



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 2 • luglio – dicembre

PSICHIATRIA OGGI

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

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

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbanò (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)

Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

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

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

Art Director:
Paperplane snc

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

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

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

IN PRIMO PIANO

- 6** Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero
di Cerveri G.
- 13** La salute mentale in Italia oggi: non "solo" un problema di finanziamenti
di Calò P.
- 17** L'indifferenza: ottavo vizio (o peccato) capitale o disturbo della personalità?
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 24** La scatola dei balocchi: studio esplorativo per la rilevazione dei comportamenti di azzardo nei giovani
di Barbini D., Caimi A., Coppin P., Redaelli S.F., Scaramuzzino M.F., Micheli D., Negri A.
- 33** Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura Indagine multicentrica nel territorio lombardo
di Costa A., Camastra M. e Zilioli L..
- 43** Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive
di Dibenedetto, C., Masserini, A., Corbelli, M., Giordano B., D'Agostino, A., Cavallotti S.
- 51** Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla co-struzione di nuovi percorsi
di Grecchi A., Casula V., Campagna V., Vairano F., Beraldo S., Miragoli P.
- 56** Gli psichedelici tra passato e presente
di Toscano M.
- 66** Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno
di Vender S.

PSICHIATRIA FORENSE

- 75** Breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria
di Amatulli A.
- 81** L'elefante nella stanza. Imputabilità e libertà di cura
di Ballantini M..
- 83** La sorveglianza del paziente per evitare autolesioni o il suicidio è doverosa
di Mantovani R.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 85** CONTRIBUTO ATS AITERP - ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico: passaggio da uopia a uop-dsm
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.
- 91** CONTRIBUTO DI SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE (S.I.S.I.S.M.)
L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'organizzazione del DSM. Il ruolo dell'Infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità
di De Paola T., Staltari M., Moro C.G.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 98** Luci e Ombre della Solitudine.
Manuela Barbarossa, Alberto Giannelli e Marialfonsa Fontana Sartorio di Cerveri G.

Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero

Giancarlo Cerveri

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

Con sempre maggiore evidenza siamo esposti in qualità di psichiatri a sollecitazioni confliggenti sul tema del rapporto esistente tra la patologia psichiatrica e le sostanze d'abuso.

Da una parte i dati di letteratura confermano con sempre maggiore chiarezza il legame tra l'esposizione a tali sostanze ed il rischio di sviluppare gravi disturbi psichiatrici in primis psicosi e schizofrenia.

D'altro canto, le politiche su alcune sostanze d'abuso stanno diventando sempre meno rigorose. Diversi stati si sono avviati o si stanno avviando verso una progressiva legalizzazione dell'utilizzo "medico" inizialmente e "ricreativo" successivamente della cannabis.

A questo si è aggiunto un nuovo impulso alle ricerche che hanno permesso di introdurre in commercio farmaci come Esketamina per la depressione maggiore resistente, una molecola molto simile nella struttura e negli effetti alla Ketamina, un anestetico ampiamente utilizzato come sostanza d'abuso per i suoi effetti dissociativi.

In Australia le autorità sanitarie hanno avviato il percorso per utilizzare psilocibina e MDMA per la cura della patologia depressiva e per il Disturbo Post-Traumatico da Stress. La Therapeutic Goods Administration (TGA), equivalente alla nostra AIFA, ha stabilito anche delle procedure certificative per gli psichiatri che potranno prescrivere queste sostanze che da anni sono molto note nel mondo degli psiconauti come Ecstasy e funghetti allucinogeni.

Come spesso accade nella storia della nostra disciplina ci troviamo a dover comporre istanze apparentemente con-

traddittorie che rischiano di assumere caratteri laceranti sia sul piano della condotta etica che di quella clinica.

A prescindere dalla posizione di ognuno di non rispetto alla tolleranza o meno rispetto al commercio delle sostanze d'abuso che, fatto salvo il rispetto della normativa vigente, resta individuale e frutto di un proprio convincimento personale che non ha a che vedere con il nostro ruolo professionale, non si può non essere coinvolti dalle tensioni mediatiche che vedono una rappresentazione dello psichiatra come il "prescrittore di pastiglie per il cervello" sempre accusato di giocare a fare il chimico con la personalità degli individui che ha in cura. Una rappresentazione che certo rischierebbe sempre più di appiattirsi su tali pregiudizi se da qui a pochi anni, come sembra sempre più probabile, ci trovassimo a prescrivere sostanze note per avere effetti dispercettivi e di modificazione transitoria di umore e coscienza, attualmente note al pubblico come sostanze d'abuso.

Esiste poi una lacerazione clinica che si fonda sul semplicistico principio che le persone affette da una patologia psichiatrica andrebbero curate con trattamenti appropriati e non esposti a comportamenti di abuso di qualunque sostanza con effetti psicotropi (alcol compreso).

Diventa dunque necessario riprendere alcuni concetti che ci possano essere da guida, in una fase di modificazione delle abituali procedure, in quanto potremmo essere esposti, a breve, a profondissimi cambiamenti nel modo di procedere per il trattamento di alcuni disturbi psichiatrici. Non è poi da escludere che l'avanzamento delle conoscenze in ambito neuroscientifico su questi

nuovi ambiti, potrebbe portare a modificazioni sostanziali della nostra stessa cornice di riferimento teorico-culturale sul modo di intendere i disturbi con cui abbiamo a che fare nella nostra attività. L'idea che la depressione o la schizofrenia possano essere il frutto di disregolazioni su neurocircuiti governati da sostanze ad oggi sconosciute potrebbe essere una sfida culturale notevolissima.

UNA BREVE STORIA TRA PSICOSI E SOSTANZE D'ABUSO

In questo editoriale mi soffermerò solo sul tema del rapporto tra psicosi e sostanze d'abuso, tralasciando gli effetti di quest'ultime su altre sindromi psichiatriche. Tale scelta, oltre che da un problema di spazio è legata al fatto che su questo punto si gioca con maggiore evidenza la necessità di comprendere la traslazione dei dati di letteratura nell'attività clinica rivolta ai propri pazienti per ottenere la possibilità di costruire risposte integrate e univoche in tutte le fasi del disturbo. Diventa cioè essenziale comprendere come organizzare le nostre risposte cliniche sulla base di una letteratura a volte complessa nella sua decodificazione

Comincerò da una breve storia, una narrazione che possa descriverci in modo esemplificativo quello che molti di noi hanno osservato in modo a volte incoerente a causa della modalità con cui i servizi sono organizzati e per come i pazienti li utilizzano. Spesso infatti facciamo fatica a cogliere una chiara visione longitudinale di pazienti che rimbalzano tra diversi servizi pubblici e privati con lunghe pause tra un episodio di cura e quello successivo (parlo di episodio di cura perché spesso la malattia persiste).

Marco (ovviamente nome di fantasia) viene ricoverato per due volte presso il Servizio di Diagnosi e Cura di un ospedale lombardo a seguito dell'emergere di ideazione interpretativa accompagnata da anomalie del comportamento. È un ragazzo giovanissimo, ha 19 anni, vive con i genitori ed una sorella. Grandi conflittualità in famiglia

ed un lavoro in una carrozzeria.

In entrambi i ricoveri (avvenuti a distanza di 9 mesi l'uno dall'altro) i sintomi erano apparsi a seguito di un consumo di cannabis un po' più intenso del solito. Il quadro si è risolto in modo completo nell'arco di 2-3 giorni. La dimissione è avvenuta in tempi brevissimi. La diagnosi è stata Psicosi Indotta da Sostanze e Disturbo correlato all'uso di Cannabis. È stato inviato al SERT dove non si è mai recato.

Di lui non si è saputo più nulla per due anni. È stato a Tenerife a vivere con una donna con cui faceva spettacoli di intrattenimento nei locali o per strada. Ha ovviamente proseguito l'uso regolare di cannabis.

Il rientro in Italia è avvenuto a seguito di anomalie del comportamento sempre più gravi che hanno portato alla rottura della relazione sentimentale. Il rientro a casa è stato molto tumultuoso con liti, gravi alterazioni del comportamento che nell'arco di un mese hanno portato all'intervento dell'autorità giudiziaria che ha disposto la misura di sicurezza in un reparto di psichiatria per reati commessi contro i genitori. La perizia ha confermato la non imputabilità per infermità psichica e la necessità di un ricovero in struttura riabilitativa.

Al di là delle questioni organizzative e giuridiche nel merito di un ricovero disposto dall'autorità giudiziaria, il tema clinico essenziale in questo caso è che Marco è andato incontro ad una transizione a Schizofrenia. I contenuti deliranti del pensiero si sono stabilizzati e vengono solo parzialmente ridotti nella loro pervasività dall'introduzione di una terapia con antipsicotico. Il suo funzionamento cognitivo e socio-lavorativo risulta gravemente scaduto. È presente ed è mantenuta una sintomatologia negativa marcata, non presente nei ricoveri di due anni precedenti. Tale quadro persiste per molti mesi.

Questo passaggio è avvenuto senza che i servizi di salute mentale e delle dipendenze abbiano potuto modificare la traiettoria di malattia di questo ragazzo.

Ora le questioni che ci si può porre sono diverse, proviamo ad esplicitarne alcune:

- Quale era la diagnosi più corretta dei primi due episodi di ricovero e quale trattamento avremmo dovuto impostare?
- Quale ruolo ha giocato la cannabis nella progressione del disturbo?
- Quali elementi potrebbero essere utilizzati per meglio definire la prognosi di alcune forme caratterizzate da sintomi psichici transitori?
- Se fosse stato trattato in modo diverso sarebbe stato possibile impedire la transizione a schizofrenia?

Ovviamente, queste riflessioni sono sfidanti per il senso di responsabilità clinica che abbiamo nel merito dei nostri comportamenti. Senza cadere nella facile tentazione di usare una logica *ex-post*, per cui si fanno discendere dalla conoscenza di ciò che è accaduto le indicazioni che sarebbero dovute essere applicate all'inizio del percorso, producendo così considerazioni che risultano tanto indiscutibili quanto inutili proprio perché fondate su una pre-conoscenza degli esiti in aperto contrasto con i principi dell'impossibilità di predire il futuro, risulta invece indispensabile approcciarsi con modalità fondate sull'apprendimento basato sulle evidenze a disposizione.

Le evidenze a disposizione nel merito del rapporto tra psicosi e sostanze d'abuso sono innumerevoli e, a tratti, contraddittorie, dunque necessitano di un serio approfondimento che non sia dominato da istanze di natura politica in merito agli effetti che le stesse sostanze d'abuso possono avere rappresentato da un punto di vista sociologico.

Il tema essenziale diventa dunque comprendere, sulla base delle conoscenze accumulate, quale sia la risposta più coerente da fornire ad un soggetto che giunge in contatto con i servizi di salute mentale a seguito di espressione di sintomi psichici più o meno gravi associati temporalmente all'intossicazione. Tipicamente i luoghi dell'osservazione

sono le astanterie del Pronto Soccorso o i reparti di Psichiatria. Come descritto anche nei manuali diagnostici parliamo di quelle condizioni in cui sono presenti sintomi psicotici (allucinazioni, deliri, disorganizzazione del pensiero o del comportamento) che si sviluppano durante o subito dopo una fase di intossicazione o di astinenza da sostanze psicoattive. Condizione in cui l'intensità e la durata della sintomatologia finisce per eccedere marcatamente i disturbi della percezione, del comportamento o della cognitivtà caratteristici della sola fase di intossicazione o astinenza. In sintesi, quando la sintomatologia appare attivata dalla sostanza d'abuso (o dall'astinenza di questa) ma che poi mantiene una propria autonomia espressiva per un tempo ed un'intensità marcata e che tende poi ad una tardiva autorisoluzione.

Sono aeree di grandissimo interesse epistemologico in quanto, rispetto ad un sistema nosografico (rappresentato dal *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder*) sostanzialmente ateoretico sull'eziologia dei disturbi, la psicosi indotta da sostanze rappresenta, insieme alle Disturbi da Stress un'eccezione patogenetica.

È poi rilevante osservare, a complicazione ulteriore del quadro che, se i numeri delle prime ammissioni in ospedale per psicosi possono includere questa condizione fino al 25% dei casi (più del 40% nei consumatori di anfetamine), questi soggetti sono spesso esclusi dagli studi di trattamento dedicati alle *early psychosis*, limitando così la produzione di quelle evidenze in merito a prevalenza, decorso e outcome che sarebbero necessarie per formare le risposte cliniche da organizzare nei servizi dedicati.

Un iniziale passo per definire quale sia la dimensione del problema è la consultazione dei dati riferiti al Rapporto Salute Mentale Analisi dei dati del Sistema (SISM anno 2022) (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3369)

In cui si possono estrapolare per esempio i ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura avvenuti

con diagnosi di dimissione “Alcolismo e tossicomania”. Possiamo infatti ragionevolmente ritenere che questi pazienti pur presentando gravi sintomi psichiatrici che hanno reso necessario il ricovero vengano poi dimessi con la sola diagnosi di Disturbo correlato all’uso di alcol o sostanze perché in breve tempo scompaiono segni e sintomi suggestivi di un disturbo psichiatrico primario. Insomma, queste diagnosi rappresentano una sorta di proxy imperfetto per identificare i soggetti con psicosi da sostanze. Il quadro che ne emerge permette di definire un gruppo di individui in grandissima prevalenza di sesso maschile, che rappresentano circa un decimo delle dimissioni totali e che hanno una durata media del ricovero che è circa la metà rispetto ai soggetti dimessi con diagnosi di “Schizofrenia e altre psicosi funzionali”.

Insomma, sembrerebbe che nei nostri reparti questi pazienti arrivino con una certa frequenza ma si fermano molto poco.

Se questi dati fossero realmente un valido indicatore (non lo sappiamo ma è difficile trovare di meglio nel nostro paese), l’identikit delle psicosi da sostanze ci direbbe che stiamo parlando di un paziente ogni 10 tra quelli ricoverati in SPDC, generalmente di sesso maschile, restano in reparto meno degli altri pazienti (Guariscono prima? Chiedono di uscire presto perché non si trovano bene? Craving da sostanze che li spinge a chiedere dimissioni anticipate?).

Probabilmente rischiano di essere pazienti trattati con meno attenzione rispetto ad un percorso di presa in carico nei servizi territoriali di psichiatria, il fatto stesso che gli venga attribuita una diagnosi nel gruppo diagnostico di “alcolismo e tossicomania” implica l’invio, nella migliore delle ipotesi, presso i servizi per le Dipendenze. Riprendendo lo scenario clinico riportato all’inizio di questa riflessione, la storia di questa tipologia di pazienti sembra essere già pre-determinata. Pochi e brevi interventi in reparto di psichiatria per fenomeni “acuti” e interventi rivolti al disturbo da uso

di sostanze nella migliore delle ipotesi dopo la dimissione.

Eppure tra questi soggetti alcuni, a distanza di qualche anno, svilupperanno in un percorso di progressivo aggravamento una grave patologia psichiatrica.

Le questioni di fondo riportano alla domanda se i sintomi psicotici che osserviamo in un soggetto esposto all’intossicazione da sostanza siano il solo risultato degli effetti farmacologici della sostanza d’abuso o se invece indicano una vulnerabilità alla psicosi.

Quale dunque è l’eziologia di una forma di schizofrenia che emerge da un disturbo Psicotico indotto da sostanze?

- È il prodotto di un’esposizione prolungata all’abuso?
- È il punto di incontro tra gli effetti dell’abuso ed una certa inclinazione o predisposizione individuale a sviluppare la malattia?
- È un disturbo insorto su un soggetto con una rilevante diatesi genetica che è stato solo precipitato dall’abuso di sostanze?

PROVARE A FARE CHIAREZZA

La letteratura scientifica offre diverse opportunità per comprendere il rapporto che esiste tra sostanze d’abuso e sintomi psicotici, una delle forme più interessanti è rappresentata dagli studi di popolazione basate soprattutto sui registri sanitari presenti nei paesi scandinavi che permettono di seguire intere coorti di popolazioni per molti anni valutando quali siano i reali dati di prevalenza di psicosi indotta da sostanze nella popolazione, i tassi di transizione a schizofrenia ed il peso di alcuni rilevanti fattori di rischio.

Il limite di tali studi è che difficilmente forniscono indicazioni di tipo causativo sui diversi fenomeni che si osservano.

In uno studio di questo genere condotto in Danimarca da Starzer e colleghi sono stati studiati oltre 6000 soggetti con diagnosi di Psicosi da Sostanze. Nel tempo si è osservato quale era il rischio di sviluppare un Disturbo

Schizofrenico.

I risultati sono stati molto interessanti, gli elementi più significativi per questa trattazione sono i seguenti:

- La maggior parte dei casi sono indotti da alcol, perché è la sostanza d'abuso più diffusa.
- La maggior parte delle conversioni avviene nei primi anni dall'episodio indice.
- Il rischio di transizione a schizofrenia è minimo per l'alcol ed è massimo per la cannabis. Se circa il 10% delle persone che vengono ricoverate con Psicosi Indotta da Alcol sviluppano schizofrenia, questo percentuale sale a oltre il 40% nel caso della cannabis.

Emerge dunque l'idea che quando un soggetto giovane viene ricoverato per sintomi psicotici insorti a seguito dell'assunzione di cannabis, abbiamo a che fare con una condizione ad altissimo rischio di schizofrenia e dovremmo pertanto attrezzarci per fornire un appropriato percorso di tipo clinico ed informativo per il paziente ed i familiari finalizzato a ridurre il rischio di transizione. Dai dati SISM sembrerebbe invece che questi pazienti vengano dimessi in tempi brevissimi e non indirizzati a servizi di cura territoriali per patologie psichiatriche. Sempre nello stesso studio gli autori osservano che per la schizofrenia nei primi 3 anni avvengono circa il 50% delle transizioni; pertanto, sarebbe necessario un follow up stretto ed un intervento di natura preventiva della durata di almeno 2 anni per ottenere i migliori risultati possibili.

Anche in altri studi di registro su casi di altri paesi (sempre scandinavi) si sono ottenuti risultati analoghi, osservando in aggiunta che il rischio di transizione tende a decrescere con l'età. Dunque, l'indicazione sembra essere quella di concentrare gli sforzi di monitoraggio e prevenzione sulle persone più giovani che vengono ricoverate per sintomi psicotici associati ad uso di sostanze per almeno 2-3 anni dall'episodio e particolarmente se tale episodio è associato ad uso di cannabis.

Ci sono poi studi diversi di tipo osservazionale che

appaiono più interessanti per la possibilità di studiare gruppi di pazienti reali (a differenza dei registri nazionali che riportano dati provenienti dai flussi informativi). Il limite è in questo caso l'esiguità del campione che rende difficile giungere a conclusioni con rilevanti elementi di certezza. Studi metanalitici riescono almeno in parte a correggere tali limitazioni. Nel 2020 su *Schizophrenia Bulletin* è stata pubblicata una di queste metanalisi che giungeva ad alcune interessanti conclusioni. Per cominciare confermava che la psicosi indotta da sostanze è una realtà eterogenea. Soggetti giovani in particolare se l'hanno presentata a seguito di abuso di cannabis sono ad elevatissimo rischio di transizione, non tanto diverso da coloro che presentano disturbi come Disturbo Psicotico Breve o Disturbo Schizofreniforme.

Insomma, si delinea un quadro sufficientemente omogeneo pur da studi con disegni sperimentali profondamente diversi.

La Psicosi indotta da Sostanze diventa dunque un'entità meno omogenea in cui vanno differenziate sostanze a maggior rischio di transizione come la cannabis e sostanze a rischio inferiore, come l'alcol. L'età giovane risulta un altro fattore di rischio. I primi 3 anni dall'episodio indice è poi il periodo in cui i servizi hanno la necessità di attivare il massimo sforzo di intervento per ridurre l'assunzione della sostanza d'abuso ed attivare tutti gli interventi ritenuti necessari per ridurre il rischio di transizione.

Una dimissione troppo rapida dal reparto a seguito della cessazione dei sintomi psicotici ed un invio ai soli servizi per le Dipendenze, quando risultino presenti i fattori di rischio sopramenzionati, potrebbe ritenersi un intervento non appropriato.

LA QUESTIONE CANNABIS

Lo spettro delle psicosi associate a cannabis e cannabinoidi varia da stati psicotici brevi e disturbi psicotici cronici. Oltre ai dati osservazionali anche studi in laboratorio

forniscono evidenza che la cannabis ed il suo principale costituente psicoattivo il delta- γ 9-tetraidrocannabinolo insieme ai cannabinoidi sintetici sono in grado di produrre sintomi positivi, negativi e cognitivi che assomigliano alla sintomatologia schizofrenica.

In una recente pubblicazione di D'Sousa sull'autorevole rivista *World Psychiatry* nel 2023, si osserva come nelle valutazioni epidemiologiche presenti in letteratura, l'esposizione a cannabis aumenta il rischio di schizofrenia da 2 a 4 volte. La curva dose/risposta appare lineare (maggiore è il rischio quando aumenta l'esposizione a cannabis per frequenza e durata). Altri moderatori di legame sono la precoce età di inizio di assunzione, il trauma infantile e l'esposizione ad altre sostanze d'abuso.

D'altra parte, creare una lettura semplicemente causale tra i due fenomeni è, ad oggi, ancora non possibile. La causalità, quando applicata a disturbi multifattoriali presenta diverse limitazioni. La schizofrenia o il gruppo delle schizofrenie, come alcuni autori sostengono, potrebbero avere eziopatogenesi eterogenee, così che solo in alcuni casi la cannabis potrebbe evidenziare il suo effetto patogenetico o eziologico in una sorta di specifico "sottotipo psicotico". Altro dato importante, in linea con l'eziopatogenesi multifattoriale della schizofrenia, la cannabis è una causa né necessaria né sufficiente per lo sviluppo del disturbo schizofrenico. È probabile che la cannabis abbia un ruolo solo parzialmente causale interagendo con altri fattori come la predisposizione genetica a manifestare il disturbo

CONCLUSIONI

In conclusione, le psicosi indotte da sostanze (particolarmente se indotte da cannabis ma anche allucinogeni o anfetamine), sono associate ad un rischio di transizione molto elevato, solo lievemente inferiore a quello osservato per altre gravi condizioni come il Disturbo Psicotico Breve.

Nonostante le persone con psicosi indotta da sostanze

possa aver un rischio molto elevato di sviluppare una patologia come la schizofrenia, spesso viene escluso dai servizi per la diagnosi precoce di schizofrenia o interventi specifici di tipo assertivo territoriale, spesso a causa della falsa convinzione che queste persone presentino una condizione benigna e dall'andamento autolimitantesi.

In particolare, per coloro che presentano Psicosi Indotta da Sostanze, specie se da cannabis, anfetamine o Allucinogeni, la cornice teorica di riferimento dovrebbe essere quella di inserirlo in specifici programmi di intervento assertivo per la diagnosi precoce di schizofrenia.

BIBLIOGRAFIA

1. D'Souza, D. C. (2023). *Cannabis, cannabinoids and psychosis: a balanced view*. *World psychiatry*, 22(2), 231.
2. Mathias S, Lubman DI, Hides L. Substance-induced psychosis: a diagnostic conundrum. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(3):358–367.
3. Murrie, B., Lappin, J., Large, M., & Sara, G. (2020). *Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. *Schizophrenia bulletin*, 46(3), 505-516.
4. Starzer, M. S. K., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2018). *Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis*. *American journal of psychiatry*, 175(4), 343-350.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

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

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

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

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

Presidente:

Mauro Percudani, Milano

Presidente Eletto

Massimo Clerici, Monza

Segretario:

Giovanni Migliarese, Vigevano

Vice-Segretario:

Matteo Porcellana, Milano

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli
Luisa Aroasio
Stefano Barlati
Scilla Beraldo
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Simone Cavallotti
Federico Durbano
Gian Marco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carlo Fraticelli
Carla Morganti
Silvia Paletta
Nicola Poloni
Paolo Risaro
Matteo Rocchetti
Marco Toscano
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni
Claudio Mencacci