto dedicato alla triste storia d'amore tra Eloisa e Abelardo che, come molti lettori sanno, rappresenta una delle più intense e struggenti storie d'amore del nostro continente. Come tutte le grandi (e struggenti) storie d'amore non ha potuto essere vissuta completamente. I due verranno costretti a vivere in convento e distanti per tutta la vita, per quanto ad un certo punto ritroveranno il modo di comunicare tramite lettera.

Così nella storia Eloisa ancora innamorata di Abelardo gli scrive diverse lettere in cui rappresentare loro passione passata ed il loro presente. Il sonetto di Alexander Pope, scritto nel 1717 riporta una ipotetica lettera scritta da Eloisa in cui essa si rappresenta chiusa in un monastero dove, senza contatti con il mondo esterno, trova una soluzione alla sua incompiutezza con una felicità di tipo autoconsolatorio.

Ed è questa immagine che, in modo un po' provocatorio, ho accostato all'atteggiamento culturale che prevale nella nostra disciplina, una chiusura in luoghi protetti, che siano accademici o istituzionali, in cui proseguire attività conosciute e rassicuranti capaci di concederci serenità ma distanti dalla vita reale, e soprattutto incapaci di modificare in alcun modo la direzione che il destino ci ha riservato.

### *Eloisa to Abelard*

*How happy is the blameless vestal's lot!*

*The world forgetting, by the world forgot.*

*Eternal sunshine of the spotless mind!*

*Each pray'r accepted, and each wish resign'd*

### **Eloisa ad Abelardo**

Com'è felice il destino dell'incolpevole vestale!

Dimentica del mondo, dal mondo dimenticata.

Il sole risorge eternamente in una mente candida!

Accettata ogni preghiera e rinunciato a ogni desiderio.



## COME USCIRE DAL CONVENTO?

### Alziamo lo sguardo!

Nel 2022 il World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All (WHO, 2022) ha rappresentato la Maggiore review da oltre 20 anni su quello che succede nel mondo in termini di salute mentale. Al cuore del documento sta una richiesta di ripensare a come si promuove, si protegge e ci si prende cura della salute mentale. La pandemia da Covid ha posto sotto i riflettori due aspetti centrali che sono l'importanza del **valore** della salute mentale in una comunità in un momento di crisi e dall'altra parte il pericolo di erosione di questo valore descritto come **vulnerabilità**.

Nel documento sono state individuate 3 strategie chiave o vie di trasformazione per passare da una visione attuale ad una visione nuova:

- **Primo**, dobbiamo approfondire il valore che attribuiamo alla salute mentale come individui, comunità e istituzioni. Tale valore deve corrispondere a coinvolgimento, determinazione e investimenti da parte di tutti i portatori di interessi in tutti i settori della società.
- **Secondo**, dobbiamo ridisegnare le caratteristiche fisiche, sociali ed economiche degli ambienti di vita, comprese case, scuole, luoghi di lavoro e servizi sanitari per meglio proteggere la salute mentale e prevenire disturbi ad essa connessi.
- **Terzo**, dobbiamo rafforzare un servizio di salute mentale per tutto lo spettro dei disturbi presenti che possa costituirsi come un network accessibile, sostenibile e di qualità sia in termini di cura che di supporto ai bisogni.

Coloro che lavorano nei servizi di salute mentale hanno un ruolo critico in questo passaggio. Pur continuando a svolgere il compito di cura che è insito nella loro scelta professionale, essi devono spingersi oltre e diventare anche consulenti, sostenitori, divulgatori ed innovatori rispetto ad un processo di cambiamento culturale.

In qualità di esperti tutti noi dobbiamo collaborare costantemente ad incrementare l'impegno istituzionale ed economico sulla salute mentale alzando l'attenzione sulle tematiche ad essa connesse.

E' di sostanziale importanza richiedere un investimento costante in termini di ricerca nelle aree di intervento nel mondo reale dove ci si prende cura delle persone affette da patologie psichiatriche al fine educare gli operatori a misurare l'efficacia degli interventi e i policy makers a riapprendere il valore degli strumenti che i servizi di salute mentale mettono a disposizione per la popolazione sofferente.

Gli interventi devono essere caratterizzati da rispetto per la persona a supporto della dignità e dell'autonomia. Lottare contro ogni forma di stigmatizzazione ed eliminare ogni forma di abuso subito da persone sofferenti di qualunque forma di patologia psichiatrica sia nei servizi sanitari in generale che in quelli specifici per la salute mentale è un compito irrinunciabile per tutti gli operatori ed in particolar modo per coloro che svolgono funzioni di leadership.

Tutti noi operatori abbiamo il dovere di contribuire al fatto che possa esserci un accesso più equo alle cure per le popolazioni che hanno meno probabilità di accedere a servizi qualitativamente validi e per i quali il rischio di misdiagnosi o mancata diagnosi per patologia mentale è più elevato. Spesso queste popolazioni sono costituite da soggetti appartenenti a minoranze etniche, persone con orientamento non eterosessuale, migranti o rifugiati, soggetti con misure di sicurezza, homeless etc.

Oltre a migliorare gli ambienti di cura, gli specialisti della salute mentale dovrebbero spingersi ad azioni di intervento anche in altri luoghi come le case, le scuole ed i luoghi di lavoro al fine di svolgere attività di prevenzione su determinanti di rischio per la salute mentale (bullismo, violenza, abuso di sostanze etc) disegnando e attivando iniziative volte alla riduzione del danno.

## IN PRIMO PIANO

Dunque diviene necessario riprendere un ruolo di comunicazione al di fuori del convento in cui abbiamo trasformato i servizi di salute mentale riprovando a comunicare concetti semplici e utili a tutti coloro che abitano la nostra società

Termino con un'altra citazione, questa volta di una collega che lungamente ha lavorato in Italia ora è direttrice del Dipartimento Salute Mentale e Abuso di Sostanze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed ha appena pubblicato un'editoriale molto interessante su questi argomenti sulla rivista *World Psychiatry* che conclude con questa frase

“Making change happen is everybody's business. But mental health specialists have a central role to play.”

## **BIBLIOGRAFIA**

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022.
2. Dévora Kestel Transforming mental health for all: a critical role for specialists. 2022; 21 (13).



## Società Italiana di Psichiatria: appunti per una proposta di trasformazione

*Bondi Emi*

PRESIDENTE SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
DIRETTORE DSMD ASST PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO

---

In occasione del 49° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria che si è svolto a Genova dal 15 al 18 Ottobre 2022 sono state rinnovate le cariche societarie nazionali. In tale occasione sono stata eletta Presidente della Società insieme a Liliana Dell'Osso. È stata un'elezione molto importante, stante il difficile momento in cui versa la sanità e soprattutto la cura della malattia mentale.

Sono la prima Presidente donna in 150 anni di vita della SIP, sollecitata è supportata da molti amici e colleghi con cui ho intenzione di collaborare per tutto il mandato e fornire proposte e soluzioni utili al mondo della salute mentale.

È mia volontà rinnovare profondamente la nostra società scientifica, renderla una società forte, autorevole, unita, rappresentativa di tutti, capace di farsi ascoltare dalle istituzioni (governo, parlamento, regioni) e di rapportarsi con le altre società scientifiche, per una psichiatria, ricca di idee e non di ideologie, che sia protagonista e fulcro della integrazione tra le diverse componenti professionali coinvolte nella cura della malattia mentale.

Nel corso di questi anni si assiste al paradosso di un aumento esponenziale delle patologie psichiatriche, tale da richiedere un piano nazionale straordinario di investimenti, al quale si risponde con una continua diminuzione delle risorse. In tutto il territorio nazionale siamo ben lontani da quella quota del 5% del fondo sanitario nazionale previsto dalla legge.

Grazie all'impegno, al sacrificio di ciascuno di noi,

tra mille difficoltà, migliaia di migliaia di persone che soffrono di patologia psichiatrica riescono a vivere, a migliorare la qualità di vita, a guarire: eppure di noi si parla solo quando avvengono fatti di cronaca nera o vere e proprie tragedie.

Sono intenzionata a cambiare questo stato di cose che mortifica la nostra professionalità. Con vero spirito di servizio mi sono proposta di raggiungere gli obiettivi che di seguito riporto e che vorrei siano gli elementi qualificanti della mia attività come presidente.

### **Comunicazione con Media e cittadini: dare visibilità e voce alla Salute Mentale**

La Società si doterà di un ufficio stampa ed un gruppo di lavoro ristretto scelto tra i componenti del Comitato Esecutivo e delle Sezioni Regionali che affiancherà il presidente nella comunicazione costante ed immediata su tematiche relative alla Salute Mentale.

### **Comunicazione con i soci e i colleghi che lavorano nei servizi: fornire una guida scientifica e culturale nell'organizzazione dei servizi**

La Società dovrà riconquistare la centralità nelle proposte scientifiche e culturali relative alla risposta diagnostica, trattamentale e assistenziale da fornire ai cittadini sofferenti di patologia psichiatrica tramite una continua attività di coordinamento nella definizione di procedure e linee guida.

## **Le relazioni con gli organi di governo del Servizio Sanitario Nazionale: verso un Agenzia Nazionale per la Salute Mentale**

La Società deve riproporre un dialogo con le istituzioni ponendosi al centro del dibattito senza contrapposizioni e strappi collaborando con tutti gli interlocutori allo scopo di fornire indicazioni utili ad una buona organizzazione dei servizi di salute mentale fondata su principi scientifici ed etici.

## **Gli interventi sulla materia giuridica: contribuire al disegno futuro dei modelli di assistenza e cura dei soggetti autori di reato**

La Società con responsabilità etica e competenza scientifica contribuirà a ridisegnare i percorsi di cura più appropriati per i soggetti autori di reato con patologia psichica proponendo standard di assistenza, modalità condivise di valutazione diagnostica e peritale e tipologie di intervento con definizione di specifici e realistici obiettivi di cura.

## **Interventi sulla programmazione delle risorse e dei servizi: fornire standard ospedalieri e territoriali utili a costruire un Servizio di Salute Mentale equo, accessibile ed efficace**

La Società collaborerà con il Ministero della Salute e con AGENAS nell'analisi dei fabbisogni secondo standard definiti sulla popolazione al fine di rendere i servizi della salute mentale presenti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale come già accade, per esempio, per le reti oncologiche e di altre patologie.

## **Informatizzazione e digitalizzazione del rapporto con i soci: fornire servizi fruibili ai soci relativi alle attività societarie**

La Società elaborerà servizi sul sito e tramite app che permetteranno ai soci di accedere alle informazioni relative alla propria condizione di iscritto e alla documentazione utile per il lavoro clinico.

## Uno Sguardo al futuro: il punto della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia

*Claudio Mencacci - Matteo Balestrieri*

PRESIDENTI SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA

---

La pandemia, l'incombere della guerra, la recessione economica, l'aumento delle diseguaglianze, l'isolamento sociale hanno peggiorato la salute mentale globale per coloro che già prima erano in evidente difficoltà di accesso alle cure e amplificato l'impatto su un'altra epidemia in corso da anni come la crescita di patologie mentali (depressione, ansia, disturbi del sonno)

Siamo già entrati in una fase sociale in cui migliaia di famiglie, di aziende, di imprenditori, di cittadini vedono il proprio lavoro, il proprio futuro a rischio e le conseguenze di questo saranno psichiche, subito dopo che economiche.

Ora che i disturbi sono aumentati ancor di più sono le persone che non ricevono un trattamento tempestivo e adeguato a causa di atteggiamenti negativi verso i servizi di salute mentale, i suoi strumenti di cura, con divari ancora molto evidenti, non solo tra Regioni. Pertanto, vanno superate le soluzioni palliative e momentanee verso interventi strutturali.

La rete dei servizi pubblici di salute mentale, infatti, appare sempre più povera proprio strutturalmente, sempre meno capace di intercettare disagio psichico, soprattutto giovanile che, in particolare con la pandemia, rappresenta un vero e proprio dramma, anche per le famiglie: una reale emergenza sociale. La SINPF per dare una risposta al bisogno di salute mentale crescente in grado di stimolare sia prevenzione che riconoscimenti precoci e cure efficaci ha proposto insieme ad altre Società Scientifiche a 44 anni dalla riforma psichiatrica –la attivazione di una **Agenzia Nazionale per la Salute Mentale** che possa rivedere a 360° il settore.

Intanto la ricerca scientifica ha fatto balzi insperati con i nuovi vaccini e l'immunologia con le numerose possibili applicazioni in altri campi primo quello oncologico, ma anche nel campo delle neuroscienze gli studi sulle sequele neuropsichiatriche, un post covid su 4 ha ricevuto una diagnosi di un disturbo neuropsichiatrico entro 12 mesi dalla malattia, stanno portando verso interessanti studi e cure dei disturbi cognitivi. Il consumo di psicofarmaci, di integratori, le terapie complementari sono cresciuti a doppia cifra e nuovi farmaci sono in arrivo per il trattamento della depressione, dell'ansia, delle psicosi, dei disturbi bipolari, dei decadimenti cognitivi. Inoltre, una nuova interazione e necessità di integrazione tra psicofarmacologia e App e psicoterapie digitali si impongono sempre più evidenti.

Il Congresso SINPF 2023 sarà il momento in cui saranno presentate non solo tutte le novità della psicofarmacologia, il loro sviluppo e applicazione clinica, ma anche di presentazione di lavori originali di portata internazionale.





## SGUARDO AL FUTURO

NEUROSCIENZE E NUOVE FRONTIERE  
IN NEUROPSICOFARMACOLOGIA



XXIV CONGRESSO NAZIONALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA

**25-26-27 GENNAIO 2023**  
VIDEOCONFERENZA RESIDENZIALE E WEBINAR LIVE  
Con hub a Milano e a Venezia Mestre

### TOPICS

- Disturbi del neuro sviluppo ADHD e uso dei farmaci per il disturbo dello spettro autistico
- Disturbi depressivi infanzia e adolescenza
- Microbiota e patologie psichiatriche
- Depressione resistente
- Disturbi d'ansia e interventi precoci
- Disturbi d' ansia dalla neurobiologia alla pratica clinica
- Disturbi del sonno
- Condotte autolesionistiche e suicidalità
- Trattamento dei DOC-DOC resistente
- Ruolo dei LAI nella schizofrenia e disturbi schizoaffettivi
- Prospettive di trattamento della depressione maggiore unipolare
- Prospettive di trattamento della depressione resistente
- Prospettive terapeutiche emergenti nei disturbi bipolari



## SGUARDO AL FUTURO

NEUROSCIENZE E NUOVE FRONTIERE  
IN NEUROPSICOFARMACOLOGIA



XXIV CONGRESSO NAZIONALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA

**25-26-27 GENNAIO 2023**  
VIDEOCONFERENZA RESIDENZIALE E WEBINAR LIVE  
Con hub a Milano e a Venezia Mestre

- Psicofarmacologia di genere
- Psicofarmacologia del perinatale
- Psicosi Resistenti al trattamento
- TMS in psichiatria
- Trattamenti innovativi nelle malattie neurodegenerative
- DSM-5-TR
- Trattamento della schizofrenia
- Epilessia resistente ai trattamenti standard



## Transizione da UONPIA a CPS Giovani: focus sulle diagnosi nelle traiettorie cliniche

*Baldaqui N.\*; Malvini L.°; Barbera S.°*

### ABSTRACT

#### Introduzione

La maggior parte dei disturbi mentali esordisce nella tarda adolescenza nel periodo di passaggio da un servizio di neuropsichiatria infantile a uno per adulti. Nei pazienti di età < 18 anni risulta più complesso formulare una diagnosi definitiva, essendo spesso instabile e temporanea. La stabilità diagnostica nei pazienti giovani potrebbe aiutare a chiarire il decorso, i cambiamenti dello sviluppo e la prognosi a lungo termine dei disturbi psichiatrici.

#### Obiettivi

Poiché l'evidenza della stabilità diagnostica dall'infanzia (neuropsichiatria infantile) all'età adulta (servizi per adulti) è limitata, lo scopo di questo studio è descrivere le caratteristiche cliniche nei pazienti dei servizi di neuropsichiatria infantile in transizione verso i servizi per adulti e confrontare le diagnosi principali di questi pazienti effettuate in entrambi i servizi.

#### Materiali e metodi

607 soggetti di età compresa tra i 18 e i 25 anni, con un primo contatto al CPS Giovani della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (Milano), bacino di

utenza 350.000 abitanti, nel periodo 2019 - 2022. Per la diagnosi Clinica sono stati stabiliti utilizzati i criteri ICD-10.

#### Risultati

L'età media era di 20,49 anni. Il 30% dei pazienti proveniva dalla neuropsichiatria infantile. Le diagnosi principali in dimissione dalla UONPIA e le diagnosi di accettazione presso il CPS Giovani sono state nell'ordine: Disturbi di personalità specifici (F60) (18% UONPIA vs 35,60% CPS), Reazioni a grave stress e disturbi dell'adattamento (F43) (16,90% UONPIA vs 13,30% CPS), Ritardo mentale (F70-72) (14,10% UONPIA vs 14% CPS). Il 63,9% dei pazienti ha avuto la stessa diagnosi in entrambi i servizi vs il 33,9% che ha avuto un orientamento diagnostico diverso.

#### Conclusioni

Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere le traiettorie diagnostiche, in particolare studi longitudinali con campioni più grandi, sui minori durante il periodo di transizione ai servizi per adulti, al fine di trovare modelli di aggiustamenti diagnostici.

### INTRODUZIONE

La maggior parte delle malattie psichiche della età adulta esordisce durante gli ultimi anni della adolescenza. Si tratta di un momento complicato che coincide con la transizione dai servizi pediatrici (neuropsichiatria infantile) ai servizi per adulti. La letteratura ci indica che esiste una mancanza di risorse in questo periodo di discontinuità che coincide con un momento di elevata necessita per parte dei nostri pazienti, dato che si tratta

dei primi anni di esordio della malattia (Paul, 2015).

Anche se la psicopatologia che esordisce prima della età adulta, cioè durante la infanzia e l'adolescenza, è comunemente accettata, la stabilità diagnostica in questo periodo di età non è ben definita. La stabilità diagnostica si definisce come il grado nel quale una diagnosi rimane costante nelle successive rivalutazioni del paziente (Whitty, 2005). L'importanza di avere una diagnosi costante si deve al fatto che la diagnosi ci aiuta a predire il corso e la prognosi della malattia e, allo stesso tempo, ci aiuta a migliorare il sistema diagnostico rendendoci consapevoli delle suddivisioni significative dentro del disturbo psichico in questione (Ghazan-shahi, 2009).

Aumentare le conoscenze riguardo alla stabilità diagnostica nella popolazione <18 anni aiuterebbe a capire meglio il percorso dei disturbi, i cambiamenti dello sviluppo e la prognosi a lungo termine (Ghazan-shahi, 2009). Gli studi realizzati in questa popolazione ci indicano che ci sono diagnosi che tendono ad essere più stabili, come i disturbi dell'umore e i disturbi dello spettro della schizofrenia. Queste hanno una maggior tendenza a persistere nella età adulta (Blázquez, 2019).

La instabilità delle diagnosi realizzate durante il percorso nella neuropsichiatria infantile e il cambiamento della orientazione diagnostica nel momento di passaggio ai servizi di salute mentale per adulti è un problema che colpisce tanto agli utenti quanto le loro famiglie. Per i giovani, in molte occasioni la etichetta diagnostica diventa un aiuto per dare un senso alle loro difficoltà emotive e condottali (O'Connor, 2019).

Nell'ambito della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, riguardo alla stabilità diagnostica ci sono due principali difficoltà da tenere in considerazione. In primo luogo, la comorbilità concorrente (*concurrent comorbidity*) è la interrelazioni tra le diagnosi, ovvero, quando un paziente ha più di una diagnosi in contemporanea. In secondo luogo, l'evoluzione delle classifiche diagnostiche nel tempo, servirebbe conoscere quale sono le traiettorie delle diagnosi fatte nella popolazione <18 (O'Connor, 2019).

Avere una maggiore conoscenza della frequenza e l'indirizzo delle diagnosi nella popolazione minorenni sarebbe molto utile nella pratica clinica dato che ci permetterebbe di conoscere l'evoluzione naturale dei pazienti potendo agire in tempo per portare a termine misure preventive affine di migliorare le prognosi delle malattie. L'obiettivo di questo studio è descrivere la popolazione dei nuovi utenti del Centro Psico-Sociale (CPS) Giovani della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano presi in carico durante gli anni 2019-2022 ed le traiettorie diagnostiche, concentrandoci sui pazienti inviati dalla neuropsichiatria infantile.

## MATERIALI E METODI

Si tratta di un studio di tipo osservazionale retrospettivo. Sono stati inclusi tutti i pazienti presi in carico nel CPS Giovani della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano - bacino di utenza 350.000 abitanti - durante il periodo gennaio 2019 - ottobre 2022. Poiché si tratta di un CPS Giovani l'età degli utenti è compresa tra i 18 e i 25 anni. Le diagnosi cliniche sono state stabilite con i criteri de la *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10)*.

## RISULTATI

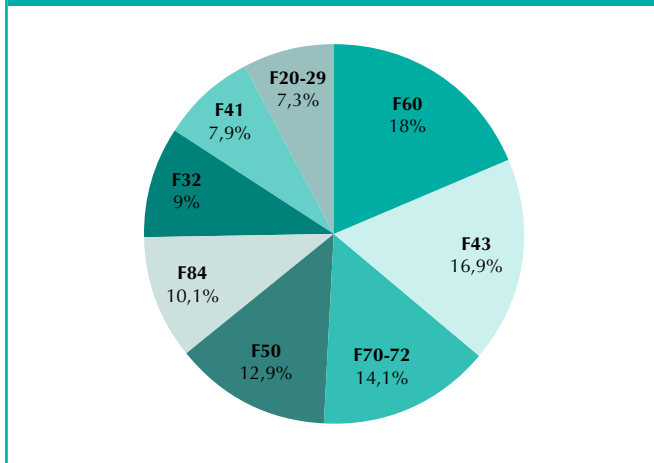
Il campione è risultato composto da un totale di 607 pazienti, 268 maschi (44,15%) e 339 femmine (55,85%). I pazienti inviati dalla UONPIA (Unità Operativa Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza) sono stati quasi un terzo del totale (30%), 180 pazienti. La media di età dei pazienti nel momento della presa in carico è stata di circa 20 anni. I pazienti inviati dalla UONPIA sono stati più giovani, con una età media nel momento della presa in carico di 19 anni, in modo approssimativo. Riguardo al sesso, il numero di pazienti femmine inviate al CPS è stato maggiore rispetto ai maschi: 55,85% del totale e 58,88% dei pazienti procedenti dalla neuropsichiatria infantile (**vedere tabella 1**).



Tab. Variabili sociodemografiche

Anno	N° pz presi in carico	Sesso		N° pz presi inviati dalla UONPIA	Sesso		Media di età totale pz	Media di età pz UONPIA
		M	F		M	F		
2019	169	82	87	46	20	26	20,36	19,58
2020	116	58	58	37	16	21	20,55	19,57
2021	171	66	105	50	21	29	20,52	19,26
2022	151	62	89	47	17	30	20,51	19,20
<b>Tot.</b>	<b>607</b>	<b>268</b>	<b>339</b>	<b>180</b>	<b>74</b>	<b>106</b>	<b>20,49</b>	<b>19,40</b>

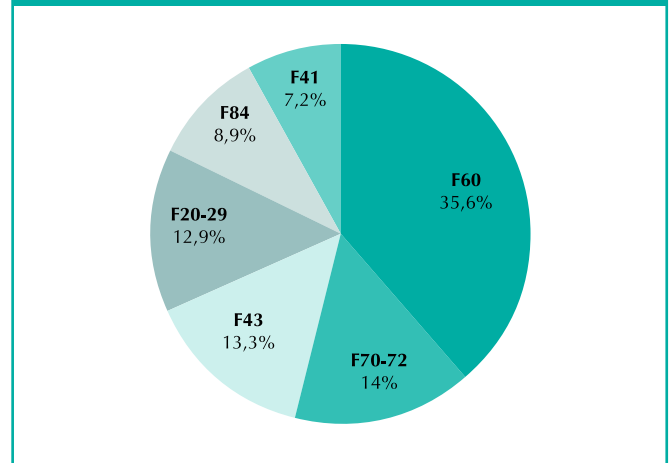
Grafico 1: Diagnostici clinici anteriori alla presa in carico nel CPS Giovani, realizzati durante il percorso nella neuropsichiatria infantile – UONPIA



Le diagnosi più frequenti realizzate durante il percorso psichiatrico prima di arrivare al CPS Giovani sono state: Disturbi di personalità specifici (F60) (18%), Reazioni a grave stress e disturbi dell'adattamento (F43) (16,90%), Ritardo mentale (F70-72) (14,10%), Disturbi dell'alimentazione (F50) (12,9%), Alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84) (10,10%), Episodio depressivo (F32) (9%) ed Altri disturbi d'ansia (F41) (7,90%) e Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-29) (7,30%) (vedere grafico 1).

Dopo la presa in carico nel CPS Giovani, le diagnosi maggioritarie dello stesso campione di pazienti (quegli provenienti dalla neuropsichiatria infantile) sono state: Disturbi di personalità specifici (F60) (35,60%), Ritardo

Grafico 2: Diagnostici clinici realizzati al campione di pazienti inviati dalla neuropsichiatria infantile – UONPIA durante il percorso nel CPS Giovani



mentale (F70-72) (14%), Reazioni a grave stress e disturbi dell'adattamento (F43) (13,30%), Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-29) (12,90%), Alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84) (8,90%) ed Altri disturbi d'ansia (F41) (7,20%) (vedere grafico 2).

C'è stata una coincidenza o assomiglianza della diagnosi realizzata durante il percorso nel CPS Giovani con la diagnosi previa della neuropsichiatria infantile nel 63,9% dei casi. Invece, in più d'una terzo dei pazienti c'è stato un cambiamento in relazione all'orientamento diagnostico, 33,9% dei pazienti hanno avuto una diagnosi chiaramente diversa.

La diagnosi più frequente del campione proveniente dalla neuropsichiatria infantile dopo la transizione al

CPS per giovani adulti è stata: Disturbi di personalità specifici (F60).

La diagnosi F60 è stata presente in più di un terzo dei pazienti (35,6%). La diagnosi del CPS di Disturbi di personalità specifici (F60) ha avuto un 87,5% di coincidenza con la stessa diagnosi realizzata durante il percorso nella neuropsichiatria infantile (28/32 pazienti con diagnosi F60 nella UONPIA hanno mantenuto lo stesso diagnosi nel CPS). Questa diagnosi ha avuto una coincidenza con altre diagnosi realizzate durante il percorso nelle UONPIA: 56,5% di coincidenza con la diagnosi di Disturbi dell'alimentazione (F50) (13/23 pazienti con diagnosi di F50 nella UONPIA hanno avuto una diagnosi F60 nel CPS) e del 55,6% di coincidenza con Disturbi della condotta (F91) (5 di 9 pazienti – 5,1% delle diagnosi UONPIA con diagnosi F91 nella UONPIA hanno avuto una diagnosi F60 nel CPS).

## DISCUSSIONE

La letteratura ci indica che il momento di passaggio dalla neuropsichiatria infantile ai servizi destinati per adulti è un momento di speciale difficoltà per i giovani e le loro famiglie. Questa difficoltà viene accentuata quando la transizione coincide, con un margine temporale stretto, coll'esordio della malattia psichiatrica (Paul, 2015). Il CPS Giovani pretende essere una via di mezzo tra i servizi per bambini e quelli destinati agli adulti, adattando il proprio funzionamento del dispositivo a le richieste dei giovani durante questa fascia d'età, 18-25 anni.

Il numero di pazienti che sono stati presi in carico nel CPS Giovani della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano durante gli ultimi 4 anni (2019-2022) si è mantenuto costante intorno ai 170 pazienti/anno, a eccezione dell'anno 2020, in coincidenza dell'emergenza pandemica.

La media d'età dei pazienti al momento della presa in carico non è variata in modo significativo attestandosi approssimativamente ai 20 anni.

L'età media dei pazienti che sono inviati dalla neu-

ropsichiatria infantile è rimasta stabile durante questi 4 anni, intorno ai 19 anni.

Fra le prime visite c'è una prevalenza del sesso femminile (F55,85% vs M44,25%), e questo numero è discretamente più elevato se consideriamo i pazienti provenienti dalla UONPIA (58,88% vs 41,12%). Questa differenza si è accentuata i due ultimi anni (2021-2022) senza risultare significativa.

Trattandosi di un campione ridotto, non è stato possibile individuare una chiara tendenza rispetto alla stabilità delle diagnosi. Nel nostro campione la diagnosi realizzata presso il CPS coincide 2/3 delle volte con quella della neuropsichiatria infantile, in 1/3 delle occasioni l'orientamento diagnostico differisce. Non c'è nessun cambiamento significativo in questi numeri in relazione all'anno di presa in carico. Il fatto di avere una diagnosi costante, nel nostro caso nel 63,9% dei pazienti, aiuta a predire il corso e la prognosi della malattia (Ghazan-shahi, 2009).

Invece il 33,9% dei giovani procedenti dalla neuropsichiatria infantile ha un cambiamento nel suo orientamento diagnostico. È importante tenere in considerazione che per i pazienti e le loro famiglie, la diagnosi può diventare un aiuto per dare un senso alle difficoltà emotive e comportamentali (O'Connor, 2019), al momento della comunicazione di un cambiamento dell' "etichetta" diagnostica.

A differenza di altre diagnosi come i disturbi dell'umore o i disturbi dello spettro della schizofrenia che hanno dimostrato una maggior tendenza a persistere nella età adulta (Blázquez, 2019), i disturbi della personalità non si caratterizzano per avere questa stabilità nel tempo. Nel nostro campione le diagnosi più frequenti sono i disturbi di personalità specifici, essendo diagnosticati in un 18% dei pazienti durante il percorso nella neuropsichiatria infantile e in un 35,6% dei pazienti nel CPS Giovani.

La descrizione della comorbilità concorrente o interrelazioni tra diagnosi è stata possibile soltanto nei disturbi di personalità, dato il campione ancora insufficiente per individuare delle tendenze.

---

## CONCLUSIONI

Trattandosi di un campione ridotto non è stato possibile individuare una tendenza alla stabilità diagnostica nel momento di transizione dalla neuropsichiatria infantile ai servizi per giovani adulti. A titolo descrittivo non c'è stato un cambiamento significativo riguardo al numero di prese in carico durante gli ultimi 4 anni, anche se si individua una possibile tendenza all'aumento del numero di femmine rispetto ai maschi. La età di arrivo al CPS rimane costante, essendo i pazienti provenienti dalla neuropsichiatria infantile un anno più giovani. Le diagnosi più frequente in entrambi servizi sono i disturbi di personalità.

Sarebbero necessari ulteriori studi longitudinali con un campione più ampio per aumentare la conoscenza della frequenza e l'indirizzo delle diagnosi nella popolazione minorenni dato che ci permetterebbe di conoscere l'evoluzione dei disturbi e in modo da poter migliorare la detection dei casi a rischio di sviluppare gravità psicopatologiche.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Hospital Clinic de Barcelona Servizio di psichiatria e psicologia  
Villarroel 170. 08036 Barcellona (Spagna)*

° *DSMD ASST GOM Niguarda 20162 Milano - CPS Giovani  
vial Livigno,3*

## BIBLIOGRAFIA

1. Blázquez A, Ortiz AE, Castro-Fornieles J, Morer A, Baeza I, Martínez E, Lázaro L. *Five-year diagnostic stability among adolescents in an inpatient psychiatric unit*. Compr Psychiatry. 2019 Feb;89:33-39. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.11.011. Epub 2018 Nov 24. PMID: 30583125.
2. Ghazan-shahi S, Roberts N, Parker K. *Stability/change of DSM diagnoses among children and adolescents assessed at a university hospital: a cross-sectional cohort study*. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 Nov;18(4):287-92. PMID: 19881937; PMCID: PMC2765380.
3. O'Connor C, Downs J, Shetty H, McNicholas F. *Diagnostic trajectories in child and adolescent mental health services: exploring the prevalence and patterns of diagnostic adjustments in an electronic mental health case register*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020 Aug;29(8):1111-1123. doi: 10.1007/s00787-019-01428-z. Epub 2019 Nov 2. PMID: 31679098; PMCID: PMC7369254.
4. Paul M, Street C, Wheeler N, Singh SP. *Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review*. Clin Child Psychol Psychiatry. 2015 Jul;20(3):436-57. doi: 10.1177/1359104514526603. Epub 2014 Apr 7. PMID: 24711585.
5. Whitty P, Clarke, McTigue O, Browne S, Kamali M, Larkin C, et al. *Diagnostic stability four years after a first episode of psychosis*. Psychiatr Serv 2005;56:1084-8.



# Intervento di prevenzione del disagio giovanile nelle scuole secondarie superiori della Martesana (Città Metropolitana di Milano)

Carnevali S.\*; Camporota V.°, Giombelli A. ^, Durbano F.#

## ABSTRACT

**Introduzione.** L'attuale panorama di intervento a favore della popolazione nella fascia di età 14-24 anni indica come fondamentale il ruolo della prevenzione del disagio psichico giovanile, comprendendo in questo anche la prevenzione primaria.

**Obiettivi.** Scopo del presente lavoro è stato quello di proporre un progetto pilota di intervento di sensibilizzazione e avvicinamento ai temi della salute mentale, e alla conoscenza dei relativi Servizi, in un campione di classi terze, quarte e quinte di Istituti superiori del territorio della Martesana, in cui opera il Progetto Innovativo Regionale TR 105 del DSMD di ASST Melegnano e Martesana. Inoltre, tramite apposito questionario, si è voluto valutare efficacia e gradimento dell'intervento.

**Metodologia.** Sono stati proposti, in orario scolastico, due incontri della durata di un'ora ciascuno, a distanza di due settimane l'uno dall'altro, in quattro classi di due Istituti Superiori, cui è stato sottoposto un questionario ad hoc, a valutazione ripetuta, all'inizio e a conclusione dell'intervento. Negli incontri sono stati affrontati, con operatori afferenti ai Progetti Innovativi di Prevenzione e Intervento Precoce dei disturbi psichici in età giovanile, temi attinenti alla salute mentale giovanile, allo stigma e fornite informazioni circa i Servizi territoriali dedicati alla Salute Mentale giovanile.

**Risultati e conclusioni.** L'intervento ha mostrato di ridurre significativamente l'alto livello di disinformazione rispetto ai temi e ai Servizi deputati alla salute mentale, rilevato nei ragazzi delle classi coinvolte, alla baseline,

e ha mostrato un elevato tasso di gradimento tra gli studenti stessi, permettendo quindi di ipotizzare futuri e più mirati interventi.

## INTRODUZIONE

L'attuale panorama di intervento a favore della popolazione nella fascia di età 14-24 anni indica come fondamentale il ruolo della prevenzione del disagio psichico giovanile, comprendendo in questo anche la prevenzione primaria (Arango et al. 2018, McGorry et al. 2011, McGorry et al. 2022).

Il contesto di ricerche internazionali in materia di intervento precoce indica l'importanza di agire a livello primario nei contesti naturali di vita dei giovani e tra questi evidentemente la scuola (Durlak et al. 1997, Patel et al. 2007).

A livello nazionale anche l'Istituto Superiore di Sanità ha realizzato e applicato un intervento di promozione della salute mentale nelle scuole di istruzione secondaria, nell'ambito del Progetto "Messa a punto di un intervento di promozione della salute mentale nelle scuole, con particolare attenzione alla prevenzione primaria della depressione" (Gigantesco et al. 2015 e 2013, Mirabella et al. 2010 e 2010), il primo programma di intervento nelle scuole italiane basato su un manuale strutturato durante l'orario scolastico (Veltro et al. 2017, Veltro et al. 2015, Veltro et al. 2016).

Anche il Piano Socio Sanitario Integrato Lombardo 2019 - 2023 (art. 4 della Legge regionale 33/2009) indica, tra i 4 indirizzi prioritari, comuni per la Salute Mentale e le Dipendenze, l'implementazione dell'intervento precoce e tempestivo, l'importanza di combattere pregiudizio e stigma e di potenziare la fiducia nei Servizi e nelle possibilità di cura e indica come cruciali, per il raggiungimento di tali obiettivi, le azioni rivolte alle fasce di età adolescenziali. In particolare, indica come azioni fondamentali le iniziative di comunicazione, la "stretta connessione con l'ambito preventivo, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione selettiva e indicata, ma anche per diffondere informazioni relativamente al sistema dei Servizi di Cura", nonché i pro-

getti di “prevenzione e limitazione dei rischi” specialmente nei luoghi del divertimento e dell’aggregazione giovanile, oltre che nel contesto scolastico.

In linea di continuità con gli interventi precedentemente svolti nella direzione dell’indagine del disagio psichico emergente nella popolazione scolastica, in particolare in epoca Covid (Carbone et al. 2020, Camporota et al. 2021), si è quindi voluto provare a sperimentare una modalità di intervento breve, di tipo informativo, teso alla sensibilizzazione della popolazione studentesca. L’intervento presentato nasce nel contesto del Progetto Innovativo Regionale di “Prevenzione e Intervento Precoce dei disturbi psichici in età giovanile” (TR 105) afferente al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di ASST Melegnano e Martesana.

## **OBIETTIVI**

Scopo del presente lavoro è stato di proporre un progetto pilota di intervento di sensibilizzazione e avvicinamento ai temi della salute mentale, e alla conoscenza dei relativi Servizi, in un campione di classi terze, quarte e quinte di Istituti superiori del territorio della Martesana, in cui opera il Progetto Giovani TR 105 del DSMD di ASST Melegnano e Martesana. Inoltre, tramite apposito questionario, si è voluto valutare efficacia e gradimento dell’intervento.

L’intervento si è sviluppato su due livelli, in linea con gli obiettivi proposti:

- offrire un’occasione di avvicinamento alle tematiche del benessere psico-emotivo e riflessione sui temi del disagio psichico giovanile e dello stigma, nonché fornire informazioni circa i Servizi territoriali dedicati alla Salute Mentale giovanile e le modalità di accesso agli stessi;
- valutare, all’inizio e in conclusione di intervento, il benessere psico-emotivo generale degli studenti, il grado di conoscenza relativo all’esistenza e alla possibilità di fruizione di Servizi di Cura a loro dedicati e il livello di gradimento della iniziativa informativa attuata dagli operatori del DSMD, all’interno del contesto scolastico.

Previ accordi formali con i rispettivi Dirigenti scola-

stici e docenti, sono stati organizzati, in ciascuna classe aderente alla proposta, due incontri, in orario scolastico, della durata di un’ora ciascuno, a distanza di circa due settimane l’uno dall’altro. Negli incontri, svolti con il supporto di materiale informativo e adottando una modalità di confronto con la tecnica del brainstorming, sono stati affrontati i temi proposti.

## **MATERIALI E METODI**

Prima degli incontri (T<sub>0</sub>) e 15 giorni dopo il percorso informativo (T<sub>15</sub>) è stato somministrato agli studenti un questionario appositamente costruito, anonimo, a risposta multipla e di rapida compilazione, contenente 13 domande alla valutazione del T<sub>0</sub> e 15 a quella del T<sub>1</sub>, con le finalità sopra esposte.

I dati raccolti possono essere organizzati attorno a tre macro categorie rispetto alle seguenti aree tematiche generali:

- autovalutazione del livello generale di benessere psico-emotivo e relativi bisogni;
- conoscenza dei Servizi territoriali per la Salute Mentale giovanile e relative modalità di accesso;
- gradimento dell’iniziativa proposta.

I dati sono stati raccolti in forma tabellare aggregata, e gli eventuali confronti statistici hanno utilizzato la tecnica non parametrica del Chi quadro ( $\chi^2$ ), dato il carattere nominale (o al più ordinale) dei dati raccolti e la distribuzione non normale degli stessi.

## **RISULTATI**

Il progetto ha coinvolto 72 studenti, di cui il 77,8% maschi (N= 56) e 22,2% femmine (N= 16), appartenenti a quattro classi tra terzo, quarto e quinto anno di Istituti Superiori afferenti all’area della Martesana, territorio in cui opera il Progetto Innovativo regionale di ASST Melegnano e Martesana. Il campione risulta a prevalenza maschile, rispecchiando la popolazione studentesca degli Istituti in cui risultano iscritti prevalentemente soggetti maschi.

L’età media dei soggetti risulta di 16,9 anni, coeren-

temente con le classi in cui lo studio è stato condotto.

Per quanto riguarda il livello globale di benessere psico-emotivo degli studenti, i dati, come riportati in **Tab. 1**, indicano, in entrambi i tempi della valutazione, un livello soggettivamente esperimento come buono nella maggior parte dei soggetti (45%), seguito da un livello sufficiente (33%). Poco rappresentate le fasce estreme, scarso e soddisfacente, che tuttavia per il livello “scarso” si riducono dal T0 al T1 dal 16,9 % all’8,8%, mentre aumentano dal T0 al T1 per il livello “soddisfacente” dal 4,2% al 13,9% ( $\chi^2$ : 5.799; df: 3; P: 0.122). Il trend di miglioramento a seguito dell’intervento informativo non è statisticamente significativo ma indicativo dell’efficacia dello stesso.

**Tab. 1: Come valuteresti il tuo stato attuale di benessere psico-emotivo?**

	T0		T1	
	N	%	N	%
1 Scarso	12	16,9	6	8,3
2 Sufficiente	24	33,8	23	33,9
3 Buono	32	45,1	33	45,8
4 Soddisfacente	3	4,2	10	13,9
TOT	71	100	72	100

**Tab. 2: Ti è mai capitato di stare male/ soffrire per un disagio di ordine psicologico nell’ultimo anno scolastico?**

	T0		T1	
	N	%	N	%
Sì	52	72,2	48	66,7
No	20	27,8	24	33,3
TOT	72	100	72	100

A fronte di tale livello di benessere globale rilevato, tuttavia, in **Tab. 2** si evidenzia come invece il 72,2% degli studenti alla prima rilevazione, dichiarati di aver sofferto o di essere stato male per un disagio di ordine psicologico nell’ultimo anno e come tale percentuale, seppur riducendosi alla seconda rilevazione, rimanga tuttavia

elevata (66,7%). Nonostante questo, un’alta percentuale (variabile tra il 66,2% alla prima rilevazione e il 61,3% alla seconda), dichiara di non essersi rivolto a nessuno per affrontare tale situazione (**Tab. 3**).

**Tab. 3: Se sì, ti sei rivolto/a a qualcuno?**

	T0		T1	
	N	%	N	%
Sì	23	33,8	24	38,7
No	45	66,2	38	61,3
TOT	68	100	62	100

**Tab. 4: Se sì, a chi ti sei rivolto/a?**

	T0		T1	
	N	%	N	%
Famiglia	12	44,4	10	34,5
Amici	10	37	13	44,8
Scuola	1	3,7	1	3,4
H/PS/Consult.	2	7,4	2	6,9
Special. Privato	2	7,4	3	10,3
TOT	27	100	29	100

Tra i soggetti che non hanno mai richiesto aiuto per la loro sofferenza psicologica, la maggioranza assoluta ha dichiarato di non averlo fatto poiché riteneva di non averne bisogno; le altre motivazioni più frequenti sono state perché pensava non ne valesse la pena e perché non aveva adeguate informazioni rispetto a chi rivolgersi, come si evidenzia in **Tab. 5**.

Viceversa, tra coloro che hanno riferito di aver tentato di gestire il proprio malessere, la maggioranza ha riportato di averlo fatto nell’ambito familiare, al T0, o nel contesto amicale, al T1 e soltanto un valore percentuale che si attesta attorno al 7% in entrambe le rilevazioni si è rivolto a servizi specialistici (**Tab. 4**).

Tab. 5: Se no, perché?

	T0		T1	
	N	%	N	%
Non ne ho avuto bisogno	27	57,4	30	75
Non sapevo a chi rivolgermi	5	10,6	4	10
Pensavo non ne valesse la pena	11	23,4	4	10
Non ho trovato spazio	1	2,1	1	2,2
Nessuno mi può aiutare	/	/	/	/
Non volevo che i miei genitori lo sapessero	3	6,4	1	2,5
TOT	47	100	40	100

Tab. 6: Sai cos'è il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze?

	T0		T1	
	N	%	N	%
Sì	24	33,8	53	73,6
No	47	66,2	19	26,4
TOT	71	100	72	100

Tab. 7: Sai cos'è la UONPIA e come si accede?

	T0		T1	
	N	%	N	%
Sì	3	4,2	23	31,9
No	69	95,8	49	68,1
TOT	72	100	72	100
TOT	71	100	72	100

Pertanto, dai dati sembra di cogliere che, a fronte di una sostanziale rilevazione di benessere globale riferito dagli studenti, sia invece possibile rintracciare per la maggioranza di loro un episodico disagio di ordine psicologico, per il quale tuttavia non vengono cercate specifiche soluzioni, basandosi prevalentemente sulla rete di risorse informali prossimali.

Su questa base, è stato quindi indagato nei partecipanti il livello di conoscenza dei Servizi deputati alla cura della Salute mentale, fornendo tra una rilevazione e l'altra, durante gli incontri in classe, informazioni a riguardo. L'indagine su tali aspetti informativi ha preso in considerazione la conoscenza di cosa fosse il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze nel suo complesso, e di ciascuno dei Servizi di cui è composto nello specifico. I dati raccolti indicano alla baseline un alto livello di disinformazione rispetto ai temi e ai Servizi deputati alla salute mentale, ed evidenziano invece l'efficacia dell'intervento informativo nel ridurre significativamente tale atteggiamento.

Generalmente, si evidenzia come l'unica entità della cui esistenza solo una parte (circa un terzo) degli studenti fosse a conoscenza sia l'intero DSMD. A seguito dell'intervento di informazione, il trend significativamente si inverte (passa dal 33,8% al 73,6%, **Tab. 6**) ( $\chi^2$ : 22.795; df: 1; P: <0.01).

Tab. 8: Sai cos'è il CPS e come si accede?

	T0		T1	
	N	%	N	%
Sì	3	4,3	36	50
No	67	95,7	36	50
TOT	70	100	72	100

Tab. 9: Sai cos'è il SerD e come si accede?

	T0		T1	
	N	%	N	%
Sì	1	1,4	22	31
No	71	98,6	49	69
TOT			71	100



Tab. 10: Sai cos'è il NOA e come si accede?

	T0		T1	
	N	%	N	%
Sì	24	33,8	53	73,6
No	47	66,2	19	26,4
TOT	71	100	72	100

Pertanto, dai dati sembra di cogliere che, a fronte di una sostanziale rilevazione di benessere globale riferito dagli studenti, sia invece possibile rintracciare per la maggioranza di loro un episodico disagio di ordine psicologico, per il quale tuttavia non vengono cercate specifiche soluzioni, basandosi prevalentemente sulla rete di risorse informali prossimali.

Su questa base, è stato quindi indagato nei partecipanti il livello di conoscenza dei Servizi deputati alla cura della Salute mentale, fornendo tra una rilevazione e l'altra, durante gli incontri in classe, informazioni a riguardo. L'indagine su tali aspetti informativi ha preso in considerazione la conoscenza di cosa fosse il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze nel suo complesso, e di ciascuno dei Servizi di cui è composto nello specifico. I dati raccolti indicano alla baseline un alto livello di disinformazione rispetto ai temi e ai Servizi deputati alla salute mentale, ed evidenziano invece l'efficacia dell'intervento informativo nel ridurre significativamente tale atteggiamento.

Generalmente, si evidenzia come l'unica entità della cui esistenza solo una parte (circa un terzo) degli studenti fosse a conoscenza sia l'intero DSMD. A seguito dell'intervento di informazione, il trend significativamente si inverte (passa dal 33,8% al 73,6%, **Tab. 6**) ( $\chi^2$ : 22,795; df: 1; P: <0.01).

La conoscenza dei singoli Servizi risulta invece molto più scarsa rispetto alla informazione generale sul DSMD alla prima rilevazione, come evidenziato dalle **Tab. 7, 8, 9, e 10**. L'attività informativa rispetto ai Servizi di NPIA, Salute Mentale, Dipendenze e Alcool e relative modalità di accesso evidenzia un significativo miglioramento, passando rispettivamente da 4,2% a 31,9%, da 4,3% a 50%, da 1,4% a 31% e da 1,4% a 20,8% (rispettivamente

Tab. 11: Che caratteristiche vorresti che avesse un Servizio che si occupa di Salute Mentale per un giovane? \*

	T0		T1	
	N	%	N	%
Accesso anonimo	12	16,9	6	8,3
/senza accompagnamento genitori/familiari/adulti di riferimento	44	61	53	73,6
Accesso diretto	31	43	35	48,6
In luoghi extraistituzionali	3	4,2	10	13,9
(al di fuori della scuola, dell'ospedale, dei consultori)	31	43	27	37,5
Erogato da SSN	26	36,1	19	26,4
Dentro la scuola	14	19,4	12	16,6

\* Totale superiore al 100%, in quanto possibili risposte multiple

$\chi^2$ : 18,774; df: 1; P: <0.01;  $\chi^2$ : 37,232; df: 1; P: <0.01;  $\chi^2$ : 23,201; df: 1; P: <0.01;  $\chi^2$ : 13,574; df: 1; P: <0.01).

L'intervento informativo ha quindi ridotto significativamente il livello di disinformazione rispetto alla possibilità di accedere ai Servizi di Cura, rispetto ad un livello di partenza di quasi totale ignoranza; il trend di maggiore acquisizione di informazioni è risultato particolarmente significativo per i servizi delle dipendenze e a seguire per i servizi psichiatrici per minori e per maggiorenni, coerentemente con la fascia di età della popolazione indagata e con le problematiche prevalenti che si manifestano in tale coorte.

Tenuto conto del livello di conoscenza di base sui servizi del DSMD, è stato quindi chiesto ai ragazzi quali potessero essere le caratteristiche più gradite che un Servizio di Salute Mentale a loro dedicato potesse possedere; le caratteristiche indicate risultano, in ordine decrescente di preferenza, le seguenti (come riportato in **Tab. 11**):

1. Accesso anonimo/senza accompagnamento genitori/

- familiari/adulti di riferimento
2. Accesso diretto
  3. In luoghi extraistituzionali (al di fuori della scuola, dell'ospedale, dei consultori)
  4. Erogato da SSN
  5. Dentro la scuola

**Tab. 12: Quanto ti ritieni soddisfatto/a degli incontri svolti con le operatrici del Servizio di Salute Mentale?**

	N	%
Per nulla	/	/
Poco	6	8,3
Abbastanza	43	59,7
Molto	23	31,9
Tot	72	100

**Tab. 13: Quanto ti sentiresti di consigliare questa esperienza ad altri studenti della tua scuola?**

	N	%
Per nulla	1	1,4
Poco	1	1,4
Abbastanza	42	58,3
Molto	28	38,9
Tot	72	100

Infine, si è voluto valutare il livello di gradimento dell'intervento offerto, valutato su scala likert a 4 punti, rispetto a due valori: il livello di soddisfazione generale, risultato molto soddisfacente per il 31,9% degli studenti e abbastanza soddisfacente per il 59,7% (**Tab. 12**); la possibilità di consigliare tale intervento ad altri studenti, risultato molto indicato per il 38,9% e abbastanza indicato per il 53,3% (**Tab. 13**).

## CONCLUSIONI

L'intervento descritto ha voluto essere un progetto pilota di prevenzione primaria nelle scuole superiori afferenti al territorio in cui opera il Progetto Giovani di ASST Melegnano e Martesana.

In linea di continuità con quanto si era cercato di indagare su più larga scala, nell'anno scolastico precedente, rispetto al benessere psico-emotivo degli studenti e ai loro bisogni relativi alla salute mentale, si è voluto procedere, su un campione più ristretto di studenti, a sperimentare un intervento breve di tipo informativo, teso alla sensibilizzazione e all'offerta di informazioni circa i Servizi di Cura per i giovani, finalizzato a facilitare l'accesso e l'utilizzo di servizi a loro dedicati.

I dati raccolti hanno evidenziato, rispetto al benessere psico-emotivo degli studenti, un sostanziale livello elevato di benessere globale percepito; tuttavia è emerso anche, per la maggioranza dei casi, un episodico ed aspecifico disagio di ordine psicologico, per il quale tuttavia non sono state cercate specifiche soluzioni. La tendenza comune è il ricorso alla rete informale (familiari o amici) per affrontare problemi di vario tipo, che possono spaziare dal disagio aspecifico (determinato spesso dai percorsi di maturazione e di crescita, dal confronto con gli eventi di vita, dalle richieste sociali) ma possono anche arrivare a fenomeni patologici più complessi e gravi (in particolare l'uso problematico di sostanze e la eventuale slatentizzazione o, al contrario, "mascheramento", di "carriere" psicopatologiche anche più strutturate quali ADHD, psicosi, disturbi dell'umore uni o bipolari, tanto per citare le condizioni più frequenti). L'utilizzo delle reti naturali, utile nel confronto finalizzato alla crescita e alla maturazione, appare però inadeguato ed insufficiente per rispondere ai bisogni più strettamente clinici.

Quindi è evidente che una azione di informazione, capillare e mirata, rispetto all'esistenza, modalità di funzionamento e modalità di accesso di servizi specialistici dedicati alle diverse forme della "non salute" mentale è un percorso necessario ad una vera azione di prevenzione. I dati raccolti hanno, infatti, evidenziato come sia gravemente carente l'informazione rispetto al tipo di offerta e alle modalità di accesso alla stessa delle varie articolazioni del DSMD, in particolare quelle che maggiormente impattano sui bisogni di salute dei giovani, ovvero i servizi delle

dipendenze. La proposta informativa, ancorché sperimentale e quindi suscettibile di ulteriori implementazioni ed adattamenti, ha evidenziato come gli assetti cognitivi dei giovani studenti siano facilmente modificabili e possano favorire l'accesso in tempi utili (intervento precoce) in caso di bisogno. Certamente è necessario un lavoro più trasversale, di integrazione, che coinvolga tutti i servizi che in qualche modo si occupano di "giovani": consultori, sportelli psicologici scolastici, progetti di prevenzione primaria dei servizi delle dipendenze, progetti innovativi di psichiatria, ma anche Prefetture e Tribunali dei Minori, che intercettano spesso bisogni legati al disagio e all'uso problematico di sostanze ben prima che i soggetti accedano ai servizi specialistici. Il livello di conoscenza circa l'esistenza dei Servizi di Salute Mentale e delle relative modalità di accesso è risultato quindi essere molto scarso ma l'intervento proposto ha evidenziato la significativa possibilità di ridurre in parte tale livello di disinformazione, fornendo indicazioni a riguardo.

L'intervento ha mostrato di essere gradito dagli studenti e indicato come replicabile in altre classi.

Infine, ma non ultimo per importanza, un buon servizio dedicato ai giovani, deve essere attrattivo e quindi rispondere alle loro reali esigenze. La specifica richiesta di come volessero fosse organizzato un servizio dedicato a loro di fatto ricalca le indicazioni provenienti dalle esperienze anglosassoni: accesso autonomo ed indipendente, netta separazione dai percorsi ordinari (dove il confronto con la "cronicità" e la "disabilità" creerebbe e di fatto crea barriere all'accesso e incrementa il senso di stigma), spazi si misura. Solo tenendo conto anche delle indicazioni date da loro, potenziali fruitori, si possono costruire spazi adeguati ed efficienti ad un lavoro di prevenzione ed eventualmente cura nella popolazione target. Ovviamente gli spazi poi devono essere riempiti del sapere tecnico e delle risorse adeguate, ma anche queste devono essere declinate sui bisogni emergenti e non su posizioni ideologiche aprioristiche.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Psicologa, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana – referente progetto TR 105*

° *Psicologa, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana – referente progetto C.I.C.*

^ *Terapista Riabilitazione Psichiatrica, Psicologa, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana – progetto TR 105*

# *Direttore, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana*

#### CORRISPONDENZA A:

*[federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it](mailto:federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDavid D, Marín O, Serrano-Drozdzowskyj E, Freedman R, Carpenter W. *Preventive strategies for mental health*. Lancet Psychiatry. 2018 Jul;5(7):591-604. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9. Epub 2018 May 15. PMID: 29773478.
2. McGorry PD, Purcell R, Goldstone S, Amminger GP. *Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care*. Curr Opin Psychiatry. 2011 Jul;24(4):301-6. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283477a09. PMID: 21532481.
3. McGorry PD, Mei C, Chanan A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. *Designing and scaling up integrated youth mental health care*. World Psychiatry. 2022 Feb;21(1):61-76. doi: 10.1002/wps.20938. PMID: 35015367; PMCID: PMC8751571.
4. Carbone SR. *Flattening the curve of mental ill-health: the importance of primary prevention in managing the mental health impacts of COVID-19*. Ment Health Prev. 2020 Sep;19:200185. doi: 10.1016/j.mhp.2020.200185. Epub 2020 May 15. PMID: 32566473; PMCID: PMC7255235.
5. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. *Mental health of young people: a global public-health challenge*. Lancet. 2007 Apr 14;369(9569):1302-1313. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7. PMID: 17434406.
6. Gigantesco A, Del Re D, Cascavilla I, Palumbo G, De Mei B, Cattaneo C, Giovannelli I, Bella A. *A Universal Mental Health Promotion Programme for Young People in Italy*. Biomed Res Int. 2015;2015:345926. doi: 10.1155/2015/345926. Epub 2015 Aug 25. PMID: 26380271; PMCID: PMC4561950.
7. Gigantesco A, Del Re D, Cascavilla I. *A Student manual for promoting mental health among high school students*. Ann Ist Super Sanita. 2013;49(1):86-91. doi: 10.4415/ANN\_13\_01\_14. PMID: 23535135.
8. Mirabella F, Del Re D, Gigantesco A. *Strumenti di promozione della salute mentale e di potenziamento della resilienza: presentazione di un programma per l'applicazione in ambito scolastico*. Rivista Sperimentale di Freniatria, Franco Angeli, vol.CXXXIV, 1, 2010;124-33.
9. Mirabella F, Del Re D, Palumbo G, Cascavilla I, Gigantesco A. *Manuale per la promozione della salute mentale, del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nella scuola: valutazioni di gradimento e di utilità*. Giorn Ital Psicopat 2010;16:362-369.
10. Veltro F, Ialenti V, Morales García MA, Bonanni E, Iannone C, D'Innocenzo M, Gigantesco A. *Promoting Mental Health in Italian Middle and High School: A Pilot Study*. Biomed Res Int. 2017;2017:2546862. doi: 10.1155/2017/2546862. Epub 2017 May 31. PMID: 28642871; PMCID: PMC5470000.
11. Veltro F, Ialenti V, Morales García MA, Iannone C, Bonanni E, Gigantesco A. *Valutazione dell'impatto della nuova versione di un manuale per la promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva nelle scuole con studenti di età 12-15 anni [Evaluation of the impact of the new version of a handbook to promote psychological wellbeing and emotional intelligence in the schools (students aged 12-15)]*. Riv Psichiatr. 2015 Mar-Apr;50(2):71-9. Italian. doi: 10.1708/1872.20452. PMID: 25994617.
12. Veltro F, Ialenti V, Morales García MA, Gigantesco A. *Indice di Intelligenza Emotiva: uno strumento per la valutazione di routine dei programmi di promozione della salute mentale nelle scuole [Emotional Intelligence Index: a tool for the routine assessment of mental health promotion programs in schools]*. Riv Psichiatr. 2016 Sep-Oct;51(5):197-205. Italian. doi: 10.1708/2476.25890. PMID: 27869906.
13. *Piano Sociosanitario Integrato Lombardo, 2019 - 2023*, Art. 4 Legge Regionale 33/2009, Regione Lombardia.
14. Camporota V., Carnevali S., Durbano F., *Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della Asst Melegnano e della Martesana*, Psichiatria Oggi, Anno XXXIV, n° 2, luglio-dicembre 2021
15. Durlak JA, Wells AM. *Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review*. Am J Community Psychol. 1997 Apr;25(2):115-52. doi: 10.1023/a:1024654026646. PMID: 9226860.



# L'uso problematico di internet: dall'evoluzione della definizione diagnostica alla pratica clinica. Presentazione di un caso clinico

Di Bernardo I., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.

## ABSTRACT

Con l'avvento della "rivoluzione digitale" Internet ha apportato un supporto alle funzioni psichiche dell'uomo, creando un'estensione dell'identità reale e definendo così situazioni in cui il mondo virtuale può sovrapporsi al mondo reale. Seppur nella maggioranza dei casi l'utilizzo di Internet abbia delle finalità funzionali, alcuni individui possono incorrere in un Uso Problematico di Internet (UPI). Nonostante le crescenti ricerche in questo ambito, l'attuale conoscenza dell'UPI e dei disturbi mentali ad esso correlati sono ancora in una fase iniziale. I diversi sottotipi di UPI possono essere il risultato della combinazione in vario grado di diverse dimensioni psicopatologiche (ossessivo-compulsivo, impulsività e dipendenza). Per supportare i clinici nella definizione dei diversi sottotipi di UPI sono stati sviluppati specifici strumenti diagnostici. Piuttosto frequentemente l'UPI si manifesta in concomitanza con altri disturbi psichiatrici e patologie organiche funzionali.

Verrà qui descritto il caso clinico di un paziente affetto ad un Centro Psicosociale dell'Area Metropolitana Milanese, affetto da uno specifico fenotipico clinico di UPI, ovvero la Cybercondria (CYB), in comorbilità con altri disturbi psichiatrici dello spettro ansioso e ossessivo-compulsivo. Seppur le conoscenze relative agli specifici sottotipi di UPI non siano ancora conclusive, è sempre più frequente che tali quadri psicopatologici giungano all'attenzione dei clinici. Pertanto, come raccomandato dai network internazionali di ricercatori, è necessario incrementare le

risorse e le conoscenze nel campo dell'UPI, per favorire una tempestiva diagnosi e lo sviluppo di servizi clinici capaci di erogare interventi di prevenzione e di trattamento basati sull'evidenza.

## INTRODUZIONE

La "rivoluzione digitale" che ha caratterizzato gli ultimi decenni con l'introduzione dei computer e di Internet ha apportato un supporto alle funzioni psichiche dell'uomo. Internet ha creato un'estensione dell'identità reale (attraverso la creazione di profili virtuali e avatar online), fornendo agli individui nuovi modi di percepire e di presentarsi, definendo così situazioni in cui il mondo virtuale può sovrapporsi, sostituire o riversarsi nel mondo reale (Fineberg, 2018, 2022). A tal proposito diversi sociologi, psicologi e antropologi hanno definito la nuova generazione di persone cresciute nell'era di Internet "Homo digitalis" o "Homo technologicus" (Cantelmi, 2000; Young, 2000).

## DEFINIZIONE, MANIFESTAZIONI CLINICHE E ASSESSMENT DELL'USO PATOLOGICO DI INTERNET

Seppur nella maggioranza dei casi l'utilizzo di internet abbia delle finalità funzionali come la socializzazione, l'intrattenimento, il lavoro e la formazione, alcuni individui possono incorrere in un Uso Problematico di Internet (UPI) (Fineberg, 2018, 2022). A tal proposito, fin dagli anni '90, la comunità scientifica ha iniziato a identificare il "Disturbo da dipendenza da Internet" ovvero l'*Internet Addiction Disorder* (IAD). Il termine IAD è stato introdotto, da Ivan Goldberg (Goldberg, 1992, 1994) che nella definizione dell'IAD proponeva un elenco di sintomi tratto dalle caratteristiche del gioco d'azzardo patologico. Negli anni successivi, anche la psicologa americana Kimberly Young conduceva un'indagine empirica del fenomeno da cui conseguiva uno dei primi strumenti di assessment dell'IAD, l'*Internet Addiction Test* (IAT) (Young, 1998, 1999). Nel corso dell'approfondimento della definizione diagnostica dell'UPI, molteplici sono

state le modalità con cui sono stati definiti i disturbi legati a un improprio uso di Internet tra cui il disturbo da uso impulsivo-compulsivo di internet, il disturbo da eccessivo uso di Internet, la dipendenza da computer, la cyber dipendenza e la dipendenza comportamentale da Internet (Volpe, 2015). Un ulteriore contributo nella definizione nosografica dell'UPI proviene dalla distinzione tra le dipendenze su Internet (uso di Internet come mezzo per impegnarsi in specifiche condotte di dipendenza che potrebbero essere effettuate anche offline) e le dipendenze da Internet (gli individui sono principalmente dipendenti da contenuti che sono generati all'interno del mondo virtuale) (Griffiths, 1996, 1997, 1999). La letteratura più recente concorda nell'utilizzare il termine Uso Patologico di Internet, poiché tale dicitura non presuppone specifiche identificazioni nosografiche e non definisce i meccanismi eziopatogenetici sottesi ai diversi sottotipi di UPI (Fineberg, 2022). Le ricerche nell'ambito dell'UPI, hanno portato alla proposta di un elenco di criteri diagnostici per l'identificazione dell'IAD, che sono stati successivamente adattati per riferirsi al "Disturbo da Gioco" su Internet ovvero l'Internet Gaming Disorder (IGD), che più recentemente è stato ufficialmente inserito nei sistemi classificatori internazionali utilizzati in psichiatria quali la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) (<https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assemblyupdate>) e il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Nel 2013, l'IGD è stato inserito all'interno dei disturbi mentali che necessitano di ulteriori studi nella Sezione III all'interno della quinta edizione del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. 2013). Successivamente, nel 2019, l'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'undicesima edizione dell'ICD, oltre al *gambling disorder* (disturbo da gioco d'azzardo) ha inserito il *gaming disorder* (disturbo da gioco) tra i disturbi dovuti all'uso di sostanze o *addictive behaviours* (Billieux, 2021), inserendo la possibilità di aggiungere lo specificatore diagnostico 'online' in contrapposizione

alle medesime attività svolte offline. Tuttavia all'interno dell'UPI, che definisce un eccessivo coinvolgimento nelle attività online che esita in un marcato distress personale e in una severa compromissione del funzionamento personale, sono incluse anche altre condotte online tra cui la vendita e lo shopping (Gola, 2020), l'uso dei social media (Brand, 2020), la cybercondria (CYB), l'accumulo di materiale digitale, il cyberstalking, il cyberbullismo e l'eccessivo uso di streaming online con caratteristiche di dipendenza, impulsività e/o compulsività (Dell'Osso, 2021). Nell'undicesima edizione dell'ICD all'interno del capitolo dedicato ai disturbi dovuti a condotte di *addiction* altrimenti specificati o non specificati, è stata creata un'ulteriore nuova diagnosi per permettere di identificare alcune delle condotte problematiche come disturbi, se l'entità del problema soddisfa i criteri diagnostici (Fineberg, 2022).

## MANIFESTAZIONI CLINICHE, ASSESSMENT E FENOTIPI CLINICI

Tuttavia, nonostante le crescenti ricerche in questo ambito, l'attuale conoscenza dell'UPI e dei disturbi mentali ad esso correlati sono ancora in una fase iniziale. Secondo le più recenti ricerche condotte in tale ambito, le molteplici manifestazioni cliniche dell'UPI sono state raggruppate in due sottotipi principali, il primo strettamente correlato ai comportamenti impulsivi tra cui gaming, gambling, vendita e shopping online, uso della cyberpornografia e uso dei social media (Gray, 2017; Sanchez-Roige, 2019) e il secondo maggiormente correlato alle condotte compulsive come CYB, cyberstalking e accumulo di materiale digitale (Fineberg, 2022). Ciononostante spesso è però presente una sovrapposizione di diverse dimensioni psicopatologiche, infatti alcuni sottotipi di UPI possono essere il risultato della combinazione in vario grado di diverse dimensioni psicopatologiche (ossessivo-compulsivo, impulsività e dipendenza) e di molteplici caratteristiche psicologiche sottostanti (<https://icocs.org/product/learning-to-deal-with-problematic-usage->

[of-the-internet-ebook/](#); Bajacar, 2019; Kircaburun, 2018; Koronczai, 2019; Laier, 2018). Ad esempio, i sottotipi di UPI che presentano caratteristiche simili alle dipendenze comportamentali sono caratterizzati da una tendenza al dyscontrol (insuccesso nel tentativo di ridurre o fermare il comportamento ripetitivo), preoccupazione per e desiderio di Internet, compromissione del funzionamento personale (trascuratezza in diversi ambiti fondamentali di vita), persistenza di un uso problematico di Internet nonostante gli effetti dannosi da esso provocati, con presenza di sintomi simili a quelli della dipendenza fisica (tolleranza e astinenza) (Alavi, 2019; Griffiths, 1996). Altre forme di UPI, come la ricerca sul web di informazioni mediche (cybercondria-CYB) o l'accumulo di contenuti digitali, manifestano caratteristiche più strettamente legate al disturbo ossessivo-compulsivo e ai disturbi ad esso correlati (Fineberg, 2021). Questa tipologia di UPI è caratterizzata dalla tendenza a raccogliere, immagazzinare eccessivamente o accumulare materiale digitale tra cui foto, video, tracce musicali e ricerca persistente di rassicurazioni e controllo attraverso l'elaborazione di elenchi e promemoria (Starcevic, 2013). Esistono inoltre anche altre forme di UPI, come l'uso di social media/forum su Internet che appaiono più simili all'ansia sociale e mostrano il fenomeno del "FOMO"- Fear of Missing Out-ovvero la paura di rimanere esclusi dalle attività sul web e dai contenuti pubblicati online dai propri contatti (Hodkinson, 2019). Infine, alcune forme di shopping online, il cyberbullismo e la cyberpornografia possono presentare caratteristiche cliniche tipiche dei disturbi del controllo degli impulsi e/o dei disturbi della sessualità. Nonostante le molteplici differenze nella psicopatologia sottesa alle diverse forme di UPI, un elemento comune a tutte le espressioni di UPI è l'eccessivo tempo trascorso online, che contribuisce in modo significativo alla compromissione funzionale con conseguenze negative nella gestione della vita quotidiana dei soggetti coinvolti e dei loro familiari. Fin dalle prime descrizioni relative agli utilizzi abnormi di Internet, è stata posta una distinzione

tra l'uso patologico "generalizzato" e l'uso patologico "specifico" di Internet, riferendosi nel primo caso ad una globale fruizione impropria di Internet e nel secondo caso a un utilizzo inadeguato, legato a uno specifico contenuto/attività online o un particolare dispositivo/piattaforma (Laconi, 2015; Montag, 2015).

Per l'inquadramento clinico dell'UPI sono stati elaborati diversi strumenti di assessment, il primo questionario è stato sviluppato alla fine degli anni '90, al fine di misurare l'UPI come un fenomeno generale, senza una specificazione tra i vari sottotipi di UPI, che sono stati secondariamente identificati. Lo strumento di assessment maggiormente utilizzato nel mondo per valutare l'UPI e l'Internet Addiction è l'Internet Addiction Test (IAT), costituito nella sua forma originale da 20 items basati su una scala likert di valori da 0 a 5 che valuta 6 dimensioni psicopatologiche: la preoccupazione relativa all'uso di Internet, l'uso compulsivo, le compromissioni comportamentali, i cambiamenti emotivi e le alterazioni del funzionamento personale secondari all'uso di Internet, come percepiti dall'autovalutazione del soggetto. È stata inoltre proposta e validata anche la versione abbreviata a 10 items del test IAT, la Joint Expert Group-IAT-10 (JEG-IAT-10) (Tiego, 2021). In letteratura sono stati proposti diversi cutoffs per l'identificazione di UPI e per la stadiazione della severità clinica (Ioannidis, 2018) tuttavia gli studi in ambito psicometrico concludono che i cutt-off per il test IAT devono essere validati in ciascuna specifica popolazione e non possono essere considerati universalmente validi (Tiego, 2021).

Più di recente, sono stati sviluppati diversi nuovi strumenti per supportare i clinici nella definizione anche delle diverse specifiche forme di UPI. L'utilizzo dei questionari può essere un valido strumento per svelare la presenza e la severità di uno specifico sottotipo di UPI, esplorando le principali dimensioni psicopatologiche che possono essere coinvolte (ossessivo-compulsivo, impulsività e addiction). Tra questi citiamo gli strumenti di assessment maggiormente utilizzati per le diverse forme

cliniche di UPI: per la valutazione dell'IGD l'IGDT-10 (Király, 2019) e l'IGDS9-SF (Pontes, 2015; Petry, 2014), per l'inquadramento delle condotte cyberpornografiche la Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS) (Chen, 2021) e l'Addiction Test adattato alle condotte cybersessuali (s-IAT-sex) (Laiet, 2014), per l'addiction da social Media la Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS) (Andreassen, 2017; Luo, 2021) e la Social Media Disorder Scale (SMDS) (van den Eijnden, 2016), per binge-watching di serie TV la Binge-Watching Engagement and Symptoms Questionnaire (BWESQ) (Flayelle, 2019). Tali questionari sono quelli caratterizzati da una maggior consistenza scientifica (Fineberg, 2022).

Tuttavia nella valutazione clinica dell'UPI, al fine di non incorrere nel rischio di identificare come patologici alcuni abituali comportamenti, gli elementi che dovrebbe essere considerati come prioritari e come dirimenti rispetto ad un uso ricreativo vs problematico o francamente patologico di Internet sono dati dal distress soggettivo persistente e dalla conseguente compromissione del funzionamento familiare sociale e performativo del soggetto coinvolto (Fineberg, 2022).

## **UPI E COMORBILITÀ CON ALTRI DISTURBI PSICHIATRICI**

Nella definizione diagnostica dell'UPI è inoltre importante indagare le comorbilità poiché piuttosto frequentemente l'UPI si manifesta in concomitanza con altri disturbi psichiatrici e patologie organiche funzionali (Carli, 2014; Fineberg, 2018). Quando il l'UPI si presenta in comorbilità con altri sintomi e disturbi può esserne sia il fattore di rischio sia la causa, oppure può rappresentare una strategia di coping disfunzionale o rappresentare un catalizzatore per altri problemi e disturbi psichiatrici. La relazione che intercorre tra l'UPI e gli altri disturbi psichiatrici è reciproca e complessa (Carli, 2014; Fineberg, 2018). Diversi lavori scientifici hanno dimostrato che i soggetti affetti dall'UPI siano esposti ad un rischio maggiore di sviluppare ansia o depressione

e, viceversa, la frequenza di UPI nelle persone affette da disturbi psichiatrici è maggiore rispetto alla popolazione generale (Mc Mullan, 2019; Carli, 2014). Considerando tali elementi, l'UPI potrebbe essere considerato come un potenziale fattore di rischio e vulnerabilità per lo sviluppo di un altro disturbo psichiatrico, piuttosto che un'entità clinica separata (Fineberg, 2018). Tale relazione di corrispondenza biunivoca è stata riscontrata anche tra l'UPI e l'uso di alcol e sostanze e l'abitudine tabagica che determinano un rischio maggiore di sviluppare l'UPI, inoltre il poliabuso di sostanze è ancora più fortemente associato con l'UPI (Potenza, 2014). È stato dimostrato che anche i tratti di personalità ossessivo-compulsivi come rigidità, perfezionismo, dipendenza emotiva ed evitamento del danno, sono comuni nelle persone che hanno un uso problematico di Internet, suggerendo che il temperamento ossessivo possa predisporre allo sviluppo di UPI (Carli, 2014; Andreassen, 2017). Anche la ricerca volta a esplorare la relazione tra UPI e lo spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi e dello spettro autistico sta mostrando risultati interessanti (Andreassen, 2017). I dati preliminari di letteratura suggeriscono che l'UPI possa essere esacerbato dalla co-occorrenza di depressione, ansia, fobia sociale e scarso rendimento scolastico-lavorativo (Carli, 2014). Sono necessari ulteriori studi al fine di identificare le diverse forme di UPI e la loro evoluzione clinica, per individuare i fattori protettivi e fattori di rischio utili a migliorare la nostra capacità di identificare precocemente gli individui che possono andare incontro ad un decorso cronico e severo dell'UPI (Fineberg, 2018).

## **DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO**

Verrà qui descritto il caso clinico di un paziente affetto ad un Centro Psicosociale dell'Area Metropolitana Milanese, affetto da uno specifico fenotipico clinico di UPI.

Il paziente in oggetto è un uomo di 36 anni, affetto ad un Centro Psicosociale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano. Il paziente giungeva al servizio nel maggio del 2021 su indicazione del suo



medico di medicina generale, con la richiesta di prima visita psichiatrica per disturbo d'ansia non altrimenti specificato (NAS). Quando giungeva alla prima valutazione era al primo contatto con i servizi psichiatrici e stava assumendo terapia con delorazepam a dosaggio variabile tra 0,5 mg/die e 1,5 mg/die.

Alla raccolta anamnestica il paziente riferiva di essere nato da pretermine alla trentaseiesima settimana di gestazione. Normale acquisizione delle tappe di sviluppo somatopsichico. Terzo di tre germani, due fratelli maggiori. Genitori entrambi di 70 anni, in apparente stato di buona salute. Regolare percorso di scolarizzazione in assenza di anni scolastici persi. Laurea triennale come disegnatore industriale e successivo master di perfezionamento universitario. Impiegato nell'ambito delle comunicazioni online. Una stabile relazione affettiva con la compagna convivente, coetanea e in apparente stato di buona salute. Descritta familiarità psichiatrica positiva: madre affetta da disturbo d'ansia NAS per cui non avrebbe mai effettuato un regolare percorso di cura. Al momento della prima visita in anamnesi patologica remota: varicocele, prostatite cronica e nota cisti pineale. Anamnesi negativa per uso di sostanze stupefacenti. Occasionale consumo di alcol in contesti sociali (un'unità alcolica/die). Fumatore da circa 10 anni: circa un pacchetto di sigarette al giorno. Veniva descritto un trait ansioso presente fin dall'infanzia. Contestualmente alla prima visita il paziente si raccontava come insicuro, ansioso, rigido, perfezionista e tendenzialmente evitante nelle relazioni con i pari. Tuttavia tali caratteristiche temperamentali nella fase dell'infanzia e dell'adolescenza non avrebbero avuto significative ripercussioni sul funzionamento personale e sulle performances scolastiche. All'età di 26 anni giungeva all'attenzione di uno specialista neurologo per tremore agli arti superiore che veniva definito come essenziale. Nonostante la precedente presenza di ansietà di significato subclinico, l'onset conclamato della psicopatologia veniva fatto risalire al 2018 con la comparsa di episodi di ansietà critica caratterizzati da tensione

soggettiva con importanti correlati somatici (vertigini, diaforesi e nausea). In concomitanza con la sintomatologia sopradescritta si manifestavano sintomi neurologici con episodi di cefalea e fotofobia, sensazione di disequilibrio con vertigine (in assenza di deficit cognitivo) e, in una singola occasione, insorgenza di parestesia transitoria alla lingua. Stante tale quadro, nel gennaio del 2019, si rivolgeva ad uno specialista neurologo che all'obiettività rilevava un lieve tremore fine bilaterale statico e poneva la diagnosi presuntiva di cefalea emicranica vasomotoria con aura visiva. Venivano inoltre consigliati i seguenti approfondimenti diagnostici: ecocolordoppler dei trochi sovraortici e Risonanza Magnetica all'encefalo (RMe). Alla RMe veniva riscontrata una cisti pineale, con solo minimo effetto massa compressivo sulla lamina quadrigemina e senza idrocefalo. Mentre l'ecocolordoppler risultava nella norma. Il curante richiedeva una RMe con mezzo di contrasto e una successiva valutazione neurochirurgica. L'effettuazione degli approfondimenti diagnostici innescava un severo peggioramento del quadro psicopatologico con istaurazione di abnormi preoccupazioni relative al proprio stato di salute, pensieri anticipatori catastrofistici, marcata polarizzazione ideica sul soma, apprensività persistente, iperarousal, ideazione ruminativa relativa alla propria prognosi e uno stato di costante tensione soggettiva che esitava in condotte ripetitive di ricerca di informazioni cliniche sul web allo scopo di tranquillizzarsi in merito alla propria prognosi, con ridotta fiducia nei confronti dei clinici.

In conseguenza del quadro sopradescritto, si assisteva ad un peggioramento delle performances lavorative e alla comparsa di difficoltà nelle relazioni affettive e sociali con conseguente deflessione timica e strutturazione di vissuti di inadeguatezza e pensieri di inguaribilità che ingeneravano pensiero magico e frequenti rituali apotropici. Inoltre sviluppava severa ansia anticipatoria relativa all'esecuzione degli esami diagnostici con ideazione ossessiva di controllo di tipo "time-consuming" e severo distress soggettivo. Nel maggio del 2019 ripeteva RMe

con mezzo di contrasto che confermava la presenza della lesione cistica encefalica refertata come non captante, tuttavia veniva posta indicazione per follow-up neurologico a sei mesi. Nonostante l'effettuazione della valutazione neurochirurgica che escludeva lesioni meritevoli di approccio chirurgico, in totale assenza di caratteristiche di malignità, persisteva un quadro psicopatologico acuto con severo distress soggettivo e alterazione del funzionamento personale. Data la severità del quadro psicopatologico con episodi di ansietà critica, su indicazione del curante neurologo veniva introdotta terapia con escitalopram fino a 10 mg/die con parziale beneficio sulla quota ansiosa. Parallelamente intraprendeva un percorso di psicoterapia individuale a scopo supportivo ad orientamento cognitivo-comportamentale. Veniva inoltre consigliata terapia benzodiazepinica dapprima con alprazolam con scarso beneficio, successivamente sostituita con delorazepam fino al dosaggio di 1,5 mg/ die, che veniva in seguito scalato fino al dosaggio di 0,5 mg die. Permaneva tuttavia sintomatologia ansiosa e il paziente lamentava sensazione di fastidio agli arti inferiori e/o prurito diffuso con peggioramento al mattino. Nel febbraio 2020, si sottoponeva ad una rivalutazione neurologica, contestualmente alla quale veniva posta diagnosi di "sindrome ansiosa lieve" e veniva consigliato il proseguimento della terapia con escitalopram 10 mg/die, che tuttavia il paziente decideva di sospendere autonomamente per preoccupazioni di ordine "farmacofobico" nonostante il parziale beneficio e la buona tollerabilità della terapia in atto. Nei mesi successivi effettuava diverse rivalutazioni neurologiche nella preoccupazione che potessero manifestarsi segni neurologici causati dalla nota lesione cistica della ghiandola pineale, sempre rimasta invariata ai controlli di neuroimaging. L'effettuazione di tali approfondimenti diagnostici determinava un peggioramento del quadro psicopatologico con intensificazione delle ricerche online in merito alla sintomatologia neurologica, preoccupazioni pessimistiche, sfiducia nei clinici di riferimento, anticipazioni catastrofistiche rispetto alla propria prognosi e pensieri ruminativi intrusivi relativi

a sintomi somatici cui conseguivano condotte di tipo compulsivo di controllo con reiterate ricerche nel web di informazioni cliniche allo scopo di lenire la tensione soggettiva e l'apprensione di stampo ipocondriaco. Tale quadro psicopatologico conduceva alla frequente richiesta di effettuazione di accertamenti diagnostici. Nel giugno 2021, su indicazione del medico di medicina generale, giungeva all'attenzione del Centro Psicosociale di pertinenza territoriale. Durante la prima visita psichiatrica si obiettivava un quadro caratterizzato da marcata ansietà espressa sia a livello psichico (tensione soggettiva, inquietudine, apprensività e anticipazioni pessimistiche) che somatico (cefalea, diaforesi, parestesie) l'ideazione era polarizzata sul soma con ideazione ossessiva di controllo, note di pensiero magico e diverse ore della giornata trascorse on-line alla ricerca di informazioni cliniche. Secondariamente a tale sintomatologia si obiettivava un timismo deflesso con ridotta quota d'energia e parziale compromissione della dimensione edonica, seppur in assenza di ideazione autolesiva. Il paziente lamentava severo distress soggettivo e compromissione del proprio funzionamento sociale e lavorativo con iniziale compromissione dei bioritmi e insonnia di tipo centrale.

Durante la prima visita (To), al fine di una miglior caratterizzazione clinica, si effettuava l'assessment psicometrico, con l'effettuazione dei seguenti questionari:

- Valutazione della sintomatologia ansioso-depressiva con scale autosomministrate: Generalized Anxiety Disorder-7 item (GAD-7) e Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Spitzer et al., 2006; Kronke et al., 2001)
- Valutazione della sintomatologia ansioso-depressiva con scale eterosomministrate: Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) e Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) (Hamilton 1959, 1960).
- Valutazione della sintomatologia dello spettro ossessivo-compulsivo: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman, 1989).
- Valutazione dell'Uso Patologico di Internet generico: Internet Addiction Test (Wydanto, 2004).

- Caratterizzazione dello specifico fenotipo clinico di Uso Patologico di Internet: Cyberchondria Severity Scale-12 (CSS-12), versione abbreviata della CSS a 33 items (Mc Elroy et al., 2014).

L'assessment psicometrico confermava il quadro sopra descritto e veniva posta diagnosi di Cybercondria in comorbidità con Disturbo ossessivo-compulsivo con insight buono o sufficiente e Disturbo da ansia di malattia di tipo richiedente l'assistenza, secondo in criteri diagnostici del DSM-5.

Data la precedente risposta a escitalopram e considerata l'indicazione alla terapia con inibitori del reuptake della serotonina (SSRIs) come prima scelta nel trattamento dei disturbi diagnosticati in comorbidità (Baldwin, 2014; Bandelow, 2012), si reimpostava terapia con escitalopram fino a 10 mg/die e terapia con delorazepam fino a 1,5 mg/die. Parallelamente il paziente proseguiva nell'effettuazione del percorso di psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale già in atto da alcuni mesi con cadenza settimanale.

Dopo quattro settimane di terapia (T1) si assisteva ad un evidente miglioramento della sintomatologia ansiosa con marcata riduzione delle condotte di ricerca su Internet di informazioni cliniche, ripresa di un regolare pattern ipnico e soggettivo marcato miglioramento, si rilevava una risposta alla terapia in atto pur non assistendo ad una remissione clinica. Veniva quindi gradualmente ottimizzata la terapia con escitalopram fino a 20 mg /die e dopo tre mesi (T2) il paziente evidenziava un quadro di valido compenso psicopatologico, che si manteneva nonostante il riscontro occasionale di un seminoma, rilevato durante un follow-up per noto varicocele. Nell'agosto del 2021 il paziente affrontava l'intervento di exeresi chirurgica testicolare e successivo trattamento radioterapico, conservando un valido compenso psicopatologico, in assenza di un peggioramento della sintomatologia ansiosa, né di ricorrenza di sintomi dello spettro ossessivo-compulsivo o delle ripetitive condotte di ricerca di informazioni cliniche sul web. Il paziente proseguiva con la terapia

con escitalopram senza ricorso a terapia al bisogno con delorazepam. Il compenso psicopatologico si conservava anche a sei mesi (T3), a un anno dalla prima valutazione (T4) e a 18 mesi dalla prima valutazione (T5), parallelamente effettuava il FU oncologico, in assenza di distress, con ripresa di un valido funzionamento personale.

## DISCUSSIONE

Il caso in oggetto in oggetto si riferisce ad un fenotipo specifico di UPI, ovvero la CYB che è un costrutto nosografico di recente definizione strettamente correlato sia all'ansia di malattia sia ai disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, come viene confermato anche nel *real world* del caso descritto. La CYB è correntemente definita come una sindrome caratterizzata dal bisogno eccessivo di un soggetto di effettuare reiterate ricerche online al fine di reperire informazioni mediche, guidato dall'urgente bisogno di alleviare il disagio e le preoccupazioni relative alla propria salute, con conseguente peggioramento dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali che ne conseguono. La CYB è caratterizzata dalla presenza di un impulso guidato da un comportamento compulsivo o ripetitivo, che impegna il soggetto per tempi eccessivamente lunghi "time-consuming" (Starcevic, 2013, 2017, 2019, 2022; Vismara et al., 2020). Manca ancora un consenso sulla definizione di CYB, ma dai dati di letteratura emerge chiaramente il collegamento tra CYB e altri disturbi psichiatrici (Fergus, 2013). La CYB sembra possedere diverse caratteristiche in comune con molte altre diagnosi già codificate, possedendo un forte legame con l'UPI, così come con l'ansia di malattia o ipocondria e i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo (Fergus, 2013, 2014). Utile sottolineare che la CYB possa essere un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di un disturbo d'ansia nell'epoca pandemica e post-pandemica da COVID-19, in particolare se si considera che Internet può anche essere fonte di informazioni scorrette (Starcevic, 2020). Nella letteratura corrente, per la concettualizzazione della CYB (Starcevic, 2019, 2020) vengono utilizzati due

approcci. Il primo approccio enfatizza le analogie con l'ansia di malattia e descrive la CYB come un eccessivo e ripetitivo pattern di ricerche online relative a sintomi o condizioni mediche soggettivamente percepite, associate ad un incremento dell'ansia e del distress (Starcevic, 2017). Il secondo approccio è invece più ampio e interpreta la CYB come una sindrome multidimensionale in cui vengono compresi sia i sintomi d'ansia che quelli della compulsività, includendo diversi elementi clinici: la ripetitività e il consumo di tempo caratteristici dello spettro ossessivo-compulsivo, gli stati emotivi negativi come la severa ansietà relativa alle ricerche online di informazioni cliniche, il continuo ricorso alla consultazione di medici e specialisti col risultato di incrementare ulteriormente il distress e il persistente ricorso alle ricerche sul web in assenza di una possibilità di rassicurazione. Secondo tale prospettiva la CYB sarebbe da intendersi come un'entità clinica separata rispetto al disturbo ossessivo-compulsivo, con il quale tuttavia condivide alcuni elementi. Le definizioni più complete della CYB considerano i seguenti elementi (Vismara, 2020):

- un pattern di eccessive ricerche di informazioni on-line relative a dati clinici.
- compulsività e difficoltà nel resistere alle ricerche sul web.
- effettuazione delle ricerche allo scopo di ottenere una rassicurazione rispetto alle preoccupazioni sul proprio stato di salute.
- solo transitorio e breve sollievo dopo avere effettuato ricerche sul web di informazioni cliniche.
- priorità data alle ricerche on-line rispetto ad altre attività della vita quotidiana nonostante le conseguenze negative sul funzionamento personale.

La CYB viene quindi descritta come un costrutto transdiagnostico multidimensionale che possiede una forte correlazione con l'UPI, con il disturbo da ansia di malattia e con i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo (Olatunji, 2009; Raines, 2014).

Dai dati di letteratura esiste una forte correlazione tra

la CYB e l'UPI generico, che si attesta tra lo 0,43 e lo 0,59 a seconda degli strumenti utilizzati per misurare l'UPI (Fergus, 2017; Durak-Batigun, 2018), infatti solitamente i soggetti affetti da CYB (Fergus, 2014) possono più facilmente essere coinvolti in altre condotte problematiche on-line, seppur tale elemento non si sia ravvisato nel caso in esame. Un costrutto centrale che accomuna CYB, ansia di malattia e disturbo ossessivo-compulsivo è l'intolleranza dell'incertezza (Starcevic, 2013; Fergus, 2013; Zangoulechi, 2018), che è fortemente correlata a tutte le tre categorie nosografiche ed è un trait psicologico descritto dal paziente come elemento costantemente presente anche prima dell'onset clinico. Nell'assessment della CYB è stata somministrata la CSS che è la scala maggiormente utilizzata in letteratura (McElroy, 2014), per tale fenotipo di uso patologico di Internet. La CSS è una scala basata sulla concettualizzazione multidimensionale (compulsività/interferenza con le altre attività della vita quotidiana, distress, ripetitività/*excessiveness*, richiesta di rassicurazioni e sfiducia nei professionisti sanitari) della CYB. La versione originale della CYB è a 33 items, ma è frequentemente utilizzata anche la versione ridotta a 12 items, che è stata selezionata nel caso clinico in oggetto al fine di una maggiore immediatezza nella somministrazione e nell'effettuazione del Test-Retest. Nella scelta del trattamento nei casi di CYB, secondo quanto indicato dai dati di letteratura (Newby, 2019), il primo elemento da valutare è la presenza di un altro disturbo psichiatrico presente in comorbilità, tra questi quelli più frequentemente presenti in comorbilità sono i disturbi d'ansia e disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, come è stato rilevato nel caso preso in esame. Infatti il trattamento della psicopatologia presente in comorbilità può alleviare anche i sintomi della CYB (Newby, 2019). In altre condizioni cliniche potrebbe invece essere necessario il trattamento concomitante sia della CYB che della condizione presente in comorbilità (Newby, 2019). Un esempio del secondo approccio è quello valutato in uno studio randomizzato controllato in cui veniva proposta una terapia cognitivo-



comportamentale (CBT) online secondo uno schema di trattamento per la gestione dell'ansia di malattia, modificato al fine di trattare anche i sintomi della CYB. Tale lavoro ha dimostrato un miglioramento in diversi domini psicopatologici della CYB, in particolare una riduzione delle ricerche online, dell'elevato livello di stress soggettivo e l'interferenza con il funzionamento personale (Newby, 2019). Pur essendo ancora limitate le evidenze di letteratura, riguardanti il trattamento della CYB, nell'attesa di disporre i risultati derivanti da studi controllati, gli approcci al trattamento dovrebbero basarsi su una precisa caratterizzazione del soggetto affetto, attraverso l'identificazione degli elementi implicati nel mantenimento del disturbo. Dai dati preliminari di letteratura, gli interventi maggiormente consigliati nel management clinico della CYB sono la Psicoeducazione e la CBT (Newby, 2020; Starcevic, 2020).

Per quanto concerne il trattamento farmacologico, considerando il forte legame tra la CYB l'ansia di malattia, un approccio ragionevole di trattamento proposto in letteratura è dato dall'utilizzo delle molecole che sono considerate efficaci nel trattamento dei Disturbi da Sintomi Somatici e dell'ipocondria (Fallon, 2017, Greeven, 2009, Dell'Osso, 2021). Per quanto riguarda il trattamento farmacologico dell'uso patologico di Internet, di cui la CYB è considerata un fenotipo clinico (Dell'Osso, 2021; Fineberg, 2018, 2022) come disturbo primario la letteratura si focalizza sull'utilizzo di due molecole appartenenti alla classe degli antidepressivi ovvero il bupropione e l'escitalopram (Solly, 2022). Il Bupropione è un inibitore del reuptake della noradrenalina e della dopamina che possiede una nota efficacia nel trattamento della depressione con ridotta frequenza di effetti collaterali sulla sfera sessuale (Patel, 2016), sono inoltre note evidenze di efficacia nel trattamento di disassuefazione dal fumo di sigaretta (Cahill, 2016). Il Bupropione è stata la prima molecola utilizzata nel trattamento dell'UPI nell'ipotesi che potesse ridurre il craving nel Disturbo da Gioco Online (Han, 2010). Tuttavia nei lavori di

Bae del 2018; e di Han del 2010 in cui è stata valutata l'efficacia del bupropione nel trattamento dell'UPI si faceva riferimento a sottotipi di UPI appartenenti alla dimensione delle dipendenze comportamentali come l'*Internet game addiction* e la *gambling addiction online*, diversamente da quanto viene rilevato nel caso clinico in oggetto (Bae, 2018; Han, 2010). Il trattamento dell'UPI con escitalopram è stato proposto per la prima volta in un case report del 2004 (Sattar, 2004) ed è stato successivamente valutato in un trial clinico del 2008 (Dell'Osso, 2008). L'escitalopram appartiene alla classe degli SSRIs ed è nota la sua efficacia nel trattamento della depressione (Cipriani, 2009). Il trial del 2008 considerava 19 pazienti (7 donne, età media 38,5 anni) affetti da diversi sottotipi di UPI, di cui 12 soggetti possedevano una comorbilità con disturbi depressivi e disturbi d'ansia (Dell'Osso, 2008). Come nel caso sopradescritto, l'escitalopram veniva somministrato al dosaggio iniziale di 10 mg/die, successivamente incrementato al dosaggio di 20 mg/die. Lo studio prevedeva una prima fase in open-label e una seconda fase in doppio ceco in cui i pazienti ricevevano escitalopram o placebo. Durante la prima fase 2 pazienti abbandonavano lo studio, al termine di tale fase si assisteva ad una significativa riduzione nel numero di ore settimanali di utilizzo di Internet parallelamente ad un significativo miglioramento dei punteggi della Clinical Global Impressions-Improvement scale, con 11 dei 17 paziente che erano considerati responsivi al trattamento. Completata la prima fase i pazienti venivano randomizzati a placebo vs escitalopram, non si rilevavano differenze significative tra i due gruppi, tuttavia il campione veniva considerato troppo piccolo per trarre conclusioni definitive (Solly, 2022).

Nel presente caso clinico è stato proposto un trattamento farmacologico con un farmaco appartenente alla classe degli SSRIs, classe farmacologica di prima scelta nel trattamento dei disturbi d'ansia e dei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo (Baldwin, 2014), in particolare tra gli SSRIs è stato selezionato escitalopram fino a 20 mg/

die data la storia clinica di parziale risposta al farmaco al dosaggio di 10 mg/die con ottima tollerabilità individuale e date le molteplici evidenze di letteratura nel trattamento dei disturbi ansiosi e dello spettro ossessivo-compulsivo (Baldwin, 2014; Fineberg, 2020) e le preliminari evidenze nel trattamento di specifici sottotipi di UPI (Solly, 2022; Dell'Osso, 2021). Parallelamente, come suggerito da diversi lavori (Starcevic, 2019, 2020; Baldwin, 2014), si proponeva il proseguimento del percorso di psicoterapia ad orientamento cognitivo comportamentale già in atto. Il trattamento si dimostrava efficace sia nella gestione della sintomatologia ansioso-depressiva e ossessiva che nelle dimensioni psicopatologiche legate alla CYB che nelle dimensioni legate al generico utilizzo patologico di Internet, come confermato dai punteggi ottenuti nelle scale psicometriche. Al T2 il paziente raggiungeva la remissione clinica che manteneva successivamente in assenza di ricorrenze o ricadute, sia dal punto di vista delle comorbidità psichiatriche che della CYB. Il buon compenso del quadro psicopatologico veniva conservato nonostante l'occorrenza di un potenziale rischioso fattore di stress, rappresentato dal riscontro di un seminoma testicolare che richiedeva trattamento chirurgico e follow-up oncologico e radiologico semestrale.

## CONCLUSIONI

Seppur le conoscenze relative agli specifici sottotipi di UPI non siano ancora conclusive, è frequente che tali quadri clinici si presentino all'attenzione del clinico, soprattutto se si considera che il distanziamento sociale imposto dalle regole di contenimento della pandemia da Covid-19 ha favorito l'utilizzo dei media digitali incrementando l'incidenza di UPI in alcune fasce di popolazione vulnerabili (Fineberg, 2022). Come sottolineato in un recente lavoro (Fineberg, 2022) elaborato da un network internazionale di esperti che costituisce un aggiornamento del "Manifesto for a European research network into problematic usage of the internet" pubblicato nel 2018, l'UPI costituisce un severo problema di salute pubblica

e come tale necessita come intervento primario quello di un tempestivo riconoscimento del disturbo (Fineberg, 2018, 2022). Inoltre, l'identificazione dell'UPI, talora in comorbidità con altri disturbi psichiatrici, permettere una più accurata caratterizzazione clinica del paziente che può avvalersi anche dell'impiego di specifici strumenti di assessment che sempre più faranno parte della pratica clinica, seppur allo stato attuale vi sia ancora una carenza di strumenti di screening e diagnostici basati su una specifica *consensus*, per diversi sottotipi di UPI (Fineberg, 2022). Pur non essendo ancora disponibili linee guida sul trattamento specifico dei diversi fenotipi di UPI è possibile riferirsi a due approcci di trattamento: il primo consiste nell'identificare la dimensione psicopatologica sottesa allo specifico fenotipo di UPI, utilizzando degli approcci di trattamento validati per i disturbi appartenenti allo spettro in oggetto (ossessivo-compulsivo, impulsivo o di addiction), mentre il secondo approccio consiste nell'intervento specifico dell'eventuale disturbo psichiatrico presente in comorbidità (Solly, 2022). La finalità è quella di trattare parallelamente sia la sintomatologia ascrivibile allo specifico sottotipo di UPI che i sintomi presenti in comorbidità. Come raccomandato dai network internazionali nel campo, è necessario incrementare le risorse e le conoscenze nel campo dell'UPI per favorire una tempestiva diagnosi e lo sviluppo di servizi clinici capaci di erogare interventi di prevenzione e di trattamento basati sull'evidenza (Fineberg, 2022).

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda*

CORRISPONDENZA A:

[ilaria.dibernardo@ospedaleniguarda.it](mailto:ilaria.dibernardo@ospedaleniguarda.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, Eslami M, Alaghemandan H, Setare M. *Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views*. Int J Prev Med 2019; 3(4): 290-4. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22624087>
2. Andreassen CS, Pallesen S, Griffiths MD. *The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: findings from a large national survey*. Addict Behav 2017;64:287-93. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.006>
3. Bae S, Hong JS, Kim SM, Han DH. *Bupropion shows different effects on brain functional connectivity in patients with Internet-based gambling disorder and internet gaming disorder*. Front Psychiatry 2018, 9:130.
4. Baldwin, Anderson, Nutt, Allgulander, Bandelow. *Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology*. Journal of Psychopharmacology 1-37. 2014. DOI: 10.1177/0269881114252674.
5. Bandelow, Sher, Bunevicius, Hollander, Kasper, Zohar, Öller and WFSBP task force on anxiety disorders, OCD and PTSD. *Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care*. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2012; 16: 77-84. DOI: 10.3109/13651501.2012.667114.
6. Bajcar B, Babiak J. *Self-esteem and cyberchondria: the mediation effects of health anxiety and obsessive-compulsive symptoms in a community sample*. Curr Psychol. 2019. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00216-x>
7. Billieux J, Stein DJ, Castro-Calvo J, Higushi S, King DL. *Rationale for and usefulness of the inclusion of gaming disorder in the ICD-11*. World Psychiatry 2021;20:198-9. <https://doi.org/10.1002/wps.20848>
8. Brand M, Rumpf H-J, Demetrovics Z, Müller A, Stark R, King DL, et al. *Which conditions should be considered as disorders in the international classification of diseases (ICD-11) designation of “other specified disorders due to addictive behaviors”?* J Behav Addict 2020. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00035>
9. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. *Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis*. Cochrane Database Syst Rev 2013, (5):CD009329.
10. Cantelmi T, Talli M, Del Miglio C, D’Andrea A. (2000) *La mente in Internet Padova: Psicopatologia delle condotte On-line*. Piccini
11. Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... Kaess, M. (2013). *The Association between Pathological Internet Use and Comorbid Psychopathology A Systematic Review*. Psychopathology, 46(1), 1-13.
12. Chen L, Luo X, Bothe B, Jiang X, Demetrovics Z, Potenza MN. *Properties of the problematic pornography consumption scale (PPCS-18) in community and subclinical samples in China and Hungary*. Addict Behav 2021;112:106591. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106591>
13. Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, Churchill R, Barbui C. *Escitalopram versus other antidepressive agents for depression*. Cochrane Database Syst Rev 2009, (2):CD006532
14. Dell’Osso B, Di Bernardo I, Vismara M, Piccoli E, Giorgetti F, Molteni L, et al. *Managing problematic usage of the internet and related disorders in an era of diagnostic transition: an updated review*. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2021; 17:61-74. <https://doi.org/10.2174/1745017902117010061>
15. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. 2013.
16. Durak-Batigun A, Gor N, Komurcu B, Senkal-Erturk I. *Cyberchondria Scale (CS): development, validity and reliability study*. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2018;31:148-62. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310203>

18. Fallon BA, Ahern DK, Pavlicova M, Slavov I, Skritskya N, Barsky AJ. *A randomized controlled trial of medication and cognitive behavioral therapy for hypochondriasis*. *Am J Psychiatry* 2017; 174(8): 756-64. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16020189> 28659038
19. Fergus TA, Dolan SL. *Problematic Internet use and Internet searches for medical information: the role of health anxiety*. *Cyberpsychol Behav Soc Network*. 2014;17:761-5. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0169> 10. Singh K, Brown RJ. Health-rela
20. Fergus TA, Spada MM. *Cyberchondria: examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs*. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24:1322-30. <https://doi.org/10.1002/cpp.2102>
21. Fergus TA. *Cyberchondria and intolerance of uncertainty: examining when individuals experience health anxiety in response to internet searches for medical information*. *Cyberpsychol Behav Soc Network*. 2013;16(10):735-9. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0671>
22. Fineberg NA, Demetrovics Z, Stein DJ, Ioannidis K, Potenza MN, Grünblatt E, et al. *Manifesto for a European research network into problematic usage of the internet*. *Eur Neuropsychopharmacol* 2018;28:1232-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.004>
23. Fineberg NA, Hollander E, Pallanti S, Walitza S, Grünblatt E, Dell'Osso BM, et al. *Clinical advances in obsessive compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders*. *Int Clin Psychopharmacol* 2020. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000314>  
Publish Ahead of Print.
24. Fineberg, Menchon, Hall, Dell'Osso, Brand, Potenza, Chamberlain. *Advances in problematic usage of the internet research – A narrative review by experts from the European network for problematic usage of the internet*. *Comprehensive Psychiatry* 118 (2022) 152346. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152346>
25. Flayelle M, Canale N, Vogele C, Karila L, Maurage P, Billieux J. *Assessing binge watching behaviors: development and validation of the “watching TV series motives” and “binge-watching engagement and symptoms” questionnaires*. *Comput Hum Behav* 2019;90:26-36. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.08.022>
26. Gola M, Lewczuk K, Potenza MN, Kingston DA, Grubbs JB, Stark R, et al. *What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder?* *J Behav Addict* 2020;1. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00090>
27. Goldberg LR, Rosolack TK. *The Big Five factor structure as an integrative framework: An empirical comparison with Eysenck's PEN model. The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* 1994; 7-35
28. Goldberg LR. *The development of markers for the big-five factor structure*. *Psychol Assess* 1992;4:26-42. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.26>
29. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. (1989) *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability*. *Arch Gen Psychiatry*; 46(11):1006-11.
30. Gray JC, MacKillop J, Weafer J, Hernandez KM, Gao J, Palmer AA, et al. *Genetic analysis of impulsive personality traits: examination of a priori candidates and genome-wide variation*. *Psychiatry Res* 2018;259:398-404. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.047>
31. Greeven A, van Balkom AJLM, van der Leeden R, Merkelbach JW, van den Heuvel OA, Spinhoven P. *Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: an 18-month naturalistic follow-up*. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40(3): 487-96
32. Griffiths M. *Internet addiction: Internet fuels other addictions*. *Student BMJ* 1999; (7): 428-9.
33. Griffiths MD. *Exercise addiction: A case study*. *Addict Res* 1997; 5: 161-8. <http://dx.doi.org/10.3109/16066359709005257>
34. Griffiths MD. *The treatment of pathological gambling: A brief overview of cognitive approaches*. *Clin Psychol Forum* 1996; 98: 29-33.
35. Han DH, Hwang JW, Renshaw PF. *Bupropion sustained*



- release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with internet video game addiction. *Exp Clin Psychopharmacol* 2010, 18:297-304.
36. Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. *Brit J Med Psychol* 32:50, 1959.
37. Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*, 23:56, 1960
38. Hodkinson C. 'Fear of missing out' (FOMO) marketing appeals: a conceptual model. *J Mark Commun* 2019;25:65-88. <https://doi.org/10.1080/13527266.2016.1234504>.
39. Ioannidis K, Treder MS, Chamberlain SR, Kiraly F, Redden SA, Stein DJ, et al. *Problematic internet use as an age-related multifaceted problem: evidence from a two-site survey*. *Addict Behav* 2018;81:157-66. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.017>
40. Kiraly ' O, Bothe B, Ramos-Diaz J, Rahimi-Movaghar A, Lukavska K, Hrabec O, et al. *Ten-item internet gaming disorder test (IGDT-10): measurement invariance and cross-cultural validation across seven language-based samples*. *Psychol Addict Behav* 2019;33:91-103. <https://doi.org/10.1037/adbo000433>
41. Kircaburun K, Griffiths MD. *The dark side of internet: preliminary evidence for the associations of dark personality traits with specific online activities and problematic internet use*. *J Behav Addict* 2018;7:993-1003. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.109>
42. Koronczai B, Kok "onyei " G, Griffiths MD, Demetrovics Z. *The relationship between personality traits, psychopathological symptoms, and problematic internet use: a complex mediation model*. *J Med Internet Res* 2019;21:e11837. <https://doi.org/10.2196/11837>
43. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB; *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep 16(9):606-13.
44. Laconi S, Tricard N, Chabrol H. *Differences between specific and generalized problematic Internet uses according to gender, age, time spent online and psychopathological symptoms*. *Comput Human Behav* 2015; 48(C): 236-44 *Behav* 2015; 48(C): 236-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.006>
45. Laier C, Brand M. *Empirical evidence and theoretical considerations on factors contributing to cybersex addiction from a cognitive-behavioral view*. *Sex Addict Compuls* 2014;21:305-21. <https://doi.org/10.1080/10720162.2014.970722>
46. Laier C, Wegmann E, Brand M. *Personality and cognition in gamers: avoidance expectancies mediate the relationship between maladaptive personality traits and symptoms of internet-gaming disorder*. *Front Psych* 2018;9:304. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00304>. *Psychol Addict Behav* . 2016 Mar;30(2):252-62. doi: 10.1037/adbo000160.
47. Luo T, Qin L, Cheng L, Wang S, Zhu Z, Xu J, et al. *Determination the cut-off point for the Bergen social media addiction (BSMAS): diagnostic contribution of the six criteria of the components model of addiction for social media disorder*. *J Behav Addict* 2021;10:281-90. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00025>
48. McElroy E, Shevlin M. *The development and initial validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS)*. *J Anxiety Disord*. 2014;28:259-65. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>
49. McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2019). *The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 245, 270-278
50. Montag C, Bey K, Sha P, et al. *Is it meaningful to distinguish between generalized and specific Internet addiction? Evidence from a crosscultural study from Germany, Sweden, Taiwan and China*. *Asia-Pac Psychiatry* 2015; 7(1): 20-6. <http://dx.doi.org/10.1111/appy.12122> [PMID: 24616402]
51. Newby JM, McElroy E. *The impact of Internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria*. *J Anxiety Disord*. 2020;69:102150. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102150>
52. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. *Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis*. *Psychol Bull* 2009;135:974-99. <https://doi.org/10.1037/a0017428>
53. Patel K, Allen S, Haque MN, Angelescu I, Baumeister D,

- Tracy DK: *Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant*. *Ther Adv Psychopharmacol* 2016; 6:99–144.
55. Petry NM, Rehbein F, Gentile DA, Lemmens JS, Rumpf H-J, Moßle T, et al. *An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach: internet gaming disorder*. *Addiction* 2014;109:1399–406. <https://doi.org/10.1111/add.12457>
56. Pontes HM, Griffiths MD. *Measuring DSM-5 internet gaming disorder: development and validation of a short psychometric scale*. *Comput Hum Behav* 2015;45:137–43. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>
57. Potenza MN. *Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5*. *Addict Behav* 2014; 39(1): 1-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.004> [PMID: 24119712].
58. Raines AM, Oglesby ME, Capron DW, Schmidt NB. *Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: identification of specific relations among symptom dimensions*. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2014;3:71–6. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.001>
59. Sanchez-Roige S, Fontanillas P, Elson SL, Gray JC, de Wit H, MacKillop J, et al. *Genome-wide association studies of impulsive personality traits (BIS-11 and UPPS-P) and drug experimentation in up to 22,861 adult Research participants identify loci in the CACNA1I and CADM2 genes*. *J Neurosci Off J Soc Neurosci* 2019;39:2562–72. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2662-18.2019>
60. Sattar P, Ramaswamy S. *Internet Gaming Addiction*. *Can J Psychiatry* 2004, 49:871–872.
61. Solly E.J., Grant J.E, Chamberlain S. *Pharmacological interventions for Problematic Usage of the Internet (PUI): Current progress and future directions*. *Curr Opin Behav Sci*; 46: <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101158>
62. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. *Arch Intern Med*. 2006 May 22 166(10):1092-7
63. Starcevic V, Berle D. *Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use*. *Exp Rev Neurotherap*. 2013;13:205–13. <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
64. Starcevic V. *Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information*. *Psychother Psychosom*. 2017;86:129–33. <https://doi.org/10.1159/000465525>
65. Starcevic, V., Baggio, S., Berle, D., Khazaal, Y., & Viswasam, K. (2019). *Cyberchondria and its relationships with related constructs: A network analysis*. *Psychiatric Quarterly*, 90, 491–505. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09640-5>
66. Starcevic, V., Berle, D., Arn aez, S., 2020a. *Recent insights into cyberchondria*. *Curr. Psychiatr. Rep.* 22 (11), 56. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01179-8>
67. Starcevic V, Schimmenti A, Billieux J, Berle D. *Cyberchondria in the time of the COVID-19 pandemic*. *Hum Behav & Emerg Tech*. 2020;1–10. <https://doi.org/10.1002/hbe2.233>
68. Tiego J, Lochner C, Ioannidis K, Brand M, Stein DJ, Yücel M, et al. *Measurement of the problematic usage of the internet unidimensional quasitrait continuum with item response theory*. *Psychol Assess* 2021. <https://doi.org/10.1037/pas0000870>
69. Van den Eijnden RJJM, Lemmens JS, Valkenburg PM. *The social media disorder scale*. *Comput Hum Behav* 2016;61:478–87. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>
70. Vismara M, Caricasole V, Starcevic V, Cinosi E, Dell’Osso B, Martinotti G, et al. *Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence*. *Compr Psychiatry*. 2020;99:152167. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152167>
71. Volpe E A U, Dell’Osso B, Fiorillo A, Mucic D. *Internet-related psychopathology: clinical phenotypes and perspectives in an evolving field*. *Journal of Psychopathology* 2015;21:406-414.
72. Widyanto, L., & McMurrin, M. (2004). *The psychometric properties of the internet addiction test*. *CyberPsychology & Behavior*, 7(4), 443-450.
73. Young KS. *Internet addiction: Symptoms, evaluations and treatment Innovations in clinical practice: A source book*. 1999; 17: pp. (17)351-2.

- 
74. Young K. S. (2000) *Presi nella Rete*. Calderoni, Bologna
75. Young KS. *Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder*. *CyberPsychology Behav* 1998; 1(3): 237-44.  
<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
76. Zangoulechi Z, Yousefi Z, Keshavarz N. *The role of anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty, and obsessive-compulsive symptoms in the prediction of cyberchondria*. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine (ABCmed)*. 2018;6(4):1-6.  
<https://doi.org/10.7575/aiac.abcmed.v.6n.4p.1>

## LINKS

77. <https://icocs.org/product/learning-to-deal-with-problematic-usage-of-the-internet-ebook/>
78. [http://www.cost.eu/COST\\_Actions/ca/CA16207](http://www.cost.eu/COST_Actions/ca/CA16207),  
EU grant COST initiative entitled: EU-PUI COST Action (CA16207)
79. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11): New Release*; World Health Assembly: Geneva, Switzerland (2019).  
Available online: <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assemblyupdate>

# L'integrazione tra i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) nell'età adulta e diverse aree della Medicina: Il Progetto Intersezioni

*Galetti N.\*, Arrigoni V.\*, Floris L.G.\*, Cardani I.\*, Fraticelli C.°*

## ABSTRACT

All'interno dei diversi contesti sanitari sono in aumento i casi di richieste di consulto psicologico e psichiatrico per chi soffre di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA). Tuttavia, accade di frequente che pazienti con DNA transitino per altri reparti e servizi a causa di problematiche di natura medica, prima di giungere ai servizi dedicati. Per favorire una individuazione più precoce di tali patologie, data l'importanza di interventi tempestivi per migliorare gli esiti, è stato avviato all'interno dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana il Progetto Intersezioni con funzioni di raccordo tra l'Ambulatorio DNA afferente al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) e le unità operative mediche che più frequentemente registrano la presenza di persone affette da un disturbo alimentare.

## Key words

Disturbi alimentari; DNA; integrazione; interdisciplinarietà; intersezioni; medicina; psicologia; psichiatria

## PREMESSE E DESCRIZIONE DEL CONTESTO

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) sono patologie psichiatriche in crescita nella popolazione (Bagaric et al., 2020; Halmi, 2022; Mitchison et al., 2014) e l'impatto del Covid-19 ha ulteriormente incrementato il tasso di frequenza e la gravità di questi disturbi (Taquet et al., 2022).

Pazienti affetti da DNA necessitano di un trattamento specifico, precoce e repentino pena il rischio di ricadute frequenti e di cronicità. Il decorso più nefasto è la morte che risulta essere da 6 a 10 volte più probabile per i soggetti affetti da anoressia nervosa rispetto alla popolazione generale e di 20 più rischiosa se l'indice BMI (Body Mass Index) è inferiore a 13,5 (Emilia-Romagna, Regione, DOSSIER 240-2014; ISSN 1591-223X).

Un altro dato fondamentale per comprendere il fenomeno dei DNA è quello relativo alla comorbidità con altri disturbi psichiatrici: nei pazienti affetti da anoressia nervosa la probabilità di coesistenza di un'altra patologia psichiatrica è di 5 volte più elevata rispetto ai pazienti senza disturbi del comportamento alimentare, di 9 volte in caso di Bulimia e di 6 volte nel caso dei Binge Eating Disorder (BED) (Vardar et al., 2011). Inoltre, persone con DNA soffrono spesso di problematiche fisiche che possono essere causate o aggravate dal disturbo stesso, come diabete di tipo I e II, amenorrea, osteoporosi, ipertensione, disturbi gastroenterici, problematiche muscolari.

In considerazione di questi aspetti, risulta fondamentale intercettare e avviare celermente il processo di presa in carico di persone aventi un DNA in essere o in fase di sviluppo e motivarli ad avviare un percorso terapeutico basato sulle evidenze scientifiche; il tutto prima che la patologia si cronicizzi con effetti indesiderati su di sé, sul nucleo familiare e sul contesto sociale in cui l'individuo è inserito.

Per queste ragioni, all'interno dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana è stato avviato il Progetto Intersezioni: l'obiettivo è quello di svolgere un iniziale screening diagnostico da parte degli psicologi



dell'Ambulatorio DNA afferente al DSMD, effettuato in collaborazione con le unità operative di Medicina dello Sport, Malattie Endocrine e Diabetologia, Gastroenterologia ed Endoscopia in associazione al Gruppo Operativo Interdipartimentale di Gastroenterologia Multimodale ed Integrata (GOIP ASH) ed il Centro per la Diagnosi e la Cura dell'Iperensione Arteriosa.

### **ANALISI DEL BISOGNO E DELL'OFFERTA**

Accade sovente che persone affette da DNA accedano per questioni mediche a diversi reparti e servizi sanitari senza mai essere prima transitate per l'Ambulatorio DNA aziendale o altro servizio pubblico o privato specializzato nel trattamento di questi disturbi. In questi casi l'équipe medica si trova a far fronte non solo alle problematiche di salute fisica riportate dall'individuo, ma anche a confrontarsi con il disturbo psicopatologico del paziente, più o meno evidente, che può incidere negativamente sul decorso del disturbo somatico che ha motivato l'accesso.

Per esempio, pazienti con DNA e Diabete Mellito di tipo I possono utilizzare in maniera impropria l'insulina per ottenere un controllo maggiore della fame e del peso, riducendone la dose per eliminare il glucosio con le urine. Ciò li espone al rischio di chetoacidosi diabetica e di complicanze microvascolari e neurologiche legate al diabete e addirittura al pericolo di morte (Rydall et al., 1997; Peveler et al., 2005). Gli atleti che soffrono di DNA possono procurarsi lesioni ossee o sviluppare problematiche cardiovascolari, problemi gastrointestinali e renali (Lanser et al., 2011; Wheatley et al., 2012; Coelho et al., 2014). Inoltre, pazienti affetti da un DNA possono sviluppare disturbi intestinali dovuti alla carenza elettrolitica, o anche disidratazione e stipsi, squilibrio del microbiota intestinale, necrosi delle cellule epatiche dovuta al consumo delle riserve di glicogeno epatico e problematiche gastriche come reflusso gastro-esofageo ed esofagite o tumefazione delle ghiandole paratiroidei nei casi con frequenti episodi di vomito. Tutte condizioni difficili da curare se sostenute da un comportamento alimentare disfunzionale. Infine, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da

Alimentazione Incontrollata (traduzione del termine Binge Eating Disorder, BED) possono favorire lo sviluppo della sindrome metabolica, condizione medica caratterizzata da obesità addominale, dislipidemia, ipertensione, glicemia elevata a digiuno (Solmi et al., 2021; Hudson et al., 2022).

Di fronte a situazioni di questo tipo le équipe mediche specialistiche, non sempre dotate di figure professionali specificamente formate per la diagnosi e la cura di DNA, possono incontrare gravi difficoltà nel: a) identificare le problematiche alimentari, soprattutto se non evidenti o in fase di esordio, b) offrire un piano terapeutico efficace che tenga conto sia della condizione medica che del quadro psicopatologico e della loro reciproca e dannosa interazione, c) garantire un'aderenza costante al piano terapeutico prescritto, d) gestire la relazione terapeutica con pazienti difficili.

In merito a quest'ultimo punto è importante fare delle riflessioni specifiche. La relazione medico-paziente può risultare davvero complicata con persone affette da DNA, poiché molto spesso queste tendono a negare alcune problematiche evidenti, a boicottare trattamenti che abbiano ricadute indesiderate sul peso e sul corpo e ad agire in maniera ambivalente chiedendo conferme e definizioni continue, ma al tempo stesso respingendo gli interventi dei professionisti percepiti come invadenti. Se poi, come spesso accade, il disturbo alimentare si presenta in comorbidità con un altro disturbo psichiatrico - magari di personalità - i pazienti possono risultare manipolatori, seduttivi, fintamente complianti, o al contrario svalutanti e oppositivi. Tutto ciò può generare uno stato relazionale di confusione e sfiducia nel quale medico e paziente possono involontariamente incistarsi, minando così l'efficacia del trattamento, aumentando il rischio di drop-out ed elevando i livelli di stress. Di conseguenza, risulta fondamentale sia fornire al personale sanitario strumenti diagnostici semplici ed efficaci per effettuare una prima valutazione del caso e sia una rete di supporto e confronto costante costituita da professionisti specializzati nella cura dei DNA.

## PROGETTO INTERSEZIONI: L'INCONTRO TRA LA PSICOLOGIA DEI DNA E AREE MEDICHE DI ASST LARIANA

Al fine di poter prendere in carico i pazienti che potrebbero sviluppare o che hanno già sviluppato un DNA è stato proposto, in modo specifico, un progetto di collaborazione con quattro diverse aree mediche dell'ASST Lariana: l'Ambulatorio di Diabetologia, l'Unità Operativa Semplice di Medicina Sportiva, l'Unità Operativa Semplice di Gastroenterologia e Endoscopia e l'Ambulatorio di Diagnosi e Cura dell'Iperensione Arteriosa.

I progetti sono stati articolati in tre fasi per quanto riguarda i servizi di diabetologia, medicina dello sport e gastroenterologia; mentre per quanto concerne l'area medica dell'ipertensione arteriosa il progetto è stato predisposto in due fasi.

La *fase 1* comprende l'accesso al servizio specifico da parte del paziente per la visita specialistica. In questo primo momento, l'operatore sanitario che effettua l'intervento, oltre alle indagini specifiche rispetto della patologia medica per la quale il paziente si presenta, si impegna a valutare la presenza di un possibile DNA o l'eventuale predisposizione del paziente a svilupparne uno, attraverso l'utilizzo di alcuni test di autosomministrazione specifici. Per quanto concerne, invece, l'Ambulatorio per la Diagnosi e la Cura dell'Iperensione Arteriosa, la fase 1 comprende l'accesso al servizio specifico da parte del paziente per la visita specialistica rispetto alla problematica dell'ipertensione arteriosa e successivamente, in base all'obiettività critica del medico specialista, viene predisposto un invio all'Ambulatorio DNA o alla Psicologia Clinica. In queste sedi viene successivamente effettuato un primo screening attraverso l'utilizzo di alcuni test di autosomministrazione specifici per valutare l'eventuale predisposizione del paziente a sviluppare, o se ha già sviluppato, un possibile DNA o altra condizione psicopatologica.

Di seguito sono riportati i test utilizzati durante l'iter di valutazione nelle varie aree mediche:

### Diabetologia:

- *Diabetes Eating Problem Survey-Revised - DEPS-R* (Pinna et al., 2017): un questionario autosomministrato e composto da 16 item su una scala Likert a 6 punti, che vanno da 0 a 5, in relazione alla frequenza del comportamento. Punteggi più alti indicano maggiore rischio di DNA. Lo strumento originale comprendeva 28 item, ma è stato rivisto e abbreviato;
- *Binge Eating Scale - BES* (Chevinsky et al., 2020): un questionario di autovalutazione che esplora il comportamento alimentare individuale e il rapporto che la persona ha con il cibo.

### Medicina dello Sport:

- *Eating Attitudes Test - EAT-26* (Dotti et al., 1998): è questionario autosomministrato composto da 26 domande su scala Likert che valutano il comportamento alimentare generale e cinque domande aggiuntive che valutano i comportamenti rischiosi. Viene utilizzato per identificare la presenza di rischio di disturbo alimentare. È composto da tre sottoscale: 1) Dieta, 2) Bulimia e Preoccupazione Alimentare e 3) Controllo orale. È stato anche validato in campioni ad alto rischio di problemi alimentari come gli atleti.
- *Eating Disorders Screen for Athletes - EDSA* (Hazard et al., 2020): un breve questionario autosomministrato al fine di identificare gli atleti di sesso maschile e femminile che potrebbero essere a rischio di un disturbo alimentare. È composta da 6 item, su scala Likert.

### Gastroenterologia ed Endoscopia:

- *Questionario per Individuare i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione* (Chey et al., 2022): Non si tratta di un questionario convalidato ma può essere utile allo specialista per indirizzare il proprio giudizio clinico verso una maggiore comprensione della problematica riportata dal paziente.
- *Eating Attitudes Test - EAT-26*
- *Binge Eating Scale - BES*

### Area Ipertensivologica:

- *Valutazione standard dell'affettività negativa, inibizione sociale e personalità di tipo D - DSI14* (Denollet et al., 2005): un questionario di autosomministrazione per valutare la personalità di tipo D. Il DSI14 è un questionario a 14 item che misura l'affettività negativa e l'inibizione sociale. I soggetti sono classificati come tipo D se sia l'affettività negativa è maggiore o uguale a 10 sia l'inibizione sociale è maggiore o uguale a 10.
- *Eating Attitudes Test - EAT-26*

A seconda dei risultati emersi dai questionari preliminari, nel caso in cui dovesse emergere una significativa predisposizione a sviluppare o ad avere un DNA, i pazienti vengono inviati per colloquio psicologico clinico di approfondimento presso l'Ambulatorio DNA. A questo punto i pazienti possono accedere alla fase 2 del progetto.

La *seconda fase* (fase 1bis per il progetto con l'Ambulatorio per la Diagnosi e Cura dell'Ipertensione Arteriosa) consiste in una ulteriore e più approfondita valutazione/inquadramento clinico-diagnostico guidata dagli operatori dell'Ambulatorio DNA attraverso colloqui clinici di approfondimento e l'utilizzo di due test autosomministrati di primo livello e il genogramma familiare, quest'ultimo redatto assieme al paziente (se di età maggiore di 25 anni) o alla famiglia (se il paziente è tra i 18 e i 26 anni). I test adoperati sono: *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3), per l'autovalutazione di sintomi comunemente associati all'anoressia, alla bulimia, e a domini psicologici considerati rilevanti nell'eziologia, nel mantenimento o nella variazione dei sintomi chiave dei soggetti con disturbo alimentare; *Symptom Checklist-90-R - Adattamento italiano* (SCL-90-R), un questionario autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia), che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) di pazienti psichiatrici, di medicina generale e soggetti senza sintomi clinici. In questa fase, se il clinico responsabile

della valutazione ritenesse opportuno fare degli ulteriori approfondimenti, può usufruire anche di test di secondo livello per indagare in modo specifico anche gli aspetti di personalità. Il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 - Restructured Form (MMPI-2-RF)* e/o il Test proiettivo di Rorschach risultano molto indicati per svolgere questo tipo di analisi. Successivamente, al termine della valutazione testistica e dei colloqui psicologici conoscitivi, vengono discussi i risultati e il caso all'interno dell'équipe multidisciplinare dell'Ambulatorio DNA alla compresenza degli operatori dell'area medica specifica inviante. Gli obiettivi sono quelli di predisporre una restituzione al paziente, e alla famiglia se lo stesso avesse meno di 26 anni, e la stesura di un progetto terapeutico individualizzato (PTI). In seguito alla fase di restituzione, se il paziente e i familiari aderiscono alla presa in carico, formalizzata attraverso la firma del PTI, si passa alla fase 3 del progetto: il trattamento. Nel caso in cui, invece, il paziente o la famiglia non aderiscano al PTI proposto non viene disposta nessuna presa in carico.

All'interno della *terza fase* (fase 2 per quanto riguarda il progetto con l'Ambulatorio della Diagnosi e Cura dell'Ipertensione Arteriosa), della durata minima di sei mesi, sono previste diverse forme di presa in carico terapeutica: sessioni psicoeducative individuali, sessioni di psicoeducazione genitoriale, sedute di psicoterapia individuale o di gruppo, percorsi di sostegno psicoterapico per la famiglia, e nel caso in cui si ravveda la necessità di un supporto farmacologico viene predisposto l'invio presso il Centro Psicosociale (CPS) di competenza territoriale del paziente per una visita psichiatrica. Parallelamente il paziente è seguito dal punto di vista nutrizionale dal medico dietologo. Al termine dei 6 mesi di trattamento viene fatto un check con il paziente e con tutti gli operatori che hanno lavorato sul caso, per valutare i risultati ottenuti, anche attraverso una risomministrazione dei test iniziali, al fine di decidere insieme se continuare la presa in carico oppure optare la dimissione dello stesso dal servizio dei DNA.

---

## CONCLUSIONI

È possibile affermare che il Progetto Intersezioni, operando in termini di integrazione tra la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e i diversi ambiti della Medicina, rappresenta un virtuoso esempio di come si possa meglio intercettare, prevenire e, in alcuni casi, curare un disturbo alimentare in comorbidità o in compresenza con altre patologie fisiche, proprio grazie al lavoro sinergico tra i differenti servizi operanti all'interno di uno stesso contesto di intervento sanitario.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Psicologo Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze*

*ASST Lariana*

° *Psichiatra Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze*

*ASST Lariana*

### CORRISPONDENZA A:

*Dott.ssa Luciana Gabriella Floris.*

*Psicologa Responsabile Ambulatorio DNA,*

*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

*[luciana.floris@asst-lariana.it](mailto:luciana.floris@asst-lariana.it)*



## BIBLIOGRAFIA

1. Bagaric M, Touyz S, Herisceanu A, Conti J, Hay P. *Are bulimia nervosa and binge eating disorder increasing? Results of a population-based study of lifetime prevalence and lifetime prevalence by age in South Australia*. Eur Eat Disord Rev. 2020 May;28(3):260-268. doi: 10.1002/erv.2726. Epub 2020 Feb 15. Erratum in: Eur Eat Disord Rev. 2021 Jan;29(1):160. PMID: 32061193.
2. Halmi KA. *Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents*. Dialogues Clin Neurosci. 2009;11(1):100-3. doi: 10.31887/DCNS.2009.11.1/kahalmi. PMID: 19432392; PMCID: PMC3181903.
3. Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J. *The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community*. BMC Public Health. 2014 Sep 11;14:943. doi: 10.1186/1471-2458-14-943. PMID: 25213544; PMCID: PMC4246495.
4. Taquet M, Geddes JR, Luciano S, Harrison PJ. *Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic*. Br J Psychiatry. 2021 Jul 27;220(5):1-3. doi: 10.1192/bjp.2021.105. Epub ahead of print. PMID: 35048812; PMCID: PMC7612698.
5. Emilia Romagna, Regione. *Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare*. Contributi 2009-2012. DOSSIER 240-2014. ISSN 1591-223X.
6. Vardar E, Erzen M. *The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community-based study*. Turk Psikiyatri Derg. 2011 Winter;22(4):205-12. PMID: 22143945.
7. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D. *Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus*. N Engl J Med. 1997 Jun 26;336(26):1849-54. doi: 10.1056/NEJM199706263362601. PMID: 9197212.
8. Peveler RC, Bryden KS, Neil HA, Fairburn CG, Mayou RA, Dunger DB, Turner HM. *The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes*. Diabetes Care. 2005 Jan;28(1):84-8. doi: 10.2337/diacare.28.1.84. PMID: 15616238.
9. Lanser EM, Zach KN, Hoch AZ. *The female athlete triad and endothelial dysfunction*. PM R. 2011 May;3(5):458-65. doi: 10.1016/j.pmrj.2010.12.024. PMID: 21570034.
10. Wheatley S, Khan S, Székely AD, Naughton DP, Petróczi A. *Expanding the Female Athlete Triad concept to address a public health issue*. Performance Enhancement & Health, Volume 1, Issue 1, 2012; Pages 10-27. ISSN 2211-2669. <https://doi.org/10.1016/j.peh.2012.03.001>
11. Coelho GM, Gomes AI, Ribeiro BG, Soares Ede A. *Prevention of eating disorders in female athletes*. Open Access J Sports Med. 2014 May 12;5:105-13. doi: 10.2147/OAJSM.S36528. PMID: 24891817; PMCID: PMC4026548.
12. Solmi F, Moreno AB, Lewis G, Angélica Nunes M, de Jesus Mendes da Fonseca M, Harter Griep R. *Longitudinal association between binge eating and metabolic syndrome in adults: Findings from the ELSA-Brasil cohort*. Acta Psychiatr Scand. 2021 Nov;144(5):464-474. doi: 10.1111/acps.13356. Epub 2021 Aug 16. PMID: 34333757; PMCID: PMC7613243.
13. Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ, Bulik CM, Hudson MS, Yanovski JA, Rosenthal NR, Pope HG Jr. *Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder*. Am J Clin Nutr. 2010 Jun;91(6):1568-73. doi: 10.3945/ajcn.2010.29203. Epub 2010 Apr 28. PMID: 20427731; PMCID: PMC2869508.
14. Pinna F, Diana E, Sanna L, Deiana V, Manchia M, Nicotra E, Fiorillo A, Albert U, Nivoli A, Volpe U, Atti AR, Ferrari S, Medda F, Atzeni MG, Manca D, Mascia E, Farci F, Ghiani M, Cau R, Tuveri M, Cossu E, Loy E, Mereu A, Mariotti S, Carpiniello B. *Assessment of eating disorders with the diabetes eating problems survey - revised (DEPS-R) in a representative sample of insulin-treated diabetic patients: a validation study in Italy*. BMC Psychiatry. 2017 Jul 19;17(1):262. doi: 10.1186/s12888-017-1434-8. PMID: 28724422; PMCID: PMC5518128.
15. Chevinsky JD, Wadden TA, Chao AM. *Binge Eating Disorder in Patients with Type 2 Diabetes: Diagnostic and Management Challenges*. Diabetes Metab Syndr Obes. 2020

- 
- Apr 14;13:1117-1131. doi: 10.2147/DMSO.S213379. PMID: 32341661; PMCID: PMC7166070.
16. Dotti A, Lazzari R. *Validation and reliability of the Italian EAT-26*. *Eat Weight Disord*. 1998 Dec;3(4):188-94. doi: 10.1007/BF03340009. PMID: 10728170.
17. Hazzard VM, Schaefer LM, Mankowski A, Carson TL, Lipson SM, Fendrick C, Crosby RD, Sonnevile KR. *Development and Validation of the Eating Disorders Screen for Athletes (EDSA): A Brief Screening Tool for Male and Female Athletes*. *Psychol Sport Exerc*. 2020 Sep;50:101745. doi: 10.1016/j.psychsport.2020.101745. Epub 2020 Jun 18. PMID: 32733166; PMCID: PMC7392177.
18. Chey WD, Hashash JG, Manning L, Chang L. AGA *Clinical Practice Update on the Role of Diet in Irritable Bowel Syndrome: Expert Review*. *Gastroenterology*. 2022 May;162(6):1737-1745.e5. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.248. Epub 2022 Mar 23. PMID: 35337654.
19. Denollet J. *DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality*. *Psychosom Med*. 2005 Jan-Feb;67(1):89-97. doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49. PMID: 15673629.

# L'abuso sessuale nell'infanzia come disorganizzatore nosografico

*Grecchi A. \*, Cigognini A.C. °, Ingrosso G. °, Oresti M. °, Ossola C. °, Beraldo S. \*, Miragoli P. \*\**

## INTRODUZIONE

È del 2001 (Read J et al., 2001) una revisione della letteratura che ipotizza una correlazione tra esperienze traumatiche, includendo l'abuso sessuale infantile, e lo sviluppo di schizofrenia secondo un modello di neurosviluppo su base traumatica TNM (Traumatogenic Neurodevelopmental Model).

È altresì noto come le esperienze traumatiche precoci possano portare allo sviluppo di varie condizioni psicopatologiche come il Disturbo Posttraumatico da Stress (PTSD) all'interno del quale possono svilupparsi sintomi psicotici quali paranoia o fenomeni allucinatori, più frequenti nelle vittime di incesto (Ensink, 1992), in grado di coinvolgere più canali sensoriali quali l'uditivo, il tattile, il visivo e l'olfattivo (Bosson JV et al., 2011).

È possibile una sovrapposizione di sintomi tra il PTSD e i disturbi dello spettro psicotico che rendono la diagnosi differenziale una sfida clinica per distinguere se si tratti di un PTSD con sintomi psicotici, di un'erronea attribuzione ad un PTSD di prodromi schizofrenici oppure di una comorbidità tra PTSD e schizofrenia (O'Conghaile A et al, 2015; Compean E et al., 2019). Chiarezza sul piano diagnostico può orientare il successivo trattamento.

Consideriamo sinteticamente alcuni modelli in grado di integrare il trauma come possibile organizzatore attorno a cui si struttura lo sviluppo di sintomi psicotici.

## MODELLO PSICODINAMICO

In questo modello il concetto di trauma andrebbe riservato a quelle esperienze in cui il soggetto vive la possibilità di

una sua morte: fisica o psichica (la condizione di abuso sessuale infantile reiterata rientra tra queste).

Il trauma è un potente apparato di sensorializzazione della mente sotto il cui stimolo essa si frammenta e sensorializza il trauma stesso portando alla rottura dei contenitori psichici (Bion, 1967). Il trauma determinerebbe così un eccesso di emozioni ed un difetto di rappresentazioni.

L'esperienza viene ad acquisire un carattere emozionale che non si accompagna ad un pensiero ma a una frammentazione dei dati sensoriali che, restando nella mente come tali, non conducono all'identificazione di uno scenario traumatizzante.

Ricollegandosi a quanto appena detto va rammentato come un fenomeno basilare delle psicosi sia costituito da una ipersensorializzazione di alcuni dati percettivi, definito come l'allucinatorio, divenuti così potenti da fissarsi nel pensiero in modo esageratamente stabile e fissato. Il pensiero viene da questi paralizzato e parassitato tanto da condizionarne il corretto funzionamento con la perdita dei caratteri di fluidità e ampiezza (Correale, 2021).

In alcuni casi, in reazione all'allucinatorio, si comprende la presenza di sintomi quali la confusione e la perplessità (Sarlès, 1965). In queste è possibile che dati ipersensorializzati raggiungano un'intensità tale da avere come conseguenza la perdita delle connessioni, la dissoluzione delle idee, la soppressione di singoli determinanti associativi nonché l'impossibilità di differenziare gli stimoli percettivi fino ad una loro permanenza come immagini fisse, autonome, con caratteri di estraneità e di mistero che aprono alla possibilità di una significazione delirante.

Lo stesso linguaggio vede compromessa la funzione simbolizzante a favore di una sua concretizzazione: la simbolizzazione si può acquisire solo con lo sviluppo e l'allargamento della sensorialità che permette il passaggio da semplice percezione a rappresentazione. Il linguaggio criptico, concreto, allusivo può essere conseguenza del trauma.

Ma cosa sono questi elementi ipersensorializzati?

Possono essere frammenti di gesti, toni di voce, rumori, oggetti (facenti parte dell'esperienza e della scena traumatica) etc.

Mentre lo psicotico ne viene travolto fino alla formazione di un' allucina-zione (percezione senza oggetto da percepire) o fino allo sviluppo di un delirio come costruzione compensatoria (Rossi Monti, 2002), il traumatizzato li inserisce nel mondo reale che può essere sentito come ingestibile.

La possibilità di cogliere nell'allucinatorio un'aderenza o meno alla realtà senza sovrasignificazioni potrebbe indirizzare il clinico verso un disturbo posttraumatico con sintomi psicotici oppure verso una processualità psicotica.

### MODELLO PSICOPATOLOGICO

Il PTSD è la patologia di cui il trauma è l'elemento centrale. Da questo lo sviluppo di una sintomatologia caratterizzata da disturbi del sonno con incubi, irritabilità, rabbia, perdita di interessi, ipervigilanza, condotte di evitamento, isolamento sociale fino a forme severe in cui emergono paranoia pervasiva e allucinazioni tattili, uditive, visive e olfattive. I flashback talvolta sono di difficile distinzione rispetto ai fenomeni allucinatori e i sintomi dissociativi con depersonalizzazione e derealizzazione possono essere scambiati per sintomi di primo rango schneideriani tanto da rendere sovrapponibili alcuni aspetti del PTSD con il disturbo schizofrenico (APA, 2013; Bosson et al., 2011; Blevins et al., 2014).

La distinzione fra sintomi psicotici nella schizofrenia ed esperienze psicotiche non è agevole nella pratica quotidiana.

Ad esempio i contenuti dei deliri e delle allucinazioni sono differenti nelle due patologie: deliri persecutori sono descritti all'interno del PTSD ma non presentano i caratteri di atipicità e bizzarria dei deliri primari schizofrenici; i fenomeni di flashback, spesso malinterpretati come fenomeni allucinatori, non sono accompagnati da un esame di realtà insufficiente come nella schizofrenia; la stessa dissociazione, trauma indotta, può portare a

fenomeni allucinatori uditivi ma in assenza di disturbi formali del pensiero (Morrison et al., 2003).

Sintomi negativi possono portare a considerare il ritiro e l'assenza di motivazione dello psicotico al posto dell'ottundimento emotivo e dell'evitamento del traumatizzato (Morrison et al., 2003).

Per ovviare a queste difficoltà diagnostiche prese corpo la necessità di differenziare un tipo di PTSD caratterizzato da effetti più intensi del trauma subito (es. traumi sessuali infantili), da più sintomi posttraumatici e maggiori comorbidità psichiatriche complicato da sintomi psicotici descritto come PTSD-PS (PTSD con sintomi psicotici) (Braakman et al., 2009).

Come criteri operativi diagnostici per il PTSD-PS (Compean et al., 2019) vennero proposti:

- Soddisfacimento dei criteri per il PTSD del DSM 5
- Presenza di sintomi psicotici positivi (es. deliri e allucinazioni)
- Il non soddisfacimento dei criteri del DSM 5 per altri disturbi psichiatrici come il disturbo depressivo maggiore con sintomi psicotici, il disturbo bipolare con sintomi psicotici o disturbi psicotici primari come la schizofrenia o disturbo psicotico breve
- I sintomi del PTSD devono precedere l'esordio dei sintomi psicotici (nessuna storia di psicosi prima del trauma)
- I sintomi psicotici non sono limitati ai flashback
- L'esame di realtà deve essere valido

La possibilità di avere criteri operazionali permetterebbe una scelta terapeutica maggiormente centrata rispetto al disturbo principale.

### MODELLO NEUROBIOLOGICO

Un possibile modello in grado di integrare, nel contesto di una prospettiva neurobiologica, le varie rappresentazioni cliniche che emergono da gravi episodi traumatici è quello relativo agli endofenotipi (variabili quantitativamente misurabili che connettono la variabilità genetica alle manifestazioni cliniche del disturbo).



Di interesse è la suggestione di un nuovo endofenotipo per il PTSD in grado di mettere in relazione la sintomatologia psicotica con i gravi traumi precoci: l'endofenotipo iperdopaminergico (Auxemery Y, 2012).

Questo si porrebbe accanto a quelli iposerotoninergico e ipernoradrenergico già identificati nel PTSD.

La patofisiologia del PTSD riguarda queste vie suggerendo, però, la presenza di differenti fenotipi in relazione all'endofenotipo rappresentato: anedonia e umore depresso quando coinvolta è la serotonina o iperattività vegetativa quando parliamo di noradrenalina (Friedman MJ et al., 2000). È possibile che l'ipotesi iperdopaminergica caratterizzi la sintomatologia psicotica? Questo rafforzerebbe anche l'idea del PTSD-PS come possibile entità autonoma.

Da tempo è noto l'incremento della sintesi della dopamina in ragazze sessualmente abusate (DeBellis et al., 1994) così come è acquisito che, in adulti schizofrenici, una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) su base traumatica induca un aumento della sintesi di recettori per la dopamina e del rilascio dello stesso neurotrasmettitore (Walker et al., 1997). L'iperattività dopaminergica è una delle basi biologiche della schizofrenia

Il PTSD-PS suggerisce come lo stress possa attivare il sistema dopaminergico. Gli stessi pazienti a rischio di riacutizzazioni psicotiche (ad es, pazienti schizofrenici) affrontano continue variazioni nell'intensità dei sintomi psicotici in risposta allo stress.

Il sistema dopaminergico, inoltre, è interessato nelle fasi iniziali dei meccanismi che riguardano i sintomi da trauma psichico (Jovanovic T et al., 2011): questo agisce attraverso la via mesolimbica ed il rilascio di dopamina a questo livello va a modulare e viene modulato dall'HPA già disregolato nelle situazioni di stress.

Così la presenza di un'iperattivazione dopaminergica, come specifico endofenotipo, potrebbe contribuire a fornire un supporto biologico agli elementi clinici post-traumatici osservati nel PTSD-PS oltre che ad avvicinare il meccanismo di espressione di tali sintomi a quello proprio dei sintomi positivi schizofrenici.

## CASO CLINICO

La paziente di 26 anni viene ricoverata in SPDC per sintomatologia ca-tatonica e dissociativa in disturbo post traumatico da stress prolungato su indicazione del curante per un approfondimento diagnostico.

Dimessa dopo un mese di ricovero con diagnosi di disturbo o reazione dissociativa non specificata in terapia con escitalopram 15mg/die, citalopram 1,5mg/die e delorazepam 20gtt/die.

Alle dimissioni accolta presso una struttura psichiatrica residenziale di-partimentale a media intensità riabilitativa (CRM).

L'anamnesi è costellata di gravi episodi traumatici a carattere sessuale dalla prima infanzia, 4-5 anni, all'inizio della pubertà: le violenze sessuali vennero perpetrate continuamente dal nonno materno in seguito al decesso del padre terminando alla comparsa del menarca. A questo si associano i traumi omessivi della madre, della zia materna, verosimilmente traumatizzate in modo analogo, e della nonna materna. Possibile una storia di violenza subita anche dalla cugina (figlia della zia).

La storia traumatica divenne evidente durante l'adolescenza quando, lasciata in uno stato di abbandono fisico ed emotivo dalla madre, alle superiori, durante un colloquio con le insegnanti emersero i primi frammenti della storia con successiva attivazione dei Servizi Sociali e la richiesta della stessa di essere allontanata da casa (trascorrerà un periodo in comunità educativa dai 17 ai 21 anni dove completerà gli studi).

Copre la pelle con innumerevoli tatuaggi che, descritti, sembrano narrare le tappe della storia traumatica. Di questo è totalmente inconsapevole.

Acquista casa con l'eredità paterna e si trova dei lavori, non sempre continuativi, ma non è possibile valutare il reale funzionamento della stessa.

Viene seguita da psicoterapeuta privatamente fino al lock down.

Da allora perde il lavoro e in un progressivo stato confusionale fa rientro a casa della madre con fantasie

di recupero della relazione. La madre descrive episodi di tipo catatonico, barrage, incoerenza.

A posteriori la stessa ragione del ricovero sembra verosimilmente legata più che a uno stato dissociativo ad una bouffée délirante polimorfa caratterizzata da un totale sconvolgimento dei punti di riferimento abituali, con fantasie immaginative e un disinteressamento per la realtà circostante. Il delirio non si organizza attorno ad un tema unico: si alternano temi persecutori, di grandezza, mistici ed erotici, si osservano allucinazioni psicosensoriali con disturbi della cenestesi e imponenti fenomeni di passività. L'umore viene descritto come incoerente.

Dall'ingresso in CRM non si è assistito al fenomeno del delirio a eclissi ma alla presenza di automatismi mentali, a una frammentazione del pensiero, a un sovvertimento della spazialità e della temporalità, alla presenza costante di percetti ipersensorializzati, alla fugace presenza di fenomeni allucinatori e ad una critica imperfetta.

Nel corso del percorso in struttura residenziale venivano eseguiti i seguenti test: WAIS-IV, test di Rorschach, MMPI-2.

La valutazione testale evidenziava un importante disturbo della sfera del pensiero, legata ad un'immagine di sé scarsamente integrata ma con un buon investimento sulla sfera interpersonale ed una competenza cognitiva ai limiti della norma. Nell'insieme i dati risultavano coerenti con un disturbo post traumatico cronico con conseguenze sulla linearità del pensiero.

All'incremento di cariprazina fino a 6mg/die non era seguita alcuna modifica clinica sia in associazione che alla sospensione del SSRI.

L'introduzione di clozapina fino a 150mg/die, e la seguente sospensione di cariprazina, ha permesso un quasi completo restituito ad integrum tanto da consentire l'attiva partecipazione alle attività riabilitative e l'inizio di un lavoro autonomamente ricercato.

Dal miglioramento clinico le è stata somministrata la scala SPI-A (Strumento per la valutazione della propensione alla schizofrenia versione per adulti) (Shultze-Lutter

et al., 2007) con attenzione ai sintomi di base, disturbi subclinici percepiti solo dalla persona, che riguardano gli istinti, gli affetti, la tolleranza allo stress, il pensiero, il linguaggio, la percezione e la motricità e possono essere presenti nella fase prepsicotica, nelle vicinanze di una ricaduta, nelle fasi inter e postpsicotica e durante l'episodio stesso. Da questa emergevano l'autopercezione di un lieve disturbo della memoria a breve termine, di una lieve interferenza di pensieri insignificanti disturbanti il corso del pensiero, una dubbia difficoltà a discriminare sentimenti diversi quali tristezza o ansia, sensazioni di un disturbo della cenestesi moderatamente severo e una lieve fotofobia.

Tutto questo non obiettivabile dall'esterno.

## DISCUSSIONE

Dalla presentazione clinica si coglie un intreccio di esperienze traumatiche nei primi anni di vita:

- Il lutto paterno
- L'abuso sessuale, con caratteristiche dell'incesto, continuativo
- L'incapacità da parte delle figure di riferimento nel proteggerla (trauma omissivo)

Tutto questo accade in un periodo di vita, dai 5 anni, in cui il sé non è ancora integrato e le competenze verbali non ancora acquisite da consentire la costruzione di una narrazione, anche a posteriori, degli eventi occorsi se non attraverso memorie somatiche, frammenti immaginativi e una narrazione dagli abusi attraverso la pelle con tatuaggi rappresentativi del trauma non riconosciuti come tali.

L'anamnesi familiare non rileva chiaramente disturbi schizofrenici ma una possibile reiterazione traumatica intergenerazionale.

Avendo avuto la possibilità di osservare nell'arco di mesi l'evoluzione del quadro è stato possibile considerare:

1. La presenza di un evento traumatico grave con la caratteristica di un verso rischio di morte psichica (abuso sessuale reiterato in epoca infantile).
2. La presenza di sintomi intrusivi come frammenti di

immagini iper-sensorializzate, disturbi della cenesesi (memorie somatiche) con sintomi somatici, anche a livello pelvico, in reazione al tentativo di trattare gli argomenti inerenti agli abusi totalmente dissociati dal punto di vista emotivo ed inaccessibili ad una narrazione linguistica.

3. L'evitamento del ricordo traumatico con modalità difensive più arcaiche
4. Alterazioni dell'umore, con difficoltà a riconoscere le sfumature, in risposta alla riattualizzazione dei frammenti percettivi correlati al trauma

Dopo introduzione di clozapina si è riscontrato:

1. L'assenza di un disturbo dell'intersoggettività in corso di miglioramento clinico
2. Il recupero di un buon livello di funzionamento
3. L'assenza sostanziale di sintomatologia negativa e un corretto esame di realtà
4. Il permanere di alcuni disturbi autopercepiti cognitivi e cenesesici come sintomi di base

La clinica iniziale presentata dalla paziente, in assenza dell'esperienza traumatica, avrebbe indubbiamente orientato la diagnosi verso un quadro di bouffée délirante e verosimilmente una successiva diagnosi di schizofrenia.

La presenza di un trauma così severo in epoca precoce ha, in qualche misura, portato ad un orientamento diagnostico aperto a possibili evoluzioni.

La stessa indagine testistica indirizzava verso un disturbo legato al trauma.

Se l'andamento clinico e l'attuale compenso orientano verso un PTSD-PS ciò che stona nel quadro è la risposta ad una terapia per la schizofrenia resistente ed una sostanziale inefficacia di un trattamento con SSRi sia di SSRi in aggiunta ad un antipsicotico di nuova generazione.

Pur non essendo escitalopram una prima scelta nel trattamento avrebbe potuto presentare alcuni benefici (Wei et al., 2017; Zohar et al., 2018). Le stesse terapie di associazione, con agonisti parziali e Ssri, descrivono qualche iniziale indizio di efficacia con brexpiprazolo e sertralina (Stahl, 2021).

Evidente, per l'associazione temporale, il beneficio di clozapina pur non indicata nel trattamento di PTSD.

## CONCLUSIONI

L'intero iter diagnostico-terapeutico del caso, alla luce di alcuni modelli come il TNM, dalla situazione di ricovero in acuzie, dell'invio in una struttura riabilitativa residenziale, dell'evoluzione psicopatologica e dell'efficacia del trattamento, rientrerebbe in un percorso di cura per un paziente schizofrenico o quantomeno gravemente psicotico.

L'evoluzione, con una rapida regressione sintomatologica una volta individuato il trattamento e un pieno recupero funzionale fino al rientro lavorativo, dà indicazioni di qualcosa di differente dalla processualità psicotica.

Il trauma, in questo caso, rappresenta un elemento "confusivo" e di "disorganizzazione" nosologica. Se ha permesso un investimento sulle possibilità riabilitative sicuramente superiore rispetto allo stigma di una psicosi maggiore lascia spazio al dubbio: la presenza di sintomi di base, la risposta alla terapia antipsicotica e la gravità dei sintomi positivi riscontrati non permettono ancora un "labelling" per il quale sarà necessaria una valutazione nel tempo.

Suggestiva è la possibilità che si tratti di un endofenotipo iperdopaminergico da cui l'importante fenomenologia psicotica.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Medico Psichiatra, DSMD ASST Santi Paolo e Carlo, P.O. San Carlo Borromeo*

° *Medico Specializzando in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano*

\*\* *Direttore Unità Operativa di Psichiatria P.O. San Carlo Borromeo, DSMD ASST Santi Paolo e Carlo*

## BIBLIOGRAFIA

1. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. *The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: a Traumatogenic Neurodevelopmental Model.* Psychiatry Interpersonal & Biological Processes 64(4): 319-345. 2001.
2. Ensink B. *Confusing Realities: a study on sexual abuse and psychiatry symptoms.* Vu University Press, 1992.
3. APA. *Diagnostica and Statistical Manual of mental Disorders.* Fifth Ed. American Psychiatric Publishing. 2013.
4. Bosson JV, Reuther ET, Cohen AS. *The comorbidity of psychotic symptoms and posttraumatic stress disorder: evidence for a specifier in DSM 5.* Clin Schizophr Relat Psychoses 5:147-154. 2011.
5. O'Conghaile A, DeLisi L. *Distinguishing schizophrenia from post-traumatic stress disorder with psychosis.* Curr Opin Psychiatry. May; 28(3): 249-255. 2015.
6. Compean E, Hamner M. *Posttraumatic Stress Disorder with Secondary Psychotic Features (PTSD-SP): Diagnostic and Treatment Challenges.* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 10; 88:265-275. 2019.
7. Bion W.R. *The Theory of thinking. In Second Thoughts.* Maresfield Library, London. 1967.
8. Corrales A. *La potenza delle Immagini.* Mimesis Edizioni. 2021.
9. Saerles H.F. *Collected papers on Schizophrenia and Related Subjects.* The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis. London, 1965.
10. Rossi Monti M. *La mente e i suoi confini: psicopatologia dei disturbi dei confini dell'Io.* Interlinea. Novara. 2002.
11. Blevins CA, Weathers FW, Witte TK. *Dissociation and post-traumatic stress disorder: a latent profile analysis.* J Trauma Stress, 27:388-396. 2014.
12. Morrison AP, Frame L, Lakin W. *Relationships between trauma and psychosis: a review and integration.* Br J Clin Psychol 42:331-353. 2003.
13. Braakman MH, Kortmann FA, Van Der Brink W. *Validity of "posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features": a review of evidence.* Acta Psychiatr Scand; 119:15-24. 2009.
14. Auxemery Y. *Etiopathogenic perspectives on chronic posttraumatic and chronic psychotic symptoms: the hypothesis of a hyperdopaminergic endophenotype of PTSD.* Medical Hypotheses; 72:667-672. 2012.
15. De Bellis M, Chrousos G, Dorn L, Burke L, Helmers K, Kling M, Trickett P, Putnam F. *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexual abused girls.* Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 78:249-255. 1994.
16. Walker E, Diforio D. *Schizophrenia. A natural diathesis stress model.* Psychological Review. 104:667-685. 1997.
17. Jovanovic T, Norrholm SD. *Neural mechanisms of impaired fear inhibition in posttraumatic stress disorder.* Front Behav Neurosci; 5:44. 2011.
18. Shultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. *Strumento per la valutazione per la propensione alla schizofrenia. Versione per adulti (SPI-A).* Giovanni Fioriti Editore. 2007.
19. Stahl SM. *Treatments for anxiety disorders subtypes.* In Stahl's essential psychopharmacology. Cambridge University Press. 2021.



## La riabilitazione psichiatrica in contesto residenziale ai tempi del Covid: analisi, considerazioni e prospettive future

*Gulizia D., Cisima M., Consonni E., Mazza U., Morsello I., Percudani M., Oltolina M., Porcellana M., Simone M., Zoppini L.*

### ABSTRACT

La rapida diffusione del virus SARS-CoV-2 ha portato ad un profondo e radicale mutamento nella vita quotidiana delle persone sull'intero territorio nazionale. Le misure di prevenzione e di contenimento della diffusione del contagio, normate a livello ministeriale e regionale, hanno infatti modificato in modo sostanziale le abitudini di convivenza civile e sociale, oltre che i comportamenti all'interno dei singoli nuclei familiari. Questa trasformazione ha attraversato anche i servizi di salute mentale residenziali con gruppi di persone conviventi, numericamente variabili, nello stesso ambiente, ma costantemente a rischio di contagio per la presenza di operatori, provenienti dal mondo esterno. Nel dettaglio, è di seguito descritto l'impegno organizzativo di adattamento alle contingenze di natura pandemica attuato da parte del personale infermieristico e della riabilitazione operante nelle Strutture Residenziali, atto tanto alla massimizzazione della miglior offerta riabilitativa possibile quanto all'individuazione di una mediazione soddisfacente tra la necessaria tutela della salute ed il rispetto delle autonomie individuali, oltre che decisionale e di iniziativa, senza necessariamente sacrificare il volume prestazionale di offerta all'utente.

Il rapido diffondersi dell'emergenza sanitaria ha richiesto ai gruppi di lavoro delle diverse Strutture Residenziali una trasformazione delle consuetudini appartenenti alla quotidianità della vita comunitaria ed una revisione dell'offerta riabilitativa e risocializzante, in termini quantitativi e qualitativi (De Girolamo, 2019; Yao, 2020; Garfin, 2020). La riorganizzazione dei sistemi sanitari conseguente al diffondersi della pandemia, infatti, non ha inficiato i volumi di attività dei servizi di salute mentale che sono stati ricalibrati, ma mai sospesi (Barlati, 2020): i Progetti Terapeutico Riabilitativi (PTR), le attività individuali e di gruppo hanno subito una rimodulazione, in relazione al susseguirsi delle indicazioni sanitarie definite a livello aziendale, regionale e nazionale.

In particolare, per quanto riguarda le Strutture Residenziali, le raccomandazioni delle società scientifiche ed i decreti regionali si sono occupati, innanzitutto, di definire l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), le norme igieniche e di distanziamento, le procedure per i nuovi ingressi, permessi e/o uscite, le modalità organizzative di svolgimento dei gruppi risocializzanti e riabilitativi, oltre che la gestione/isolamento dei pazienti sospetti e/o positivi al COVID-19 (Borghetti, 2020).

Da un punto di vista organizzativo, ciascuna équipe multiprofessionale è stata chiamata a ristrutturare gli spazi ed i tempi della vita quotidiana in residenza, garantendo il rispetto delle norme di prevenzione e continuando, al contempo, a perseguire il miglior livello di qualità di vita possibile per gli ospiti (Circolare Ministeriale, 2020). La reingegnerizzazione degli interventi clinici, assistenziali, risocializzanti e riabilitativi si è quindi imposta attraverso modalità e scenari rinnovati, in un complesso raffronto di paradigmi situazionali: interno/esterno, individuale/gruppale e analogico/digitale.

Questo ha richiesto, come evidenziato dai dati raccolti e di seguito in dettaglio, una trasformazione delle attività esterne peculiari dell'offerta riabilitativa della Struttura Semplice Dipartimentale Riabilitazione Residenziale Psichiatrica (SSD RRP), in attività interne alla Struttura

Residenziale; nei casi in cui questo non è stato possibile, si è inevitabilmente giunti ad una sospensione delle stesse, ripensando l'offerta quando possibile in termini di attività a distanza e di tele-riabilitazione (Percudani, 2020). Gli ospiti, quindi, si sono visti privati, del tutto o parzialmente, della possibilità di portare avanti i propri progetti e di mantenere alcuni impegni personali: sono stati sospesi i percorsi di inserimento lavorativo, sono state interrotte le consuete attività di risocializzazione e reinserimento sociale, è diventato loro impossibile frequentare luoghi quali palestre e piscine. Le attività di gruppo sono diventate attività prevalentemente individuali o comunque limitate nel numero di partecipanti, in modo da consentire il mantenimento della distanza fisica. Questa complessiva limitazione, necessaria per ridurre il più possibile il rischio di esposizione al rischio infettivo, ha altresì comportato un significativo ridimensionamento dell'autonomia nella soddisfazione di alcuni bisogni individuali quali prelievi di denaro, acquisti di generi di prima necessità, abbigliamento o l'espletamento di semplici pratiche burocratiche. Il carico e la tipologia di lavoro degli operatori si sono inevitabilmente modificati e la collaborazione attiva da parte di tutti è stato un requisito essenziale per la gestione della quotidianità della vita comunitaria. A tutto questo vanno aggiunte, per le Strutture Residenziali diventate temporaneamente "strutture – focolaio", le complicazioni logistiche legate alla gestione di ospiti positivi ed ai ripetuti trasferimenti interni nelle stanze riservate ai pazienti positivi. Altrettanto impegno è stato richiesto ai gruppi di lavoro in ambito *relazionale*: il rapporto con gli ospiti, elemento chiave del lavoro in riabilitazione psichiatrica (Vita, 2019), è diventato il principale strumento a disposizione degli operatori, per trasmettere sia una maggiore consapevolezza circa la gravità della situazione pandemica sia le norme da rispettare a livello comunitario e sociale. A differenza del primo periodo di lockdown, generalizzato e diffuso sull'intero territorio nazionale, la seconda fase dell'emergenza sanitaria, ha infatti portato un allenta-

mento delle restrizioni, valido per la popolazione generale ma non per gli ospiti delle Strutture Residenziali, per i quali le indicazioni ministeriali e regionali, proprio per le caratteristiche delle Strutture stesse, sono rimaste per lo più invariate: non è stato semplice riuscire a trovare il giusto compromesso tra tutela della salute del singolo ed il mantenimento di livelli adeguati di libertà individuale. Comunicare il senso di queste differenziazioni nell'approccio alla pandemia tra la vita comunitaria e il mondo esterno è stato a tratti complesso, così come gestire nel modo migliore la frustrazione e l'intolleranza di alcuni ospiti a fronte del continuo mantenersi delle limitazioni. Si sono resi a questo proposito necessari numerosi interventi individuali ad hoc, colloqui, affiancamenti ed attività psicoeducative, individuali. Soprattutto durante alcune fasi le relazioni tra gli operatori stessi, con i coordinatori sanitari, con i referenti medici e con gli ospiti sono state anche caratterizzate dal timore del contagio. È innegabile che, spesso, le scelte compiute e gli atteggiamenti assunti siano stati determinati, prima di ogni altra cosa, dalla necessità di ridurre il rischio di esposizione per ospiti ed operatori e dal tentativo di contrastare il livello di tensione interna determinato dalle nuove misure di fronteggiamento della pandemia.

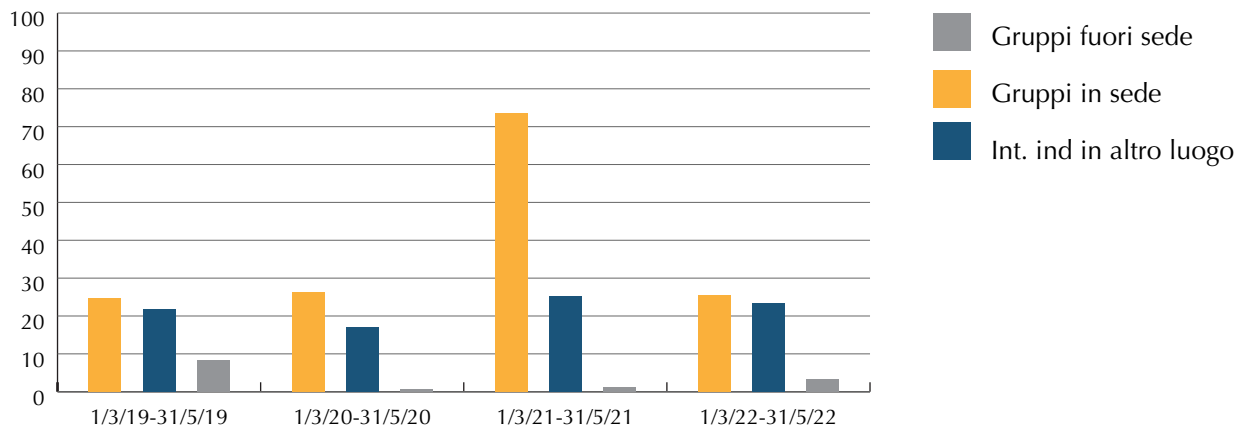
Si riportano di seguito (**tab. 1**) i dati relativi alla tipologia e ai luoghi di erogazione degli interventi registrati nelle quattro Strutture Residenziali della SSD RRP attraverso il sistema informativo PsicheWeb nel trimestre di lockdown (marzo – maggio 2019-2020-2021-2022) e quelli registrati nello stesso trimestre dell'anno precedente.

L'aumento degli interventi fuori sede (Infermieri o Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica) è diretta conseguenza della necessità di accompagnamento degli ospiti da parte degli operatori, con l'intento di monitorare e favorire l'adozione di comportamenti adeguati sul piano della prevenzione del contagio.

L'incremento degli interventi in sede è invece diretta conseguenza dell'obbligato spostamento del focus dell'intervento riabilitativo, dalla rete di relazioni esterne alla

Tab. 1

Periodo	Interventi erogati		
	Interventi individuali in <i>altro luogo</i>	Gruppi in sede	Gruppi fuori sede
1/3/19-31/5/19	247	219	82
1/3/20-31/5/20	263	171	7
1/3/21-31/5/21	736	252	11
1/3/22-31/5/22	255	235	33



struttura, confinandole all'interno della stessa. La temporanea sospensione degli obiettivi individuali previsti dal PTR, principalmente finalizzati nei contesti all'esterno delle strutture, ha portato infatti i gruppi di lavoro a rivalutare le aree prioritarie di intervento individuando come uniche possibili quelle relative ad abilità effettuabili all'interno del contesto residenziale. Ecco quindi spiegato l'incremento di attività svolte all'interno della Struttura, condotte in quegli spazi temporali obbligatoriamente vuoti per l'impossibilità di lavorare sul fronte esterno, ben distinte da una mera e non finalizzata occupazione di tempo: i nuovi obiettivi sono stati, laddove possibile, individuati e contrattati con ciascun ospite, adattandoli alle nuove condizioni di vita, mutate nel contesto pandemico. Si è trattato, in quasi tutti i casi, di interventi sulle

abilità di base come il gruppo cucina, il gruppo cura del sé, la gestione della quotidianità, ecc.

Per ciò che concerne gli interventi di gruppo, è possibile rilevare un incremento delle prestazioni erogate in sede e, in parallelo, una significativa riduzione di quelle erogate fuori sede. Quest'ultima è da intendersi, in un primo tempo, come diretta conseguenza del lockdown, durante la quale ciascun cittadino è stato invitato a rimanere il più possibile all'interno del proprio contesto abitativo e, in seguito, come tentativo da parte dei gruppi di lavoro delle Strutture Residenziali di ridurre al minimo l'esposizione al virus e quindi contenere il rischio di trasformare le Strutture in focolai attivi, in linea con quanto previsto dalle indicazioni operative regionali (DGR 09/06/2020).

L'aumento del numero di attività di gruppo in sede si spiega con la ristrutturazione delle attività settimanali di ogni singola residenza, nel tentativo di offrire una modalità alternativa e funzionale di gestione del nuovo perimetro spazio-tempo, in assenza dei consueti impegni in esterna. Anche in questo caso, si è trattato prevalentemente di gruppi centrati sull'acquisizione ed esercizio delle abilità di base, interpersonali e sociali, svolti nel rispetto del distanziamento e delle principali norme anti-contagio, con particolare riferimento alle inevitabili ricadute nei confronti dei frequentatori abituali, quali parenti, amici, ecc. Al riguardo, quella del luogo in cui si sostanzia l'attività riabilitativa rappresenta una caratteristica fondamentale del lavoro nell'ambito della riabilitazione psichiatrica residenziale che, in questa particolare situazione, non è possibile non considerare (Rabboni, 2003). Dalla chiusura degli ospedali psichiatrici in avanti, infatti, il reinserimento del soggetto portatore di disagio psichico, all'interno del proprio territorio di appartenenza, e la ricostruzione del tessuto sociale di riferimento sono stati considerati tra gli obiettivi primari della riabilitazione psichiatrica (Carozza, 2016); l'emergenza sanitaria ha, in quest'ottica, obbligato i gruppi di lavoro a restare consapevoli del rischio di derive di stampo metodologico ormai superate, in cui non ricadere.

Attraverso l'analisi dei dati forniti dal Sistema Informativo PsicheWeb è possibile identificare un'altra variazione significativa del lavoro in riabilitazione psichiatrica in fase pandemica che riguarda, in particolare, la tipologia di interventi erogati. In aggiunta al già precedentemente accennato incremento di attività relative allo sviluppo e potenziamento delle abilità di base, interpersonali e sociali, si evidenzia, innanzitutto, la sospensione di tutte le attività riabilitative e risocializzanti di gruppo, caratterizzate dalla presenza contemporanea di utenti provenienti da Strutture Residenziali differenti. In questo senso, la pandemia ha impattato in modo particolarmente significativo sul gruppo trasversale di Riabilitazione Cognitiva, costituito da ospiti ed operatori provenienti

da tutte e quattro le Comunità della Struttura Semplice Dipartimentale della Riabilitazione Residenziale Psichiatrica compromettendone la continuazione. I dati estrapolati da PsicheWeb contano, per il Gruppo Terapia Psicologica Integrata (IPT) del 2019, n. 21 incontri e n. 153 presenze, per un totale di 9 soggetti coinvolti. Nello stesso trimestre del 2020 il Gruppo risulta inesistente.

Si rilevano, inoltre, la sospensione di tutte le attività risocializzanti di gruppo sul territorio, sostituite, quando possibile, da attività risocializzanti di gruppo interne alla Struttura Residenziale, ed una variazione della modalità di fruizione di tutte le attività espressive, individuali e di gruppo: essendo queste ultime svolte presso una sede esterna alla Struttura Residenziale (Museo Arte Paolo Pini) e prevedendo, in alcuni casi, la commistione tra ospiti provenienti da Strutture differenti, sono state completamente sospese durante l'intero periodo di lockdown per poi essere riattivate, in forma individuale e con numerose misure sul piano igienico-sanitario, in un secondo momento.

Sono stati sospesi o ridotti i contatti diretti con i familiari e le visite dei parenti in Struttura e per tutta la durata del lockdown sono stati autorizzati per lo strettissimo necessario i permessi a casa. Il totale delle notti trascorse dagli utenti in Struttura nel periodo marzo-maggio 2019 è stato infatti pari a 2954; nello stesso periodo del 2020 il totale sale a 3135. Si rileva quindi un incremento del numero complessivo di presenze giornaliere, nonostante la scelta di dimettere, on modo ponderato e concordato alcuni ospiti, destinando posti letto all'isolamento di altri utenti Covid positivi.

Laddove possibile e in linea con gli obiettivi del PTR (piano terapeutico riabilitativo), attività naturalmente concepite "in presenza" sono state sostituite con attività da remoto, ovvero svolte in sede, tramite l'ausilio di supporti tecnologici quali smartphone, pc, tablet. In alcuni casi, gli strumenti erano già in possesso degli ospiti; in altre situazioni sono stati utilizzati i dispositivi messi a disposizione ad hoc dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST).



Questo nuovo approccio ha reso possibile, per esempio, il mantenimento della partecipazione di alcuni ospiti alle attività riabilitative di gruppo proposte dal Centro Psico Sociale di competenza e dei contatti con i famigliari; alcuni hanno potuto proseguire il proprio trattamento psicoterapico individuale; gli ospiti in formazione hanno potuto continuare a frequentare corsi e lezioni a distanza. L'utilizzo della tecnologia ha consentito inoltre, in alcuni casi, la riattivazione di interventi gruppalmente trasversali, permettendo la partecipazione di ospiti ed operatori appartenenti alle quattro differenti Strutture Residenziali, completamente sospesi durante i primi mesi di lockdown. Tuttavia, nell'attualità, gli interventi riabilitativi individuali e di gruppo effettuati attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici rappresentano soltanto una minima parte dell'attività riabilitativa svolta nei contesti residenziali.

In generale, infatti, la tele-riabilitazione intesa come strumento di intervento in riabilitazione psichiatrica è stata e continua ad essere utilizzata in modo prevalente all'interno dei Servizi Territoriali e, soltanto con frequenza minore, all'interno delle Strutture Residenziali. Recenti studi (Thomas, 2020) dimostrano che l'utilizzo di chiamate e videochiamate per le visite e gli interventi psichiatrici è risultato fattibile ed efficace: la tele-psichiatria sembrerebbe, anzi, migliorare l'esito del disturbo di cui soffre il paziente, tramite contatti più frequenti e più mirati, riducendo i tempi di attesa, evitando la cancellazione di appuntamenti, migliorando il monitoraggio clinico e la continuità terapeutica. Questo suggerisce che, anche al termine della pandemia, gli interventi di tele-riabilitazione attuati in questo periodo potrebbero e dovrebbero essere mantenuti, se non addirittura implementati, integrandoli con le pratiche operative più classiche e consolidate.

Infine, l'emergenza sanitaria ha inciso non soltanto sull'attività diretta degli operatori nei confronti degli ospiti, ma anche sul lavoro d'équipe e sui rapporti tra servizi. Le micro-équipe, gli incontri con i Servizi Ter-

ritoriali, le presentazioni dei casi clinici finalizzate nuovi inserimenti, abitualmente effettuate in presenza, sono state sostituite da incontri da remoto, svolti attraverso l'utilizzo dei supporti tecnologici messi a disposizione dall'ASST o, quando necessario, di quelli in possesso degli operatori stessi.

## CONCLUSIONI

Nell'attualità, grazie all'avanzamento della campagna vaccinale interamente gestita dalle medesime risorse professionali interne al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (medico e infermiere vaccinatori, dalla prima alla terza dose compresa) ed al mantenimento di una particolare attenzione al rispetto delle misure di protezione e tutela, finalizzate al contenimento del contagio, la fase critica di gestione della pandemia può forse dirsi superata, così come confermato dalla chiusura dello stato di emergenza sanitaria per il 1 aprile 2022.

Molte delle restrizioni istituite a livello normativo sono in fase di rivalutazione da parte del Comitato Tecnico Scientifico e, in generale, l'approccio è quello di una cauta ripresa delle attività e delle abitudini di vita quotidiana pre-pandemia.

Per quanto riguarda la situazione all'interno delle Strutture Residenziali di Riabilitazione Psichiatrica, la quasi totalità della popolazione in carico ha completato il ciclo vaccinale e raggiunto, dopo un periodo di addestramento, un buon livello di autonomia nell'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale. A questo, si aggiunge il fatto che l'infezione da variante Omicron del virus, diffusa in modo prevalente nell'attualità, sembra contrapporre ad una elevata capacità di contagio, un rischio di gravità clinica molto inferiore rispetto a quella che ha caratterizzato la variante Delta, ampiamente diffusa nei primi mesi di emergenza sanitaria (Nyberg, 2022).

Tutto ciò ha reso possibile una graduale riapertura delle Comunità Riabilitative al mondo esterno, seppur con alcune limitazioni, relative soprattutto all'interazione sociale considerata a rischio, per i naturali contesti spaziali

---

e fisici. In particolare, ad oggi, gli ospiti possono incontrare altre persone nei soli contesti che garantiscono sia il mantenimento di un'adeguata distanza interpersonale sia l'utilizzo di DPI per tempi prolungati (es. pranzi o cene); non sono ancora state completamente ripristinate le attività riabilitative trasversali a più Strutture Residenziali, con l'obiettivo di limitare l'eventuale diffusione del contagio. Per alcune attività individuali esterne, svolte in autonomia dagli ospiti nel periodo precedente la pandemia, continua ad essere prevista una supervisione da parte degli operatori, finalizzata a garantire l'adozione di condotte adeguate dal punto di vista sanitario. Al contempo, diverse attività riabilitative esterne, individuali e di gruppo, sono state riavviate; l'utilizzo di dispositivi tecnologici ed informatici introdotti durante la pandemia per lo svolgimento di alcune attività è stato ridimensionato restituendo spazio, laddove possibile, ad una ripresa delle relazioni in presenza e dirette.

Se quindi da un lato il livello di attenzione rimane elevato, dall'altro si stanno gettando le basi per la costruzione di un nuovo assetto, efficace sul piano della riabilitazione e compatibile con le indicazioni sanitarie in vigore. L'obiettivo è quello di tornare a disporre, in termini riabilitativi, di tutte le opportunità esistenti nel periodo pre-pandemico, integrandole - quando possibile, - agli approcci innovativi e telematici introdotti durante l'emergenza sanitaria, perché utili, efficaci e funzionali. L'auspicio è quello di una proposta riabilitativa ibrida che, facendo tesoro dell'esperienza pregressa, accanto alle modalità innovative degli interventi non sacrificasse il volume prestazionale delle attività, così come peraltro accaduto durante il periodo pandemico.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda*

CORRISPONDENZA A:

*Matteo Porcellana*

*[matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it](mailto:matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. De Girolamo G., Cerveri G., Clerici M., et al. *Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency - The Italian Response*. JAMA Psychiatry 2020. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1276>
2. Yao H., Chen J.H., Xu Y.F. *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. Lancet Psychiatry 2020; 7: e 21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
3. Garfin D.R., Cohen Silver R., Holman E.A. *The novel coronavirus (Covid-2019) outbreak: amplification of public health consequences by media exposure*. Health Psychol 2020; 39:355-357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>
4. Barlati S., Pinton I., Savorelli A., Vita A., *L'impatto dell'emergenza Covid-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica ed organizzazione*. Il Pensiero Scientifico Editore IP 93.66.2.207 Sat, 05 Dec 2020.
5. Borghetti S., Barlati S., Vallarino M., Viganò C., *Direttivo Sirp Lombardia. COVID-19 e strutture residenziali nei servizi di Salute Mentale. Indicazioni per prevenire e limitare*. Errepiesse - Anno XIV- pag. 22-33. 1 aprile 2020.
6. Circolare ministeriale prot. n. 0014314 "Covid-19: indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei dipartimenti di salute mentale (...)" del 23/04/2020
7. Percudani M., Cisima M., Gulizia D., Lise F., Malchiodi F., Malagoli M., Malvini L., Marzagalia M., Porcellana M., Panariello A., Simone M., Turati S., Zanolio A. *L'attività dei Servizi di Salute Mentale. In: Emergenza Covid: Niguarda Case History. Un'esperienza italiana nella lotta alla pandemia Covid-19 (marzo-giugno 2020)*. L'Erma di Bretshneider – Collana Storia della Medicina 3: 403-418; 2020
8. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. (a cura di), *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*. Riabilitazione Psichiatrica vol. 2, Giovanni Fioriti Editore, gennaio 2019.
9. Deliberazione Giunta Regionale Lombardia XI/3226 del 9/6/2020 "Atto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla fase I dell'emergenza epidemiologica da Covid 19".
10. Rabboni M. *Residenzialità. Luoghi di vita, incontri di saperi*. Parte I. F. Angeli, Milano, 2003.
11. Carozza P. *Principi di riabilitazione psichiatrica*, 52-56. Franco Angeli, Milano, 2016.
12. Thomas R.K., Suleman R., Mackay M., et al. *Adapting to the impact of COVID-19 on mental health: an international perspective*. J Psychiatry Neuroscience 2020; 45: 229-33.
13. Nyberg T., Ferguson N. *Comparative analysis of the risks of hospitalization and death associated with SARS-CoV-2 Omicron (B.1.1.529) and Delta (B.1.617.2) variants in England*. Preprint with the Lancet, 2022.

## 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.\*<sup>o</sup>, Granata N.\*, Vercesi M.\*, Cerveri G.\**

### INTRODUZIONE

Il progetto AUTER nasce nell'ambito del Piano Operativo Regionale Autismo<sup>[1]</sup> 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<sup>[2]</sup>.



**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 <sup>[3]</sup>.

## 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 <sup>[4]</sup>.

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 <sup>[5]</sup>.

## COMORBIDITÀ E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Quasi i 2/3 degli adulti con HFA presenta un disturbo psichiatrico in comorbidità <sup>[6]</sup>. 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%) <sup>[7,8]</sup>.

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 de 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<sup>[9]</sup>. 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<sup>[10]</sup>. 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<sup>[11]</sup>. 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 <sup>[12]</sup> e nell'impairment della cognitivtà sociale che possono ricordare i sintomi negativi dello spettro schizofrenico <sup>[13]</sup>.

### **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'equipe multidisciplinare, una valutazione testistica specifica e standardizzata <sup>[14]</sup>, 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) <sup>[15]</sup>
- Adult Autism Subthreshold Spectrum (ADAS Spectrum) <sup>[16]</sup>

- Empathy Quotient (EQ) <sup>[17]</sup>

Per la diagnosi differenziale e per le patologie in comorbidità:

- Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) <sup>[18]</sup> – eventuale presenza di Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD) in età adulta
- General Anxiety Disorder (GAD-7) <sup>[19]</sup> - sintomatologia ansiosa
- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) <sup>[20]</sup> - 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 <sup>[23]</sup>.

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

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)<sup>[25]</sup> e l'Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R)<sup>[26]</sup> 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)<sup>[27]</sup> come supporto all'osservazione clinica e le Scale Vineland<sup>[28]</sup> volte a far emergere il funzionamento adattivo del paziente nel periodo attuale.

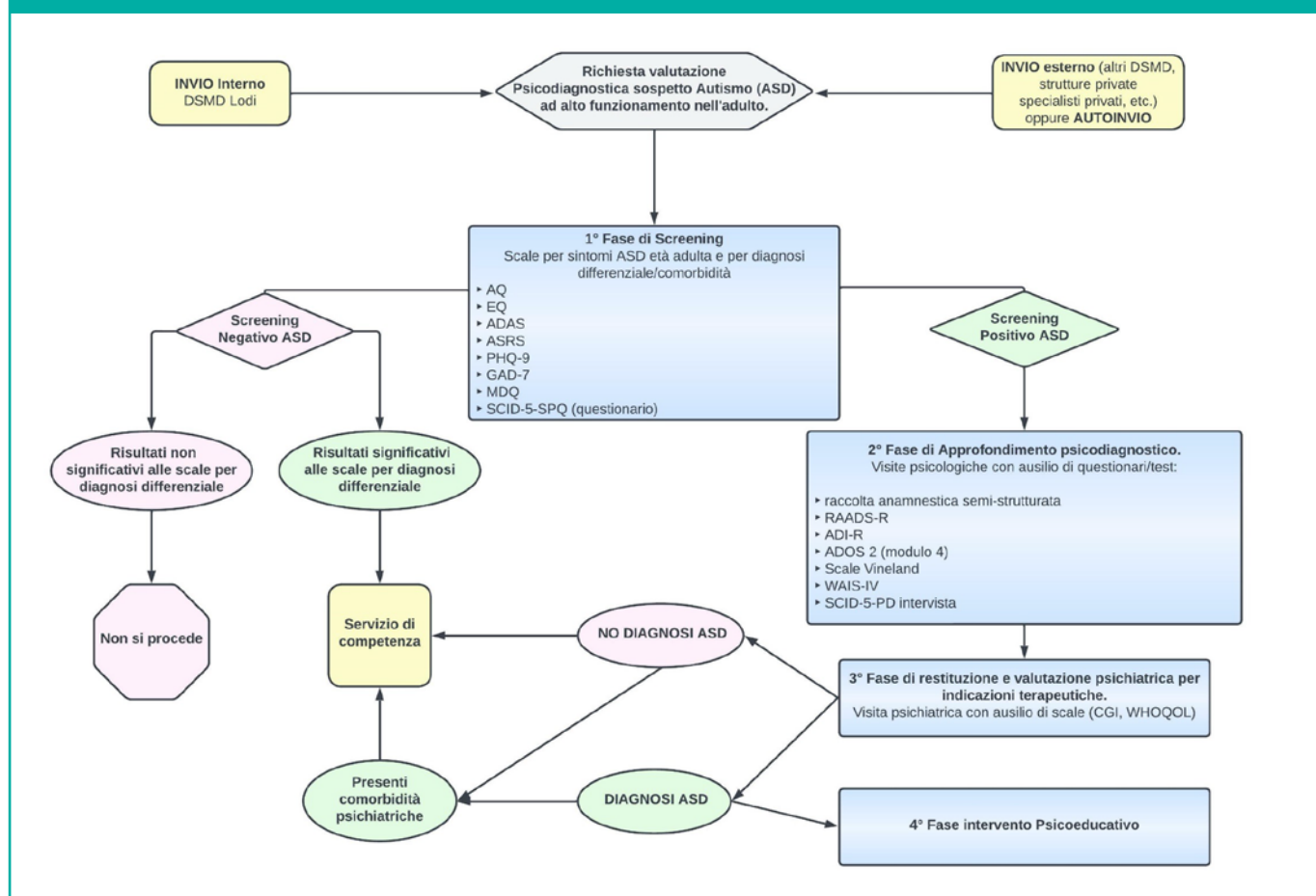
Al termine dell'approfondimento psicodiagnostico si presenta al paziente l'eventuale diagnosi di ASD e comorbidità, andando a delineare un profilo organico del paziente, il livello di funzionamento e di autonomia, oltre che le compromissioni nei diversi ambiti di vita sui cui strutturare il successivo 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<sup>[1]</sup>.

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'equipe 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-5™*, 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, Cremonese 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 JBW, 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 JBW, 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.genhospspsych.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.WBCEP351>
  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](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>



# PSICHIATRIA FORENSE

## 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 Antonio Amatulli*

DIRETTORE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASST BRIANZA

### ABSTRACT

Tre pronunciamenti delle cosiddette Corti dei diritti (la Corte costituzionale e la Corte EDU) intervengono profondamente nella complessa e discussa materia dei pazienti psichiatrici autori di reato, in diversi momenti della (anche mancata) esecuzione penale. Insieme, svelano la incompiutezza e la precarietà del fascio di disposizioni che regolano il tema, denunciando nello stesso tempo evidenti vuoti di tutela e gravi pregiudizi in ambito di applicazione delle misure previste, con mancate garanzie di tipo giuridico e giurisdizionale. Il soggetto psichiatrico autore di reato è quindi soggetto doppiamente fragile, per le conseguenze del reato commesso e le misure che sono (sarebbero) applicabili, nonché per la diminuita tutela dei diritti rispetto ai soggetti con patologie non psichiatriche. Gli interventi delle Corti affondano nella materia mettendo, per semplificare parecchio, in profonda discussione il sistema della esecuzione penale di questa categoria di soggetti, e contemporaneamente indicano

al legislatore la necessità di un intervento incisivo e di respiro sistemico. Verranno qui riassunti i dispositivi delle sentenze in commento e saranno definiti alcuni punti di possibile evoluzione del sistema della esecuzione penale dei soggetti psichiatrici autori di reato.

**Il** 2022 è stato caratterizzato, nell'ambito dei percorsi della esecuzione penale dei pazienti psichiatrici autori di reato, da due importanti sentenze, rispettivamente della Corte costituzionale<sup>1</sup> e della Corte EDU<sup>2</sup>.

La prima, di carattere generale sulla ipotesi di incostituzionalità degli articoli 206 e 222 c.p., e dell'articolo 3-ter del D.L. 22 dicembre 2011 n. 211, della disciplina della misura di sicurezza detentiva in soggetti non imputabili, e la seconda, con trattazione casistica ma comunque di significativo impatto generale, che prevede interventi sanzionatori nei confronti dell'Italia per le gravi criticità rilevate nel percorso che doveva portare

1. Corte costituzionale - Sentenza 16 dicembre 2021-27 gennaio 2022 n.22

2. Corte Europea dei Diritti dell'Uomo – Sezione 1 – sentenza 24 gennaio 2022 n. 11791/20 - Causa SY c. Italia

---

all'internamento in REMS di un soggetto con disturbo psichico e autore di reato, considerato non imputabile per incapacità al momento della commissione del fatto reato, con modificazioni in peggioramento del suo stato giuridico e delle garanzie esigibili, nonché evidenti lesioni dei diritti individuali e della dignità personale.

La trattazione di questi dispositivi deve considerare anche un intervento precedente del Giudice delle leggi, che incide nella medesima sostanza giuridica, clinica e organizzativa: la sentenza della Corte di cassazione del 2019 che ha trattato della questione di legittimità costituzionale circa l'impossibile accesso alle norme riguardanti la cosiddetta detenzione domiciliare "umanitaria" o "in deroga" (le norme che permettono alle persone detenute affette da gravi patologie fisiche di accedere alla detenzione domiciliare in luoghi di cura, di cui agli artt. 146-147 c.p. e art. 43-ter, co. 1-ter o.p.) per i soggetti ristretti in carcere con malattia psichiatrica sopravvenuta<sup>3</sup>.

Un breve riassunto delle tre importanti sentenze prece-derà, quindi, alcune considerazioni sul "da farsi", alla luce del loro "combinato disposto", per garantire ai soggetti psichiatrici inseriti nei percorsi di esecuzione penale sia l'accesso immediato alle eventuali misure prescritte (e relative strutture di esecuzione nel caso di misure detentive) e sia la garanzia di un adeguato status giuridico durante il percorso penale che possa bilanciare il diritto alla cura e alla assistenza (e quindi alla dignità personale) con la attesa e simmetrica tutela della collettività.

Si anticipa che, tra le pieghe delle considerazioni espresse dalle diverse Corti qui esaminate, tale bilanciamento vede alla fine la prevalenza del primo diritto sul secondo.

Infine, qualche considerazione sui possibili scenari che potrebbero attendersi i Dipartimenti di salute mentale nel momento di una "messa a terra" delle raccomandazioni e dei rilievi che da queste sentenze discendono.

## CORTE COSTITUZIONALE SENTENZA N. 99 DEL 20.2.2019

Il giudizio contenuto nella sentenza parte dal presupposto che nei casi di malattia psichica o considerata non influente sulle capacità di intendere e volere al momento del compimento del fatto reato o intercettata nella fase processuale (malattia sopravvenuta alla condanna), il soggetto non poteva accedere a differimento o espiazione "in deroga" della pena in condizioni extracarcerarie, come avviene per le gravi malattie fisiche. Così, nell'ambito dell'esecuzione penale nei confronti di pazienti psichiatrici, proprio questa fattispecie rimaneva al di fuori della possibilità di accesso a misure (alternative) le meno restrittive possibile della libertà individuale. La Corte quindi, in questo vuoto di tutela che si sostanzia in una lesione del diritto alla salute così come in trattamenti "inumani e degradanti", ha così accolto la questione di legittimità costituzionale sopra richiamata<sup>4</sup> e ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter o.p., nella parte in cui non consente che la detenzione domiciliare umanitaria sia disposta anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, definendola di seguito come "una modalità di esecuzione della pena". Con la raccomandazione a che l'eventuale percorso domiciliare sia accompagnato, a cura del Magistrato di sorveglianza, da adeguati gradi di limitazione della libertà personale che siano correlati alla pericolosità del paziente, la Corte compie il primo dei passi che qui sono illustrati verso la rivisitazione dei percorsi della esecuzione penale delle persone affette da disturbo mentale e autrici di reato che, con i tre dispositivi qui in analisi, cambieranno verso direzioni ancora non bene conosciute le dimensioni e la qualità dei profili giuridici, esecutivi e di libertà personale di questa categoria di pazienti.

È poi da notare come in questa sentenza si ritrovi un

---

3. Corte costituzionale -Sentenza n. 99 del 20.2.2019, dep. Il 19.4.2019

4. Corte di Cassazione, sezione I, n. 13382/2018



preciso stimolo, da parte della Corte, a che sia possibile predisporre altri specifici percorsi di cura (questa volta) per i pazienti autori di reato giudicati non imputabili o semimputabili, come “la libertà vigilata territoriale o comunitaria”. Un primo accenno a quanto poi richiamato dalla sentenza n. 22 del 2022, che per altro censurerà l'utilizzo, nato dalla pratica, della misura della libertà vigilata in struttura residenziale in totale assenza di una sua specifica normazione giuridica (principio di legalità<sup>5</sup>).

Infine, la Corte si sofferma anche sulle strutture della esecuzione penale, le REMS, rispetto alle quali di fatto conferma le caratteristiche che ne hanno accompagnato la istituzione. In relazione alla tipologia di internati possibili, non bene chiarito dalla legge (tra l'altro, lo Schema di Decreto legislativo a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri che partiva dall'esito dei lavori della Commissione Giostra per la riforma dell'Ordine penitenziario<sup>6</sup>, prevedeva l'internamento possibile in REMS anche per i soggetti con patologia psichiatrica in carcere in fase di accertamento, ove le condizioni di detenzione non garantissero cure adeguate), alcuni autori suggeriscono, per inferenza, che non vi possano trovare posto i detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta<sup>7</sup>.

## CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO SEZIONE 1 - SENTENZA 24 GENNAIO 2022 N. 11791/20

Utile premettere i profili relativi alle censure rivolte all'Italia contenute nella sentenza in esame, in rapporto ai diversi articoli della Convenzione<sup>8</sup>:

- Art. 3 (profilo materiale) • *Trattamento inumano e degradante* • *Detenzione, per due anni, di una persona bipolare in regime carcerario ordinario, in cattive condizioni e senza una strategia terapeutica complessiva di presa in carico della sua patologia*
- Art. 5 § 1 a) • *Condanna* • *Ricorrente non in grado, al momento dell'esecuzione della pena, di comprendere la finalità di reinserimento sociale della pena e di beneficiarne*
- Art. 5 § 1 e) • *Mantenimento in regime carcerario ordinario dell'alienato nonostante i giudici nazionali avessero disposto il suo ricovero in un istituto idoneo* • *Tre condizioni della giurisprudenza Winterwerp soddisfatte* • *Indisponibilità di posti che non è una giustificazione valida*
- Art. 5 § 5 • *Assenza di mezzi per ottenere riparazione a un sufficiente grado di certezza*
- Art. 6 § 1 (profilo penale) • *Mancata esecuzione della sentenza che ha ordinato la rimessione in libertà del ricorrente e dell'ordinanza che ha disposto il suo ricovero in un istituto idoneo*
- Art. 34 • *Ritardo di 35 giorni eccessivamente lungo nell'esecuzione della misura provvisoria della Corte che richiedeva il collocamento del ricorrente in un istituto idoneo*<sup>9</sup>

In estrema sintesi, trasformazione *in peius* del profilo giuridico dell'interessato e delle misure adottate in un caso di patologia psichiatrica e reato, per problematiche organizzative e di assenza di posti in REMS, e censura dello stato di abbandono in cui versano i detenuti “psichiatrici” nelle carceri italiane. Si tratta di un detenuto

5. Art 199 c.p.: “Nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza che non siano espressamente stabilite dalla legge e fuori dai casi dalla legge preveduti” e, prima, Art 25 co.3 Cost.: “nessuno può essere sottoposto a misure di sicurezza se non nei casi previsti dalla legge”

6. Schema di decreto legislativo recante riforma dell'Ordinamento penitenziario in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82,83 e 85 della legge 23 giugno 2017, n. 13

7. Poneti K.: Le REMS in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiudere. L'altro diritto, Vol. 5, 2021

8. Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell' Uomo e delle Libertà fondamentali, Roma, 4.XI.1950

9. Dalla “Sentenza” del ricorso 11791/20 presso CEDU

affetto da patologia psichica (disturbo borderline di personalità, disturbo bipolare e abuso di sostanze) mantenuto in carcere nonostante un ordine giudiziario di ricovero presso una REMS a causa dell'insufficiente dotazione di posti in queste residenze, cui sono seguite alterne vicende relative alle anomalie del comportamento del soggetto, con conseguenti ripetuti atti di sottrazione alle cure, e alla assenza di rimedi giurisdizionali adeguati<sup>10</sup>.

Può essere utile segnalare anche la sottolineatura, nero su bianco, nella sentenza in esame, che la misura di inserimento in REMS ha il duplice scopo di fornire al detenuto psichiatrico le cure e i trattamenti appropriati in ambiente non penitenziario ma contemporaneamente proteggere la società dal pericolo di suoi agiti pericolosi. La medesima Corte, poi, sostiene che incombe sul Governo italiano la responsabilità di ampliare la ricettività delle REMS ovvero di adottare "altre soluzioni" adeguate, senza che a tale obbligo possano essere opposte ragioni organizzative o di bilancio; infine, viene appunto messo in rilievo come le autorità nazionali non abbiano creato nuovi posti nelle REMS, né hanno trovato altre soluzioni utili a gestire la problematica. La Corte europea, quindi, prendiamo atto, non pare contraria a un allargamento della ricettività del sistema delle REMS nazionali.

## **CORTE COSTITUZIONALE - SENTENZA 16 DICEMBRE 2021-27 GENNAIO 2022 N. 22**

Il caso, da cui poi la ormai notissima risoluzione della Suprema corte, nasceva da una vicenda processuale nella quale il giudice aveva disposto nei confronti dell'indagato la misura provvisoria di internamento in REMS

(interessante aggiungere che lo stesso Giudice ordinava anche, in attesa del posto in REMS, la esecuzione di misura provvisoria in forma di libertà vigilata presso una struttura residenziale psichiatrica). A seguito dell'assenza del posto, e delle alterne vicende che ne sono seguite con il sistematico sottrarsi a cure e prescrizioni da parte del soggetto indagato, alla fine il GIP di Tivoli sollevava questione di legittimità costituzionale di "tutto il compendio normativo che lo stesso remittente riteneva causa del grave ritardo determinatosi"<sup>11</sup>.

Da citare, la complessa e preliminare istruttoria disposta dalla Corte con specifica ordinanza (n. 131 del 9 giugno 2021) al fine di definire lo stato dell'arte in riferimento ai percorsi della esecuzione penale dei pazienti psichiatrici autori di reato (profili giuridici, strutture, profili legislativi, assetti della psichiatria territoriale), dalla quale, poi, il dispositivo della sentenza.

Con quest'ultimo, la Suprema corte da una parte dichiarava inammissibili le questioni di legittimità costituzionale prospettate dal giudice rimettente solamente per il fatto che, in caso contrario, si sarebbe determinato un inaccettabile vuoto di giurisdizione e tutela ma, dall'altra parte, strigliava il legislatore a che vari nel più breve tempo possibile una completa revisione del sistema, per rimediare alle evidenti lacune di tipo giuridico e giurisdizionale<sup>12</sup>. Avendo notato la Corte che, primo, l'esecuzione del ricovero provvisorio in REMS è affidata alle regioni e ai loro organi amministrativi, così escludendo il Ministero della giustizia in relazione alla esecuzione della misura di sicurezza detentiva provvisoria; e, secondo, si consente l'adozione con atti amministrativi

10. Sembra importante precisare come questo tipo di pronunciamenti, nella loro gravità, non sono consuetudine della Corte europea, e potrebbero "dare la stura" a ulteriori ricorsi in quella sede

11. Fiorentin F.: *Un assetto deficitario su tanti profili che non tutela pazienti e collettività – la decisione della Consulta*, Guida al diritto, 7, 2022

12. Questa la chiusura della pronuncia: "Nel dichiarare l'inammissibilità questa Corte deve tuttavia affermare come **non sarebbe tollerabile** l'eccessivo protrarsi dell'inerzia legislativa in ordine al grave problema individuato della presente pronuncia". Il grassetto è nostro.

di disposizioni generali in materia di misure di sicurezza in violazione della riserva di legge in materia<sup>13</sup>, di fatto propone delle linee direttrici di una ipotetica riforma complessiva che troverebbe posto in una legge-delega specificatamente destinata ai soggetti psichiatrici autori di reato. Con estrema sintesi, i punti proposti:

1. La misura provvisoria in REMS deve trovare una nuova adeguata disciplina normativa, estesa anche ai profili della sua esecuzione
2. Creare un buon funzionamento di un numero adeguato di REMS su tutto il territorio nazionale, e si devono potenziare i servizi pubblici della salute mentale, che devono fornire interventi di cura e anche di tutela della collettività
3. Occorre definire forme di idoneo coinvolgimento del Ministero della giustizia nelle attività di coordinamento e di monitoraggio delle REMS esistenti e nella programmazione dei fabbisogni finanziari.

La breve disamina delle tre sentenze pone molti quesiti, indica alcune strade che possono essere percorse, e lascia negli operatori della salute mentale il timore che il necessario nuovo disegno della gestione dei pazienti psichiatrici che entrano nei percorsi della esecuzione penale, così come delineato in fondo *a contrariis* dalle censure contenute nei tre dispositivi illustrati (e forse soprattutto

con l'auspicato dal Giudice delle leggi nuovo e ulteriore ruolo del Ministero della giustizia), possa retrocedere il sistema della psichiatria territoriale a vaso di coccio tra più robusti e rinnovati vasi di ferro<sup>14</sup>.

Si proverà a scegliere alcuni elementi da considerarsi nodali, nel "ponte" tra i pronunciamenti delle Corti e l'intervento (auspicato) del legislatore.

Primo punto: non sono da considerarsi rimedi praticabili all'attuale situazione né l'assegnazione in sovrannumero alle REMS né la collocazione provvisoria in carcere (il già citato combinato disposto tra la sentenza n. 22/2022 e la pronuncia n. 11791/20 della Corte EDU sopra riassunta). La già prospettata ipotesi di inviare in REMS solo i definitivi (nel rispetto della *extrema ratio* dettato dalla L. 81/2014 per il ricorso alle misure detentive) lascerebbe aperta la questione di come affrontare una situazione di importante pericolosità durante la fase dell'indagine. Così, la indisponibilità di strutture alternative al carcere e comunque diverse dalle attuali articolazioni per la salute mentale, e di fatto la non adeguatezza, qualitativa e numerica, delle stesse per potere fornire ai soggetti provvisori le cure necessarie - considerando certamente il carcere come tutelante la sicurezza della collettività - mette in capo alla legislazione prossima futura (anche) la questione di tale fattispecie di pazienti, che a oggi

---

13. Da richiamare, art. 110 Cost.: *Ferme le competenze del Consiglio superiore della magistratura, spettano al Ministro della giustizia l'organizzazione e il funzionamento dei servizi relativi alla giustizia*. A questo, secondo la Suprema corte, si assiste, sul piano applicativo, al fatto che non si forniscono al paziente gli adeguati interventi sanitari né si tutela la collettività dalla possibilità che i soggetti reiterino i reati commessi

14. Non esistono commenti, o interventi, o dispositivi di sentenze, da delibere consiliari del Consiglio superiore della Magistratura, alle sentenze qui in commento, e a vasta letteratura sul tema della esecuzione penale dei pazienti psichiatrici autori di reato, che non indichino la assoluta necessità di un forte adeguamento delle risorse assegnate ai Dipartimenti di salute mentale. Dato che, di fatto, tali interventi non sono effettuati e non sembrano realmente possibili in tempi e modi appropriati ai bisogni, si deve riconoscere che un corno della questione generale resterà nella medesima insufficienza (a nostro parere dovendosi, questo fatto, tenere ben presente perché sviluppi di nuovi orizzonti giurisdizionali, strutture, forme giuridiche, orientati al massimo livello di rispetto della dignità umana e della autodeterminazione, non potranno fare riferimento - *rectius* affidamento - a presidi territoriali e residenziali psichiatrici alla altezza - quantitativa - del compito)

parrebbe trovare sistemazione solo in un circuito di REMS adeguatamente allargato<sup>15</sup>.

Vero è che la Psichiatria lamenta un eccessivo utilizzo, da parte della Magistratura, di misure provvisorie in REMS come “parcheggio” di una congerie di quadri comportamentali che non sono considerati di pertinenza psichiatrica, di soggetti indagati la cui pericolosità non è stata ancora accertata o addirittura di sopravvenuti<sup>16</sup>. La accusa si sostanzia, poi, con la segnalazione che tra questi quadri con frequenza si trovano disturbi antisociali di personalità, abusi di sostanze, vera e propria marginalità sociale, tutte popolazioni che non si gioverebbero dei percorsi specifici di cura normalmente erogati nei Dipartimenti di salute mentale, REMS comprese. In queste ultime, così, si troverebbero pazienti con chiari disturbi psichiatrici insieme a una eterogeneità di quadri comportamentali che avrebbero poco da partire con diagnosi e cure psichiatriche; oppure, gravità molto variabili della popolazione presente, difficilmente affrontabili in un'unica struttura, con il rischio finale della REMS come contenitore indistinto. Lasciando per ora perdere il ruolo, in tutto questo, dei periti, è evidente che la risposta a queste difficoltà non può essere (oggi) il rinvio al carcere, o per semplici finalità detentive (per altro in soggetti con pericolosità sociale definita in fase di indagine) o addirittura con l'idea che quadri come quelli sopra descritti possano essere curati in condizione

di detenzione (ancor più alla luce dei pronunciamenti delle Corti di cui si è parlato).

Il superamento della semimputabilità, un maggiore “rigore peritale” che restringa i numeri della non imputabilità, la predisposizione di sezioni specificatamente dedicate nelle carceri agli interventi sui quadri comportamentali che non si possano giovare delle cure psichiatriche, o che affrontino quelle non gestibili nelle REMS, sono alcuni interventi possibili a codice penale, codice di procedura penale, ordinamento penitenziario e rete della psichiatria territoriale sostanzialmente invariati.

Infine, si vuole solo segnalare la “complicità” che talvolta la Psichiatria cerca nella Magistratura allorché essa stessa richiede la pericolosità sociale per pazienti ancora prima della fase dell'indagine. Segnalazioni ripetute alle Procure hanno talvolta la finalità di arginare pericoli concreti che dal comportamento del paziente potrebbero arrivare o arrivano.

Punto secondo: le liste d'attesa. Alla luce dell'attuale quadro normativo, solo un allargamento dei posti in REMS sembra essere una risposta possibile a questo problema. Il legislatore potrebbe, altresì, aggiungere un ulteriore profilo esecutivo delle misure di sicurezza, definendo, come detto prima, attraverso l'intervento del Ministero della giustizia, la Misura della libertà vigilata in struttura residenziale (come per altro nella prassi già accade). In questo caso, i Dipartimenti di salute mentale,

---

15. Discorso spinoso e controverso, affatto immune da derive di tipo ideologico. Per questo, partiamo dai fatti. I dati acquisiti presso la Direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria parlano di, per schematizzare moltissimo, due ondate di variazioni numeriche nell'utilizzo della misura di sicurezza detentiva: la prima, in aumento dopo la Sentenza “Raso” del 2005 e la seconda, di tipo drasticamente deflattivo, a seguito dell'impatto dei numeri e della “qualità” degli OPG dopo la diffusione del contenuto della Commissione Marino (20 luglio 2011). In tutti i casi, i pazienti ospitati in OPG sono calati dai circa 1300 del 2011 ai circa 690 del 2015. Il fatto che tale drastica diminuzione (che ha di fatto ispirato la quantificazione della dotazione nazionale dei posti in REMS) abbia avuto qualche aspetto di “artificialità” legata alla sollevazione emotiva legata ai risultati della Commissione di cui sopra, associato alle condizioni di partenza delle nuove REMS, ove dovevano comunque già essere ospitati i soggetti che ancora erano internati nei diversi OPG, rende verosimile la valutazione di insufficienza, rispetto ai bisogni reali, dei posti in REMS pianificati. Se poi ci sia stata anche la deliberata finalità di facilitare, così, il concetto di *extrema ratio*, questo non toglie l'evidenza del saldo negativo che attualmente pare doveroso definire.

16. Zanalda E., Di Giannantonio M.: *Overcoming forensic psychiatric hospitals in Italy, five years later*. J. Psychopathology, 27:3, 7, 2021

certamente di base favorevoli a questo grado di sanitarizzazione delle misure, non potrebbero (potranno?) che opporre i limiti strutturali noti quanto evidenti, come il profondo deficit di risorse e i limiti amministrativi e finanziari: in Lombardia, ad esempio, il sistema delle strutture residenziali a contratto ha ampia (e utilizzata) possibilità di “scegliere” l’utente da accettare.

Il terzo: la necessità (si ricorda, nata dal combinato disposto delle Sentenze in esame) di ridefinire il profilo giuridico delle misure detentive, provvisoria (di cui si tratta nella sentenza n. 22/2022) e definitiva, attraverso un’adeguata disciplina normativa, estesa anche ai profili della loro esecuzione. Il richiamo alla riserva di legge in ambito di misure di sicurezza effettuato dalla Corte, prevede che l’intervento legislativo restituisca al Ministero della giustizia il dovuto ruolo nella previsione dei casi e dei modi di esecuzione delle misure. Circa questi ultimi, la psichiatria potrebbe temere la previsione di “modi” che privilegiano il binario della sicurezza o del “collocamento” dell’indagato/condannato a discapito del diritto alla cura dei pazienti, con un aumento delle richieste (seppure fino a un certo grado condivisibili) di controllo e relative responsabilità, rispetto alle dimensioni della cura. Oppure, per converso, un eccessivo declinare verso l’affido per scopi di cura ai Dipartimenti attraverso misure specifiche di ambito sanitario, dimenticando i limiti strutturali dei servizi per la salute mentale e la loro mission specifica. È quindi di tutta evidenza che si dovrà passare da una revisione “tecnica” delle misure, possibilmente dotando il momento esecutivo di un adeguato ventaglio di possibilità in relazione alla gravità del fatto reato e/o della condizione clinica-comportamentale del soggetto indagato o condannato.

Il quarto punto: seppure i soggetti raggiunti da misure detentive siano circa un decimo di quelli cui sono

applicate misure non detentive (quasi sempre la libertà vigilata), nello scenario giurisdizionale e strutturale attuale sembrerebbe necessario ampliare il numero delle REMS su tutto il territorio nazionale. Non si vuole, qui, entrare nel merito del loro funzionamento né in quello delle criticità che vi stanno emergendo, ma se si considera comunque la REMS come la via italiana nel bilanciamento, in estrema sintesi, tra la cura e la custodia di soggetti con elevata pericolosità (e fino a che la pericolosità stessa non sia messa definitivamente in discussione come concetto clinico e giuridico), e considerando che permette di non utilizzare grandi strutture forensi come ne esistono in altri paesi europei<sup>17</sup>, allora il senso di un allargamento numerico, e ripetiamo nello scenario attuale, pare condivisibile. Potremo, così, attendere con maggiore fiducia, anche quel potenziamento (significativo, aggiungeremmo) dei servizi per la salute mentale che, come qui è stato già detto, da tutte le parti è auspicato come prerequisito per una sempre maggiore umanizzazione e sanitarizzazione dei percorsi penali dei pazienti psichiatrici autori di reato

Il quinto punto: gli interventi delle Corti dei diritti da cui siamo partiti evidenziano aspetti critici nell’attuale “statuto” del soggetto autore di reato, e non solamente rispetto alla esecuzione penale; e contemporaneamente li evidenziano nella tutela dei diritti individuali.

Circa gli aspetti costituzionali e convenzionali, e la tutela integrata di tutti i diritti coinvolti (parte più esposta a censure, a differenza delle fasi esecutive, come ora si vedrà), si possono tracciare delle linee guida per una migliore pratica<sup>18</sup>. In primo luogo, emerge la prevalenza dei diritti di cura, come per altro qui è stato già anticipato, nel bilanciamento, necessario, con la doverosa tutela della collettività. In secondo luogo, nel caso di un giudizio di pericolosità, il reo deve potere

17. Alessi M.C. et al: *Italian REMS, limits and critical issues: from a clinical case to the comparison with European forensic systems*. Journal of Psychopathology, 27:19-25, 2021

18. Fiorentini F, cit.



fruire, in prima istanza e nell'immediato, di una misura territoriale in strutture non detentive e, in presenza di ordine di ricovero, non deve permanere in carcere. Terzo: in ogni caso, questi percorsi della esecuzione penale devono tenere conto della pericolosità del reo (quando accertata), e di conseguenza prevedere adeguate misure di tutela della collettività. L'autodeterminazione e le istanze relative alla libertà individuale devono avere il doveroso limite della tutela collettiva, protetta costituzionalmente.

Invece, per quanto riguarda la fase esecutiva, la Magistratura di sorveglianza appare ormai capace di adattarsi alle necessità sopravvenienti in relazione alle mutevolezze dei quadri psicopatologici, organizzativi e legislativi, e appare in grado di esercitare una azione dinamica e adattabile a favore del reo (misure di esecuzione corrispondenti alla evoluzione delle situazioni). Certamente, in questo caso compiti dei servizi della psichiatria territoriale devono essere una (ri)valutazione puntuale e frequente dello stato psichico e comportamentale del paziente in parallelo al lavoro clinico e organizzativo teso al superamento delle necessità della misura cautelare. Una cura adeguata può portare alla cessazione delle necessità di controllo. Di fatto, negli ultimi anni il lavoro comune e la collaborazione tra Dipartimenti di salute mentale e la Magistratura di sorveglianza si è dimostrato possibile e fecondo di possibilità di soluzioni flessibili e rivalutabili.

Infine, altamente necessaria sarà la costante collaborazione tra il giudice di cognizione e la Magistratura di sorveglianza, perché quest'ultima sia bene a conoscenza della situazione personale e del "titolo da rivalutare" avendo avuta adeguata comunicazione dal giudice di cognizione del provvedimento genetico della misura provvisoria e relative prescrizioni<sup>19</sup>.

Come ultimo punto, si richiama nelle sentenze esaminate (e specificatamente nella n. 22 /2022) la necessità a

che siano previste forme di idoneo coinvolgimento del Ministero della giustizia nelle attività "di coordinamento e di monitoraggio delle REMS esistenti" (letterale) e nella programmazione dei fabbisogni finanziari.

Il legislatore delegato dovrà quindi prevedere, nella lettera del dispositivo, che il Ministero della giustizia abbia competenza nel "coordinamento" e nel "monitoraggio" del sistema REMS. Se nulla è dato sapere delle future ipotetiche caratteristiche di queste funzioni, i Dipartimenti di salute mentale dovranno fare i conti con una gestione delle strutture per la esecuzione delle misure di sicurezza (detentive) per lo meno a maggiore valenza giudiziaria. Cosa aspettarsi? Il peso del Ministero sulle scelte sanitarie? Una spinta per sistemazioni sovrannumerarie? Una retrocessione della valenza sanitaria delle misure, di qualità e quantità ancora non prevedibile? Un recondito intento di piegare le esigenze di cura dei pazienti accolti nelle Residenze verso finalità di tipo più securitario? Difficile dire. Se la censura dell'insufficiente ruolo (coinvolgimento) del Ministero della giustizia in merito alle misure di sicurezza detentive appare inoppugnabile, lecito è il timore che la sanità può esprimere per la futura importante presenza di quell'attore nella "organizzazione" del sistema REMS. Certamente, l'insufficienza di un adeguato coordinamento a livello nazionale e di un preciso monitoraggio dell'utilizzo dei posti e delle liste di attesa, è un dato di realtà. I Dipartimenti di salute mentale e le Regioni dovranno risultare credibili nel ruolo di leadership dove il processo di sanitarizzazione delle misure pare definitivo, per potere, invece, con chiarezza, chiedere adeguata tutela e protezione al Ministero della giustizia e agli organi dedicati nei casi di pericolosità solo (o per nulla) diminuita dai trattamenti che, comunque saranno stati erogati.

Ciò non toglie, però, e passando di sfuggita a una casistica particolare, che i già più volte menzionati limiti di

19. Calcaterra A.: *il soggetto pericoloso: misure personali di sicurezza e di prevenzione, tra tradizione e modernità*. Diritto penale e uomo, 2021

risorse della psichiatria territoriale (e motivazioni che per ora potremmo semplicemente definire di opportunità) debbano far sorgere fondati timori relativamente alle possibili ipotesi di affidamento terapeutico per soggetti psichiatrici, da più parti suggerito, in analogia con l'affidamento dei soggetti tossicodipendenti, e già presente nell'ambito di una proposta di legge<sup>20</sup>.

## CONCLUSIONI

La necessità dell'intervento legislativo richiesto dalla sentenza della Suprema corte (sempre sentenza 22/2022), con l'indicazione a un maggior ruolo della Magistratura in relazione alle misure detentive in REMS apre a scenari che, sopra si è discusso, sono poco prevedibili e forse forieri di difficoltà per la psichiatria territoriale. Sarà utile un articolato (preventivo) pensiero nel merito.

Naturalmente il problema si ridurrebbe quantitativamente nel caso entrassero sempre meno soggetti nel circuito della esecuzione penale. Dibattuti sono la possibilità di limitare in modo radicale la possibilità di semimputabilità (spostando però il problema in ambito carcerario), e più sostanzialmente il completo superamento del doppio binario, considerando il paziente autore di reato come (sempre) responsabile degli agiti antiggiuridici compiuti (imputabile).

In questo ultimo caso, oltre ad andare in collisione

con gli aspetti di personalizzazione della valutazione/quantificazione della pena a valenza non solo generalpreventiva del dettato costituzionale<sup>21</sup>, e a ridimensionare le ragioni stesse della esistenza della psichiatria (con relativi inquadramenti nosografici - quadri diagnostici - e percorsi trasversali funzionali/dimensionali), si sposterebbe, ancora una volta, il problema della valutazione psichiatrica al momento esecutivo, con certamente minore tutele per il soggetto interessato.

Ciò che è certo, la auspicata riforma dovrà (dovrebbe) essere organica e sincronica tra i diversi piani: la rinnovata normativa in materia di misure di sicurezza, una ridiscussione dell'imputabilità (alla luce anche del diritto vivente), la riorganizzazione del sistema carcere per quanto riguarda la salute mentale e un adeguato potenziamento, strutturale e di personale dei Dipartimenti di salute mentale, per potere migliorare la "sinergia tra il diritto penale sostanziale, quello processuale e quello penitenziario"<sup>22</sup>. E insieme, come detto, a una nuova e reale "edificazione" dei luoghi della esecuzione, sia in ambito carcerario che territoriale (REMS, magari con differenziazione per livelli di pericolosità, e strutture della psichiatria territoriale): il tutto, non certamente a costo zero.

E proprio perché tale riforma non sarà di così ampio e contemporaneo respiro, è fondamentale che la psichiatria si attrezzi per nuovi ma sempre complessi scenari.

20. Proposta di legge n.2939, depositata nel marzo 2021, Camera dei deputati, primo firmatario, Magi. Nell'ambito di ipotesi di rinnovamenti del sistema penitenziario, si prevederebbe l'art. 47-septies o.p. (affidamento in prova di condannati con infermità psichica)

21. L'art.27 Cost. al comma3 impone che le pene non possano consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e che debbano tendere alla rieducazione del condannato. Da qui, e in specie dall'ultima parte del comma terzo, è sostenuta l'importanza della personalizzazione della pena, che non può, quindi, esimersi dalla specifica valutazione del reo, nei suoi aspetti personologici, criminologici, ambientali, relazionali, oltre che di tutte le dimensioni della commissione del fatto reato. Su questa base, potrebbe essere legittimo arrivare a discutere del superamento dell'art. 90 c.p., in considerazione della evidenza sullo stato di coscienza individuale degli (intensi) stati emotivi; per spingersi, eventualmente, fino alla messa in discussione del divieto di perizia psicologica se non nella fase esecutiva (art. 220 c.p.p.): una strada, come si vede, addirittura opposta a quella che vorrebbe limitare al massimo le entrate nei circuiti della esecuzione penale di pazienti psichiatrici autori di reato.

22. Massaro A.: *Tutela della salute mentale e sistema penale: dalla possibile riforma del doppio binario alla necessaria diversificazione della risposta "esecutiva"*. Questione Giustizia, 2021

---

# In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?

*di Mantovani R. e Mantovani L.*

---

**A**l fine di tutelare l'operatore sanitario nell'esercizio della propria attività, ospedaliera o libero professionale, la legge Gelli (l. n. 24/2017), ai sensi dell'art. 6, esclude la responsabilità professionale quando la condotta si realizza nel rispetto delle linee guida, adeguate al caso di specie, pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità.

Non sempre, tuttavia, la situazione concreta che il professionista si trova ad affrontare rientra nella casistica regolamentata dalle sopraccitate linee guida oppure, quando anche prevista, può presentare delle peculiarità tali da renderne inadeguata l'applicazione. Per evitare l'automatico configurarsi di una possibile ipotesi di colpa medica, ogni qualvolta si verificano simili circostanze, il legislatore del 2017 ha previsto che l'operatore del clinico non sia penalmente perseguibile, in assenza di appropriate linee guida, qualora conforme alle buone pratiche clinico-assistenziali.

In merito, la Suprema Corte ha precisato che «le linee guida differiscono notevolmente, sotto il profilo concettuale, prima ancora che tecnico-operativo, dalle buone pratiche clinico-assistenziali, sostanziandosi in raccomandazioni di comportamento clinico sviluppate attraverso un processo sistematico di elaborazione concettuale, volto a offrire indicazioni utili ai medici nel decidere quale sia il percorso diagnostico terapeutico più appropriato in specifiche circostanze cliniche»<sup>1</sup>.

Le linee guida, dunque, consistono «nell'indicazio-

ne di standards diagnostico-terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica, a garanzia della salute del paziente e costituiscono il condensato delle acquisizioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche concernenti i singoli ambiti operativi, e, quindi, si sostanziano in qualcosa di molto diverso da semplici buone pratiche clinico-assistenziali». Queste ultime, infatti, si qualificano come semplici prassi consolidate, ritenute efficaci dalla comunità scientifica e, pertanto, ampiamente descritte e trattate in letteratura ovvero in opere di manualistica medica.

Contestualizzando le più generiche previsioni normative contenute nell'art. 43 c.p., (che specifica cos'è l'elemento psicologico del reato differenziando il dolo dalla colpa) si osserva che la condotta del professionista sanitario risulta colposa - e quindi penalmente rilevante - quando disattende, per imprudenza, negligenza o imperizia dell'agente, l'osservanza delle regole che tutelano la salute del paziente. In tale contesto, le buone pratiche clinico-assistenziali rivestono un ruolo sussidiario nella valutazione dell'attività svolta dal professionista poiché assumono rilevanza giuridica solo e soltanto nel caso in cui la situazione in cui quest'ultimo si è trovato ad operare non sia già regolata da linee guida specifiche.

In una recente sentenza la Suprema Corte di Cassazione ha fatto luce su questo punto e, in particolare, si è espressa sulla possibilità di ravvisare l'elemento della colpa nella decisione di un medico del Pronto Soccorso

---

1. Cass. penale, Sez. IV, 22 giugno 2018, n.47748.

---

di non rispettare l'ordine di priorità degli accertamenti diagnostici a cui occorre sottoporre la paziente, successivamente deceduta. Nel caso di specie l'operatore sanitario non si è conformato alla prassi clinica che prevede la primaria esecuzione degli accertamenti «indispensabili per verificare la necessità di interventi eventualmente salvifici, posticipando gli altri, attraverso l'assegnazione di un diverso ordine di precedenza, che renda chiaro il percorso ed utile l'intervento». In assenza di specifiche linee guida che indichino, passo per passo, quale debba essere il corretto comportamento del clinico che prende in carico il paziente dopo il *triage* del pronto soccorso, la Consulta ha ritenuto violato l'articolo 6 della legge Gelli per il mancato rispetto di quella che nel corso del dibattimento penale i vari consulenti hanno indicato come buona prassi comunemente seguita in situazioni analoghe e, conseguentemente, punibile la non conforme scelta operata dal medico d'urgenza.

I giudici di legittimità non indicano con precisione la fonte a cui si rifà la summenzionata pratica clinico-assistenziale, bensì giustificano la propria decisione individuando in capo ai professionisti del settore della medicina d'urgenza il dovere, connaturato al contesto emergenziale in cui operano, di individuare il migliore approccio terapeutico per il paziente, nell'ottica di garantirne, prima di tutto, l'immediata sopravvivenza.

La Suprema Corte ha quindi posto a fondamento della condanna del professionista sanitario il mancato rispetto di riconosciute elementari regole cautelari, ritenute tali dalla buona prassi clinica, pur non formalizzate in specifiche linee guida nei termini indicati dalla Legge Gelli.

---

# 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.\**

---

## ABSTRACT

### Scopo del lavoro

La letteratura evidenzia il peso che ha avuto la pandemia da Covid-19 sul benessere della popolazione psichiatrica, ma pochi studi si sono concentrati sui pazienti autori di reato.

È noto che questi soggetti soffrono di uno stress legato alla sospensione del giudizio, l'incertezza della pena o il suo prolungamento, fattori che si sommano a tratti genetici ed ambientali di vulnerabilità psichica.

Per tale motivo, il lavoro si è voluto concentrare su come lo stress nei suoi diversi aspetti ha avuto un impatto sui pazienti autori di reato nella Fondazione AS.FRA. durante la pandemia da Covid-19.

### Materiali e metodi

Per ottenere un riscontro dell'effetto dello stress sul campione (N=20) sono state analizzate le cartelle cliniche.

È stato costruito un questionario *ad hoc* composto da domande chiuse e aperte per indagare il vissuto dei pazienti riguardo le maggiori aree psicopatologiche.

I domini sono stati analizzati chiedendo di pensare a "gennaio 2020" (periodo pre pandemico: T0) e "da marzo 2020 ad oggi (marzo 2022)" (periodo pandemico: T1). Le tre domande aperte si riferiscono a come sono stati vissuti il periodo della pandemia e la restrizione dei contatti con l'esterno.

### Risultati

Il 55% del campione ha una diagnosi principale di disturbo

dello spettro schizofrenico, il 40% di disturbo di personalità. La tipologia di reato maggiormente rappresentata sono gli atti di violenza in famiglia.

I risultati del questionario misurati al T0 e al T1 mostrano che i pazienti hanno percepito in modo lieve gli effetti della pandemia sulle principali aree psicopatologiche indagate.

È stato riscontrato un miglioramento in alcune aree, come "allegro/di buon umore" e "depresso".

Si nota invece un lieve aumento di "comportamenti violenti" e "attacchi di panico" e un peggioramento della percezione delle relazioni con gli ospiti.

### Discussione e conclusioni

Il campione non ha riportato evidenti livelli di stress correlabili alla pandemia. Infatti le variazioni su alcuni item, quando presenti, sono di lieve entità e non permettono di correlare il disagio provocato dall'emergenza sanitaria a un cambiamento nella percezione del benessere del campione.

I limiti rilevanti dello studio possono essere identificati nel campione limitato, nel punto di vista soggettivo degli strumenti utilizzati e nel recall bias su un periodo ampio.

In base alla nostra esperienza, possiamo supporre che il paziente autore di reato viva una condizione di stress data dall'indefinitezza del proprio futuro e un "tempo sospeso" legato alle valutazioni e decisioni di soggetti terzi (psichiatri, magistrati). Inoltre, queste persone vivono già una situazione di restrizione e isolamento dal contesto esterno. Queste condizioni verosimilmente hanno prevalso in termini di stress sul disagio causato dalla pandemia.



## INTRODUZIONE

**La** pandemia da Covid-19, come noto, ha condotto a una serie di problematiche sia di natura clinica che di tipo gestionale nei Servizi di Salute Mentale. Si è assistito ad un aumento della sintomatologia ansiosa e depressiva nella popolazione generale, in risposta a ridotti contatti sociali e alla paura di possibili conseguenze negative dell'evento pandemico (Bojdani, 2020; De Girolamo, 2020), con aumento delle condotte parasuicidarie e suicidarie ed incremento degli atti di violenza domestica (Chandan, 2020). In risposta alle difficoltà create dalla diffusione del virus, nelle diverse nazioni sono stati redatti differenti protocolli, inerenti la gestione dei Servizi di Salute Mentale (Starace, 2020).

Le misure di prevenzione del contagio hanno portato ad alcuni cambiamenti generali: esecuzione di tampone molecolare a pazienti che dovevano essere ricoverati in SPDC o in strutture residenziali prima dell'ingresso, screening costante degli operatori, sospensione degli incontri con familiari ed amici, interruzione di attività e progetti riabilitativi coinvolgenti persone ed ambienti esterni (Bojdani, 2020).

Tali restrizioni hanno anche comportato la limitazione al personale essenziale nelle Strutture Sanitarie, con la sospensione dei tirocini degli studenti, con ripercussioni sulla loro formazione. Anche i medici specializzandi in Psichiatria sono spesso stati chiamati a lavorare nei "reparti Covid", modificando quindi un consistente periodo della loro formazione specialistica.

Nelle strutture riabilitative psichiatriche il percorso di molti pazienti ha subito dei cambiamenti importanti: ad esempio, si è vista l'interruzione di attività riabilitative svolte all'esterno delle strutture. Inoltre, per diversi ospiti risultava molto difficoltoso rispettare il divieto di uscita dalla comunità, con conseguenti riacutizzazioni di tipo psicopatologico (Zuffranieri, 2020). Anche il livello di stress e il rischio di burnout degli operatori della salute mentale è aumentato (Garriga, 2020).

Tra le conseguenze della pandemia si nota un aumento di metodologie terapeutiche già esistenti ma non tanto utilizzate precedentemente, come i colloqui psicologici e psichiatrici da remoto ("*necessity is the mother of invention*") (Simpson, 2021). Tale modalità è stata analizzata da diversi studi clinici ed è stata vista essere efficace in particolare in alcune tipologie di pazienti, come le persone con Disturbo d'ansia generalizzato, fobia sociale o PTSD, per le quali è stata dimostrata un'efficacia pari alle psicoterapie in presenza (Simpson, 2020; Sander, 2020). Si è inoltre verificato un aumento di comunicazioni "rapide", come l'utilizzo di messaggi su WhatsApp nelle relazioni terapeutiche o la notevole diffusione di applicazioni, già presenti ma non diffuse, inerenti per esempio la prevenzione dei comportamenti suicidari (De la Torre, 2017).

## LO STRESS: MODELLI NEUROBIOLOGICI

Si definisce lo stress psichico come la risposta psicologica e fisiologica che l'organismo mette in atto nei confronti di compiti, difficoltà o eventi della vita valutati come eccessivi o pericolosi (Seyle, 1976). Il corpo mette in atto risposte fisiologiche allo stress mediante il rilascio di catecolamine e mediatori chimici, che conducono all'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa. Se tali meccanismi vengono cronicizzati, ciò conduce ad un continuo sovraccarico del sistema cardiovascolare, con aumento del rischio di insorgenza di infarti miocardici ed ictus. Le modificazioni neurobiologiche principali in tali processi consistono in una riduzione del remodelling neuronale, con atrofia di ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale (Mc Ewen, 2006). Queste tipologie di modificazioni sono inoltre state associate ad un maggior rischio di comportamento violento (Blair, 2006). Diversi lavori (Sandi, 2015; Cohen et al., 2016) si sono concentrati sulle differenze neurobiologiche dei sistemi di risposta allo stress (la risposta "fight or flight", con coinvolgimento delle catecolamine e quella di stress prolungati nel tempo, con il ruolo principale del sistema dei glucocorticoidi). Sembra che la prima tipologia

porti ad un aumento del remodelling sinaptico, la seconda ad una sua riduzione (Blair, 2006).

Il termine allostatici, introdotto per la prima volta da Sterling ed Eyer nel 1998, si riferisce al processo mediante cui il corpo risponde agli eventi di vita quotidiana al fine di mantenere l'omeostasi (il significato letterale è "acquisire stabilità mediante il cambiamento") (Sterling, 1998).

Sono stati elaborati diversi modelli di gestione dello stress in senso psichico: McEwen ha descritto un modello che prevede diverse modalità, anche in relazione alla tipologia di stressor (figura 1), con la presenza di multipli stressors ripetuti nel tempo (grafici in alto in figura 1) e un carico di stress maggiormente "cronico".

Figura 1: Modello allostatico di Mc Ewen (Mc Ewen et al., 1998)

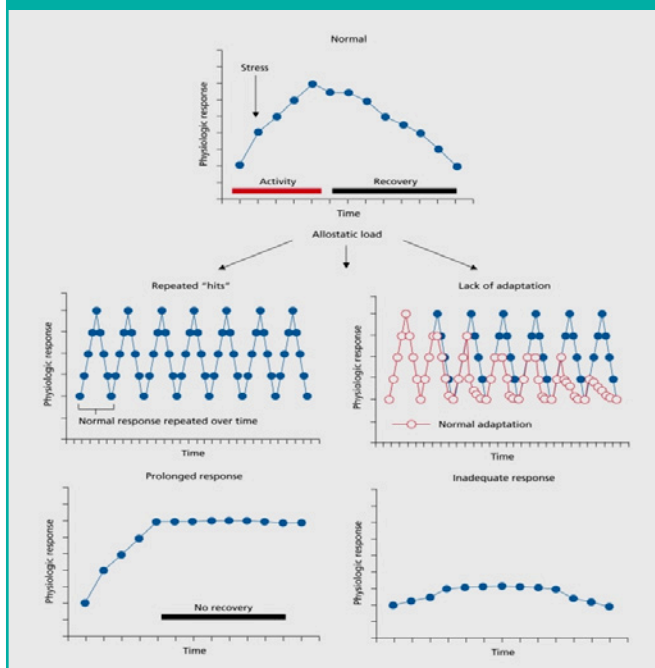
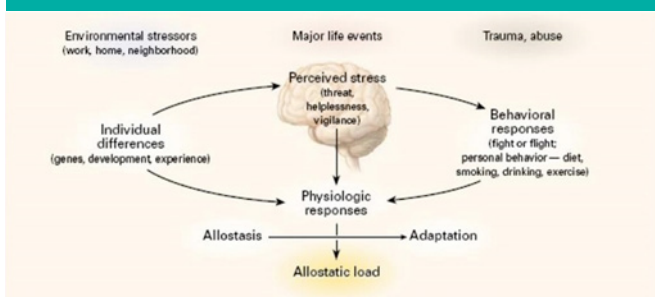


Figura 2: Modello allostatico di Mc Ewen (Mc Ewen et al., 1998)



Si parla di "allostatic overload" quando, in risposta ad eventi di vita, predisposizione personale ed ambientale si sviluppa una risposta di natura disfunzionale allo stress (figura 2).

Analizzando la pandemia in termini di modello allostatico di McEwen, il fenomeno ha costituito uno stress "cronico" e prolungato nel tempo, quindi con l'innesco di risposte maladattive di vario tipo.

## IL RUOLO DELLO STRESS NEI PAZIENTI AUTORI DI REATO

Le persone che hanno compiuto reati vivono condizioni di stress legate alla sospensione del giudizio, all'incertezza della misura di sicurezza e alle sue proroghe; tali fattori si sommano a tratti genetici ed ambientali di vulnerabilità psichica (Hewson, 2020). La condizione di stress vissuta ha ricadute anche sul piano clinico e riabilitativo di queste persone.

Il principale cambiamento portato dalla legge 81/2014 riguarda il passaggio di presa in carico del percorso riabilitativo dei pazienti autori di reato dal Ministero della Giustizia al SSN, con lo sviluppo di Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati sviluppati dai Servizi territoriali (Zanaldi, 2020).

Il paziente autore di reato vive una condizione di stress determinata anche dall'indefinitezza del proprio futuro. La misura di sicurezza implica delle limitazioni sulle autonomie e sulle decisioni, anche se può portare ad alcuni benefici, tra cui una migliore alleanza terapeutica e una più elevata adesione al progetto di cura (Vorsternborch, 2020).

Il percorso riabilitativo di queste persone è molto complicato, tenendo conto dell'elevato rischio di recidiva di reato, della maggiore incidenza di comportamenti autolesivi e delle condotte da abuso di sostanze (Shinkfield, 2015).

Le problematiche principali in questo senso appaiono essere l'esclusione sociale come risposta ai reati commessi e il senso di "hopelessness" legato all'indefinitezza della pena (Dorkins, 2011).

Sulla base di queste considerazioni, ci siamo chiesti quale tipo di impatto ha avuto in termini di stress l'evento pandemico in questi soggetti, dove l'indeterminatezza del futuro costituiva già un fattore determinante nella propria quotidianità.

## LA FONDAZIONE ADELE BONOLIS AS.FRA. ONLUS

Nella Fondazione AS.FRA. (Assistenza Fraterna) (Figura 3) il percorso riabilitativo si articola attraverso due soluzioni: la forma residenziale (Casa San Paolo e Casa Iris), che prevede la permanenza del paziente per un tempo definito in base al programma riabilitativo specifico, e la forma semiresidenziale (Centro Diurno), per pazienti provenienti dal domicilio.

Figura 3: La fondazione AS.FRA.



Per quanto riguarda la forma residenziale, all'interno di AS.FRA. si possono trovare due Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA, strutture caratterizzate da interventi conservativi e assistenziali) e due Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA, strutture caratterizzate da un programma ad alta intensità riabilitativa). Inoltre, è attivo dal 2019 un progetto di cohousing: tali appartamenti, situati per la maggior parte all'interno della Fondazione, hanno l'obiettivo di realizzare un percorso di riabilitazione all'autonomia abitativa di persone che hanno passato un

lungo periodo all'interno di Strutture Residenziali.

AS.FRA. è nata come Associazione il 28 dicembre 1957. La fondatrice, Adele Bonolis (Figura 4), è nata nel 1909. Si è laureata presso la facoltà di Lettere e Filosofia all'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Figura 3: La fondazione AS.FRA.



AS.FRA. diventa Ente Morale nel 1968 e prima ancora della promulgazione della legge 180/1978 sull'abolizione dei manicomi, diventa un Centro di assistenza per malati psichici, con l'apertura di Casa San Paolo nel 1970. Nel 2002 As.Fra. da Ente Morale diviene Fondazione, e nel 2010 tutte le sue Strutture sono state accreditate dal Servizio Sanitario Regionale (SSR).

## OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo del lavoro è stato misurare se i livelli di sintomatologia ansiosa e di stress nei pazienti autori di reato in carico a Fondazione AS.FRA. fossero aumentati durante la pandemia, in confronto al periodo pre-pandemico.

Per raggiungere tale scopo sono stati utilizzati due metodi di raccolta di dati. In primo luogo, si è studiata la cartella clinica dei partecipanti, per poter rilevare i parametri socio-demografici, riabilitativi e psicopatologici.

In secondo luogo, è stato somministrato un questionario a domande chiuse e aperte, per approfondire la tematica dello stress.

## METODOLOGIA

### Campionamento

Sono stati contattati tutti gli utenti autori di reato presenti in Fondazione AS.FRA. al momento dello studio. Tra i 27 soggetti contattati, 21 si sono resi disponibili, e 20 hanno completato la raccolta dati. Un partecipante ha deciso di interrompere la somministrazione del questionario prima di giungere alla sezione di domande aperte.

Tutti i partecipanti hanno fornito il proprio consenso informato rispetto ad attività di ricerca della Fondazione e firmato il modulo relativo alla privacy. Gli operatori che hanno somministrato il questionario non hanno analizzato i dati. Per ogni partecipante è stato creato un codice identificativo che ha garantito l'anonimato. Il primo esito di questo progetto è stato presentato al Congresso "Giornate della Follia", tenutosi a Teramo il 18-19 marzo 2022.

### Strumenti

Per definire il costrutto di stress e per studiarne l'impatto sui pazienti psichiatrici autori di reato è stata compiuta un'analisi della bibliografia sulle principali banche di raccolta dati. Sono stati selezionati gli articoli in lingua inglese ed italiana. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave (e le loro variazioni): "offender", "psychiatric patient", "stress", "Covid-19", "mental illness".

Per ogni gruppo di parole chiave sono stati selezionati i lavori di ricerca più utili allo studio. In tutto, sono stati analizzati 50 articoli, pubblicati tra il 2010 e il 2021. Più della metà dei paper selezionati è stata pubblicata tra il 2019 e il 2021.

L'analisi bibliografica effettuata ha permesso di porre le basi teoriche per la raccolta dei dati, indirizzando la ricerca verso aspetti di interesse per la comunità scientifica.

In seguito è stata costruita una griglia di raccolta per i dati socio-demografici. Le categorie di analisi sono state costruite a priori, basandosi sulla letteratura e sui punti di interesse per la ricerca (**Griglia 1**).

Tale griglia ha avuto una duplice funzione: da un lato,

**Griglia 1: Griglia di raccolta dati socio-demografici**

<b>dati demografici</b>	<b>storia psicopatologica</b>	<b>confronto (precedente - successivo al 2020)</b>
genere	struttura di provenienza	numero di ricoveri in SPDC
età	anno di ingresso in AS.FRA.	numero di accessi in PS
nazionalità	diagnosi	numero di episodi di impulsività
titolo di studio	data della prima diagnosi	numero di episodi di violenza
stato civile	tipo di reato commesso	numero di fughe dalla struttura
professione	attività lavorative	numero di episodi di autolesionismo
stato giuridico	partecipazione ad attività riabilitative	numero di tentativi di suicidio
misura di sicurezza	uso di sostanze (pregresso e/o in atto)	numero di episodi di uso di sostanze
	terapia farmacologica	



si è potuto costruire un profilo puntuale dei pazienti autori di reato presenti in struttura al momento dello studio; in secondo luogo si è potuto avere un riscontro basato su dati oggettivi e misurabili sul livello di benessere dei pazienti selezionati nei due periodi di interesse: prima del 2020 e dopo il 2020 attraverso i seguenti spazi temporali: “a gennaio 2020” e “da marzo 2020 ad oggi” (dove per “oggi” si intende il periodo di raccolta dati, identificabile con febbraio 2022), confrontabile con i resoconti soggettivi forniti dai partecipanti durante la compilazione del questionario.

Il questionario utilizzato per la raccolta dei dati soggettivi è stato costruito *ad hoc* ed è basato sulla letteratura analizzata.

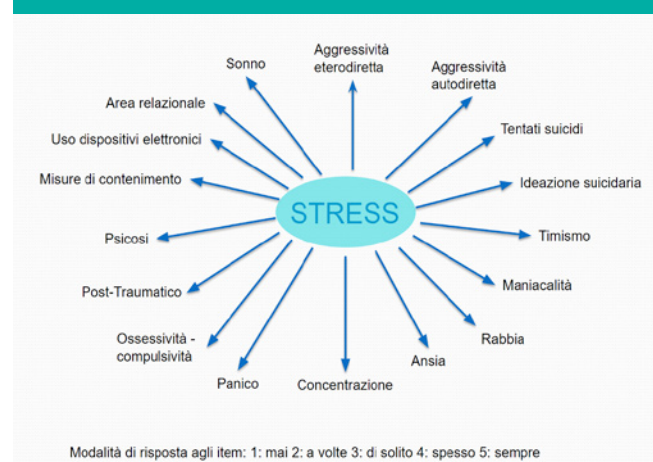
Esso è composto da tre parti. Nella prima viene chiesto al partecipante di indicare se è risultato positivo al Covid-19 (domanda a risposta multipla: *Sì, No, Preferisco non rispondere*) e quando. Tale informazione è basata sulla supposizione che l’aver contratto il virus possa aver portato a livelli di stress diversi rispetto al non averlo contratto. La seconda parte contiene tre domande aperte:

1. *Come ha vissuto il periodo di pandemia da marzo 2020 a oggi e ci sono stati dei mesi che ha vissuto con più difficoltà?*
2. *Che effetti ha avuto su di lei la lontananza dai suoi familiari/persone care e perché?*
3. *Come ha vissuto la mancata possibilità di contatti con l’esterno (uscite, attività lavorativa etc.)?*

L’ultima sezione è composta da 37 items su scala Likert a 5 passi. Ogni domanda è stata posta chiedendo al partecipante di fare riferimento sia al periodo pre-pandemico che al periodo attuale. Riconoscendo che è stato chiesto ai partecipanti di rendere conto di un ricordo (periodo pre-pandemico), si è voluto individuare un momento specifico a cui chiedere di fare riferimento. In questo modo, si è immaginato che potesse essere più facile per i partecipanti sintetizzare le emozioni provate (citando un esempio: “A gennaio 2020 mi sentivo allegr\* e di buon umore” e “da marzo 2020 ad oggi mi sento allegr\* e di buon umore”).

Tale sezione è stata costruita cercando di sintetizzare le aree di psicopatologia che possono mostrare dei sentimenti di stress (disturbi depressivi, disturbi d’ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, disturbi dissociativi, disturbo bipolare, disturbi del sonno-veglia, comportamenti violenti etero-indirizzati, comportamenti violenti auto-indirizzati e pensieri o tentativi di suicidio, disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi dell’attenzione); inoltre, è stato chiesto come si è modificato l’uso di dispositivi elettronici e come si sono modificate le relazioni con gli ospiti della struttura (Figura 5).

Figura 3: La fondazione AS.FRA.



### Analisi dei dati

I dati raccolti dalle cartelle cliniche sono stati studiati attraverso la statistica descrittiva. Per il numero di episodi di violenza e di uso di sostanze sono state indagate la media e la deviazione standard. A causa del basso numero di persone nel campione, non si è potuto procedere con analisi di statistica inferenziale.

Con il fine di indagare l’impatto dello stress prodotto dalla pandemia sulle principali aree psicopatologiche, sono state condotte le Correlazioni di Pearson. Per ogni area psicopatologica si è studiata la correlazione tra il punteggio a T<sub>0</sub> (“a gennaio 2020”) e quello a T<sub>1</sub> (“da marzo 2020 ad oggi”).



Le risposte alle domande aperte non sono state analizzate con metodi statistici, ma hanno avuto un ruolo fondamentale nell'esplicitare il significato che i pazienti hanno attribuito ad alcune domande chiuse.

## Risultati

I risultati emersi dall'analisi descrittiva dei dati raccolti dalle cartelle cliniche sono illustrati attraverso le tabelle sottostanti. Come si può vedere (Tabella 1), più della metà dei soggetti (12 su 20), è entrata in AS.FRA. dal 2020 in poi. La diagnosi maggiormente rappresentata (55%) è quella di disturbo dello spettro della schizofrenia (comprensivo schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo delirante), seguita da disturbi di personalità (borderline e antisociale sono le diagnosi più rappresentate).

Tabella 1: dati socio-demografici

variabile		N	%
ingresso	2020	7/20	35%
	2021	5/20	25%
prima diagnosi	d. spettro della schizofrenia	11/20	55%
	d. personalità	8/20	40%
seconda diagnosi	d. personalità	4/20	20%
stato giuridico	capace	16/20	80%
misura legale	sì	18/20	90%
imputabilità	prosciolti	11/20	55%
pericolosità sociale	sì	17/20	85%

La quasi totalità dei partecipanti non svolge un'attività lavorativa, e più della metà del campione non partecipa abitualmente alle attività riabilitative (12 su 20). Questi dati mostrano una difficoltà di coinvolgimento di tali pazienti; sarebbe interessante chiedersi se pazienti autori di reato che svolgono abitualmente attività lavorative e di riabilitazione mostrino un livello di stress diverso da quello mostrato dal campione. L'uso di sostanze pre-

cedentemente al ricovero in struttura è molto diffuso. Dopo l'ingresso in AS.FRA., tale numero scende al 25%, e riguarda unicamente alcool e cannabis (Tabella 2).

Tabella 1: dati socio-demografici (2)

variabile		N	%
attività lavorativa	non occupato	18/20	90%
	non partecipa	12/20	60%
attività riabilitative	uso di sostanze	9/20	45%
	cocaina	3/20	15%
	alcool	3/20	15%
uso di sostanze attuale	nessuna	13/20	65%
	cannabis	3/20	15%
	alcool	2/20	10%
invalidità	sì	14/20	70%
famiglia	supportiva	12/20	60%

Un solo paziente non usa alcuna terapia farmacologica. Più della metà dei partecipanti assume antipsicotici, e il 35% del campione assume i farmaci tramite depot. Tale metodo, se da un lato assicura una maggiore stabilità del paziente, in quanto l'assunzione del farmaco è controllata, d'altra parte può contribuire a una passivizzazione del paziente rispetto al proprio percorso di cura.

Tabella 3: terapia farmacologica

terapia farmacologica	N	%
nessuno	1/20	5%
antipsicotici	11/20	55%
stabilizzanti	1/20	5%
depot	7/20	35%

Nella Tabella 4 sono illustrate le tipologie di reato all'origine della misura di sicurezza: come si può vedere, le principali sono quelle legate alla violenza: 7 pazienti su 20 hanno commesso delle violenze in famiglia, 4 sono stati autori di violenza sessuale.

**Tabella 4: reato commesso**

Tipo di reato	N	%
violenza in famiglia	7/20	35%
violenza sessuale	4/20	20%
lesioni	2/20	10%
rapina	2/20	10%
omicidio	1/20	5%
oltraggio a pubblico ufficiale	1/20	5%
contro la proprietà	1/20	5%
estorsione	1/20	5%
truffa	1/20	5%

I risultati del questionario misurati al T<sub>0</sub> e al T<sub>1</sub> mostrano che i pazienti hanno percepito in modo lieve gli effetti della pandemia sulle principali aree psicopatologiche indagate.

È stato riscontrato un miglioramento in alcune aree, come “allegro/di buon umore” e “depresso” (Tabella 5).

**Tabella 5: analisi delle risposte al questionario**

item	media T <sub>0</sub>	media T <sub>1</sub>	correlazione
allegro/di buon umore	0,60	1,00	p=0,004 r=0,640
depresso	2,25	1,90	p=0,021 r=0,512
post-trauma	2,35	2,30	p=0,070 r=0,413
ossessivo-compulsivo	1,80	1,85	p=0,039 r=0,464
maniacale	2,00	1,85	p=0,006 r=0,793
sbalzi di umore	2,32	2,37	p<0,001 r=0,793

Si nota invece un lieve aumento della frequenza percepita di “comportamenti violenti” e “attacchi di panico” e un peggioramento della percezione delle relazioni con gli ospiti (Tabella 6), nonostante non si sia raggiunta la significatività statistica per quest’ultimo item.

**Tabella 6: analisi delle risposte al questionario (2)**

item	media T <sub>0</sub>	media T <sub>1</sub>	correlazione
comportamenti violenti	1,21	1,79	p=0,009 r=0,583
attacchi di panico	1,35	1,85	p=0,040 r=0,462
psicosi	2,00	1,80	p<0,001 r=0,725
uso di dispositivi elettronici	3,25	3,50	p<0,001 r=0,739
relazioni significative con ospiti	3,93	3,00	p=0,544 r=-0,177*

\*(elevato numero di drop out: 6/20)

**Tabella 7: cartelle cliniche**

item	prima del 2020	dopo il 2020	N risposte
episodi di violenza	M: 0,71 ds: 1.15	M: 2,50 ds: 3.25	8
uso di sostanze	M: 2.57 ds: 7.29	M: 4.11 ds: 7.49	8

Dall’analisi delle cartelle cliniche si nota un aumento di episodi di violenza e un raddoppiamento della frequenza dell’uso di sostanze (Tabella 7).

Riportiamo di seguito le risposte più significative alle domande aperte poste nel questionario.

- Come ha vissuto il periodo di pandemia da marzo 2020 a oggi e ci sono stati dei mesi che ha vissuto con più difficoltà?
  - *Non era possibile avere colloqui coi parenti. Ho sofferto un po’ di solitudine.*
  - *Ho vissuto con difficoltà specie quando è morto mio papà.*
  - *All’inizio ho avuto più difficoltà... continuavo a bere caffè, fumare tante sigarette, poi ho capito che era più che altro una paura e l’ho affrontata con gli operatori e con me stesso perché alla fine le paure bisogna affrontarle con se stessi.*

2. Che effetti ha avuto su di lei la lontananza dai suoi familiari/persone care e perché?
  - *La paura che il virus si insidiasse anche nei miei parenti.*
  - *L'ho vissuta un po' bene e un po' male. Ho la fortuna di avere il cellulare con whatsapp e le videochiamate, quindi ci sentivamo.*
  - *La paura di non rivederli più. Gli effetti erano di rabbia.*
  - *Tanto perché a un ragazzo di 24 anni che è chiuso la possibilità di vedere i propri cari e di sfogarsi... a me è stata negata.*
3. Come ha vissuto la mancata possibilità di contatti con l'esterno (uscite, attività lavorativa etc.)?
  - *Ho portato a termine 30 anni di ospedale psichiatrico. L'arco di qualche mese non ha influito molto sul mio pensiero.*
  - *Ho trovato modi per stare impegnata. Camminavo in cortile e guardavo film al computer.*
  - *Ero indifferente. Non mi interessa. Sono abituato a stare ristretto.*
  - *Mi è mancata un po' la possibilità di uscire anche se prima non ero abilitato a uscire.*

## DISCUSSIONE E LIMITI DELLO STUDIO

Il campione non ha riportato evidenti livelli di stress correlabili alla pandemia. Infatti le variazioni su alcuni items, quando presenti, sono di lieve entità e non permettono di correlare il disagio provocato dall'emergenza sanitaria a un cambiamento nella percezione del benessere del campione. Nonostante ciò, si è rilevato un trend in aumento dei comportamenti violenti e degli attacchi di panico.

Risulta interessante notare che non si sia registrato un aumento dello stress, in termini ad esempio di condotte autolesive e parasuicidarie, di episodi depressivi o ansiosi.

I soggetti autori di reato vivono già una situazione di restrizione e isolamento dal contesto esterno, come testimoniano le risposte date alla terza domanda aperta del questionario fornito (*"Ero indifferente. Non mi interessa. Sono abituato a stare ristretto"*; *"Ho portato a termine 30*

*anni di ospedale psichiatrico. L'arco di qualche mese non ha influito molto sul mio pensiero"*). Tale fattore, unito spesso alla sostanziale assenza di legami familiari o con persone care, può avere influito sulla stabilità delle variabili prese in esame.

Un'interessante interpretazione dei dati suggerisce che i vissuti depressivi e il senso di colpa, conscio o inconscio, presenti in questi soggetti, relativi alla propria storia giuridica, nonché la frustrazione in merito alla limitazione della libertà personale, siano stati diminuiti nel momento in cui la pandemia ha costretto tutti i pazienti a delle restrizioni, "sospendendo" in qualche misura il proprio giudizio sulla pena e sul reato compiuto e consentendo agli intervistati di sentirsi "uguali" agli altri ospiti.

Un ruolo centrale potrebbe essere stato costituito dal rapporto con gli operatori, venutosi a rafforzare in alcuni casi nel periodo pandemico, assumendo una più importante valenza terapeutica, come testimoniato da alcune risposte al questionario (*"All'inizio ho avuto più difficoltà... continuavo a bere caffè, fumare tante sigarette, poi ho capito che era più che altro una paura e l'ho affrontata con gli operatori e con me stesso perché alla fine le paure bisogna affrontarle con se stessi"*).

In aggiunta, anche l'essere costretti a trascorrere più tempo con altri ospiti in comunità potrebbe avere influito sulle relazioni fra gli utenti e sul senso di coesione comunitaria, con rinforzo dei legami gruppalì, operatore-utente ed utente-utente.

Proprio l'aspetto del tempo riveste un ruolo chiave in questi soggetti: un tempo che è già di per sé "sospeso", dove la sospensione è legata all'indefinitezza temporale del giudizio di terzi (psichiatri, magistrati) e alle restrizioni legate alla vita extra-struttura riabilitativa.

Ciò pone ovviamente un importante ostacolo nella riabilitazione di questi soggetti, limitando le opportunità di attività risocializzanti, con ovvie influenze sulla qualità di vita. Bisogna inoltre considerare che il fatto di essere stati inseriti in tali percorsi per crimini commessi e non per volontà personale, pone già intrinsecamente

un ostacolo circa la motivazione al percorso di cura e agli obiettivi riabilitativi ottenibili.

Nonostante ciò, in più di un'occasione è stato notato come l'applicazione di una misura di sicurezza abbia agito in chiave di miglioramento psicopatologico, con riduzione delle condotte antisociali ed eteroaggressive, costituendo un rimedio terapeutico più efficace di ogni terapia farmacologica (Vorstenbosch, 2020). Tale aspetto risulta molto interessante e meritevole di un accurato approfondimento.

Nel campione è stato rilevato un aumento degli episodi di violenza, da interpretare con cautela in considerazione della ridotta numerosità. Riguardo a tale tema, uno studio inglese (Puzzo, 2022) ha analizzato le condotte violente dei pazienti autori di reato durante il lockdown, riscontrandone un aumento specialmente nel periodo più tardivo (gennaio-marzo 2021), in termini soprattutto di aggressioni verso gli operatori, suggerendo quindi un impatto maggiormente a lungo termine, piuttosto che nel breve, delle misure di restrizione indotte dalla pandemia. Allo stesso modo, alcuni lavori hanno mostrato come nella popolazione generale siano aumentate le condotte di violenza domestica (Chandan, 2020; Mahlangu, 2022).

Di seguito i limiti dello studio:

- il campione è limitato (20 soggetti)
- una parte cospicua di soggetti analizzati (il 60%) è stata inserita in AS.FRA. durante la pandemia. Pertanto, il periodo di confronto pre-pandemico rispetto alle variabili ricavate dalle cartelle cliniche è stato dedotto dalle risposte soggettive
- vi è la possibilità di un bias legato alla valutazione soggettiva tramite questionario e ai report da parte degli operatori in cartella clinica
- le risposte sono di tipo soggettivo e riguardano ricordi di un periodo di tempo di ampia durata (*bias di recall*)
- è stato utilizzato un questionario costruito *ad hoc* a causa della particolarità del campione e dell'assenza di tale strumento in letteratura.

Sulla base di queste considerazioni, stante la particolare tipologia dei pazienti autori di reato e della presenza di una sintomatologia da stress peculiare rispetto agli altri ospiti, potrebbe essere utile giungere alla stesura e alla validazione di una scala che misuri in maniera accurata il livello di stress percepito da questi soggetti nelle aree evidenziate.

Tale lavoro si potrebbe svolgere ampliando notevolmente il campione di soggetti in esame, confrontando, ad esempio, utenti di diverse strutture riabilitative, anche in considerazione del ridotto numero di autori di reato in ogni comunità. Ciò porterebbe anche ad un utile confronto in merito agli strumenti e alla disponibilità di proposte di cura, definendo con sempre maggiore precisione le difficoltà che si incontrano nel riabilitare persone non inserite in struttura per una problematica primaria di sofferenza psichica. Unitamente a ciò, è importante sottolineare anche alcuni punti che possono aiutare, talvolta, il clinico: la valenza terapeutica e contenitiva della misura di sicurezza, il valore protettivo della restrizione delle uscite sulle condotte violente e da abuso di sostanze, oltre che il distacco da figure familiari talvolta iatrogene, fattore che si è visto essere, in alcuni casi, importante nel periodo pandemico.

Potrebbe anche essere utile uno studio di confronto con tale popolazione in ambito carcerario, dove ci si aspetterebbe di rilevare un aumentato carico stressogeno e in diverse aree psicopatologiche, o una comparazione con le diverse modalità di esecuzione della misura di sicurezza: ad esempio, soggetti di una REMS o in libertà vigilata domiciliare.

## CONCLUSIONI

Il lavoro ha evidenziato come il paziente autore di reato abbia una percezione dello stress psichico e del proprio percorso riabilitativo differente rispetto agli altri utenti e i risultati, nello specifico, non hanno mostrato un livello di stress maggiore indotto dalla pandemia nel campione. Inoltre, tale lavoro ha consentito una miglior

---

caratterizzazione sul piano clinico e psicopatologico degli ospiti presi in esame, permettendo di evidenziare anche potenziali fattori protettivi, utili nel miglioramento del non facile percorso riabilitativo di tali pazienti.

Gli elementi che potrebbero spiegare tali risultati potrebbero consistere nella già presente condizione di limitazione della libertà personale, nell'influenza positiva del rapporto con gli operatori e con gli altri codegenti durante il periodo pandemico.

Sarebbe importante implementare il lavoro di ricerca in questo campo, con l'obiettivo di sviluppare percorsi riabilitativi sempre più individualizzati e volti alla *recovery*, anche tenendo conto delle difficoltà evidenziate rispetto a questa specifica popolazione di pazienti.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Fondazione Adele Bonolis AS.FRA. Onlus,  
Vedano al Lambro (MB)*

° *Università degli Studi di Milano Bicocca*

^ *Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*

# *Università degli Studi di Pavia*

§ *Department of Psychiatry, Ottawa, Canada*

§ *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Monza*



## BIBLIOGRAFIA

1. Bojdani, E., Rajagopalan, A., Chen, A., Gearin, P., Olcott, W., Shankar, V., Cloutier, A., Solomon, H., Naqvi, N. Z., Batty, N., Festin, F., Tahera, D., Chang, G., & DeLisi, L. E. (2020). *COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States*. *Psychiatry research*, 289, 113069. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113069>
2. De Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., Tura, G., & Vita, A. (2020). *Mental health in the coronavirus disease 2019 Emergency—The Italian response*. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 77(9), 974-976.
3. Chandan JS, Taylor J, Bradbury-Jones C, Nirantharakumar K, Kane E, Bandyopadhyay S. (2020). *COVID-19: a public health approach to manage domestic violence is needed*. *Lancet Public Health*, 5(6):e309. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30112-2. Epub 2020 May 10. PMID: 32401709; PMCID: PMC7252171.
4. Starace, F, Ferrara, M. (2020). *COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry*. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 29, e116. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000372>
5. Zuffranieri M, Zanalda E. (2020) *Forensic psychiatry in the time of coronavirus: The Italian security residences put to the test in a public health emergency*. *Psychiatry Clin Neurosci.* 74(9):507-508. doi: 10.1111/pcn.13100. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32592625; PMCID: PMC7361277.
6. Garriga, M., Agasi, I., Fedida, E., Pinzón-Espinoza, J., Vazquez, M., Pacchiarotti, I., & Vieta, E. (2020). *The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 479-480. <https://doi.org/10.1111/acps.13173>
7. Simpson S, Richardson L, Pietrabissa G, Castelnovo G, Reid C. (2021). *Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19*. *Clin Psychol Psychother.*, 28(2):409-421. doi: 10.1002/cpp.2521. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33037682; PMCID: PMC7675483
8. Sander, E. J., & Baumann, O. (2020). 5 Reasons Why Zoom Meetings are So Exhausting. *The Conversation*.
9. de la Torre, I., CaStillo, G., Arambarri, J., López-Coronado, M., & Franco, M. A. (2017). *Mobile apps for suicide prevention: Review of virtual stores and literature*. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(10), e130. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8036>
10. Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworth's, reading, Massachusetts.
11. McEwen BS. (2006). *Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain*. *Dialogues Clin Neurosci.* 8(4):367-381. doi:10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen
12. Blair, R. J. R., Peschardt, K. S., Budhani, S., Mitchell, D. G. V., & Pine, D. S. (2006). *The development of psychopathy*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 262-275.
13. Sandi C, Haller J. (2015). *Stress and the social brain: behavioural effects and neurobiological mechanisms*. *Nat Rev Neurosci*, 16(5):290-304. doi: 10.1038/nrn3918. PMID: 25891510.
14. Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. (2016). *A Stage Model of Stress and Disease*. *Perspect Psychol Sci.* 11(4):456-63. doi: 10.1177/1745691616646305. PMID: 27474134; PMCID: PMC5647867.
15. Sterling P, Eyer J. (1988). *Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology*. In: Fisher S, Reason J, eds. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York, NY: John Wiley & Sons; 629-649.
16. McEwen B. S. (1998). *Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33-44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
17. Hewson T, Shepherd A, Hard J, Shaw J. (2020). *Effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of prisoners*. *Lancet Psychiatry*, 7(7):568-570. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30241-8. PMID: 32563298; PMCID: PMC7302764.
18. Zanalda E, di Giannantonio M. (2021). *Overcoming forensic psychiatric hospitals in Italy, five years later*. *Journal of Psychopathology*, 27:3-7. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-413>
19. Vorstenbosch E, Castelletti L. (2020). *Exploring Needs and*

- 
- Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety.* Front Psychiatry. 11:258. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00258. PMID: 32317995; PMCID: PMC7147245.
20. Shinkfield G, Ogloff J. (2015) *Use and interpretation of routine outcome measures in forensic mental health.* Int J Ment Health Nurs, 24:11–8. doi: 10.1111/inm.12092
21. Dorkins E, Adshead G. (2012). *Working with offenders: Challenges to the recovery agenda.* Adv Psychiatr Treat 17:178–87. doi: 10.1192/apt.bp.109.007179
22. Puzzo I, Aldridge-Waddon L, Stokes N, Rainbird J, Kumari V. (2022). *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Forensic Mental Health Services and Clinical Outcomes: A Longitudinal Study.* Front Psychiatry. 18;12:780236. doi: 10.3389/fpsyt.2021.780236. PMID: 35115963; PMCID: PMC8803909.
23. Mahlangu, P., Gibbs, A., Shai, N. et al. (2022). *Impact of COVID-19 lockdown and link to women and children's experiences of violence in the home in South Africa.* BMC Public Health 22, 1029.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13422-3>



# CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO AITERP

ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)

## **AITeRP. Da associazione professionale maggiormente rappresentativa ad associazione tecnico scientifica (ATS).**

*Fossati E.M.\* , Pagella D.M.G.°, Scagliarini V.#*

L'Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica ha voluto presentare, nella scorsa pubblicazione, la figura professionale del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e portare chiarezza sui tratti distintivi che caratterizzano il profilo, attraverso un *excursus* storico, culturale e formativo, declinando competenze e specificità dell'agire riabilitativo. In quell'occasione, ha lanciato una sfida ai propri associati: rispondere alla chiamata di essere parte attiva nel cambiamento che vede AITeRP passare da "Associazione professionale Maggiormente Rappresentativa" ad "Associazione Tecnico Scientifica" (Fioletti B. et al., 2021) in un periodo storico in cui l'ambito della Salute Mentale è interessato da una grande sofferenza (Cerveri G., 2021). Si sta assistendo, infatti, a una crescente riduzione dei fondi stanziati, del numero di utenti che accedono ai Servizi, del personale medico, infermieristico ma anche tecnico riabilitativo. Tutti fenome-

ni che nel loro complesso incidono sulla qualità delle risposte che i Servizi offrono alle persone sofferenti, sul processo di implementazione dell'integrazione sociosanitaria, del supporto all'abitare, dell'inclusione lavorativa e sulla realizzazione di opportunità di recupero, a maggior ragione se si sommano i risvolti più strettamente legati alla Pandemia (Mencacci C., 2022).

In un'ottica più ampia e nel rispetto, quindi, di un approccio alla salute mentale di comunità, in cui ogni associazione del settore è chiamata a fare rete, per incrementare la consapevolezza e l'impegno in tema, per superare le debolezze che impediscono alle persone di ricevere cure adeguate ai propri bisogni, per identificare e condividere buone pratiche cliniche e per l'agire riabilitativo, si costituisce AITeRP come Associazione Tecnico Scientifica (Pica A., 2022).

Spinti, dunque, dalla necessità di informare e di de-

scrivere il cambiamento di AITeRP, si è ritenuto utile fornire uno spaccato dell'esperienza, di chi è sceso in campo sul territorio Nazionale, in rappresentanza della Sezione regionale lombarda: il Rappresentante Elena Maria Fossati, il Segretario Desirée Maria Grazia Pagella e il tesoriere Fioletti Barbara, entrate a pieno titolo nel Direttivo regionale, con elezione nel mese di maggio 2022. E.M. Fossati si definisce "antica TeRP" perché ha iniziato con la prima formazione presso la *Scuola diretta a fini speciali (Terapia occupazionale)*, percorso che si è trasformato nel corso degli anni fino a divenire Laurea abilitante alla professione di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica presso l'Università Statale di Milano, ma "giovane TeRP" per il rapporto recente con l'Associazione e con gli altri membri del direttivo, cui sceglie di candidarsi per garantire alla Lombardia di essere presente nel Consiglio Nazionale AITeRP e avere una voce. Un Rappresentante regionale che, proprio per la natura descritta, guarda l'Associazione e i cambiamenti in corso con distanze prossemiche che le permettono di osservare con maggiore oggettività AITeRP: "Associazione di professionisti più rappresentativa in Italia [secondo il D.M. Salute 19/6/2006 (A.I.Te.R.P.)]; Associazione di categoria di riferimento per i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica da più di vent'anni, che, fra le altre battaglie per le quali è scesa in campo, ha contribuito alla realizzazione dell'Ordine delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione (Ordine TSRM e PSTRP) e delle Commissioni d'Albo, a seguito dell'attuazione della Legge n°3 (11/01/2018) (Famulari R. et al, 2019), differenziandosi da questo ma mantenendo una forma di dialogo aperto; AITeRP che diventando Associazione Tecnico Scientifica si impegna, a partire dall'approvazione del nuovo Statuto (in Assemblea dei soci, tenutasi il 28 ottobre 2022, a Palermo, durante il 2° Congresso Nazionale AITeRP), a fare propria una differente *mission* rispetto a quella dello Statuto precedente (approvato in Assemblea dei Soci, nel corso dell'anno 2020). Lo Statuto attuale (A.I.Te.R.P.), infatti, introduce

molteplici novità. Emerge una diversa organizzazione territoriale di AITeRP, che non prevede più una configurazione fiscale regionale propria pur mantenendo proprie funzioni e che si compone di Sezioni Provinciali e Regionali o Interregionali. Ogni Sezione ha come obiettivi quelli di promuovere: formazione continua specifica per il profilo professionale, diffondendo linee guida e buone pratiche per l'agire riabilitativo, non solo realizzando eventi ma dialogando con Università e altri enti erogatori tali servizi; ricerca scientifica in rete con altre società e associazioni scientifiche; progetti e programmi in concerto con enti e istituzioni, pubbliche e private, per la realizzazione di interventi sanitari e sociali, volti a prevenire, educare e fornire risposte ai bisogni di salute emergenti (Famulari R., 2021); corretta informazione sulle tematiche della Riabilitazione Psichiatrica e della Salute Mentale di comunità includendo mezzi di comunicazione e di divulgazione e associazioni di cittadini e pazienti (Bouras N. et al, 2018). Le Sezioni territoriali, organizzate dallo Statuto, non hanno né personalità giuridica né autonomia patrimoniale per cui le modalità di sostenibilità economica e di rendicontazione delle attività sono regolate a livello Nazionale. Assolvono alle funzioni di ogni Sezione, su base volontaristica, un Rappresentante e due consiglieri, eletti dall'Assemblea territoriale, convocata, una volta all'anno, anche per conoscere e discutere la relazione dei membri del coordinamento territoriale, i *report* delle attività ed elaborare eventuali proposte. A livello Nazionale, l'ATS prevede, invece, che l'Assemblea Nazionale, composta da tutti i Soci, deliberi sugli orientamenti e sugli obiettivi generali dell'Associazione e che gli associati, con interessi comuni in settori particolari della Riabilitazione Psichiatrica, possano organizzarsi in Gruppi di Interesse Specialistico (G.I.S.) le cui attività di sviluppo scientifico e culturale sono coordinate da un Responsabile interno in accordo al Nazionale. I membri dei GIS possono essere investiti, dalla Direzione e dal Consiglio Nazionale, insieme a soci selezionati sulla base di specifici indici di produttività

scientifiche e di indicazioni emanate da organi istituzionali preposti, dell'incarico di formare il Comitato Scientifico. Questo organo, regolamentato a livello Nazionale e deputato alla verifica e al controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica di linee guida e buone pratiche nell'ambito della Riabilitazione psichiatrica, può richiedere per assolvere alla propria funzione che ne siano parte anche altri esperti, esterni all'ATS, di riconosciuta professionalità. L'attività dei gruppi di lavoro, validata dal Comitato Scientifico, verrà costantemente aggiornata e pubblicata ad opera della Direzione Nazionale. In quanto ATS, quindi, sarà necessario fare chiarezza non solo su un piano tecnico-teorico ma soprattutto su un piano d'azione pratico e concreto". Prosegue D.M.G. Pagella, laureata nel 2016 presso l'Università Statale di Milano in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, entrata in AITeRP quando ancora l'Albo non era stato istituito, Segretario per la Sezione lombarda: "Mi definisco la voce provocatoria del direttivo regionale, facendo da ambasciatrice di bisogni e necessità di neolaureati e giovani professionisti che si trovano ad affacciarsi sul mondo del lavoro, naturalmente con poca esperienza e spesso con molta confusione rispetto alla propria identità professionale. In merito ad AITeRP come ATS, sarà opportuno esplicitare le motivazioni per le quali i professionisti dovrebbero iscriversi e, se già soci, confermare la propria posizione, in virtù, ad esempio di una concomitante iscrizione obbligatoria per l'esercizio della professione all'Albo e alla concorrenza con altri enti erogatori servizi per la formazione e l'informazione; delineare gli strumenti per far sì che il cambiamento arrivi ai professionisti presenti sul territorio e rispettare i tempi perché questo venga elaborato e compreso; stabilire in quale misura credere nel cambiamento e farsene portavoce, in contesti nuovi o già esplorati; definire le modalità con cui dare sempre più evidenza alle buone prassi riabilitative e favorire sempre di più l'implementazione di tecniche e metodologie specifiche, volte a sostenere un approccio di salutogenesi (A.I.Te.R.P., 2020) riducendo l'impatto

della disabilità, promuovendo azioni per l'aggiornamento ed il rinnovamento continuo della figura professionale; individuare i modi per sostenersi e sostenere i propri scopi. Fioletti Barbara, membro della Direzione Nazionale, crede fermamente che nelle grandi sfide che ci attendono, i tecnici della riabilitazione psichiatrica sapranno utilizzare le proprie competenze specifiche per apportare innovazione anche nell'ambito della ricerca in riabilitazione psichiatrica. Questo tema, inoltre, potrà creare un territorio, punto di incontro tra nuovi soci, professionisti non ancora iscritti e soci storici, nel quale coltivare insieme i semi di questo cambiamento e raccogliere i frutti che verranno. Dai *report* emersi durante il 2° Congresso Nazionale AITeRP, infatti, la situazione attuale vede 57 professionisti iscritti per la Sezione regionale Lombardia AITeRP, circa 632 Soci AITeRP appartenenti al panorama nazionale e 3500 Tecnici della Riabilitazione psichiatrica regolarmente iscritti all'Ordine TSRM e PSTRP. Il censimento fatto da quest'ultimo, relativamente ai professionisti attivi, nel corso dell'anno 2021, sul territorio della regione Lombardia (Spini S. et al, 2022), consegna uno spaccato della realtà regionale lasciando il compito all'immaginazione, almeno per il momento, di dipingere le sfumature di quella nazionale. Su un campione di 215 persone (35% del totale degli iscritti all'Albo), che hanno partecipato al censimento attraverso la compilazione di un questionario, le caratteristiche maggiormente rappresentate risultano essere in termini di età quella inferiore ai 40 anni (88%) suggerendo un turnover piuttosto basso per la categoria. Un percorso formativo accademico avvenuto internamente alla regione di appartenenza (81%), di cui il 48% in provincia di Milano, il 18% a Pavia, il 15% a Brescia, correlabile alla presenza di sedi universitarie che ospitano il corso di studi in Tecnica della Riabilitazione psichiatrica, al termine del quale, ottenuta l'abilitazione, la metà del campione non ha conseguito altri titoli di studio. Se conseguiti altri titoli, invece, per lo più risultano collocarsi nella categoria di Master di I livello (24%).



Rispecchiano la distribuzione delle prevalenze legate alla formazione interna alla regione, quelle relative alla sede lavorativa (98%), in particolare, per le provincie di Milano (45%), Brescia (14%), Pavia (10%). In termini di posizione lavorativa, la maggior parte è inquadrata come professionista sanitario con contratto dipendente (54%), di cui 50% presso Ente pubblico e 47% presso il privato convenzionato. I settori di impiego sono, dunque, le Unità Operative di Psichiatria per adulti (67%), all'interno di équipe multiprofessionali appartenenti a strutture residenziali (35%), strutture Semiresidenziali e Centri diurni (19%), Centri Psicosociali (12%) e reparti (0,5%). I restanti 16% dei professionisti lavora all'interno delle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza; 4% in altre strutture specialistiche.” (Spini S. et al, 2022).

Il direttivo rappresentante la Sezione regionale lombarda si augura, quindi, in conclusione, che: “AITeRP diventi e resti una scelta di valore e una base da cui partire per la buona pratica clinica di ogni professionista, sia a livello regionale che a livello nazionale, includendo servizi volti a coinvolgere un numero sempre in crescita di nuovi Soci, a mantenere fidelizzati gli associati attuali e a rinnovare la collaborazione con l'Albo, soprattutto in questo momento storico in cui è forte la necessità di creare un linguaggio che accumuni e coinvolga tutti i professionisti attivi sul territorio, pur nel rispetto dell'eterogeneità e delle singole specificità.”

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Rappresentante Sezione Regione Lombardia AITeRP ATS, Master in "Sistemi Sanitari Medicine Tradizionali e non Convenzionali" Unimib; Master in Neuroscienze, Mindfulness e pratiche Contemplative Unipi; Istruttore di protocolli basati sulla Mindfulness e sulle pratiche contemplative; Danza Movimento Terapeuta ai sensi legge 4/2013; Responsabile delle Discipline Coreutiche della Fondazione per la Salutogenesi ONLUS di Bologna; Docente a contratto Università Milano Bicocca, Dipartimento di sociologia e Servizio Sociale; Coordinatrice "Lo Spazio".*

° *Segretario Sezione Regione Lombardia AITeRP ATS, Master in Neuropsicologia dell'età evolutiva LUMSA Roma; Master in Disturbi specifici dell'apprendimento GALTON, Tecnico della Riabilitazione psichiatrica collaboratore libero-professionale presso Riabilitatori Associati, comparto Divergo e Spazio Nautilus. Docente a contratto.*

# *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica presso ASST di Lodi.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Fioletti B., Casella N., Scagliarini V. *Stato dell'arte e storia della professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*. PsichiatriaOggi annoXXXV-n1-13b-Contributi-altre-societa-scientifiche-AITeRP.
2. Cerveri G., *Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali*. PsichiatriaOggi anno XXXIV, 2, 2021.
3. 3. Mencacci C., *Verso un'Agenzia Nazionale per la Salute Mentale*. PsichiatriaOggi anno XXXV, 1, 2022.
4. A.I.Te.R.P. <https://www.aiterp.it/chi-siamo/>
5. Famulari R., Fierro L., Parigi D., Rovito E., Ussorio D. *Il core competence del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*. Edizione Alpes. 2019.
6. A.I.Te.R.P. *Statuto AITeRP* <https://www.aiterp.it/statuto/>
7. A.I.Te.R.P. Mondo\_AITeRP. Famulari R. per Sanità Informazione [https://www.sanitainformazione.it/AITeRP\\_riconosciuta\\_come\\_ATS, Famulari R.: \"Ancora troppe disparità, ora è il momento del restyling dei dipartimenti di Salute mentale\"](https://www.sanitainformazione.it/AITeRP_riconosciuta_come_ATS_Famulari_R.:_\). <https://www.aiterp.it/category/mondo-aiterp/>. 2021.
8. Bouras N., Ikkos G., Craig T. *From Community to Meta-Community Mental Health Care*. International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI. 2018.
9. AITeRP. *Dalla telemedicina alla salutogenesi. Ecco come i servizi di salute mentale sopravvivono al Covid*. 2020. <https://www.aiterp.it/aiterp-dalla-telemedicina-alla-salutogenesi-ecco-come-i-servizi-per-la-salute-mentale-sopravvivono-al-covid/>
10. A.I.Te.R.P. *Mondo\_AITeRP Pica A. GLOBAL MENTAL HEALTH SUMMIT (Roma 13-14 Ottobre 2022)*. <https://www.aiterp.it/category/mondo-aiterp/>. 2022.
11. Spini S., Sabella M., Report 2021. *Censimento dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica attivi in Lombardia*. FNO TSRM e PSTRP. 2022.

---

# Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio

di De Paola T.\* , Romano F.°, Elsa V.^^

---

## RIASSUNTO

### Background

Il suicidio è un problema serio che riguarda la sanità pubblica, costituisce la causa di circa un milione di morti ogni anno nel mondo.

### Obiettivo

Evidenziare la rilevanza del fenomeno del suicidio, attualmente sottovalutato, migliorandone la conoscenza e fornendo indicazioni e metodi al personale infermieristico per individuare precocemente i fattori di rischio del suicidio e attuare di conseguenza gli interventi preventivi più appropriati, soprattutto in ambito infermieristico: figura più vicina al paziente e spesso "confidente" dei problemi e delle situazioni più intime.

### Materiali e metodi

Revisione della letteratura disponibile sull'argomento: libri di testo specifici, articoli scientifici presenti nelle banche dati online (PUBMED, MEDLINE).

### Risultati

Il fenomeno del suicidio, nonostante sia un fenomeno complesso, si può prevenire. La persona a rischio di suicidio, contrariamente a quanto si pensa, emette dei segnali, coinvolgendo le persone a lui vicine, concentrando nelle sue comunicazioni il "Cry for help".

### Conclusioni

Questo studio dimostra l'esigenza di incrementare la conoscenza circa il fenomeno del suicidio, sviluppare piani preventivi più efficaci organizzati a livello territoriale, attraverso la collaborazione e la coordinazione dei mol-

teplici settori della società, nonché di interventi integrati per allargare l'accesso alle cure e abbattere lo stigma. Inoltre, emerge la necessità di sviluppare dei programmi di formazione, basati sulle evidenze, fornendo indicazioni e metodi al personale infermieristico per individuare precocemente gli individui a rischio di suicidio e attuare di conseguenza gli interventi preventivi più appropriati.

### Parole chiave

Suicidio, Fattori di rischio, Prevenzione, Infermiere, Relazione d'aiuto, Fattori di protezione.

## INTRODUZIONE

### Le origini

Il termine "suicidio" deriva dal latino sui che significa "di sé stesso", e da cida che significa "uccidere". La parola "suicidio" è di utilizzo recente; Le espressioni utilizzate prima di allora, nelle diverse lingue europee, erano "procurarsi la morte", o "cadere di propria mano". Il suicidio è un tema che può essere letto e interpretato da diverse angolature, e sono molte le discipline ad esserne investite: l'etica, la religione, la morale, la sociologia, la psicologia, il diritto, la medicina. È un fenomeno esistente nelle varie epoche e nelle varie culture. Nel corso del tempo, gli uomini hanno cercato di esercitare su sé stessi il diritto di vita e di morte. Il suicidio, però, è stato ed è percepito con valutazioni ed interpretazioni differenti, con reazioni alternativamente di censura o accettazione da parte delle società di appartenenza. L'atteggiamento dei filosofi greci sul suicidio era equilibrato e razionale.

Platone, ad esempio, lo riteneva sensato e giustificabile quando la vita era divenuta insopportabile. Nell'antica Roma, vi era una visione priva di paura e di avversione nei confronti del suicidio, visto come una libera scelta da attuarsi con ponderazione. Non vi erano leggi che prevedevano vendetta o sanzione per il suicidio o tentato suicidio, eccetto per coloro che non erano considerati liberi di decidere della propria vita. Tuttavia, in caso di sofferenze intollerabili ognuno aveva il diritto di togliersi la vita. Nelle culture asiatiche il suicidio sembra avere una connotazione diversa rispetto a quella occidentale, legata soprattutto alla salvaguardia dell'onore e alla spiritualità. In India veniva praticato il suttee, il cosiddetto rituale della auto immolazione delle vedove una volta morto il marito; Tale pratica veniva considerata una prova di fedeltà e devozione. In Giappone, con il termine harakiri si fa riferimento ad una pratica di suicidio cerimoniale per sventramento; L'harakiri era inizialmente attuato nel Giappone feudale dai samurai, che lo praticavano per sottrarsi al disonore della cattura, oppure dai nobili come gesto di estrema devozione a un superiore defunto o come protesta politica. Oggi questa pratica è stata abolita come auto esecuzione obbligatoria, anche se è rimasta, se pur raramente, come azione di suicidio volontaria. In ogni caso, i giapponesi danno ancora al suicidio una valutazione positiva, considerandolo come un atto ragionato e in alcuni casi come il comportamento più onorevole per salvaguardare il proprio buon nome. Con l'introduzione del Cristianesimo, però, le considerazioni sul suicidio cambiarono giacché venne assimilato all'omicidio e quindi al peccato; Sant'Agostino lo definiva come un assassinio di sé stessi. In epoca medioevale cristiana, la disperazione era intesa come quel sentimento che nasceva dalla convinzione di non poter più disporre della grazia e della misericordia di Dio. Dunque, nel sesto secolo, il suicidio divenne un peccato religioso e un crimine laico; colui che si suicidava era escluso dalla comunità ecclesiastica: non aveva diritto a ricevere esequie religiose e la sepoltura in terra consacrata. Nel Rinascimento, con la

nascita di un pensiero nuovo, riapparirono considerazioni intese a sostenere la liceità del suicidio. L'intento era quello di abbattere i pregiudizi e far trionfare la ragione, il suicidio era espressione di libertà umana. "I dolori del giovane Werther", l'opera dell'umanista Goethe, influenzò un'intera generazione di giovani, i quali emularono il protagonista dell'opera, suicidandosi con una copia del libro in mano. Ne "le ultime lettere di Jacopo Ortis" la trama è la medesima: Jacopo, il protagonista, s'innamora di Teresa, già promessa ad un altro uomo. Per porre fine al suo tormento d'amore decide di togliersi la vita. Foscolo non si suicidò poiché non riuscì ad aggrapparsi all'illusione, l'unico modo per sopravvivere fu auto ingannarsi con l'amore. Da parte dei filosofi moderni prevale l'idea della non liceità del suicidio. La corrente di pensiero che si richiama a fondamenti etici individuali pare rinforzarsi nel XIX secolo e ancor più nell'ultimo dopoguerra, attraverso la letteratura e nell'opinione pubblica. Fino al XIX secolo non è mai esistito un vero e proprio studio scientifico sul suicidio, nonostante tale comportamento si fosse rivelato, da sempre, come un fenomeno costantemente presente in culture ed epoche storiche diverse. In ogni società, sia quella passata che quella odierna, si è sempre sentita l'esigenza di studiare il comportamento suicidario, per provare a comprendere e spiegare tale atto, al fine di cercare di attribuire un senso ed un significato ad esso. I primi studi "scientifici" in materia di suicidio, si affermano solo a partire dalla pubblicazione dell'opera di Emile Durkheim "Il suicidio" (1897). L'originalità del suo pensiero sta nell'idea che il suicidio, pur essendo un fatto individuale, dipende da fattori sociali e deve perciò ricevere una rilevanza sociale. I suoi studi lo portarono ad affermare che i suicidi sono più probabili quando i legami sociali si allentano, l'individuo non è più integrato in una rete sociale ed è lasciato in balia di sé stesso.

### **Il suicidio nel mondo**

Secondo le stime dell'OMS, pubblicate ad aprile 2019 nel rapporto "World health statistics 2019", sarebbero

circa 800 mila i decessi all'anno nel mondo per suicidio; ogni quaranta secondi qualcuno muore di suicidio nel mondo. I tassi di suicidio sono diminuiti nell'arco di tempo compreso tra il 2000 e il 2019, con un tasso globale in calo del 36%; Tassi molto alti si registrano nella regione delle Americhe, invece, dove sono aumentati del 17% nello stesso periodo di tempo. Tra i giovani di età compresa tra 15 e 34 anni, il suicidio è stata la quarta causa di morte dopo gli incidenti stradali, la tubercolosi e la violenza interpersonale. Il suicidio non si verifica solo nei paesi ad alto reddito, ma è un fenomeno globale e si verifica in tutte le regioni del mondo. Nel 2019, infatti, oltre il 77% dei suicidi a livello mondiale si è verificato nei paesi a basso e medio reddito. Più del doppio dei maschi muoiono per suicidio rispetto alle femmine (12,6 per 100.000 maschi rispetto a 5,4 per 100.000 femmine). I tassi di suicidio tra gli uomini sono generalmente più alti nei paesi ad alto reddito; Per le donne, i tassi di suicidio più alti si riscontrano invece nei paesi a basso/medio reddito. I tassi di suicidi dell'OMS riportano: nelle regioni dell'Africa (11,2 per 100 000), europea (10,5 per 100 000) e del sud-est asiatico (10,2 per 100 000), erano superiori alla media globale (9,0 per 100 000) nel 2019. Il tasso di suicidio più basso si registra nella regione del Mediterraneo orientale (6,4 per 100 000). Tuttavia, essendo un fenomeno assai delicato e considerato illegale in alcuni paesi, è molto probabile che sia sotto stimato e che molti decessi possano essere erroneamente classificati come dovuti a un'altra causa di morte.

### **Il suicidio in Italia**

In Italia sono circa 4000 i morti per suicidio. I tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione dai 15 anni in su, poiché il suicidio infantile in Italia è molto raro. Secondo i dati ISTAT della "Indagine sulle cause di morte", nel 2016 (ultimo anno per il quale i dati sono attualmente disponibili) nel nostro Paese, si sono tolte la vita 3780 persone. Il 78,8% dei morti per suicidio sono uomini. Analizzando le tre macroaree

del nostro Paese: Nord, Centro e Sud-Isole, i tassi di mortalità per suicidio sono più elevati nelle province del Nord-Est Italia e quelle dell'arco Alpino. Sia per gli uomini che per le donne i valori più bassi del tasso di suicidio si registrano nelle regioni del Sud-Italia. Questo potrebbe indicare che proprio dove l'essere occupati è una regola, perdere il lavoro e affrontare una crisi finanziaria, porterebbe al disagio, all'emancipazione e dunque ad un aumento del rischio. Gli uomini sarebbero più vulnerabili a fattori sociali ed economici. Studi a livello individuale hanno riportato un tasso di suicidio più alto nelle persone divorziate (Cutright & Fernquist, 2005 ; Stack, 2000b) e studi ecologici hanno riportato tassi più elevati di suicidio in paesi con tassi di divorzio più elevati. Tra le donne, prevalgono i tentativi di suicidio, mentre il rapporto uomo/donna nei suicidi portati a termine è solitamente di tre a uno, o quattro a uno a secondo dei contesti geografici. Il suicidio è un fenomeno age-related: si osservano quozienti crescenti al crescere dell'età 26 (1,4 i suicidi ogni 100 mila abitanti fino a 24 anni, 10,4 oltre i 65 anni). I tre modi più frequenti dell'autolesione sono l'impiccagione e il soffocamento, la precipitazione, l'uso di arma da fuoco ed esplosivi.

Il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio Prevedere e prevenire il suicidio non è facile e la difficoltà dipende da alcuni fattori fondamentali:

- L'ampiezza della popolazione a rischio: i fattori di rischio, sopra elencati, sembrerebbero essere molto diffusi e interessare la maggior parte della popolazione in generale, ma che nel contesto pratico, individuano una popolazione a rischio "potenziale", ma di fatto, invece, un rischio reale scarso o nullo in un dato momento;
- Variabilità del rischio: i livelli di rischio possono oscillare continuamente in uno stesso individuo, passando da un rischio reale nullo ad un rischio reale elevato. Il rischio di suicidio non può essere individuato semplicemente attraverso la somma dei fattori di rischio presenti in quel dato individuo, come lo si



- fa per altre malattie; È un vissuto così intimo e personale che può presentarsi in qualsiasi momento della vita, sulla base delle capacità di coping individuale;
- Scarsa collaborazione dei pazienti: se si parla di suicidio lucido non è facile captare le intenzioni del paziente, le quali appaiono nascoste; se il paziente è in uno stato confusionale, delirante e/o sotto intossicazione da farmaci, non è in grado di fornirci informazioni circa il suo stato e le sue intenzioni.

## IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE DEL SUICIDIO

Nel programmare strategie di prevenzione da mettere in atto, bisogna tenere in considerazione che il comportamento suicidario si associa ad una crisi intensa da stress elevato. La maggior parte degli individui con rischio di suicidio hanno voglia di vivere, esiste un'ambivalenza psicologica: il desiderio di morire e quello di vivere coesiste nella stessa persona. Persino in situazioni di crisi estrema, questi individui vogliono comunicare, sentono il bisogno di parlare con qualcuno. La letteratura smentisce la possibilità che il suicidio avvenga in maniera improvvisa ed inaspettata; il soggetto emette segnali di disagio e preoccupazione, lo fa coinvolgendo le persone che lo circondano attraverso una richiesta: "Cry for help", richiesta di aiuto. Il pensiero del suicidio come unica soluzione da mettere in atto deriva da azioni mal adattive e fallimentari nel tentativo di porre fine alla sofferenza. Secondo il Codice Deontologico, la prevenzione e l'educazione terapeutica rientrano tra le funzioni principali dell'infermiere. L'infermiere nella prevenzione svolge un ruolo fondamentale che può diversificarsi in tre principali funzioni:

- Funzione tecnica, collaborando con altre figure professionali per l'esecuzione di procedure di screening e di indagini che consentono di definire il livello di rischio di ciascun paziente;
- Funzione di educatore alla salute, promuovendo uno stile di vita corretto;

- Funzione di supporto psicologico, l'infermiere individua e gestisce i bisogni di assistenza del paziente e della sua famiglia, promuovendo e sostenendo il recupero e il mantenimento della maggior autonomia possibile, educando il singolo all'autocura ove possibile.

Per fare questo, secondo l'autrice, l'infermiere dovrebbe possedere determinati requisiti professionali come la capacità di raccogliere elementi significativi della vita del paziente tramite l'anamnesi e l'assessment, la capacità di fare una diagnosi infermieristica, di evidenziare i punti di forza e le modalità di auto-terapia utilizzate dal paziente, la capacità di offrire al paziente antidoti efficaci contro la solitudine ed infine la capacità di partecipare attivamente al lavoro d'equipe, in modo tale da offrire al paziente un piano terapeutico specifico, individualizzato, integrato, coerente e condiviso tra le diverse figure professionali che fornisca al paziente sicurezza e chiarezza (Tacchini, 1998). All'interno dello stesso manuale, l'autrice descrive inoltre le principali funzioni dell'infermiere:

1. Funzione di osservazione;
2. Funzione di "oggetto meno qualificato";
3. Funzione di intermediario;
4. Funzione di veicolo del trattamento;
5. Funzione di Io ausiliario nelle sue fasi: maternage e il contenimento;
6. Funzione di accoglienza;
7. Funzione di "oggetto inanimato";
8. Funzione psicoeducativa nei confronti dei familiari;
9. Funzione "psicoterapeutica" e riabilitativa;
10. Funzione didattica e di ricerca.

In particolare, bisognerebbe concentrarsi sulla funzione di osservazione e quella psicoterapeutica e riabilitativa; una corretta attuazione da parte dell'infermiere è fondamentale specialmente per la prevenzione del suicidio.

La funzione di osservatore: funge da premessa per tutte le altre in quanto permette di raccogliere tutti quegli elementi significativi che serviranno alla realizzazione del processo d'integrazione tra i diversi dati

raccolti dall'equipe (Tacchini, 1998). L'osservazione ha lo scopo di raccogliere tutti i dati riguardanti il paziente come la sua storia anamnestica, la cura che ha di sé, il comportamento, la dimensione cognitiva e affettiva, il contesto familiare e sociale, al fine di identificare i suoi bisogni e trasmetterli al resto dell'equipe e della rete a cui verrà agganciato (Tacchini, 1998). L'osservazione è fondamentale durante la visita domiciliare in cui ci è data la possibilità di conoscere direttamente una parte della vita del paziente, il suo habitat e di entrare in contatto diretto sia con la famiglia che con eventuali altri caregivers (Tacchini, 1998). Funzione "psicoterapeutica" è "riabilitativa": La relazione tra infermiere e paziente può essere considerata "psicoterapeutica" quando l'infermiere è in grado di rispondere alle richieste del paziente seguendo delle modalità che favoriscano un cambiamento positivo (Tacchini, 1998). L'infermiere deve cercare di aiutare il paziente a rievocare situazioni armoniose e realizzazioni passate in modo tale da incoraggiare la speranza e diminuire lo stato d'animo depresso o di disperazione (Tacchini, 1998). L'infermiere potrebbe anche aiutare il paziente a non sentirsi solo incoraggiandolo a condividere le sue emozioni con persone che possono aver sperimentato lo stesso disagio o sconforto, ad esempio attraverso la partecipazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto.

### **Obiettivi**

Evidenziare la rilevanza del fenomeno del suicidio, attualmente sottovalutato, migliorandone la conoscenza e fornendo indicazioni e metodi al personale infermieristico per individuare precocemente i fattori di rischio del suicidio e attuare di conseguenza gli interventi preventivi più appropriati, soprattutto in ambito infermieristico: figura più vicina al paziente e spesso "confidente" dei problemi e delle situazioni più intime.

### **APPROCCIO METODOLOGICO**

È stata condotta una revisione della letteratura con l'obiettivo di evidenziare la rilevanza del fenomeno del

suicidio, conoscere la preparazione del personale infermieristico in materia di suicidio, identificare i fattori che influenzano tale conoscenza, identificare la disponibilità degli infermieri a conoscere i fattori di rischio del suicidio, identificare le fonti di conoscenza del suicidio tra gli infermieri al fine di poter attuare gli interventi preventivi. È stato realizzato il P.I.C.O.:

- P: conoscenza della rilevanza del fenomeno del rischio di suicidio
- I: educazione e preparazione del personale infermieristico
- C: no comparison
- O: acquisizione di conoscenze al fine di poter attuare gli interventi preventivi

I criteri di ricerca sono stati i seguenti:

Criteri di inclusione:

- Articoli reperibili online, provvisti di titolo inerente all'argomento trattato, dei quali in seguito si è provveduto a reperire il full-text, disponibile in rete
- Articoli in lingua inglese o spagnola

Limiti considerati:

- Intervallo di tempo dal 2014 al 2022
- Pubblicazioni con la presenza di abstract
- Tipi di indagine ammessi ed interventi: revisioni sistematiche della letteratura, studi osservazionali (trasversali, descrittivi, qualitativi, quantitativi);
- Articoli in cui è espressa l'assenza di conflitti di interesse.

Criteri di esclusione:

- Tutti gli articoli precedenti all'anno di pubblicazione 2014.

La ricerca finale è stata effettuata esclusivamente online, consultando: PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) e MEDLINE ([https://www.nlm.nih.gov/medline/medline\\_overview.html](https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html)). Sono state consultate, inoltre, le seguenti banche dati: EMBASE, CINAHL Database, COCHRANE LIBRARY.

Per analizzare l'argomento in oggetto sono state utilizzate le seguenti parole chiave: Suicidio, Fattori di rischio, Prevenzione, Infermiere, Relazione d'aiuto,

Fattori di protezione [Suicide, Risk factors, Prevention, Male nurse, Helping relationship, Protection factors].

Le diverse combinazioni delle suddette parole chiave sono state collegate fra loro con l'operatore booleano (AND), il quale ha permesso di costruire le stringhe di ricerca utilizzate per il lavoro di revisione bibliografica.

## RISULTATI E DISCUSSIONI

Dall'analisi delle evidenze ricercate, gli interventi infermieristici dedotti possono essere raggruppati in:

- Interventi infermieristici di prevenzione del rischio suicidario
- Il suicidio in ospedale: Linee d'indirizzo per l'infermiere per la prevenzione e la gestione del suicidio
- Le politiche di intervento: abbattere lo stigma
- Le politiche di intervento: abbattere lo stigma
- I fattori di protezione
- Gruppi di auto-mutuo-aiuto
- OMS: strategie di intervento

### Interventi infermieristici di prevenzione del rischio suicidario

È essenziale quando si parla di prevenzione, la conoscenza approfondita del fenomeno, nonché la formazione adeguata del personale di supporto. Prendersi cura di un paziente a rischio di suicidio necessita di abilità e attenzioni particolari da parte del personale infermieristico. Non è tanto l'abilità nell'eseguire una tecnica piuttosto che un'altra, bensì il calore umano, la comprensione e l'instaurare un rapporto terapeutico. Di fronte ad un paziente a rischio suicidario, è bene porre l'attenzione ad alcuni fattori fondamentali ed individuare gli interventi da attuare. Modalità di intervento:

- Comunicare con il paziente per valutare il potenziale di autolesionismo e riconoscere eventuali segni d'allarme;
- Rendersi disponibili al rapporto e creare un'alleanza terapeutica;
- Valutare tutte le risorse di supporto disponibili;
- Fornire un ambiente sicuro e non giudicante;

- Allontanare mezzi di suicidio come farmaci e oggetti pericolosi;
- Incoraggiare il paziente ad esprimere i propri pensieri e sentimenti;
- Assicursi che il paziente non agirà d'impulso per farsi autolesionismo; in presenza di pensieri e intenzioni di questo genere, sarà in grado di comunicarli in maniera tempestiva;
- Esortare il paziente a procrastinare l'intento di prendere decisioni durante una situazione stressante;
- Aiutare il paziente a risolvere i problemi in modo costruttivo;
- Incoraggiare i rapporti umani e scoraggiare l'isolamento;
- Educare il paziente alla corretta gestione della terapia farmacologica;
- Offrire al paziente speranza, suggerendo che sono disponibili delle alternative al pensiero di morte;
- Educare la risposta di autogestione cognitivo-comportamentale del paziente al pensiero suicidario;
- Educare la risposta di auto-espressione per gestire i sentimenti suicidi (tenere un diario e chiamare i numeri di emergenza).

Una volta individuati i soggetti a rischio, è necessario creare una rete terapeutica che funzioni; l'obiettivo è allontanare il pensiero di morte, attenuando la sofferenza e colmando il vuoto creato dalla sfiducia di non potercela fare. Il primo passo è trovare un posto idoneo al colloquio, un posto dove si può avere una conversazione sufficientemente riservata. Il compito più importante è saper ascoltare con un approccio empatico, tranquillo, aperto. In base alla gravità del rischio gli interventi da attuare saranno diversi. In una persona a basso rischio di suicidio sono presenti pensieri di suicidio come: "non ce la faccio più", vorrei essere morto", ma non vi sono progetti pianificati di morte. In queste situazioni è necessario offrire sostegno emotivo, lavorare sui sentimenti suicidari. Tanto più riuscirà a parlare apertamente di perdita, solitudine e inutilità, tanto meno vivrà un tumulto emozionale. È importante concentrarsi sui punti di forza della persona ed esaltare quest'ultimi.

I colloqui devono essere ripetuti ad intervalli regolari mantenendo un contatto continuativo, con l'aggiunta di un sostegno multiprofessionale. Un soggetto, considerato a rischio medio, ha pensieri suicidari e piani operativi, ma non ha intenzioni di metterli in atto immediatamente. In questo caso, oltre al fornire un sostegno emotivo, lavorare sui sentimenti di suicidio e concentrarsi sui punti di forza, occorre sfruttare l'ambivalenza percepita dalla persona a rischio e far sì che il suo desiderio di vivere sia progressivamente rafforzato e prevalga su quello di morte. In alcuni casi può essere utile stipulare un contratto: "un patto anti suicidario", la persona a rischio, promette di non commettere gesti azzardati, prima dell'arrivo di un soccorritore o comunque prima di una certa data. È opportuno indirizzare l'assistito da una psichiatria e verso servizi utili. L'aiuto e la collaborazione di familiari, parenti, amici, colleghi, è prezioso, poiché loro conoscono bene la persona a rischio. Una persona considerata a rischio elevato ha progettato il suo suicidio e ha i mezzi per farlo al più presto. In questa situazione non bisogna lasciarlo solo; è opportuno intervenire tempestivamente allontanando tutti i possibili mezzi di suicidio: farmaci, taglienti, armi da fuoco, sostanze tossiche, ecc. La comunicazione deve essere pacata e predisposta alla stipulazione di un contratto. È necessario chiedere aiuto ad altri professionisti, e provvedere ad un'ambulanza, e ad un eventuale ricovero ospedaliero. In alcuni casi si rende necessario l'invio della persona ad una struttura sanitaria, in particolare se la persona soffre di un disturbo psichiatrico, ha una storia familiare di suicidio, alcolismo o disturbo mentale, ha tentato precedentemente il suicidio, ha una cattiva salute fisica, non ha un sostegno sociale. È importante prendersi tutto il tempo necessario per spiegare alla persona a rischio il motivo dell'invio, il che non significa disinteressarsi del problema. È bene che gli venga detto che non sarà lasciato solo, che verrà mantenuto un contatto periodicamente, sarà aiutato e starà bene, ci saranno persone disponibili a fornirgli tutto l'aiuto possibile. È bene coinvolgere i familiari dell'assistito e le persone a lui più care nel percorso di riabilitazione.

### **Il suicidio in ospedale: Linee d'indirizzo per l'infermiere per la prevenzione e la gestione del suicidio**

Nella prevenzione del suicidio del paziente in ospedale, un ruolo cardine è svolto dall'infermiere, quale figura più vicina al paziente, in quanto costantemente presente e spesso "confidente" dei problemi, anche delle situazioni molto intime e personali dell'assistito. Secondo un report della Joint Commission e dal Victorian Government Health Information per il periodo 2006-2007, il suicidio in Ospedale rappresenta un evento sentinella rilevante, collocandosi al secondo posto fra gli eventi sentinella. L'incidenza del suicidio aumenta drasticamente nella popolazione ricoverata in ospedale e nella popolazione dimessa da un ospedale da una a tre settimane. Molteplici possono essere le ragioni di questo fenomeno:

- l'ospedalizzazione corrisponde ad uno stato di malattia e la malattia si accompagna a vissuti di perdita, lutto, ansietà, disagio;
- l'ospedalizzazione visto come atto di un fallimento, non solo fisico ma anche esistenziale, relazionale, assistenziale o economico;
- la condizione di ricoverato si può accompagnare a vissuti di abbandono, estraniamento, mancanza di indipendenza e autonomia, perdita di controllo e privacy;
- l'Ospedale è una istituzione sociale che ha a che fare con la nascita, la malattia e la morte.

È quindi un crocevia di percorsi umani reali che hanno a che fare con gli aspetti più delicati della condizione umana. Il verificarsi dell'evento indica una sottovalutazione delle condizioni psichiche del paziente ed una inadeguata sorveglianza dei pazienti a rischio. Le caratteristiche dell'ambiente, degli spazi ospedalieri e le condizioni organizzative (finestre non protette, farmaci e taglienti incustoditi, disinformazione del personale, ecc.) possono favorire il rischio di suicidio. È necessario, pertanto, che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione. La letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio relativi al suicidio (predittori) e la loro conoscenza consente l'adozione

di strategie efficaci per la riduzione degli eventi suicidari (compresi quelli tentati) in ospedale, con l'obiettivo di ridurre il numero, agendo su:

1. strumenti di valutazione del paziente;
2. profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio, anche dopo la dimissione;
3. processi organizzativi;
4. formazione degli operatori;
5. idoneità ambientale e strutturale.

Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma, secondo i dati disponibili, le aree considerate maggiormente a rischio sono il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), le unità operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali, terrazze, scale e vani di servizio. Per garantire la prevenzione è fondamentale la presa in carico del paziente e la messa in atto degli interventi assistenziali previsti dall'anamnesi medica ed infermieristica. L'anamnesi completa, effettuata in un ambiente tranquillo che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, rappresenta uno strumento importante per l'identificazione delle situazioni "critiche": pazienti a rischio e i fattori di rischio da monitorare. La valutazione del rischio di suicidio si avvale di:

- ricostruzione storica della vita del paziente (pregressi atti autolesivi, storia di abusi, morti per suicidio in famiglia, lutti, ecc.),
- analisi delle caratteristiche anagrafiche e socioculturali del paziente. (età, sesso, isolamento sociale),
- accertamento condizioni cliniche (disturbi psichiatrici, abuso alcol e sostanze stupefacenti, eventuali diagnosi multiple come l'insonnia, l'ansia, attacchi di panico, patologie terminali),
- rilevazione di altri segni premonitori, tra cui: riferimenti e commenti sul suicidio, assenza di speranza, condotte impulsive e aggressive, sensi di colpa, assenza di progetti per il futuro, ridotta capacità di giudizio, ecc.,

– colloquio più approfondito e somministrazione di scale di valutazioni per determinare il livello di rischio. Durante la degenza, oltre ad un'accurata valutazione del rischio, si richiede:

- l'intervento delle competenze di altre figure professionali, consulenze specialistiche. -maggiore coinvolgimento della famiglia, degli amici e del caregiver del paziente, sia nella fase di valutazione che nella gestione del rischio,
- programma terapeutico-riabilitativo personalizzato per i pazienti a rischio di suicidio, fino al TSO se necessario,
- comunicazione efficace tra gli operatori e tra questi e il paziente.

È necessario che la fase della dimissione venga programmata con anticipo, verificando il tipo di ambiente che accoglierà il paziente e se è idoneo a garantire la continuità assistenziale. All'atto della dimissione ai pazienti a rischio o che hanno già tentato il suicidio è opportuno garantire:

- la disponibilità immediata di un referente ospedaliero da contattare in caso di bisogno;
- l'integrazione con i servizi territoriali sociosanitari per fornire supporto fisico e psicologico in modo attivo e continuativo;
- fornire ai caregivers le informazioni necessarie per ridurre la disponibilità di accesso a mezzi letali.

La gestione del paziente sia in ambito ospedaliero che in quello territoriale, necessita della presenza e della collaborazione di più operatori, ognuno con i propri compiti e le proprie responsabilità. Bisogna tenere presente che i primi giorni dopo il ricovero e i primi giorni dopo la dimissione sono i più critici. Possono manifestarsi, nei primi giorni dopo il ricovero, sentimenti di solitudine, paura, esperienze depersonalizzanti, vissuti di minaccia o fallimenti personali, in un ambiente che viene percepito come stigmatizzante, soprattutto se il ricovero è obbligatorio; invece, dopo la dimissione le cause che mettono a rischio il paziente includono: l'incompleto miglioramento della condizione di salute, il persistere dei problemi clinici, il mancato instaurarsi di una



buona relazione con l'équipe, ossia di un'alleanza terapeutica, la brusca sospensione delle cure, la mancanza di un caregiver di supporto, la riesposizione agli stressors ambientali e il più facile accesso ai mezzi di suicidio.

È necessario inoltre incrementare le attività di formazione del personale su tali problematiche, al fine di aumentare le capacità degli operatori di individuare i soggetti a rischio e poter fare una corretta prevenzione. Deve essere previsto, inoltre, un aggiornamento specifico periodico del personale operante nelle aree critiche e della salute mentale. Gli obiettivi della formazione mirano a sviluppare le seguenti competenze:

- identificare precocemente le situazioni a rischio;
- conoscere e adottare le corrette misure di prevenzione, soprattutto in caso di rischio accertato;
- realizzare un costante monitoraggio della sicurezza ambientale.

### **Le politiche di intervento: abbattere lo stigma**

Lo stigma, purtroppo, è uno dei problemi più grandi del suicidio e il ruolo dello stigma rimane uno dei principali ostacoli nell'esecuzione degli interventi preventivi. Si parla di un marchio indelebile attribuito a chi tenta il suicidio o a chi ha perso un proprio caro per suicidio. La storia ci insegna che il suicidio era definito reato e veniva attribuita una punizione a chi lo commetteva o ai cari del defunto. Il corpo del defunto veniva umiliato pubblicamente e si negava il rito funebre, la famiglia del defunto invece poteva subire anche ripercussioni legali. (Alvarez, 1973; Pompili e Tatarelli, 2007). In Inghilterra i corpi dei suicidi venivano utilizzati per fini di ricerca medica, destinati alle scuole di anatomia; In Polonia, il corpo del suicida veniva fatto uscire dalla finestra, che veniva successivamente bruciata; In Francia venivano sepolti tra la spazzatura. Oggi il suicidio non è più considerato reato, non vengono più inflitte conseguenze altisonanti a chi lo pratica o chi lo tenta, ma vi sono comunque dei processi sottili di emarginazione, di allontanamento, di riduzione dei contatti sociali, situazioni di silenzio

e imbarazzo fuori e dentro la famiglia. Accade spesso infatti che i sopravvissuti e gli individui con idee suicidarie, rifiutino il sostegno offerto, probabilmente per il senso di vergogna che provano; si sentono trattati in modo diverso (auto-stigmatizzazione), e spesso fuggono proprio dalla compassione, è più facile scappare ed evitare una situazione di disagio. Nasce così un circolo vizioso: i sopravvissuti provano un sentimento di vergogna e ciò non fa altro che comportare un maggiore isolamento che incrementa la stigmatizzazione. Secondo Corrigan, lo stigma agisce come fattore anti-terapeutico attraverso un processo sociale e cognitivo a quattro fasi: segnali, stereotipi, pregiudizi e discriminazioni. Shneidman e Farberow, nel 1961, hanno proposto il metodo dell'autopsia psicologica per individuare i casi di suicidio e cosa più importante per dimostrare l'esistenza di processi psichici inconsci che inducono il soggetto a commettere gesti auto-lesivi. Sempre nel 1961, un interessante studio ha dimostrato come le famiglie delle vittime siano interessate a difendersi dalla stigmatizzazione che deriva dal gesto commesso dal loro caro, più che dal motivo che lo ha spinto a decidere di voler morire. Morte accertata per suicidio, provoca, effetti devastanti sulle relazioni sociali della famiglia della vittima. A tal proposito, negli Stati Uniti è stato redatto un programma nazionale di prevenzione del suicidio che prevede la collaborazione di professionisti della salute, dei pazienti e delle loro famiglie nonché di organizzazioni di supporto. Le famiglie devono essere informate su che cosa è la malattia mentale, sulle possibilità di cura e sui luoghi di assistenza, inoltre vanno supportati nella gestione dei sentimenti che possono provare nei confronti del familiare malato. Le cause che conducono allo stigma sono svariate: l'ignoranza, la paura, l'ostilità, queste sono solo alcune; da ciò si deduce facilmente che le soluzioni al problema sono l'informazione, la rassicurazione ed efficaci campagne antidiscriminazione. Aumentare la consapevolezza della comunità e abbattere questo tabù è importante affinché ci sia progressione nella prevenzione del suicidio.

## I fattori di protezione

I fattori protettivi hanno caratteristiche tali da diminuire la possibilità che un soggetto consideri l'idea del suicidio, tenti il suicidio o che lo commetta. Prendere in considerazione i fattori protettivi al momento dell'elaborazione di un progetto terapeutico, significa partire dalle risorse presenti nel singolo per incrementarle e utilizzarle per produrre effetti benefici. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha messo in evidenza alcune condizioni che tendono a ridurre il rischio di suicidio e le più rilevanti sembrano essere: le relazioni familiari, la fiducia in sé stessi e avere una forte consapevolezza del proprio valore, la capacità di chiedere aiuto, di confrontarsi con gli altri, capacità di autogestione e di coping, una rete di buone relazioni con amici, vicini, compagni di lavoro o di scuola, l'integrazione nel lavoro, nelle attività culturali e di tempo libero, o anche fattori ambientali come l'evitamento di sostanze stupefacenti, condurre uno stile di vita sano, come mangiare e dormire in modo corretto, una buona attività fisica e il contatto diretto con la natura.

## Gruppi di auto-mutuo-aiuto

I gruppi di auto mutuo aiuto sono stati definiti come piccole associazioni costituite da pari, nelle quali ci si aiuta per il raggiungimento di obiettivi personali, cercando di superare collettivamente gli ostacoli, di risolvere i problemi che rendono faticosa l'esistenza quotidiana e di favorire i cambiamenti desiderati sul piano personale e sociale. I membri appartenenti al gruppo, si impegnano a contribuire al miglioramento del sistema dei servizi e nella difesa dei diritti di tutte le famiglie che lottano contro un disturbo psichiatrico. L'efficacia di questi gruppi è data dal fatto che essi basano la loro azione sulla valorizzazione dei punti di forza e sulla presa di coscienza dei punti di debolezza di ciascun membro; hanno la finalità di favorire l'indipendenza, l'accrescimento dell'autoestima, dell'auto determinazione e dell'empowerment, grazie alla condivisione di problemi ed esperienze simili e al rinforzo reciproco. Alla base di questi gruppi vi è il principio

secondo cui chi aiuta è nello stesso tempo aiutato; ogni membro sentirà di avere maggior valore, nel momento in cui si sentirà utile agli altri e parte integrante di un gruppo. I gruppi di auto mutuo aiuto svolgono di fatto una funzione preventiva nei confronti delle persone considerate a rischio di suicidio.

## OMS: strategie di intervento

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il suicidio come un problema complesso, non riconducibile ad una sola causa o ad una sola motivazione precisa, ma è il risultato di una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Il suicidio è considerato un grave problema di salute pubblica, costituendo la causa di circa un milione di morti ogni anno. I suicidi sono prevenibili e a tal proposito, l'OMS risponde con una serie di misure che possono essere adottate a livello di popolazione, sottopopolazione e individuo per prevenire il suicidio e i tentativi di suicidio. "Live life", l'approccio dell'OMS raccomanda i seguenti interventi chiave basati sull'evidenza:

- limitare l'accesso ai mezzi di suicidio (es. pesticidi, armi letali, alcuni farmaci);
- interagire con i media per la segnalazione e la conoscenza responsabile del fenomeno;
- promuovere le abilità di vita socio-emotive negli adolescenti;
- identificare, valutare, gestire e seguire tempestivamente chiunque sia colpito da pensieri e comportamenti suicidi.

Gli sforzi di prevenzione del suicidio richiedono la collaborazione e il coordinamento tra molteplici settori della società: il settore sanitario, settori come l'istruzione, il lavoro, l'agricoltura, gli affari, la giustizia, il diritto, la difesa, la politica e i media. Questi sforzi devono avvenire a livello globale e integrati poiché nessun singolo approccio da solo può avere un impatto su una questione così complessa come il suicidio. Il suicidio è una delle condizioni prioritarie nel Programma d'azione per la

salute mentale dell'OMS lanciato nel 2008, che fornisce una guida tecnica basata sull'evidenza per aumentare la fornitura di servizi e l'assistenza nei paesi per disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze. Nel Piano d'azione dell'OMS per la salute mentale 2013-2030, gli Stati membri dell'OMS sono impegnati a lavorare per raggiungere l'obiettivo globale: ridurre di un terzo il tasso di suicidi nei paesi entro il 2030.

## CONCLUSIONI

Il suicidio è un problema serio che riguarda la sanità pubblica; costituisce la causa di circa un milione di morti ogni anno. Nonostante i numerosi passi avanti nello studio e nella prevenzione dell'atto suicidario, la conoscenza del fenomeno appare ancora limitata e sottostimata. La revisione sistemica della letteratura mi ha permesso di consolidare ed aumentare le mie conoscenze in merito al tema del suicidio e di approfondire in particolare il ruolo e il valore dell'infermiere nella prevenzione e gestione del comportamento suicidario. Uno dei compiti del personale infermieristico, che affianca il paziente considerato a rischio di suicidio, è quello di saper accogliere la sua dimensione psicologica, attraverso una buona relazione d'aiuto, di quel particolare momento di vita di chi finisce per essere più affascinato dalla morte, e stufo di una vita che non tollera più. Il suicidio è un grido di aiuto e come tale non può essere ignorato. In sintesi, in base agli studi analizzati per la stesura di questo lavoro, emergono due sostanziali necessità di intervento: -Interventi a livello collettivo: ognuno di noi può fare qualcosa, la prevenzione del suicidio riguarda tutti. Bisognerà incrementare la conoscenza circa il fenomeno, sviluppare piani preventivi più efficaci organizzati a livello territoriale, attraverso la collaborazione e la coordinazione dei molteplici settori della società, sviluppare un'azione programmatica per allargare l'accesso alle cure, abbattere le cause che conducono allo stigma: attraverso l'informazione, la rassicurazione ed efficaci campagne antidiscriminazione. "Pensa globalmente, pianifica a 64 livello nazionale ed

agisci localmente" (Giornata Mondiale per la Prevenzione del Suicidio. MP. 2008). Emerge la necessità di sviluppare dei programmi di formazione specifici per gli infermieri, in quanto promotori della salute, dovranno essere pronti a fronteggiare questa problematica. Il fornire istruzioni e informazioni al personale infermieristico ha un notevole impatto su come vengono valutati e gestiti i pazienti a rischio, oltre ad avere un ruolo decisivo nel correggere atteggiamenti e attitudini spesso dannosi. Si pone l'importanza sulla necessità di rafforzare gli interventi di prevenzione in ambiente ospedaliero, ma non solo, anche a livello territoriale, incrementare l'assistenza centrata sul paziente, gli interventi basati sulle evidenze scientifiche e la collaborazione interprofessionale. Non dimentichiamoci che l'infermiere è la figura più vicina al paziente; H. Peplau (1994) descrive l'infermiere come "consulente, insegnante, esperto tecnico, surrogato e leader" (Pearson, 2005), è una risorsa completa a disposizione del paziente.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *F.O. Gestione Rete Corsi di Laurea Universitari Professioni  
Sanitarie e Sociali. Direttivo Società Scientifica di Scienze  
Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM)*

° *Infermiera libero professionista*

^ *Centro di Salute Mentale, Area 3, Modugno, ASL Bari, Italia.  
Direttivo Società Scientifica di Scienze Infermieristiche in Salute  
Mentale (SISISM)*

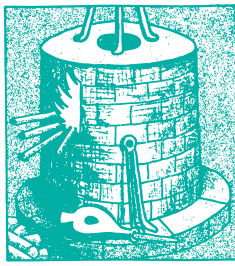
CORRISPONDENZA

*Vitale Elsa, CSM Area 3, ASL Bari  
[vitaleelsa@libero.it](mailto:vitaleelsa@libero.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Beck, A.T. Weissman, A. (1997). *The measurement of pessimism: the hopelessness scale*. Journal of consulting and clinical psychology.
2. Baechler, J. (1975). *Suicides*. New York: Basic Books.
3. Ballantini, M. (1999). *Suicidio e società. Una speranza dalla prevenzione*. Milano: Franco Angeli.
4. Barelli, P. Spagnolli, E. (2021). *Nursing di salute Mentale*. Roma: Carocci editore.
5. Bertoldi, S. Venturelli, S. (2014). *I gruppi di auto mutuo aiuto e la prevenzione del suicidio*. Milano: Franco Angeli.
6. Conti, L. (2013). *Scale di valutazione in psichiatria*. Psychiatry on line. <http://www.psychiatryonline.it> (data ultima consultazione 20/04/2022)
7. Ferrara, P. Terzoni, S. D'Agoſtino, A. et al. (2019). *Psychometric properties of the Italian version of the Nurses. Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)*.
8. Giuſti, E. Bruni, F. Pompili, M. (2009). *Rischio suicidio. Prevenzione e trattamento integrato nelle relazioni d'aiuto*. Roma: Sovera Edizioni.
9. Hawton, K. Saunders, K. E. O'Connor, R. C. (2012). *Self-harm an suicide in adolescents*. London: Lancet.
10. ISTAT. (2012). *I suicidi in Italia: tendenze e confronti, come usare le statistiche*.
11. Joint Commission Resources. (2014). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (5th edition).
12. Ministero della Salute. (2008). *Raccomandazione n. 4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*.
13. 2019 *Il nuovo codice deontologico degli infermieri. Le Novità*. <https://infermiereonline.it/2019-nuovo-codice-deontologico-degli-infermieri-le-novita/> (data ultimo accesso 13/04/2022).
14. Peplau, H. (1994). *Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica, una struttura concettuale di riferimento per un' infermieristica psicodinamica*. Padova: Edizioni Summa.
15. Pompili, M. et al. (2007). *Suicide risk in schizophrenia*. NewYork: Nova Publishers.
16. Pompili, M. Girardi, P. Rubeno, A. Kotzalidis G.D. Tatarelli, R. (2005) *Emergency Staff reactions to suicidal and self-harming patients*. European journal of Emergency Medicine.
17. Pompili, M. Tatarelli, R. (2007). *Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro*. Minerva Psichiatrica.
18. Siracusano, A. Tatarelli, R. Girardi, P. et al. (2007). *Progetto per lo sviluppo di "linee guida per la prevenzione del suicidio nei pazienti psichiatrici"*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
19. Tacchini, M. A. (1998). *Professione infermiere nei servizi psichiatrici. Dalla teoria alla prassi*. Milano: Masson s.p.a.
20. Tatarelli, R. Pompili, M. (2008). *Il suicidio e la sua prevenzione*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
21. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.





# TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

## 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.#*

### INTRODUZIONE

L'introduzione delle nuove tecnologie tra le terapie per l'ADHD può rappresentare una valida proposta all'interno del gold standard nel trattamento di questo disturbo, che individua nell'approccio multimodale la combinazione tra terapie farmacologiche e trattamenti di tipo non-farmacologico.

Intervenire sull'ADHD necessita infatti di mettere in atto interventi che non si focalizzino esclusivamente sui sintomi nucleari del disturbo (attenzione, impulsività, iperattività) ma anche su altri aspetti che impattano in modo significativo sul funzionamento e sulla qualità di vita della persona e che rispondono solo in parte ai trattamenti disponibili. In questa prospettiva la Digital Health rappresenta un potenziale alleato nel processo diagnostico e terapeutico di svariate patologie, incluso l'ADHD.

### COS'È LA DIGITAL HEALTH

**S** secondo la definizione data dall'Unione Europea, la Digital Health è: "l'insieme di strumenti e servizi digitali al servizio della salute e delle cure mediche che usano le tecnologie informatiche e di telecomunicazione (ICT) per migliorare attività come prevenzione, diagnosi e terapie delle patologie, nonché monitoraggio e gestione della salute e degli stili di vita".

I vantaggi che questi nuovi strumenti apportano riguardano: la maggior accuratezza e tempestività della diagnosi e della terapia; un aumento del livello di informazione e prevenzione delle patologie; la partecipazione attiva del paziente ed il miglioramento del suo benessere personale in un processo in cui il paziente da soggetto passivo, diviene soggetto responsabile della propria salute, grazie all'utilizzo di App mediche che incentivano l'automotivazione, il rispetto delle prescrizioni o il raggiungimento di determinati obiettivi; un'interazione maggiore tra medico e paziente; una riduzione della spesa sanitaria e una migliore organizzazione del sistema sanitario con

conseguente facilità di accesso alle prestazioni sanitarie.

Il mondo della salute digitale è un mondo assai vasto e comprende diversi ambiti, tra cui le Digital Therapeutics (DTx) o Terapie Digitali, l'Intelligenza artificiale (machine learning – deep learning), la Telemedicina, la Teleassistenza, la Mobile Health e APP mediche (wearable).

## LE TERAPIE DIGITALI (DIGITAL THERAPEUTICS – DTX) PER LA SALUTE

La terapia digitale si basa su algoritmi e software in grado di esplicitare i loro effetti ed interagire con il paziente, analogamente a quanto i trattamenti farmacologici esplicano a livello neurobiologico. Le terapie digitali possono effettuare i loro effetti sotto forma di App, da usare con uno smartphone o con dispositivi indossabili (es. smartwatch), sotto forma di videogioco da usare con una console, sotto forma di software per la realtà aumentata.

La Digital Therapeutics Alliance (DTA), forse la più autorevole associazione globale non-profit di aziende, che si occupa di terapie digitali dal 2017, definisce le DTx come terapie “che forniscono interventi terapeutici direttamente ai pazienti utilizzando un software basato sull'evidenza e valutato clinicamente per trattare, gestire e prevenire un ampio spettro di malattie e disturbi comportamentali, mentali e fisici. Sono utilizzati autonomamente o insieme a farmaci, dispositivi o altre terapie per ottimizzare la cura del paziente e gli esiti di salute”.

Le terapie digitali possono operare in due modi: in modalità *stand alone* o indipendente, oppure in modalità di supporto ai farmaci con lo scopo di ampliarne e migliorarne l'efficacia. Sono veri e propri “dispositivi” regolamentati come i farmaci tradizionali, sviluppati attraverso la sperimentazione clinica controllata e dal confronto con una alternativa terapeutica, con l'obiettivo di dimostrare efficacia e tollerabilità. Se dagli studi clinici si dimostrano ben tollerate e non inferiori alla terapia standard di riferimento possono essere approvate e autorizzate all'immissione in commercio.

Un software si basa sui presupposti della metodologia delle Terapie Cognitivo-Comportamentali (CBT) che partono dal presupposto che vi sia una stretta correlazione tra pensieri, emozioni e comportamenti e che pertanto, riconoscendo i pensieri ed operando su di essi, sia possibile modificare emozioni e comportamenti. L'obiettivo delle CBT è quello di indurre il paziente a modificare le proprie abitudini, il proprio stile di vita in modo tale che grazie ai benefici ottenuti dalle nuove abitudini migliorino gli esiti della malattia.

Queste terapie si basano sulla raccolta di informazioni da parte del paziente, inizialmente sul suo stato di salute e, dopo aver analizzato le sue risposte, si procede con l'invio di informazioni sulla malattia e sulla terapia, il paziente verrà poi informato sul progresso della terapia e verrà sollecitato con dei promemoria ad attuare il piano terapeutico. Con la periodica attività di comunicazione delle informazioni sul proprio stato di salute, il coinvolgimento del paziente viene rafforzato e da mero fruitore passivo diviene soggetto attivo e partecipativo.

Il potenziale che offre al mercato questo settore innovativo per la cura è enorme e già iniziano a delinearsi scenari interessanti che stimolano la curiosità degli investitori. Indubbiamente, il mercato di riferimento è rappresentato dagli Stati Uniti, la FDA (Food & Drug Administration) infatti, ha già approvato delle terapie digitali (DTx) attualmente in uso. In Europa, oltre a Inghilterra e Francia, l'interesse maggiore è stato dimostrato dalla Germania che si preannuncia essere la nazione pioniera, il 7 novembre 2019 il Parlamento ha approvato una legge con l'obiettivo di favorire l'utilizzo di applicazioni a finalità terapeutica che saranno rimborsate dal sistema sanitario tedesco. In Italia, pur essendoci attenzione ed interesse per queste innovazioni, purtroppo, manca ad oggi, un quadro normativo di riferimento che possa conseguentemente incentivare ed agevolare l'interesse concreto degli stakeholders del settore.

## LE TERAPIE DIGITALI PER L'ADHD E LE COMORBILITÀ

Una caratteristica clinica chiave osservata negli individui con ADHD è l'alto grado di comorbilità sia medica sia psichiatrica.

Un ambito particolare di applicazione delle terapie digitali alla clinica è dato dal soggetto con ADHD e disturbi psichiatrici associati, quali il disturbo da uso di sostanze, i disturbi del sonno, i disturbi comportamentali. Per i soggetti adulti con questi disturbi le tecnologie possono infatti essere estremamente interessanti, stimolando una maggiore aderenza ai trattamenti di tipo ambulatoriale, rinforzando le capacità socio-emotive e comportamentali, oltre ad una maggiore consapevolezza ed una adeguata pianificazione delle attività quotidiane in base ai ritmi biologici.

Vediamo ora, con una breve panoramica, alcune delle terapie digitali già utilizzate per l'ADHD e per le comorbilità ad esso associate.

### RESET E RESET-O

Sono le prime due terapie digitali (DTx) che hanno ottenuto l'autorizzazione della Food & Drug Administration (FDA) statunitense. La prima viene utilizzata per il disturbo da uso di sostanze, dura 90 giorni e viene prescritta per pazienti di età superiore a 18 anni a integrazione della terapia farmacologica. Ha lo scopo di aumentare l'astinenza dalle sostanze d'abuso e di evitare l'abbandono del programma di trattamento ambulatoriale. ReSET-O a differenza della prima terapia riguarda esclusivamente il disturbo dovuto da abuso di oppioidi, dura 84 giorni e anch'essa è integrativa della terapia farmacologica. Entrambe le terapie prevedono un pannello di controllo per i medici e gli operatori sanitari che mostra le informazioni sull'uso di reSET-O da parte dei pazienti, comprese lezioni completate, uso di sostanze segnalate dal paziente, voglie e fattori scatenanti segnalati dal paziente, uso di farmaci segnalati dal paziente, ricompense per la conformità e input di dati in clinica.

### Somryst

È una terapia digitale autorizzata il 26 marzo 2020 alla commercializzazione da parte della FDA, è indicata per il trattamento dell'insonnia cronica, per i pazienti di età superiore a 22 anni, tramite Terapia Cognitiva Comportamentale e raccomandazioni personalizzate, è disponibile solo su prescrizione di un operatore sanitario autorizzato.

### EndeavorRx

È il primo trattamento approvato dalla FDA per trattare specificatamente, attraverso un videogioco, il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD). EndeavorRx sarebbe il «primo dispositivo terapeutico di tipo digitale basato sul gioco per migliorare le funzioni attentive nei bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività»: così è stato descritto dalla Food and Drug Administration. EndeavorRx, può essere prescritto come terapia ai bambini affetti da ADHD con un'età compresa tra gli 8 e i 12 anni. Il trattamento utilizza stimoli sensoriali e sfide motorie, l'obiettivo è che il bambino conduca il personaggio del videogioco attraverso un percorso nel quale deve affrontare varie prove per guadagnare ricompense e progredire, tutte prove che stimolano il bambino a migliorare l'attenzione. Il trattamento dura tre mesi, non è ideato come un trattamento autonomo e sostitutivo dei farmaci.

### WHAAM

È un servizio online disponibile all'indirizzo <http://www.whaamproject.eu/>. Il termine servizio indica una collezione di risorse e strumenti pensati per genitori, insegnanti, e professionisti della salute. I presupposti teorici su cui si fonda l'intero servizio sono: l'approccio multimodale e l'assessment funzionale.

Quest'ultimo, in accordo a Watson e Skinner (Carl et al., 2018), indica una collezione di metodi finalizzati a raccogliere informazioni sugli antecedenti e le conseguenze di un comportamento, al fine di identificarne la funzione, o il motivo prevalente che lo sostiene.

---

A partire da tali presupposti, il servizio WHAAM consente di gestire un disegno di ricerca a caso singolo di tipo AB. Questa tipologia di disegno sperimentale mette a confronto una serie di misure raccolte prima del trattamento con quelle raccolte durante l'intervento che, nel caso specifico dell'applicazione WHAAM, è di tipo cognitivo-comportamentale.

Tre tipologie di utenti possono avere accesso al sistema: i familiari e, più in generale, i caregivers; gli educatori; i professionisti della salute. I profili utente sono differenziati in modo che abbiano privilegi specifici in base al ruolo ricoperto. Una delle operazioni cruciali nell'applicazione WHAAM è la costruzione di una rete di persone che siano parti attive nella raccolta dei dati e nell'applicazione delle strategie per la riduzione dei comportamenti problema. La rete è generalmente composta dalle persone più rilevanti per il soggetto con ADHD nei suoi principali contesti di vita. I dati, nello specifico frequenza e durata del comportamento oggetto di osservazione, potranno essere raccolti da qualunque membro della rete, tramite una specifica applicazione per dispositivi mobili con sistema operativo Android. L'applicazione WHAAM supporta anche l'osservazione descrittiva attraverso la raccolta di ABC direttamente su dispositivo mobile. Tradizionalmente di tipo cartamata, come noto, si tratta di uno strumento largamente impiegato nella terapia cognitivo-comportamentale per inferire la relazione causale tra eventi che controllano un comportamento facilitandone l'emissione (antecedenti), e ciò che accade nell'ambiente dopo il manifestarsi del comportamento (conseguenze).

A partire dai dati raccolti nella fase di "baseline", il terapeuta potrà formulare un'ipotesi funzionale e un conseguente piano di intervento. Secondo Du Paul (Areces et al., 2018), le funzioni del comportamento più probabili per un soggetto con ADHD sono: l'evitamento;

la richiesta di attenzione; l'accesso al tangibile; la stimolazione sensoriale. Sulla base dell'ipotesi funzionale, il terapeuta stabilirà e condividerà con la rete le strategie di intervento più adeguate per ridurre la probabilità di emissione del comportamento problema o sostituirlo con uno più appropriato. Seguirà la pianificazione di una nuova fase di osservazione sistematica per valutare l'efficacia dell'intervento messo in atto.

## REALTÀ VIRTUALE, METAVERSO E ADHD

Sempre più spesso si sente parlare di *metaverso*<sup>1</sup>. Il termine fa pesare ad un film di fantascienza in cui la realtà quotidiana viene sovrapposta dal mondo virtuale e le persone sostituite da avatar. Ora, prendendo le distanze da posizioni giudicanti rispetto ai vantaggi e ai rischi di una simile tendenza sociale diffusa, bisogna constatare che nella società attuale la realtà virtuale si sta diffondendo in diversi ambiti personali, sociali, lavorativi e sanitari.

Nella realtà virtuale (VR) le immagini generate da un computer sono sincronizzate con le azioni dell'utente, con l'obiettivo di creare un mondo virtuale immersivo e realistico. Grazie alle sue caratteristiche, la VR offre molti vantaggi alla ricerca e alla pratica clinica. In primo luogo, gli ambienti virtuali sono flessibili e programmabili, e come tali permettono di presentare una varietà di stimoli in diverse modalità sensoriali, nonché di misurare e registrare le risposte comportamentali del paziente. In secondo luogo, sia l'ambiente virtuale, sia il modo in cui esso è modificato dalle risposte del partecipante, possono essere adeguati alle necessità specifiche del *setting* clinico.

Utilizzando la VR è possibile creare ambienti virtuali che ricreano situazioni della vita quotidiana. Quindi, i risultati delle esperienze compiute nell'ambiente virtuale possono essere generalizzati alla vita reale, rispettando il criterio della validità ecologica.

---

1. Wikipedia definisce il metaverso "una ipotetica interazione di Internet come un unico mondo virtuale universale e immersivo, facilitato dall'uso di cuffie per la realtà virtuale (VR) e la realtà aumentata (AR)".

Non a caso, in anni recenti la VR sta venendo sempre più utilizzata dagli psicoterapeuti come strumento per migliorare l'efficacia dei propri interventi, in maniera sicura e controllata (Freeman et al., 2017). Ad esempio, la "Terapia di esposizione della realtà virtuale" (*Virtual Reality Exposure Therapy*), è utilizzata oggi con ottimo successo nel trattamento di vari disturbi, come nelle fobie. Altre applicazioni della VR riguardano il trattamento degli attacchi di panico e l'ansia (Carl et al., 2018) ma anche condizioni cliniche più complesse, come l'ADHD (Arecas et al., 2018), i disturbi alimentari (De Carvalho et al., 2017), il disturbo post-traumatico da stress (Beidel et al., 2017), la psicosi (Rus-Calafell et al., 2018), il dolore acuto e cronico (Rizzo et al., 2017), la depressione (Carl et al., 2018), i disturbi psicosomatici (Rizzo et al., 2017), l'autismo (Yang et al., 2017).

Il progetto BRAVO, realizzato dal Centro di Riabilitazione Villa delle Ginestre in qualità di capofila di un partenariato composto da Citel Group SRL e dell'Università del Salento, ha l'obiettivo di creare un ambiente terapeutico avanzato *game based* in grado di aiutare i giovani affetti da ADHD nell'acquisizione delle abilità cognitive e comportamentali su cui l'ADHD impatta.

L'ADHD è una patologia che ha un effetto particolarmente dirompente sul rapporto che il bambino ha con sé stesso, sul suo contesto familiare e sulla sua esperienza scolastica. Frequentemente gli insegnanti non hanno gli strumenti operativi opportuni per fronteggiare tale criticità, che incide profondamente sulla quotidianità.

Pertanto, obiettivo del progetto è migliorare il rapporto dei giovani pazienti con le terapie, implementare processi di terapia personalizzata in grado di cambiare dinamicamente per seguire l'evoluzione dei tempi attenti del paziente e supportare i terapisti nella gestione del programma riabilitativo. Un elemento centrale della piattaforma sviluppata è la generazione di *pervasive game* che durante l'esecuzione siano in grado di individuare in maniera autonoma il livello di attenzione e stress del bambino e proporre esercizi terapeutici sotto forma

di gioco, adattati dinamicamente alla prestazione del momento. L'ambiente di gioco virtuale Bravo immerge i bambini in un ambiente fantastico in cui la terapia si trasforma in gioco fin dal primo momento in cui entra in clinica.

Tuttavia, il potenziale clinico della VR va oltre la "virtual exposure therapy", utilizzata soprattutto a supporto della terapia cognitivo-comportamentale. Nella ricerca internazionale stanno infatti emergendo nuove strategie, ad esempio basate sullo *storytelling* e sulla metafora, che stanno già estendendo i benefici della VR ad altre forme di psicoterapia (ad esempio, quella dinamica, analitica, transpersonale, etc.), che finora non hanno ancora sperimentato l'integrazione della VR nella pratica clinica. Lo stesso concetto di *storytelling* si sta evolvendo verso il concetto di *storytelling immersivo*, aprendo nuove porte all'innovazione e creatività in ambito clinico.

La VR sta dimostrando la sua efficacia anche come strumento di supporto alla riabilitazione neuropsicologica (Howard, 2017), sia per quanto concerne la valutazione dei disturbi cognitivi, sia per quanto concerne il loro trattamento.

Uno dei concetti cardinali nelle applicazioni cliniche della VR riguarda il costrutto della "presenza", ovvero la sensazione soggettiva di "essere presente" all'interno di un ambiente artificiale. La presenza è considerata il processo psicologico chiave che consente alle emozioni reali di essere vissute anche in un contesto simulato. Il senso di presenza offerto dalla VR può essere uno strumento potente nella terapia perché fornisce all'individuo un mondo in cui può essere collocato e vivere un'esperienza particolare, pur rimanendo in un contesto "sicuro" e supervisionato da un terapeuta esperto.

I bambini con ADHD hanno debolezze in alcune funzioni esecutive come il controllo dell'attenzione, la memoria di lavoro, la metacognizione e l'inibizione (Loe & Feldman, 2007). Tali deficit possono essere risolti grazie ai trattamenti psicofarmacologici, ma bisogna



considerare che questi hanno tassi di inefficacia del 18-36% e che in alcuni casi possono essere associati ad effetti collaterali disturbanti (Schachter et al., 2001; Dittmann et al., 2013). Inoltre, i farmaci non sono sempre accolti positivamente dalle famiglie e dai soggetti stessi e sono frequentemente gravati da bassa aderenza. Tutte queste considerazioni suggeriscono di associare anche altri interventi per il trattamento di tale disturbo (Marcus & Durkin, 2011).

A tal fine è stato evidenziato che diversi interventi non farmacologici sono associati a un miglioramento delle funzioni esecutive e di abilità quali la flessibilità cognitiva, la memoria di lavoro e il controllo inibitorio.

Tuttavia, molti bambini con ADHD sperimentano uno scarso coinvolgimento durante la terapia tradizionale, di conseguenza, è necessario creare esperienze più interattive (Culpepper & Mattingly, 2010) che possono basarsi sulla VR.

I videogiochi potrebbero essere particolarmente adatti a questo scopo. Ci si aspetterebbe che i bambini con ADHD presentino difficoltà nell'impegnarsi nei videogiochi a causa della loro scarsa capacità di attenzione. Tuttavia, le persone con ADHD a volte possono concentrarsi per lunghi periodi di tempo sulle attività che apprezzano, un fenomeno noto come "iperfocus". I videogiochi sono quindi una buona opportunità per aumentare il coinvolgimento con interventi terapeutici (Ashinoff & Abu-Akel, 2019).

I ricercatori hanno proposto interventi attraverso attività strutturate *gamificate*. In questo senso, c'è stato uno sviluppo significativo nelle terapie basate su giochi educativi conosciuti come Serious Games (SG). È un approccio promettente che offre un ambiente attraente per l'applicazione dei compiti, il supporto sociale e le strategie comportamentali. Recenti studi di SG hanno riportato vantaggi, attraverso benefici ed efficacia, migliorando la motivazione degli studenti, incrementando atteggiamenti positivi e aumentando i loro approcci alla risoluzione dei problemi (Ferrer et al., 2013).

## **I VANTAGGI DEI SERIOUS GAMES (SG) PER IL DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ (ADHD)**

I vantaggi dei Serious Games (SG) possono essere spiegati da diversi meccanismi. Uno di questi meccanismi è la "gamification", una tecnica di tendenza negli interventi di sanità elettronica che promuove il cambiamento comportamentale e il coinvolgimento degli utenti (Hamari et al., 2014). Nei bambini gli effetti gratificanti dei videogiochi possono essere di particolare importanza per aumentare l'aderenza. I videogiochi potrebbero non essere percepiti come un trattamento o un'imposizione da parte di chi si prende cura di loro, il che può essere meno gravoso per i bambini. I videogiochi possono anche aumentare la partecipazione, la motivazione e il senso di azione. Tuttavia, la ricerca di novità è una caratteristica frequente nelle persone con ADHD. Pertanto, l'impegno a lungo termine può essere più problematico, con il rischio di una progressiva riduzione dell'impegno nel tempo.

Diversi studi dimostrano che i videogiochi possono migliorare la cognizione e avere un impatto positivo sulla neurobiologia (Granic et al., 2014; Shams et al., 2015). L'allenamento cognitivo basato sui videogiochi può aiutare nella formazione e ristrutturazione dei percorsi neurobiologici, specialmente nei bambini, che hanno una maggiore neuroplasticità rispetto agli adulti.

Alcuni dei giochi recensiti negli ultimi anni hanno mostrato che l'utilizzo dei Serious Games (SG) nei bambini con ADHD portava ad un miglioramento del funzionamento nelle aree legate alle funzioni cognitive e una susseguente riduzione dei sintomi disattentivi e iperattivi (Peñuelas-Calvo et al., 2020).

Una sfida critica è lo sviluppo di SG insieme ad approcci di apprendimento potenziati dalla tecnologia come la realtà aumentata (AR). La AR è l'integrazione di informazioni digitali e fisiche in tempo reale che consente l'interazione dell'utente con un mondo virtuale e reale. Questa nuova tecnologia emergente è una grande promessa perché motiva

### Focus: funzioni esecutive, memoria di lavoro e flessibilità cognitiva:

- Clinica VR: classroom-CPT, che fornisce collegamenti tra la valutazione neuropsicologica nello studio del neuropsicologo, in un ambiente controllato e dove il bambino viene incontrato da solo, e cosa accade, invece, in un contesto in cui il bambino deve gestire molti tipi di stimoli, come ad esempio a scuola. Appare, quindi, interessante aggiungere questo tipo di analisi clinica al tradizionale processo di valutazione neuropsicologica (Negut et al., 2017).
- AULA Nesplora è un Continuous Performance Test (CPT) computerizzato progettato per valutare i processi di attenzione e supportare la diagnosi dei disturbi dell'attenzione. Offre punteggi su: attenzione sostenuta, attenzione divisa (visiva e uditiva); impulsività; attività motoria eccessiva (iperattività); tendenza alla distrazione, velocità di elaborazione, concentrazione sul compito, differenza attentiva tra stimoli visivi e uditivi e tra compiti più e meno stimolanti, attività motoria e affaticamento per i compiti. Distingue anche le tendenze alla distrazione interna o esterna (Areces et al., 2016).

### Focus: funzioni esecutive, la memoria di lavoro e il livello di attenzione:

- "Plan-it Commander" è un gioco per computer online che include tre minigiochi e una comunità sociale per far interagire i bambini tra loro durante l'allenamento. Attraverso un labirinto di emozionanti missioni e minigiochi progettati esclusivamente per i pazienti con ADHD, i bambini sviluppano abilità stimolanti che li aiutano nella vita di tutti i giorni. Plan-It Commander ha dimostrato di essere efficace nel migliorare la gestione del tempo, la memoria di lavoro e la capacità di collaborazione (Crepaldi et al., 2017).
- "Braingame Brian" è un training computerizzato per bambini con ADHD che si occupa di molteplici funzioni esecutive. Accanto alla formazione della memoria di lavoro in Braingame Brian viene estesa la stimolazione di altre due funzioni esecutive carenti nei bambini con ADHD. Queste difficoltà includono problemi con la regolazione delle emozioni e del comportamento (inibizione della risposta) e la capacità di passare a un diverso modello di pensiero e azione quando una situazione lo richiede (flessibilità cognitiva). Inoltre, Braingame Brian prevede il miglioramento della motivazione aggiungendo elementi di gioco all'allenamento. In uno studio controllato randomizzato sono stati mostrati miglioramenti significativi soprattutto nella memoria visuo-spaziale a breve termine e nella memoria di lavoro nei bambini con ADHD (Dovis et al., 2015).
- In "Harvest Challenge BCI Videogame" il giocatore deve controllare il proprio livello di attenzione, rappresentato dai ritmi EEG, per interagire con il gioco. La dinamica del videogioco stabilisce una modalità di interazione attraverso le particolari fasi mentali: rilassamento e concentrazione. Quando un bambino entra in una specifica fase di concentrazione, il segnale cerebrale viene registrato tramite un sensore BCI portatile che invia i segnali in modalità wireless al videogioco. Lo scopo di questo videogioco è rafforzare le abilità importanti di un bambino come la capacità di attesa, la pianificazione e la capacità di seguire le istruzioni e di raggiungere gli obiettivi. Il progresso in questi quattro aspetti fondamentali potrebbe scatenare in un bambino con ADHD un notevole miglioramento nel controllo dell'impulsività, della disattenzione, una migliore attitudine verso il processo di apprendimento e una significativa diminuzione dell'impatto del disturbo nella popolazione infantile (Rohani et al., 2014).

gli studenti con nuove sfide, fornendo un feedback rapido che è adattato agli interessi specifici e alle esigenze individuali. Questi Augmented Reality Serious Games (ARSG) potrebbero catturare la loro attenzione e migliorare il

processo di comunicazione utilizzando la sperimentazione e la simulazione manipolate da movimenti fisici (interfaccia), lavorando in ambienti reali con elementi virtuali per ottenere gli effetti aumentati (Peñuelas-Calvo et al., 2020).

Inoltre, vi è un urgente bisogno di cure innovative per i bambini con ADHD, utilizzando una tecnologia che si adatta ai requisiti attraverso il *gameplay* e il movimento basato su un'interfaccia utente naturale. Gli ARSG offrono infinite possibilità di interazione più naturale attraverso sensori, in grado di riconoscere i gesti della mano e del corpo, rendendolo uno strumento ideale per fornire creatività alle attività terapeutiche combinate con ARSG. Grazie alle loro caratteristiche, gli ARSG possono andare a ridurre la perdita di interesse tipica dei bambini con ADHD e di conseguenza ad incrementare l'impegno a lungo termine (Peñuelas-Calvo et al., 2020).

## CONCLUSIONI E RIFLESSIONI

Sebbene gli studi clinici confermino il ruolo importante del trattamento farmacologico per la riduzione della gravità dei sintomi nucleari dell'ADHD soprattutto nell'adulto, risulta imprescindibile adottare un approccio multimodale, che integri la terapia farmacologica con strategie di psicoeducazione e tecniche di terapia cognitivo-comportamentale. Accanto a tali interventi "classici" in questi ultimi anni sono emerse tra le possibilità terapeutiche anche le terapie digitali.

La tecnologia può fornire un supporto pratico all'utente (app per l'organizzazione, *reminder*), coadiuvare interventi non farmacologici (interventi a distanza, supporto computerizzato a psicoeducazione, *coaching* o *therapy* cognitiva) e fornire interventi computerizzati di training/stimolazione cognitiva.

Alcune di queste digital therapies hanno già dati di efficacia sui minori presenti in letteratura e sono state approvate all'utilizzo in alcuni paesi, prevalentemente gli Stati Uniti, dopo studi di validazione e parere positivo degli enti regolatori. Negli adulti le evidenze sono ancora invece assolutamente preliminari. Auspichiamo che in Italia si arrivi a colmare il divario con gli altri Paesi per quanto riguarda i processi di digitalizzazione, sperimentazione e autorizzazione delle terapie digitali, in modo particolare per quella che riguarda l'ADHD.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Psicologo libero professionista, Specializzando in Psicoterapia, Ambulatorio ADHD Adulti, SC Psichiatria 59 Lomellina*

° *Dirigente Medico Psichiatra ASST Pavia, Ambulatorio ADHD Adulti, SC Psichiatria 59 Lomellina*

^ *Dirigente Psicologa Neuropsicologa, ASST Pavia, Ambulatorio ADHD Adulti, SC Psichiatria 59 Lomellina*

# *Dirigente Medico Psichiatra, ASST Pavia, Direttore SC Psichiatria 59 Lomellina*

### CORRISPONDENZA

[ambulatorio\\_adhd@asst-pavia.it](mailto:ambulatorio_adhd@asst-pavia.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Areces, D., Rodríguez, C., García, T., Cueli, M., & González-Castro, P. (2018). *Efficacy of a continuous performance test based on virtual reality in the diagnosis of ADHD and its clinical presentations*. *Journal of attention disorders*, 22(11), 1081–1091.
2. Areces, D., Rodríguez, C., García, T., Cueli, M., González-Castro, P. (2016). *Efficacy of a continuous performance test based on virtual reality in the diagnosis of ADHD and its clinical presentations*. *J. Atten. Disord.* 1–11.
3. Ashinoff, B. K., & Abu-Akel, A. (2021). *Hyperfocus: The forgotten frontier of attention*. *Psychological Research*, 85(1), 1–19.
4. Beidel, D. C., Frueh, B. C., Neer, S. M., Bowers, C. A., Trachik, B., Uhde, T. W., & Grubaugh, A. (2017). *Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial*. *Journal of anxiety disorders*.
5. Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., & Powers, M. B. (2018). *Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Journal of anxiety disorders*.
6. Crepaldi, M., Colombo, V., Baldassini, D., Mottura, S., & Antonietti, A. (2017). *Supporting rehabilitation of ADHD children with serious games and enhancement of inhibition mechanisms*. In *International Conference on Virtual Reality and Augmented Reality* (pp. 167-181). Springer, Cham.
7. Culpepper, L., Mattingly, G. (2010). *Challenges in identifying and managing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults in the primary care setting: a review of the literature*. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 12(6):PCC.1000951.
8. De Carvalho, M., Dias, T., Duchesne, M., Nardi, A., & Appolinario, J. (2017). *Virtual reality as a promising strategy in the assessment and treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review*. *Behavioral Sciences*, 7(3), 43.
9. Dittmann, RW., Cardo, E., Nagy, P., Anderson, CS., Bloomfield, R., Caballero, B. et al. (2013). *Efficacy and safety of lisdexamfetamine dimesylate and atomoxetine in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a head-to-head, randomized, double-blind, phase IIIb study*. *CNS Drugs* 27(12):1081–1092.
10. DAVIS, S., VAN DER OORD, S., WIERS, R.W., PRINS, P.J.M. (2015). *Improving executive functioning in children with ADHD: training multiple executive functions within the context of a computer game*. *A Randomized Double-Blind Placebo Controlled Trial*. *PLoS One* 10, e0121651.
11. Ferrer, V., Perdomo, A., Rashed-Ali, H., Fies, C. and Quarles, J. (2013). *“How does usability impact motivation in augmented reality serious games for education?”* in *Games and Virtual Worlds for Serious Applications (VS-GAMES)*, 5th International Conference, pp. 1-8.
12. Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). *Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders*. *Psychological Medicine*, 1–8.
13. Granic, I., Lobel, A., Engels, RCME. (2014). *The benefits of playing video games*. *Am Psychol* 69(1):66–78.
14. Hamari, J., Koivisto, J., Sarsa, H. (2014). *Does gamification work? A literature review of empirical studies on gamification*. In: *proceedings of the annual hawaii interational conference on system sciences*.
15. Howard, M. C. (2017). *A meta-analysis and systematic literature review of virtual reality rehabilitation programs*. *Computers in Human Behavior*, 70, 317–327.
16. Loe, M. & Feldman, H. M. (2007). *“Academic and educational outcomes of children with ADHD,”* *Journal of pediatric psychology*, vol. 32, pp. 643-654.
17. Marcus, S.C., Durkin, M. (2011). *Stimulant adherence and academic performance in urban youth with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(5):480–489.
18. Mencacci, C. & Migliarese, G. (2021). *ADHD nell'adulto. Dalla diagnosi al trattamento*. Edra Editore, Milano.
19. Neğuț, A., Jurma, A.M., David, D. (2017). *Virtual-reality-based attention assessment of ADHD: ClinicaVR: Classroom-CPT versus a traditional continuous performance test*. *Child Neuropsychol.* 23, 692–712.

- 
20. Peñuelas-Calvo, I., Jiang-Lin, L. K., Girela-Serrano, B., Delgado-Gomez, D., Navarro-Jimenez, R., Baca-Garcia, E., & Porras-Segovia, A. (2020). *Video games for the assessment and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-16.
  21. Rizzo, A., & Koenig, S. T. (2017). *Is clinical virtual reality ready for primetime?*. *Neuropsychology*, 31(8), 877.
  22. Rohani, D.A., Sorensen, H.B.D., Puthusserypady, S. (2014). *Brain-computer interface using P300 and virtual reality: a gaming approach for treating ADHD*. In: 36th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), pp. 3606–3609.
  23. Rus-Calafell, M., Garety, P., Sason, E., Craig, T. J., & Valmaggia, L. R. (2018). *Virtual reality in the assessment and treatment of psychosis: a systematic review of its utility, acceptability and effectiveness*. *Psychological medicine*, 48(3), 362–391.
  24. Schachter, H.M., Pham, B., King, J., Langford, S., Moher, D. (2001). *How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis*. *CMAJ* 165(11):1475–1488.
  25. Shams, T.A., Foussias, G., Zawadzki, J.A., Marshe, V.S., Siddiqui, I., Müller, D.J. et al. (2015). *The effects of video games on cognition and brain structure: potential implications for neuropsychiatric disorders*. *Curr Psychiatry Rep* 17(9):71.
  26. Yang, Y. D., Allen, T., Abdullahi, S. M., Pelphrey, K. A., Volkmar, F. R., & Chapman, S. B. (2017). *Brain responses to biological motion predict treatment outcome in young adults with autism receiving virtual reality social cognition training: preliminary findings*. *Behaviour research and therapy*, 93, 55–66.

## SITOGRAFIA

27. <https://www.ai4business.it/intelligenza-artificiale/ai-e-salute-digital-health-e-digital-therapeutics-le-responsabilita-giuridiche/>
28. <https://progettobravo.it/>
29. <https://www.stateofmind.it/2021/02/adhd-videogiochi-serious-games/>
30. <https://it.m.wikipedia.org/wiki/Metaverso>





# L'ANGOLO DELLA REDAZIONE

*Riflessioni e commenti e suggestioni dal mondo della salute mentale*

## Sharp objects: immagini da una miniserie televisiva e spunti per una lettura psicopatologica del disturbo fittizio per procura

*di Ivano Caselli*

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA, CATTEDRA DI PSICHIATRIA

**S**harp objects è una miniserie televisiva statunitense del 2018 creata da Marti Noxon per HBO e diretta da Jean-Marc Vallée, adattamento dell'omonimo romanzo del 2006 scritto da Gillian Flynn, autrice di *Gone Girl*. Il *crime drama* racconta la storia di Camille Preaker, una dolente Amy Adams, giornalista di cronaca nera, che in seguito alla morte di una ragazzina e alla scomparsa di un'altra nella sua città natale, Wind Gap nel Missouri, si reca nei luoghi della propria infanzia come reporter sul campo.

La protagonista torna a vivere nella casa padronale di sua madre Adora, antica dimora storica di famiglia, e conosce la sua sorellastra adolescente Amma, da un lato freneticamente impegnata ad allestire una perfetta riproduzione in miniatura della villa stessa – una casa delle bambole metafora chiave del *plot* – dall'altra costretta a rivestire il ruolo di divinità provocatrice all'esterno.

Il ritorno ad uno spaccato della provincia americana è anche un ritorno al passato traumatico di Camille e ai suoi fantasmi. Camille è infatti costretta a rivivere dolorosi ricordi del passato inaccessibili alla mentaliz-

zazione e impressi sulla propria pelle secondo quella che è diventata una strategia per esprimere una sofferenza antica e profonda derivata da ripetuti abusi relazionali inesprimibile a parole, di cui le cicatrici sul proprio corpo ne sono la rappresentazione (Fonagy & Target, 2001). I flashback e gli incubi notturni favoriti dall'assunzione di alcol e droghe mostrano, in una sovrapposizione di piani temporali ed effetti psichedelici, l'adolescenza di Camille gravata dal lutto per la perdita della sorella in circostanze misteriose, ma anche l'asfissiante chiusura della provincia americana, condensato della ruralità statunitense e sedata da un alcolismo diffuso e tollerato. Camille si troverà suo malgrado a vivere ancora una volta le dinamiche della piccola cittadina del Missouri (costellate da misoginia, razzismo, machismo), ma soprattutto l'invischiante rapporto con sua madre Adora, figura di attaccamento insicuro fortemente disturbata (Bowlby, 1983). La stessa celebrazione patriottica della fondazione di Wind Gap è l'esaltazione metaforica del patriarcato in cui gli uomini sono colpevoli, assenti ovvero collusivi, e le donne forse vittime della società patriarcale stessa.

---

Ma la cittadina vuole un colpevole, e lo si cerca dapprima fra i migranti “stranieri”, e infine viene identificato un figlio del luogo.

La serie, attraverso una rivelazione finale, si addentra nella complessità psicopatologica del disturbo fittizio provocato ad altri: si scoprirà infatti che la madre di Camille, a sua volta vittima di maltrattamento, è la responsabile della morte della sorellina della protagonista tramite un eccesso di cure mediche tese al tentativo di preservare accanto a sé la presenza delle figlie, regredite e malate, in modo da recuperare un ruolo, seppur patologico, nelle loro vite e aumentare la stima attorno a sé stessa (Callegari, 1997; APA, 2014; Sousa Filho et al., 2017; Caselli et al., 2017;). Ma Adora sarà anche la responsabile dell’omicidio delle due ragazzine?

Con una messa in sequenza inappuntabile e un montaggio accuratissimo, *Sharp objects* è un viaggio perturbante e oscuro sui demoni del passato della protagonista fino al tentativo di far prevalere le proprie parti sane nelle sue scelte. Gli “oggetti affilati”, buoni, cattivi, sono gli strumenti taglienti con cui Camille si ferisce per “sentirsi”, ma rappresentano anche i costituenti di un Sé alieno genitoriale e socio-culturale (Fonagy et al., 1993; Lemma, 2005).

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Cattedra di Psichiatria,  
Università degli Studi dell’Insubria, Varese (VA), Italia*

CORRISPONDENZA

*Ivano Caselli  
Dipartimento di Medicina e Chirurgia,  
Cattedra di Psichiatria, Università degli Studi dell’Insubria,  
Telefono: 0332 278727*

## BIBLIOGRAFIA

1. Fonagy P, Target M. *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano, 2001.
2. Bowlby J. *La perdita della madre*. In: *Attaccamento e perdita*. Boringhieri, Torino, 1983.
3. Callegari C. *Uno sguardo sui principali modelli psichiatrici e psicoanalitici*. In: Vender S. *La maschera della finzione*. Realtà, verità e bugia nel rapporto tra malato e istituzione curante. Il pensiero scientifico, Roma, 1997.
4. American Psychiatric Association. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Quinta Edizione, Raffaello Cortina Editore, 2014.
5. Sousa Filho D, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. *Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review*. Einstein (Sao Paulo). 2017;15(4):516-521. doi: 10.1590/S1679-45082017MD3746.
6. Caselli I, Poloni N, Ielmini M, Diurni M, Callegari C. *Epidemiology and evolution of the diagnostic classification of factitious disorders in DSM-5*. Psychol Res Behav Manag. 2017; 11; 10:387-394. doi: 10.2147/PRBM.S153377.
7. Fonagy P, Moran G, Target M. *Aggression and the psychological self*. International Journal of Psychoanalysis. 1993; 74:471-485. In: Mazzotta L. *Le modalità di rispecchiamento*, 2018.
8. Lemma A. *Under the skin: A psychoanalytic study of body modification*. Routledge, 2005. Trad it.: Lemma A. *Sotto la pelle: psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Raffaello Cortina Editore, 2011.

---

# Significati archetipici e simbolici nella perizia di famiglia e nella figura del perito

*di Marina Loi*

SPECIALISTA IN PSICHIATRIA - PSICOTERAPEUTA - ALBO N° 551

---

Occuparsi dell'ambito familiare come perito, quando ciò significhi per un professionista l'affrontare delicate vicissitudini di famiglia come quelle che comportano la possibilità di allontanamento di un figlio da un genitore, o da entrambi, è una dimensione complessa e delicata che mette in gioco molto equilibri e che può provocare un cambiamento nell'assetto del nucleo che già si sta disgregando e che sta assumendo un'altra dimensione.

Lo psichiatra consulente del Tribunale, che è chiamato a rispondere a un quesito spesso molto articolato e complesso, deve avere, oltre che una formazione specialistica, anche una competenza specifica nell'ambito delle dinamiche familiari.

In questo caso, sia la sezione Famiglia del Tribunale che si occupa prevalentemente di separazioni e divorzi, sia il Tribunale per i Minorenni, cui pertengano anche affidi eterofamiliari e adozioni, chiedono un intervento superspecialistico.

Per quanto concerne l'ambito familiare, abitualmente il compito è quello di chiarire che tipo di personalità hanno i vari personaggi in gioco e quali dinamiche sono sottese fra i vari membri del gruppo, nel cui contesto sono annoverati non solo i minori, ma anche altre figure familiari, o caregiver, coinvolte spesso in dinamiche patologiche che ai minori nuocciono comunque, indipendentemente dal grado di psicopatologia riscontrato negli adulti.

Il fine è che sia garantita una buona genitorialità. Al perito è infatti implicitamente richiesto di indagare quali siano le potenzialità dei genitori, così da poter anche

verificare se vi sia la possibilità di un loro cambiamento in positivo circa la responsabilizzazione genitoriale.

La richiesta del Magistrato al perito è inoltre quella di evidenziare se gli adulti o i minori abbiano bisogno di interventi terapeutici, di quali e in qual misura, quale tipo di affido saranno in grado di gestire i genitori e presso quale genitore possa essere collocato maggiormente il minore, oltre che per quali tempi possa frequentare l'altro genitore. Dal 2006 in Italia la legge contempla l'affido bigenitoriale come prima indicazione e, solo eccezionalmente, l'affido monogenitoriale o a un terzo, abitualmente i Servizi Sociali.

Il magistrato, a propria discrezione, può conferire al perito il compito di calendarizzare lui stesso, durante le operazioni peritali, le frequentazioni dei figli con i genitori.

Il quesito è dunque articolato e complesso e presuppone conoscenze sia in campo psichiatrico, sia in campo psicologico, sia in campo psicodinamico, oltre che può presupporre l'utilizzo nell'analisi di test psicodiagnostici specifici o di qualsiasi altra indagine possa essere utile.

Ciò in ambito familiare implica l'uscita da una situazione belligerante e l'attivazione dei due genitori finalizzata al raggiungimento di un minimo equilibrio – diverso da quello iniziale – non tanto per una pacificazione nel senso assoluto del termine, quanto per una composizione pacifica del conflitto su un unico tema: quello che concerne i figli.

Il giudice quindi chiede anche se vi sia la possibilità di arrivare a soluzioni sufficientemente condivise da parte di entrambi i genitori nell'interesse specifico della prole.

Qualora non si arrivi a una soluzione condivisa, il perito deve suggerire al giudice – *peritus peritorum* – quale possa essere la soluzione migliore finalizzata all'interesse superiore del minore.

Ognuna delle figure che entrano a far parte del processo peritale (giudice, genitori, avvocati o minori) tende ad attribuire al perito e al procedimento che si svolge nel tempo, aspetti specifici o gli attribuisce una identità peculiare o proietta su di lui proprie istanze e propri bisogni a seconda del ruolo che in quel momento ricopre sia il tecnico designato, sia il soggetto che a qualsiasi effetto entra in campo.

Il **perito** quindi diventa da una parte oggetto di proiezioni da parte dei singoli attori in gioco e d'altra deve anche identificarsi in loro senza identificazioni proiettive. Anche agli occhi degli altri assume quindi, di volta in volta, immagini o rappresentazioni identitarie diverse fra loro.

Il perito, inoltre, deve essere elastico e non orientato rigidamente soltanto verso l'espletamento del proprio compito (la risposta al quesito del giudice), ma deve anche essere orientato ad assumere in questo caso un ruolo diverso: nonostante la legge non lo preveda e una perizia non debba essere una terapia, si trova giocoforza ad avere anche un ruolo terapeutico perché immette nel gruppo familiare interventi e osservazioni che possono risultare cruciali.

Ciò comporta un processo più specifico: quello di proporre un **cambiamento nel nucleo**, così che questo, da belligerante sul possesso dei figli, diventi un insieme di persone legate da un assetto adattato a una nuova realtà che è quella della "separazione".

Per "separazione" non si intende soltanto un processo di separazione legale fra due contraenti il vincolo altrettanto legale del matrimonio, ma si intende un'evoluzione in cui si riconosce la propria identità separata da quella dell'"altro" e in cui si favorisce l'alterità dell'altro in funzione di un *processo di individuazione* in cui ognuno dei due membri della coppia genitoriale assume una funzione autonoma e si differenzia dall'altro perché sviluppa la propria personalità individuale, con le proprie partico-

larità, sulla base della propria predisposizione naturale.

Fra i genitori non si costituisce più una coppia diadica, ma una coppia "*alterica*" (il termine è mio) i cui membri hanno responsabilità separate, ma univoche, e finalizzate a un unico obiettivo: il raggiungimento – insieme, ma divisi e distinti – del benessere dei figli.

Questo *processo di separazione*, inoltre, non comporta soltanto un allontanamento fisico o psicologico fra i due genitori, ma implica anche un **cambiamento di stato** dell'intero nucleo familiare.

Si parla quindi di "separazione" da uno stato identitario di nucleo coeso e specifico per raggiungere un nuovo stato identitario in cui tutti membri diventano elementi di una circoscrizione più allargata e più ampia in cui viene loro richiesta una maggiore adattabilità e flessibilità.

**Ai minori** è richiesto un impegno maggiore perché, pur non chiedendo cambiamenti, devono adattarsi e avere una tolleranza ai nuovi contesti abitativi, familiari, affettivi e soprattutto, a nuove condizioni relazionali.

A solo titolo di esempio, se in una famiglia cosiddetta "normale" non vi erano spazi e confini di frequentazione con e fra l'uno e l'altro genitore, nella famiglia separata i figli si devono adattare a nuove regole di frequentazione in cui, se incontrano un genitore, non stanno con l'altro e viceversa.

I figli devono affrontare un *processo di lutto* non solo relativamente alla "perdita dell'altro genitore" (quello che non vive insieme al genitore che frequentano in quel momento, la cui presenza è antitetica al contatto con il secondo genitore), ma anche relativamente alle frequentazioni abituali o alle amicizie comuni.

Il **lutto**, per tutti i membri della famiglia, è quello relativo alla perdita delle abitudini consolidate e alla privazione dell'usuale stile di vita. Questo, per i minori, spesso costituiva fin dall'infanzia una *base sicura di un processo di holding* dalla quale il bambino poteva essere sostenuto nei vari tentativi di allontanamento e di ricerca di autonomia.

In questa divisione di ambiti mentali, relazionali e abitativi, soprattutto i minori devono adattarsi ai confini diversi, ai limiti imposti dai genitori (o dalla autorità),



---

o perfino a un nuovo collocamento logistico, che può diventare restrittivo nel momento in cui sono allontanati, anche temporaneamente, da entrambi genitori.

Il processo di cambiamento comporta una *nuova individuazione*.

Con questo termine non si intende solo in senso junghiano quel processo psichico unico e irripetibile di ogni individuo che consiste nell'avvicinamento dell'Io con il Sé, con una crescente integrazione e unificazione dei complessi che formano la personalità. Si intende il termine anche in senso winnicottiano: *individuazione* è un'evoluzione verso un nuovo stato identitario che può essere raggiunto gradualmente attraverso una sorta di rituali e di sofferenze che dovrebbero essere sperimentate ed elaborate per giungere a un nuovo stadio esistenziale.

Il percorso – in ogni caso – implica una sorta di “viaggio spirituale” verso una maggiore consapevolezza di sé.

In questo senso l'esperienza peritale, se non vissuta dai membri del gruppo in senso persecutorio o, viceversa, soltanto come un modo per imporre la propria visione delle cose, potrebbe anche costituire una sorta di *spazio transizionale* che permette di passare da una visione soggettiva della propria conoscenza a una più oggettiva.

Quest'ultima permette di entrare in contatto con la conoscenza empirica dell'Altro da sé e può permettere una sorta di movimento empatico verso l'altro genitore e verso i figli, favorendo una integrazione fra il sentire dell'altro e il proprio o viceversa.

Durante la separazione legale, i figli sono invece tendenzialmente utilizzati come alleati della propria aggressività e delle proprie proiezioni e non vissuti come individui autonomi, pensanti e senzienti altri affetti ed emozioni, diverse da quelle genitoriali.

## IL PROCESSO PERITALE COME RITO

Anche il processo peritale stesso, con le sue dinamiche evolutive, diventa una specie di **rito** che ha uno svolgimento sempre simile, indipendentemente dalle persone coinvolte.

Ad esso fa seguito quella trasformazione che abitualmente accade dopo **un rito**: la ritualità comporta infatti che sia messa in gioco una serie di meccanismi e di azioni sempre uguali a se stessi in funzione di un'attività che ha sia un significato reale, sia un significato simbolico.

I riti sono strettamente connessi con la religione, il mito (si dice che il *rito riassume e riattualizza il mito*<sup>1</sup>) e la sfera del sacro: ogni rito religioso svolge la funzione di rendere tangibile e ripetibile l'esperienza religiosa, sottraendola alla dimensione tutta privata della mistica.

Tramite il rituale, soprattutto all'interno della celebrazione di una festa, le varie componenti religiose come i miti, le prescrizioni, le formule, divengono reali e normative per tutti i partecipanti.

L'uomo religioso affida al rito i momenti più critici della sua esistenza personale e della collettività di cui fa parte, come ad esempio la nascita, la morte, il raggiungimento della pubertà, il matrimonio, la guerra, cercando in esso la garanzia del mantenimento della propria identità e di quella della comunità di appartenenza.

Il rito consta in una serie di atti che sono eseguiti secondo norme codificate. Così anche la perizia.

Secondo l'antropologo italiano Ernesto de Martino<sup>2</sup> il rito aiuta l'uomo a sopportare una sorta di “crisi della presenza” che esso avverte di fronte alla natura, sentendo minacciata la propria stessa vita. I comportamenti stereotipati dei riti offrono rassicuranti modelli da seguire, costruendo quella che viene in seguito definita come tradizione.

Il rito ha anche una funzione sociale e culturale che può

---

1. Ries Julien – Mito e rito, Le costanti del sacro – Jaca Book 2021

2. *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, Torino, Einaudi, 1958, ed. Torino, Bollati Boringhieri, 2000

---

estendersi successivamente in ambito religioso (Arnold van Gennep e Meyers Fortes)<sup>3</sup>.

Quindi, la perizia come rito aiuta ad integrarsi in un mondo – quello familiare, ma anche quello sociale, divenuto estraneo e nuovo – che si percepiva sempre più minaccioso della propria sicurezza identitaria e della propria omeostasi affettiva e relazionale.

Il rito ha inoltre bisogno di una partecipazione emotiva molto profonda, senza la quale cessa di esistere, ma ha anche bisogno di una componente dinamica per cui passa da essere inteso da azione standardizzata e formale ad autentica evoluzione che mette in grado di adattarsi e di adattare alcuni aspetti di sé al contesto.

Nel nostro caso, la partecipazione emotiva è costante e si esprime spesso con rabbia e con ansia; gli investimenti sono massicci, accompagnati da una profonda sofferenza che deve talora essere sottaciuta perché rischia di mostrare troppa fragilità del soggetto. Quest'ultima rischia di essere vagliata come componente che indica una incapacità genitoriale e che, come tale, mette a rischio il “possesso” dei figli, oltre che un'integrità fatta di sicurezze identitarie genitoriali che vengono sgretolate.

La caratteristica rituale appare anche nel contesto sonoro. Se nel rito si hanno musiche, come quelle che per esempio accompagnano una funzione religiosa o come le armonie rock nei concerti (che hanno una funzione ritualistica sociale) e così via, allora anche nel rito della perizia sussiste una sonorità tipica che accompagna lo svolgersi delle vicende raccontate.

In questo caso, il “rumore” di fondo risulta una componente qualitativamente cangiante anche dal punto di vista timbrico perché il “suono” può essere un bisbiglio all'orecchio, un urlo spietato o rabbioso, un pianto disperato, o spesso silenzioso, espresso solo con le lacrime

come quello dei bambini che vengono ascoltati durante le operazioni peritali, delle donne maltrattate o dei padri umiliati dall'alienazione posta in atto dalla madre.

Come nel teatro greco, si assiste a una rappresentazione che non è solo recita a soggetto, o ripetizione di un canovaccio preparato in precedenza con il proprio legale o con il proprio perito di parte, ma una vera e propria recita in cui si utilizza un equivalente della *persona*, non solo nel senso della maschera utilizzata dagli attori per nascondere l'uomo e proporre solo il personaggio, ma per mostrare – come nella concezione junghiana – solo un aspetto esteriore del periziando. Egli assume un ruolo più superficiale e non rappresenta l'essenza di sé, la reale personalità, ma ritualizza, si modula e interpreta quanto l'ambito sociale esterno a lui in quel momento (e cioè l'ambito peritale) gli richiede.

Finita la perizia, cala il sipario e la persona può dismettere l'uso della *persona*, utilizzata ad hoc per l'ambito peritale stesso.

Ancora una volta, entrano in gioco vari aspetti archetipici: l'archetipo della Giustizia (Diche), l'archetipo della Guerra, l'archetipo della Pace.

Secondo l'Enciclopedia Treccani, la **Giustizia** è una virtù eminentemente sociale che consiste nella volontà di riconoscere e rispettare i diritti altrui attribuendo a ciascuno ciò che gli è dovuto secondo la ragione e la legge. In altre accezioni, il potere di realizzare il diritto con provvedimenti aventi forza esecutiva e l'esercizio di questo potere e il sistema che ne consente la realizzazione.

Secondo la definizione data da Ulpiano nel Digesto<sup>4</sup>, la Giustizia è principio e virtù morale che consiste nel dare a ciascuno il suo (*suum cuique tribuere*).

*Ciascuno, nessuno escluso, ha sempre qualcosa di propriamente ed esclusivamente suo, ossia è titolare di un qualcosa*

---

3. A. Van Gennep, citato in Martine Segelen, *Riti e rituali contemporanei*, Bologna, Il Mulino 2002. Meyer Fortes, “*Religious Premises and Logical Technique in Divinatory Ritual*”, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, Volume 251, n. 772, pp. 409–4

4. *Digesto* Compilazione di opere di giuristi romani su incarico di Giustiniano – Contributi di Domizio Ulpiano

*che ciascun altro ha il dovere incondizionato di riconoscergli e, se ne ha la possibilità, di dargli. Si tratta, dunque, di un principio forte, che ha una valenza antropologica ed è per questo una virtù: un valore che induce l'uomo ad acquisire la consapevolezza del dovere di riconoscere le spettanze proprie di ogni essere umano e di operare per la loro realizzazione.*

Dike, dea della Giustizia, porta in una mano una spada e nell'altra una bilancia e i suoi occhi sono bendati.

Finché visse al tempo dell'età dell'Oro, era a capo degli uomini; era rispettata e amata e nessuna nazione straniera era impegnata nella guerra. Ma quando gli uomini che vennero in seguito iniziarono ad essere meno osservanti del dovere e più avidi, la giustizia si accompagnò più raramente a loro e il male, nell'età del bronzo, diventò estremo.

Allora Diche non poté più resistere oltre e volò fra le stelle con il nome di Astrea, formando la costellazione della Vergine.

Nella perizia, il concetto di giustizia diventa da una parte temuto e dall'altra rispettato e ambito, come se si trattasse di un rapporto con la Grande Madre che dispensa castighi e piacere, generatrice di vita e dispensatrice di morte.

Ma anche rappresenta un principio che garantisce la possibilità di instaurare una forma di coesistenza fra membri diversi e in quanto tale coincide con il diritto, cioè con l'insieme di pratiche sociali giuste, garantendo la simmetria fra le parti.

D'altro canto nelle indagini peritali di questo tipo non si ricerca tanto "il giusto" in assoluto: si ricerca ciò che è nella mente del soggetto/genitore riportando il soggetto stesso a una visione che possa coesistere con quella dell'altro (genitore), che altrettanto pensa di essere nel giusto.

Sembra che durante le operazioni peritali avvenga un processo esattamente contrario a quello che ha portato Diche nel firmamento: nella fase iniziale sembra sussista l'età del bronzo, con il *pòlemos* e il non rispetto delle regole. Solo nella fase finale, se i due genitori non sono troppo

spinti dai propri rispettivi legali (che nel perseguire la giustizia di ciascuno dei propri clienti non rincorrono quella assoluta, ma soltanto quella soggettiva) si può avere una pseudo Età dell'Oro nella quale i criteri di giustizia e le regole sono più seguiti.

Rientrano nel processo peritale anche gli archetipi della Pace e della Guerra, principi opposti dell'essere in relazione che implicano i due stati dell'esistenza del gruppo e del suo rapportarsi con l'Altro da sé e il suo riconoscimento.

## IL RUOLO DEL PERITO

Se quindi la perizia assume connotazioni e significati che vanno al di là del suo svolgersi pratico, anche per quanto concerne il perito entrano in gioco vari elementi che configurano la sua posizione; la sua identità assume, di volta in volta, sfaccettature diverse che possono essere anche vissute come espressione di vari archetipi rappresentanti l'immaginario del singolo e l'immaginario collettivo.

Il perito, cioè, è spesso vissuto in maniera differente dai vari protagonisti che entrano in gioco nella vicenda peritale e diviene oggetto di proiezioni spesso opposte a seconda della posizione o della rappresentazione mentale che hanno di lui – o che mettono su di lui – tutti gli attori del processo.

Non è estraneo a questa rappresentazione neanche il giudice, *primum movens* (il *πρώτον κινούν ἀκίνητον* aristotelico) che dà origine alla vicenda e che pone il quesito intorno al quale l'iter peritale ruota.

I due genitori (che chiameremo "periziandi"), i minori, i legali e i periti di parte che partecipano alle indagini entrano a far parte del novero di individui che proiettano sul perito la propria concezione della realtà di quel momento.

Il ruolo del perito è vissuto, dal Magistrato in primis, ma con lui anche dagli altri soggetti della vicenda, come quello del "Grande vecchio", il Grande Saggio che propone la propria scienza e la propria maturità, ottenuta tramite una serie di approfondimenti scientifici e cultu-

rali, oltrech  esperienziali, di quanto   in gioco e delle posizioni dei singoli interlocutori.

Appare come lo Zarathustra di Nietzsche che scende dalla montagna della conoscenza e dell'esperienza per mescolarsi agli uomini.

Proprio perch  l'investimento sul perito   troppo massiccio e le attribuzioni al suo operato, insieme alle aspettative incongrue, provocano delusioni e frustrazioni, la reazione pu  essere di attacco o di tentativo di annientamento perch  il risultato atteso da entrambe le parti non   quello voluto: ecco che allora si richiede un allontanamento, la sua sostituzione, nell'attesa di un dio, di un nuovo Messia, o un nuovo **Mago** che faccia il miracolo atteso o che sia – molto pi  semplicemente – pi  malleabile.

Archetipicamente, il perito assume anche un aspetto *ombra* del Grande Vecchio, che risulta opposto a quello precedentemente descritto, cos  che deve assumere di volta in volta anche l'identit  di **Puer aeternus**.

Il "bambino interiore" deve comunque essere presente nell'animo del perito perch  sono necessarie significative doti empatiche del vissuto e dell'attualit  emozionale di un minore che deve essere non solo capito e interpretato, ma anche rassicurato e aiutato.

La rappresentazione del Puer Aeternus risulta una rappresentazione ossimorica dell'altra, quella del Senex, ma raffigura anche una necessaria complementarit  che favorisce le persone esaminate.

Il perito deve trasformarsi in *Puer* per identificarsi negli aspetti infantile del minore esaminato, ma anche per identificarsi e saper comprendere quanto di infantile c'  nei genitori.

L'essere puer permette di mostrare loro quali aspetti affettivi e relazionali utilizzino per entrare in rapporto con l'altro, quali siano gli elementi fallimentari quando rimangono in attesa di affrontare i problemi e le sfide che l'esistenza propone loro, e i lati positivi come l'aver speranza per il futuro, l'amore e la curiosit  per ci  che   nuovo e cos  via.

Quest'ultimo aspetto ha bisogno di una specifica preparazione, non soltanto quella teorica che rappresenta la conoscenza delle dinamiche infantili, ma anche quella che permette la sperimentazione, "in quel" momento e "con quello" specifico periziando, di aspetti di s  che risuonano nel perito mentre sta espletando quella specifica funzione.

Entra in gioco una **funzione terapeutica e genitoriale**, in cui lo stesso perito tende a proiettare nel suo periziando elementi del proprio sentire e della propria esperienza e nello stesso tempo deve distaccarsene per riconoscere nell'Altro da s  quanto il genitore stia agendo o rispecchiando a sua volta elementi e dinamiche fallimentari.

L'opera che il magistrato si aspetta dal C.T.U. – e che il CTU espleta –   quella della **diagnosi**, propria del medico, la di  – gn sis, cio  della conoscenza (di s  e dell'altro) attraverso la quale procede l'indagine della mente e delle dinamiche che il soggetto mette in atto o percepisce e che non riesce a riconoscere.

  attraverso la **Gn sis**, che il periziando pu  far proprio il suggerimento e le annotazioni che il C.T.U. gli propone su se stesso e sulle dinamiche del suo Contesto intrafamiliare.

Attraverso questa conoscenza il periziando, nella migliore e pi  assoluta libert  di espressione e di rapporto, pu  comprendere aspetti di s  prima sconosciuti, pu  accettarli, pu  elaborarli e da essi pu  trarre un approfondimento della propria identit  (della conoscenza di s , appunto la Gn sis), cos  da poter dare inizio a un processo di cambiamento che lo porti, con la maggior consapevolezza di s , a una modificazione della modalit  di relazionarsi con s  stesso e con gli altri.

Nella fattispecie, la modificazione che pu  derivare da questo processo, appare come una trasformazione non solo di una identit  personologica, pur non nella sua totalit , ma una trasformazione del suo modo di relazionarsi all'altro genitore cos  da poter condividere con lui la propria genitorialit .

Sorge il **dubbio sulla funzione del perito e su quello che – in questo ambito – quello che debba o possa**

---

**fare.** Limitarsi a osservare il fenomeno che gli si prospetta davanti o modificarlo con la sua azione e fare in modo che, attraverso il processo di conoscenza, il singolo e il gruppo, in pratica il nucleo familiare, acquisiscano un'alta identità e un altro equilibrio?

Secondo la teoria psichiatrico forense, la perizia non deve essere fonte di cambiamento. Il perito deve esporre un giudizio obiettivo e basato sulla scientificità del proprio sapere.

Ma, di fatto, il perito è colui che saggia i movimenti psicologici che il periziando è in grado di fare e, per fare ciò, deve giocoforza stimolarlo a muoversi, quindi a non assumere una identità inerte, ma una identità plastica e in divenire, e una identità in movimento e in trasformazione.

In questo senso, il perito diventa un **medico** e uno **stregone**, colui che attraverso l'intuito (*in - tuitus* significa "sono guardato", ma anche "sono protetto") esamina e intrude all'interno della personalità dell'individuo, lo conosce e lo cambia.

Tale visione – che è spesso vissuta dal periziando e dal giudice con significati diversi (il primo si sente intruso e leso nella propria privacy, il secondo chiede che il perito gli proponga un nucleo in qualche modo "curato") fa sì che al perito si attribuisca una funzione trasformativa stante che i membri del nucleo familiare acquisiscono una seconda identità, più evoluta di quella precedente.

A proposito del Vecchio Saggio, si faceva riferimento allo Zarathustra di Nietzsche (si sottolinea che quello di Schopenhauer è un saggio che invece sale alla montagna, provenendo dai paesi dove risiedono le popolazioni che ha visitato) che, una volta acquisita la conoscenza, scende dalla montagna e quindi in qualche modo *si fa umano* e si appresenta agli uomini, per trasmettere la conoscenza acquisita. Ciò avviene non con una semplice modalità

di trasferimento passivo, ma con una trasmissione attiva che possa "entrare" nell'umano interlocutore per renderlo partecipe di quanto appreso – e di quanto da lui stesso elaborato – e trasformarlo nell'*übermensch*<sup>5</sup>.

Costui non è il superuomo inteso in senso dispregiativo dell'altro essere umano, ma l'uomo che ha una identità diversa e che diviene se stesso in una nuova epoca.

In altri termini e parafrasando quanto scrive Nietzsche, **il genitore diventa cosciente di sé stesso** e quindi in grado, proprio perché consapevole di sé, di apporre critiche lucide e consapevoli sul proprio essere con la disponibilità a modificarsi secondo principi "altri" che governino la consapevolezza di sé, l'autocritica, la fantasia e che possano permettergli una trasformazione dell'assetto di evitamento delle responsabilità prendendosi in carico se stesso.

Non si vuole infatti qui parlare di un superuomo o di un super genitore poiché non si vuole seguire pedissequamente un mondo di rivalsa che in certi momenti rasenta lo psicotico, ma l'importanza sta nel travalicare il limite dell'impossibilità ad autocriticarsi.

Né il perito, né il genitore devono quindi rincorrere il ritorno alla parte primordiale (il ritorno al "*nonno*" di cui parla Jung), ma, con un processo di conoscenza di questa e di sé, il genitore, attraverso il processo peritale, può imparare ad affrontare il proprio cammino, spesso frustrante e pieno di difficoltà, per arrivare a una maggiore autodeterminazione.

---

5. È un'immagine o figura metaforica che rappresenta l'uomo che diviene sé stesso in una nuova epoca contrassegnata dal cosiddetto nichilismo attivo. Secondo Nietzsche, infatti, il nichilismo passivo che segue alla scoperta dell'inesistenza di uno scopo della vita può essere superato solo con un accrescimento dello spirito, il quale appunto apre le porte a una nuova epoca. Questa nuova epoca, annunciata in *Così parlò Zarathustra (Also sprach Zarathustra)*, è quella in cui l'uomo è libero dalle catene e dai falsi valori etici e sociali dettati dallo spirito apollineo e dalla filosofia di Socrate, seguendo invece lo spirito dionisiaco.



## 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