



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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



Il valore della ricerca.

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

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

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

Janssen. Più vita nella vita.

janssen 



SOMMARIO

AnnoXXXII • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

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

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

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

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

IN PRIMO PIANO

3 **Elogio del silenzio**
di Giannelli A.

11 **Le sfide della psichiatria**
Ricerca, conoscenza e competenza
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 **Un posto per i giovani**
Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asl "Santi Paolo E Carlo" di Milano
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.

30 **Adolescenti e identità riflesse**
Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie
di Bruno D.

37 **Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici**
Esiti di un'indagine sul Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.

46 **Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici**
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.

54 **L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri**
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A., Salemi O.

64 **L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere**
di Grecchi A.

74 **ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze**
Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento
di Migliarese G., Zita G.

88 **L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con Amicizia Metodologia E Dati Preliminari**
di Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M.

95 **La salute fisica degli utenti**
Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari
di Porcellana M., Morganti C., Antognoni G., Rapuano A., Lopes C., Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M., Porcu T., Zanolio A., Percudani M.

PSICHIATRIA FORENSE

100 **La posizione di garanzia e il medico psichiatra**
di Pellegrini P.

OLTRE LO SPECCHIO

111 **Qualcuno volò sulla villa**
di E.S.

IN COPERTINA: *Pietro Baratta, Saggazza, 1705-08*
Santi Giovanni e Paolo, Venice

©WEB GALLERY OF ART

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

Elogio del silenzio

Alberto Giannelli

L'incipit di questa poesia mi fa rivivere il fascino del silenzio. Il silenzio non è solo assenza di parole, è anche qualche cosa che sovrasta dietro le parole. Come la musica non sta solo nelle note, ma anche tra le note o dietro di esse. Prima penso e poi parlo, e mentre penso sono in silenzio. Dal silenzio germogliano le parole, e poi magari ci sfuggono al di là di quanto pensato. Allora si dice che c'è chi prima parla e poi pensa. Per qualcuno la parola è morta quando è pronunciata, per altri comincia a vivere proprio quel giorno. *Il silenzio è complice dell'ascolto.* Non si ascolta se non si tace. Le parole lette valgono più di quelle scritte. C'è chi ha detto di essere più orgoglioso di quello che ha letto che di quello che ha scritto. Ci sono miliardi di pensieri che vanno perduti per sempre perché mancano o scarseggiano i mezzi per esprimerli, cioè le parole. Nel silenzio delle abbazie e dei monasteri si comunica attraverso i gesti, la mimica, gli sguardi. In contesti del gene-

*Dolce e chiara è la notte, e senza vento
e queta sovra i tetti e tra gli orti
posa la luna*

Giacomo Leopardi
La sera del dì di festa

re può essere chiamato in causa il sistema dei neuroni-specchio. Anche quando vogliamo dire a una persona una cosa che non vogliamo che gli altri presenti la sentano. Vale a dire che *il silenzio non è il contrario della comunicazione.* Quando in silenzio leggiamo, c'è qualcuno che comunica con noi, che ci parla: il libro. Non per niente diciamo che questo libro parla di questo o di quell'argomento¹. A qualsiasi lingua appartenga il compositore, ascoltando la sua musica io lo comprendo. La musica travalica qualsiasi frontiera. La

musica si sente, ma non si ascolta altro che in silenzio. Tra sentire e ascoltare c'è la stessa differenza che tra vedere e guardare. Tra dire e parlare.

Nell'ambito della psicoterapia il vero ascolto coincide con il sentire ciò che si sente, non limitandosi a sentire quello che dice il paziente. Questo è l'ascolto. Che esige silenzio. Molti pazienti, specialmente nella fase iniziale del trattamento, si lamentano perché in seduta il terapeuta non parla o parla



John Henry Fuseli, Silence, 1799-1801

1. Paolo Rumiz, *Il filo invisibile*, Feltrinelli, 2019

poco. Ma senza il silenzio non nasce alcun transfert, magari nascono una alleanza o un rapporto empatico, ma non un transfert.

Noi siamo immersi in un mare di parole, di suoni e di rumori. Per parlare con qualcuno facciamo ricorso a tutti i mezzi che la tecnologia ci ha messo a disposizione. Basta camminare per le strade delle nostre città per renderci conto che più di due terzi delle persone che incrociamo sono fissate sul cellulare e, se non parlano, lo guardano o lo manipolano come un feticcio o un talismano o un amuleto, in una sorta di inquietante dipendenza. La gente, per strada o sui mezzi pubblici o al volante della propria auto o in bicicletta o sul monopattino elettrico sta con il cellulare in mano. Non sta più assaporando il piacere sottile del silenzio. Essere sempre connessi impedisce il silenzio.

Ma al di là di questo rumore, di questo fragore che proviene dall'esterno, c'è anche quello che proviene dal nostro mondo interno, una sorta di rumore di fondo che si concretizza in fastidiose preoccupazioni, ma anche in pensieri dominanti o, nei casi patologici, addirittura ossessivi o paranoicali.

Eppure il silenzio ristora, ritempra, recupera i suoni e le parole che provengono dal nostro mondo interiore. Permette di riflettere, estraniarci dall'ambiente circostante, dalle sue effimere sirene, di ritrovare il paradiso perduto. È solo e in silenzio il feto all'interno del grembo materno, è per questo che sente, anzi ascolta la voce della madre, avverte il ritmo del suo respiro e del battito del suo cuore. Quando viene alla luce e piange disperato, solo la madre prendendolo in braccio riesce a calmarlo, perché lui ritrova nell'abbraccio seno-brachiale il perduto contenitore uterino. Sono quei suoni, quella voce,

quei ritmi del cuore e del respiro materni, quella musica ascoltata per tanti mesi in silenzio e in solitudine, che gli permettono di superare o, meglio, attenuare l'angoscia derivante dal trauma della nascita. Dice il poeta "*nasce a fatica l'uomo, e rischio di morte è il nascimento*"².

È nella solitudine e nel silenzio che, dopo l'ultima cena, Cristo nell'orto degli ulivi vive durante la notte l'angoscia dell'abbandono da parte dei discepoli e quella dell'imminente tradimento. Supplica Dio, ma Dio tace. Solo sulla croce a un certo punto Lui griderà "Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?" (Mc, XV, 33-35). Ma da quel silenzio di Dio e da quella sofferenza carnale vissuta dal Figlio Unigenito in una umana, ma spietata solitudine, ha preso vita l'aspetto rivoluzionario del messaggio cristiano, su cui anche la psicoanalisi non ha mancato di dare interessanti contributi³, pur essendo pochi gli psicoanalisti che pubblicamente si dicono credenti e cristiani.

C'è bisogno del silenzio, di alcune pause in cui si tace, non si sente né si ascolta se non sé stessi, sommersi come siamo nel fragore senza sosta del mondo che abitiamo. Ne è testimonianza anche il progetto, promosso a Milano, di aprire *case o stanze del silenzio*, a cominciare dalle strutture ospedaliere e riabilitative per poi estenderlo anche alle stazioni, agli aeroporti, alle carceri, insomma spazi dove poter, anche solo per un breve periodo, sottrarsi al frenetico ritmo della vita scandita dalla globalizzazione e dalla iperconnessione. Spazi aperti anche al dialogo interreligioso, ai credenti e ai non credenti, ai cristiani e ai fedeli di altre religioni, agli atei e agli indifferenti. Ma dove, accanto e al di là degli aspetti religiosi o comunque di preghiera, ognuno possa ascoltare solo sé stesso. Del resto, ascoltandosi l'uomo prega, in silenzio, ma prega.

2. Giacomo Leopardi, *Aforismi*

3. Françoise Dolto, Gérard Séverin, *Psicanalisi del Vangelo*, Rizzoli, 1978; Massimo Recalcati, *La notte del Getsemani*, Einaudi, 2019

Gli stoici, come Seneca, ritenevano che le parole accompagnassero il pensiero, ne fossero segno e veicolo; gli epicurei, come Lucrezio, che non lo servissero, ma lo generassero⁴. L'uomo è un essere pensante che parla, ma conosce il silenzio. Gli animali e le piante non parlano né mentono né ridono, possono solo piangere, magari in silenzio. Anche la follia intesa nella sua accezione più ampia, parla, a volte grida, ma molte volte tace. Chi da psichiatra ha vissuto l'esperienza manicomiale ricorda bene il silenzio che calava di notte, anzi già al primo calare del buio, nelle lunghe corsie, interrotto ogni tanto da grida disperate di qualche malato costretto nel suo letto da misure di contenzione. Una nostra poetessa, che sublimava nella forza espressiva dei suoi versi la sofferenza dell'esperienza manicomiale, diceva che anche la follia merita un applauso⁵. Molti secoli prima, un grande umanista aveva scritto l'elogio della follia, tessendo le lodi di quella superiore follia che tale appare solo agli occhi del mondo⁶.

Del resto, la psichiatria nel suo aspetto di ancella della follia, conosce i silenzi degli ammalati, brevi o lunghi, spontanei o indotti, continui o discontinui, isolati o ripetuti nel tempo. Dal silenzio o, meglio, dal mutismo che blocca un sopravvissuto a un disastro all'emozione paralizzante nella quale si configura una conversione istrionica al mutacismo di uno stupore catatonico o maniacale fino all'autismo melanconico. Silenzi che vanno rispettati: sollecitare, invitare, incitare il paziente a parlare ha l'effetto di radicarlo ulteriormente nella sua temporanea uscita dall'ambiente che sente ostile, vessatorio,

prevaricante. Stimolare un depresso a parlare, tramite un atteggiamento "simpatico, estroverso", ha in sé qualche cosa di sadico. È un atteggiamento paragonabile a quello di un tizio che incontrando un amico o un conoscente in lutto si mette a raccontargli le proprie fortune⁷. Un discorso a parte andrebbe fatto a proposito dell'autismo di E. Bleuler e di quelli di Leo Kanner e Hans Asperger.

Anche la neurologia conosce il silenzio che però non compare come scelta né come reazione né come temporaneo inaridimento del pensiero. Ricordo la descrizione di un caso clinico nel quale un celibe e benestante sessantenne subì un ictus che gli tolse la parola e la capacità di scrivere, senza offendere quella di leggere, pensare, decidere, acconsentire o no al volere altrui. Da tempo amorevolmente assistito dalla nipote, un altro nipote che ambiva al suo consistente patrimonio tentò di farlo interdire. Lo psichiatra che andò a visitarlo su un foglio scrisse se voleva lasciare tutti i suoi beni alla nipote che da molti anni lo assisteva: con un immediato cenno del capo fece intendere di sì. Su un altro foglio se voleva lasciare i suoi beni al nipote e lui con rabbia afferrò il foglio e lo lacerò⁸. Questo aneddoto è un esempio di come il silenzio possa configurarsi nella impossibilità non di formulare pensieri, idee, propositi, ma in quella di comunicarli con le parole. L'afasia intesa come una forma particolare di amnesia? In soggetti poliglotti che riacquistano la parola dopo un coma o una commozione cerebrale traumatica si esprimono fin da subito con la lingua madre, non con quella che per motivi di lavoro o di altro genere usano da molti, a volte moltissimi anni

4. Ivano Dionigi, *Quando la vita ti viene a trovare*, Laterza, 2018

5. Alda Merini (1931–2009)

6. Erasmo da Rotterdam (1469–1536)

7. A.A: Semi, *Tecnica del colloquio*, R. Cortina, 1985

8. O. Fragnito, M. Gozzano, *Semeiotica e diagnostica neuropatologia*, Idelson, 1954

nella loro quotidianità. Al risveglio da un elettroshock con il metodo succinil-barbiturico il paziente tace per qualche decina di secondi e anche più, poi riprende a parlare in una situazione simil-confusionale o in certi casi si riaddormenta. Questi silenzi a dir così “neurologici” vanno monitorati nel tempo e, se occorre, interrotti da adeguati mezzi farmacologici. Non hanno, evidentemente, niente a che fare con quelli “psicopatologici”, anche se le neuroscienze potrebbero un giorno mettere in luce convincenti correlazioni cerebrali. Ci sono già al riguardo interessanti ricerche che hanno evidenziato come la lesione di un emisfero liberi le attività (anche quelle creative) dell’altro fino a quel momento tenute sotto controllo, a dimostrazione di come neuropatologia e psicopatologia trovino sempre più argomenti empirici di (ri)avvicinamento, il che non toglie che la psichiatria debba continuare a essere una disciplina del tutto autonoma (ma questa posizione per essere adeguatamente argomentata richiede un articolo a parte)⁹. L’aneddoto sopra riportato risale a un fatto degli anni cinquanta del secolo scorso, in un’epoca dunque pre-neuroscientifica. Con la moderna tecnologia di visualizzazione cerebrale si potrebbe oggi dare un contributo chiarificatore alla polemica discussione che soprattutto in Francia a cavallo tra XIX e XX secolo si incentrò sui rapporti tra afasia, amnesia e demenza e della quale il famoso Pierre Marie fu eminente protagonista.

C’è poi il silenzio dello psicoterapeuta (del quale un accenno ho fatto in precedenza, a proposito del transfert) e / o quello del paziente in seduta. Un silenzio tutt’altro che infrequente, che fa parte del dialogo stesso, ed è assolutamente produttivo, un silenzio eloquente, per

usare un ossimoro. Un silenzio che è indicativo della resistenza del paziente o dell’imbarazzo del terapeuta, ma che va rispettato sempre, anche quando è prolungato, perché può rappresentare l’occasione di un raccoglimento e di un’attesa proficua all’affiorare di ricordi o alla maturazione di un *insight*¹⁰. Non può che seguirne la ripresa di un dialogo arricchito. Parole nuove ma che rimandano al loro antico sinonimo, il verbo (in greco *logos*, da cui *dia-logo*). Nella religione cristiana il verbo, anzi il Verbo è Cristo. Dice l’*incipit* di uno dei quattro vangeli canonici: “in principio era il Verbo, e il Verbo era con Dio, e il Verbo era Dio” (*Gv, I, 1-2*). Ma Dio tace, nella letteratura biblica più di una volta, e per noi resta incomprensibile come anche dal suo silenzio derivi il concetto di tre sussistenze in Lui, mentre noi rimaniamo una sola persona.

I silenzi dell’alunno di fronte al docente o dell’indagato che si avvale della facoltà di non rispondere o di chi assiste a un reato ma si rifugia nell’omertà o del medico che imbarazzato non osa dire al malato la gravità della sua condizione o di chi sa che parlando mentirebbe, sono strumentali al raggiungimento di un fine il cui spessore etico va valutato caso per caso, senza imprudenti generalizzazioni. In questi casi vale il concetto che un atteggiamento per esserci nega qualcosa che avrebbe dovuto (o potuto) essere al suo posto¹¹. Sono silenzi che non meritano alcun elogio. La stessa cosa vale per quello che ho prima definito silenzi “neurologici” (afasia, amnesia, deficit neuro-cognitivi, autismo).

Meritano, invece, un elogio i silenzi che derivano dalle condizioni psicopatologiche già segnalate e quelli che rispondono al principio fondamentale secondo il quale

9. E. R. Kandel, *La mente alterata*, R. Cortina, 2018

10. M. Trevi, *Dialogo sull’arte del dialogo*, Feltrinelli, 2008

11. V. Mancuso, *Il bisogno di pensare*, Garzanti, 2017

il silenzio è il presupposto dell'ascolto. I primi attengono alla condizione contingente del malato, il secondo alla perizia e all'esperienza del terapeuta. Quest'ultimo lavora con la sua mente per la mente altrui. Con le parole, ma anche con i silenzi. Nelle fasi iniziali del trattamento il terapeuta lavora con uno sconosciuto, che può trovare difficoltà a raccontare sé stesso, a descriversi, e, quindi, imbarazzato, si rifugia in pause, in silenzi, anche ripetuti nel corso della seduta.

Ma c'è un sentimento che spesso ha a che fare con il silenzio: quello della solitudine. Anch'esso merita qui, se non un elogio, almeno qualche breve riflessione. Solitudine e silenzio sono una coppia che il più delle volte non conosce né separazione né divorzio. A cominciare dall'esperienza pre-natale, intra-uterina (già ricordata). Essere solo non significa necessariamente sentirsi solo. La solitudine e il sentimento di solitudine non sempre coincidono o si identificano l'una nell'altro. Analogamente, la colpa e il sentimento di colpa, la vergogna e il sentimento di vergogna. Solitudine, colpa e vergogna attengono alla condizione umana, elaborate, vissute ed espresse dalla mente, normale o alterata che sia. La solitudine quale scelta di vita: non va compianta, ma rispettata. Lo dice bene il filosofo sempre dotato di un'acuta, ma amara ironia "...Bisogna dunque lasciare a certi uomini la loro solitudine e non essere così sciocchi, come spesso accade, di compiangere a causa di essa"¹².

Un riferimento autobiografico? Forse, ma non solo. Della scelta della solitudine ci sono molte testimonianze

nella storia delle religioni abramitiche, della filosofia, della scienza e dell'arte¹³. Le più alte vette dell'astrazione richiedono periodi (anche lunghi) di solitudine e di silenzio. La solitudine sociale, cioè l'isolamento e l'emarginazione, imposti per motivi politici o religiosi, è naturalmente un'altra cosa. Come un'altra cosa è il *solipsismo*, che allude alla assoluta invalicabilità della coscienza per cui l'io a rigore conosce solo sé stesso (*solus ipse*) e gli altri soltanto come contenuto della propria coscienza¹⁴, termine filosofico ma che tradotto in psicologia potrebbe riferirsi al narcisismo infantile.

Che la solitudine e il sentimento sofferto della solitudine siano due esperienze non necessariamente sovrapponibili ce lo dimostra proprio il bambino che gioca da solo anche in assenza della madre perché, avendone introiettato la figura, la madre anche se fisicamente assente è con lui. Significativo è quanto ebbe a dire Pablo Picasso a uno dei suoi biografi, e cioè che quando cominciava un quadro aveva l'impressione che ci fosse qualcuno con lui, ma quando lo aveva finito aveva l'impressione di avere lavorato da solo (solitudine in presenza di qualcuno sec. Winnicott ?)¹⁵.

Detto diversamente, il sentimento di solitudine non è necessariamente penoso, anzi può avvertirci, farci sentire o, se si preferisce, *pre-sentire* nel senso di Rilke¹⁶, la necessità o il desiderio di essere o stare da soli (sentimento, sentire, hanno la stessa radice etimologica). Solitudine non come rassegnazione o rinuncia o accidia, ma come apertura a una imprevedibile creatività, anche a rischio di

12. F. Nietzsche, *Umano, troppo umano*, 1878

13. A. Oliverio, *La società solitaria*, Ed. Riuniti, 1979

14. U. Galimberti, *Dizionario di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, Feltrinelli, 2018

15. D. W. Winnicott, *The capacity to be alone, in The maturational processes and the facilitative environment*, London, 1969

16. R. M. Rilke (1875–1926) *Elegie duinesi*, 1923. In Presentimento "Io sono una bandiera immessa in lontananze / Presento i venti a venire e devo viverli..."

cedere alla follia (penso a Tasso, a Holderlin, a Nietzsche, a Campana, a Pound ecc.).

Venendo a noi, alla nostra cultura specifica e all'esercizio della nostra professione in veste di psicoterapeuti, propongo un'ultima riflessione attinente ai *disturbi dello spettro schizofrenico*, che, accanto e al di là di aderire a un paradigma neurobiologico piuttosto che ermeneutico, sono tuttora una condizione psico(pato)logica con cui confrontarsi è arduo. Si tratta, infatti, di riparare lo scacco dell'intersoggettività in cui tali disturbi, la schizofrenia p.d. in primis, trovano ragione della loro epifania.

Oltre che indifferente, lo schizofrenico percepisce la realtà esterna come ostile, come una aggregazione di relazioni negative, e di oggetti persecutori, e lo psicoterapeuta fa parte di tale realtà. Il paziente si ritira dal mondo, non gli partecipa, se ne allontana, e allora l'esistenza si trova costretta, coartata, nella propria individualità, da cui derivano la *solitudine autistica* e il problema di quale posto essa occupi nella *Gestalt schizofrenica*. Restano, anche se lontane nel tempo, tuttora valide le lezioni di E. Bleuler, di E. Minkowski, di B. Callieri, di L. Binswanger, di G.E. Morselli, di E. Borgna, di M. Klein e altri, nomi poco conosciuti o sottovalutati da chi, seguendo **acriticamente** la via della psicofarmacologia, scolorisce della psichiatria il volto umano e sociale¹⁷.

È seguendo la loro lezione che si può trovare la chiave di lettura dell'autismo e della solitudine autistica. L'autismo (ricco o povero che sia) è un mondo a sé stante, autonomo, dotato di una sua struttura con componenti affettive e conflittuali, e non si riduce soltanto a negazio-

ne del mondo esterno (come riteneva la psicopatologia kraepeliniana). Esso non si limita tramite il silenzio e la solitudine alla rottura della comunicazione, ma diventa (può diventare) il costituirsi (stra-ordinario) di una logica e di un linguaggio alternativi (come intende la psicopatologia mittel-europea e anche italiana, non senza, sia pure per altre vie, la psicoanalisi postfreudiana con gli apporti di M. Klein e dei suoi epigoni). Sotto questo aspetto l'autismo non è necessariamente la perdita del mondo, ma una forma nuova e originale di salvazione esistenziale: seguendo Gadamer possiamo dire che rappresenta, più che una perdita, una rinuncia e una ricerca di qualche cosa. Un qualche cosa che il terapeuta deve individuare e lo può fare usando questa chiave di lettura¹⁸, *se, oltre al fallimento, vuole evitare un'altra solitudine, la sua*.

Infatti, esiste -può esistere- la solitudine del terapeuta di fronte allo schizofrenico (non alla schizofrenia). Qui è in gioco lo scacco (interiore) dell'incontro inter-personale. Di fronte all'autista, il terapeuta è anch'egli solo, muto, incapace di entrare in una *Eigenwelt* nella quale si è persa o è andata in crisi la comunicazione linguistica in tutti i suoi aspetti. Di fronte all'*impasse* del silenzio o di un linguaggio indefinibile di cui non si conosce il codice, può essere utile, tramite una comunicazione extraverbale, ad es. il disegno, creare *un soggetto transizionale*, una sorta di fantasma interiore, di un *terzium*, inserito nella diade terapeutica, cui danno vita le proiezioni di entrambi (terapeuta e paziente) al fine di stabilire una intersoggettività destinata a diventare in un secondo tempo una interpersonalità¹⁹. (Segnalo una interessante

17. E. Bleuler, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Springer, 1943; E. Minkowski, *La schizofrenia*, Desclée de Brunwer, 1953; L. Binswanger, *Schizophrenie*, Neske, 1957; B. Callieri, *Il "borderline" dell'autismo: la perplessità in Autismo schizofrenico*; G.E. Morselli, *Aspetti psychopathologiques de la schizofrenie*, L'Evolution psychiatrique, III 539, 1958; id. *A proposito di schizofrenia*, Il pensiero scientifico, 1968; E. Borgna, *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, 1988; id. *Come se finisce il mondo*, Feltrinelli, 1995; M. Klein, *Sul senso di solitudine* in Trattato di Psicoanalisi di A.A. Semi, vol. I, R. Cortina, 1988

18. M. Schiavone, *Bioetica e psichiatria*, Patron, 1990; H.G. Gadamer, *Über das Zeitproblem in Abendland*, Uthig, 1978

19. G. Benedetti, *Seminario teorico-clinico sulla terapia delle psicosi*, Relazione alla Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica, Milano, 17/11/1991

documentazione sull'isolamento e sulle carenze affettive patite durante la loro infanzia da molti psicoterapeuti, cui non è estranea la necessità di una analisi personale che li porterà in un secondo tempo a intraprendere la loro professione²⁰).

Ma c'è — può esserci — anche la solitudine del ricercatore di fronte alla schizofrenia. Si badi bene, la solitudine, non l'isolamento, perché oggi il ricercatore, lo scienziato lavorano in équipe e comunicano ampiamente con i vari gruppi di lavoro sparsi nel mondo. La schizofrenia rimane ancora un enigma. La scienza fruisce della ragione sia nel metodo che nell'analisi dei fenomeni su cui indaga e ricerca. Ora, nulla si presta meno all'indagine scientifica della passione: intendo a essere compresa, non curata. Al di fuori dei disturbi prettamente organici, le malattie mentali sono un eccesso di passioni, di passioni non governate, come aveva già intuito il giovane Esquirol nella sua *thèse*. Del resto, le grandi esperienze psicotiche non sono tematizzate dal naufragio originario della ragione, ma semmai dalle crisi tumultuose della vita emozionale che si riflettono su quella razionale²¹. Dunque due solitudini, quella del terapeuta di fronte allo schizofrenico, E quella dello scienziato e del ricercatore di fronte alla schizofrenia.

Mi permetto un raffronto tra psicoterapeuta e scrittore. Quest'ultimo può sentirsi solo di fronte alla pagina bianca. Un autorevole narratore del secolo appena passato diceva che più di altri lo scrittore ha difficoltà a scrivere²². Più avanti, quando comincia a mettere nero su bianco, saranno i suoi personaggi i suoi interlocutori, per cui uscirà dalla solitudine, e al silenzio subentrerà la loro voce. E saranno

loro a tracciare la trama ulteriore del romanzo. Quando lo ha terminato, sarà il lettore a scrivere la seconda parte del libro. Quando una psicoterapia inizia, il terapeuta è solo di fronte al paziente, che gli è, se non del tutto, in gran parte, sconosciuto, un estraneo. Ma a percorso iniziato, sarà il paziente a condurre il gioco, e toccherà a lui, a trattamento sospeso, completarlo. In tal caso, la psicoterapia ha successo o, meglio, restituisce al paziente, accanto e al di là della sua identità, la responsabilità del suo esser-ci e dei comportamenti futuri.

Se noi non siamo responsabili di ciò che siamo, lo siamo però di quello che facciamo di ciò che siamo. Genoma, ambiente in cui siamo nati e cresciuti, modalità educative che ci sono state erogate, colore della pelle, eventi cui siamo nostro malgrado incorsi, ci de-responsabilizzano di fronte agli altri (la legge morale e giuridica incluse) e, soprattutto, a noi stessi. Ma una volta che, ci piaccia o no, accettiamo quello che siamo o comunque ci rendiamo conto che per vivere ci sono regole esterne e interne da rispettare, la responsabilità di seguirle o disattenderle è tutta nostra. Sani o malati che si sia. La psicoterapia è dotata di senso se persegue questo obiettivo, quello, appunto, che a tali regole ci si adatti e che la sofferenza che costa tale adattamento venga *step* dopo *step* attenuata, se non addirittura superata. Ma senza, però, togliere il diritto di criticarle e cercare di costruirne altre altrettanto, se non di più, valide. Altrimenti a prendere il sopravvento sarebbe il conformismo. Detto diversamente, silenzio e assunzione di responsabilità sono condizioni basilari nel dialogo (terapeutico o no che sia) per cui il silenzio autentico non è un defilarsi nel disimpegno²³.

20. Y.D. Gay, *La vita privata e personale dello psicoterapeuta*, Centro Scientifico ed., 1994

21. J. E. D. Esquirol, citato da M. Galzigna nella *Malattia morale*, Marsilio, 1992; E. Borgna *già cit.*

22. Th. Mann (1875–1955)

23. N. Galantino, *Vivere le parole*, Piemme, 2018

Il terapeuta non deve limitarsi a valutare i sintomi, ma deve andare oltre, e individuare i vissuti.

Passare dal sintomo al vissuto significa passare da un momento oggettivante a uno di dotazione di senso per cui nel contesto della relazione si attribuisce un senso a ciò che sembra insensato, recuperandolo alla soggettività. Un compito impegnativo, che se riesce dona al progetto terapeutico in corso la possibilità del successo. Oltre alla preparazione e alla esperienza del terapeuta occorrono un setting adeguato, tempo e pazienza, tutte cose di cui in una struttura pubblica non è facile disporre (per mancanza di risorse in termini di personale, di spazi e di tempo). Un problema questo di cui non si preoccupa lo psichiatra arroccato su posizioni rigidamente scientifiche e biologiche. Che prescrive farmaci, il che è legittimo in molte ma non in tutte le situazioni, a meno che nel team diagnostico-terapeutico si sia creato un modello operativo che coniughi, senza imprudenti sovrapposizioni, l'intervento psicofarmacologico con quello psicoterapeutico, dando a ciascuno dei due idonei momenti di applicazione. Quello che si limita a occuparsi della sintomatologia, sia nel pubblico che nel suo studio privato, appartiene spesso a quella categoria di psichiatri che si trovano a disagio nel confronto *vis-à-vis* con il malato o che per attitudine è un iper-diagnosta (dipendente dal DSM) e predilige la ricerca statistico-epidemiologica, sottovalutando la riflessione psicopatologica di cui ho appena parlato²⁴. Eppure, dal 1978 la psichiatria nel suo istituto profondamente rinnovato deve incentrare la sua attenzione non più sulla malattia, ma sul malato, e fare dei vissuti gli obiettivi privilegiati dei suoi interventi.

Dunque, silenzio e solitudine: due condizioni dell'umana presenza. Per evitare l'ossimoro: della presenza intesa come *Da-sein*. E la psicoterapia che ne deriva: *una analisi della presenza*²⁵.

Dette condizioni, in primis il silenzio, meritano l'elogio che dà titolo a questo testo. Esse attengono all'uomo, sano o malato che sia. Per comprenderne in pieno significato e valore è necessario che i freddi e oggettivi riscontri dell'attuale sviluppo neuroscientifico si coniughino, uniti nella loro diversità, con quelli immaginifici e seducenti della psicoanalisi e dell'antropologia fenomenologica, finalizzati a testimoniare di come esista una sostanziale unità nella diversificata e complessa totalità della persona. Due teorizzazioni a prima vista inconciliabili, che devono provocarsi a vicenda nell'intento di dotare di senso l'umana presenza.

Dice il poeta aretino: "*solo e pensoso i più deserti campi / vo mesurando a passi tardi e lenti*"²⁶.

24. Romolo Rossi, *Psichiatria o psichiatra che cambia? Vicende evolutive della psichiatria*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 11.4, 2005

25. D. Cargnello, *Alterità e alienità*, Feltrinelli, 1977

26. F. Petrarca, *Canzoniere*

Le sfide della psichiatria

Ricerca, conoscenza e competenza

Giancarlo Cerveri, Massimo Clerici#, Mauro Percudani#*

La legge di riforma n. 23 del 2015 di Regione Lombardia ha ridisegnato l'assetto dei servizi sanitari in coerenza con le necessità di ordine organizzativo ed epidemiologico che sono maturate nel corso degli ultimi anni. Il progressivo invecchiamento della popolazione, la disponibilità di nuovi trattamenti sempre più personalizzati ma dai costi rilevanti, una costante tensione al miglioramento della qualità dei servizi offerti, le difficoltà a reperire ulteriori risorse finanziarie, le sfide poste dal proporsi di soggetti privati accreditati e non, hanno motivato una richiesta "adattativa" che ha messo a nudo molti limiti della legge regionale precedente (L.R. 31 del 1997) che fondava i propri principi su una sorta di competizione positiva tra soggetti erogatori finalizzata a migliorare la qualità dei servizi. La necessità di un maggior coordinamento delle risorse per privilegiare la continuità degli attuali progetti di cura tramite percorsi di assunzione in carico di soggetti fragili, l'integrazione degli interventi tra pubblico e privato, unito al coinvolgimento dei medici di base e dei pediatri di libera scelta in un modello in cui ospedale e territorio perseguono comuni obiettivi di salute, sono le tracce determinanti su cui si muove il nuovo modello organizzativo. Tale nuova impostazione appare agli operatori della salute mentale come una trasposizione di modelli familiari frutto di un'esperienza ormai consolidata. Il rapporto di continuità tra ospedale e territorio, la presa in carico del paziente complesso e la sinergia con il privato accreditato

sono elementi con cui — negli ultimi decenni — si è costantemente lavorato e su cui ci si è confrontati. In questo contesto, la Legge Regionale numero 15 del 2016, volta a completare la riforma sanitaria su aspetti differenti tra cui l'ambito della Salute Mentale, non ha rappresentato un mero esercizio giuridico di sistematizzare le strutture psichiatriche all'interno del nuovo contesto organizzativo, ma anche un tentativo di ridisegnare confini e strumenti dei percorsi di cura rivolti ai soggetti sofferenti di disagio psichico.

Essa ha infatti disegnato un Area dedicata alla Salute Mentale molto più ampia della Psichiatria di Comunità a cui per anni si è fatto riferimento, e definito un unico contenitore organizzativo per i servizi afferenti a discipline quali la psichiatria, la NPIA, la psicologia clinica, i servizi per le dipendenze, e la disabilità. Il Dipartimento di Salute Mentale è stato modificato nel nome e nei contenuti. L'aggiunta di altre Unità Operative ha significato qualcosa di più della semplice giustapposizione di unità organizzative motivata dal trasferimento di questi servizi precedentemente appartenuti alla ASL. Ciò che la modifica legislativa produce e sta producendo è soprattutto una contaminazione dei riferimenti organizzativi delle modalità di intervento e della risposta — in acuto e cronica — ai bisogni di salute del cittadino. Nel contempo, spinge sempre di più gli operatori dei servizi a ragionare su patologie del Sistema Nervoso Centrale in senso lato (nella sua espressività psicopatologica, comportamen-

tale e di difettualità di funzionamento globale), senza più steccati diagnostici o anagrafici. La presa in carico avviene sul/i bisogno/i ed i sistemi di cura devono agire in sinergia e con continuità in un contesto allargato che prevede Pronto Soccorso, Reparto e territori intesi come servizi e risorse presenti sullo stesso territorio ma afferenti a diversi ambiti (psichiatria, dipendenze, neuropsichiatria infantile e disabilità).

Tale modifica organizzativa è stata necessaria per affrontare le sfide portate dai cambiamenti epidemiologici delle patologie del Sistema Nervoso Centrale con un progressivo abbassamento delle età di esordio delle patologie, una maggiore complessità clinica dettata dai fenomeni di comorbidità e la sempre maggiore esposizione ai fenomeni di precarizzazione sociale dei cittadini che porta a frattura dei legami affettivi e relazionali di riferimento e, dunque, minore resilienza allo stress. A questo si è poi aggiunta una riforma della legislazione nazionale di notevole importanza che ha portato al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, alla costituzione delle Residenze per le Misure di Sicurezza (REMS) e all'utilizzo, sempre più rilevante, delle risorse di cura sul territorio per avviare progetti di assistenza e presa in carico rivolti a soggetti autori di reato e sofferenti di patologia psichica.

In sintesi, si opera su un territorio in cui la geografia di riferimento ha subito delle modifiche notevolissime e che continua ad esercitare un elemento sfidante per le possibilità di esercitare la professione medica e psichiatrica in modo coerente con le necessità e le richieste. La diminuzione degli specialisti in psichiatria, la sostanziale stabilità delle risorse a fronte di una percepita (e reale...) maggiore richiesta di cure sta rappresentando uno stimolo notevole alla riflessione sulla possibilità di rispondere in modo coerente da un punto di vista tecnico scientifico.

In Regione Lombardia si sente pertanto, con sempre maggiore intensità, la necessità di una revisione del Piano Regionale di Salute Mentale che - nell'ultima sua versione - risale al 2004. Sembra indispensabile ridefinire con chiarezza aree di intervento, modalità di risposta e risorse disponibili al fine di concordare con cittadini/utenti, familiari, istituzioni ed enti locali la costruzione di una rete di soggetti che condividono modalità e finalità dell'intervento. In questo ambito riteniamo che la Società Italiana di Psichiatria - nella sua sezione lombarda - possa contribuire in modo significativo nell'analisi delle tematiche epidemiologiche e cliniche e nella proposta di identificare strumenti di intervento secondo criteri di efficacia e di rispetto della persona.

Il giorno 17 ottobre 2019 a Lodi (vedi locandina) ci sarà il convegno annuale della nostra Società che sarà l'occasione, per tutti i presenti, di prendere parte a questo rilevante dibattito che pone la SIPLo come attore centrale per la definizione, in termini tecnico-scientifici, delle proposte operative di riorganizzazione dei servizi di Salute Mentale nella nostra Regione. Negli ultimi mesi si è avviata una profonda riflessione su 4 aree tematiche che sono state oggetto di studio, di revisione e di proposta, utilizzando le competenze tecnico/scientifiche che gli appartenenti ai gruppi di lavoro (i colleghi delle più diverse aree geografiche e di differenti Servizi) hanno fornito.

1. Il modello organizzativo dei Servizi di salute mentale e delle dipendenze: dalla sperimentazione al cambiamento

Il primo gruppo di lavoro ha approfondito la tematica del nuovo modello organizzativo dei servizi affrontando questioni che riguardano la possibilità di modificare un'organizzazione nata alla fine degli anni '70 del secolo scorso e che ha trovato piena e matura

applicazione con i Progetti Obiettivi Nazionali della Salute Mentale. I cambiamenti più recenti che portano a modifiche della popolazione in carico ai servizi sia in termini anagrafici che diagnostici, la nascita di nuove professionalità (TERP) e la maturazione e specializzazione della vecchia figura infermieristica, la diminuzione del numero di specialisti psichiatri disponibili, l'intersecarsi dei servizi delle dipendenze e di quelli rivolti ai minori ha reso urgente ripensare ad un modello nuovo che possa rispondere ai mutati bisogni di cura.

2. Organizzazione e presa in carico di soggetti con patologia psichica e autori di reato

Il secondo gruppo di lavoro ha affrontato le complesse tematiche che riguardano il tema della competenza nel formulare perizie e progetti per persone affette da patologia psichica e autori di reato, ha cercato di definire condivisi criteri di responsabilità per gli operatori che potessero assicurare adeguati e reali percorsi di cura alle persone in carico e ha anche affrontato tematiche complesse come la distinzione tra assistenza, vigilanza e sorveglianza, proponendo, secondo criteri di alto livello tecnico/scientifico ed etico, possibili risposte ad una tematica così complessa e controversa.

3. La Residenzialità Psichiatrica di fronte a nuovi bisogni e nuovi pazienti

Il terzo gruppo ha approfondito il tema della residenzialità in psichiatria cercando di definire standard di offerta in termini di quantità e qualità. Il gruppo ha visto la collaborazione di psichiatri che lavorano nel servizio pubblico con colleghi operanti nel privato accreditato, al fine di assicurare proposte che mantenessero al centro il paziente, la sua dignità ed il suo percorso di cura.

4. Diagnosi precoce e presa in carico di Adolescenti e Giovani Adulti: cura e prevenzione

Il quarto gruppo ha proposto una riflessione su modelli organizzativi e clinici che possano favorire una precoce presa in carico che porti a diagnosi e trattamento coerenti con le necessità di cura e che, al contempo, eviti una progressione in termini di gravità del disturbo. La necessità di avviare trattamenti appropriati all'esordio delle patologie attraverso interventi volti a trattare i pazienti "complessi" per tutti i disturbi presenti a prescindere dai passaggi di età (minore o maggiore) e capaci al contempo di assicurare un'adeguata continuità di assistenza per questi soggetti è la sfida che tutti i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze si trovano ad affrontare e rispetto alla quale si cercherà di fornire alcune risposte.

Le proposte di lavoro succitate forniranno indicazioni fruibili a clinici, addetti ai lavori, associazioni di pazienti e familiari per avviare, preliminarmente, un dibattito che ponga al centro dell'interesse la persona sofferente di disagio psichico e gli strumenti tecnici e umani per poterla accompagnare in un reale percorso di cura.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

** Responsabile Scientifico Congresso SIPLLO Lodi 17 ottobre 2019*

Presidente Società Italiana di Psichiatria Sezione Lombarda



ci prendiamo cura di te da più di 600 anni

Info iscrizioni:

E' obbligatoria l'iscrizione al convegno.

Modalità di iscrizione:

Contattare la Segreteria del Centro di Formazione Aziendale della ASST di Lodi entro il 10 Ottobre 2019 al nr. 0371.37.2985

Corso riservato alle seguenti figure:

Medico Psichiatra, Psicologo, Infermiere, Assistenti Sociali, Educatori, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica.

Il convegno è in fase di accreditamento secondo il sistema ECM/CPD Lombardo/ CROAS

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Centro di Formazione Aziendale

Responsabile
Dott. Lucio Raimondi

Collaboratori
Eugenia D'Imico
Doriana Pezzoli
Mariateresa Cantinotti
Mariagrazia Burla

Segreteria
Paola Crivelli
Federica Clerici
Giuseppe Mollisi

Con il contributo incondizionato di



LE SFIDE DELLA PSICHIATRIA: RICERCA, CONOSCENZA E COMPETENZA



17 OTTOBRE 2019

DALLE ORE 9:00 ALLE ORE 17.00

SALA CONFERENZE
FONDAZIONE SANTA CHIARA
VIA PAOLO GORINI, 48
LODI



www.asst-odi.it

LE SFIDE DELLA PSICHIATRIA: RICERCA, CONOSCENZA E COMPETENZA Con le recenti modifiche delle normative regionali che hanno visto la costituzione delle ASST come punto di snodo per una reale integrazione di ospedale e territorio, la Salute Mentale ha vissuto un periodo di grande cambiamento con l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze che vede al suo interno l'integrarsi delle diverse aree e servizi che si occupano di psichiatria, dipendenze, disabilità e neuropsichiatria infantile. Questa modifica organizzativa è stata necessaria per affrontare le sfide portate dai cambiamenti epidemiologici delle patologie psichiatriche con un progressivo abbassamento delle età di esordio, una maggiore complessità clinica dettata dai fenomeni di comorbidità e la sempre maggiore esposizione ai fenomeni di precarizzazione.

La Sezione Lombarda della Società Italiana di Psichiatria si propone di avviare una profonda discussione su 4 aree tematiche che sono state oggetto di studio e di proposta, utilizzando le competenze tecnico/scientifiche che gli appartenenti ai gruppi di lavoro hanno fornito. I temi affrontati saranno i modelli organizzativi, l'esordio delle patologie, i soggetti con patologia psichica autori di reato e la residenzialità. Le proposte di lavoro forniranno indicazioni fruibili a clinici, addetti ai lavori, associazioni di pazienti e familiari per avviare un lavoro che ponga al centro dell'interesse la persona sofferente di disagio psichico e gli strumenti tecnici e umani per poterla accompagnare in un reale percorso di cura.

Responsabile Scientifico:

Giancarlo Cerveri

Moderatori:

- Massimo Clerici Università Bicocca Milano
- Carlo Fraticelli ASST Lariana
- Antonio Magnani ASST Mantova
- Claudio Mencacci ASST FBF Sacco Milano
- Mauro Percudani Ospedale Niguarda
- Politi Pierluigi Università di Pavia
- Massimo Rabboni Ospedale Bergamo
- Caterina Viganò Università statale Milano
- Antonio Vita Università Brescia

Relatori:

- Mario Ballantini ASST Sondrio
- Giancarlo Cerveri ASST Lodi
- GianMarco Giobbio IRCCS Fatebenefratelli
- Giuseppe Biffi ASST Santi Carlo e Paolo Milano
- Andreas Conca Dipartimento Salute Mentale Bolzano
- Antonio Lasalvia Università Verona
- Paolo Rigliano ASST Santi Carlo e Paolo
- Fabrizio Starace Dipartimento salute Mentale AUSL Modena
- Enrico Zanalda Dipartimento Salute mentale Torino

PROGRAMMA

Ore 08:30-9.00

Registrazione Partecipanti

Ore 9:00

Apertura Lavori

Giancarlo Cerveri Massimo Clerici Mauro Percudani

Ore 9:45-10.15

Introduzione: L'attività della Società Italiana di Psichiatria sui temi delle sfide al cambiamento

Claudio Mencacci Past Presidente SIP

Enrico Zanalda Presidente SIP

Massimo Rabboni Presidente Commissione Etica SIP

1. I modello organizzativo dei Servizi di salute mentale e delle dipendenze: dalla sperimentazione al cambiamento

Moderatori: Massimo Clerici, Mauro Percudani

Ore 10.15-10.45

Proposta Gruppo di Lavoro SIPLo Mario Ballantini

10.45-11.15

Discussant Fabrizio Starace

11.15-11.30

Discussione

Coffee break

2. Organizzazione e presa in carico di soggetti con patologia psichica e autori di reato

Moderatori: Antonio Vita, Antonio Magnani

11.45-12.15

Proposta gruppo di lavoro SIPLo Giancarlo Cerveri

11.15-12.45

Discussant Enrico Zanalda

12.45-13.00

Discussione

13.00-14.00-Light Lunch

14.00-14.30 riunione Soci SIPLo

3. La Residenzialità Psichiatrica di fronte a nuovi bisogni e nuovi pazienti

Moderatori: Caterina Viganò e Carlo Fraticelli

14.30-15.00

Proposta Gruppo di Lavoro SIPLo

Gianmarco Giobbio

15.00-15.30

Discussant Antonio Lasalvia

15.30-15.45

Discussione

4. Diagnosi precoce e presa in carico di Adolescenti e Giovani Adulti: cura e prevenzione

Moderatori: Pierluigi Politi, Massimo Rabboni

15.45-16.15

Proposta Gruppo di Lavoro SIPLo

Giuseppe Biffi Paolo Rigliano

16.15-16.45

Discussant Andreas Conca

16.45-17.00

Discussione

Conclusioni dei lavori

ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE ECM/CPD

Il rilascio degli attestati è subordinato alla partecipazione del 100% dell'intero programma, secondo le indicazioni D.G.S. n. 3684 del 14/04/2010; alla compilazione del questionario di gradimento e apprendimento.



Un posto per i giovani Il progetto del Centro Giovani “Ponti” della ASST “Santi Paolo e Carlo” di Milano

*Giuseppe Biffi**, *Alberto Parabiagli***,

*Paolo Rigliano****

INTRODUZIONE

Il Dipartimento di salute mentale e delle Dipendenze della ASST “Santi Paolo e Carlo” da anni aveva implementato diversi Programmi Innovativi (TR₃₄ – TR₃₁-TR₄₉ - TR₄₃ -TR₈₆) dedicati all’individuazione precoce dei giovani a rischio e al trattamento all’esordio delle patologie mentali nei soggetti in età giovanile. Tali programmi hanno permesso di sperimentare differenti strategie e competenze di cura, formando equipe sempre più integrate e “mature” nell’affrontare le diverse condizioni di sofferenza e di disturbo giovanile. Hanno consentito altresì di rilevare e riflettere sulle molteplici criticità che affliggono i servizi che operano sulle problematiche della fascia di età 14 – 24 anni: mancata continuità assistenziale e ridotto –e in certi casi, persino nullo- livello di integrazione tra i servizi della neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e quelli della psichiatria dell’adulto e delle dipendenze, carenza di percorsi e di strumenti specifici, oltre che di competenze specialistiche; scarsa elasticità nell’accesso, scarsa flessibilità nella presa in carico, mancato coinvolgimento terapeutico del contesto familiare e dei contesti di vita del giovane (come la scuola o il gruppo amicale), forte stigmatizzazione presente nell’immagine dei servizi e medicalizzazione cronicizzante delle strutture e della presa in carico.

Sulla scorta di tali esperienze, la Direzione del Dipartimento di salute mentale, d’intesa con la direzione della ASST, ha deciso di strutturare un Centro unico, specificamente individuato e dedicato all’accoglienza e alla cura di giovani dai 14 ai 24 anni, residenti nel territorio del Dipartimento di salute Mentale e delle Dipendenze dell’ASST “Santi Paolo e Carlo”, che presentano disagio psicologico o sofferenza psicopatologica, al fine di facilitarne l’accesso ai servizi di salute mentale e rendere ancora più tempestiva la diagnosi e il trattamento di soggetti ad elevato rischio di sviluppare disturbi mentali.

Il 22 novembre 2018 perciò è stato inaugurato il Centro Giovani “Ponti”, sito in via Ponti 17/a, in un quartiere popolare della periferia milanese (il quartiere della Barona). Integrando e rinnovando profondamente le progettualità già avviate, il Centro Giovani “Ponti” mira a permettere l’individuazione precoce del malessere psichico (di lieve, media e grave entità) all’esordio e di conseguenza offrire strategie di presa in carico validate scientificamente e articolate su molteplici dimensioni (individuale –psichiatrico e psicoterapeutico-, familiare, gruppal, educativo-territoriale). Il Centro Giovani “Ponti”, Unità Semplice Dipartimentale che afferisce direttamente alla Direzione del Dipartimento, è nato dal convergenza in un Board direzionale di tutte le Unità Operative del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze: l’Unità di Psicologia Clinica, l’Unità di Neuropsichiatria Infantile e le tre Unità di Psichiatria degli adulti, il Servizio per le Dipendenze (con i suoi Servizi che operano nelle carceri dell’Area metropolitana di Milano), i Consultori (che istituzionalmente

sono collocati fuori dal Dipartimento di salute Mentale e delle Dipendenze). Esso si pone come nodo specifico della rete dei servizi competenti per la cura e la presa in carico della popolazione afferente all'ASST Santi Paolo e Carlo, e cerca di individuare strumenti e azioni per superare le criticità attuali dell'intervento per i giovani. Il progetto mira inoltre a favorire il raccordo con le reti sociali informali con particolare attenzione alle aree di popolazione più fragile.

Infatti, nel Centro convergono e operano in modo strategicamente sinergico le seguenti attività:

- tutte le attività di accoglienza (e osservazione) – sia formale che informale- sia dei giovani che dei loro familiari. Grande attenzione è stata posta nello strutturare questa accoglienza secondo criteri e forme anche estetiche di accessibilità, informalità e gradevolezza per i giovani, intercettando i loro codici espressivi e comunicativi, con orari, attività, modalità interattive a loro appropriati;
- tutte le attività sia di diagnosi e definizione psicopatologica, sia di restituzione e definizione di un programma concordato di aiuto e trattamento;
- tutti le attività gruppali, sia rivolte a giovani sia ai genitori, e tutte le attività di automutuoaiuto;
- tutte le attività di consultazione / terapia familiare;
- tutte le attività psicoeducative e di formazione, rivolte non solo a tutti gli operatori del dipartimento, ma anche a tutte le istituzioni con cui il servizio collabora e a tutti gli stakeholder con cui interagisce.

Oltre all'équipe strutturata di operatori dipendenti (un medico psichiatra responsabile, una educatrice professionale, una infermiera professionale e una assistente sociale part time), nel Centro prestano la loro opera lo psichiatra e tutti gli psicoterapeuti consulenti del nuovo Programma Innovativo Giovani (provenienti dai due precedenti Programmi Innovativi, operanti fino all'ottobre 2018 nei due distinti territori dell'Ospedale S. Paolo e S. Carlo). È presente per un ristretto numero

di ore (sei) una neuropsichiatria infantile, uno psicologo psicoterapeuta proveniente dalla Psicologia Clinica (dieci ore) due psicoterapeute del Consultorio (sei ore in tutto) che mettono a disposizione ore per attività specifiche di screening, valutazione e cura.

Oltre che per accesso diretto i pazienti possono rivolgersi al Centro Giovani inviati da SPDC, SerD, NPJA, PS, CPS, MMG, pediatri, consultori, scuole, Servizi Sociali del Comune, Tribunale dei Minori.

Nello specifico, il nuovo progetto intende perseguire l'obiettivo indicato nella Legge Regionale 15/2016 ("Norme in materia di tutela della salute mentale") relativo alla promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quindici e i venticinque anni. La visione che il progetto propone è dinamica, con un orizzonte temporale di medio-lungo termine, orientata allo spostamento verso la prevenzione delle attività dei servizi di salute mentale rivolte ai giovani e con la finalità di diminuire o rallentare il passaggio degli utenti da un livello più basso ad un livello più alto di bisogni di cura riducendo così, nel tempo, i costi personali e sociali dei disturbi psichici gravi.

RAZIONALE DEL PROGRAMMA

La prevenzione come obiettivo caratterizzante

Una rete di servizi che abbia come obiettivo la tutela della salute mentale nella popolazione giovanile dovrebbe concepire gli interventi in termini di prevenzione.

I programmi di prevenzione non prevedono solo attività cliniche ma anche interventi di informazione/sensibilizzazione o azioni strategiche su fattori di rischio o protezione.

Nella fascia di età giovanile (dai 15 ai 24 anni) la prevenzione è un obiettivo primario, fondamentale a

ogni livello di progressione del disagio psichico, e si può articolare in:

1. prevenzione primaria o prevenzione universale;
2. prevenzione secondaria o prevenzione mirata;
3. prevenzione terziaria o prevenzione delle ricadute o della cronicizzazione.

Nei servizi di salute mentale italiani sono stati attivati, negli ultimi anni, diverse equipe o ambulatori per la diagnosi e la cura degli utenti con disturbi psichici ad esordio giovanile e per la presa in carico precoce di questi casi. La prevalenza trattata di soggetti di età giovanile rimane tuttavia ancora inferiore alle attese e il sottogruppo di utenti giovani è una percentuale limitata del totale degli utenti seguiti dai servizi psichiatrici.

Risulta inoltre ancora difficoltosa l'integrazione tra i servizi di psichiatria, delle dipendenze e di neuropsichiatria infantile, e molto si deve ancora fare per raggiungere efficacemente i giovani e gli adolescenti. Il modello dell'intervento precoce, infine, agisce ad un livello di prevenzione secondaria, quando cioè il disturbo è già conclamato, ed è fortemente condizionato dalle difficoltà che i giovani hanno nell'accesso ai servizi sanitari.

Il modello di servizio di salute mentale per i giovani e gli adolescenti che si sta imponendo a livello internazionale mira invece ad individuare ancora più precocemente i giovani che potrebbero sviluppare un disturbo psichico grave.

Esso si è dotato di strumenti clinici per individuare e classificare i cosiddetti "stati mentali a rischio" e di strumenti organizzativi per raggiungere, individuare ed accogliere i giovani che iniziano a manifestare problemi con possibile evoluzione negativa.

Esso si caratterizza inoltre per il superamento della separazione delle competenze tra psichiatria, neuropsichiatria infantile e servizi per le dipendenze patologiche, che caratterizza la presa in carico della fascia d'età dai 15 ai 24 anni.

La possibilità di accedere tempestivamente ad una valutazione è comunque l'elemento caratterizzante di

ogni modello di intervento in questo ambito.

La questione dell'accessibilità e dell'attrattività di tali servizi appare quindi centrale quanto quella dell'integrazione tra le specialità.

Gli stati mentali a rischio nei giovani

Sono stati validati dei criteri diagnostici in grado di identificare nei giovani i cosiddetti stati mentali a rischio di disturbi medi o gravi, una popolazione clinicamente sintomatica e con un significativo grado di disabilità che necessita di cure. In seguito a ciò, la quinta versione del manuale diagnostico statistico per i disturbi mentali ha incluso la Sindrome Psicotica Attenuata, anche se come diagnosi ancora da verificare.

Tali criteri diagnostici consentono, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione che valutano i sintomi psicotici sfumati (es. Caarms o Eriraos) e il funzionamento sociale (es. SOFAS), di arrivare ad una definizione del rischio di sviluppare disturbi psichici gravi. Le informazioni ricavate da questi strumenti di assessment vengono integrate con quelle ricavate dall'esame anamnestico e clinico per individuare eventuale presenza di una condizione di rischio, che si può configurare su 4 livelli di gravità crescente:

1. Gruppo Vulnerabilità;
2. Gruppo Psicosi Attenuata (2A: intensità sottosoglia — 2B: frequenza sottosoglia);
3. Gruppo BLIPS (Sintomi Psicotici Brevi Limitati Intermittenti);
4. Gruppo Soglia Psicotica/Soglia di Trattamento Antipsicotico.

Nei soggetti identificati come portatori di stati mentali a rischio il tasso di transizione a forme gravi e conclamate di psicosi, come la schizofrenia, è clinicamente rilevante e si attesta su percentuali intorno al 20%, ad un anno, e al 30% a due anni. Anche chi non subisce una transizione psicotica rimane comunque spesso sintomatico e con una significativa quota di disabilità e di ridotta qualità di vita.

Alcuni specifici interventi si sono dimostrati efficaci nel

ridurre il rischio di transizione in psicosi e nel migliorare i sintomi e il funzionamento nei giovani a rischio così individuati. I risultati di due recenti meta-analisi mostrano che complessivamente tali interventi sono efficaci e che occorrerebbe trattare dai 4 ai 9 soggetti per riuscire ad evitare almeno un esordio psicotico.

In particolare, i seguenti interventi sono risultati efficaci nel prevenire l'esordio in soggetti a rischio: terapie antipsicotiche a basse dosi; la somministrazione di omega-3 per un periodo di tre mesi; alcuni protocolli di psicoterapia cognitivo-comportamentale ed un intervento psicosociale intensivo con il coinvolgimento delle famiglie.

È da notare come, sulla base di questo esempio, si stia recentemente anche sviluppando un modello per gli stati mentali a rischio di disturbo affettivo bipolare.

Il ruolo del coinvolgimento della comunità nella prevenzione

Il modello dell'intervento precoce implica un approccio preventivo che può avvenire a due livelli: nei servizi di salute mentale, avviando interventi opportunamente modulati; fuori dai servizi di salute mentale, responsabilizzando e sensibilizzando all'identificazione di comportamenti e segni che richiedono attenzione, sia per far sì che i soggetti a rischio di disturbi gravi arrivino precocemente ai servizi, sia affinché i contesti in cui si svolge la vita delle persone a rischio dia le risposte più appropriate.

I progetti di implementazione dell'intervento precoce nelle psicosi e negli altri disturbi mentali gravi si sono caratterizzati in Italia per una mobilitazione essenzialmente interna ai servizi, che ha portato importanti cambiamenti organizzativi, di stile e modalità di approccio ai giovani, di offerta di interventi e di scelte farmacologiche, di coinvolgimento dei familiari. Le collaborazioni con le scuole, l'alleanza con figure leader nel mondo dei giovani, che le prime formulazioni del modello del trattamento precoce degli esordi teorizzavano, non sono di fatto state implementate.

Se i servizi ritengono che la prevenzione delle psicosi o della disabilità connessa ai disturbi mentali gravi rappresenti un obiettivo non solo di loro pertinenza, ma anche perseguibile, vanno previste modalità di collaborazione con agenzie e soggetti esterni al servizio. L'intercettazione dei casi a rischio deve prevedere modalità di identificazione ancora più sensibili e specifiche di quelle attuate per gli esordi, perché in buona parte questi si collocano al di fuori dei servizi di salute mentale, ma spesso anche dei servizi sociali inviati.

La mobilitazione della comunità a scopo di prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute è stata declinata in diversi modelli di intervento sociale ed educativo. Tra questi, il modello della Community Coalition è stato utilizzato per sostenere, ad esempio, la prevenzione dell'abuso di alcool, tabacco e di comportamenti devianti a livello di comunità. Le coalizioni sono alleanze di lavoro tra molteplici soggetti, collaborative e sinergiche che condividono un obiettivo e dotate di una struttura definita in cui organizzazioni di natura diversa e con interessi diversi si coalizzano su un obiettivo comune esterno, di solito diverso dall'obiettivo di ciascuna organizzazione. Il modello della Community Coalition è stato adottato allo scopo di migliorare la risposta comunitaria a persone che manifestano comportamenti e segni di disagio e rischio significativo di disturbi mentali gravi.

La risposta migliora se si abbassa lo stigma che grava sui comportamenti anomali e sui disturbi mentali, si incrementa la capacità di inclusione delle persone che presentano queste caratteristiche e si rendono noti, accessibili e accettabili servizi di salute mentale in grado di accogliere e valutare in modo rapido e poco medicalizzato. Si tratta di un modello di mobilitazione comunitaria strutturato. In esso, i servizi di salute mentale possono avere il compito di definire il problema, ma gli obiettivi, i mezzi e le modalità di lavoro per l'obiettivo comune dovranno essere definiti dalla coalizione.

Nel progetto di Centro Giovani che proponiamo possiamo distinguere tra azioni clinico-preventive di primo,

secondo e terzo livello, che corrispondono rispettivamente ad azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Le attività cliniche di primo livello comprendono:

- le attività di screening e monitoraggio;
- l’assessment e la prevenzione per gli stati mentali a rischio;
- l’invio di utenti con bisogni di cura più complessi a livelli specialistici superiori (CPS o servizi per le dipendenze, ad esempio);
- la facilitazione dell’accesso alle cure per gruppi vulnerabili (es. migranti, figli di pazienti, pazienti adottivi);
- l’attivazione e il supporto della coalizione comunitaria (in verde) con cui attuare azioni comuni di sensibilizzazione e promozione della salute.

Le attività cliniche di secondo livello comprendono:

- le attività specialistiche di presa in cura delle situazioni di vulnerabilità e di rischio di entità lieve e medio;
- le attività specialistiche per la presa in carico precoce degli stati mentali ad elevato rischio di psicosi e di altri disturbi mentali gravi e gli esordi psicotici;
- le attività cliniche e di coordinamento per la transizione tra la neuropsichiatria infantile e la psichiatria adulti di utenti con bisogni di cura ancora presenti al compimento della maggiore età.

L’integrazione tra i servizi territoriali di psichiatria e di neuropsichiatria infantile può avvenire al secondo livello di azione, con le equipe di transizione neuropsichiatria-psichiatria, ma anche al primo livello, con le equipe integrate di valutazione per gli stati mentali a rischio.

Le attività cliniche di terzo livello, infine, comprendono attività cliniche specializzate e finalizzate all’intervento su utenti con diagnosi specifiche e già consolidate (es. psicosi, disturbi di personalità, disturbi bipolari). Esse prevedono una presa in cura mirata finalizzata a prevenire la cronicità attraverso l’azione dei servizi per la presa in carico territoriale.

In sintesi, l’orientamento generale del modello è quello di concentrarsi sui bisogni di prevenzione oltre che su quelli di cura. Le azioni previste comprendono attività e soluzioni organizzative finalizzate a privilegiare le esigenze della domanda (bisogni) rispetto a quelle dell’offerta, e a migliorare l’accessibilità da parte dei giovani e, in particolare, di quelli appartenenti a gruppi a rischio (es. migranti).

Oltre alle azioni clinico-preventive dirette (prevenzione degli stati mentali a rischio e transizione tra neuropsichiatria infantile e salute mentale adulti), il modello prevede anche aree di azione indiretta volte allo scopo di coinvolgere più diffusamente nelle azioni preventive i servizi sanitari e sociali e le comunità.

Queste dovrebbero tradursi in azioni di coordinamento, supporto e collegamento con l’obiettivo comune di offrire risposta ai bisogni emergenti della popolazione dell’area giovanile. La valorizzazione delle risorse, delle competenze e delle sinergie già acquisite nel mondo delle associazioni, del volontariato e del privato sociale, così come l’utilizzo della professionalità maturata nei servizi territoriali, sono tra i vantaggi di questa integrazione.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

- la realizzazione di programmi di prevenzione primaria a livello di comunità (coalizione comunitaria). Tali attività saranno specificamente rivolte alla popolazione giovanile,
- costituendo tavoli a livello locale, e con capacità di penetrazione territoriale, che vedano la partecipazione di associazioni e soggetti istituzionali (scuole, servizi).
- Esse saranno finalizzate alla sensibilizzazione su temi generali che riguardano la salute mentale e la lotta allo stigma (prevenzione universale), al riconoscimento del disagio giovanile e alla facilitazione dell’accesso ai servizi per la salute mentale di giovani e di specifici gruppi a rischio (prevenzione mirata);
- l’individuazione degli “stati mentali a rischio” (1. Gruppo Vulnerabilità e 2. Gruppo Psicosi Attenuata)

- e degli esordi di disturbo psichico grave (3. Gruppo BLIPS, 4. Gruppo Soglia Psicotica ed esordi psicotici veri e propri) attraverso procedure condivise di “assessment” e l’utilizzo di strumenti di valutazione specifici riconosciuti dalla letteratura scientifica internazionale;
- il trattamento integrato e multidimensionale (assunzione in cura) dei soggetti con “stato mentale a rischio”, con monitoraggio costante e a lungo termine dell’evoluzione psicopatologica;
 - la presa in carico tempestiva dei soggetti con esordio di disturbo mentale di media e alta gravità. Questo verrà realizzato ottimizzando i trattamenti, e rispettando le raccomandazioni contenute nei “percorsi di cura per i disturbi mentali gravi”, nelle quali vengono identificati percorsi specifici per le situazioni di esordio dei disturbi schizofrenici, dei disturbi dell’umore gravi e dei disturbi di personalità;
 - il coinvolgimento sin da subito del nucleo familiare, allo scopo di far emergere criticità e risorse per una maggior comprensione del caso ma allo stesso tempo per poter intervenire a livello familiare attraverso interventi di supporto alla genitorialità e di psicoeducazione in contesto grupppale.
 - la realizzazione di interventi integrati dedicati sia ai soggetti assunti in cura, per evitare che perdano precocemente i ruoli, le capacità e le autonomie raggiunte, che ai giovani idonei alla presa in carico per far sì che recuperino ruoli sociali perduti e dare sostegno al contesto relazionale familiare e sociale;
 - favorire la cooperazione ed il collegamento tra servizi di area psichiatrica e dipendenze e la transizione dai servizi per l’infanzia e l’adolescenza (NPIA) a quelli della salute mentale adulti (Psichiatria e Dipendenze), realizzando operazioni di assessment congiunte fondate su strumenti concordati e promuovere, nei casi che lo necessitino, l’elaborazione di progetti di trattamento (PTI) che esprimano continuità concettuale ed operativa.

Riguardo ai livelli di intervento e alle attività specifiche descritte (3 PERCORSI di intervento), il progetto intende realizzare i seguenti target:

- i. **Ridurre la stigmatizzazione gravante sui disturbi psichici e favorire l’accesso ai trattamenti, tramite:**
 - campagne informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale
 - attività informativa selettiva, rivolta a gruppi specifici di popolazione (scuole, centri giovanili, associazioni genitori etc.)
- ii. **Individuare precocemente le situazioni a rischio, tramite le seguenti attività:**
 - Formare le équipe all’individuazione precoce dei segnali di rischio
 - sensibilizzare i potenziali invianti (insegnanti, medici di medicina generale, assistenti sociali, associazioni di volontariato)
 - offrire training sull’individuazione precoce dei segnali di rischio agli operatori sanitari e sociali di primo livello (medici di medicina generale, insegnanti, assistenti sociali)
 - offrire consulenza e supporto agli operatori sanitari e sociali di primo livello
- iii. **Facilitare l’accesso ai trattamenti, tramite le seguenti attività:**
 - offrire la possibilità di effettuare valutazione e assessment anche in ambienti diversi dal CPS (Centro d’Ascolto, ambulatori scolastici, ambulatori comunali, domicilio degli utenti)
 - definizione di protocolli collaborativi con i servizi di NPI, SERT, Consulitori,
 - consulenza e supporto a familiari e i invianti
 - risposta tempestiva alle richieste con stile d’accoglienza amichevole
- iv. **Ridurre il tempo di psicosi non trattata, tramite le seguenti azioni:**
 - favorire l’accesso alle cure, collegando utenti e servizi di cura
 - definire ed attuare protocolli di assessment completi

- formare gli operatori dell'equipe alle migliori tecniche attuali di assessment
 - individuare e monitorare periodicamente i soggetti a rischio
 - sostenere la motivazione e consulenza a utenti, familiari, invianti, servizi di cura primari
- v. **Ottimizzare i trattamenti**, tramite le seguenti attività:
- fornire i migliori trattamenti disponibili (aggiornate evidenze scientifiche)
 - costituire le équipe specialistiche d'intervento
- a. formare gli operatori a interventi "evidence based" sviluppate per trattamento delle psicosi all'esordio: trattamento farmacologico di adolescenti e giovani, psicoeducazione, CBT, riabilitazione e risocializzazione, sostegno familiare
- b. definire e attuare protocolli per l'individuazione precoce dei prodromi e il trattamento delle psicosi all'esordio
- c. definire ed attuare protocolli d'intervento orientati dai principi di: atteggiamento amichevole, e pro-attivo, tempestività dell'intervento, continuità terapeutica, trattamento intensivo
- offrire trattamenti specializzati comprendenti: trattamento farmacologico, terapia di sostegno e motivazionale, CBT, psicoeducazione, problem solving, terapia familiare, interventi riabilitativi individuali e di gruppo, programmi di reinserimento lavorativo, follow-up
 - definire dei programmi individualizzati di trattamento
 - mantenere l'adesione e la continuità terapeutica con interventi attivi e sostegno della motivazione di utenti e familiari
 - fornire interventi di sostegno al carico familiare
- vi. **Prevenire le ricadute**, tramite le seguenti attività:
- monitoraggio regolare dei soggetti a rischio o vulnerabili
 - controllo regolare dei soggetti in carico
 - addestramento di utenti e familiari al riconosci-

mento tempestivo dei segni iniziali di malattia, per prevenire le possibili ricadute

vii. **Verificare l'esito-Attività:**

- valutazione periodica degli esiti, anche con l'uso di strumenti standardizzati
- valutazione periodica dell'andamento del progetto

**DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
E PRESTAZIONI PREVISTE PER IL
RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

Il progetto propone una strategia clinica-preventiva e trattamentale- strutturata **su tre livelli di intervento** e una condivisione dello stesso modello di assessment clinico dei giovani e di organizzazione dei percorsi di cura a loro dedicati.

AZIONI di primo livello (PERCORSO 1)

- a. programmi di prevenzione primaria universale e di promozione della salute
- b. assessment clinico-diagnostico con valutazione del rischio psichico emergente (3 mesi)

Per quanto riguarda il PUNTO A (**supporto e mobilitazione della rete sociale territoriale per programmi di prevenzione primaria universale e di promozione della salute**), le azioni -da attuarsi attraverso la sinergia tra i servizi coinvolti, la coalizione comunitaria e il terzo settore- sono:

- coinvolgimento della rete sociale locale (associazioni e terzo settore, scuole, medicina di base e pediatria libera scelta, parrocchie ed altre confessioni religiose, società sportive ecc.);
- attività di sensibilizzazione e prevenzione universale sul disagio psichico giovanile, sui fattori di rischio e protezione;
- incoraggiare i giovani in trattamento, nell'ottica del "peer support", ad accogliere/sostenere/informare i nuovi utenti e i loro famigliari;
- creazione di un board territoriale (Coalizione Comu-

- nitaria) di volontari, con il coinvolgimento del Privato Sociale coinvolto in operazioni di sensibilizzazione, promozione della salute e collegamento con i servizi;
- formazione specifica rivolta al Board territoriale di coalizione comunitaria (le manifestazioni del disagio psichico giovanile con descrizioni e vignette cliniche, informazione sulle psicosi ed i sintomi psicotici, modalità di contatto e collaborazione con i servizi di salute mentale);
 - supporto, coordinamento e facilitazione dell'attività di coalizione comunitaria;
 - facilitazione di interventi di sostegno scolastico/lavorativo, di risocializzazione precoce e tempestiva, di accesso ai servizi di salute mentale rivolti a gruppi di giovani a rischio;
 - attraverso la mediazione del Board, costruzione di una collaborazione continuativa con le scuole in grado di implementare progetti di sensibilizzazione e destigmatizzazione fruibili dal corpo docente e nelle attività didattiche;
 - creazione di sentinelle territoriali in grado di “uscire” dalle strutture sanitarie incentivando l'organizzazione di équipe mobili che offrano sportelli informativi o colloqui di assessment sul territorio in luoghi non connotati;
 - implementazione di progetti non psichiatrici rivolti ai giovani, quali ad esempio: percorsi per la disassuefazione da fumo; gruppi di psicoeducazione su stili di vita sani (alimentazione ecc); gestione/progettazione aree verdi urbane fruibili dai cittadini in collaborazione con altre agenzie (comune- scuole ecc);
 - promozione di siti web con video e informazioni che utilizzino il linguaggio dei giovani, con la possibilità anche per i “NEET” che navigano in rete di parlare con un operatore o un utente esperto via skype per aggancio e/o appuntamento;
 - creazione e mantenimento di un canale preferenziale di sostegno-monitoraggio per i figli pazienti psichiatrici, coinvolgendoli nella coalizione e valorizzando la loro esperienza di “esperti”.

L'obiettivo è quello di aggregare, sensibilizzare e mobilitare le reti sociali dei territori partecipanti allo scopo di creare un effetto a cascata positivo che ampli la consapevolezza e la sensibilità della popolazione riguardo ai temi di prevenzione del disagio psichico giovanile ed aumenti la loro stessa capacità di dare risposte e fornire soluzioni alle situazioni critiche.

Per quanto riguarda il PUNTO B, (**assessment e valutazione del disagio psichico giovanile emergente**), le azioni di programma prevedono l'assessment e il monitoraggio dello stato mentale a rischio attraverso strumenti standardizzati auto- ed etero-compilati (ALLEGATO A), al fine di individuare i soggetti con una condizione di vulnerabilità o di psicosi attenuata o di rischio per altri disturbi mentali gravi (es. disturbi affettivi, disturbi di personalità); e la focalizzazione su strumenti e modalità di relazione in grado di incontrare le esigenze dei giovani.

Il programma prevede l'accesso diretto degli utenti, previo appuntamento telefonico. Il primo colloquio avverrà di norma entro 14 gg dal contatto per gli invii ordinari e comunque non oltre i 30 gg dal contatto. Ai fini della stesura di un **Piano Terapeutico Individuale** (PTI), viene effettuata una valutazione del paziente entro e non oltre i 3 mesi dall'accesso. Tale valutazione si articola in **attività clinica**, declinata in colloqui psichiatrici e psicologici mirati alla definizione diagnostica, ed in **indagine testale**. Tale processo iniziale vede come protagonista il giovane paziente e il suo nucleo familiare, allo scopo di far emergere criticità e risorse. I dati raccolti dall'indagine testale verranno inseriti nel **Registro Casi**. Allo scadere di questi tempi gli utenti potranno:

- essere dimessi
- essere inviati ad un livello successivo dello stesso programma (Stadio II o III)
- essere inviati ai servizi specialistici più indicati (es. CPS, SERT), a seconda del prevalere dei bisogni di prevenzione o cura al momento dell'invio.

I soggetti con esordio conclamato di malattia e durata di malattia non trattata superiore ai tre anni verranno inviati ai servizi specialistici (CPS e/o ambulatori specialistici del DSM).

Per la definizione di “durata di malattia non trattata” verrà unicamente considerato il primo contatto con i servizi pubblici specialistici (NPIA, Psichiatria, Dipendenze) e non si considereranno quindi, tranne che per casi particolari, contatti precedenti con specialisti privati o con la medicina di base o pediatria di libera scelta, né con l’area consultoriale.

Il **percorso di cura** viene definito all’interno di un incontro di equipe e tiene conto oltre che dei criteri clinici anche dei risultati testali e della diagnosi clinica (ICD-10). Qualora dovesse essere ritenuto necessario, verrà messa in atto la *collaborazione* con: servizi del SerD, Neuropsichiatria Infantile, ambulatorio Disturbi della Condotta Alimentare, e ambulatorio ADHD nell’adulto.

AZIONI di SECONDO livello (PERCORSO 2)

Assunzione in cura e monitoraggio clinico del rischio psichico lieve-moderato, (vulnerabilità, psicosi attenuata) e a rischio elevato (BLIPS e Soglia Psicotica), degli esordi psicotici e di altri disturbi psichici gravi e per un limite massimo di 2 anni. Particolare attenzione sarà posta sull’individuazione e prevenzione precoce del rischio suicidario.

Per definire il rischio medio-moderato viene considerato la positività ad almeno uno dei seguenti indicatori, relativi alle scale utilizzate nel percorso 1:

- PQ-16 tra 4 e 5, se necessario: CAARMS segnalante la presenza del gruppo “vulnerabilità”, “psicosi attenuata” e blips
- Clinical rating PID-5 tra 1 e 2 (in almeno 2 item)
- GAF tra 50 e 70.

Azioni di programma condivise:

- attività di monitoraggio a lungo termine per i soggetti vulnerabili e in difficoltà che non manifestano sintomi psichici clinicamente significativi;

- focalizzazione su strumenti e modalità di relazione in grado di incontrare le esigenze dei giovani;
 - trattamento dei sintomi premonitori e del disagio psichico;
 - trattamento della disabilità emergente (es. difficoltà scolastiche e relazionali, isolamento);
 - azioni mirate alla comprensione/accettazione della crisi da parte degli utenti e famigliari: apertura di dialogo, mediazione famigliare, eliminazione dei fattori di rischio attraverso programmi di psicoeducazione (es. uso di sostanze d’abuso) e promozione della salute.
 - il trattamento precoce e tempestivo dei sintomi clinici;
 - azioni formative ed organizzative per facilitare la transizione degli utenti dai servizi NPIA a quelli della salute mentale adulti
 - sostegno scolastico/lavorativo;
 - risocializzazione precoce e tempestiva;
 - attività ricreative e ludico-motorie;
 - interventi psicologici individuali e/o gruppo
 - interventi psicologici strutturati, individuali e/o gruppo, atti a migliorare le competenze sociali e la capacità di affrontare e risolvere problemi o conflitti;
 - interventi familiari di mediazione e apertura di dialogo
- Obiettivo del progetto è garantire la tempestività o la continuità dell’accesso alle cure psicologiche di questi giovani e una riabilitazione funzionale e psicologica precoce ed intensiva. Si garantirà un monitoraggio clinico a lungo termine. Questo al fine di prevenire e possibilmente risolvere le criticità legate alla durata di un disagio psichico non adeguatamente valutato o preso in considerazione o al passaggio tra servizi, quelli infantili e quelli per adulti, con orientamenti e approcci diversi.
- Si prevede un periodo di assunzione in cura della durata massima di 2 anni. Allo scadere di questi tempi o in caso di peggioramento del quadro clinico gli utenti potranno essere dimessi, inviati ad uno stadio successivo (STADIO 3) o inviati ai servizi specialistici più indicati (es. CPS, SERT) per una presa in carico.

AZIONI di TERZO livello (PERCORSO 3)

Preso in carico del rischio psichico grave e degli esordi psicotici, per un limite massimo di 3 anni. Per definire il rischio grave vengono considerati i seguenti indicatori, relativi alle scale utilizzate nel percorso 1:

- PQ-16 ≥ 6 , poi CAARMS segnalante la presenza del gruppo “Soglia Psicotica/Soglia di Trattamento Antipsicotico”
- Clinical rating PID-5 ≥ 2 (in almeno due item), che indica quindi la presenza di un disturbo di personalità conclamato
- GAF < 50 , che segnala un funzionamento globale compromesso.

Tali casi saranno discussi anche con l’equipe multidisciplinare del CPS territorialmente competente, al fine di promuovere un piano terapeutico che preveda l’integrazione tra l’equipe del Centro e quella del CPS, al fine di costruire un percorso educativo-riabilitativo del giovane paziente, oltre che fornire sostegno al nucleo familiare, e creare una rete con le strutture sociali pertinenti, come ad esempio la scuola o i centri sportivi.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL PROGETTO

Rappresentano criterio di esclusione:

- soggetti con ritardo mentale medio e grave.
- La presenza di disturbo psichiatrico grave e persistente da più di tre anni (scala NOS-DUP), indicatore di cronicità e complessità globale tale da richiedere la presa in carico del giovane da parte del CPS territorialmente competente.
- Nei casi in cui il giovane paziente dopo la valutazione non abbia le caratteristiche cliniche per rientrare nei percorsi 2 o 3 del Programma, verrà inviato ai Servizi competenti o Ambulatorio specialistico.

Al SerD nel caso di disturbi da uso di sostanze (ICD10) come diagnosi principale che emerge dal percorso 1, o Ambulatorio Disturbi della condotta alimentare per relative problematiche.

Attività che possono attuarsi in questo stadio, attraverso la sinergia tra i servizi coinvolti NPIA, Psichiatria Adulti, Dipendenze:

- Il trattamento farmacologico precoce e tempestivo dei sintomi clinici;
- trattamento della disabilità emergente (es. difficoltà scolastiche e relazionali, isolamento);
- interventi multidisciplinari complessi (presa in carico psicosociale);
- interventi psicoeducativi;
- azioni mirate alla prevenzione del peggioramento e della precipitazione della crisi: apertura di dialogo, mediazione familiare, eliminazione dei fattori di rischio attraverso programmi di psicoeducazione e promozione della salute (es. uso di sostanze d’abuso).
- focalizzazione sulle attività cosiddette “outreach”, realizzate cioè direttamente nella comunità e con modalità assertive;
- interventi psicologici individuali e/o gruppo;
- interventi psicologici strutturati, individuali e/o gruppo, atti a migliorare le competenze sociali e la capacità di affrontare e risolvere problemi o conflitti;
- interventi familiari di mediazione e apertura di dialogo;
- individuare spazi di residenzialità temporanea di “decompressione” a basso costo fuori dal circuito psichiatrico (es terzo settore) costruendo una rete con ostelli etc di spazi “conosciuti” e “sicuri” con personale in rete con il servizio DSM per soggiorni brevi ed estemporanei.

Tutte le attività del livello 3 si potranno svolgere o presso il Centro Giovani, o presso il CPS di riferimento oppure al domicilio, coinvolgendo quindi in modo proattivo gli operatori del CPS, integrati dagli operatori del programma che operano presso il CPS. Si prevede un periodo di presa in carico della **durata massima di 3 anni**.

Allo scadere di questi tempi gli utenti dovranno essere dimessi o, in caso di persistenza della gravità del quadro clinico, inviati ai servizi specialistici più indicati (es. CPS, SERT) per un proseguimento della presa in carico.

RISULTATI ATTESI

- Sensibilizzazione della popolazione generale, superamento di resistenze e pregiudizi legati ai disturbi psichiatrici, coinvolgimento della rete sociale e della comunità nel lavoro per la salute mentale.
- Attuazione di percorsi di mobilitazione comunitaria con il coinvolgimento dei diversi attori della rete sociale tesi a favorire il riconoscimento dei disturbi psichici gravi in età giovanile e l'invio ai servizi sanitari appropriati.
- Miglioramento delle conoscenze sugli esordi delle psicosi o di altri disturbi mentali gravi dei medici di medicina generale, degli insegnanti scuole superiori, dei operatori dei servizi sociale, in modo da favorire un tempestivo ed appropriato invio ai servizio.
- Istituzione e sviluppo in tutte le aree del DSM di equipe funzionali multidisciplinari integrate psichiatria, Dipendenze, NPIA, area della psicologia che coinvolgono operatori di diverse professionalità provenienti dalle diverse discipline (medico psichiatra, medico NPIA, psicologo, infermiere, educatore, assistente sociale), garantendo interventi poco stigmatizzanti per l'area giovanile (età 15-24 anni).
- Miglioramento dell'accesso della popolazione a rischio ed in condizione di vulnerabilità ai servizi per la salute mentale e ai percorsi di cura specificamente dedicati.
- Definizione di percorsi di cura specifici per la diagnosi e la presa in carico dei soggetti in età giovanile (15-24 anni) a rischio di sviluppare disturbi psichici gravi ed appartenenti a sottopopolazioni a rischio, individuare strumenti appropriati per la valutazione diagnostica e di esito, offrire formazione dedicata su tali percorsi e strumenti agli operatori dei servizi per la salute mentale
- Attuazione di trattamenti individualizzati multidimensionali comprensivi delle tecniche attualmente disponibili sulla base delle evidenze scientifiche.
- Rafforzamento e monitoraggio delle procedure di collaborazione e presa in carico integrata con SERT e NOA.
- Responsabilizzazione del servizio verso la continuità della "presa in carico" pazienti, monitorando gli ab-

bandoni e recuperando i "persi di vista".

- Introduzione di linee guida "evidence based" aggiornate sulle migliori evidenze attualmente disponibili, in modo da garantire l'efficacia e l'efficienza dei trattamenti
- Proseguimento dell'attività di ricerca e valutazione d'esito, in modo da favorirne la trasferibilità al SSR.
- Avvio di ambulatori dedicati al tema della transizione di utenti in carico alle NPIA al compimento dell'età adulta affetti da disturbi neuropsichiatrici quali l'ADHD, i disturbi dello spettro autistico e i disturbi psichici nell'ambito di patologie organiche, dedicati alla consulenza e all'assunzione in cura che operino in sinergia con i servizi territoriali dedicati all'area della disabilità.
- Realizzazione di sinergie e di collaborazione con i DSM delle ASST afferenti alla ATS Città Metropolitana di Milano.
- Verifica dei risultati attesi di esito e di processo sulla base di indicatori coerenti.

ALLEGATO A

Gli strumenti utilizzati, per scopi clinici e per scopi di ricerca, sono i seguenti: (in parentesi quadra il tempo previsto per lo scoring o la somministrazione):

- scheda di raccolta dati sociodemografici, che permette una valutazione della sfera sociale del soggetto, oltre alla raccolta dell'anamnesi.
- PQ-16 (Prodromal questionnaire; cut-off: ≥ 6), che indaga la presenza di uno stato mentale a rischio dell'area psicotica [autosomministrato, 5 minuti per lo scoring].
- In caso in cui il punteggio alla PQ-16 sia superiore a 6 si procede a somministrare CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State), per confermare un eventuale rischio di psicosi o un quadro già conclamato (la CAARMS permette di individuare il livello di gravità) [eterosomministrato, 20 minuti].
- PID-5 (Clinical rating of Personality Inventory for DSM - V; cut-off: ≥ 2 in almeno 2 item). Tale scala

-
- è utilizzata per approfondire quadri personologici disfunzionali o disturbi di personalità già conclamati [auto-eterosomministrato, 5 minuti per lo scoring].
- GAF (Global Assessment of Functioning; cut-off: ≤ 50) [2 minuti].
 - SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale), per valutare il funzionamento (in ambito lavorativo, scolastico, sociale) del soggetto e la qualità di vita [5 minuti].
 - NOS-DUP (Nottingham Onset Schedule), per valutare la durata dei sintomi non trattati in precedenza, in modo da evidenziare la presenza di eventuale criterio di esclusione sopra citato [15 minuti].
 - PBI (Parental Bonding Instrument). Viene proposto inoltre il questionario per indagare lo stile di attaccamento [autosomministrato, 15 minuti per lo scoring].

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

**Psichiatra, Direttore del Dipartimento di salute Mentale della ASST "Santi Paolo e Carlo" di Milano.*

***Psichiatra, Consulente del Programma Innovativo Giovani, presso il Centro Giovani "Ponti" del Dipartimento di Salute Mentale della ASST "Santi Paolo e Carlo" di Milano.*

****Psichiatra, Responsabile del Centro Giovani "Ponti" del Dipartimento di Salute Mentale della ASST "Santi Paolo e Carlo" di Milano.*

BIBLIOGRAFIA

1. Addington J., Cornblatt B.A., Cadenhead K.S., Cannon T.D., McGlashan T.H., Perkins D.O., Seidman L.J., Tsuang M.T., Walker E.F., Woods S.W., Heinsen R., *At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters*. Am J Psychiatry 2011, 168:800-5.
2. Amminger G.P., Schäfer M.R., Papageorgiou K., Klier C.M., Cotton S.M., Harrigan S.M., et al. *Long-Chain {omega}-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial*. Arch Gen Psychiatry 2010, 67:146-154.
3. Appleton S., Pugh K., *Planning Mental Health Services for Young Adults – Improving Transition: A Resource for Health and Social Care Commissioners*. National Mental Health Development Unit, 2011.
4. Bechdolf A., Pukrop R., Köhn D., Tschinkel S., Veith V., Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Geyer C., Pohlmann B., Klosterkötter J., *Subjective quality of life in subjects at risk for a first episode of psychosis: a comparison with first episode schizophrenia patients and healthy controls*. Schizophr Res 2005, 79:137-43.
5. Bechdolf A., Wagner M., Ruhrmann S., Harrigan S., Putzfeld V., Pukrop R., Brockhaus-Dumke A., Berning J., Janssen B., Decker P., Bottlender R., Maurer K., Möller H.J., Gaebel W., Häfner H., Maier W., Klosterkötter J., *Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states*. Br J Psychiatry 2012, 200:22-9.
6. Bechdolf A., Phillips L.J., Francey S.M., Leicester S., Morrison A.P., Veith V., Klosterkötter J., McGorry P.D., *Recent approaches to psychological interventions for people at risk of psychosis*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006, 256:159-73.
7. Bourque F., Van Der Ven E., Malla A., *A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants*. Psychol Med 2011, 41:897-910
8. Butterfoss F.D. and Kegler M.C., *Toward a comprehensive understanding of community coalitions: moving from practice to theory*. In DiClemente, R.J., Crosby, R.A. and Kegler, M.C. (eds), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2002 pp. 157-193.
9. Cantor-Graae E., Selten J.P., *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*. Am J Psychiatry 2005, 162:12-24
10. Cerati G., e Percudani M., *L'innovazione e il miglioramento della qualità dei trattamenti nei servizi di salute mentale*. In: Vita A (ed): *La riabilitazione cognitiva delle psicosi: principi, metodi e valutazione di efficacia*. Springer, Milano, 2013
11. Cocchi A, Meneghelli A, Monzani E, Preti A. *Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosis*, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, 2011; n.2
12. Fusar-Poli P., Hobson R., Raduelli M., Balottin U., *Reliability and validity of the Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State, Italian version (CAARMS-I)*. Curr Pharm Des. 2012, 18:386-91.
13. Fusar-Poli P., Cappucciati M., Rutigliano G., Schultze-Lutter F., Bonoldi I., Borgwardt S., Riecher-Rössler A., Addington J., Perkins D., Woods S.W., McGlashan T.H., Lee J., Klosterkötter J., Yung A.R., McGuire P., *At risk or not at risk? A meta-analysis of the prognostic accuracy of psychometric interviews for psychosis prediction*. World Psychiatry 2015, 14:322-32.
14. Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung A.R., Borgwardt S., Kempton M.J., Valmaggia L., Barale F., Caverzasi E., McGuire P., *Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk*. Arch Gen Psychiatry 2012, 69:220-9.
15. Fusar-Poli P., Hobson R., Raduelli M., Balottin U., *Reliability and validity of the Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State, Italian version (CAARMS-I)*. Curr Pharm Des 2012, 18:386-91.
16. Gleeson H., Turner G., *Transition to adult services*. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2012, 97:86-92.
17. Goldman-Mellor S., Caspi A., Arseneault, L., Ajala, N., Ambler, A., Danese, A., Fisher, H., Hucker, A., Odgers, C., Williams, T., Wong, C. and Moffitt, T. E. (2016), *Committed to work but vulnerable: self-perceptions and mental health in NEET 18-year olds from a contemporary British cohort*. J Child Psychol Psychiatr, 57: 196-203.
18. Granner ML, Sharpe PA. *Evaluating community coalition*

- characteristics and functioning: a summary of measurement tools.* Health Educ Res 2004,19:514-532.
19. Hawkins J.D, Oesterle S, Brown EC, Arthur MW, Abbott RD, Fagan AA, Catalano RF, *Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care.* Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2009, 163:789-798.
 20. Khazaal Y, Favrod J, Libbrecht J, Finot SC, Azoulay S, Benzakin L, Oury-Delamotte M, Follack C, Pomini V. *A card game for the treatment of delusional ideas: a naturalistic pilot trial.* BMC Psychiatry 2006,30:6:48.
 21. Khazaal Y, Chatton A, Dieben K, Huguelet P, Boucherie M, Monney G, Lecardeur L, Salamin V, Bretel F, Azoulay S, Pesenti E, Krychowski R, Cořta Prata A, Bartolomei J, Brazo P, Traian A, Charpeaud T, Murys E, Poupart F, Rouvière S, Zullino D, Parabiaghi A, Saoud M, Favrod J. *Reducing Delusional Conviction through a Cognitive-Based Group Training Game: A Multicentre Randomized Controlled Trial.* Front Psychiatry 2015, 6:66.
 22. Lora A, Barbato A, Cerati G, Erlicher A, Percudani M. *The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012, 47:447-54.
 23. Marshall M, Rathbone J. *Early intervention for psychosis.* Cochrane Database Syst Rev 2011, 5;(6):CD004718.
 24. Nelson B, Yuen HP, Wood SJ, Lin A, Spiliotacopoulos D, Bruxner A, Broussard C, Simmons M, Foley DL, Brewer WJ, Francey SM, Amminger GP, Thompson A, McGorry PD, Yung AR, Long-McGorry PD. *The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system.* Med J Aust 2007, 187(7 Suppl):S53-6.
 25. McGlashan, R.B. Zipursky, D. Perkins, J. Addington, T. Miller, S.W. Woods, et al. *Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis.* Am J Psychiatry 2006, 163:790-799.
 26. McGorry PD. *The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system.* Med J Aust 2007, 187(7 Suppl):S53-6.
 27. Miklowitz DJ, Chang KD, Taylor DO, George EL, Singh MK, Schneck CD, Dickinson LM, Howe ME, Garber J. *Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial.* Bipolar Disord 2011, 13:67-75.
 28. Miklowitz DJ, Schneck CD, Singh MK, Taylor DO, George EL, Cosgrove VE, Howe ME, Dickinson LM, Garber J, Chang KD. *Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: a randomized trial of family-focused therapy.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013, 52:121-31.
 29. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bentall RP. *Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial.* Br J Psychiatry 2004, 185:291-7.
 30. Nordentoft M, Thorup A, Petersen L. *Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment.* Schizophr Res 2006, 83:29-40.
 31. Percudani M, Cerati G, Angelozzi A, Gruppo di lavoro SIP. *I modelli regionali nelle politiche di salute mentale.* Sistema Salute 2012, 56:192-204.
 32. Phillips LJ, Leicester SB, O'Dwyer LE, Francey SM, Koutsogiannis J, Abdel-Baki A, Kelly D, Jones S, Vay C, Yung AR, McGorry PD. *The PACE Clinic: identification and management of young people at "ultra" high risk of psychosis.* J Psychiatr Pract 2002, 8:255-69.
 33. Phillips LJ, McGorry PD, Yuen HP, Ward J, Donovan K, Kelly D, *Medium term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis.* Schizophr Res 2007, 96:25-33.
 34. Preti A, Cella M, *Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness.* Schizophr Res 2010, 123:30-6.
 35. Reale L, Bonati M, *Mental disorders and transition to adult mental health services: A scoping review.* European Psychiatry 2015, 30:932-942.

-
36. Seikkula J, Olson ME, *The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics*. *Fam Process* 2003, Fall 42:403-18.
 37. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.; DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013.
 38. Van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, McGorry P, Cuijpers P, *Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups*. *Schizophr Res* 2013, 149:56-62.
 39. Yung AR, Phillips LJ, Nelson B, Francey SM, Panyuen H, Simmons MB, et al. *Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis*. *J Clin Psychiatry* 2011, 72:430-440.
 40. Yung AR, Nelson B. *The ultra-high risk concept-a review*. *Can J Psychiatry* 2013, 58:5-12.
 41. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. *Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states*. *Austral NZJ Psychiatry*, 2005, 39:964-971.
 42. Van der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RM, Koeter M, Cuijpers P, Wunderink L, Linszen DH, *Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial*. *Schizophr Bull* 2012, 38:1180-8.
 43. Veling W, Hoek HW, Selten JP, Susser E. *Age at Migration and Future Risk of Psychotic Disorders Among Immigrants in the Netherlands: A 7-Year Incidence Study*. *Am J Psychiatry* 2011, 168:1278-1285
 44. Zeschel E, Bingmann T, Bechdolf A, Krüger-Oezguerda S, Correll CU, Leopold K, Pfennig A, Bauer M, Juckel G. *Temperament and prodromal symptoms prior to first manic/hypomanic episodes: results from a pilot study*. *J Affect Disord* 2015, 173:39-44.

Adolescenti e identità riflesse Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie¹

*Davide Bruno**

INTRODUZIONE

In questo lavoro dedicato ai rischi e alle potenzialità delle nuove tecnologie in adolescenza parlerò dalla mia prospettiva di terapeuta per adulti. Gli psichiatri che si occupano di pazienti maggiorenni si sono recentemente abituati sempre di più ad incontrare gli adolescenti e le loro famiglie nei Servizi per l'urgenza quali il Pronto Soccorso e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, a cui spesso viene delegato il ricovero per l'insufficienza di reparti di Neuropsichiatria Infantile all'interno del Sistema Sanitario. Si producono così situazioni complesse che rimandano non solo allo sviluppo e al continuo aggiornamento delle competenze tecniche nel campo della psicopatologia dell'età evolutiva, ma anche alla collaborazione tra Servizi e specialisti. Del resto, l'adolescenza, che viene concepita come un periodo di passaggio tra l'infanzia e l'età adulta, necessita della messa in campo di conoscenze e professionalità diversificate appartenenti al campo nella psichiatria infantile e degli adulti, a seconda del momento in cui si trova il paziente nel corso della presa in carico.

Al pari dell'età adolescenziale, che è spesso transitata da rapidi cambiamenti, l'approccio alle nuove tecnologie e all'uso che ne viene fatto è caratterizzato da continui mutamenti ed evoluzioni, tanto da rendere una conoscenza aggiornata ed esaustiva praticamente impossibile. Anche Internet, come gli adolescenti, è 'imprendibile' e forse questa è una delle molteplici ragioni per cui tale strumento esercita la sua attrattiva soprattutto in quest'età.

I giudizi in merito dividono i clinici: alcuni considerano l'uso di alcune applicazioni quali ad esempio i social network dannoso rispetto al rischio di generare condotte di dipendenza, altri invece lo pensano come un'estensione della libertà di pensiero e azione degli individui. Alcuni clinici usano questi mezzi anche all'interno della propria attività professionale, promuovendola ad esempio attraverso un sito o per praticare psicoterapie 'a distanza', mentre altri considerano che l'uso di questi mezzi esponga eccessivamente alcune parti della vita privata del terapeuta e non giovi alla sua 'neutralità'. Come è possibile sottrarsi a queste polarizzazioni riguardo ai giudizi di valore che gravano su questi nuovi mezzi, senza rimanerne acriticamente affascinati, ma anche senza rifugiarsi in un'astinenza difensiva?

Internet e le nuove tecnologie permeano la vita di noi tutti, clinici e pazienti, tanto che è praticamente impossibile sottrarsi al loro utilizzo. Ralph Linton, un antropologo americano, ha affermato a proposito della cultura che essa è come l'acqua in cui sono immersi i pesci: essi possono vedere attraverso, ma come farebbero a descriverla se non tramite l'esperienza che ne fanno? Così, trattando le nuove tecnologie alla stregua di produzioni culturali, possiamo tentarne una descrizione interrogando l'esperienza nostra e altrui, in particolare dei pazienti. Il mio approccio attraverserà quindi alcune esperienze cliniche con adolescenti e giovani adulti, presentate sotto forma di vignette, per tentare una comprensione del significato che queste tecnologie rivestono all'interno della terapia nei Servizi di Salute Mentale.

IL VIRTUALE COME ESTENSIONE DELLO SPAZIO PSICHICO

Le nuove tecnologie, come ad esempio gli smartphone, sono state presentate da alcuni autori come «protesi»

1. Relazione presentata presso il Convegno "Adolescenti e genitori dis-connessi. Come orientarsi nella complessità dell'era digitale" tenutosi il 24 novembre 2018 presso l'Università degli Studi di Padova

somatiche, per sottolineare la modalità quasi corporea di partecipazione dell'individuo alla vita sociale attraverso la digitalizzazione dell'esperienza (Preta 2007; Lombardozi 2007; Civitarese 2015). Tuttavia, se esse rappresentano un'estensione quasi somatica degli individui, ci si potrebbe chiedere se non si potrebbe parallelamente affermare che tali mezzi rappresentano un'estensione della vita psichica.

Fernando Pessoa² ha scritto che la letteratura, e l'arte in generale, è la dimostrazione che la vita non basta. Le persone, cioè, hanno bisogno per vivere di immaginare continuamente altri possibili, sapendo contemporaneamente che essi non sono la realtà. Quest'area normale di illusione per la psicoanalisi rientra nei cosiddetti fenomeni transizionali descritti da Winnicott. Tuttavia, quel che interessa qui sottolineare è l'idea che sia indispensabile anche per le persone cosiddette sane un'estensione della vita psichica che abbia in qualche modo a che fare con il reale. L'esperienza che ne deriva non arriva ad avere un carattere delirante perché avviene, come ad esempio per le arti, all'interno di uno spazio culturale co-costruito e condiviso a livello sociale, che permette di godere della sovrapposizione delle aree intermedie dei singoli individui appartenenti ad uno stesso gruppo (Winnicott, 1951).

Gli adolescenti amano giocare su queste frontiere, in un modo del tutto peculiare. Quel che una volta era presente materialmente nella loro camera, si è spostato in gran parte nel mondo «virtuale»: i loro smartphone contengono per esempio «oggetti digitali» che fanno riferimento a cantanti, attori e personaggi famosi con cui intrattengono un rapporto quasi personale, illudendosi che essi possano essere «a portata di mano», essendo al contempo consapevoli della distanza che li separa nella vita reale. La figlia quindicenne di una mia conoscente amava ripetere che avrebbe avuto una relazione con tal cantante, fantasticando sui modi per

incontrarlo e farsi notare da lui. Lo seguiva sulla sua pagina Facebook e su Instagram, prodigandosi in «mi piace» e commenti che lui avrebbe letto. Tuttavia, era in qualche misura consapevole che tali comportamenti erano sostenuti e sostenevano a loro volta un'attività fantasmatica, che non necessariamente avrebbe avuto riscontro nella realtà. Una volta, interrogata a proposito, rispose quanto le piacesse il suo idolo, «non sono mica pazza! Lui è una persona reale, da qualche parte esiste, sta facendo la sua vita perché non mi ha ancora incontrato... io ci voglio provare, anche se è difficile, magari c'è una possibilità su un milione, due milioni, chi lo sa, ma non è che non esiste!».

VEDERE, VEDERSI

Molti social network si basano su un uso privilegiato dell'immagine: su Facebook è possibile caricare foto e video, mentre Instagram è dedicato esclusivamente a tale attività. Possiamo affermare in generale che l'immagine, attraverso le proprie qualità estetiche, rimanda alla produzione di un immaginario. Senza spingerci nei casi in cui è possibile per una persona sperimentare nuove identità attraverso l'uso di avatar o di falsi profili³ (Berlinioni & Bruno 2012), si potrebbe dire che la fotografia sollecita la creazione di nuovi immaginari in quanto offre un'immagine disincarnata, che non è soggetta alle leggi che interessano invece il corpo. Essa può essere costruita, scattata da angolature differenti, sotto una luce differente, può essere infine essere scelta e modificata. Attraverso la fotografia, una persona può scegliere quali parti di sé mostrare e come incanalare l'immaginazione dell'altro, tanto che non è raro raccogliere racconti di persone che si sono conosciute sul web, rimaste assai deluse dopo che si sono incontrate realmente.

Il corpo è comunicato per immagini che vengono attivamente costruite allo scopo di renderlo fruibile

2. Obras em prosa. Páginas sobre Literatura e Estética

3. Tale effetto può essere ottenuto in diversi modi, usando ad esempio pseudonimi all'interno dei social network

attraverso la costruzione di immaginari, all'interno di uno spazio di comunicazione condiviso (Belting, 2001). In questo senso, è il processo comunicativo a prendere il sopravvento sul contenuto della comunicazione, dal momento che il contenuto semantico di un'immagine è necessariamente sovradeterminato. Le immagini costruite per i social network devono non solo attirare l'attenzione, ma anche essere ricordate il più a lungo possibile, in un mondo quale quello del web effimero e saturo di contenuti visivi. Un'immagine è degna di essere notata e ricordata solamente se si differenzia dalla percezione quotidiana, incorporando ad esempio dei tratti eterogenei e non banali (Severi 2015): sappiamo dalle interviste ad alcuni influencer, ad esempio, quanto lavoro richieda lo scatto di una fotografia o di un semplice selfie, per non risultare scontato.

L'esplorazione di differenti identità e la ricerca di una propria originalità sono temi che caratterizzano l'età adolescenziale, entrando in un rapporto di amplificazione con questi aspetti del web. In alcuni casi, però, quest'uso sovradeterminato dell'immagine fallisce, ed essa viene utilizzata in maniera concreta, come una «prova» di ciò che sta avvenendo. Ricordo il caso di una paziente di quattordici anni per cui sono stato chiamato in consulenza in Pronto Soccorso durante una notte di guardia. La collega pediatra mi aveva allertato urgentemente per alcune crisi di agitazione psicomotoria presentate dalla ragazza, per cui si era reso necessario non solo il ricorso alla sedazione farmacologica, ma anche ad alcuni esami strumentali per escludere una patologia epilettica. Quando arrivo nella sala di consultazione, la trovo distesa su una barella, concentrata nello scatto di alcuni selfie col cellulare. Trovandomi intento ad osservarla, si rivolge verso di me e chiarisce subito che sta scattando alcune foto per i suoi amici, perché possano vedere dove si trova e quanto sta male, tuttavia non vuole in alcun modo parlare con me, perché «non ha niente da dirmi». Durante il successivo colloquio con i genitori emerge una situazione

familiare assai complessa conseguente alla loro separazione, in cui ognuno dei due era troppo preoccupato di «rifersi una vita» per vedere l'altro, tanto che entrambi affermavano di non «aver visto» quanto la figlia stesse male, attribuendo alcuni comportamenti di self-cutting alla frequenza di «cattive compagnie».

L'uso del selfie diventa in questo caso un modo concreto per «essere visti», da cui può iniziare l'esplorazione delle vicende familiari e personali della paziente. A tal proposito presenterò in maniera più approfondita il caso di una giovane adulta originaria della Cina, in cui l'uso dei social network ed il ricorso alla scrittura dei post riveste un analogo significato rispetto alla questione dell'«essere visti» in un contesto di migrazione personale e familiare, ponendo inoltre i temi dello «straniero», dei legami con il Paese d'origine e con la propria storia.

LA STORIA DI AI

Ai è una ragazza poco più che maggiorenne nata in Cina, arrivata qui insieme al padre e al fratello, per raggiungere la madre che già abitava e lavorava in Italia, dove ha aperto un negozio di sartoria. La paziente viene inviata al CPS dal servizio di Psicologia Clinica di un grande ospedale della città, a cui si è inizialmente rivolta per una visita ginecologica ed esami microbiologici per la ricerca di malattie veneree. La collega psicologa che ha in carico la paziente è infatti preoccupata non solo per la sua importante situazione di ritiro sociale, ma anche in merito ad alcune frasi della ragazza, in cui afferma di aver l'intenzione di «farsi del male». Dal momento che la paziente non parla italiano, è stata richiesta la figura di un traduttore che sia presente durante le sedute. La condizione di isolamento sociale e deafferentazione culturale in cui si trovava Ai ha suggerito la possibilità di una presa in carico di gruppo, che prevedesse la presenza di un'équipe multidisciplinare a fianco dello psichiatra, per cui sono stati coinvolti, oltre al traduttore, l'educatrice e lo psicologo del CPS. Tale presa in carico riprende, se-

condo un modello “a geometria variabile”, riconfigurato in relazione alle esigenze del caso e alle disponibilità del servizio, il dispositivo etnopsichiatrico di presa in carico francese (Bruno 2017, Moro 2010). Agli incontri è presente la madre della ragazza, che racconta parti della storia della paziente che quest’ultima non riesce a riferire.

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

state interpretate come un estremo tentativo perché il suo dolore possa essere visto e accolto.

La presenza di diverse figure professionali nella presa in carico di gruppo permette una lettura multidisciplinare della problematica portata dalla paziente: durante un suo intervento, ad esempio, l’educatrice chiede alla ragazza se dispone di una rete sociale di riferimento, ovvero di amici con cui si trova. Ai risponde di non avere nessun amico in Italia, in quanto non solo non parla italiano, ma anche con i connazionali si vergogna ritenendo che la sua pelle sia troppo scura rispetto a quella delle coetanee. In Cina, infatti diversamente che in occidente, è considerato un segno di bellezza non solo avere una carnagione molto chiara, ma anche poterla mantenere tale. L’intervento psichiatrico si è avvalso della prescrizione di una terapia psicofarmacologica a base di olanzapina a basso dosaggio, utilizzata in questo caso come stabilizzatore dell’umore e per mitigare la componente rabbiosa della paziente, terapia in cui Ai afferma di aver trovato beneficio. Dal punto di vista psicologico, si può osservare nella paziente una posizione di ambivalenza tra il desiderio di instaurare delle relazioni di fiducia ed emotivamente coinvolgenti, e la paura di essere nuovamente abbandonata e delusa: in questo senso il web si mostra uno strumento non eccessivamente intrusivo, che può essere utilizzato “al bisogno”, secondo le necessità della paziente, troppo a lungo ignorate, nella speranza che da qualche parte ci sia qualcuno disposto ad ascoltarla. I social network rappresentano un luogo “altro”, diverso dalla Cina dove ha vissuto esperienze traumatiche e dall’Italia nel cui contesto non riesce ad inserirsi: durante una seduta riporta quanto le piacerebbe partire per stabilirsi in Olanda, che non ha mai visto, ma che immagina come un Paese libero in cui può finalmente trovare il suo posto.

ESSERE IN RETE

Il funzionamento di Internet rimanda ad una rete di collegamenti reali e virtuali: la sua estensione permette di

pensare che da qualche parte nel mondo ci sia qualcuno accessibile e “disponibile”, in qualunque momento, il che può favorire le condotte di dipendenza (Bruno&Berlincioni 2012). In questo senso, il concetto di simultaneità introdotto da Civitarese (2012) rimanda ad un’idea di assenza di tempo in quanto tutto, dal libro su Amazon, al film in streaming, al sesso virtuale è “a portata di mano”, tanto da soddisfare immediatamente il bisogno. Dal punto di vista neurobiologico è stato del resto dimostrato il ruolo del sistema della ricompensa costituito dal circuito corteccia-gangli della base-talamo in cui le proiezioni di dopamina dall’area tegmentale ventrale (VTA) al nucleo accumbens (NAc) e dalla substantia nigra (SN) allo striato dorsale sono coinvolte nelle condotte di dipendenza in genere (Wang, Zhao, Yu et al. 2018). Il funzionamento di Facebook, basato sul sistema dei “mi piace” e del rinforzo narcisistico, ha inoltre ulteriormente stressato gli aspetti legati alla gratificazione.

In alcuni casi, tuttavia, la funzione di “collegamento” di Internet ha permesso la formazione di comunità (e dei relativi haters), in cui appare in primo piano il sentimento di appartenenza, quasi al di là dei contenuti particolari espressi, nel bene o nel male. Nei gruppi frequentati dalle pazienti con disturbi del comportamento alimentare si trovano per esempio non solo consigli di diete sempre più restrittive e condotte di eliminazione, ma anche e soprattutto “sostegno” e incentivi per perpetuare la malattia. Ovviamente esiste anche il caso contrario, di gruppi di auto-aiuto per avviare un processo di terapia. Spesso Internet costituisce inoltre uno spazio in cui maturano incontri tra persone, e in cui è possibile “restare in contatto” nonostante le distanze geografiche e sociali (si pensi ad esempio all’uso che fanno i migranti di alcune funzioni come ad esempio whatsapp o messenger). Nonostante l’uso delle nuove tecnologie sia associato ad alcune patologie adolescenziali come l’hikikomori, caratterizzate da comportamenti di ritiro in società ad alta competitività come quella giapponese, la funzione

di “collegamento” della rete può al contrario permettere ad alcune persone di uscire da situazioni di isolamento a volte estremamente invalidanti. Come si può notare da questa breve rassegna, Internet può dare vita a comportamenti antitetici tra loro se pensati in senso assoluto, ma che acquistano un significato peculiare se calati nel contesto all’interno del quale prendono vita. Rispetto al tema dell’essere “in contatto” presenterò quindi il caso di un’adolescente ricoverata nel reparto di psichiatria, in cui tale problematica assume un significato particolare in relazione al suo funzionamento psichico e alla sua storia.

IL CASO DI LARA

Lara è una ‘ragazza difficile’: a 16 anni è ricoverata da mesi in SPDC perché nessuno riesce a ‘tenerla’, né dall’uso continuo di sostanze, né dalle fughe ripetute da casa. «Questo è un carcere! Sono chiusa qui dentro e ho l’ansia, ho bisogno di una puntura da cavallo!», mi dice più volte con la richiesta continua di terapie aggiuntive per «spegnere il cervello e non pensare». Trova il reparto per adulti «non adatto a lei», «qui sono tutti matti, mentre io non sono così». Era stata ricoverata precedentemente in Pediatria, in assenza di posti letto presso la NPI, ma era scappata anche da lì, si era fatta e i colleghi non l’avevano più voluta. L’SPDC rimaneva l’ultima possibilità, insieme a quella dell’ennesima comunità per tossicodipendenti dove è intenzionata ad andare, prima che arrivi la sentenza che la condanna per oltraggio a pubblico ufficiale.

Figlia unica di una famiglia ‘bene’, afferma senza sentimenti di voler ‘distuggere’, di ‘volersi autodistuggere’, anche se non ne sa il motivo: «Ho partecipato a manifestazioni violente, poi il giorno dopo andavo a cantare in Chiesa». I colloqui con lei sono molto difficili, spesso diventa provocatoria e inutilmente aggressiva, tanto da suscitare nell’interlocutore intensi sentimenti di rifiuto. A volte, soprattutto di notte, si mostra più bisognosa, di rassicurazione e conforto, lato che mostra soprattutto con gli infermieri: «Ho fatto un incubo, mi potete tenere qui con voi?».

Sembra che Lara sia imprigionata non solo in SPDC, ma soprattutto dall'uso massiccio di meccanismi di scissione: a volte è una 'bambina bisognosa', più spesso una adulta che ha 'provato tutto nella vita', come ama affermare con una certa ostentazione: «una volta sono anche scappata da casa per diversi giorni, mi sono resa irreperibile, i miei hanno fatto denuncia alla Polizia. Poi però avevo quasi voglia che mi trovassero». Troppo grande per la pediatria, troppo piccola per la Psichiatria adulti.

Per lei 'non c'è posto', non solo perché è nella fase dell'adolescenza, ma anche perché sembra mostrare molto meno o molto più della sua età. Non c'è niente che possa essere pensato e detto, ma solo agito in maniera destrutturante e per opposizione. Lara è impegnata in un'evacuazione continua e coatta delle emozioni e dei sentimenti, ma anche dai pensieri dell'altro, che non può che rifiutarla.

Un giorno, durante il giro medico, la vedo colorare dei mandala, mi sembra incredibilmente sola. Le chiedo se ha degli amici: «Ne avevo», mi risponde sorridendo, «ma ho fatto diverse comunità, non vado più a scuola e adesso i miei non vogliono darmi nemmeno più il cellulare perché faccio casini». «Almeno sul cellulare avevo Facebook, avevo messo proprio il mio nome, così i miei amici potevano trovarmi, avere notizie...così rimanevamo in contatto. Ora sono fuori dalla società!». È stata una delle poche volte che l'ho trovata autentica e «in contatto» con l'interlocutore. Di lì a poco mi chiederà una terapia al bisogno, perché ha pensato che forse la comunità in cui dovrebbe essere inserita non la vorrà.

Mi è venuto da pensare al termine di 'collegamento' usato da Lara rispetto al social network: lei che sembra così «scollegata» e scissa usava Facebook per «rimanere in contatto», dimostrando quanto sia importante per lei, ma anche difficile nel mondo reale. Nel mondo reale infatti si producevano 'scollegamenti', con le persone, tra istituzioni e servizi (pediatria, Psichiatria adulti, NPI, Serd). Da un certo punto di vista mi sono chiesto se non poteva essere un suggerimento, non solo per tentare di

raggiungerla nel mondo per lei così difficile dei pensieri e delle emozioni, ma anche un invito a 'mettetevi d'accordo', per provare a trovare un progetto che potesse "tenere" ed essere adatto a lei.

CONCLUSIONI

Le nuove tecnologie, e Internet in particolare, possono apparire paradossali per chi si accinge a studiarle, in quanto contengono elementi altamente eterogenei e contraddittori, sia sincronici che diacronici: dal punto di vista delle dinamiche sociali, un tempo si poneva particolare attenzione alla possibilità di anonimato offerte da tali mezzi, mentre oggi si discute incessantemente della tutela della privacy e dei dati sensibili su Facebook, per esempio. Le mail erano usate in principio come forma di comunicazione informale, in opposizione alla posta cartacea, mentre attualmente sono correntemente utilizzate per comunicazioni di lavoro, mentre quelle informali si sono spostate su altre piattaforme. In terapia, i racconti sugli incontri organizzati tramite le chat possono rivestire un carattere difensivo per alcuni pazienti, non per altri.

Studiare le nuove tecnologie senza tener conto del contesto può avere come conseguenza quella di renderle dei feticci da museo, avulse dall'uso che ne fanno le persone e dalle loro motivazioni, eludendo la dinamica che si instaura tra produzioni culturali, società ed individui. Rifiutare l'idea deterministica che siano questi nuovi mezzi a renderci in una tale maniera o in un'altra, permette di porsi in una prospettiva in cui è possibile evidenziare come le persone agiscono attraverso le nuove tecnologie, e quali significati questo uso riveste, nonché a quali bisogni corrisponde. Il rapporto dell'uomo col mondo e con se stesso è sempre stato mediato dalla cultura e dall'uso delle produzioni culturali, tra cui possiamo annoverare Internet. L'umanità non sta quindi diventando più mediatizzata, ma diversamente mediatizzata (Miller 2016). Il mondo contemporaneo è attraversato,

come gli adolescenti di cui ci occupiamo, da rapidi cambiamenti che è fondamentale saper comprendere all'interno di una prospettiva olistica. La questione centrale non è quindi se è Internet a rendere gli adolescenti più dipendenti, ma piuttosto perché e per soddisfare quali bisogni ciò avviene. Gli studi epidemiologici sui grandi numeri possono trovare in maniera più o meno accurata correlazioni tra fenomeni, ma non possono dire molto riguardo a ciò di cui gli esseri umani hanno bisogno per vivere. La psichiatria può illuminare in questo senso gli studi di neurobiologia, allargando il campo d'indagine e considerando come il proprio "oro" quanto emerge dalla relazione terapeutica con i pazienti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

* MD, PhD in Public Health and Education. Psichiatra presso il Dipartimento di Salute Mentale e Neuroscienze dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano

BIBLIOGRAFIA

1. Belting H., *An Anthropology of Images: Picture, Medium, Body*. Princeton University Press, 2011.
2. Berlincioni V., Bruno D., *Inter-connessioni: Internet, cultura e psicopatologia nel mondo contemporaneo*. Quaderni degli Argonauti, 24, 2012: 61-75.
3. Bruno D. (2017) Alle frontiere della 180. Storie di Migranti e Psichiatria Pubblica. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore
4. Civitarese G., *Internet e la vita simultanea*. Quaderni degli Argonauti, 24, 2012: 33-44
5. Lombardozi A., *Tecnologie mediatrice. Nuovi paesaggi del Sé. Una prospettiva di antropologia psicoanalitica*. Psiche 2, 2017: 61-81
6. Miller D., *The Internet: Provocation*. Correspondences, Cultural Anthropology website, April 4, 2016. <https://culanth.org/fieldsights/847-the-internet-provocation>
7. Moro, *Nos Enfants Demain*. Pour une société multiculturelle. Paris: Odile Jacob, 2010.
8. Preta L., *Editoriale*, Psiche 2, 2007: 7-12
9. Severi C., *The Chimera Principle: An Anthropology of Memory and Imagination*. Chicago: University of Chicago Press, 2015.
10. Wang R, Li M, Zhao M, Yu D, Hu Y, Wiers CE, Wang GJ, Volkow ND, Yuan K, *Internet gaming disorder: deficits in functional and structural connectivity in the ventral tegmental area-Accumbens pathway*. Brain Imaging Behav. Jul 27, 2018.
11. Winnicott (1951), *Oggetti transizionali e fenomeni transazionali. Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.

Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici

Esiti di un'indagine sul dipartimento salute mentale e dipendenze

Silvia Carnevali, Alfio Lucchini*,
Federico Durbano**

ABSTRACT

Introduzione e obiettivi. I dati della cronaca evidenziano come gli operatori della Sanità, ed in particolare quelli dell'area Salute Mentale, siano esposti ad eventi traumatici (aggressioni e violenze, dirette o indirette) in maniera significativa. Il presente studio è finalizzato ad indagare i vissuti degli operatori esposti a eventi traumatici e gli effetti che ne derivano, sia a livello individuale che organizzativo dei Servizi. Collocandosi nell'ampio panorama di ricerche sul costrutto di Trauma Vicario, lo studio si è posto l'obiettivo, non tanto di misurare il PTSD negli operatori della Salute Mentale, quanto di evidenziare la portata del fenomeno del trauma professionale, con un'indagine all'interno di un intero Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

Metodologia e strumenti. La ricerca è stata compiuta tramite questionario costruito ad hoc, indirizzato a tutti gli operatori del Dipartimento dell'ASST Melegnano e Martesana, contenente domande anagrafiche e specifiche, per rilevare l'eventuale presenza e la qualità di vissuti "traumatici" degli operatori rispetto a eventi della loro vita professionale (aggressioni fisiche e verbali, suicidi o TS dei pazienti, racconti di traumi o reati da parte dei pazienti, con o senza implicazioni giudiziarie). Inoltre il questionario era volto a raccogliere informazioni sulla presenza di fattori facilitanti piuttosto che ostacolanti l'elaborazione del trauma attraverso le risorse dei Servizi.

Risultati e conclusioni. Sono stati raccolti complessivamente 203 questionari. Il 71,9% dei rispondenti ha riferito di aver vissuto un evento professionale traumatico, prevalentemente aggressioni, fisiche o verbali,

suicidi di pazienti e racconti di traumi. Il disagio negli operatori si è manifestato soprattutto come pensieri intrusivi (52,3%), ha generato insicurezza (34,7%) e sensazioni di inutilità (41,7%). La risorsa con cui gli operatori hanno gestito tale evento è stata l'équipe (52,8%), tuttavia è emerso anche un bisogno di cambiamento nell'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale (in parte evidenziato come già in atto), in modo che siano capaci di fornire agli operatori strumenti formativi e competenze per fronteggiare traumi e promuovere non solo il benessere degli utenti ma anche di coloro che se ne prendono cura.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni si è assistito ad un crescente interesse, nello studio del trauma, per quella che viene definita traumatizzazione secondaria. A partire dal concetto sviluppato e descritto da Fingley (Fingley, 1995) che definì *Compassion Fatigue* il "disagio di ordine psicologico indotto dalla conoscenza e dalla frequentazione ravvicinata del dolore altrui", diversi studi sono stati compiuti per rilevare il costo della cura nelle professioni di aiuto. Uno dei possibili esiti è infatti il cosiddetto Trauma Vicario, ovvero "la compromissione dell'orizzonte di senso e della visione del mondo dell'operatore che viene indebolita e privata di efficacia dalle vicende esistenziali dolorose alle quali deve assistere o di cui viene a conoscenza attraverso il racconto dei pazienti" e che rischia di far sperimentare agli operatori psico-socio-sanitari, che si confrontano con i traumi dell'utenza, la condizione del burn out.

Il tema del trauma viene pertanto affrontato dal punto di vista degli operatori, cercando di mettere a fuoco quali possano essere gli eventi o le situazioni che possano alterare l'equilibrio psichico di chi è costantemente confrontato con le sofferenze altrui e che ricaduta questo possa avere sull'agire professionale, del singolo e dell'organizzazione nel suo complesso.

Obiettivi

All'interno della delicata cornice dello studio di questi temi, la presente ricerca ha voluto indagare che impatto possano avere gli eventi potenzialmente traumatici presenti nella vita professionale degli operatori della Salute Mentale e delle Dipendenze sul benessere individuale e sull'organizzazione del Servizio. Il trauma è pertanto qui inteso in un'accezione ampia, ovvero considerando sia i traumi diretti nei confronti degli operatori, come per esempio le aggressioni, fisiche e verbali, sia i traumi indiretti, ovvero il confronto con le esperienze traumatiche riferite dall'utenza o con eventi traumatici agiti dall'utenza stessa ma non sugli operatori, come ad esempio i tentativi di suicidio o le morti per suicidio. All'interno di questo concetto ampio di trauma, l'indagine è stata estesa anche all'esplorazione della ricaduta sugli operatori, nell'esercizio del proprio ruolo di pubblico ufficiale, degli eventuali risvolti giudiziari, conseguenti al venire al corrente di traumi che si costituiscono come reati, subiti o commessi, dall'utenza.

Obiettivo della ricerca è stato quindi quello di far luce su questo ampio fenomeno all'interno di un Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, per acquisire consapevolezza sulla sua portata e fornire l'occasione per riflettere su possibili strategie di gestione, già esistenti o ancora da individuare.

METODOLOGIA

Contesto e soggetti

L'indagine ha coinvolto l'intero Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) dell'ASST Melegnano e Martesana, che comprende

- 2 Unità Operative di Psichiatria (UOP 33 e UOP 34) composte da servizi territoriali ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali (CPS, CD, CRA) afferenti ai poli di Gorgonzola, Melegnano e Vaprio d'Adda e 2 reparti (SPDC di Melzo e di Vizzolo P.),
- i presidi territoriali dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (poli

di Gorgonzola, San Donato e Rozzano e ambulatori dislocati sul territorio)

- i servizi dedicati alle dipendenze (4 Sert e 2 Noa degli stessi territori di competenza).

La ricerca è stata rivolta a tutti gli operatori, qualunque fosse il ruolo e l'inquadramento professionale; il campione ha quindi compreso medici, infermieri, educatori / terapisti (psicomotricisti, logopedisti), psicologi, assistenti sociali e altri operatori (oss). La popolazione del DSMD comprende un numero di operatori stimato attorno a 300 soggetti (il fatto che il numero sia una stima con una variabilità di 5 soggetti in eccesso o in difetto, è data dal fatto che è stato incluso nella ricerca tutto il personale, sia strutturato che in rapporto di libera professione, con un numero variabile di ore e presenze di servizio e, per il personale a contratto con possibile e frequente turn over). La popolazione risulta così distribuita sui tre Servizi Dipartimentali: 54,3% operatori della Psichiatria, 27,3% operatori della UONPIA e 18,3% operatori delle Dipendenze.

Strumento

È stato costruito un questionario ad hoc finalizzato ad indagare le aree di interesse, indirizzato a tutti gli operatori del DSMD, da compilarsi in forma anonima e volontaria, preceduto da una lettera di presentazione dello scopo dell'indagine e indicazioni per la restituzione. La distribuzione è avvenuta con consegna di copie del questionario cartaceo e via mail, in un arco temporale di due settimane, con restituzione entro le due settimane successive. Il questionario era strutturato in 15 domande, di cui 13 chiuse a risposta multipla e 2 aperte. Le domande chiuse comprendevano l'iniziale richiesta di fornire dati anagrafici relativi a: età, sesso, professione, Servizio Dipartimentale di appartenenza e anni di anzianità di servizio. Erano proposte successivamente domande specifiche inerenti il tema del trauma nell'ambito dell'esercizio della professione, e nello specifico era chiesto anzitutto se fosse capitato di vivere come "traumatico" un evento della

vita professionale, e nel caso di risposta positiva di che tipo di evento si fosse trattato, come si fosse manifestato il disagio conseguente, che ricaduta avesse avuto sulla vita lavorativa e quale soluzione fosse stata trovata per gestire l'evento. Era di seguito ulteriormente indagato il tema degli obblighi di denuncia o implicazioni in procedimenti giudiziari, conseguenti all'eventualità di essere venuti a conoscenza di notizia di reato, nell'esercitare come operatori la funzione di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio. Infine le ultime due domande, in forma aperta, erano volte a raccogliere informazioni su fattori ostacolanti piuttosto che favorenti l'elaborazione del trauma attraverso le risorse personali e del Servizio.

Validità

Sono stati raccolti in totale 203 questionari, che corrispondono al 67,6% degli operatori del Dipartimento, pertanto il campione risulta valido e sufficientemente rappresentativo della popolazione indagata. I dati complessivi sono stati analizzati in termini quantitativi, calcolando le percentuali delle risposte chiuse a domanda multipla risultate valide. La richiesta era di fornire una sola risposta per domanda, quindi per risposte multiple o di dubbia interpretazione, la singola domanda è stata invalidata. Pertanto, su un totale di $N=203$ questionari raccolti, il numero di N per ogni singola domanda può essere inferiore, se la risposta è stata omessa o invalidata. Oltre alle percentuali sul campione complessivo, sono stati analizzati anche i dati delle variabili suddivisi per sub-campioni (corrispondenti agli operatori dei tre diversi macro Servizi: Psichiatria, UONPIA e Dipendenze), rispetto ad alcune domande di particolare salienza (presenza o meno di evento traumatico, tipo di evento e esperienza di denuncia o implicazione giudiziaria) e valutata la significatività delle differenze tramite Test del Chi Quadrato. Infine, le risposte fornite alle domande aperte sono state organizzate per categorie logiche e calcolate le percentuali sulla base delle categorie formate. Nel caso delle domande aperte erano possibili più risposte e sono state tutte considerate valide, pertanto il totale di

N relativo alle risposte multiple risulta superiore al 100% (in quanto conteggiato rispetto alle risposte fornite e non sul numero dei questionari).

Analisi dei dati

Il *campione analizzato* è descritto nella tabella 1. Si tratta di un campione a prevalenza di operatori di sesso femminile (73,9%), con una distribuzione di età spostata sulle fasce alte: solo circa il 7% è composto da giovani fino a 30 anni, quasi il 44% supera i 50 anni, indicando una condizione di popolazione lavorativa "vecchia", che si riflette sull'anzianità di servizio: il 18,2% lavora da meno di 5 anni, 15,8% da 5 a 10 anni, 19,2% da 10 a 20 anni, 46,8% oltre 20 anni; le categorie professionali maggiormente rappresentate sono quelle infermieristiche (32%) e quelle meno rappresentate sono quelle degli assistenti sociali (5,9%) e degli operatori socio-sanitari (3%). In base ai Servizi Dipartimentali di afferenza il campione è composto per il 29,6% da operatori della UONPIA, per il 57,6% della Psichiatria e per il 11,8% delle Dipendenze.

Del campione complessivo così composto, il 71,9% ($N=146$) dei rispondenti ha dichiarato di avere vissuto come "traumatico" *almeno un evento della propria vita professionale*. La distribuzione per Servizio non ha evidenziato differenze statisticamente non significative (Chi-sqr 5,194, $df=2$, $p=0,074$), pertanto i risultati dei tre Servizi verranno analizzati nel loro complesso; da notare, tuttavia, che gli operatori della Psichiatria riportano una frequenza leggermente superiore all'attesa di esposizione a eventi traumatici (91/117) rispetto a quelli delle dipendenze (15/24) e della UONPIA (38/60). I dati analitici sono riportati nella tabella 2.

Indagando il tipo di trauma cui sono stati esposti gli operatori, il più frequente è risultato essere aggrediti fisicamente da un paziente o aver saputo della morte per suicidio di un paziente (23,6 e 24,3% del campione, rispettivamente); sempre nell'ambito dell'aggressività, anche l'aggressione verbale da parte di un paziente è risultata

riferita con una frequenza discretamente elevata (17,9%). Le altre categorie di eventi traumatici sono risultati meno frequenti.

In questo caso invece risultano differenze significative tra i tre Servizi rispetto al tipo di trauma riportato (tabella 3).

Tabella 1 – descrizione del campione

ETÀ (4 missing)		
<30	14	6,9
31-40	32	15,8
41-50	64	31,5
>50	89	43,8
Totale	199	98,03
SESSO (4 missing)		
F	150	73,9
M	49	24,4
Totale	199	98,03
PROFESSIONE (4 missing)		
Assistente sociale	12	5,9
Educatore / TeRP	28	13,8
Infermiere	65	32
Logopedista/psicomotricista/altro	31	15,3
Medico	29	14,3
Oss	6	3
Psicologo	28	13,8
Totale	199	98,03
SERVIZIO (2 missing)		
Dipendenze	24	11,8
Psichiatria	117	57,6
UONPIA	60	29,6
Totale	201	99
ANNI DI SERVIZIO (1 missing)		
<5	37	18,2
5 - 10	32	15,8
11 - 20	39	19,2
>20	95	46,8
Totale	203	100

Tabella 2 – esposizione a eventi traumatici

ESPOSIZIONE A TRAUMA		
sì	146	71,92%
TIPO DI TRAUMA		
Aggressione verbale da parte di un paziente	25	17,86%
Aggressione fisica da parte di un paziente	33	23,57%
Racconto, notizia di un trauma/reato subito da un paziente	15	10,71%
Racconto, notizia di violenza/reato commesso da un paziente	6	4,29%
Coinvolgimento come professionista in un procedimento giudiziario riguardante un paziente	15	10,71%
Tentativo di suicidio di un paziente	6	4,29%
Morte per suicidio di un paziente	34	24,29%
Altro evento	6	4,29%
Totale risposte valide	140	

In particolare, gli operatori della UONPIA descrivono una significativamente più alta prevalenza dei seguenti eventi traumatici: racconto di trauma o violenza subita da parte di un paziente, coinvolgimento come operatore in un procedimento giudiziario e altro (morte di un utente minore per cause naturali). Lo stesso sottogruppo descrive invece con frequenza significativamente inferiore rispetto al campione principale l'esposizione al trauma morte per suicidio di pazienti e l'esposizione ad aggressione fisica da parte di paziente. Per il Servizio di Psichiatria, risultano invece riportati con maggiore significatività i seguenti eventi: aggressione fisica e morte per suicidio di un paziente. Viceversa diminuiscono: racconto di trauma o violenza subita da parte di un paziente e coinvolgimento come operatore in un procedimento giudiziario. Infine rispetto al Servizio delle Dipendenze, risultano invece significativamente più traumatici il coinvolgimento come operatore in un procedimento giudiziario mentre il meno frequente è la morte per suicidio di un paziente.

Tabella 3 – tipo di evento (nel campione degli esposti)

	Dipendenze	Psichiatria	UONPIA	Totali per categoria
Aggressione verbale da parte di un paziente	3	12	10	25
Aggressione fisica da parte di un paziente	3	27*	3**	33
Racconto, notizia di un trauma/reato subito da un paziente	2	3**	10*	15
Racconto, notizia di violenza/reato commesso da un paziente	2	3	0	5
Coinvolgimento come professionista in un procedimento giudiziario riguardante un paziente	4*	3**	8*	15
Tentativo di suicidio di un paziente	0	5	1	6
Morte per suicidio di un paziente	1**	30*	2**	33
Aggressione verbale da parte di un paziente	0	2	4	6
Totali per servizio	15	85	38	138
Pearson Chi-Square	=55,891	df=14	P<0,001	

* frequenza maggiore dell'atteso; ** frequenza inferiore all'atteso

Tabella 4 – reazione provata dopo esposizione all'evento

	N	%
Pensieri intrusivi / rimuginazioni sull'evento	69	52,3%
Evitamento di situazioni che richiamassero l'evento	18	13,6%
Aumentato arousal in situazioni simili	21	15,9%
Malessere fisico	12	9,1%
Labilità emotiva	12	9,1%
Campione totale con risposte valide	132	

Inoltre, rispetto all'evento traumatico, sono state indagate le *conseguenze del trauma stesso*, a livello personale (per N= 134 rispondenti) e a livello lavorativo (per N=126 rispondenti); i dati sono dettagliati rispettivamente nella tabella 4 e nella tabella 5. Le differenze tra operatori appartenenti ai diversi servizi non sono risultate statisticamente significative, viene quindi data la descrizione del campione aggregato. Emerge con chiarezza come l'evento

Tabella 5 – conseguenze sul lavoro

	N	%
Nessuna conseguenza	20	13,9%
Assenza dal lavoro	2	1,4%
Irritabilità, distraibilità, difficoltà di concentrazione	12	8,3%
Senso di sfiducia, insicurezza, incertezza su di sé, dubbi sul proprio operato, difficoltà di presa di decisione	50	34,7%
Senso di impotenza, inutilità	60	41,7%
Campione totale con risposte valide	144	

traumatico nella maggioranza degli operatori esposti abbia determinato una condizione di rimuginazione e ripresentazione costante di quanto successo, e sul piano dell'impegno lavorativo una sensazione di insicurezza e sfiducia nelle proprie capacità professionali.

Nel campione di soggetti esposti le *soluzioni trovate* per gestire l'impatto dell'evento traumatico (per N=134 rispondenti) sono descritte nella tabella 6. Anche in questo

caso le differenze tra operatori appartenenti ai diversi servizi non sono risultate statisticamente significative, viene quindi data la descrizione del campione aggregato. Il dato evidenzia come il supporto tra pari sia lo strumento più frequentemente utilizzato.

Le ultime domande chiuse erano invece volte ad esplorare il tema delle eventuali *denunce* connesse ai traumi riferiti dai pazienti e *rapporti con gli Organi Giudiziari*, occorsi nell'esercizio della propria professione, in qualità di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio. I dati hanno evidenziato come tale evento sia stato riportato in circa il 25% dei soggetti rispondenti, ma risultano in questo caso differenze significative tra i sub-campioni dei tre Servizi: in particolare il coinvolgimento in procedimenti giudiziari risulta significativamente più elevato per la UONPIA, significativamente meno elevato per la Psichiatria e in linea con il campione principale per le Dipendenze. In tabella 7 i dati di dettaglio.

Nei soggetti che hanno effettuato una denuncia, il 76% (per N= 63) dei rispondenti si riteneva al corrente dei propri diritti e doveri e dell'iter giudiziario che avrebbe dovuto affrontare.

Tabella 6 – soluzioni ricercate

	N	%
Nessuna	12	8,3%
Supporto équipe professionale/ colleghi	76	52,8%
Supervisione	22	15,3%
Richiesta di esperti/ formatori/ consulenti esterni	12	8,3%
Percorsi di supporto / sostegno psicologico a vario titolo, fuori azienda	13	9,0%
Situazione ancora non risolta	9	6,3%
Campione totale con risposte valide	144	

Chiudevano, infine, il questionario due domande aperte, relative a:

– *cosa fosse mancato nel trovarsi ad affrontare l'evento traumatico:*

Le risposte ottenute sono state suddivise nelle seguenti macrocategorie (soggetti rispondenti = 92, per risposte multiple N = 109, corrispondente al 116,28%):

- Supervisione (esterna) (n= 11): 11%
- Esperienza (distacco, competenze, conoscenze, non aver colto segnali...) (n=10): 10,8%
- Supporto équipe (emotivo, empatia, sostegno psicologico, condivisione di intenti) (n=47): 51,08%
- Collaborazione con le Forze dell'Ordine (n=4): 4,3%
- Conoscenze in ambito giuridico/legale (T.O., T.M., mancanza di informazioni per fare segnalazioni, procedure, iter da seguire) (n= 10): 10,8%
- Supporto agli operatori (Legale, psicologico, spazio di ascolto per operatori) (n=11): 11%
- Formazione specifica (n=3): 3,2%
- Mancanze strutturali (n= 6): 6,5%
- Rete, altri enti, testimoni (n=7): 7,6%

– *e che cosa potesse essere utile per la gestione futura di eventi simili:*

Le risposte ottenute sono state suddivise nelle seguenti macrocategorie (su N soggetti = 94, per risposte multiple N = 121, corrispondente al 128,51%):

- Informazioni in ambito giuridico/tutela operatori (supporto, tutela, consulenza legale, informazioni sulle procedure, riferimenti a cui rivolgersi) (n= 18): 19,1%
- Counseling psicologico per operatori (supporto psicologico/ psicoterapia) (n= 16): 17,02%
- Aiuti strutturali / ausili (es. campanello) (n= 4): 4,2%
- Collaborazione con le Forze dell'Ordine (n=5): 5,3%
- Supporto équipe (condivisione emotiva, presenza/ intervento dei colleghi) (n= 34): 36,1%
- Supervisione (esterna, periodica, gruppi di lavoro, audit) (n=25): 26,59%
- Formazione specifica (de escalation, prevenzione) (n= 19): 20,2%

Tabella 7 – denunce effettuate in servizio correlate al ruolo

	Dipendenze	Psichiatria	UONPIA	Totali per categoria
Non risposta	1	1	2	4
Sì	6	18**	26*	50
No	17	98*	32**	147
Count	24	117	60	201
Pearson Chi-Square	=17,547	Df=2	P<0,001	

RISULTATI

Questa ricerca ha indagato l'impatto del trauma sugli operatori psico-socio-sanitari di un intero Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Nella stessa ASST, nel 2016, era stato condotto uno studio analogo per valutare però un solo tipo di evenienza traumatica, l'aggressione subita ai danni dei lavoratori (Guglielmetti et al., 2016). I risultati di quel lavoro (relativo a dati raccolti nel 2013) evidenziavano un tasso inferiore di risposta ai questionari (il 48% dei 620 questionari distribuiti), una minore specificità (erano stati coinvolti tutti i lavoratori afferenti non solo all'area della psichiatria ma anche del pronto soccorso, della pediatria, della ginecologia-ostetricia e dei servizi ambulatoriali territoriali e ospedalieri), ma sostanzialmente le stesse problematiche: circa il 23% degli operatori riferiva di essere stato esposto ad eventi aggressivi (verbali o fisici) o a minacce da parte dell'utenza. Una grande quota di eventi è stato gestito con un colloquio con l'utente o con indifferenza (non è stata fatta alcuna segnalazione né sono stati presi provvedimenti di gestione di alcun tipo). Le reazioni emotive dei soggetti coinvolti hanno mostrato come molto frequenti la rabbia, la paura ma anche la tristezza. Più della metà degli operatori coinvolti ha cercato ed ottenuto aiuto per gestire le sue risposte emotive, ma ben il 15% di loro riteneva di "non averne bisogno". La maggior parte dell'aiuto derivava dal supporto dei colleghi, solo una minima parte di soggetti ha cercato aiuto strutturato esterno al servizio. Le ricadute sul piano lavorativo nella maggior parte dei soggetti non sono state negative, anche se una quota significativa ha

dichiarato disaffezione per il lavoro. Il presente lavoro è invece andato ad indagare una più ampia area di eventi traumatici: gli eventi traumatici indagati sono stati intesi in un'accezione ampia comprendente sia traumi diretti (aggressioni verbali o fisiche) sia traumi indiretti, nella misura in cui l'operatore si trova a confrontarsi con le esperienze gravemente traumatiche dei propri pazienti e con il riverbero psicologico delle stesse. Tale indagine ha permesso di mettere in luce come l'esperienza di un evento traumatico così inteso per gli operatori sia largamente diffusa e significativa, per quasi i tre quarti del campione. Inoltre questo lavoro si è limitato ad indagare un campione specifico (ancorché numericamente consistente) di lavoratori della ASST, quello del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, a fronte dell'oggettiva maggiore esposizione degli operatori ad eventi traumatici non solo diretti (comuni, questi, ad altre aree lavorative) ma soprattutto indiretti, data la peculiarità specifica della mission lavorativa. All'interno del DSMD non si evidenzia complessivamente un Servizio più esposto degli altri ad eventi traumatici, i dati di UONPIA, Psichiatria e Dipendenze risultando assimilabili. Tuttavia la tipologia dei traumi risulta diversa e specifica per i diversi Servizi del DSMD: per la UONPIA risultano più significativi i racconti dei traumi subiti dai pazienti e le implicazioni giudiziarie spesso ad essi conseguenti; per la Psichiatria prevalgono invece i suicidi dei pazienti e le aggressioni fisiche subite dagli operatori; infine per le Dipendenze emergono i racconti di reati commessi dai pazienti e il coinvolgimento degli operatori in procedimenti giu-

diziari. Il costo della cura di tali professioni di aiuto è risultato elevato e si è manifestato prevalentemente nella forma di pensieri intrusivi sull'accaduto e, anche se con minore frequenza, come aumento dello stato di arousal, dato comparabile con la citata ricerca precedente (Guglielmetti et al., 2016). Sulla vita lavorativa degli operatori, ha prodotto in larga parte sfiducia, insicurezza e dubbi sul proprio operato, fino ad arrivare a sensazioni di impotenza, inutilità e inefficacia. Anche questo dato è in linea con la citata ricerca precedente. La reattività emotiva reattiva a quanto vissuto ha prodotto in alcuni casi assenza dal lavoro, ma in chi non si è assentato il costo emotivo è stato dichiarato molto elevato nel continuare a svolgere la propria professione. Il personale ha prioritariamente utilizzato la propria équipe come risorsa per affrontare il trauma (così come nella citata ricerca del 2016), ricorrendo tuttavia talvolta anche a supporti ed esperti esterni, prevalentemente nella forma di supervisioni. Per quanto riguarda invece il tema delle denunce e dell'eventuale coinvolgimento in procedimenti di tipo giudiziario, questi risultano essere vissuti come esperienze traumatiche, in modo significativo, prevalentemente per gli operatori del Servizio per i minori e le Dipendenze, in misura inferiore invece per la Psichiatria.

Infine, gli operatori hanno avuto la possibilità di esprimersi rispetto a ciò che fosse loro mancato nell'affrontare l'esperienza traumatica e ciò che avrebbero ritenuto utile per gestire eventuali eventi futuri; ciò ha consentito di mettere in luce come sia in atto un cambiamento nei Servizi, specie in tema di sicurezza e di prevenzione, tuttavia gli operatori hanno evidenziato ulteriori bisogni specifici che spaziano da un counseling mirato sul trauma, a formazione in ambito giuridico, ad una costante attività di supervisione.

CONCLUSIONI

Lo studio mette in luce la significatività del tema del trauma sugli operatori della Salute Mentale e Dipendenze. L'operatore sanitario, anche in funzione del suo ruolo,

si trova facilmente esposto a situazioni potenzialmente traumatiche, che sono suscettibili di ripercuotersi sia sul suo benessere psicologico personale che sul suo operato professionale. Gli eventi traumatici impattano negativamente sul benessere degli operatori, determinando esaurimento emotivo, depersonalizzazione e scarsa soddisfazione al lavoro. L'impatto sul benessere degli operatori è differenziato per aree specifiche, sebbene con aspetti comuni e sovrapponibili.

Alcune risorse dell'ambiente lavorativo possono agire come fattori protettivi, in particolare il supporto tra pari, sebbene siano necessarie ulteriori riflessioni in termini di riorganizzazione dei Servizi per poter mettere in campo quante più risorse protettive e proattive a tutela della salute psicologica degli operatori dei DSMD, tra i quali una maggiore chiarezza dei ruoli professionali (spesso messa in crisi dalle carenze del personale e da comportamenti vicarianti le figure mancanti) e un maggiore coinvolgimento nella progettazione e gestione dei cambiamenti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

* *Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze*

ASST Melegnano e della Martesana – PreSST Gorgonzola, Via Bellini 5, 20064 Gorgonzola

Corrispondenza a: federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it

BIBLIOGRAFIA

1. Figley, C. R. (Ed.). *Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel (1995).
2. Manna V., Di Cuonzo F. *Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica? Psychiatrist burnout or psychiatric assistance burnout?* Riv. Psichiatr. 53(2):65-79, 2018
3. Grant J., Devilly, Wright R., Varker T. *Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals*. Aust N Z J Psychiatry. 43(4):373-85, 2009
4. Lasalvia A., Tansella M. *Occupational stress and job burnout in mental health: Stress lavorativo e burnout in salute mentale*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20(4):279-285, 2011
5. De Figueiredo S., Yetwin A., Sherer S., Radzik M., Iverson E. *A cross-disciplinary comparison of perceptions of compassion fatigue and satisfaction among service providers of highly traumatized children and adolescents*. Traumatology, 20(4), 286-295, 2014
6. Sabin-Farrell R., Turpin G. *Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?* Clin Psychol Rev, 23(3):449-80, 2003
7. Kumar S. *Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here?* Epidemiol Psychiatr Sci; 20(4):295-301, 2011
8. S. Priebe, U. Reininghaus, *Fired up, not burnt out – focusing on the rewards of working in psychiatry*, Epidemiol Psychiatr Sci; 20(4):303-305, 2011
9. Jaffe, P. G., Crooks, C. V., Dunford-Jackson, B. L., Town, J. M. *Vicarious Trauma in Judges: The Personal Challenge of Dispensing Justice*. Juvenile and Family Court Journal, 54: 1-9, 2003
10. Magnavita N., Heponiemi T., Bevilacqua L., Capri A., Rocca K., Quaranta D., Ciriello S., Gabriele M., Giudice A., Lilli M., Magnavita G., Polselli G., Carbone A., Quintavalle G., Squarcione S., Bergamaschi A. *Analisi della violenza contro i lavoratori della Sanità durante la sorveglianza sanitaria in un periodo di 8 anni*. G Ital Med Lav Ergon, 33(3 Suppl):274-7, 2011
11. Carmassi C., Gesi C., Simoncini M., Favilla L., Massimetti G., Olivieri M.C., Conversano C., Santini M., Dell'Osso L. *DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in italian emergency personnel: correlations with work and social adjustment*. Neuropsychiatr Dis Treat. 12: 375-381, 2016
12. Guglielmetti C., Gilardi S., Licata M., De Luca G. *L'esperienza degli operatori con i pazienti aggressivi e i loro accompagnatori: uno studio trasversale in quattro aree cliniche [The healthcare operators' experience with aggressive patients and their visitors: a cross-sectional study in four clinical departments]*. Medicina del Lavoro, 107(3):223-234, 2016

Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici

Cavallaro Simona¹, Frediani Gianpaolo²,

Biagi Maria Pia³, Parini Anna Maria⁴,

Migliarese Giovanni⁵, Mencacci Claudio⁶

ABSTRACT

Premessa

Il tema della valutazione della qualità in ambito sanitario è ampiamente trattato dalla letteratura in quanto rappresenta un indicatore dei livelli di efficacia ed efficienza delle strutture sanitarie. In particolare la qualità percepita dall'utente può essere misurata attraverso specifici strumenti. In ambito psichiatrico, quest'ultima, non è sistematicamente prevista in quanto il parere degli utenti non è sempre considerato affidabile.

Scopo

Rilevare la qualità percepita dall'utente afferente ai servizi territoriali psichiatrici dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli - Sacco di Milano.

Materiali e metodi

È stata effettuata una ricerca bibliografica sul tema della qualità in sanità con particolare riferimento all'ambito psichiatrico. Successivamente è stata svolta una indagine, nel periodo gennaio – marzo 2019, rivolta agli utenti afferenti ai Servizi Territoriali Psichiatrici dell'Azienda Fatebenefratelli Sacco di Milano per valutare la qualità percepita. È stato somministrato un questionario utilizzando quello proposto dalla Regione Emilia Romagna, validato con una indagine pilota nel 2008 e da loro ancora utilizzato.

Risultati

Al termine del periodo di osservazione sono stati raccolti 240 questionari di cui 148 provenienti da 4 Centri Psico Sociali (CPS) e 92 da 3 Centri Diurni (CD). I risultati hanno messo in evidenza, nel complesso, un buon livello di soddisfazione rispetto alla qualità percepita dall'u-

tenza. In particolare è emerso che la maggioranza del campione si sente rispettato, ha fiducia negli operatori, riceve informazioni in modo corretto ed è nel complesso soddisfatto delle cure ricevute. Emerge però la richiesta di dedicare maggior tempo ai colloqui, di ridurre i tempi di attesa, di migliorare alcuni aspetti organizzativi e strutturali dei servizi e offrire maggior tempo ad attività ludico-ricreative.

Conclusioni

L'adesione degli utenti all'indagine, anche se rappresentata da un campione quantitativamente ridotto e la completezza delle informazioni ricevute hanno messo in evidenza l'affidabilità dei pareri espressi dall'utenza nell'ambito psichiatrico. Si ritiene pertanto di poter raccomandare la rilevazione periodica della qualità percepita all'interno dei Centri di Salute Mentale tramite l'utilizzo di specifici strumenti così come avviene in tutti gli altri ambiti sanitari. I dati devono contribuire a mettere in atto strategie di miglioramento per garantire sempre un livello qualitativo elevato dei servizi e delle cure erogate.

PAROLE CHIAVE.

“patient satisfaction”, “psychiatric nursing”, “mental health nursing”, “psychiatric care”, “questionnaire”, “survey”, “scales” e “instruments”

INTRODUZIONE

Il tema della valutazione del livello di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in ambito sanitario è diffusamente trattato in letteratura e coinvolge tutti i professionisti. L'interesse va ricercato in particolare nel cambiamento che le organizzazioni sanitarie stanno vivendo in questi ultimi anni, esse infatti risultano essere sempre più orientate a porre la persona assistita al centro del servizio.

Si parla frequentemente di “*patient centeredness*, *patient involvement*, *patient empowerment*” termini che ritroviamo nei piani sanitari nazionali dei paesi più evoluti e sui

quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha posto l'accento già nella pubblicazione del World Health Report del 2000 con l'introduzione del concetto di "responsiveness" come indicatore di performance dei servizi sanitari. Questo indicatore fa riferimento alla capacità di un sistema sanitario di rispondere alle legittime aspettative delle persone assistite su aspetti delle prestazioni sanitarie che non sono solo direttamente attinenti al miglioramento delle loro condizioni di salute.

Dagli studi di Avedis Donabedian, considerato un esperto della gestione della qualità in ambito sanitario, emerge che la qualità dell'assistenza sia misurata sulla base di tre dimensioni correlate tra loro:

– **la Struttura (qualità organizzativa)**

Insieme delle risorse con relativa organizzazione che rendono possibile l'erogazione del servizio sanitario: disponibilità di risorse umane con qualifiche specifiche e adeguata preparazione, risorse finanziarie e tecniche, adeguatezza delle soluzioni architettoniche, adeguatezza di strutture e strumentari e adeguata locazione.

– **il Processo (qualità professionale)**

Insieme dei comportamenti organizzativi ed assistenziali che gli operatori mettono in atto nei confronti degli assistiti: uso del tempo e delle risorse (efficienza), limitazione degli sprechi (economia), riduzione dei rischi (sicurezza), pratica basata su prove di efficacia (appropriatezza), assistenza focalizzata sul paziente (continuità), informazione pubblica (scelta, trasparenza, affidabilità).

– **l'Esito (qualità percepita)**

Insieme delle capacità che il prodotto\servizio ha di rispondere alle migliori aspettative dell'utenza considerando aspetti quali, informazioni ricevute, tempistica, struttura, relazioni sociali e umane, semplicità delle procedure, accoglienza e orientamento nella struttura. (Calamandrei 2008)

Ai fini di rendere operativi i concetti di qualità, nel corso del tempo sono state sviluppate diverse metodologie. Negli Stati Uniti nasce la QA (Quality Assurance) che rappresenta un metodo per misurare la qualità, identificare le problematiche e progettare e valutare le attività. In Giappone nasce il TQM (Total Quality Management), esso pone l'accento sugli aspetti organizzativi, la qualità percepita e il miglioramento mediante il confronto con la tecnica del "benchmarking". Mentre a livello europeo è stato dato un importante contributo dall'EFQM (European Foundation for Quality Management). (Zangrandi 2011) Inoltre si sono sviluppati enti che hanno definito standard a livello internazionale come la Joint Commission Accreditation of Hospital che nasce nel 1951 negli USA. Essa si afferma come l'organizzazione più importante nel settore qualità e accreditamento, quest'ultimo misura il grado di aderenza di una struttura a un set di standard di qualità internazionali. (Karaarslan 2009)

In Italia si assiste ad un grosso cambiamento del Sistema Sanitario Nazionale, non parlando più soltanto di perseguimento di efficacia-efficienza, ma si ha l'introduzione di elementi quali: la sicurezza, l'appropriatezza, l'equità di accesso e il coinvolgimento degli utenti attraverso la rilevazione della soddisfazione in merito al servizio. Quest'ultima permette di rilevare la qualità percepita consentendo una continua valutazione assistenziale ai fini di miglioramento della qualità delle prestazioni e di una promozione da parte degli operatori verso una cultura organizzata e condivisa. (Brioschi 2010)

Si ritiene così importante l'adozione di strumenti per la rilevazione della soddisfazione dell'utenza nella gestione dei sistemi di qualità dell'assistenza sanitaria. Si ha così l'introduzione della Customer Satisfaction la quale indaga il grado di soddisfazione del cliente\utente individuando in particolare quattro ambiti di interesse: personalizzazione\umanizzazione; diritto all'informazione; prestazioni di tipo alberghiero; aspetti della prevenzione. (Coletta 2010)

“La qualità, oltre ad essere uno strumento di azione

di supervisione e gestione di una buona prassi socio-lavorativa, dovrebbe essere anche un'occasione di approfondimento di alcune tematiche spesso poste in secondo piano nelle relazioni che si vengono a creare nell'ambiente di lavoro stesso quali la comunicazione, le relazioni interpersonali, la gestione delle emozioni, la motivazione." (Coluccia 2009)

L'ambito psichiatrico di fatto non ha, se non in tempi recenti, considerato il punto di vista delle persone assistite. Si cominciano a trovare in letteratura studi in questo senso solo dalla fine degli anni '80. C'è voluto, infatti, Franco Basaglia per iniziare quella rivoluzione culturale e istituzionale che ha ridato dignità e voce agli utenti, ma nonostante questo si è ancora in ritardo rispetto alla questione della qualità percepita. Sebbene infatti già dagli anni '60, la soddisfazione del paziente per le cure è stata sempre più riconosciuta come un aspetto importante da valutare, nell'ambito della salute mentale alcuni professionisti considerano non valido il giudizio delle persone assistite a causa delle loro condizioni psicopatologiche. (Montemagni 2012) Il pregiudizio psichiatrico ha tolto la possibilità a queste persone di essere interpellate sulla qualità percepita mantenendo così la psichiatria un'area nella quale la qualità era frutto solo di autoreferenzialità da parte delle istituzioni e dei professionisti. La tendenza, invece, verso cui sempre più oggi ci si spinge è valutare la qualità mettendo al centro il punto di vista dell'utente. (Sanchez-Balcells 2018) Le persone affette da disturbi mentali infatti hanno dimostrato di poter produrre delle misure affidabili e valide, quindi anche utili a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni. Inoltre la soddisfazione come indicatore della qualità all'interno dei servizi psichiatrici, è considerata un fattore positivo che influenza l'outcome del paziente. (Miglietta 2018) In letteratura ci sono attualmente numerosi strumenti che rilevano la soddisfazione del paziente psichiatrico, ma poche indicazioni su come selezionare quello più adeguato. Non è stato identificato, quindi, un gold standard da utilizzare in quanto la scelta del singolo strumento deve dipendere dal

contesto del centro e dall'aspetto culturale e ambientale del Paese nel quale viene somministrato. È importante che se si voglia utilizzare un lavoro in una lingua straniera si debba eseguire una convalida transculturale secondo regole e metodi specifici, in quanto la traduzione potrebbe essere inappropriata; è quindi preferibile usare strumenti ideati nel Paese di origine. Inoltre si mette in evidenza che tra la maggior parte degli strumenti esistenti, solo pochi di essi sembrerebbero essere stati sottoposti a procedure di validazione soddisfacenti. (Boyer 2009; Miglietta 2018; Sanchez-Balcells. 2018)

La salute mentale è una componente essenziale della salute in generale ed essa deve essere guardata come parte costitutiva di una equazione dello sviluppo sociale. (Scotti 2012.) Difatti maggiore e crescente attenzione alla salvaguardia dei diritti umani delle persone affette da disturbi mentali è prospettata del Project Plan dell'OMS 2013- 2020 che riconosce nella promozione della salute mentale, tramite l'adozione di politiche economiche e sociali, la modalità di migliorare la salute per tutti. (World Health Organization. 2013-2020)

MATERIALI E METODI

Dopo una revisione della letteratura, dalla quale è emerso che non c'è uno strumento migliore di altri ma si può ritenere migliore quello che maggiormente si adatta alle esigenze del singolo servizio, si è deciso di utilizzare quello elaborato dalla Azienda Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia Romagna all'interno di un loro progetto. Nel 2007, infatti, con il compito di approfondire le specificità dei Servizi di salute mentale e dipendenze patologiche, hanno creato un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da referenti per la qualità e professionisti dei DSM-DP provenienti dalle diverse Aziende USL dell'Emilia-Romagna e coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. Lo strumento è stato sottoposto a ricerche pilota per testare la sua validità e affidabilità. Successivamente è stata contattata una referente del

progetto per ottenere l'autorizzazione a usufruire del questionario da loro elaborato e che risulta essere ancora in uso nella Regione Emilia Romagna. (Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna 2011)

Il questionario è costituito da una prima pagina introduttiva rivolta all'utente con l'intento di coinvolgerlo e motivarlo nella partecipazione, spiegando modalità di compilazione e dove riporre il questionario a fine compilazione assicurandone l'anonimato.

Il questionario è composto da 31 domande.

Le prime 21 sono suddivise in cinque sezioni, precisamente:

- "Come valuta struttura e organizzazione del Centro Psico Sociale / Centro Diurno", articolata in otto domande
- "Come valuta gli operatori del Centro Psico Sociale / Centro Diurno", articolata in sette domande
- "Come valuta le cure ricevute nel Centro Psico Sociale / Centro Diurno", articolata in tre domande
- "Come valuta la comunicazione con il Centro Psico Sociale/ Centro Diurno", articolata in due domande
- "Come valuta il Centro Psico Sociale / Centro Diurno nel suo insieme" articolata in due domande di cui la prima chiede "Complessivamente, su una scala da 1 a 10, quanto si ritiene soddisfatto di questo Centro Psico Sociale/Centro" e la seconda aperta, dove indicare "quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità di questo servizio".
- Le prime quattro sezioni invece prevedono una risposta con una scala likert da 1 a 6 dove uno indica "non d'accordo" e sei "d'accordo".
- Infine l'ultima parte, comprendente le domande dalla 23 alla 31, raccoglie informazioni di contesto sull'utente e i suoi dati anagrafici.

RISULTATI E DISCUSSIONI

L'indagine, eseguita dal 10 Gennaio all'1 Marzo 2019, si è rivolta agli utenti afferenti ai servizi territoriali psichiatrici della ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano e nello specifico sono stati coinvolti quattro Centri Psico Sociali

(CPS) e tre Centri Diurni (CD). Al termine del periodo di osservazione sono stati restituiti 240 questionari, di cui 148 dei CPS e 92 dei CD.

Nella seguente tabella vengono riassunti, per ogni servizio, gli utenti che si sono recati per almeno una prestazione durante il periodo di rilevazione e l'effettivo numero di questionari raccolti.

	Utenti con almeno una prestazione dal 10.01 al 01.03	Questionari raccolti
CD Settembrini	71	22
CD Procaccini	69	37
CD Aldini	84	33
CPS Settembrini	373	46
CPS Procaccini	520	26
CPS Aldini	1059	49
CPS Puglie	437	27

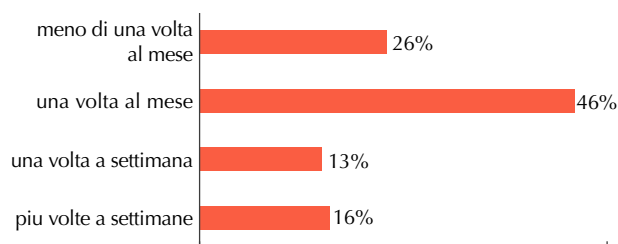
Per quanto riguarda le informazioni di contesto emerge che il campione del CPS è rappresentato dal 45% dal sesso maschile e il 55% percento quello femminile mentre il CD si compone per il 58% di maschi e il 42% da femmine.

Il 48% del campione del CPS risulta celibe o nubile, quello del CD lo risulta per il 71%. Entrambi i campioni si presentano quasi totalmente di nazionalità italiana. Per il CPS la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella oltre i 60 anni con il 31% indicando una popolazione mediamente anziana, seguita dal 30% nella fascia di età tra 50 e 59 anni, differente è il campione del CD dove la fascia oltre i 60 anni è rappresentata solo dal 13%, mentre si afferma maggiormente la fascia tra i 50-59 anni con il 37%. Entrambi i campioni presentano una scolarità medio-alta difatti nel CPS il 57% e nel CD 47% hanno un diploma di scuola media superiore. Il 33% del CPS si dichiara non occupata mentre il CD è rappresentato dal 54% pensionato. Il 24% del CPS e il 27% del CD dichiara di essere venuto a conoscenza dal medico di famiglia, mentre la maggioranza indica altro non specificando nel complesso quale fonte. Entrambi

i campioni per la maggioranza dichiarano di rivolgersi al servizio da più di un anno. Il 46% del CPS dichiara di recarsi presso la struttura almeno una volta al mese, differente è il campione del CD che per il 73% si reca più volte a settimana, di seguito sono riportate le tabelle con le percentuali delle risposte di quest'ultima.

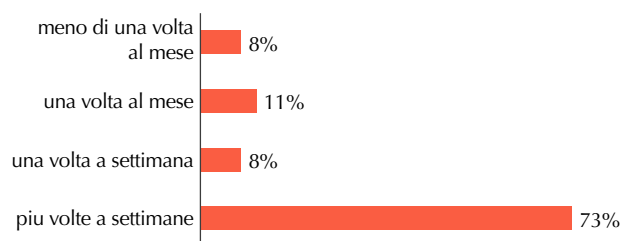
Campione CPS

Nell'ultimo anno mediamente lei si è rivolta/o a questo CPS/CD?



Campione CD

Nell'ultimo anno mediamente lei si è rivolta/o a questo CPS/CD?



Alla sezione 1 che indaga la struttura e l'organizzazione del centro, i risultati indicano per tutte che il campione ha espresso nel complesso pareri favorevoli ritenendosi molto soddisfatto della struttura e di come è organizzato il servizio con una percentuale sempre superiore al 70% per il CPS e 61% CD se sommiamo quanti si sono collocati nei likert 5 o 6, mentre per quanto riguarda i risultati negativi espressi nei likert 1 e 2 la percentuale non supera mai il 10-7%.

Alla sezione 2 che valuta gli operatori, il campione ha espresso nel complesso pareri molto favorevoli ritenendosi soddisfatto con una percentuale sempre superiore al 78% il CPS e 69% il CD se sommiamo quanti si sono collocati nei likert 5 o 6: in particolare il 90% del cam-

pione del CPS e 84% del CD si sente molto rispettato, l'88% del CPS e l'84% del CD ha molta fiducia negli operatori, mentre per quanto riguarda i risultati negativi espressi nei likert 1 e 2 la percentuale non supera mai il 7-8 % nel campione totale.

Alla sezione 3 che valuta le cure ricevute i risultati fanno emergere che entrambi i campioni hanno espresso nel complesso pareri molto favorevoli ritenendosi soddisfatti del progetto di cura con una percentuale dell'80% circa se sommiamo quanti si sono collocati nei likert 5 o 6 riguardo i risultati negativi espressi nei likert 1 e 2 la percentuale non supera mai il 7-8% % nel campione totale.

Alla sezione 4 che indaga la comunicazione, si chiedeva all'utente se avesse avuto la necessità di ricontattare il servizio per avere ulteriori chiarimenti e informazioni. Il 45% del campione del CPS e il 33% del CD ha risposto SI. Questi hanno dichiarato poi di "aver trovato disponibilità all'ascolto e alla soluzione dei loro problemi" per l'84% il CPS e per il 73% il CD sempre se consideriamo la somma dei likert 5 e 6. Si chiedeva inoltre se avessero avuto la necessità di rivolgersi al servizio per un'urgenza. Il 56% del CPS e il 54% del CD ha risposto SI. Questi hanno poi dichiarato che "avevano ottenuto l'aiuto di cui avevano avuto bisogno" per l'84% il CPS e l'82% il CD sempre se consideriamo la somma dei likert 5 e 6.

Alla sezione 5 si chiedeva di valutare il centro nel suo insieme, l'utente doveva rispondere su una scala da 1 a 10 nella quale uno rappresenta "per nulla soddisfatto" e dieci "molto soddisfatto" è risultato che solo l'1% del campione del CPS si è collocato rispettivamente nei likert 1, 2, 3, 4 che rappresentano quelli di minor soddisfazione, differente è il campione del CD dove nessuno si è collocato ai likert 1, 2 e solo il 2% si è collocato ai likert 3,4. Mentre nei likert 8, 9, 10 si sono collocati il 78% del CPS e 74% del CD confermando un elevato livello di soddisfazione rispetto alla qualità percepita sia sul totale del campione che analizzando i dati dei singoli centri.

Campione CPS		Campione CD	
Per nulla soddisfatto	Molto soddisfatto	Per nulla soddisfatto	Molto soddisfatto
Likert 1-2-3	Likert 8-9-10	Likert 1-2-3	Likert 8-9-10
3%	78%	2%	74%

Infine alla domanda aperta dove veniva chiesto *“Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità di questo servizio”* hanno risposto in totale per i 4 CPS 39 utenti pari al 27% del campione. Le singole risposte hanno evidenziato in particolare la richiesta di dedicare più tempo all’ascolto, colloqui più lunghi, diminuire i tempi di attesa e facilitare il contatto telefonico. Viene richiesto di potenziare le attività di gruppo e ricreative e di aumentare il numero di operatori. Alcuni esprimono soddisfazione attraverso parole come *“operatori di riferimento e psichiatra mi stanno aiutando molto nella malattia”* oppure *“continuate a prestare e dare molto sostegno ad altri pazienti come l’avete fatto con me durante il mio periodo in Italia”* ma c’è anche chi manifesta disagio e dichiara di *“voler più ascolto ed empatia”* o chiede di *“allontanare gli operatori che hanno dimostrato incompetenza”*.

Per il CD hanno risposto un totale di 19 utenti pari al 21% del campione ribadendo la necessità di avere più tempo dedicato per l’ascolto, aumentare le attività ludiche e ricreative, ma anche *“essere più solidali e cercare di capire gli altri nelle proprie limitazioni”* o *“sentirsi meno lontano dai collaboratori”*.

In tabella sono riportate le domande più frequentemente riscontrate.

Quali suggerimenti darebbe per migliorare la qualità di questo servizio?

Maggior tempo per i colloqui medici

Ridurre i tempi di attesa per gli appuntamenti

Rispondere alle telefonate

Maggiori attività ricreative

CONCLUSIONI

Lo studio ha evidenziato un buon livello di soddisfazione della qualità percepita dall’utente afferente ai servizi territoriali psichiatrici. L’umanizzazione e l’empatia che i professionisti manifestano nel processo di cura sono molto apprezzati così come il rispetto e l’attenzione verso l’altro. Un buon livello di qualità deriva dalle persone, dal loro impegno, dal loro interesse e dalla ferma convinzione che tutto può essere migliorato sottolineando in particolare che nel processo di cura riveste notevole importanza non solo l’aspetto tecnico organizzativo ma anche e soprattutto quello relazionale.

Per quanto riguarda gli aspetti negativi emersi l’utente manifesta un bisogno di incrementare la dimensione del tempo e dello spazio dedicato, per esempio attraverso maggiori attività ricreative di gruppo e colloqui individuali più lunghi e frequenti. Le stesse criticità sono emerse anche dai risultati dell’indagine effettuata in Emilia Romagna a supporto del fatto che l’utente chiede sempre e maggiormente di essere *“preso in carico”* per sentirsi veramente soddisfatto e considera secondari gli aspetti organizzativi o di struttura.

I dati emersi dalla customer satisfaction ci suggeriscono, quindi, di poter indicare come necessario proseguire nel processo della rilevazione della qualità percepita dagli utenti in psichiatria. Infine l’attenzione posta alla misurazione della qualità ha come ulteriore e imprescindibile scopo quello di ridurre lo stigma istituzionale nei confronti delle persone affette da disturbo mentale considerate, a torto, incapaci e inattendibili. L’auspicio è che sempre più vi sia un progressivo riconoscimento dei diritti delle persone in carico ai servizi e una loro effettiva partecipazione ai processi di miglioramento

delle cure erogate; percorso, sicuramente complesso, ma indispensabile al raggiungimento dell'eccellenza e di un reale protagonismo dell'utenza psichiatrica, traguardi, questi, degni di una società che si può considerare civile.

Il lavoro in data 22 Maggio 2019 è stato presentato durante la riunione di DSMD, concordando il proseguimento della rilevazione, anche, nel prossimo anno e verificare la possibilità di proporre il lavoro anche nell'area dipendenze.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

1. *Infermiera*
2. *Coordinatore Infermieristico – ASST Fatebenefratelli Sacco*
3. *Coordinatore Infermieristico Tutor Didattico – ASST Fatebenefratelli Sacco*
4. *Infermiera Tutor Didattico – ASST Fatebenefratelli Sacco*
5. *Medico Psichiatra – ASST Fatebenefratelli Sacco*
6. *Medico Psichiatra Direttore DSMD – ASST Fatebenefratelli Sacco*

BIBLIOGRAFIA

1. Calamandrei C., Orlandi C., *La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. Mc Graw Hill, 2008.
2. Zangrandi A., *Economia e Management per le professioni sanitarie*, 2011.
3. Karaarslan I., *Joint Commission on International Accreditation workshop: Planning development and provision of laboratory services*. 2009; 42(4-5):284-7.
4. Coletta V., Collicelli C., Di Candia MA. Et al. *Cittadini e salute- la soddisfazione degli italiani per la sanità*. Quaderni del Ministero della Salute n5. Ottobre 2010.
5. Brioschi D., Menegon F., Alastra V., *Il sistema sperimentali di rilevazione della qualità percepita della degenza presso il presidio ospedaliero dell'AslBi*, 2009.
6. Coluccia A., Ferretti F., Cioffi R., *Qualità percepita in sanità. Cenni teorici sul concetto Qualità Percepita in Sanità*. 2009.
7. Montemagni, C, N Birindelli, M Giugiario, M Graffino, Mingrone C, Sigaud M, Zappia S., e Rocca P. *Miglioramento clinico e soddisfazione del paziente come indici di qualità nel ricovero psichiatrico*, Journal of Psychopathology, n. 18, 2012: 40-48.
8. Sanchez-Balcells, Sara, Marta Callarisa Roca, Nathalia Rodriguez-Zunino, Montserrat Puig-Llobet, Maria-Teresa Lluch-Canut, e Juan F. Roldan-Merino, *Psychometric Properties of Instruments Measuring Quality and Satisfaction in Mental Health: A Systematic Review*. Journal of Advanced Nursing 74, 2018 (11): 2497-2510.
9. Miglietta, Elisabetta, Clara Belessiotis - Richards, Mirella Ruggeri, e Stefan Priebe, *Scales for Assessing Patient Satisfaction with Mental Health Care: A Systematic Review*. Journal of Psychiatric Research 100 (maggio), 2018: 33-46.
10. Boyer, L., K. Baumstarck-Barrau, N. Cano, X. Zendjidjian, R. Belzeaux, S. Limousin, D. Magalon, J.-C. Samuelian, C. Lancon, e P. Auquier, *Assessment of Psychiatric Inpatient Satisfaction: A Systematic Review of Self-Reported Instruments*. European Psychiatry 24 (8) 2009: 540-49.
11. Scotti F. *Salute mentale e servizi per la salute mentale*. Sistema Salute, 56, 2, 2012: pp 151-157.
12. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
13. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. 2011. "Fidatevi dei pazienti" La qualità percepita nei CSM e nei Servizi per le dipendenze patologiche.

L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri

Carlo Fraticelli¹, Ilaria Casolaro¹,

Annamaria Cattaneo¹, Olivia Salemi¹

Keywords: Dipartimento di emergenza, psichiatria di emergenza, agitazione, salute mentale, boarding psichiatrico, ricovero psichiatrico

ABSTRACT

Il ricorso ai servizi di emergenza per problemi psichiatrici è in aumento e gli operatori del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)/Pronto Soccorso (PS) rappresentano spesso il primo contatto per chi necessita di cure psichiatriche. I pazienti arrivano nei servizi d'urgenza ospedalieri volontariamente, da soli o con familiari, oppure in condizioni di coattività, condotti dalle forze di polizia o dai servizi di pronto intervento territoriali. L'organizzazione dei DEA italiani è in continua evoluzione sotto la pressione di vari fattori, alcuni esterni (invecchiamento della popolazione, crescente utilizzo di nuove sostanze, immigrazione, scelte di politica economica, sviluppo tecnologico) e altri interni (depauperamento delle risorse, difficoltà di reclutamento dei medici d'urgenza). La "psichiatria d'urgenza" sviluppata all'interno dei setting per l'emergenza si definisce oggi come un momento centrale nella gestione delle situazioni di crisi caratterizzate da alterazioni psichiatriche e/o comportamentali e può rappresentare un via di collegamento fondamentale per la continuità delle cure. Evidenze della pratica clinica e della ricerca suggeriscono sempre più l'importanza per i team del DEA di contatti strutturati e di una formazione specifica e condivisa con i professionisti della salute mentale, al fine di garantire una gestione appropriata delle situazioni di crisi in contesti complessi. L'organizzazione dei servizi, i processi diagnostico-decisionali che non possono prescindere dal *Focused Medical Assessment*,

la migliore individuazione di spazi fisici di intervento, la sicurezza, le questioni etiche e legali, la formazione sono tematiche che richiedono attenzione e più precisa definizione da parte dei professionisti e degli organismi di programmazione e di governo dei sistemi sanitari.

INTRODUZIONE

La riforma psichiatrica del 1978, attuata con la legge 13 maggio 1978 n. 180, e più precisamente definita con la legge di riforma sanitaria n. 833 (1978), ha determinato un cambiamento radicale nell'area della salute mentale, orientando il sistema alla costruzione di nuovi servizi di comunità, alla regolamentazione dei trattamenti non consensuali in un quadro di tutela dei diritti del paziente, all'integrazione del trattamento psichiatrico nell'ambito sanitario generale. Tale prospettiva si inserisce appieno all'interno di indirizzi generali per la salute mentale e politiche di comunità degli organismi internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013), l'Unione Europea (European Union, 2008), l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD/EU, 2018).

I servizi per la salute mentale per mandato si occupano dell'intera gamma dei bisogni della popolazione e attraverso un modello dipartimentale offrono interventi pluridisciplinari a lungo termine in setting differenziati, fra cui l'ospedale. La creazione di reparti psichiatrici all'interno degli ospedali generali, strutturati come Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), ha riposizionato la psichiatria nel campo della medicina su tutto il territorio nazionale e ha consentito l'apertura di un confronto con le altre discipline, che richiede attenzione e reciproco riconoscimento delle specificità. Gli operatori dei 285 SPDC italiani, dotati di 3.623 posti letto complessivi (dati relativi al 2016) operano su livelli diversi: rispondono ai bisogni dei pazienti che richiedono un trattamento in acuto, sia nel caso di ricoveri volontari che obbligatori (l'8,1% dei 98.663 ricoveri avvenuti nei reparti psichiatrici pubblici per l'anno 2016) (Ministero della Salute, 2017);

garantiscono trattamenti di emergenza in collaborazione con il Pronto Soccorso (PS) dell'ospedale e forniscono interventi di consulenza e psichiatria di liaison presso i reparti medici e chirurgici dell'ospedale. L'analisi delle realtà nazionali rivela criticità nella offerta di servizi capaci di rispondere alla grande quantità di richieste. La legge di riforma ha stabilito principi e indicazioni generali, ma non ha fornito standard generali ai quali attenersi, né ha definito il livello di risorse idonee alla costruzione e al mantenimento di un insieme di servizi capaci di fronteggiare bisogni crescenti (Piccinelli et al., 2002). Inoltre i servizi psichiatrici variano notevolmente da un'area geografica all'altra, e l'omogeneità delle cure attualmente non appare garantita. Le regioni sono indipendenti nell'organizzazione del sistema sanitario e gestiscono i loro servizi in modo diverso. A titolo di esempio vale la pena di citare come il finanziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale varia nelle diverse regioni dall'2,1% al 6,5% del bilancio sanitario regionale complessivo, con una spesa nazionale per la psichiatria attualmente pari al 3,5% del bilancio totale della sanità pubblica italiana (Mezzina, 2018), che si conferma peraltro come una delle meno finanziate d'Europa (OECD/EU, 2018).

Il depauperamento di risorse da più parti segnalato (Cartabellotta et al., 2019) accanto all'invecchiamento degli operatori e le difficoltà di reclutamento di nuovi specialisti, con il conseguente indebolirsi dei servizi psichiatrici di comunità, il modificarsi delle caratteristiche di presentazione clinica dell'utenza e della domanda di intervento, l'impoverimento delle reti sociali propongono uno scenario per gli anni a venire caratterizzato da un maggiore peso sul sistema dell'emergenza e urgenza "generali", sia nella dimensione pre-ospedaliera che ospedaliera. Quante regioni italiane raggiungono il target indicato dalla World Psychiatric Association di 1 psichiatra per ogni 10.000 abitanti? (Brown & Ryland, 2019). Quando la medicina d'urgenza riuscirà a colmare i vuoti di personale sempre più evidenti e scongiurare il rischio che il sistema entri in una spirale di peggioramento della qualità e di

esiti negativi indesiderati? (Coen & Casagrande, 2018) Tale situazione suggerisce una particolare attenzione a quanto accade attualmente dentro i nostri PS, sempre più criticamente affollati da domande di intervento complesse, spesso inappropriate ma pressanti. Già oggi nello stesso setting, anche gli psichiatri sono sollecitati a risposte professionali che necessariamente devono condividere con i colleghi dell'emergenza; il terreno comune da rivalorizzare è l'attenzione alla clinica, che insieme al pensiero critico costituisce la base dell'agire medico (Di Petta, 2018). Ciò propone la disponibilità di forti servizi psichiatrici, a ponte tra territorio e ospedale, capaci di partecipare con i colleghi del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) al contrasto del fenomeno del "boarding" psichiatrico in area critica; un esito negativo di una realtà assistenziale di base debole, presentato come attualità drammatica per i PS statunitensi nel gennaio 2019 da CNN International, con un servizio dal titolo: "ERs 'flooded' with mentally ill patients with no place else to turn".

LO SCENARIO

Nel 2016 ci sono stati quasi 600.000 accessi nei PS italiani per problemi psichiatrici (circa il 2,8% di tutte le visite nel DEA), di cui il 13,2% è esitato in ricovero (la metà nei reparti di psichiatria); parallelamente circa il 75% delle presentazioni per problematiche psichiatriche si risolve con il rinvio a domicilio (Ministero della Salute, 2017). Negli ultimi anni si assiste a un ricorso sempre crescente ai servizi di emergenza per urgenze psichiatriche e comportamentali, solo in parte relativo a disturbi mentali in senso stretto (Morris et al., 2018; Weiss et al., 2018). Le urgenze effettivamente rappresentate da uno scompenso psichiatrico sono il 30-40% delle richieste di consulenza, mentre i restanti casi riguardano la gestione della cronicità o sintomi psichici che accompagnano patologie di origine medica generale. Si fa sempre più evidente il dato che indica un crescente ricorso al servizio di emergenza quale punto di riferimento per la gestione di urgenze nei

minori, in via ideale da gestire altrove nella più parte dei casi. L'ambito della salute mentale in età evolutiva appare particolarmente "scoperta" nella fascia adolescenziale, e trasferisce in maniera diffusa la risposta di prima linea alle situazioni di crisi sui servizi psichiatrici per adulti presenti negli ospedali; la gestione delle emergenze che richiedano ricovero trova una risposta tuttora carente a livello nazionale, e la Lombardia non fa eccezione, nonostante la recente apertura di nuovi posti letto dedicati. La mancata attivazione di adeguati percorsi preventivi e assistenziali precedenti l'ospedalizzazione giustifica il dato che la maggior parte degli adolescenti che giunge in PS non ha mai avuto prima contatti con i servizi di neuropsichiatria infantile o di psichiatria (Costantino & Didoni, 2015). La consapevolezza della necessità di rispondere a bisogni di salute fondamentali ha attivato tentativi di risposte condivise da parte delle diverse società scientifiche delle discipline a diverso titolo coinvolte nella problematica; fra queste la definizione di linee di indirizzo intersocietarie per la prevenzione, la valutazione e la gestione delle emergenze comportamentali in adolescenza presentate in bozza al 75° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria (maggio 2019, Bologna) in un confronto interspecialistico dedicato (sicurezza, questioni legali, formazione, percorsi di cura omogenei sul territorio nazionale, diritti di cura di una popolazione fragile, valutazione efficiente delle esigenze, livelli appropriati di intervento).

All'interno dei PS gli psichiatri vanno assumendo un ruolo di maggiore evidenza; spesso, sono chiamati a fronteggiare situazioni multiproblematiche che richiedono competenze che travalicano quelle tradizionalmente connesse alla pratica psichiatrica generale; stati di intossicazione, violenza domestica, crisi personali originate da situazioni psicosociali difficili o urgenze legate alla deriva sociale, criticità legate ai fenomeni migratori. Il problema della medicina delle migrazioni continua a non avere risposte istituzionali strutturate, sicché ancora una volta l'area dell'emergenza ospedaliera rappresenta

il punto di riferimento prevalente e si trova a gestire situazioni compromesse, complicate da problematiche che vanno al di là dell'ambito psichiatrico. In parallelo, si assiste a un sempre maggiore ricorso all'attenzione dello psichiatra in emergenza di soggetti responsabili di condotte antiggiuridiche e disturbanti non riconducibili immediatamente a sindromi di natura psicopatologica, comportamenti antisociali o delinquenziali, spesso alimentati dal "carburante" fornito dall'alcol accanto a vecchie e nuove sostanze stupefacenti. Tutto ciò grava in prima battuta e in maniera rilevante sul personale di PS, siano essi medici di emergenza che specialisti psichiatri; si determina così un impatto significativo di frustrazione e demotivazione nel fronteggiare condizioni per le quali non si è stati preparati, ma altamente sfidanti e cariche di responsabilità professionale. L'analisi delle prestazioni quotidianamente attuate in area di PS vede accanto alle diagnosi "classiche" rappresentate da disturbi dell'umore, schizofrenia, stati d'ansia in fase di scompensamento, una popolazione composita, che condivide alterazioni comportamentali e disturbanti come via finale comune di attivazione dell'intervento in urgenza (condotte di abuso, delirium in quadri di demenza, adolescenti dai comportamenti dirompenti, disturbi di personalità di cluster B, quadri di disabilità scompensati, homelessness, condotte violente tout-court). Lo psichiatra che si occupa di urgenza ci appare come un super-specialista, che dovrebbe possedere una formazione pluri-disciplinare costituita da aspetti medici generali, psicopatologici, sociologici e anche medico-legali, che faciliti la navigazione in ambienti caratterizzati dalla incertezza e dalla turbolenza.

La consapevolezza della presenza in ambito di PS di quote crescenti di persone con problematiche psichiatriche in fase critica e comportamentali è oggi patrimonio della medicina d'urgenza e della psichiatria, alla ricerca di risposte cliniche più appropriate e sicure. Una delle riflessioni più attuali è quella sugli spazi dedicati a tale tipologia di urgenza e dai tempi di presenza in PS; sempre

più spesso gli operatori del DEA hanno a che fare con la valutazione e il trattamento di soggetti in crisi, che talora restano in osservazione per lunghi periodi all'interno di ambienti di cura sovraffollati, rumorosi e frenetici (*boarding psichiatrico* nel DEA) (Nicks & Manthey, 2012). Quello del sovraffollamento del PS (*crowding*) è un fenomeno che lo vede trasformarsi in una sorta di reparto di degenza "atipico", snaturato nelle finalità e nella capacità di assistenza. Il dibattito su come uscire da una condizione non altrimenti gestibile sta producendo proposte di cambiamento negli assetti organizzativi e procedurali, che animano il confronto all'interno delle diverse comunità professionali. A tale proposito vale ricordare come sia stato trasmesso nel maggio 2019 alle Regioni il nuovo documento elaborato dal Tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute, che definisce standard strutturali e di personale per l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), nuovi codici per la definizione delle priorità, azioni per ridurre il sovraffollamento, l'istituzione della stanza/area di ricovero dedicata ai pazienti in attesa di ospedalizzazione ("*Admission Room*"), l'attivazione del *bed management*. È interessante notare l'attenzione specifica del documento su "Disturbo acuto del comportamento nell'adulto" (punto 6.2.4) e "Disturbo acuto del comportamento del minore" (punto 6.2.5) (Ministero della Salute, 2019). Non vi è invece traccia di percorsi "separati" per pazienti "psichiatrici" con porta di ingresso parallela, come invece prevede una recente DGR (n. 614/2019) della Regione Veneto che prevede in alcuni ospedali (principalmente in quelli hub) la gestione delle emergenze psichiatriche mediante il "Pronto Soccorso ad accesso diretto". Un provvedimento che ha trovato pronta e ferma opposizione di diverse società scientifiche nazionali e regionali (Società Italiana di Psichiatria, Coordinamento Nazionale SPDC, Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, Sezione Veneta della SIP, Sezione Triveneta della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale), sulla base di considerazioni

riguardanti il diritto a cure sicure e appropriate per tutti i cittadini. Dati di letteratura confermano che il setting ospedaliero di emergenza è spesso il primo contatto con le cure psichiatriche e che un'esperienza negativa durante questo iniziale accesso alle cure mediche può portare a rinunciare alla ricerca di aiuto, evitando ulteriori contatti con i servizi di salute mentale. L'impatto che queste condizioni hanno sul contesto clinico acuto ha aperto la strada alla psichiatria d'emergenza come nascente sottospecialità sia della psichiatria che della medicina d'urgenza. Le condizioni che richiedono competenza psichiatrica — tentativi di suicidio, depressione, psicosi, violenza o altri rapidi cambiamenti nel comportamento — sono, per loro stessa natura, difficili da gestire ma va crescendo la consapevolezza a livello generale che, con una buona conoscenza e risorse adeguate, i pazienti possono essere stabilizzati e gestiti efficacemente in un contesto per acuti (Fratlicelli et al., 2019).

TRIAGE E VALUTAZIONE MEDICA

"Anche in presenza di individui che sono ben noti ai servizi psichiatrici o con chiari segni di una malattia psichiatrica, è importante escludere condizioni mediche sottostanti che possono scatenare o esacerbare l'agitazione" (Nordstrom et al., 2012). Il triage rappresenta il primo contatto clinico con la persona per determinare l'urgenza delle cure e include la valutazione iniziale del rischio e la determinazione del livello di osservazione. È necessario intraprendere un triage sullo stato psichico per tutti gli utenti all'ingresso dei PS, insieme a quello per la salute fisica. Il riconoscimento di condizioni concomitanti è fondamentale per la valutazione completa di un paziente, in quanto la complessità delle situazioni cliniche è legata alla frequente compresenza di problemi fisici e mentali (*Focused Medical Assessment*). L'affermazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui "non c'è salute senza salute mentale" enfatizza la necessità di promuovere una medicina olistica e unitaria, di migliorare la qualità dell'assistenza per le condizioni di salute mentale

e fisica delle persone con disturbi mentali. La medicina di emergenza rimane uno dei servizi più impegnativi e ad alto rischio per valutare e fornire assistenza clinica, ma allo stesso tempo per molte persone rappresenta una vera opportunità, come supporto fondamentale nei momenti di crisi e punto di partenza per intraprendere trattamenti a lungo termine.

PROBLEMI DI SICUREZZA CLINICA E AMBIENTALE

La sicurezza è una questione centrale della gestione dei pazienti con problematiche psichiatriche e comportamentali nel PS. In effetti, l'incidenza della violenza nei servizi sanitari sta crescendo e il luogo più diffuso e prevedibile per la violenza è il DEA.

Il 20-50% delle visite psichiatriche in regime di urgenza interessa pazienti aggressivi verbalmente e/o fisicamente, il 10% dei pazienti visitati può essere agitato e/o violento (Marco & Vaughan, 2005). Circa il 55-60% degli operatori in un anno subisce aggressioni fisiche da parte di pazienti psichiatrici, il 40-70% degli psichiatri è stato aggredito almeno una volta nella vita (Gates et al., 2006). Le categorie più a rischio peraltro sono operatori non medici di sesso femminile, spesso agli inizi della carriera professionale e con scarsa formazione psichiatrica. La maggior parte dei DEA non dispone di uno spazio specificamente progettato per gestire i pazienti con disturbi psichiatrici e comportamentali, nonostante le raccomandazioni dei documenti di consenso e delle linee guida (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). A questo proposito, l'inclusione nel processo di triage di semplici strumenti per rilevare il rischio di comportamenti aggressivi, suicidari o di fuga deve essere considerata come un'ulteriore possibilità di miglioramento (Chanmugan et al., 2013).

Le ricadute della violenza sugli operatori possono generare un senso di perdita di sicurezza sul lavoro, con paura e sentimenti di vulnerabilità, nonché riduzione del senso di competenza professionale. Raramente gli episodi

di violenza nel servizio di emergenza sono analizzati attraverso una supervisione o un percorso psicologico, cosa che porta a sottostimare il fenomeno e sottovalutarne le conseguenze. Alcune attenzioni possono ridurre il rischio: non lasciare oggetti pericolosi a portata di mano, garantire ambulatori ampi e non isolati, mantenere una distanza di sicurezza e disporre di una via di fuga; valutare potenziali segni di evoluzione in comportamento violento quali iperattività motoria, voce alta, tensione, impulsività contro oggetti, atteggiamento minaccioso o provocatorio; valutare se gli accompagnatori hanno un effetto di contenimento o al contrario favorente l'aggressività e decidere di consentirne o meno la presenza. È fondamentale che altro personale preparato sia disponibile poiché la presenza di più persone consente di controllare meglio le situazioni critiche o, in caso di inefficacia del contenimento verbale, di effettuare in sicurezza interventi restrittivi.

Nel nostro paese mancano dati e ampie statistiche sulla diffusione del fenomeno, tuttavia l'allarme presente nei sistemi di emergenza è alto e indica la necessità di attivare misure di prevenzione per contrastarlo (Pellegrino F., 2019). Anche riguardo la contenzione fisica in Italia c'è carenza di studi, sebbene sia posizione condivisa che gli interventi di de-escalation non coercitiva siano da privilegiare.

PROBLEMI ETICI E MEDICO-LEGALI

La presenza di soggetti con disturbi psichiatrici acuti nel DEA richiede la conoscenza e la comprensione delle complesse relazioni tra medicina d'urgenza, psichiatria, aspetti legali ed etici (Thomas & Moore, 2013). La legislazione italiana in tema di accertamenti (ASO) e trattamenti sanitari obbligatori (TSO) ha eliminato il concetto di pericolosità sociale centrando l'attenzione sul rifiuto delle cure. Non è completamente chiaro come sia opportuno comportarsi nel tempo che intercorre tra proposta e convalida e tra convalida ed emissione dell'ordinanza di un TSO e come si possa superare la

difficoltà esistente di trovare un punto di equilibrio tra la necessità di limitare la libertà di un cittadino in assenza dell'autorizzazione di una specifica disposizione e quella di contenere situazioni potenzialmente pericolose per il paziente o per altre persone. In teoria, il personale sanitario non dovrebbe essere incaricato a termini di legge a usare mezzi coercitivi, ma al contempo non è ben chiaro chi sia tenuto a farlo: ne consegue la tendenza ad atteggiamenti di rifiuto dell'intervento.

UTILIZZO DI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA DA PARTE DI MIGRANTI CON DISTURBI PSICHIATRICI

L'aumento della domanda di assistenza in emergenza in Europa ha coinciso con un rapido cambiamento demografico; in particolare, i crescenti tassi di immigrazione stanno creando ulteriori pressioni. Negli ultimi trent'anni, l'Italia è diventata una destinazione di riferimento per immigrati e rifugiati extracomunitari. Un problema sempre più frequente è la presenza di immigrati condotti in PS per comportamenti disturbanti che attivano interventi di polizia o per sintomi di disagio non sempre di facile interpretazione. Le percentuali e le modalità di utilizzo dei sistemi sanitari da parte della popolazione migrante differiscono da quelle dei nativi a causa di vari fattori, come lo stato di salute, i bisogni auto-percepiti, il comportamento di ricerca di salute, le barriere linguistiche e le differenze culturali nell'utilizzo dei DEA nella popolazione immigrata (Zinelli M. et al, 2014).

Le migrazioni sono passaggi densi di significati e di contenuti esistenziali dagli esiti spesso imprevedibili. La psicopatologia associata rischia di essere incomprensibile se non si considerano fattori di ordine socio-economico e culturale sia del luogo d'origine che di quello di arrivo. Il passaggio dal proprio Paese a una nuova realtà mette profondamente in gioco l'identità personale: spesso ne deriva disagio per la perdita degli involucri protettivi culturali con il conseguente manifestarsi di elementi di vulnerabilità. La nostra area territoriale (ASST Lariana),

zona di confine con la Svizzera, è stata particolarmente interessata al fenomeno. La presenza di un centro di accoglienza governativo per gli immigrati ha motivato la necessità di individuare operatori dedicati, in grado di intervenire in diversi contesti (in particolare PS e centri di salute mentale), con acquisizione di competenze in psichiatria transculturale e mediazione culturale. Soggetti che presentavano disturbi da somatizzazione, disturbi da stress post-traumatico, disturbi psicotici, episodi dissociativi, disturbi d'ansia e depressione in parte riconducibili a situazioni richiedenti uno sforzo di adattamento, hanno impegnato, in fase di emergenza e nel prosieguo delle cure, professionisti di diversa formazione (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, mediatori), chiamati a fronteggiare le diverse condizioni psicopatologiche e atteggiamenti di rifiuto sociale e isolamento.

In un contesto di assenza di risposte organizzate, il DEA può divenire un punto essenziale di assistenza e svolgere un ruolo fondamentale nei confronti di problemi urgenti (e non solo) di natura medica e psichiatrica. I migranti utilizzano il PS in misura maggiore, e in modo diverso, rispetto alle popolazioni native, anche per stati a bassa intensità di acuzie, fattore indicativo di barriere all'accesso a servizi sanitari più appropriati per una popolazione spesso sottoposta a condizioni di lavoro non flessibili e instabili.

La carenza di servizi con professionisti esperti in etnopsichiatria, la difficoltà di ricostruzione della storia clinica dei migranti anche a causa della scarsità di mediatori culturali, la mancanza di competenza riguardo le condizioni psichiatriche tra il personale dei centri per migranti, generano diffusi atteggiamenti difensivi e gravi limitazioni nell'organizzazione generale e di assistenza psichiatrica.

CONCLUSIONI

La difesa delle legge di riforma psichiatrica nei suoi principi generali richiede interventi normativi e direttive utili a contrastare suggestioni e proposte legislative orientate

verso un maggiore controllo sociale e più severe misure di custodia. In questa prospettiva, l'area della emergenza urgenza (nelle dimensioni territoriali e ospedaliera) rappresenta un momento di forte impatto, con possibili esiti involutivi se il mondo della salute mentale non riuscirà a costruire risposte clinico-organizzative, finanziate e condivise che sfidino criticità e complessità.

Per far fronte all'aumento delle urgenze psichiatriche, alcuni Paesi hanno costituito servizi di urgenza psichiatrica sul territorio. A titolo esemplificativo è utile citare modelli attivi in sistemi sanitari diversi fra loro, come il *Mental Health Crisis Service del South London and Maudsley NHS Foundation Trust* o gli *Psychiatric Emergency Services (PES)* statunitensi. Si tratta di servizi di urgenza psichiatrica, attivi sul territorio nelle 24 ore e 7 giorni su 7, che forniscono valutazioni individualizzate, gestione di situazioni critiche e urgenze che non necessitano di ospedalizzazione e spesso anche di problematiche "miste", tipiche delle aree di confine (povertà sociale, tossicodipendenza, alterazioni comportamentali), attraverso la collaborazione con altre strutture dedicate. I PES lavorano in stretto contatto con il DEA, le Unità di ricovero psichiatriche, I servizi di salute mentale del territorio. Un dato ormai condiviso, è che laddove non vengono attivate risposte extra-ospedaliere, si registra una crescita parallela ed esponenziale del ricorso ai DEA ospedalieri. Cioè in strutture istituzionalmente deputate al trattamento di acuzie non affrontabili in luoghi diversi; la conseguenza è l'incremento di ricoveri impropri proprio quando la crescita della domanda di cura si confronta con una riduzione di posti letto.

La consapevolezza è il primo passo verso il cambiamento, e dal riconoscimento delle "mancanze" dell'intero sistema di cura possono nascere proposte di miglioramento dei luoghi di maggiore fragilità. L'idea diffusa che la maggior parte dei pazienti con acuzie psichiatriche necessiti di ricovero ospedaliero, contribuisce ad atteggiamenti di livello clinico e organizzativo che non favoriscono cure specialistiche tempestive nel DEA e metodi di intervento

efficaci nel ridurre la loro permanenza prolungata in un ambiente inadatto (fenomeno di "*boarding psichiatrico*"). Il punto di partenza è che sia del tutto appropriato che i pazienti psichiatrici giungano all'attenzione dei medici d'urgenza nei DEA, dal momento che le loro urgenze sono da considerarsi equivalenti per complessità diagnostica e terapeutica a condizioni mediche o chirurgiche acute e che la maggior parte delle emergenze psichiatriche può essere risolta entro le 24 ore senza ricorrere al ricovero (Zeller M., 2018).

Affrontare i disturbi psichiatrici in PS, collaborando ciascuno con le proprie competenze in una visione basata su un approccio centrato sulla persona, rappresenta un'opportunità sia per i medici d'urgenza che per gli psichiatri. Un lavoro condiviso fra specialisti e figure professionali diverse in luoghi "comuni" (ridisegnati) riduce la tendenza alla sottovalutazione e al rapido allontanamento, via maestra per l'incremento del rischio clinico, dei livelli di conflittualità e della sensazione di sovraccarico e inadeguatezza.

Oggi la ricerca suggerisce sempre più l'importanza di una formazione, specifica e condivisa fra le diverse figure specialistiche, dei team attivi nei setting per l'emergenza. I medici d'urgenza sono esperti nel trattamento di patologie fisiche, mentre appaiono timorosi nell'affrontare le emergenze psichiatriche, a causa della preparazione avvertita come insufficiente e del carico emotivo che le accompagna. Medici d'urgenza italiani coinvolti in una indagine circa il loro punto di vista sulle urgenze psichiatriche dichiarano una esigenza formativa, data l'importanza che attribuiscono a tale settore (78%), in particolare sull'uso degli psicofarmaci, sulla gestione dei pazienti aggressivi e dei soggetti con abuso etilico ma anche la comunicazione e la gestione emotiva della relazione con il paziente e i suoi familiari (Ferrari et al., 2009). È giunto il momento per una nuova alleanza che migliori il servizio di salute mentale per i pazienti nel DEA. Gli psichiatri dovrebbero divenire più confidenti con le patologie somatiche che possono interessare i loro

pazienti e svolgere parallelamente un ruolo di promozione/partecipazione a momenti formativi sulla “*emergency psychiatry*” basati sulle evidenze. L'addestramento congiunto può consentire da una parte ai medici dei DEA di accogliere e agire in prima battuta, in attesa di uno specialista collaborativo e consapevole delle sfide e della realtà di cura delle situazioni di crisi nei PS; gli esiti possibili sono rappresentati dalla riduzione del ricorso a trattamenti coercitivi, dei tempi di attesa e del numero di richieste di ricovero. Modelli di spazi comuni/limitrofi in area DEA (ma protetti dalla caoticità che spesso caratterizza gli ambienti dell'urgenza), gestiti da équipe integrate vengono proposti in realtà internazionali e valutati sugli esiti attesi (Zeller M., 2018). Le attività di “psichiatria di collegamento”, in PS (così come in altri reparti ospedalieri), assolvono compiti diversi e significativi; tra questi il contrasto di tendenze negative, come super-specializzazione e frammentazione delle competenze mediche, la conservazione di una prospettiva olistica, la possibilità per gli psichiatri di trattare pazienti che altrimenti non sarebbero stati intercettati (The Royal College of Emergency Medicine, 2017).

Infine, affrancandosi dalla condizione di ammortizzatore sociale che la porta di fatto a sostituirsi ai servizi sociali, la psichiatria potrà recuperare la propria prerogativa di disciplina medica in grado di fornire un importante contributo alla salute individuale e collettiva, senza rinunciare a essere portatrice di un sistema integrato e di una visione non riduzionistica delle condizioni di sofferenza e malattia. Il risultato atteso è un netto miglioramento delle cure in emergenza, risparmio di tempo, riduzione dei periodi di attesa in un ambiente non terapeutico e una migliore soddisfazione di utenti e professionisti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

1. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana

CORRESPONDING AUTHOR:

Carlo Fraticelli. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - ASST Lariana, Via Napoleona 60, 22100 Como, Italy.

Tel. +39.031.585.5958/9597 – Fax: +39.031.5855438/8640

E-mail: carlo.fraticelli@asst-lariana.it

Conflitti di interesse: gli autori dichiarano di non avere potenziali conflitti di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. Disponibile sul sito: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
2. European Union, *Directorate general for Health and Consumers "European Pact for Mental health and Wellbeing"*, 2008. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/health/h_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
3. OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
4. Ministero della Salute. *Rapporto salute mentale: analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale (SISM) anno 2016*. Roma, 2017.
5. Piccinelli M., Politi P., Barale F. *Focus on psychiatry in Italy*. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 538-44.
6. Mezzina R. *Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need*. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27: 336-45.
7. Cartabellotta N., Cottafava E., Luceri R., Mosti M. *4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE. Bologna, giugno 2019. Disponibile sul sito: www.rapportogimbe.it
8. Brown T., Ryland H. *Recruitment to psychiatry: a global problem*. *Br J Psych Int* 2019; 16: 1-3.
9. Coen D., Casagrande I. *Critical issues of Emergency Medicine organization in Italy*. *ECJ* 2018; 14: 90-92.
10. Di Petta G. *Le opinioni. La crisi della psichiatria*, 2018. Disponibile sul sito: <http://siep.it/le-opinioni-la-crisi-della-psichiatria/>
11. Morris D.W., Ghose S., Williams E., Brown K., Khan F. *Evaluating psychiatric readmissions in the emergency department of a large public hospital*. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; 14: 671-679.
12. Weiss A.J., Barrett M.L., Heslin K.C., Stocks C. *Trends in Emergency Department visits involving mental and substance use disorders, 2006-2013*. 2016. <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb216-Mental-Substance-Use-Disorder-ED-Visit-Trends.pdf> Accessed July 5, 2018.
13. Costantino M.A., Didoni A. *La care nella salute mentale in età evolutiva*. In: Bonati M. (a cura di) *Psicofarmaci nell'età evolutiva*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2015
14. Nicks B.A., Manthey D.M. *The impact of psychiatric patient boarding in Emergency Departments*. *Emerg Med Int* 2012; Vol 2012 Article ID 360308, 5 pages. <https://doi.org/10.1155/2012/360308>.
15. Ministero della Salute. *Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Proposta di Accordo Tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui documenti "Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"*, 2019. Disponibile sul sito: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8617653.pdf>
16. Fraticelli C., Casolaro I., Nigro M. *Critical issues and opportunities of emergency psychiatry in Italian emergency departments*. *ECJ* 2019; 15: 33-37.
17. Nordstrom K., Zun L.S., Wilson M.P., et al. *Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project Beta medical evaluation workgroup*. *West J Emerg Med* 2012; 13: 3-10.
18. Marco C.A., Vaughan J. *Emergency management of agitation in schizophrenia*. *Am J Emerg Med* 2005; 23: 767-76.
19. Gates D.M., Ross C.S., McQueen L. *Violence against emergency department workers*. *J Emerg Med* 2006; 31: 331-37.
20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings*. (NG 10). NICE 2015. Last updated 17 May 2018. Disponibile sul sito: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>

-
21. Chanmugan A., Triplett P., Kelen G. (eds.) *Emergency Psychiatry*. New York, NY: Cambridge University Press, 2013
 22. Pellegrino F. *Gli atti di violenza in ambito sanitario*. Guida pratica per lo Psichiatra. Napoli: Lingomed, 2019
 23. Thomas J., Moore G. *Medical-legal Issues in the Agitated Patient: Cases and Caveats*. West J Emerg Med 2013;14:559-65.
 24. Zinelli M., Musetti V., Comelli I., Lippi G., Cervellin G. *Emergency Department utilization rates and modalities among immigrant population. A 5-years survey in a large Italian urban Emergency Department*. ECJ 2014;.10:.1896.
 25. Zeller M. *What psychiatrists need to know: patients in the Emergency Departments*. Psych Times 2018;35:1-3.
 26. Ferrari G., Bruscoli G., Pallanti S. *Le emergenze psichiatriche nella medicina d'emergenza: il punto di vista del medico d'emergenza*. Giorn Ital Psicopat 2009; 15: 111-19.
 27. The Royal College of Emergency Medicine. *Mental Health in Emergency Departments. A toolkit for improving care*. London, Revised 2017. Available from: <https://www.rcem.ac.uk//docs/RCEM%20Guidance/Mental%20Health%20Toolkit%202017.pdf>

L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere

Alessandro Grecchi¹

INTRODUZIONE

L'identità di genere non conforme permette di approfondire aree di confine e criticità proprie della cultura della salute mentale.

Tra queste il limite tra normalità e devianza, le difficoltà di accesso a programmi di cura, lo stigma e i conseguenti episodi di discriminazione e violenza, il ruolo delle famiglie e dell'ambiente di vita, la transizione tra l'infanzia l'adolescenza e l'età adulta, l'approccio multidisciplinare e le comorbidità.

La World Psychiatric Association (WPA) considera l'orientamento sessuale come innato e determinato dall'intreccio tra fattori biologici, psicologici e sociali tali da non esitare in disfunzioni psicologiche, disturbi del giudizio o della capacità di agire. Con ciò si attribuisce alla psichiatria la responsabilità sociale di garantire l'accesso a Servizi di cura, la riduzione dello stigma e l'integrazione della popolazione transessuale (WPA, 2016).

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH), associazione multidisciplinare la cui mission è la promozione della salute per le persone transgender basata sull'evidenza, ha stilato gli Standards Of Care (SoC) 7° versione per la salute delle persone transessuali, transgender e di genere non conforme fondati sulla migliore scienza possibile e sul consenso di professionisti esperti allo scopo di fornire una guida clinica con percorsi di cura efficaci e sicuri nella disforia di genere (WPATH, 2011).

Lo stigma, la discriminazione, il pregiudizio e gli abusi associati alla non conformità di genere, infatti, possono esitare in uno specifico quadro psicopatologico dominato da ansia e disturbi dell'umore (Institute of Medicine IOM, 2011) che trova la sua cornice teorica nel modello del "Minority Stress" (Meyer, 2003) che descrive il pro-

cesso con cui le minoranze di genere sviluppano strategie di coping maladattative.

Stigma, pregiudizi e abusi di cui non sono stati né sono esenti i medici attraverso pratiche volte a far rigettare la propria identità di genere a favore del sesso di nascita senza fornire la possibilità di scegliere in modo libero e informato (Drescher, 2010). Ciò è ancora presente in molte parti del Mondo (WHO, 2015).

Non sorprende perciò come la lettura della disforia di genere attraverso un paradigma esclusivamente medico e la conseguente attribuzione di criteri diagnostici vengano viste con sospetto.

DEFINIZIONI

L'acronimo LGBTQ (lesbian, gay, transgender, bisexual, queer) identifica un termine collettivo auto-designato per riferirsi a persone attraverso l'identità di genere e la sessualità.

Il termine identità di genere si riferisce al più intimo senso di una persona relativo al proprio genere (IOM, 2011).

Il sesso assegnato alla nascita si basa su caratteristiche cromosomiche ormonali, fisiche e anatomiche.

La maggior parte delle persone si identifica come cisgender che è un termine che descrive la sovrapposizione dell'identità di genere con il sesso.

Per le persone transgender l'identità di genere differisce dal sesso di nascita ed include sia persone che si identificano all'interno di un sistema binario (transgender maschi, transgender femmine) sia persone al di fuori di questo come i bigender (sia maschi che femmine) (APA, 2015) e i genderqueer (si identificano al di fuori della definizione di maschio/femmina) (Budge et al, 2014).

Con il termine di transmasculine spectrum ci si riferisce a persone con identità di genere maschile, transgender uomo, genderqueer o non binario di sesso femminile.

Con il termine di transfeminine spectrum ci si riferisce a persone con un'identità di genere femminile, transgender femmina, genderqueer o non binario di sesso maschile.

È importante non confondere la non conformità di

genere con la disforia di genere. Con la prima si intende il livello fino al quale l'identità di genere di un individuo si differenzia dalle norme culturali comuni per una persona di un determinato sesso (IOM, 2011) mentre con la seconda si intende il malessere o lo stress provocato in una persona dal sentire la propria identità di genere diversa dal sesso assegnato alla nascita (DSM 5, 2013).

Solo alcune tra le persone di genere non conforme presentano disforia di genere nella loro vita e solo alcune avvertono un tale livello di disagio da poter essere diagnosticato come disturbo mentale.

Inoltre è noto che non tutte le persone che sperimentano una non conformità di genere nell'infanzia crescerà come transgender nell'età adulta e da ciò deriva la necessità di valutare come una diagnosi possa impattare sull'individuo in questa fase di crescita e di come costruire servizi specializzati in grado di fornire supporto medico e psicosociale ai bambini e alle loro famiglie (Vargas-Huicochea et al, 2018).

Per favorire il percorso di transizione, nell'International Classification of Disease (ICD), la diagnosi di disturbo dell'identità di genere nell'infanzia, inserita nel capitolo dei disturbi mentali e del comportamento nell'ICD 10, è stata riconcettualizzata in incongruenza di genere nell'infanzia o GIC e inserita nel capitolo sulle condizioni correlate alla salute sessuale nell'ICD 11. Ciò non accade per l'ingruenza di genere nell'adolescenza e nell'età adulta o GIAA.

Questo avrebbe lo scopo di favorire l'educazione dei professionisti e la costruzione di pratiche cliniche evidence based assieme alla possibilità di accesso a servizi dedicati per i bambini e le loro famiglie.

Di contro si obietta che la diagnosi di CIG non sia necessaria in quanto non espressione di una patologia e che quindi non essendoci nulla da trattare l'essere diagnosticati sia dannoso per i bambini (Cabral et al, 2016).

In passato si riteneva che la disforia di genere esistesse unicamente nel contesto di disturbi psicotici o severi disturbi di personalità (Randell, 1959; Lukianowicz, 1962)

mentre oggi, grazie all'esperienza e alla ricerca, si delinea come complessi quadri sintomatologici psichiatrici siano il risultato di una disforia di genere non trattata piuttosto che la causa (Janssen et al, 2018).

DATI EPIDEMIOLOGICI E PUBBLICAZIONI SULL'ARGOMENTO

Non sono presenti dati uniformi sulla popolazione transgender ma si stima che approssimativamente ne vivano circa 1 milione negli Stati Uniti d'America e intorno a 9 milioni in Asia e Sud Pacifico con una prevalenza che varia da Regione a Regione del mondo tra lo 0,1 e il 1,1% (Rawson, 2014; Winter, 2012; Network APT, 2015; UNAIDS, 2014).

Il DSM 5, nel 2013, pubblicava una prevalenza della disforia di genere (GD) approssimativamente tra 0,005-0,0014% e 0,0002-0,003% (APA, 2013).

I dati appaiono comunque sottostimati se rapportati alla realtà globale.

La più vecchia pubblicazione riportabile alla salute mentale nella popolazione transgender risale al 1913 dove, sulla rivista "*Zeitschrift für die gesamte Neurologia und Psychiatrie*", si discuteva sul retroterra psichiatrico del travestitismo.

Da allora il numero di pubblicazioni sull'argomento è cresciuto lentamente dal 1913 al 2004 (meno di 100 articoli per anno) per ampliarsi esponenzialmente a partire dal 2005 con un tasso di crescita dal 2005 al 2017 del 58,5% (30,9% dal 2005 al 2016 e 27,5% tra il 2016 e il 2017) (Sweileh, 2018).

Un elevato numero di pubblicazioni relativo alla salute mentale riguarda tematiche relative all'intolleranza culturale, allo stigma, alla violenza, alla vittimizzazione e alle conseguenze dello stress sociale nel determinare alti tassi di depressione e ideazione suicidaria in confronto alla popolazione cisgender (Carmel et al, 2016; Jaffee et al, 2016; Erickson-Schroth et al, 2016; Fredriksen-Goldsen et al, 2017).

Interessante è la collocazione geografica delle pubblicazioni che vede Paesi come USA, Brasile, Filippine

e Thailandia con un'elevata attività di ricerca derivante, verosimilmente, dall' un'elevata percentuale di transgender all'interno della popolazione generale.

Non sorprende, di contro, che il continente africano e le regioni del Mediterraneo, a causa del proprio background culturale e religioso, presentino dati più limitati se rapportati ai Paesi del Nord Europa (Sweileh, 2018).

SVILUPPO

Maschi e femmine presentano differenze nel cervello che iniziano dalla fase intrauterina e si sviluppano lungo l'arco della vita per stabilizzarsi nell'età adulta (fig.1).

Tra le ipotesi che si ritiene possano condurre a sviluppare l'esperienza transgender potrebbe esserci la disconnessione tra il sesso associato agli organi genitali e il sesso/genere cerebrale dovuto al fatto che mentre lo sviluppo genitale si completa nel primo trimestre quello cerebrale prosegue per tutta la gestazione (Gomez Gil et al, 2010).






Inoltre una componente genetica potrebbe essere strettamente associata laddove i fratelli di persone transgender presentano un cervello “più transgender” rispetto alla popolazione generale di riferimento. Assieme alla genetica con la pubertà abbiamo un'azione ormonale ed esperienziale su un cervello già programmato da far ipotizzare sia un fenotipo lungo un continuum di genere che un mosaico cerebrale attraverso la maggiore o minore mascolinizzazione/femminilizzazione di alcune aree da parte degli ormoni (Nguyen et al, 2018).

Prima della pubertà, se si eccettuano i genitali, le differenze fenotipiche tra maschi e femmine riguardano principalmente il vestirsi, il taglio di capelli e il comportamento.

È con la pubertà, tra i 9-14 anni nel maschio e tra gli 8-12 anni nelle femmine, che può esordire o intensificarsi la disforia di genere.

Nel periodo di transizione dall'adolescenza all'età adulta si evidenziano alti tassi di depressione, ansia,

Figura 1 — (tratto da Nguyen HB et al. *What has sex got to do with it? The role of hormones in the transgender brain. Neuropsychopharmacology*, 0:1–16. 2018)

 Male		 Female
Testosterone and its aromatization to estrogen cause masculinization of the fetal brain	 IN UTERO	Absence of androgen production and estrogen-binding activity of alpha-fetoprotein cause feminization of the fetal brain
<ul style="list-style-type: none"> – More between-network connectivity – Larger grey matter volume – Lower grey matter density 	 ADOLESCENCE	<ul style="list-style-type: none"> – More within-network connectivity – Less grey matter volume – Higher grey matter density
<ul style="list-style-type: none"> – More total brain volume – More grey matter volume – More white matter volume – More cerebrospinal fluid volume – Higher volume of the central subdivision of the bed nucleus stria terminalis – Better visuospatial and mathematical ability – Weaker right-hand preference 	 ADULTHOOD	<ul style="list-style-type: none"> – Less total brain volume – Less grey matter volume – Less white matter volume – Less cerebrospinal fluid volume – Higher proportion of grey matter – Thicker cortex – Higher global cerebral blood flow – Better perceptual speed and fine manual dexterity – Strong right-hand preference

ideazione suicidaria, tentativi di suicidio, autolesionismo e ricoveri psichiatrici rispetto alla popolazione cisgender (Reisner et al, 2014).

La pubertà inizia con l'attivazione dall'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi con la secrezione pulsatile da parte dell'ipotalamo del GnRH che, a cascata, stimola la produzione da parte dell'ipofisi di LH e FSH che indurranno a loro volta le ovaie a produrre estrogeni e i testicoli a produrre androgeni.

Nelle femmine il FSH stimolerà lo sviluppo dei follicoli ovarici mentre nei maschi dei tubuli seminiferi per la produzione di sperma.

Durante la pubertà i maschi sperimentano l'adrenarca ossia un cambiamento del corpo androgeno-dipendente che porta alla comparsa dei caratteri quali ad esempio i peli ascellari, l'aumento della massa muscolare, un odore caratteristico e l'acne e il pubarca ossia lo sviluppo di peli pubici, l'allungamento del pene e l'allargamento dei testicoli.

Le femmine sperimentano il telarca che comporta lo sviluppo del seno e il menarca con la comparsa del ciclo mestruale.

È in questa fascia d'età che si iniziano i primi interventi medici di transizione per i ragazzi che presentano una disforia di genere (SoC, 2011; Hembree et al, 2017). Questi hanno lo scopo di ritardare o invertire i cambiamenti fisiologici nella pubertà e devono considerare l'integrazione tra varie discipline quali medicina, chirurgia e salute mentale (Karasic et al, 2018).

TRANSIZIONE

Gli interventi di transizione si classificano come:

1. reversibili
2. parzialmente reversibili
3. irreversibili

Gli interventi reversibili includono farmaci che hanno lo scopo di inibire l'ingresso nella pubertà tra i quali gli GnRH (antagonisti delle gonadotropine) con lo scopo

di guadagnare tempo per l'esplorazione del proprio genere e maturare una scelta più consapevole verso interventi maggiormente invasivi. Questi hanno l'indicazione nel trattamento della disforia di genere che tende ad aggravarsi in pubertà (WPATH). I protocolli indicano l'inizio della terapia dai 12 anni.

I rischi nel medio-lungo periodo dell'assunzione di questi farmaci riguardano possibili alterazioni nella mineralizzazione ossea, problemi di fertilità, disfunzioni metaboliche e impatto sul neurosviluppo (Janssen et al, 2018).

Gli interventi parzialmente reversibili comprendono quella che viene chiamata Gender Affirming Sex Hormone Therapy o GAHT che include l'uso di testosterone nelle femmine e di estrogeni nei maschi. Queste terapie inducono lo sviluppo di caratteri sessuali secondari associati all'identità di genere della persona.

Il rischio a cui ci si espone se non trattati in precedenza con GnRH è l'ingresso in una seconda pubertà con tutte le conseguenze emotive.

Questi trattamenti, secondo le linee guida WPATH, andrebbero iniziati dai 16 anni previo il consenso informato dei familiari e del paziente stesso.

Particolare attenzione viene posta alle comorbidità psichiatriche che prima dell'inizio dei trattamenti necessitano di essere "well-controlled" come da indicazioni delle SoC.

Ne deriva che condizioni acute quali ideazione suicidaria, recenti ospedalizzazioni psichiatriche, psicosi o mania vanno considerate "uncontrolled".

Di contro manifestazioni che si ritiene collegate alla disforia di genere (depressioni reattive, ansia etc.) possono beneficiare del trattamento.

Ci sono evidenze che la GAHT accresca le somiglianze tra il cervello dell'individuo transeggender e quello del proprio genere di preferenza.

Questa terapia non è scevra di effetti secondari tra i quali abbiamo per gli estrogeni:

- un incremento del rischio tromboembolico
- disturbi cardiaci

- modificazioni dei livelli dei lipidi
- incremento degli enzimi epatici
- calcoli renali
- diabete mellito di tipo II
- ipertensione
- prolattinoma

E per il testosterone:

- aumento ponderale
- policitemia
- peggioramento del profilo lipidico
- incremento degli enzimi epatici

L'ultima linea di trattamenti per la transizione è caratterizzata da quelli irreversibili ossia la chirurgia. Per la top surgery, che include ad esempio interventi al seno, è possibile intervenire prima dei 18 anni (previo consenso informato dei genitori e dei pazienti) così come per gli interventi cosmetici (es. naso). Per la bottom surgery, chirurgia genitale, è richiesta la maggiore età.

A corollario dei trattamenti di transizione è opportuno sottolineare come circa l'80% dei bambini in fase prepuberale che accede a cliniche pediatriche specializzate nell'identità di genere in seguito non si identificherà come transgender ma più comunemente come cisgender o gay (Olson, 2016) e che esiste una quota di transgender che opererà per una "detransizione" (Turban et al, 2018).

LA CLINICA DELL'URGENZA

Nell'acuzie psichiatrica è necessario un intervento terapeutico immediato, ciò implica distinguere cosa necessita di una risposta urgente e cosa non.

È pratica frequente il coinvolgimento dello psichiatra oltre che per interventi urgenti in pazienti con sospetta psicopatologia anche per interventi di altro genere se presentati da pazienti con storia psichiatrica pregressa.

Andrebbero escluse, quindi, le semplici richieste di trattamento come la presenza di un generico bisogno di assistenza e di aiuto che non rifletta la reale presenza di

una condizione psicopatologica acuta.

Nella valutazione delle condizioni che possono favorire l'insorgenza di psicopatologia nella popolazione di genere non conforme o transessuale bisogna includere il "Minority Stress Model" di Meyer (Meyer, 2003).

Questo descrive le tipologie di stress che vengono sperimentate all'interno delle minoranze di genere quali:

- il rifiuto da parte dei familiari e degli amici
- l'anticipazione di nuove esperienze di pregiudizio da parte degli altri
- il nascondere il proprio stato attraverso un costante automonitoraggio per assicurarsi di rispettare i comportamenti generalmente associati al sesso ed evitare la stigmatizzazione
- l'internalizzazione dello stigma

Interventi volti a sostenere la stabilità emotiva assieme a quelli di riduzione dello stigma rappresentano due capisaldi nella gestione di questa tipologia di utenti.

Addentrando nella clinica delle urgenze psichiatriche nella disforia di genere può essere utile una distinzione in:

1. Urgenze Pseudo-Psichiatriche
2. Urgenze Sociali
3. Urgenze Psichiatriche

Le Urgenze pseudo-psichiatriche sono condizioni ad eziologia prevalentemente somatica (es. sindromi iatrogene da terapia ormonale) ma ad espressione somatica o comportamentale.

La diagnosi differenziale nel contesto dell'urgenza può essere difficoltosa e richiede un'anamnesi accurata e l'uso di accertamenti di tipo internistico.

Queste rappresentano urgenze che necessitano di una risposta medica.

Per comprendere più chiaramente cosa si possa intendere con queste definizioni possiamo considerare come ad esempio la corteccia prefrontale, sito della modulazione degli estrogeni sulle funzioni esecutive, sia necessaria per processi cognitivi come l'attenzione sostenuta, la working

memory, la pianificazione e l'organizzazione.

La perdita di estradiolo nelle donne cisgender porta ad un rischio significativo di comorbidità età-correlate quali demenza, depressione maggiore e disturbi delle funzioni esecutive (Epperson et al, 2015; Shuster et al, 2010; Dokras et al, 2018).

Se lo stesso sia valido anche per individui FTM (female to male) non è noto ma alte dosi di testosterone diminuiscono in modo variabile la produzione endogena di estradiolo lasciando questi individui in un possibile stato ipoestrogenico. Mentre nei maschi cisgender il testosterone viene aromatizzato in estrogeni nel sistema nervoso centrale non è chiaro se ciò accada anche in individui FTM a sufficienza per estrogenare il cervello.

La conoscenza di alcuni di questi aspetti può risultare importante in una diagnosi differenziale al fine di inviare il paziente verso il percorso di cura più adeguato.

Le Urgenze Sociali si verificano all'interno del gruppo familiare, dell'ambiente lavorativo o in piccole comunità in cui un conflitto interpersonale o un evento sociale (es. perdita dell'alloggio) produce una tensione particolarmente elevata.

Necessitano di una risposta sociale e/o assistenziale.

La popolazione transgender sperimenta difficoltà economiche, problemi legali, barriere nell'accesso alle cure, scarso supporto familiare e comportamenti sessuali a rischio (Garofalo et al, 2006).

Come conseguenza abbiamo alti tassi di infezione da HIV e di altre malattie a trasmissione sessuale, di problematiche mediche quali ipertensione, dislipidemia, di uso di sostanze e alcolici, di depressione e di suicidi superiore alla popolazione cisgender di riferimento oltre a sperimentare bullismo, molestie, violenze, discriminazione e rifiuto familiare (Reisner et al, 2015; Hendricks et al, 2012).

Tra i fattori primariamente implicati nelle difficoltà di accesso ai servizi sanitari e di salute mentale c'è la condizione di senza fissa dimora o di instabilità abitativa che spesso consegue alla stigmatizzazione che produce un trattamento

diseguale rispetto ai cisgender (Grant et al, 2015).

Per quanto riguarda le urgenze psichiatriche propriamente intese il fenomeno che maggiormente sembra essere rappresentato in un setting d'urgenza è il NSSI (nonsuicidal self injury) descritto nel DSM 5 (WPA, 2013) tra le condizioni che richiedono ulteriori approfondimenti. Le forme più comuni del quale sono il cutting, lo sbattere o colpire parti del proprio corpo e le bruciature (Klonsky, 2007).

Si associa a depressione, ansia, abuso di sostanze e suicidalità (Nock et al, 2006; Dougherty et al, 2009).

Rispetto alla suicidalità va distinta come condizione separata e non come una variazione di intensità della medesima (Wichstrom et al, 2009).

Il NSSI si caratterizza per assolvere a tre bisogni dell'individuo (APA; 2013):

- ottenere sollievo da sentimenti negativi
- risolvere difficoltà interpersonali
- indurre uno stato affettivo positivo

La prevalenza di questo disturbo nella popolazione LGTB è:

- 5-47% lesbiche, gay e bisessuali
- 17-42% transgender
- 3-15% nella popolazione eterosessuale

La sottopopolazione LGTB a maggior rischio per sviluppare queste modalità è quella che non si riconosce all'interno di un sistema binario.

Fattori di rischio specifici alla popolazione LGTB sono: molestie, vittimizzazione o discriminazione dovuto all'orientamento sessuale e/o di genere, l'occultamento del proprio orientamento sessuale o dell'identità di genere, la svalutazione da parte degli altri dell'orientamento o dell'identità di genere e l'omofobia.

Il trattamento della sottostante disforia di genere determina un miglioramento complessivo se questa è la causa primaria dei comportamenti disfunzionali.

La seconda urgenza principalmente rappresentata

nella popolazione transgender è l'abuso di alcolici e di sostanze rilevante già dall'adolescenza (IOM, 2011) con un consumo di tipo binge drinking (James et al, 2015).

Tra le modalità di coping maladattativo teorizzate dal Minority Stress Model è incluso l'uso di sostanze e alcolici (Meyer, 2003; Hendricks et al, 2012; Rowe et al, 2015).

La popolazione transgender è a rischio di violenza fisica, sessuale e verbale, l'uso di quantitativi di alcolici e sostanze associati alla conseguente disinibizione incrementano questo rischio (Coulter et al, 2015; Coulter et al, 2016; Crane et al, 2016).

Il sesso e il genere sono fattori chiave nell'assessment del rischio di abuso di alcolici e sostanze. Fattori biologici quali il profilo ormonale, la composizione della massa muscolare, la distribuzione dell'adipe e il contenuto di acqua corporea influiscono sul metabolismo di alcool e sostanze reazione per cui è necessaria una valutazione circa eventuali trattamenti in corso (es. GAHT).

La popolazione transgender sperimenta nel corso della vita alti livelli di ansia e depressione (Spack et al, 2012; Reisner et al, 2015).

Già in adolescenza il 21% di questa popolazione presenta una diagnosi di disturbo d'ansia e la disforia di genere si correla a questi alti tassi di patologia. Come conseguenza il trattamento della disforia di genere si associa ad una remissione sintomatologica (De Vries et al, 2014).

Il rischio di sviluppare un disturbo depressivo maggiore nei transgender è da 2 a 3 volte superiore a quello della popolazione cisgender di riferimento mentre quello di sviluppare un disturbo bipolare o dello spettro psicotico è identico (Dhejne et al, 2016).

Riveste un ruolo determinante riuscire a discriminare se la condizione depressiva sia la conseguenza di un Disturbo Depressivo Maggiore, di un Disturbo dell'Adattamento, di un Disturbo Bipolare o se sia conseguenza di una Disforia di Genere (Janssen et al, 2018). Il concomitante trattamento della disforia di genere sottostante consente una remissione sintomatologica (Janssen et al, 2018).

Anche i tassi di psicosi all'interno di individui con

disforia di genere non sono maggiori rispetto alla popolazione generale (Dhejne et al, 2016).

Ovviamente è importante una valutazione dell'impatto della terapia ormonale sui sintomi psicotici: alti dosaggi di testosterone senza monitoraggio potrebbero indurre sintomi psicotici mentre gli estrogeni potrebbero svolgere un ruolo protettivo (Janssen et al, 2018).

Per quello che concerne lo spettro autistico (ASDs), invece, vi è una crescente evidenza di una relazione bidirezionale con la disforia di genere (De Vries et al, 2010).

Ad esempio la concomitanza tra disforia di genere e ADHD può impattare sul funzionamento emotivo e sociale e portare a difficoltà nell'inibire gli impulsi a esprimere la propria identità di genere con conseguenze stigmatizzanti e di rifiuto da parte dei pari.

CONCLUSIONE

In conclusione sappiamo che se ben seguito il percorso di transizione può ridurre la disforia di genere nella misura dell'80% e che il trattamento della disforia di genere migliora le comorbidità psichiatriche nel 78% dei casi (Murad, 2010).

Nel percorso dell'urgenza è quindi necessario:

- riconoscere la tipologia di urgenza da trattare
- valutare in quale fase di transizione si trovi il paziente
- valutare la copresenza di una disforia di genere non trattata

Tale valutazione diviene necessaria nella scelta del trattamento farmacologico o non farmacologico più adeguato.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

I. Psichiatra ASST-Santi Paolo e Carlo PO San Carlo Borromeo

BIBLIOGRAFIA

1. World Psychiatric Association. *WPA position statement on gender identity and same-sex orientation, attraction and behaviours*. 2016.
2. World Professional Association for Transgender Health. *Standard of Care (SoC) 7th edition*. WAPTH, 2011.
3. Institute of Medicine (IOM). *The health of lesbian, gay, bisexual and transgender people: Building a foundation for better understanding*. IOM, 2011.
4. Meyer HM. *Prejudice, Social Stress and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*. Psychol Bull Vol 129(5) 674–697 Sep 2003.
5. Drescher J. *Transsexualism, Gender Identity Disorder and the DSM*. Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 14: 2, 109-122. 2010.
6. World Health Organization. *Transgender People and HIV*. WHO, 2015.
7. American Psychiatric Association. *DSM 5 (5th edition)*. APA, 2013.
8. Budge SL, Rossman KH, Howard KAS. *Coping and psychological distress among genderqueer individuals: the moderating effect of social support*. Journal of LGTB Issues in Counseling 8(1),95-117, 2014.
9. Vargas-Huicochea I, Robles R, Real T, Fresà A, Cruz-Islas J, Vega-Ramires H, Medina-Mora ME. *A Qualitative Study of the Acceptability of the Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis Among Transgender Adults Who Were Labeled Due to Their Gender Identity Since Childhood*. Arch Sex Behav. 47(8): 2363-2374. Nov 2018.
10. Cabral M, Suess A, Ehrt J, Seehole TJ, Wong J. *Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human right perspective*. The Lancet Psychiatry 3(5), 405-406, 2016.
11. Randell J. *Transvestitism and trans-sexualism*. BMJ, 2, 1448–1452, 1959.
12. Lukianowicz N. *Transvestite episode in acute schizophrenia*. Psychiatric Quarterly, 36, 50-56, 1962.
13. Janssen A, Leibowitz S. *Affirmative Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse Youth*. A Clinical Guide. Springer, 2018.
14. Rawson K, Williams C. *Transgender*: the rhetorical landscape of*. Present Tense, 3(2), 2014.
15. UNAIDS. *The Gap Report*. Unaid.org, 2014.
16. Asian Pacific Transgender Network. *Legal Gender Recognition*. Undp.org. 2015.
17. Winter S. *Lost In Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asian Pacific Region*. APT network. Undp.org. 2012
18. Sweileh WM. *Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900–2017)*. BMC International Health and Human Rights. 18:16, 2018.
19. Carmel TC, Erickson-Schroth L. *Mental Health and the Transgender Population*. J Psychosoc Nurs Mental Health Serv. Dec 1; 54(12):44–48. 2016.
20. Jeffee KD, Shires DA, Strumsa D. *Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men: Implication for Improving Medical Education and Health Care Delivery*. Med Care. 54(11):1010–1016. 2016.
21. Erickson Schorth L, Carmael TC. *Transgender Mental Health*. Psychiatric Annals, 46(6): 330-331. 2016.
22. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Bryan AEB, Shiu C, Emlert CA. *The cascading effects of marginalization and pathways of resilience in attaining good health among LGTB older adults*. The gerontologist, 57(supp.1), 2017.
23. Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Pasaro E, Segovis S, Guillamon A. *Familiarity of Gender Identity Disorder in non-twins Siblings*. Arch Sex Behav. 39(2):546-52. 2010.
24. Nguyen HB, Laughead J, Lipner E, Hantsoo L, Kornfield SL, Epperson NC. *What has sex got to do with it? The role of hormones in the transgender brain*. Neuropsychopharmacology, 0:1–16. 2018.
25. Reisner SL, White JM, Bradford JB, Mimiaga MJ. *Transgender Health Disparities: comparing full cohort and nested matched-pair study designs in a community health center*. LGTB Healyh, 1(3): 177-184, 2014.
26. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema

- SE, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen G. *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Vol 102, Issue 11, 2017.
27. Karasic DH, Fraser L. *Multidisciplinary Care and the Standards of Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals*. Clin Plas Surg 45: 295-299. 2018.
 28. Olson KR. *Prepubescent transgender children: what we do and do not know*. J Am Acad Child Adoles Psychiatry. 55:155-156, 2016
 29. Turban JL, Keuroghlian AS. *Dynamic Gender Presentation: Understanding Transition and "De-Transition" among Transgender Youth*. J Am Acad Child Adoles Psychiatry. 57:451-453, 2018.
 30. Epperson CN, Shanmugan S, Kim DR, Mathews S, Czarkowski KA, Bradley NJ et al. *New onset executive function difficulties at menopause: a possible role for lisdexamfetamine*. Psychopharmacol (Ber). 232(16): 3091-3100, 2015.
 31. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grossardt BR, Rocca WA. *Premature menopause or early menopause: long term health consequences*. Maturitas, 65(2):161-166, 2010.
 32. Dokras A, Stener-Victorin E, Yildiz BO, Li R, Ottey S, Shah D, Epperson N, Teede H. *Androgen Excess- Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome*. Fertil Steril. 109(5):888-99, 2018.
 33. Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M., Harper, G.W. *Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to- female transgender youth*. J. Adolesc. Health 38, 230-236, 2006.
 34. Reisner, S.L., Greytak, E.A., Parsons, J.T., Ybarra, M.L. *Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity*. J. Sex Res. 52, 243-256, 2015.
 35. Hendricks, M.L., Testa, R.J. *A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model*. Prof. Psychol. Res. Pract. 43, 460-467, 2012.
 36. Grant, B.F., Goldstein, R.B., Saha, T.D., Chou, S.P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R.P., Ruan, W.J., Smith, S.M., Huang, B., Hasin, D.S. *Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions III*. JAMA Psychiatry 72, 757-766, 2015.
 37. Klonsky E. *The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence*. Clinical Psychology Review 27, 226-239, 2007.
 38. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E & Prinstein MJ. *Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts*. Psychiatry Research 144, 65-72, 2006.
 39. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevetie KN, Dawes MA, Hatzis ES, Palmes G & Nouvion SO. *Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide*. Psychiatry Research 169, 22-27, 2009.
 40. Wichstrom L. *Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different?* Archives of Suicide Research 13, 105-122, 2009.
 41. James, S.E., Herman, J.L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., Ana M. *The Report of the 2015 US Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality, Washington, DC. 2016.
 42. Rowe, C., Santos, G.M., McFarland, W., Wilson, E.C. *Prevalence and correlates of substance use among trans*female youth ages 16-24 years in the San Francisco Bay Area*. Drug Alcohol Depend. 147, 160-166, 2015.
 43. Hendricks, M.L., Testa, R.J. *A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model*. Prof. Psychol. Res. Pract. 43, 460-467, 2012.
 44. Coulter, RWS., Blosnich, JR, Bukowski, LA, Herrick, AL, Siconolfi DE, Stall RD. *Differences in alcohol use and alcohol-related problems between transgender- and nontransgender-identified young adults*. Drug Alcohol Depend. 154, 251-259, 2015.

-
45. Coulter, R.W.S., Birkett, M., Corliss, H.L., Hatzenbuehler, M.L., Mustanski, B., Stall, R.D. *Associations between LGBTQ-affirmative school climate and adolescent drinking behaviors*. *Drug Alcohol Depend.* 161, 340–347, 2016.
 46. Crane, C.A., Godleski, S.A., Przybyla, S.M., Schlauch, R.C., Tešta, M. *The proximal effects of acute alcohol consumption on male-to-female aggression: a meta-analytic review of the experimental literature*. *Trauma Violence Abuse* 17, 520–531, 2016.
 47. Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra ML. *Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity*. *J Sex Res*;52:243e56, 2015.
 48. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA & Vance SR *Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center*. *Pediatrics* 129, 418–425, 2012
 49. De Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers AH, Cohen-Kettenis PT. *Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment*. *Pediatrics*, 134;696. 2014.
 50. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. *Mental Health and gender dysphoria: a review of the literature*. *International review of psychiatry*. 28(1):44-57. 2016.
 51. De Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis P T, Van Berckelaer-Onnes I A, Doreleijers, TA. *Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. 2010.
 52. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mulla RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. *Hormonal Therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes*. *Clinical Endocrinology* 72(2): 214-231. 2010

ADHD e disturbo da uso di sostanze

Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento

Giovanni Migliarese*, Gianmaria Zita**

INTRODUZIONE

La presenza di una diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) è stata associata ad un aumento del rischio di utilizzo di sostanze psicotrope e alla presenza di una condizione di Dipendenza da Sostanze (SUD). Manifestandosi come disturbo precoce l'ADHD può essere descritto come un "disturbo di base", ovvero una struttura di funzionamento cognitivo e affettivo che definisce le modalità di accesso dell'individuo alle interazioni socio-relazionali, alla gestione dei conflitti e all'analisi delle reazioni emotive. In quanto tale l'ADHD non porta a conseguenze esclusivamente dipendenti dalla struttura del disturbo (quindi difficoltà di pianificazione, di organizzazione, di attenzione o di impulsività) ma pone il soggetto in una condizione di rischio, ovvero di predisposizione, allo sviluppo di ulteriori condizioni cliniche tra le quali, in modo preponderante, l'uso di sostanze.

Studi epidemiologici trasversali di comorbidità tra ADHD e dipendenze forniscono dati estremamente significativi: in diversi studi internazionali è stato rilevato che in età adulta il 10% dei soggetti con ADHD soddisfa i criteri diagnostici per un disturbo da uso di sostanze e che, viceversa, circa il 30% dei soggetti adulti con disturbo da uso di sostanze soddisfa i criteri diagnostici per l'ADHD.

La sovrapposizione clinica tra questi quadri pone difficoltà significative su diversi livelli: diagnostico, di manifestazione clinica e di trattamento. Se infatti da un lato i quadri clinici tendono ad influenzarsi reciprocamente, dall'altro è ormai riconosciuto come le due patologie condividano alcune caratteristiche comuni per cui in fase diagnostica è importante valutare quanto si tratti di una

reale forma di comorbidità e definire l'impatto specifico di entrambe le condizioni sul funzionamento del soggetto. Va ricordato che molte sostanze psicotrope producono effetti significativi a livello cognitivo influenzando, tra le altre cose, l'attenzione, la flessibilità cognitiva, la *working memory* e l'impulsività che comportano una variabile compromissione delle capacità inibitorie e la riduzione della soglia necessaria all'*acting* (Gould, 2010; Juárez, 2018): tutti aspetti centrali nel definire il funzionamento e l'adattamento all'ambiente. La fase diagnostica deve prevedere dunque una valutazione approfondita sul funzionamento del soggetto alla ricerca di una modalità di disfunzionamento precoce che nell'ADHD è di norma già evidenziabile in età scolare e viene solo parzialmente modificata dal successivo utilizzo di sostanze.

Nell'impostazione del trattamento devono essere tenute in considerazione ulteriori specificità in quanto, nel paziente con questa specifica forma di doppia diagnosi, è necessario che venga definito un setting strutturato e impostato un intervento con precisi obiettivi, strumenti e limiti. Le linee guida raccomandano che quando l'ADHD coesiste con altre psicopatologie, dovrebbe generalmente essere trattata per prima la condizione più problematica, funzionalmente invalidante o destabilizzante, mentre le altre condizioni dovrebbero essere affrontate in modo graduale una volta che il paziente ha risposto al trattamento.

In questa rassegna verranno esposte le peculiarità cliniche, diagnostiche e di intervento nel soggetto con disturbo da uso di sostanze e ADHD.

EPIDEMIOLOGIA

I dati epidemiologici internazionali evidenziano uno stretto legame tra i disturbi da uso di sostanze e l'ADHD. Il legame appare bidirezionale in quanto, nella popolazione adulta, sono stati riscontrati sia elevati tassi di prevalenza di SUD in soggetti con ADHD (Wilens, 2012; Deberdt, 2015), sia elevati tassi di prevalenza di ADHD in soggetti con SUD (Lee, 2011; Charach, 2011; Wilens, 2011).

Studi di popolazione (community-based) segnalano

che soggetti adulti con SUD presentano una prevalenza di ADHD 3 volte superiore rispetto alla popolazione generale (Wilens, 2004). Per i soggetti in trattamento i dati appaiono ancor più marcati: una percentuale compresa tra il 25 e il 50% degli adolescenti con SUD in carico ai servizi per le dipendenze soffrirebbe contestualmente anche di un ADHD non diagnosticato (Frodl, 2010; van Emmerik-van Oortmerssen, 2012). Questo dato risulta sovrapponibile a quello riscontrato nella popolazione adulta. Una metanalisi del 2011 ha segnalato una prevalenza di ADHD in soggetti adulti con disturbo da uso di sostanze del 21% (intervallo di confidenza IC 15,9–27,2) 10, un altro studio, due anni dopo, su più di 3500 pazienti in carico per disturbo da uso di sostanze ha evidenziato la presenza di ADHD in più del 40% dei soggetti (van de Glind, 2014).

Se soggetti adulti con disturbi correlati all'uso di sostanze possono presentare un sottostante quadro ADHD, allo stesso tempo soggetti con ADHD possono presentare disturbi legati all'uso di sostanze.

Fayyad et al. (2007) hanno riscontrato in un campione di soggetti ADHD adulti una prevalenza dell'11,1% di disturbi correlati all'uso di sostanze. Più recentemente, in uno studio trasversale e multicentrico effettuato in diversi paesi europei su un numero decisamente maggiore di soggetti, disturbi correlati all'utilizzo di sostanze (abuso o dipendenza) sono stati riscontrati nel 15% del campione di soggetti adulti con ADHD. Nello stesso studio soggetti con ADHD presentavano problemi connessi all'uso incongruo di alcool nel 14% dei casi 4.

Alcuni dati relativi all'impatto clinico di questa specifica comorbidità segnalano che la presenza dell'ADHD può influenzare il decorso clinico del SUD. Ad esempio, sono stati associati alla presenza di ADHD un esordio più precoce e più grave sul piano clinico del SUD (Arias, 2008; Johann, 2003; Riggs, 1998), una maggior frequenza e rapidità di transizione tra condotte d'abuso a condotte di vera e propria dipendenza, un decorso più prolungato associato a un impatto clinico maggiore, con più frequenti

ricadute e maggior difficoltà a raggiungere e mantenere l'astinenza dalle sostanze (Wilens, 2004; Biederman, 1995; Biederman, 1998; Wilens, 2007). Globalmente la copresenza di ADHD e abuso di sostanze identifica un sottogruppo di pazienti caratterizzati da importante gravità clinica, con tassi maggiori di depressione (Ilomäki, 2008), ideazione suicidaria e comportamenti antisociali (Biederman, 1995; Johann, 2003; Arias, 2008).

L'associazione tra ADHD e SUD può avere origine differente. Sono state ipotizzate la presenza di una predisposizione comune o la condivisione di fattori di rischio (genetici e/o ambientali). Inoltre, essendo l'ADHD un disturbo che si presenta in età più precoce rispetto all'utilizzo di sostanze, l'associazione tra i due disturbi riscontrata in età adulta potrebbe essere determinata dagli effetti favorevoli che alcune caratteristiche dell'ADHD (es. l'elevata impulsività) hanno nell'esposizione alle sostanze, e dal ricorso all'utilizzo di sostanze a scopo *autoterapeutico* per la gestione di un ADHD altrimenti non compensato (Khantzian, 2013). Ad esempio persone che usano nicotina riportano un miglioramento dell'attenzione e delle funzioni esecutive tali per cui questo effetto viene in seguito attivamente ricercato (Zulauf, 2014): è questo il senso secondo alcuni autori per cui l'ADHD potrebbe rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di un susseguente disturbo da utilizzo di sostanze. Poiché l'esordio del disturbo neuroevolutivo generalmente precede l'abuso di sostanze, gli interventi di "autocura" possono comunque avvenire per stemperare, non esclusivamente il disturbo in sé, ma anche le sofferenze psicologiche indotte dal disturbo stesso (Mariani, 2014).

Questa ipotesi ha sempre rappresentato un punto centrale nel tentativo di spiegare il frequente utilizzo di amfetamine o stimolanti in pazienti con ADHD. I pazienti riportano spesso gli effetti calmanti della sostanza assunta, che offrirebbe loro la possibilità di completare le attività quotidiane con una sensazione di tranquillità e di "recuperata normalità" contrapposta all'*ipereccitazione* presente nello stato non intossicato. Queste ricerche sono

state replicate in molte popolazioni di persone affette da SUD come anche in pazienti ADHD in trattamento con metadone a mantenimento che, per lo stesso scopo, utilizzavano Metilfenidato (Van Meer, 2014; Peles, 2015).

Negli ultimi vent'anni nella letteratura scientifica internazionale si sono accumulate alcune evidenze relative al ruolo dell'ADHD nella genesi dei disturbi da uso di sostanze: una metanalisi effettuata su 13 studi di coorte ha evidenziato che la presenza di un ADHD infantile incrementa il rischio di utilizzo incongruo di un diverso numero di sostanze, sia in età adolescenziale, dove è stato associato a un incrementato rischio di utilizzo di nicotina (Odd Ratio: 2,36, IC 1,71-3,27), sia nella giovane età adulta dove è associato a un incrementato rischio di disturbo da uso di alcool (OR: 1,35, IC: 1,11-1,64) (Charach, 2011).

Lee e coll. in una metanalisi su 27 studi longitudinali hanno riscontrato che bambini affetti da ADHD mostrano il doppio delle possibilità di iniziare ad usare tabacco e 3 volte la probabilità di svilupparne una dipendenza rispetto ai controlli (Lee, 2011), mentre altri autori hanno segnalato un aumento 1,5 volte del rischio di abuso di THC e di circa 2 volte relativamente ad alcool e cocaina (Harstad, 2014).

La ricerca scientifica è quindi ormai concorde sul fatto che ragazzi con ADHD abbiano un rischio più che doppio di sviluppare un SUD già dall'adolescenza, dimostrando un esordio precoce di uso di sostanze (Horner, 1997) o più tardi in età adulta (Brook, 2010).

L'associazione tra le due condizioni sembrerebbe essere almeno in parte mediata dalle caratteristiche cliniche dell'ADHD. Sebbene manchino dati su campioni di grandi dimensioni, alcuni studi suggeriscono infatti che il rischio di sviluppare un successivo SUD sia più forte per i sottotipi iperattivo/impulsivo e combinato rispetto al sottotipo disattento (De Alwis, 2014; Liebrez, 2015) suggerendo un ruolo centrale della dimensione impulsiva nella genesi delle dipendenze. Altri studi segnalano una correlazione con il numero di sintomi da disattenzione presentati dal paziente (Gudjonsson, 2012).

Quindi l'uso di sostanze in età tardo adolescenziale ed adulta potrebbe configurarsi, almeno in un sottogruppo di pazienti, come epifenomeno di un ADHD misdiagnosticato e non trattato, anche se l'associazione tra ADHD e SUD sembra essere almeno in parte mediata dalla presenza di un disturbo della condotta o di altre entità cliniche in comorbidità come il disturbo bipolare (Serra-Pinheiro, 2013; Biederman, 1997).

È stato comunque ipotizzato che alcuni fattori esogeni (tra cui potrebbe essere incluso anche l'utilizzo di sostanze) possano slatentizzare un ADHD sottosoglia, rendendosi responsabili di esordi apparentemente tardivi dell'ADHD (PubMed, 2019) e dunque suggerendo un rapporto biunivoco tra le due condizioni.

Tabella 1 — Epidemiologia

- Nella popolazione adulta sono stati riscontrati elevati tassi di prevalenza di SUD in soggetti con ADHD, con tassi circa del 10%.
- Nella popolazione adulta sono stati riscontrati elevati tassi di prevalenza di ADHD in soggetti con SUD, con tassi compresi tra il 10 e il 40%.
- La presenza di ADHD può influenzare il decorso clinico del SUD: pazienti con ADHD mostrano un esordio più precoce e più grave del SUD.
- L'associazione tra ADHD e SUD può derivare da una predisposizione comune, dalla condivisione di fattori di rischio comuni (genetici e/o ambientali), dal ruolo predisponente diretto o indiretto dell'ADHD nel favorire l'esposizione alle sostanze.

CRITICITÀ E COMPLESSITÀ OPERATIVE A LIVELLO DIAGNOSTICO

La frequente sovrapposizione clinica tra ADHD e SUD pone complessità a livello diagnostico e nella strutturazione di un adeguato percorso di trattamento.

Nella clinica, tranne rari casi in cui un soggetto con uso di sostanze è noto per una pregressa diagnosi infantile di ADHD, l'aspetto iniziale e centrale di un percorso di cura è dato dalla possibilità di effettuare correttamente una valutazione relativa all'assetto di base in quei casi

di dipendenza che appaiono suggestivi di un disturbo iperattivo o impulsivo non precedentemente riconosciuto o trattato.

L'accesso di un soggetto ai servizi per le dipendenze implica che il focus della prima valutazione sia centrato sull'uso di sostanze. In questa prima fase viene effettuata una valutazione del tipo di sostanze utilizzate, della frequenza e intensità d'uso e degli eventuali effetti collaterali riportati.

Per fare ciò, nei colloqui di valutazione clinica, oltre ai test e alle scale di valutazione, si dovrebbero ricomprendere sempre dati anamnestici importanti forniti dai *caregivers* rispetto alle performance scolastiche e sociali e ad eventuali problematiche neuropsichiatriche dell'infanzia (CDC, 2018). È già in questa fase che il dubbio clinico relativo alla possibile presenza di un ADHD non diagnosticato può emergere. Caratteristiche comportamentali che possono orientare verso un sospetto di ADHD possono essere, a scopo esemplificativo, reazioni immediate, poco riflessive e permeate di aggressività in risposta, ad esempio, ad indagini più accurate sul pattern di uso delle sostanze. Relativamente ai soggetti più giovani, in età adolescenziale, l'uso di un forte linguaggio oppositivo, le argomentazioni poco convincenti ma sostenute in modo acritico e ripetitivo negando qualsiasi problema correlato all'uso delle sostanze o circa il suo comportamento eccentrico possono essere segnali di un problema di ADHD in comorbidità.

In questo contesto la persona rimane però consapevole dei codici comportamentali adeguati e, pur riconoscendo negli altri gli errori, non riesce ad applicarli a sé stesso. Spesso l'adolescente con ADHD può manifestare altri deficit di *esternalizzazione* che peggiorano ulteriormente le relazioni con i curanti, ma anche con la famiglia e con i "pari" e che contribuisce a rendere più povera la loro qualità della vita (Kang, 2019).

È prassi consolidata, al fine di indagare nei dettagli il comportamento, le modalità di rapportarsi agli altri ed eventuali deficit di attenzione, utilizzare alcune domande

specifiche che possano permettere di effettuare più agevolmente un primo screening e orientare il successivo approfondimento.

S. Kooij ha presentato uno strumento di screening per gli adulti (*Ultra-Short Screening List for ADHD in Adults*) (Kooij, 2013) che potrebbe essere utile anche per ragazzi adolescenti. Vista l'elevata prevalenza di ADHD nei soggetti che accedono ai servizi per le dipendenze, questo test potrebbe rappresentare un utile screening routinario nella prima raccolta anamnestica.

Il sospetto clinico può essere approfondito anche con altri strumenti testali tra cui uno dei più utilizzati è l'*Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)* (Kessler, 2005). Sebbene gli studi effettuati utilizzando la ASRS in popolazione di soggetti con SUD abbiano dato risultati contrastanti relativamente alla sensibilità e alla specificità dello strumento (Daigre Blanco, 2009; Pedrero Pérez, 2007; Adler, 2009; Chiasson, 2012), la ASRS può orientare il clinico su alcuni aspetti che andranno approfonditi successivamente attraverso l'anamnesi e altre scale maggiormente strutturate (Park, 2015).

Nell'effettuare una valutazione diagnostica per l'ADHD in età adolescenziale o adulta e a maggior ragione nel soggetto con uso di sostanze l'aspetto centrale è dato da una ricostruzione il più possibile precisa e accurata dalla storia clinica (Migliarese, 2015). Questo momento, che prevede anche l'utilizzo di test (sia auto- che etero-somministrati) e il coinvolgimento dei familiari di riferimento, è mirato a valutare se il funzionamento del soggetto in età precoce, ovvero prima dei 12 anni, fosse compatibile con un ADHD non riconosciuto.

Questo dato diviene fondamentale nel soggetto che abusa di sostanze perché l'uso di sostanze influenza le modalità cognitive dell'individuo comportando deficit nell'attenzione e alterando la flessibilità cognitiva, la working memory e la gestione dell'impulsività, tutti aspetti centrali nel definire il funzionamento e l'adattamento all'ambiente (Gould, 2010; Juárez, 2018; Rogers, 2014; Vik, 2004). Il soggetto in fase di dipendenza attiva,

inoltre, può faticare a differenziare tra sintomi primari e sintomi derivati dall'uso di sostanze (Mariani, 2007). Un periodo di astinenza da sostanze, o quantomeno una riduzione importante dell'uso delle stesse sarebbe necessario al fine di stabilire una diagnosi valida, anche se in molti casi questa richiesta è molto difficile da ottenere (Mörstedt, 2015; Zulauf, 2014). Spesso infatti solo una attenta ricostruzione dei sintomi durante i precedenti periodi di astinenza può essere il migliore, se non unico, metodo disponibile per comprendere se i pattern di disattenzione e iperattività possano essere configurabili come disturbo primario o piuttosto indotti dall'uso di sostanze (Mariani, 2007).

Poiché le diagnosi retrospettive di ADHD negli adulti effettuate sulla base di autovalutazione tendono a favorire la sovra-diagnosi deve essere sempre mantenuto un approccio di tipo conservativo: le informazioni collaterali fornite dalla famiglia e l'utilizzo di dati oggettivi, come ad esempio le performance scolastiche e sportive, costituiscono elementi determinanti al fine di comprendere le tempistiche di esordio dell'ADHD rispetto al SUD (Mörstedt, 2015; Kooij, 2019).

Tabella 2 – Diagnosi

- Nei pazienti con SUD si deve sospettare la presenza di ADHD in relazione ad alcune caratteristiche anamnestiche, cliniche e del pattern di uso di sostanze.
- In caso di sospetto di ADHD la valutazione deve prevedere un'attenta anamnesi remota e del quadro evolutivo sul funzionamento precedente all'utilizzo di sostanze.
- Alcuni strumenti (*ASRS, Ultra-short Screening List for ADHD in Adults*) possono aiutare il clinico e fornire indicazioni per il successivo approfondimento.
- Un periodo di astinenza da sostanze, o una riduzione importante dell'uso, è spesso necessario al fine di stabilire una diagnosi valida.

LO SPECIFICO IMPATTO DEL TRATTAMENTO DELL'ADHD NEL SOGGETTO CON DIPENDENZE

Nel considerare l'impatto che il mancato trattamento di un ADHD può comportare nel soggetto con SUD bisogna considerare diversi aspetti.

Innanzitutto è stato riscontrato in un numero elevato di studi il significativo impatto dei sintomi da ADHD anche su individui non in comorbidità con un uso di sostanze. In queste persone la patologia di base impatta significativamente sul proprio funzionamento in diversi ambiti di vita, sia a livello accademico/lavorativo, che socio-relazionale. I dati sottolineano che questi pazienti ottengono risultati scolastici meno soddisfacenti rispetto ai controlli, hanno un elevato rischio di abbandono scolastico e relative conseguenze, sono spesso esposti a licenziamenti in ambito lavorativo, presentano maggiori problematiche psicosociali e affettive/relazionali. In particolare è stata evidenziata in pazienti affetti da ADHD una maggiore frequenza di divorzi, un numero incrementato di incidenti stradali e sospensioni delle patenti di guida, maggior frequenza di problemi con la giustizia (Kooij, 2019).

È possibile che le evidenze relative al significativo impatto dell'ADHD sul successivo sviluppo dei disturbi da abuso di sostanze e sul decorso di questi, riflettano il fatto che nella genesi del SUD siano implicati tutta una serie di fattori ambientali che l'ADHD tende a slatentizzare. L'ADHD quindi potrebbe agire in senso indiretto, favorendo l'esposizione a fattori ambientali che sono associati allo sviluppo di dipendenze. L'ADHD però, soprattutto nella sua forma iperattivo/impulsiva sembra influenzare direttamente la tendenza all'esposizione alle sostanze (De Alwis, 2018; Liebrez, 2015; Mörstedt, 2015), che è stata riconosciuta correlata direttamente ai livelli di impulsività (Dougherty, 2016).

L'associazione tra ADHD e SUD sembra identificare un sottogruppo di pazienti a peggior prognosi e maggior gravità clinica. Questo potrebbe riflettere quello

che spesso, a livello di intervento con questi pazienti, appare come un vero e proprio circolo vizioso, nel quale le dipendenze amplificano gli aspetti disfunzionali dell'ADHD e l'ADHD rende complesso strutturare un percorso coerente di disintossicazione e astinenza. Il paziente affetto da ADHD clinicamente significativo tende a mostrare un'aderenza parziale ai trattamenti per diversi motivi come: disorganizzazione, dimenticanze, difficoltà a definire le priorità, difficoltà a gestire i tempi. Spesso queste caratteristiche si associano ad elevata impulsività e scarsa capacità di tollerare le frustrazioni: fattori anch'essi fortemente in grado di influenzare il trattamento per le dipendenze.

In questi anni sono stati presentati nella letteratura scientifica internazionale diversi studi mirati a valutare l'impatto del trattamento dell'ADHD sul soggetto adolescente e adulto con comorbidità tra ADHD e SUD.

In particolare in questi studi si è visto che affrontare e trattare l'ADHD già in età pediatrica è associato a una riduzione del rischio di sviluppare condizioni di addiction nell'età adulta. È stato segnalato che l'utilizzo di farmaci specifici (ad es. *metilfenidato*) in bambini con diagnosi di ADHD porta ad una riduzione del rischio di utilizzo ed abuso di sostanze nell'adolescenza e nell'età adulta dell'85% (Biederman, 1995; Philipsen, 2014). Tali osservazioni suggeriscono che la terapia farmacologica precoce possa cambiare la traiettoria della morbilità psichiatrica, relativamente all'utilizzo di sostanze (Katzman, 2017).

Appare però del tutto diverso il trattamento del soggetto adulto che manifesti un'attuale comorbidità tra SUD e ADHD o che, seppure senza manifestare attuali abusi, ne abbia avuti in passato o mostri potenziale rischio di sviluppare dipendenze (es. soggetti con dipendenze comportamentali).

Se alcuni studi segnalano che il trattamento dell'ADHD in soggetti con SUD si associa a un miglioramento globale del funzionamento e favorisce la disintossicazione dalle sostanze, confermando l'impressione clinica che emerge dal lavoro con un numero significativo

di questi pazienti, i risultati non sono univoci e necessitano di conferme su popolazioni più ampie (Carpentier, 2017; Levin, 2015; Perugi, 2019; Upadhyay, 2017; Wilens, 2008).

Evidenze dimostrano infine che la terapia multimodale, che utilizza trattamenti farmacologici combinati con interventi psicoeducativi o cognitivo-comportamentali, favorisce una diminuzione dei sintomi oltre che un miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua funzionalità globale (CADDRA, 2018).

SPECIFICITÀ DI TRATTAMENTO

Come già affrontato in precedenza, prima di iniziare un trattamento nell'adolescente o nel giovane adulto affetto da una comorbidità SUD e ADHD è necessario un approfondito lavoro diagnostico per valutare quanto le manifestazioni cliniche di iperattività/impulsività e disattenzione siano determinate da un ADHD non trattato o quanto invece siano condizioni emerse in seguito all'uso di sostanze. In caso di accertata comorbidità la strategia principale per affrontare questo disturbo deve sempre tenere presente entrambe le facce della malattia: il disturbo da Uso di Sostanze e i sintomi da ADHD.

La letteratura in merito è concorde che in caso di comorbidità ADHD e SUD dovrebbe generalmente essere definito un gradiente di priorità, trattando per prima la condizione più problematica, funzionalmente invalidante o destabilizzante, mentre le altre condizioni dovrebbero essere affrontate in modo graduale una volta che il paziente ha risposto al trattamento.

Nel caso di un paziente con SUD e recente riscontro di ADHD, risulta importante coordinare i trattamenti delle due condizioni al fine di massimizzare l'efficacia clinica. Secondo questo criterio appare indicato che il paziente sia preso in carico *contemporaneamente* dagli specialisti che si occupano dei due disturbi al fine di gestire in maniera ottimale l'evoluzione della patologia.

Nell'impostazione del trattamento vi è la necessità che venga definito un setting ben strutturato e che venga impostato e condiviso con il paziente un intervento

con precisi obiettivi, strumenti e limiti. La gestione del problema dell'uso di sostanze dovrebbe mirare da subito a concordare un programma di astensione nel breve/medio termine anche tramite un approccio farmacologico specifico.

Un momento fondamentale, che deve essere già considerato parte del programma di cura, è rappresentato dalla restituzione diagnostica relativa all'ADHD: questa fase è importante perché favorisce una maggior consapevolezza del soggetto rispetto alle sue modalità di (dis)funzionamento fornendo una chiave di lettura efficace rispetto alle difficoltà passate e presenti. La restituzione diagnostica offre anche la possibilità di identificare ed evidenziare gli obiettivi specifici da affrontare nel percorso. Inoltre, riconoscere l'ADHD permette al curante di "leggere" più facilmente alcuni dei comportamenti disfunzionali del soggetto già durante i colloqui di restituzione come anche nel corso del trattamento.

Considerando la gravità del quadro clinico della sintomatologia legata all'ADHD e il pattern più o meno pervasivo di uso delle sostanze, dev'essere impostato il piano di trattamento che deve prevedere interventi di tipo psicologico e interventi farmacologici in associazione o, più raramente, da soli.

Tabella 3a — Generalità sul trattamento per soggetto con SUD e comorbidità ADHD

- È necessario definire un gradiente di priorità per affrontare prima la condizione più problematica, funzionalmente invalidante o destabilizzante.
- Il paziente deve essere preso in carico contemporaneamente dagli specialisti che si occupano dei due disturbi al fine di gestire in maniera ottimale l'evoluzione della patologia.
- L'importante definizione del *setting* e dell'intervento strutturato deve essere condivisa con il paziente.
- Restituire la diagnosi di ADHD al paziente per favorire la comprensione delle modalità di funzionamento ed identificare il focus del trattamento.

Interventi psicologici

In un paziente affetto da ADHD e SUD la motivazione alla cura e la ritenzione in trattamento è spesso molto bassa (Wilens, 2007), per questo può essere utile un primo approccio che tenda a favorire una stabilizzazione iniziale delle condotte impulsive e un inquadramento del pattern di uso delle sostanze. In questo senso l'intervento motivazionale sembra essere la modalità più idonea per aumentare una iniziale adesione al progetto di cura.

In un secondo momento è importante iniziare un trattamento psicologico che possa intervenire sui sintomi "core" della patologia. Interventi psicoterapeutici efficaci si sono dimostrati essere soprattutto gli interventi di tipo motivazionale e di tipo Cognitivo Comportamentale (Cognitive Behaviour Therapy – CBT) che prevedano la costruzione condivisa di obiettivi terapeutici con il paziente e con la famiglia (Antshel, 2014; Emilsson, 2011). A questo proposito si è nel tempo consolidata anche una letteratura che suggerisce come i giovani pazienti con DUS e ADHD abbiano riportato benefici sia da interventi individuali come anche interventi familiari (Austin, 2005; Waldron, 2008).

La CBT è ormai ritenuta efficace sull'ADHD negli adulti e negli adolescenti in numerosi studi; alcuni autori (Antshel, 2014) hanno recentemente esaminato un modello di CBT modificato basato sul lavoro con gli adulti per applicarlo agli adolescenti e hanno osservato un miglioramento nei sintomi core dell'ADHD e nei sintomi associati confermando la letteratura già esistente che dimostra l'utilità della CBT per ridurre i sintomi di ADHD e DUS (Carroll, 1994; Dennis, 2004; Kaminer, 1998).

Interventi farmacologici

Il trattamento farmacologico dovrebbe essere ritagliato specificatamente sul paziente al fine di contrastare l'uso di sostanze, contenendo la sintomatologia astinenziale e il craving, e ridurre i sintomi più invalidanti dell'ADHD per migliorare il funzionamento globale del soggetto.

È molto importante, prima della prescrizione, valutare accuratamente le caratteristiche specifiche dei trattamenti farmacologici erogati e la compliance del paziente al fine di prevenire i rischi legati ad un utilizzo incongruo e ai possibili effetti collaterali dei farmaci. Questo è particolarmente indicato quando vengano utilizzati alcuni trattamenti farmacologici che possiedono caratteristiche farmacodinamiche che possono favorire fenomeni di abuso, tolleranza e dipendenza come ad esempio farmaci psicostimolanti come il Metilfenidato, alcune benzodiazepine soprattutto se a breve emivita, farmaci ipnoinduttori, farmaci sostitutivi, ecc.

All'interno di un programma di intervento globale il trattamento farmacologico per ADHD in soggetti con SUD deve prestare particolare attenzione, come detto prima, a due condizioni:

- soggetti con abusi iniziali e/o dipendenze non ancora conclamate;
- soggetti in trattamento per dipendenze con stabilizzazione clinica.

Il trattamento farmacologico dell'ADHD prevede essenzialmente l'utilizzo di molecole *non-stimolanti* o molecole *stimolanti* che hanno dimostrato efficacia nel ridurre la sintomatologia associata al disturbo e nel favorire un miglioramento del funzionamento globale (Cortese, 2018).

In soggetti ADHD che presentano comorbidità con un Disturbo da Uso di Sostanze è da preferirsi l'uso di agenti non stimolanti come Atomoxetina (ATX), antidepressivi dopaminergici (Bupropione), antidepressivi noradrenergici o farmaci stimolanti long-acting che presentano un minore potenziale di abuso e di diversione rispetto ai corrispettivi *short-acting* (Riggs, 1998; Wilens, 2012).

Il trattamento farmacologico deve essere sempre affiancato da interventi psicoeducazionali individuali o di gruppo per incrementare l'efficacia dello stesso.

Metilfenidato (MPH)

Il MPH è un farmaco con numerosi dati di efficacia nei soggetti con ADHD (Cortese, 2018) che deve il suo funzionamento al legame con i trasportatori sinaptici per la dopamina (DAT) e in minor misura per la noradrenalina, inibendo il *reuptake* presinaptico della dopamina. La sua azione si esplica con l'incremento della concentrazione extracellulare e quindi della neurotrasmissione dopaminergica e noradrenergica a livello della corteccia prefrontale, del Nucleo Accumbens e del Corpo Striato (Heal, 2012).

Il trattamento con MPH nei bambini/adolescenti con ADHD sembra ricoprire un ruolo protettivo rispetto allo sviluppo successivo di SUD (Katusic, 2005; Hammerness, 2017; Chang, 2014).

Gli effetti del trattamento con MPH nei pazienti in doppia diagnosi sono limitati sia sull'ADHD che sulla dipendenza da sostanze 7 anche se sono presenti alcuni dati di efficacia sia nel ridurre i sintomi ADHD che il craving da sostanze, prevalentemente per soggetti con dipendenza attiva da cocaina (Philipsen, 2014; Perugi, 2019).

L'utilizzo di MPH non sembra peggiorare le dipendenze nei soggetti adulti od essere utilizzato in eccesso se all'interno di un corretto monitoraggio (Winhusen, 2011).

È stato sottolineato come il farmaco abbia alcune caratteristiche che possono favorire un utilizzo incongruo favorendo un *enhancement* cognitivo anche nella popolazione sana: l'uso senza indicazione medica di farmaci stimolanti è stato documentato in alcuni studi. Già dieci anni fa l'indagine nazionale sull'uso e la salute delle droghe (NSDUH) ha riscontrato nella popolazione americana che l'8,8% dei ragazzi di età pari o superiore a 12 anni riferiva di aver usato stimolanti tra cui MPH almeno una volta nella vita per incrementare le proprie potenzialità cognitive (Mariani, 2007). Più recentemente l'effetto di Metilfenidato nell'incrementare le prestazioni cognitive è stato messo in discussione (Outram, 2010; Urban, 2017) mentre è presente una mole più consistente di dati relativamente all'uso dei farmaci amfetaminici non

in commercio in Italia (Kaminer, 1998; Cortese, 2018).

Gli effetti stimolanti dei farmaci sono associati a cambiamenti rapidi delle concentrazioni sieriche. Per questo preparazioni a rilascio ritardato di Metilfenidato sono associati a minori effetti stimolanti e presentano un potenziale di abuso inferiore rispetto ai preparati a base a rilascio immediato. Un'ulteriore caratteristica dei preparati a rilascio ritardato che rendono meno probabile la diversione e l'abuso è che sono più difficili da usare attraverso una via di assunzione non orale (ad esempio, iniettati o inalati per via intranasale).

Atomoxetina (ATX)

Atomoxetina è un inibitore selettivo del reuptake presinaptico della noradrenalina (NRI) e risulta oggi il farmaco non-stimolante principale per il trattamento dell'ADHD negli adulti. L'efficacia clinica di ATX è definita da un effect size di -0.45 (IC da -0.58 a -0.32) come dimostrato da una recente metanalisi (Cortese, 2018) su un elevato numero di studi clinici. Atomoxetina non è stata associata a condotte d'abuso, presumibilmente in relazione agli scarsi effetti cognitivi che determina nell'immediato; per questo basso rischio di diversione è un farmaco potenzialmente indicato per il trattamento di soggetti con tendenza ai comportamenti da addiction. Al contrario però è stato segnalato che in soggetti con elevata quota di impulsività si potrebbe incorrere in un maggior rischio di *dropout* dovuto ai tempi protratti di efficacia del farmaco.

Tuttavia l'efficacia di ATX nei soggetti con comorbidità tra SUD e ADHD trova ancora poche conferme in letteratura con alcuni risultati contrastanti (Carpentier, 2014).

Una *review* recente (Clemow, 2017) ha riscontrato che Atomoxetina migliora significativamente i sintomi dell'ADHD in soggetti con ADHD e SUD, seppure i risultati sulle condotte d'abuso non siano univoci. Ad esempio Atomoxetina ha ridotto significativamente i giorni cumulativi di uso di alcol, ma non la latenza alla ricaduta in soggetti con disturbo da uso di alcool, sebbene

un'analisi ulteriore ha suggerito che la risposta clinica positiva dei sintomi core dell'ADHD ad ATX potesse rappresentare la variabile correlata all'astinenza 7 56.

Da segnalare inoltre che Atomoxetina non ha ridotto l'uso di cannabis in una RCT di pazienti con ADHD con uso di cannabis (McRae-Clark, 2010) e non sembra aver potenziato l'effetto della terapia cognitiva/motivazionale rispetto al placebo in uno studio su 70 adolescenti tra i 13 e i 19 anni (Thurstone, 2010).

Nonostante la letteratura ancora scarsa in merito Atomoxetina risulta comunque un farmaco sicuro e da tenere in considerazione per pazienti per i quali sia complesso definire un programma strutturato di intervento che riduca i rischi di abuso di altri farmaci.

Tabella 3b — Specificità sul trattamento per soggetto con SUD e comorbidità ADHD

- Prevedere un primo intervento motivazionale per aumentare l'adesione alla cura e favorire una stabilizzazione delle condotte.
- Nel momento di maggior adesione alla cura è necessario inserire il paziente in un trattamento psicoterapeutico ad orientamento CBT o motivazionale.
- Pensare di impostare un trattamento farmacologico con farmaci specifici, meglio se farmaci a basso rischio di indurre dipendenza (atomoxetina, bupropione). In caso di utilizzo di metilfenidato sono da preferire formulazioni a rilascio modificato.
- Sono necessari *setting* strutturati per la corretta somministrazione farmacologica e il monitoraggio.

CONCLUSIONI

La comorbidità tra ADHD e SUD è una condizione che presenta alcune complessità a livello diagnostico, di manifestazione clinica e di trattamento. Clinicamente il soggetto affetto da questa comorbidità rappresenta una sfida per i professionisti che devono riuscire a riconoscere e inquadrare correttamente entrambe le condizioni, definire un gradiente di priorità che guidi l'intervento

clinico e gestire i rischi associati al trattamento.

Riconoscere precocemente la presenza di questa comorbidità permette di individuare alcuni dei comportamenti disfunzionali sia durante i colloqui che nel corso del percorso di trattamento e di proporre adeguate risposte cliniche.

La cura della persona con comorbidità tra SUD e ADHD deve avvalersi di un team multidisciplinare, possibilmente basato su una “rete” che coinvolga diversi specialisti su piani differenti. Il *setting* deve essere il più possibile strutturato, ovvero è necessario definire in modo chiaro gli obiettivi attesi e le modalità di intervento, comprese le motivazioni per le eventuali interruzioni del percorso di cura. L'intervento deve in questo senso prevedere visite frequenti e cadenzate ed una gestione attenta delle prescrizioni terapeutiche.

Il trattamento dovrebbe iniziare affrontando il sintomo più disfunzionale, operando un intervento multidimensionale. Sebbene la ricerca ad oggi abbia riportato evidenze solo iniziali, non dev'essere escluso un intervento farmacologico indirizzato sia sui sintomi correlati all'uso di sostanze che sulla sintomatologia propria dell'ADHD: in questi casi la prima scelta riguarderà i farmaci a lento rilascio in grado di offrire una adeguata copertura e ridotte caratteristiche di abuso o farmaci dotati di scarsi rischi di utilizzo incongruo (atomoxetina).

Il trattamento dovrebbe sempre combinare i trattamenti farmacologici ad interventi psicoeducativi, motivazionali e psicologici soprattutto di tipo Cognitivo Comportamentale.

Trattare il paziente affetto da ADHD e SUD rimane ancora una sfida importante che necessita comunque di ulteriori ricerche cliniche.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Fatebenefratelli
e Sacco Milano*

**UOC Psichiatria **UOC Dipendenze*

BIBLIOGRAFIA

1. Gould, T. J. *Addiction and cognition*. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 5, 4–14 (2010).
2. Juárez, C., Molina-Jiménez, T., Morin, J.-P., Roldán-Roldán, G. & Zepeda, R. *Influence of Drugs on Cognitive Functions*. in (2018). doi:10.5772/intechopen.71842
3. Wilens, T. E. & Morrison, N. R. *Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment*. *Neuropsychiatry* 2, 301–312 (2012).
4. Deberdt, W. et al. *Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe*. *BMC Psychiatry* 15, 242 (2015).
5. Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R. & Glass, K. *Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review*. *Clin. Psychol. Rev.* 31, 328–341 (2011).
6. Charach, A., Yeung, E., Climans, T. & Lillie, E. *Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 50, 9–21 (2011).
7. Wilens, T. E. & Morrison, N. R. *The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse*. *Curr. Opin. Psychiatry* 24, 280–285 (2011).
8. Wilens, T. E. *Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues*. *Psychiatr. Clin. North Am.* 27, 283–301 (2004).
9. Frodl, T. *Comorbidity of ADHD and Substance Use Disorder (SUD): a neuroimaging perspective*. *J. Atten. Disord.* 14, 109–120 (2010).
10. van Emmerik-van Oortmerssen, K. et al. *Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis*. *Drug Alcohol Depend.* 122, 11–19 (2012).
11. van de Glind, G. et al. *Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria*. *Drug Alcohol Depend.* 134, 158–166 (2014).
12. Fayyad, J. et al. *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 190, 402–409 (2007).
13. Arias, A. J. et al. *Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders*. *Addict. Behav.* 33, 1199–1207 (2008).
14. Johann, M., Bobbe, G., Putzhammer, A. & Wodarz, N. *Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor)*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 27, 1527–1534 (2003).
15. Riggs, P. D. *Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 37, 331–332 (1998).
16. Biederman, J. et al. *Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity*. *Am. J. Psychiatry* 152, 1652–1658 (1995).
17. Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V. & Spencer, T. *Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence?* *Biol. Psychiatry* 44, 269–273 (1998).
18. Wilens, T. E. & Fusillo, S. *When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implications*. *Curr. Psychiatry Rep.* 9, 408–414 (2007).
19. Ilomäki, R. et al. *Drug-dependent boys are more depressed compared to girls: a comorbidity study of substance dependence and mental disorders*. *Eur. Addict. Res.* 14, 161–168 (2008).
20. Khantzian, E. J. *Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication*. *Addict. Abingdon Engl.* 108, 668–669 (2013).
21. Zulauf, C. A., Sprich, S. E., Safren, S. A. & Wilens, T. E. *The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders*. *Curr. Psychiatry Rep.* 16, 436 (2014).
22. Mariani, J. J., Khantzian, E. J. & Levin, F. R. *The self-*

- medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: an update. *Am. J. Addict.* 23, 189–193 (2014).
23. Van Meer, R. *Stimulant substitution in methamphetamine dependence from the perspective of adult ADHD.* *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 48, 95–96 (2014).
 24. Peles, E., Schreiber, S., Linzy, S., Domani, Y. & Adelson, M. *Differences in methylphenidate abuse rates among methadone maintenance treatment patients in two clinics.* *J. Subst. Abuse Treat.* 54, 44–49 (2015).
 25. Harstad, E., Levy, S. & *Committee on Substance Abuse.* *Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse.* *Pediatrics* 134, e293–301 (2014).
 26. Horner, B. R. & Scheibe, K. E. *Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse.* *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 36, 30–36 (1997).
 27. Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C. & Koppel, J. *Association between attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence and substance use disorders in adulthood.* *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 164, 930–934 (2010).
 28. De Alwis, D., Lynskey, M. T., Reiersen, A. M. & Agrawal, A. *Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC.* *Addict. Behav.* 39, 1278–1285 (2014).
 29. Liebreinz, M., Gamma, A., Ivanov, I., Buadze, A. & Eich, D. *Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations between subtype and lifetime substance use - a clinical study.* *Fl000Research* 4, 407 (2015).
 30. Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Sigfusdottir, I. D. & Young, S. *An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use.* *J. Child Psychol. Psychiatry* 53, 304–312 (2012).
 31. Serra-Pinheiro, M. A. et al. *Is ADHD a risk factor independent of conduct disorder for illicit substance use? A meta-analysis and metaregression investigation.* *J. Atten. Disord.* 17, 459–469 (2013).
 32. Biederman, J. et al. *Conduct disorder with and without mania in a referred sample of ADHD children.* *J. Affect. Disord.* 44, 177–188 (1997).
 33. *Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan.* — PubMed — NCBI. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30195575>. (Accessed: 7th June 2019)
 34. CDC. *ADHD Treatment Recommendations | CDC. Centers for Disease Control and Prevention* (2018). Available at: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html>. (Accessed: 3rd May 2019)
 35. Kang, N. R. & Kwack, Y. S. *Temperament and Character Profiles Associated with Internalizing and Externalizing Problems in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.* *Psychiatry Investig.* 16, 206–212 (2019).
 36. Kooij, J. J. S. *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment.* (Springer-Verlag, 2013).
 37. Kessler, R. C. et al. *The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population.* *Psychol. Med.* 35, 245–256 (2005).
 38. Daigre Blanco, C. et al. *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders.* *Actas Esp. Psiquiatr.* 37, 299–305 (2009).
 39. Pedrero Pérez, E. J. & Puerta García, C. *ASRS v.1.1, a tool for attention-deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence.* *Adicciones* 19, 393–407 (2007).
 40. Adler, L. A., Guida, F., Irons, S., Rotrosen, J. & O'Donnell, K. *Screening and imputed prevalence of ADHD in adult patients with comorbid substance use disorder at a residential treatment facility.* *Postgrad. Med.* 121, 7–10 (2009).
 41. Chiasson, J.-P. et al. *Questioning the specificity of ASRS-v1.1 to accurately detect ADHD in substance abusing populations.* *J. Atten. Disord.* 16, 661–663 (2012).
 42. Park, C.-B. et al. *The effect of repeated exposure to virtual gambling cues on the urge to gamble.* *Addict. Behav.* 41, 61–64 (2015).
 43. Migliarese, G. *ADHD nell'adulto.* *Psichiatria Oggi* (XXVIII), 2015.

44. Rogers, R. D. & Robbins, T. W. *Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse*. *Curr. Opin. Neurobiol.* 11, 250–257 (2001).
45. Vik, P. W., Cellucci, T., Jarchow, A. & Hedt, J. *Cognitive impairment in substance abuse*. *Psychiatr. Clin. North Am.* 27, 97–109, ix (2004).
46. Mariani, J. J. & Levin, F. R. *Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders*. *Am. J. Addict.* 16 Suppl 1, 45–54; quiz 55–56 (2007).
47. NIDA. *Treatment Approaches for Drug Addiction*. Drugabuse.com Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>. (Accessed: 3rd May 2019)
48. Mörsstedt, B., Corbisiero, S., Bitto, H. & Stieglitz, R.-D. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adulthood: Concordance and Differences between Self- and Informant Perspectives on Symptoms and Functional Impairment*. *PloS One* 10, e0141342 (2015).
49. Kooij, J. J. S. et al. *Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD*. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* 56, 14–34 (2019).
50. Kaye, S. et al. *Persistence and Subtype Stability of ADHD Among Substance Use Disorder Treatment Seekers*. *J. Atten. Disord.* (2016). doi:10.1177/1087054716629217
51. Dougherty, D. M. et al. *Acute effects of methylphenidate on impulsivity and attentional behavior among adolescents comorbid for ADHD and conduct disorder*. *J. Adolesc.* 53, 222–230 (2016).
52. Philipsen, A. et al. *A randomized controlled multicenter trial on the multimodal treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: enrollment and characteristics of the study sample*. *Atten. Deficit Hyperact. Disord.* 6, 35–47 (2014).
53. Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A. & Klassen, L. J. *Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach*. *BMC Psychiatry* 17, 302 (2017).
54. Carpentier, P.-J. & Levin, F. R. *Pharmacological Treatment of ADHD in Addicted Patients: What Does the Literature Tell Us?* *Harv. Rev. Psychiatry* 25, 50–64 (2017).
55. Levin, F. R. et al. *Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA Psychiatry* 72, 593–602 (2015).
56. Perugi, G., Pallucchini, A., Rizzato, S., Pinzone, V. & De Rossi, P. *Current and emerging pharmacotherapy for the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. *Expert Opin. Pharmacother.* 1–14 (2019). doi:10.1080/14656566.2019.1618270
57. Upadhyay, N., Chen, H., Mgbere, O., Bhatara, V. S. & Aparasu, R. R. *The Impact of Pharmacotherapy on Substance Use in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Variations Across Subtypes*. *Subst. Use Misuse* 52, 1266–1274 (2017).
58. Wilens, T. E. et al. *Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders*. *Drug Alcohol Depend.* 96, 145–154 (2008).
59. CADDRA Guidelines. *Can. ADHD Pract. Guidel. 4th Edition*, (2018).
60. Wilens, T. E. & Upadhyaya, H. P. *Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment*. *J. Clin. Psychiatry* 68, e20 (2007).
61. Antshel, K. M., Faraone, S. V. & Gordon, M. *Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD*. *J. Atten. Disord.* 18, 483–495 (2014).
62. Emilsson, B. et al. *Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial*. *BMC Psychiatry* 11, 116 (2011).
63. Austin, A. M., Macgowan, M. J. & Wagner, E. F. *Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review*. *Res. Soc. Work Pract.* 15, 67–83 (2005).
64. Waldron, H. B. & Turner, C. W. *Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse*. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol. Off. J. Soc. Clin. Child Adolesc. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 53* 37, 238–261 (2008).

65. Carroll, K. M. et al. *Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers*. Arch. Gen. Psychiatry 51, 177–187 (1994).
66. Dennis, M. et al. *The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials*. J. Subst. Abuse Treat. 27, 197–213 (2004).
67. Kaminer, Y., Bursleson, J. A., Blitz, C., Sussman, J. & Rounsaville, B. J. *Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study*. J. Nerv. Ment. Dis. 186, 684–690 (1998).
68. Cortese, S. et al. *Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry 5, 727–738 (2018).
69. Heal, D. J., Smith, S. L. & Findling, R. L. *ADHD: current and future therapeutics*. Curr. Top. Behav. Neurosci. 9, 361–390 (2012).
70. Katusic, S. K. et al. *Psychostimulant treatment and risk for substance abuse among young adults with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based, birth cohort study*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 15, 764–776 (2005).
71. Hammerness, P., Petty, C., Faraone, S. V. & Biederman, J. *Do Stimulants Reduce the Risk for Alcohol and Substance Use in Youth With ADHD? A Secondary Analysis of a Prospective, 24-Month Open-Label Study of Osmotic-Release Methylphenidate*. J. Atten. Disord. 21, 71–77 (2017).
72. Chang, Z. et al. *Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse*. J. Child Psychol. Psychiatry 55, 878–885 (2014).
73. Winhusen, T. M. et al. *Subjective effects, misuse, and adverse effects of osmotic-release methylphenidate treatment in adolescent substance abusers with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 21, 455–463 (2011).
74. Outram, S. M. *The use of methylphenidate among students: the future of enhancement?* J. Med. Ethics 36, 198–202 (2010).
75. Urban, K. R. & Gao, W.-J. *Psychostimulants As Cognitive Enhancers in Adolescents: More Risk than Reward?* Front. Public Health 5, (2017).
76. Arria, A. M. & DuPont, R. L. *Nonmedical Prescription Stimulant Use among College Students: Why We Need To Do Something and What We Need To Do*. J. Addict. Dis. 29, 417–426 (2010).
77. Bagot, K. S. & Kaminer, Y. *Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non-attention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review*. Addict. Abingdon Engl. 109, 547–557 (2014).
78. Clemow, D. B., Bushe, C., Mancini, M., Ossipov, M. H. & Upadhyaya, H. *A review of the efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adult patients with common comorbidities*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 13, 357–371 (2017).
79. McRae-Clark, A. L. et al. *A placebo-controlled trial of atomoxetine in marijuana-dependent individuals with attention deficit hyperactivity disorder*. Am. J. Addict. 19, 481–489 (2010).
80. Thurstone, C., Riggs, P. D., Salomonsen-Sautel, S. & Mikulich-Gilbertson, S. K. *Randomized, controlled trial of atomoxetine for ADHD in adolescents with substance use disorder*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 49, 573–582 (2010).

L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con aMIcittà

Metodologia e dati preliminari

*Morganti Carla**, *Porcellana Matteo**,
*Biancorosso Corinna**, *Fontana Rebecca**,
*Lanzo Francesca Roberta**, *Malchiodi Francesca**,
*Mastromo Daniele**, *Motto Davide°*, *Oltolina Massimo**,
Savino Cristina°, *Vairelli Federica**,
*Zanobio Alberto**, *Percudani Mauro**

INTRODUZIONE

Il budget di salute rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità (Righetti, 2013).

Secondo Starace (2011) il modello del budget di salute attua il principio di sussidiarietà, sostiene il protagonismo degli utenti, valorizza le risorse informali di cura dei contesti comunitari, afferma il principio della non istituzionalizzazione e della domiciliarizzazione delle cure. La metodologia del Budget di Salute promuove l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali attraverso progetti che mettano a sistema, risorse di tipo sanitario e di tipo sociale attivabili nella comunità (realtà locali, volontariato, fundraising e beneficiari).

Le esperienze già realizzate di sperimentazione del Budget di Salute (in maniera estensiva in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e in Lombardia in Franciacorta grazie ad un progetto innovativo di Regione Lombardia) dimostrano una significativa efficacia degli interventi e rilevano un'ottima soddisfazione da parte dei beneficiari (Ferri, 2015; Ridente, 2016; Materzanini, 2016).

Recentemente, Regione Lombardia ha inserito il tema dei budget di salute all'interno della normativa regionale

L.R. n.15/2016 "Evoluzione del sistema sociosanitario Lombardo": l'Art. 53 bis punto e) prevede che l'obiettivo della promozione della salute mentale in ogni età della vita sia perseguito attraverso "la valorizzazione della risposta integrata e interdisciplinare al bisogno di salute dell'assistito, anche utilizzando percorsi personalizzati di cura remunerati mediante budget di salute, finalizzati a privilegiare la metodologia della presa in carico attraverso il modello del case management, e con progetti riabilitativi orientati al recupero personale e sociale, anche lavorativo quando praticabile".

Sull'onda di queste esperienze, Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione (Capofila) insieme al DSMD della ASST Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda" e altri partner, hanno voluto proporre il progetto "aMIcittà: Budget di Salute e Attivazione della Comunità" al bando welfare di comunità di Cariplo, ed hanno ottenuto un finanziamento ad ottobre 2018.

Il progetto aMIcittà, di cui il DSMD di Niguarda è il core partner sanitario, vuole promuovere lo sviluppo di una comunità accogliente ed il protagonismo delle persone con disagio psichico. Si propone di mettere in movimento i territori in una visione di welfare che attivi la comunità a riconoscere le proprie necessità, ricostruisca i legami di fiducia, faccia rete e crei percorsi condivisi per valorizzare le ricchezze del tessuto sociale.

Il progetto intende sperimentare il passaggio a un modello di "Welfare comunitario", dove le competenze siano messe a disposizione della persona con disagio mentale e del suo contesto per realizzare percorsi inclusivi anche tramite lo strumento del "Budget di salute" come nuova possibilità all'interno del sistema dei servizi di welfare locale.

La metodologia del Budget di salute promuove l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali, valorizzando le risorse dei beneficiari. Le tre aree principali sono: casa/habitat sociale, formazione/lavoro, affettività/socialità. In questo progetto il budget di salute di comunità è da intendersi non come una delega ma come un processo attuato in co-gestione con le cooperative e

le associazioni in cui il DSMD mantiene la regia delle azioni (Monteleone, 2005).

Il Progetto si rivolge al bacino territoriale del DSMD che insiste sulla Municipalità 9 e parzialmente sulle Municipalità 2 e 3 del comune di Milano. Il DSMD partecipa con 3 Centri psico-sociali (CPS).

La popolazione residente è di 345.896 abitanti, circa un quarto della popolazione milanese (abitanti totali 2016 n=1.368.590). La percentuale di nuclei familiari composti da una singola persona si attesta nelle diverse zone della città a circa il 22% degli abitanti. Rispetto al numero di utenti afferenti al DSMD quelli che vivono soli sono 287, soltanto il 5,8%. Questo semplice dato indica come sia più difficile per le persone con problemi di salute mentale intraprendere percorsi di emancipazione dalla famiglia di origine, probabilmente anche a causa di una strutturale mancanza di opportunità concrete e relazionali di progettare una vita autonoma sul territorio.

Nel bacino d'utenza la prevalenza della popolazione trattata è dell'1,4% dei residenti. L'età media dei pazienti è di 46,5 anni, persone con genitori anziani per i quali il destino è o di un progetto di vita autonoma o un inserimento in residenzialità.

Nel 2017 presso il DSMD gli utenti in carico erano 4.947, di cui 1200 portatori di bisogni clinici complessi inseriti nel percorso di cura di "Presa in carico" (24,3% del totale degli utenti). In questo bacino di popolazione si collocano i soggetti che il progetto intende coinvolgere nella sperimentazione del budget di salute. Di questi, 481 erano inseriti in percorsi residenziali o semiresidenziali. Regione Lombardia per i soli ricoveri in comunità ha speso nel 2016 oltre 252 milioni di €, circa i 2/3 dell'intero budget dedicato alla salute mentale. Questo è un dato critico riguardo alla qualità della spesa nell'ambito della salute mentale perché gli investimenti non sono fatti per sostenere le attività territoriali al fine di assistere nel proprio contesto di vita le persone.

Al contrario, il progetto si propone di investire risorse orientandole nella direzione di una riqualificazione dei

sistemi relazionali nei processi e sistemi di cura, a livello comunitario e territoriale.

Il progetto di partenariato con realtà sanitarie, il Comune di Milano, cooperative e associazioni del Terzo settore, utenti esperti e volontari permette di proporre azioni che superano le rigidità e i modelli prestabiliti, valorizzando e collegando una serie di "nodi" della rete comunitaria con i quali stabilire una partnership strutturata in grado di integrare il lavoro clinico con un'offerta variegata di opportunità sociali e di vita, connotata da risposte "leggere" e flessibili ma al contempo "forti" e continuative. Si opererà per co-costruire e attivare percorsi con la metodologia del "Budget di Salute" che utilizzino sia le risorse professionali sia quelle della persona, dei suoi familiari e del suo ambiente sociale.

Il cambiamento atteso consiste nel rimuovere gli ostacoli che rendono ancora accettabile che le persone con disagio mentale vivano una vita separata, all'interno di circuiti protetti a favore di percorsi d'inclusione sociale.

Il Budget di Salute di Comunità è un progetto riabilitativo individualizzato rivolto a persone con disagio psichico che sono spesso discriminate dal mercato del lavoro, immobiliare e dai contesti socio-culturali. Interviene nell'ambito dell'abitare, dell'inclusione sociale e della formazione/lavoro.

Per realizzare i Budget di Salute saranno fatti interventi su tre assi: abitare, per promuovere la cura di sé e degli spazi abitativi e per migliorare l'autonomia della persona; lavoro, dando supporto all'avvio e alla frequenza di corsi di formazione, puntando ove possibile all'inserimento nel mondo del lavoro; inclusione sociale per costruire, ricostruire o consolidare le relazioni e le reti amicali e sociali, partecipando ad attività culturali, educative, sportive e ricreative.

Il progetto prevede la programmazione delle seguenti azioni:

1. Supporto alla quotidianità all'interno di gruppi di convivenza assistita;
2. Supporto flessibile alla domiciliarità;

3. Ricostruzione e mediazione all'interno della rete familiare e sociale;
4. Accesso supportato all'inserimento lavorativo e alle attività formative;
5. Accesso supportato alle attività di aggregazione e socializzazione;
6. Rafforzamento e supporto alla domiciliarità al fine di prevenire eventuali richieste di accoglienza in strutture residenziali.

Le condizioni di sofferenza più acute richiedono la costruzione di un progetto con caratteristiche flessibili, dove le procedure sono riferite all'area dei diritti della persona. Si prevede la realizzazione di equipe integrate che comprendano, oltre alla persona, la partecipazione degli operatori sia dell'ambito sociale sia sanitario e degli utenti esperti con la messa in comune delle risorse e la condivisione delle responsabilità. L'obiettivo è quello dell'incremento dell'efficacia, attraverso la valutazione del miglioramento della qualità di vita della persona.

La presa in carico degli utenti per i quali s'intende istituire il budget di salute avviene su proposta dei case manager dei servizi del DSMD. Viene così definito il progetto terapeutico riabilitativo al quale partecipano:

- a. La persona titolare del progetto al quale è attribuito il budget;
- b. Il DSMD attraverso i propri servizi;
- c. Il comune di residenza del titolare, che attraverso i servizi sociali ha la corresponsabilità dei progetti e partecipa con proprie risorse alla loro realizzazione (legge 328);
- d. I soggetti cogestori privati che possono essere: cooperative sociali, società onlus e non, famiglie, e associazioni presenti nel territorio.

Il case manager, dovrà garantire il supporto ai partner per una migliore articolazione e formulazione in progress del progetto, monitorando e mediando l'andamento dei progetti stessi, individuando le aree di eventuale proble-

maticità e fornendo il sostegno per il loro superamento. L'utente è sostenuto nelle scelte per seguire le sue aspirazioni e migliorare la sua qualità di vita.

Si privilegia la connessione con il proprio territorio, si favoriscono percorsi in uscita dalle Strutture Residenziali e se ne prevengono di nuovi.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito del Progetto aM Città, dall'ottobre 2018 al dicembre 2018 si è costituito un Gruppo di Lavoro, denominato "Tavolo Metodologico" finalizzato alla definizione dei criteri di inclusione ed alla metodologia dello Studio.

Dopo un'analisi critica della letteratura sono stati concordati i seguenti criteri d'inclusione:

1. Diagnosi di disturbo mentale grave secondo ICD-10 (F20-30-60);
2. età 25-60;
3. Stabilità clinica;
4. Valida alleanza terapeutica;
5. Necessità del percorso di cura "Presa in carico"

E stabiliti dei criteri per la scelta prioritaria: isolamento sociale, problemi abitativi, lavorativi, assenza di supporto familiare, pazienti in dimissione da un percorso residenziale.

Il percorso di definizione del contratto di budget di salute di comunità prevede: il coinvolgimento di tutti i partner del progetto, il reperimento delle risorse necessarie, la definizione condivisa del contratto di budget di salute, la costituzione di micro-equipe di progetto, la sottoscrizione congiunta del contratto.

La regia del percorso rimane al Centro di Salute Mentale, non si attua un'esternalizzazione ma una co-gestione con i partner del terzo settore e delle associazioni.

Gli utenti rispondenti ai criteri d'inclusione sono segnalati dalla micro-equipe curante alla micro-equipe di progetto unitamente all'invio di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) aggiornato con inclusa la scala

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale; Lora, 2001) largamente utilizzata per la valutazione delle gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale.

La fase di assessment prevede inoltre la somministrazione di: scheda socio-demografica e clinica standardizzata, scala di funzionamento Specific Level of Functioning (SLOF) nella versione italiana (Montemagni, 2015), Recovery STAR per la definizione delle aree di vulnerabilità e dei bisogni dei pazienti (Placentino, 2017); WHOQOL-bref per la qualità di vita (de Girolamo, 2000), la valutazione della rete sociale attraverso la Mappa di Todd e la Carta di rete.

È inoltre condiviso un Piano di Trattamento Riabilitativo Individuale (PTRI) evidenziando le problematiche secondo le aree: casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità/affettività, denaro.

Segue la definizione condivisa del contratto di budget di salute e la sottoscrizione congiunta dello stesso prima dell'avvio del BDS.

A 6 e 12 mesi verrà rinnovato come consuetudine il PTI ed, oltre alla già inclusa HoNOS, verranno compilate nuovamente le scale SLOF, Recovery STAR, WHOQOL-bref. I firmatari del contratto si re-incontreranno per valutare l'andamento del BDS decidendo eventuali interruzioni, variazioni o cambiamenti.

RISULTATI

Dal febbraio 2019 al maggio 2019 sono stati segnalati 27 pazienti, 15 (55,6%) maschi e 12 (44,4%) femmine con un'età media di 42,19 anni (range 23-56 anni, ds 9,87). Le diagnosi ICD-10 sono state: F20 (Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti) nel 63% dei casi (n=17), F30 (Sindromi affettive) in 2 (7,4%) ed F60 (Disturbi della Personalità e del comportamento) in 8 (29,6%).

La maggioranza (66,7%, n=18) presenta in anamnesi ricoveri in SPDC; 17 (63%) vivono al proprio domicilio (10 con la famiglia d'origine, 6 da soli, 1 con altre persone), 5 (18,5%) in Residenzialità Leggera (RL) ed altrettanti

(18,5%) in Struttura Residenziale: 2 in CPA, tre in CRA.

Nessuno è coniugato; la maggioranza ha un diploma di scuola media inferiore (59,3%, N=16), 6 (22,2%) un diploma di scuola media superiore e 3 (11,1%) sono laureati.

18 (66,7%) sono disoccupati, 4 (14,8%) hanno un lavoro dipendente e 4 (14,8%) stanno svolgendo un tirocinio.

I punteggi medi nei 12 items della HoNOS, nei 4 domini della WHOQOL-bref e nei 10 items della Recovery STAR sono riassunti in Tabella 1.

Entro giugno 2019 si prevede di attivare 15 contratti di budget di salute di comunità con le seguenti caratteristiche: 4 prevedono l'attivazione di un Housing; 8 prevedono un supporto domiciliare; 3 prevedono interventi sull'inclusione sociale.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Per quanto riguarda le variabili cliniche e testali i risultati preliminari sono coerenti con i criteri d'inclusione e priorità adottate. In particolare, raggruppando i 12 items della HoNOS nei quattro clusters (items 1-3 problemi comportamentali; items 4-5, impairment; items 6-8, sintomi ed items 9-12, problemi sociali), il punteggio medio maggiore si nota nel cluster sociale (1,5), evidenziando le problematiche relazionali, abitative ed ambientali degli utenti.

Gli stessi beneficiari, compilando autonomamente la WHOQOL-breve, segnalano come particolarmente deludente l'area sociale (media 33,71) suggerendo la necessità di interventi correttivi.

Nella Recovery Star, infine, i punteggi medi più bassi si notano nell'item "fiducia e speranza" e "lavoro" confermando il bisogno di nuove prospettive e di supporto lavorativo.

Questi primi mesi di lavoro hanno permesso:

1. la costituzione di un gruppo di lavoro esteso di progetto cui partecipano tutti i parter;
2. l'organizzazione di eventi formativi a sostegno di un orientamento alla recovery degli operatori, degli utenti esperti e dei volontari partecipanti al progetto;

Tabella 1 — Punteggi medi HoNOS, WHOQOL-bref e Recovery STAR

	Media	DS
HoNOS		
H1 comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi, agitati	0,46	0,58
H2 comportamenti autolesivi	0,35	0,63
H3 problemi legati all'assunzione di alcool o droghe	0,54	0,95
H4 problemi cognitivi	0,58	0,76
H5 problemi di malattia somatica o disabilità fisica	0,81	1,10
H6 problemi legati ad allucinazioni o deliri	1,00	1,20
H7 problemi legati all'umore depresso	0,81	0,85
H8 altri problemi psichici e comportamentali	2,09	0,29
H9 problemi relazionali	2,00	1,16
H10 problemi nelle attività della vita quotidiana	1,58	1,17
H11 problemi nelle condizioni di vita	1,35	1,19
H12 problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	1,08	1,26
WHOQOL Breve		
WHOQOL Area fisica	93,14	11,94
WHOQOL Area psicologica	89,71	27,02
WHOQOL Area Sociale	33,71	8,90
WHOQOL Area dell'Ambiente	101,71	14,58
RECOVERY STAR		
Gestione della propria salute mentale	6,33	1,61
Cura di sé	6,33	1,92
Abilità per la vita quotidiana	6,67	2,39
Reti sociali	5,33	2,19
Lavoro	4,58	2,23
Relazioni personali	5,67	2,15
Dipendenze	8,08	3,09
Responsabilità	8,08	1,56
Identità e autostima	5,58	1,38
Fiducia e speranza	4,83	1,34

3. il potenziamento delle equipe territoriali che stanno rilanciando il lavoro di assessment e di programmazione dei PTRI;
4. la definizione di un metodo strutturato per l'assessment e la definizione dei contratti di budget di salute;
5. la costruzione di un quaderno di budget di salute che permetterà uno stretto monitoraggio delle azioni effettuate;
6. la definizione di una procedura per il follow-up.

Questo progetto ci fornisce un'opportunità per sperimentare l'attuazione del budget di salute di comunità e di dimostrarne l'efficacia ed efficienza per "validarne la procedura" e promuoverla come modalità ordinaria e diffusa a livello regionale.

Tra gli obiettivi del progetto si favorisce un ripensamento delle modalità operative dei servizi che si basino su un orientamento alla recovery, e sulla costruzione di reti con realtà del terzo settore e del volontariato.

Un punto importante del progetto è anche quello di rafforzare le dotazioni organiche dei servizi territoriali per renderli in grado di attivarsi su percorsi di cura individualizzati, intensivi, sul territorio.

Alla base del nostro lavoro vi è l'assunto che il miglioramento delle possibilità di cura e di inclusione sociale delle persone afflitte da disturbi mentali gravi, sia il prodotto dell'interazione di più fattori, tra i quali hanno un peso decisivo, i percorsi personali di validazione e le strategie di protezione e promozione sociale costruite all'interno dei contesti territoriali.

È sviluppata una prospettiva che vede prestazioni sociali e sanitarie come non scindibili attraverso la realizzazione di un progetto personalizzato che si confronta quasi sempre con bisogni globali che deve prevedere risposte altrettanto globali e personalizzate.

Ci si propone anche di valutare il budget di salute di comunità come possibile alternativa ai ricoveri sanitari in comunità psichiatriche protette, con la possibilità di riconvertire una parte della spesa sanitari in questa

direzione rendendo fruibile al DSMD un budget da utilizzare a tal fine.

I dati preliminari pur da prendere con le giuste limitazioni ci indicano che il modello del budget di salute di comunità è praticabile e ben accettato sia dagli operatori sia dai beneficiari.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

**ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

°Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione

carla.morganti@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*, Laterza editore, 2013.
2. Starace F., *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria*. Il modello del budget di salute, Carocci editore, 2011.
3. Ferri M., Pellegrini P., De Santis I., *Dalla residenzialità psichiatrica al budget di salute*. Nuova rassegna studi psichiatrici, 2015; 12; 7.
4. Ridente P., Mezzina R., *From residential facilities to supported housing: The personal health budget model as a form of coproduction*. International Journal of Mental Health, 2016, 45(1): 59-70.
5. Materzanini A. *Perché non bastano gocce e pastiglie Se la salute mentale è data da casa, lavoro e rete sociale*. Animazione Sociale, 2016; sett/ott, 44-51.
6. Monteleone R., *La contrattualizzazione delle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura*. In: BIFULCO L. (a cura di), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci, 2005.
7. World Health Organization. *International Statistical classification of disease and health related problems*. ICD-10. Ginevra 2007.
8. Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi F., Torri V., Morosini P., *La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), una scala per la valutazione delle gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2001; 10(3): 198-212.
9. Montemagni C., Rocca P., Mucci A., Garlderisi S., Maj M., *Italian version of the Specific Level of Functioning*. Journal of Psychopathology, 2015; 21: 287-296.
10. Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G., GRUPPO REX.IT., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*. Riv Psichiatr, 2017; 52(6): 247-254.
11. De Girolamo G., Rucci P., Scocco P., Becchi A., Coppa F., D'Addario A., Daru E., De Leo D., Galassi L., Mangelli L., Marson C., Neri G., Soldani L., *Quality of Life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Bref*. Epidemiol Psychiatr Soc, 2000; 9: 45-55.

La salute fisica degli utenti

Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari

Porcellana Matteo, Morganti Carla, Antognoni Gabriele, Rapuano Alfonsina, Lopes Carmelo, Maggioni Selma, Malchiodi Francesca, Oltolina Massimo, Porcu Teresa, Zanobio Alberto, Percudani Mauro

INTRODUZIONE

La salute fisica delle persone affette da Disturbi Mentali è stata a lungo relegata tra le problematiche secondarie, se non addirittura del tutto scotomizzata, in un'ottica di totale delega della cura dei soggetti affetti da disturbi mentali ai soli servizi psichiatrici. Eppure nell'ultimo decennio diversi studi hanno evidenziato che la comorbidità con disturbi organici ha una prevalenza maggiore nella popolazione con disturbi mentali gravi rispetto a quella generale (De Hert, 11a) e che esistono concrete difficoltà, da parte dei pazienti psichiatrici, nell'accedere ai servizi sanitari appropriati (De Hert, 2011b). Molte di queste patologie fisiche, correlate agli stili di vita, hanno determinanti di tipo comportamentale, potenzialmente evitabili o comunque riducibili, che impongono una riflessione sulle priorità degli interventi di carattere terapeutico e preventivo nel campo della Salute Mentale.

Dati epidemiologici segnalano che l'aspettativa di vita per i pazienti affetti da gravi disturbi psichiatrici è inferiore di 7-24 anni rispetto alla popolazione generale, a seconda della diagnosi (Tabella 1. Chesney, 2014). Questa differenza è sostenuta per il 60% dalle comorbidità organiche, soprattutto a carattere cardiovascolare (Gladigau, 2011) e metabolico (Vancampfort, 2015).

In particolare, nei disturbi schizofrenici, l'aumentata prevalenza di obesità, sedentarietà, abitudini alimentari errate e l'assunzione cronica di antipsicotici è associata ad un rischio di diabete tipo 2 aumentato di 2-5 volte rispetto alla popolazione generale (De Hert, 2009; Suvisaari, 2016).

Tabella 1. (da Chasney, 2014 modificata)

Riduzione di aspettativa di vita rispetto alla Popolazione generale in anni (range)	
Depressione	7,2 – 10,6
Disturbo bipolare	8,5 – 19,8
Disturbo schizoaffettivo	8,0 – 20,7
Schizofrenia	9,8 – 18,7
Disturbi di Personalità	13,0 - 21,9
Abuso di alcool	10,8 – 17,1
Abuso di oppiacei	9,0 – 19,2
Abuso di sostanze	12,5 – 23,6
Fumo	9,2 – 9,4

Oltre ai determinanti connessi allo stile di vita come sedentarietà, fumo, uso di alcool e abitudini alimentari scorrette, vengono anche descritti fattori di natura biologica come un'accelerazione dei processi di invecchiamento od una vulnerabilità genetica per le malattie organiche (cardiovascolari, diabete, respiratorie, BPCO). Ed in ultimo, ma non in ordine di importanza, gli effetti indotti dalla terapia psicofarmacologica (Correl, 2015).

Va poi considerata la ridotta accessibilità per questa popolazione di pazienti alle cure per malattie organiche in comorbidità (De Hert, 2011b). Le difficoltà di coordinazione di una buona cura per disturbi organici è connessa a diversi fattori che possono essere individuali e connessi alle caratteristiche della patologia psichiatrica (deficit cognitivi, ritiro autistico, gravità dei sintomi psicotici, negazione delle problematiche organiche, scarsa compliance) che non permettono al paziente di accogliere i suggerimenti per uno stile di vita sano o di esprimere adeguatamente i propri bisogni di salute (Dumbar, 2010).

Gli operatori della salute mentale hanno allora il dovere di intercettare e rilevare bisogni, segni e sintomi di patologie organiche concomitanti, non omettendo valutazioni organiche al primo contatto e, periodicamente, tenendo i contatti e facilitando la comunicazione tra paziente ed il medico di medicina generale.

Per orientare i clinici nell'identificazione precoce e nel trattamento dei pazienti a rischio è stato poi introdotto il concetto di “sindrome metabolica” (Penninx, 2018). Un primo accenno descrittivo risale al 1956 e negli anni sono seguite ripetute variazioni dei criteri diagnostici e dei relativi cut-offs. Ad oggi, i più utilizzati in letteratura fanno riferimento all'Adult Treatment Panel (ATP III) del National Cholesterol Education Program per cui è richiesta la presenza di tre o più fattori tra i seguenti : circonferenza addominale ≥ 88 cm per le donne e 102 cm per gli uomini; colesterolo HDL < 50 mg/dL per le donne e < 40 mg/dL per gli uomini; trigliceridi \geq di 150 mg/dL, glicemia ≥ 100 mg/dL; Pressione arteriosa sistolica ≥ 130 mmHg e diastolica ≥ 85 mmHg (Eckel, 2010).

Una recente revisione di Penninx e Lange (2018) ha confermato l'aumentata prevalenza di sindrome metabolica nei disturbi psichiatrici, analizzandone le cause sottese: abitudini di vita insane, effetti iatrogeni, aspetti immunologici ed endocrinologici.

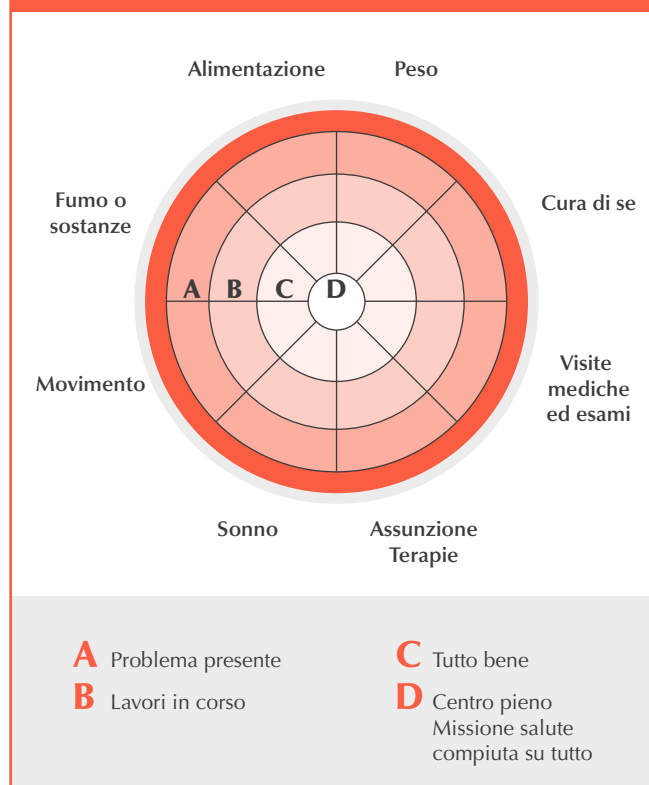
Gli autori si soffermano sullo stile di vita confermando che un'alimentazione non equilibrata e scarsa attività fisica sono responsabili della maggiore prevalenza di obesità e diabete mellito (Naslund, 2017); è sicuramente più diffusa l'abitudine al fumo (Wolfe, 2016) ed una minore disponibilità a rivolgersi al medico di medicina generale con una tendenziale trascuratezza dei disturbi fisici (Kroll, 2016).

In accordo con Fumarola et al. (2018) e come richiesto da utenti e familiari, si rende quindi necessario impostare programmi di prevenzione e formazione finalizzati alla promozione di uno stile di vita più sano ed alla tutela della salute fisica.

MATERIALI E METODI

All'interno del Nucleo di Valutazione di Qualità del DSMD dell'ASST GOM Niguarda si è costituito un gruppo di lavoro formato da utenti esperti, familiari e diverse figure professionali quali medici, infermieri, TERP ed educatori.

Figura 1 — Bersaglio salute. Valuta le tue 8 aree di salute



Nella prima fase sono state condivise le criticità e le tematiche relative alla salute fisica particolarmente sentite ed — a nostro avviso — passibili di miglioramento: alimentazione, peso, cura di sé, visite mediche ed esami, assunzione terapia, sonno, movimento, fumo o sostanze.

Nella seconda fase si è provveduto alla stesura di una scheda di rilevazione dati, concepita secondo il modello di un “Bersaglio Salute” (figura 1) con quattro cerchi concentrici corrispondenti a : A=problema presente, B=lavoro in corso, C=tutto bene, D=centro pieno, missione salute compiuta su tutte le aree.

Ed è stata inserita una domanda per valutare la disponibilità degli utenti a partecipare ad attività focalizzate sulla salute.

Nella terza fase sono state condivise le tempistiche e modalità di somministrazione della scheda che è stata auto-somministrata.

RISULTATI

L'indagine, eseguita dal 01 aprile 2019 al 12 aprile 2019, ha previsto la distribuzione della scheda a tutti gli utenti che accedevano consecutivamente in tre CPS ed un CD del DSMD ed agli ospiti di cinque Strutture Residenziali (un CRA, una CPA, una CPM, due CRM).

Al termine dell'osservazione, sono state compilate 447 schede: 364 (81.4%) nei CPS, 39 (8.7%) in CD, 18 (4%) in CRA, 10 (2.2%) nelle CRM, 9 (2%) in CPA, 7 (1.5%) in CPM.

Analizzando le singole tematiche, l'alimentazione è percepita come un problema nel 23% dei casi, come un'area di lavoro nel 36%, mentre non rappresenta un problema per il 38% degli utenti.

Il peso è un problema per il 29% degli utenti, un'area da migliorare nel 38%, non rappresenta un problema nel 30% dei casi.

La cura di sé è percepita come un problema nel 7% dei casi, come un'area di lavoro nel 29%, mentre non rappresenta un problema per il 60% degli utenti.

Le visite mediche ed esami non rappresentano un problema per l'8% degli utenti, un'area da migliorare nel 26%, mentre non rappresentano una criticità nel 62% dei casi.

L'assunzione delle terapie è percepita come un problema per il 5% degli utenti, come un'area di lavoro nel 16%, mentre non rappresenta un problema per il 75% dei casi.

Il sonno è un problema per il 17% degli utenti, un'area da migliorare nel 28%, non rappresenta un problema per il 52% dei casi.

Il movimento è percepito come un problema nel 23% dei casi, come un'area di lavoro nel 32%, mentre non rappresenta un problema per il 41% degli utenti.

Infine, il fumo o sostanze sono un problema per il 30% degli utenti, un'area da migliorare per il 18%, non rappresentano un problema per il 46% dei casi.

Soltanto il 3% (n=14) degli utenti ha dichiarato di aver raggiunto il "centro pieno" negando quindi alcuna problematica.

Considerando in seguito le variabili in termini

dicotomici (problema presente + lavori in corso), l'alimentazione è risultata suscettibile di miglioramento nel 59% dei casi, il peso nel 67%, la cura di sé nel 36%, visite mediche ed esami nel 34%, l'assunzione delle terapie nel 21%, il sonno nel 45%, il movimento nel 55%, il fumo o sostanze nel 48%.

Infine, il 57% dei rispondenti ha espresso la propria disponibilità a partecipare ad un'attività focalizzata sulla salute.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Un primo aspetto da sottolineare è la partecipazione attiva di utenti e familiari alla stesura della scheda di rilevazione e la condivisione della metodologia in un'ottica di confronto e collaborazione.

Del resto, il coinvolgimento degli utenti e la loro soddisfazione è correlata alla qualità del sistema di cura e, di conseguenza, agli esiti (Lanfredi, 2014).

Le aree percepite come maggiormente critiche sono risultate il peso (67%), l'alimentazione (59%) ed il movimento (55%), in linea con i dati della letteratura (Fumarola, 2018).

Sono stati allora organizzati degli incontri a carattere informativo/educativo con: un Medico di Medicina Generale, un esperto di Scienze Motorie ed il Direttore della Struttura di Dietetica e Nutrizione del nostro Ospedale.

Si è poi attivato un gruppo strutturato in 20 incontri di educazione alimentare tenuti da un infermiere ed una specialista dietologa; mentre erano già attivi i gruppi del CD di attività motoria (calcio, palestra, cammino) e cucina.

Per il sonno, risultato problematico nel 45% dei casi, è stato organizzato un incontro con il Responsabile del Centro di Medicina del Sonno dell'ASST GOM Niguarda.

Le aree meno critiche sono state l'assunzione delle terapie (21%) e l'esecuzione di visite mediche ed esami (34%) anche se l'auto-somministrazione del questionario fa pensare che il dato sia sottostimato.

Questa indagine ha messo in luce come sia primario

valutare se il paziente ha un contatto regolare e fiduciario col medico di base. Se questo rapporto è poco presente, bisogna cercare di migliorarlo o di vicariarlo tenendo monitorati i seguenti aspetti: peso, obesità (BMI; circonferenza addominale); pressione arteriosa; stile alimentare; livello di attività fisica; uso di tabacco, alcool o altre sostanze; prescrizione almeno annuale degli esami ematochimici (glicemia a digiuno, trigliceridi, colesterolo HDL, prolattina, funzionalità epatica, renale, tiroidea, elettroliti, ed emocromo); ECG per controllare il rischio cardiovascolare; igiene dentale.

Si suggerisce di adottare un algoritmo standard per tutti gli utenti per monitorare i rischi per la salute fisica. Ad esempio, se si rileva un incremento di peso (> 5% del peso iniziale), anomalie nella glicemia a digiuno, un iperlipidemia o altri effetti collaterali delle medicine, valutare uno switch verso farmaci con un profilo di rischio più basso. Mantenere i contatti col medico di medicina generale per comunicargli l'esito degli accertamenti e facilitare il ricorso ad altri specialisti in caso di necessità; progettare interventi psicoeducazionali che motivino al cambiamento di uno stile di vita scorretto per quando riguarda l'alimentazione e il movimento; cercare di incoraggiare e migliorare l'adesione del paziente alle cure e agli interventi comportamentali; supportare il benessere, l'empowerment individuale per favorire una responsabilizzazione e delle scelte consapevoli volte alla recovery.

In conclusione, l'indagine ha confermato quanto sia sentita da utenti e familiari la tematica della salute fisica e la necessità da parte dei Servizi di Salute mentale di promuovere attività cliniche e riabilitative/educative finalizzate alla promozione di stili di vita più salutari.

Per essere efficaci in questo ambito è necessario prevedere azioni a livello di sistema: società-organizzazione sanitaria, lotta allo stigma, miglioramento dell'accessibilità, con una sensibilizzazione dei carers familiari, amici ed azioni a livello individuale nel rapporto operatori DSMD-paziente; medico di base-paziente.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. De Hert M., Correll C.U., Bobes J., et al., *Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in health care.* World Psychiatry, 2011;10:52-77.
2. De Hert M., Cohen D., Bobes J., et al., *Physical illness in patients with severe mental disorders. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level.* World Psychiatry, 2011;10:138-151.
3. Chesney E., Goodwin G.M., Fazel S., *Risk of all-cause ann suicide mortality in mental disorders: a meta-review.* World Psychiatry, 2014; 13(2): 153-160.
4. Gladigau E.L., Fazio T.N., Hannam J.P., et al., *Increased cardiovascular risk in patients with severe mental illness.* Internal Medicine Journal, Royal Australasian College of Physicians, 2013; 65-69.
5. Vancampfort D., Stubbs B., Mitchell A.J. et al. *Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis.* World Psychiatry, 2015; 14(3): 339-347.
6. Suvisaari J., Keinänen J., Eskelinen S., Mantere O., *Diabetes and Schizophrenia.* Curr Diab Rep., 2016; 16:16.
7. Correll C.U., Detraux J., De Lepeleire J., De Hert M., *Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder.* World Psychiatry, 2015;14:119-136.
8. Dunbar L., Brandt T., Wheeler A., Harrison J., *Barriers and solutions to implementing metabolic risk assessment in a secondary mental health service.* Australas Psychiatry, 2010; 18: 322-5.
9. Penninx B.W.J.H., Lange S.M.M., *Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms and implications.* Dialogues Clin. Neurosci., 2018; 20(1): 63-73.
10. Eckel R.H., Alberti K., Grundy S.M., Zimmet P.Z., *The metabolic syndrome.* Lancet., 2010; 375(9710): 181-183.
11. Naslund J.A., Whiteman K.L., McHugo G.J., Aschbrenner K.A., Marsch L.A., Bartels S.J., *Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis.* Gen Hosp Psychiatry, 2017; 47:83-102.
12. Wolfe R.M., Reeves M.A., Gibson L.E., Cooper S., Ellman L.M., *Attenuated positive psychotic symptoms in relation to cigarette smoking in a non clinical population.* Nicotine Tob. Res., 2017; 124-128.
13. Kroll D.S., Chakravarti A., Gasparini K., Latham C., Davidson P., Byron-Burke M., Gitlin D.F. *The walk-in clinic model improves access to psychiatry in primary care.* J Psychosom Res., 2016; 89:11-15.
14. De Hert M., Schreurs V., Vancampfort D., van Winkel R., *Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review.* World Psychiatry, 2009; 8: 15-22.
15. Fumarola G., Frediani G., Biagi M.P., Parini A., Salvi V., Migliarese G., Mencacci C., *Prevenzione della sindrome metabolica nella persona affetta da disturbo psichiatrico in trattamento nei servizi territoriali.* Psichiatria Oggi, 2018; XXXI (2):43-48
16. Lanfredi M., Candini V., Buizza C., Ferrari C., Boero M.E., Giobbio G.M., et al., *The effect of service satisfaction and spiritual well-being on the quality of life of patients with schizophrenia.* Psychiatry Res. 2014, 216:185-191



PSICHIATRIA FORENSE

Lettera a Psichiatria Oggi

La posizione di garanzia e il medico psichiatra

*Pietro Pellegrini**

Gentile Direttore, ho letto con molto interesse l'articolo "L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico" di Renato Mantovani, nella rubrica di Psichiatria Forense, *Psichiatria Oggi* XXXI, 2, 2018 49-52 e mi pare importante segnalare due punti assai critici che non hanno fondamenti scientifici e sono pericolosi per un efficace esercizio della pratica psichiatrica sia in ambito pubblico che privato.

Ritengo debbano essere messi all'attenzione della magistratura, di tutto il corpo professionale, degli utenti e famiglie e dell'opinione pubblica.

I due punti, riprendendo il testo di Renato Mantovani sono:

a. dare per scontata la posizione di garanzia ex art 40 comma 2° ("Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"). *"È ormai giurisprudenza costante quella che attribuisce allo psichiatra uno specifico obbligo giuridico, scaturente appunto dal sopra esaminato art. 40 del codice penale, di impedire al paziente che ha in cura tutti i possibili atti auto ed etero aggressivi o lesivi che lo stesso può porre in essere sia in regime di ricovero che in fase di cura in regime di non ricovero."*

b. associare al mandato di cura del paziente, la necessità di proteggere l'incolumità degli altri soggetti/cittadini. *"In relazione a quanto esposto allo psichiatra compete il non facile compito di valutare se esista o meno una presunzione di pericolosità comportamentale del malato mentale al fine di indurre trattamenti coatti nel rispetto del principio secondo cui ogni trattamento sanitario debba essere accettato dal paziente con le uniche eccezioni della reale e comprovata esigenza terapeutiche di sottoporre forzatamente, in senso stretto, ad atti impositivi."*

La responsabilità di una pratica può essere attribuita ad un singolo professionista, nello specifico allo psichiatra, alle sue sole competenze, senza tenere in alcun conto l'insieme delle leggi, le normative regionali, l'organizzazione, il contesto socio familiare ed infine la non meno rilevante la posizione della persona?

Tutto questo è assai rilevante nel nostro paese dove a seguito della legge 180/1978 sono stati chiusi gli Ospedali Psichiatrici e si è dato vita ad sistema di cura di comunità nel quale è fondamentale il ruolo del medico psichiatra. Nel 2015, in applicazione delle leggi 9/2012 e 81/2014 si è provveduto alla chiusura anche degli Ospedali Psi-

chiatrici Giudiziari attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale all'interno dei quali operano le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) affidate alla responsabilità del medico psichiatra che ne assume la direzione (Decreto ministero della salute 1 ottobre 2012). Si è quindi realizzato un sistema di cura e giudiziario di fatto di comunità, nel quale il medico psichiatra ha un ruolo fondamentale in quanto si trova ad avere la responsabilità di dipartimenti e servizi, a seguire anche persone con disturbi mentali già autrici di reato o con situazioni complesse ad alto rischio. Un contesto di altissima complessità ove interagiscono variabili biologiche, psicologici e sociali e che va affrontato sia con azioni di carattere formativo, di collegamento tra diverse specializzazioni mediche (medicina legale, criminologia ed altre) sia mettendo a punto percorsi, metodologie, strumenti e governo clinico. Il diritto alla salute è assicurato alla persona a prescindere dallo stato giuridico e pertanto il tema intreccia anche la sanità in ambito penitenziario.

In questo contributo metterò in evidenza alcuni problemi relativi alla responsabilità per giungere a sostenere la tesi che il medico psichiatra non può essere giuridicamente responsabile delle azioni commesse da un paziente in cura. A questo va aggiunto che per cercare di curare persone con situazioni molto complesse e talora palesemente pericolose al medico psichiatra andrebbe assicurato il "privilegio terapeutico".

LA QUESTIONE DELLA RESPONSABILITÀ

L'approvazione delle leggi Balduzzi (189/2012) e Gelli Bianco (24/2017) hanno riconfigurato la responsabilità medica ma non hanno superato la questione penale del medico il quale solo in pochi paesi al mondo e tra questi l'Italia, vede la sua condotta professionale colposa giudicata in ambito penale.

Dopo l'approvazione della legge Gelli Bianco fa riflettere che la prima sentenza della Cassazione penale, la n. 28187 del 2017 riguarda proprio la responsabilità professionale dello psichiatra e in essa si richiamano due

precedenti sentenze della stessa Cassazione n. 10795/2008 e n. 48292/2008 che hanno condannato, a mio avviso del tutto ingiustamente, psichiatri sia per l'omicidio che per il suicidio commessi da pazienti in cura.

In questo la magistratura sembra inserirsi in un trend culturale nel quale il senso di responsabilità viene sempre più esternalizzato e attribuito all'altro, in una logica narcisistica (mi è dovuto!) di pretesa di prestazioni e risarcitoria spesso a prescindere dalla propria condotta e dalla presenza dei pre requisiti per il patto sociale.

Infatti, la sanità pubblica e universalistica non è più pensata come un servizio co-costruito con la partecipazione di tutti, ciascuno secondo le proprie possibilità e si è fatta strada una concezione sempre più privatistica del rapporto medico-paziente.

Molti elementi hanno concorso a creare le condizioni per questo, dalla centralità del denaro come significante di tutti i valori (Galimberti), a scapito di altri come benessere, salute, felicità, convivenza sociale, progresso culturale.

Un impianto politico ideale che ha profondamente modificato i riferimenti del sistema sanitario e deformato le relazioni.

La politica anziché riscrivere il patto con il cittadino indicando le pre-condizioni di un servizio (definendone i necessari finanziamenti) ridefinendo realisticamente i LEA, ha cercato di mettere a riparo il medico sia attraverso il ritorno alla responsabilità extracontrattuale sia mediante la ricerca di riferimenti, linee guida (LG) e buone pratiche, che potessero essere di riferimento per la condotta del medico. Su questo punto credo si rischi di costruire pericolosi castelli fatti di sistemi diagnostici e linee guida che non colgono affatto la complessità delle situazioni cliniche e sociali e la specificità di ogni singola situazione. Ne consegue il rischio di essere comunque sempre potenzialmente inadempienti perché il riferimento è il singolo paziente rispetto alle LG e quindi si può essere accusati sia per applicazione che per non attinenza alle LG.

La scelta di affidarne la stesura a società scientifiche che

nella maggior parte hanno un'impostazione altamente specialistica anche ai fini della ricerca e delle eccellenze, rischiano produrre LG non applicabili nelle condizioni reali caratterizzate da più patologie, da concomitanti problemi familiari e sociali. Una risposta tecnica che sposta il conflitto e tenta di circoscriverlo a fronte di persistenti campagne per i risarcimenti e la "malasanità".

Il divario fra bisogni e attese, alimentati anche da una non chiara configurazione dei LEA, nonché significative carenze e limiti strutturali e di dotazioni organiche, rischia di allargarsi ulteriormente.

LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO PSICHIATRA

Se la questione della responsabilità è di difficile definizione per il medico, lo è ancora di più per lo psichiatra. In ambito giudiziario e medico legale, e senza apparente opposizione degli psichiatri, si dà per acquisito che a carico dello psichiatra esista la posizione di garanzia di protezione e di controllo. Quindi cura e controllo del paziente rispetto ad un pericolo a sé e agli altri di cui sarebbe responsabile lo psichiatra. In particolare la sua condotta che per essere rilevante sul piano giuridico va collegata con un "nesso causale" alle azioni compiute dal paziente interpretate come espressione della sua patologia. Questa impostazione oltre a suscitare molte perplessità in merito alla sua correttezza scientifica, ha poi trovato un'applicazione al quanto discutibile e non condivisibile nelle citate sentenze della Cassazione.

Infatti, la giurisprudenza non attribuisce allo psichiatra il compito della custodia, della limitazione coercitiva della libertà in quanto ciò sarebbe in aperto contrasto con la legge 180, la quale invece viene citata come riferimento anche nelle sentenze, ma controllo viene considerato come una componente esclusiva dell'azione e della competenza professionale che si dovrebbe sostanziare in limitazioni condivise, quindi in accordi con il paziente del quale lo psichiatra sarebbe comunque il solo responsabile. Come se esistesse un potere magico di convincimento e di

controllo che è invece al di fuori delle possibilità umane e professionali. In modo del tutto irrealistico e lontano dalle pratiche reali, si è trasferito il compito custodiale e di controllo delle istituzioni, come tali chiuse in quanto inefficaci e iatrogene, alle competenze del solo medico psichiatra e non all'insieme del sistema comunità al quale la legge 180 fa costante riferimento rendendo per altro i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) residuali, eccezionali e di breve durata.

Una questione che va risolta in primis in ambito medico chiamato ad operare non solo come curante, ma anche come perito e consulente tecnico. Ad esempio, talora in sede peritale si leggono articolate valutazioni teoriche "ideali" del lavoro dei colleghi spesso senza tenere conto della realtà operativa, della complessità del compito e della posizione assunta oggi, nei percorsi di cura dalle persone con disturbi mentali. Come se sul banco dell'imputato debba sempre sedere anche lo psichiatra, di fatto vero responsabile visto che il paziente in molti casi è considerato non imputabile. Basta un colloquio e scatta una sorta di responsabilità "da contatto" che se il paziente commette un reato, lo psichiatra finisce per lo meno tra gli indagati. E magari viene sottoposto a interrogatori e a valutazioni critiche di colleghi periti le quali spesso costituiscono la base delle motivazioni delle sentenze.

La posizione di garanzia (art.40 c.p., comma 2), nelle sue due componenti di protezione e di controllo (Zaccariello), non risulta applicabile allo psichiatra in particolare per quanto attiene al controllo. Infatti, la psichiatria ha una bassa possibilità di previsione e prevenzione delle condotte della persona, né ha strutture di tipo contenitivo e tanto meno custodialistico. È un dato di realtà con il quale confrontarsi senza pensare che gli psichiatri abbiano il potere della vegggenza, dell'onnipotenza, del controllo magico, né vi sono strutture chiuse.

La seconda questione è quella relativa alla pluralità di mandati che si intende attribuire allo psichiatra e cioè quello di cura della persona e tutela della comunità. Due compiti essenziali ma che non possono coesistere in modo

equivalente nella stesso professionista ma nemmeno servizio. Uno dei due deve necessariamente prevalere in modo esplicito e chiaro. Altrimenti non solo si apre all'equivoco e alla demagogia, ma il compito affidato non viene compiuto, vengono meno le premesse.

Quindi a mio avviso è inaccettabile ogni impostazione che tenda ad attribuire più mandati allo psichiatra. Questi deve mantenere centrale il mandato di cura e per fare questo va preso atto che altri non possono esercitati. In altre parole se oltre alla cura servono azioni di controllo sociale e ancor più di custodia queste non possono essere esercitate dallo psichiatra ma da altri professionisti, istituzioni e agenzie e vanno previste in modo chiaro, esplicito secondo leggi e organizzazioni precise e coerenti.

Ancor più dopo l'approvazione di leggi che hanno portato alla chiusura dell'OPG e a ridefinire le pratiche per questa particolare tipologia di situazioni, vi la necessita di un' esplicita ridefinizione della responsabilità del medico psichiatra come per altro era stato richiesto dal Consiglio della FNOMCeO.

Un quadro reso ancor più complesso dalla legge sul consenso informato e le DAT (219/2017).

SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ E LA PSICHIATRIA "GENTILE"

Attualmente la psichiatria di/nella comunità fa riferimento alla legge 180/1978 che vede la centralità della volontarietà degli accertamenti e trattamenti sanitari, il consenso, la co-costruzione della relazione e dei percorsi di cura effettuati nel territorio, a casa della persona, in strutture che sono normali abitazioni.

La residualità e la temporaneità del TSO coercitivo, strumento che sempre va accompagnato alla ricerca del consenso, non può essere invocato ex post, magari dopo un incidente, come soluzione.

Tra le sue pratiche la psichiatria intende superare

definitivamente ogni forma di contenzione fisica e le forme di restrizione. È sempre più forte il movimento no restraint, per "le porte aperte", per la de-prescrizione farmacologica, per interventi gentili, rispettosi della persona della sua dignità e libertà (Borgna).

Questa evoluzione culturale e sociale delle persone con disturbi mentali sempre più curabili, guaribili, condizioni quindi transitorie e comunque non totalmente pervasivi l'intera attività psichica, richiede una nuova rappresentazione ed il superamento di vecchi stigmi.

Non più il malato irresponsabile, inguaribile, incapace, improduttivo sempre da tutelare da parte di qualcun altro, lo psichiatra, che deve sempre occuparsene e risponderne, sotto ogni profilo.

Una visione superata ed è necessario coglierne tutte le conseguenze, anche sul piano giuridico.

Infatti, la persona con disturbi mentali vive una sofferenza che può curare, è capace di consenso (come dimensione condivisa), di co-costruire un percorso di cura, rispondere dei propri atti.

La stessa psicopatologia viene sempre più letta con un modello biopsicosociale che vede reciprocamente interagire diverse variabili, dimensioni in una condizione di complessità e multideterminazione. Le scoperte relative alla neuroplasticità, i processi recovery fanno pensare ai disturbi mentali in senso evolutivo e non statico/cronico.

La multifattorialità ha portato cogliere come centrali nella determinazione delle condotte, come ad esempio il suicidio, vissuti come il dolore mentale intollerabile e la perdita di speranza che intersecano diverse altre dimensioni psicopatologiche, sociali, esistenziali, relazionali¹. Una condizione di rischio che può restare anche quando si cura la depressione, la schizofrenia.

Persiste una condizione di ambivalenza, tra vita e morte che lo psichiatra può affrontare con strumenti tecnici e con un'estrema sensibilità, capacità di ascolto, senso del

1. Ne deriva che il suicidio è sempre meno correlabile al solo disturbo mentale. La percentuale delle persone che lo attuano seguite dai DSM oscilla intorno al 13% del totale dei suicidi.

limite. Prevenire il suicidio è possibile e farlo è un compito di tutta la comunità. Se la persona chiede aiuto e lo psichiatra non riesce a salvarla, dobbiamo perseguirlo? Come se il fantasma della colpa debba ricadere sempre su qualcuno non solo psicologicamente ma anche giuridicamente. La morte fa sempre meno parte della vita... e nel processo della sua medicalizzazione è sempre meno un fatto umano inevitabile, esistenzialmente connesso, ma diviene sempre più un fatto anche giuridico.

La vita appartiene alla persona e solo ad essa. Nessuno può essere costretto a vivere dall'altro. Lo si vede nel suicidalità continua di certi soggetti che sfidano costantemente la morte e talora anche lo psichiatra specie se pensa "ti salverò".

In tutte le persone il vissuto interiore è solo in parte conoscibile e comunicabile e questo, non solo pone un limite derivante dalla presenza di una vita psichica inconscia, ma è connesso anche alla relazione con l'altro. Una relazione unica e irripetibile rispetto alla quale ogni tentativo di standardizzazione, manualizzazione trova un limite invalicabile. La diagnosi non è un processo oggettivo e obiettivo, né è una serie di item ma conoscenza condivisa attraverso la relazione, è la rappresentazione e la definizione nel mondo interno del terapeuta della condizione della persona che soffre e comincia attraverso questo un processo di possibile cambiamento. L'essere pensati dall'altro è essenziale per la crescita e la cura.

Il riferimento alle Linee Guida è del tutto insoddisfacente in quanto le LG in psichiatria non colgono la complessità, la compresenza di più di disturbi e di problematiche familiari, sociali e relazionali. Inoltre larga parte delle LG proviene da paesi dell'area anglosassone, dove i servizi di salute mentale sono molto diversi, sono aperti i manicomi. Le pratiche psichiatriche sono dipendenti anche da contesto culture e norme.

In altre parole la psichiatria può curare se attua la massima personalizzazione, nella consapevolezza delle differenti sensibilità ai trattamenti farmacologici, alle relazioni psicoterapiche, agli interventi psicosociali.

Per quanto vi siano conoscenze, orientamenti e linee guida il dato della personalizzazione, dell'unicità della relazione psichiatra paziente è ineludibile.

A maggior ragione se si coglie come il consenso e l'adesione alle cure non siano categorie ma dimensioni variabili nel tempo e contengano sempre una pluralità di vissuti, spesso poco coerenti o talora palesemente contrastanti. Quindi il lavoro dello psichiatra è un'operazione attiva di ricerca di consenso e adesione alla cura sempre unica e nella quale deve sentirsi libero e sicuro, sostenuto dalle competenze acquisite, dalla formazione alla relazione, dal sostegno istituzionale. Questo in un contesto operativo, il territorio, nel quale le variabili non controllabili sono molteplici e dove la stessa organizzazione dei servizi della salute mentale mette lo psichiatra in una condizione di considerare la soluzione del TSO come residuale.

CURA NELLA SICUREZZA E RESPONSABILITÀ O VERSO UNA "PSEUDOPSICHIATRIA"?

In molti contesti operativi, dai PS, alle sedi della continuità assistenziale - 118, reparti psichiatrici, servizi per le dipendenze patologiche gli operatori sanitari e i medici sono sottoposti a pressioni, minacce e talora aggressioni. Nel 2013, nella sede del Centro di Salute Mentale di Bari la psichiatra Paola Labriola è stata assassinata da un paziente e diverse colleghe delle Guardie mediche hanno subito gravissime aggressioni fisiche e sessuali. Quindi i medici sono frequentemente vittime e sollecitano i molteplici interventi necessari a tutelare la loro sicurezza. A fronte di questa situazione sembra quasi paradossale si chiede (indirettamente e per via giudiziaria) al medico psichiatra di attenuare o ridurre il pericolo rappresentato dalla persona con disturbi mentali.

Cosa significa chiedere allo psichiatra una posizione di garanzia di controllo, di ridurre il pericolo a sé e agli altri costituito dal paziente? In primo luogo, il medico psichiatra può incontrare una persona che soffre pensandola come "un pericolo"? Con quale stato psicologico

può intervenire? Non sarà tentato di evitare il paziente, specie se è difficile?

Se pensa a tutelare se stesso, il che è umanamente comprensibile, tenderà a non correre rischi, a non voler/poter cogliere i segnali più inquietanti specie se subliminali e non verbali. In altre parole la mente del terapeuta potrebbe attivare un atteggiamento formalmente ineccepibile, ma chiuso al mondo dell'altro, quindi non diagnostico e non terapeutico. Senza essere relazione, non vi è cura effettiva ma solo una burocratica "pseudocura".

Insistere sulla posizione di garanzia di controllo porta fuori strada tutta l'organizzazione della psichiatria e rischia di bloccare i processi di cura.

È la psichiatria burocratica che nessuno vuole ma certamente potrebbe proliferare portando ad una "pseudopsichiatria" fatta di Manuali diagnostici statistici (DSM) e Linee Guida (LG) ad uso di periti, magistrati e avvocati.

Una "pseudopsichiatria" depurata della complessità, resa artificiosamente lineare, senza fattori interferenti e sempre senza il paziente considerato oggetto passivo di cure, volontarie o meno. Una persona da assoggettare alla cura anche con il TSO sine die e con le limitazioni (condivise) della libertà?

Se le sentenze della Cassazione del 20082 di condanna di psichiatri per omicidio e suicidio di pazienti in cura avessero fatto scuola la psichiatria avrebbe dovuto riprendere pratiche coercitive, chiedere leggi e mezzi diversi. Colto il segnale a migliorare, ad essere più cauti il che è ben diverso dall'essere ingiustamente condannati per atti auto o eterolesivi commessi dal paziente, se la psichiatria italiana non è regredita nelle proprie pratiche lo si deve da un lato alla grande motivazione etica, alla consapevolezza professionale che non vi è altro modello di cura applicabile nell'attuale contesto. Non solo non si è regrediti ma si è avuta la forza anche di superare l'OPG inventando un nuovo sistema e definendo con molta fatica nuove prassi.

Abbiamo corso un rischio, dobbiamo pensare che a fronte di un possibile incidente siano gli psichiatri a do-

verne rispondere? A fronte di recidive nei reati di molti detenuti (circa il 70%) chi ne risponde?

La giustizia spesso ha compreso la difficoltà dello psichiatra a cogliere il vissuto interiore della persona e la stessa pericolosità. Condizione questa che ha portato a non condannare lo psichiatra comunque perseguito a seguito suicidio attuato dal paziente in carcere o nei servizi ospedalieri o nel territorio.

Ma che succede quando i rischi, la pericolosità sono invece evidenti, sia su base anamnestica sia perchè accertata come nei soggetti autori di reato, che nel caso di disturbi mentali, vengono sempre più affidati ai DSM? Come viene gestito socialmente il rischio?

Si può ammettere che esista una "responsabilità da contatto"? In altre parole basta che una persona si rivolga allo psichiatra per configurare una posizione di garanzia di controllo? Non solo è un compito abnorme in quanto non vi può essere da parte dello psichiatra alcuna possibilità di controllo della condotta dell'altro. Vi sono forme (braccialetti elettronici, intercettazioni, firme, controlli a domicilio, diffide ecc.) che esulano totalmente dalle competenze del medico psichiatra.

Tuttavia accade sempre più spesso, a fronte di gravi reati si vada a ricercare come il medico, in particolare se psichiatra, è intervenuto. Una prassi che potrebbe scoraggiare ad occuparsi di determinati utenti e che riattiva un grave stigma rispetto alle malattie mentali e a chi si prende cura delle persone che ne soffrono.

A fronte della complessità e delle difficoltà reali, talora nelle perizie effettuate da medici psichiatri si parte da una "psichiatria ideale" e viene attuata una valutazione ex post della diagnosi e del programma di cura che viene posto in capo esclusivamente allo psichiatra, il cui operato viene valutato, ponendo di solito in secondo piano la posizione del paziente, ma favorendo anche la creazione di nessi di causalità tra pratiche cliniche e reato. Andando ben oltre a quello che a posteriori, negli audit o nelle autopsie psicologiche dei suicidi, viene evidenziato come "qualcosa" di critico da migliorare il che non significa colpevolezza

o l' esistenza di nessi causali o di omissioni.

Un atteggiamento dal quale potrebbe derivare una spinta verso la psichiatria ideale/prescrittiva che si cautela su tutto e “scarica” sul paziente il problema dell'adesione alle cure e non lo rende parte della relazione condivisa anche dei rischi. In sostanza lo psichiatra dice che si dovrebbe fare, in particolare in merito al farmaco prescritto secondo LG, e se poi ciò non accade, teoricamente lascia solo/ricusa il paziente. Pratica che nel privato è (forse) possibile mentre nel pubblico vi è la necessità di un'azione di aggancio e motivazione al trattamento di soggetto spesso privi di insight in una sorta di trattativa continua con le persone (e familiari) che accettano e si attengono solo parzialmente ai programmi di cura.

Dovremmo abbandonarli nel timore di essere chiamati in giudizio? O non è necessario su base deontologica e professionale provare a curarli al meglio cercando con fatica, pazienza e compromessi le condizioni per l'alleanza terapeutica?

In medicina, e anche in psichiatria non vi può essere terapia e riabilitazione senza l'attivo coinvolgimento e partecipazione della persona. Questo anche nelle condizioni difficili, dove le scelte della persona non sono condivise dal medico (si pensi all'uso di sostanze, alla dieta ecc.).

La riabilitazione non si prescrive ma è un processo consensuale, co-costruito che prevede un rischio condiviso perché se non si corrono rischi non accade nulla di positivo e le persone regrediscono, le strutture psichiatriche possono avere effetti iatrogeni.

Un percorso per nulla lineare nel quale i movimenti interiori sono molteplici, i vissuti talora contrastanti (il transfert da positivo può divenire ambivalente o negativo) e si intrecciano con le condizioni sociali, i fatti della vita, le libere scelte delle persone alle quali appartiene la vita e a loro (magari supportate) sempre compete dove, come e con chi vivere.

In questo processo si può affrontare la sofferenza, il dolore mentale, il male, il senso della morte e di come

essa si inserisce in quell'esperienza che chiamiamo vita. Tenendo conto delle convinzioni, religiose, etiche, filosofiche e di quanto ciascuno ha maturato rispetto a temi esistenziali personali.

La legge sul consenso informato e le DAT (legge 219/2017) prevede:

“Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca” (art. 1 comma 4) e a fronte di questo “ Il medico È tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.” (art 1, comma 6)

È questa la nuova frontiera che non vale solo per il fine vita ma per la vita intera compresa la morte. O il paziente psichiatrico sempre potenzialmente incapace, è un cittadino con meno diritti e meno doveri?

La legge disciplina anche questa eventualità ma la stragrande maggioranza dei pazienti dei DSM italiani è considerata capace. Lo psichiatra deve collaborare paritariamente con paziente, accettare tutte le sue preferenze, anche quando non condivise e comunque rispondere di eventuali reati o danni, specie se in sede giudiziaria si dirà che la persona era incapace o da sottoporre a TSO? Quindi persone sempre vulnerabili e “minorabili” anche ex post. Ma di chi si è fidato lo psichiatra, con chi ha cercato di costruire una difficile alleanza? Una situazione che può alimentare lo stigma verso il paziente psichiatrico, e attivare una sorta di andamento circolare della responsabilità che dal va medico al paziente per ritornare sempre e solo sul medico. Con queste premesse si rischia di non essere utili ai pazienti.

La psichiatria deve preservare al massimo grado il proprio mandato di cura vedendo la centralità della

persona sempre inserita nella comunità. Le condizioni di rischio esplicite vanno conosciute e gestite con le altre istituzioni. Si pensi, ad esempio, ai femminicidi, allo stalking dove sono necessarie molteplici azioni (di protezione delle potenziali vittime) e quella di cura, assai difficile, va tutelata sotto ogni profilo. Questo sia per dare la necessaria tranquillità dell'operatore che deve accogliere, ascoltare, non giudicare e per consentire alla persona di potersi con-fidare, aprirsi, senza dover temere alcuna conseguenza (informativa ecc.).

Se il paziente viene percepito come pericolo, e tale è per le sue condotte, chi potrà/vorrà curarlo? Magari correndo il rischio di essere chiamato a rispondere per un atto gravissimo commesso dallo stesso? Questo mina alla base la possibilità di attuare ogni programma di cura. Non vi può essere una responsabilità "da contatto" questo sia in ambito pubblico che privato.

Il compito del medico psichiatra è assai difficile e ciò va riconosciuto e tutelato anche socialmente. A maggior ragione quando vengono approvate leggi che affidano allo psichiatra il compito di curare persone autrici di reati.

Dobbiamo prenderci cura di situazioni cliniche molto articolate che richiedono interventi medici, psicologici e sociali. La relazione di cura è centrale per entrare il mondo dell'altra persona, per costruire fiducia, elaborare aspetti della propria vita psichica inconscia, produrre cambiamento. Questo può avvenire solo nel rispetto dei diritti, della libertà nella responsabilità. Il percorso di superamento dell'OPG ha evidenziato la necessità di modelli di intervento non solo clinici e abilitativi (incentrati sul budget di salute) ma anche azioni volte alla comprensione del reato, delle sue conseguenze, alla riparazione possibile. Questo entro uno scenario di senso nel quale vengono ad avere rilievo gli aspetti culturali, le convinzioni, la religione ed i riferimenti familiari e sociali. Si tratta di percorsi non lineari, nei quali nel tempo possono variare fortemente i profili di rischio e per questo è essenziale costruire e mantenere (per quanto possibile) una forte alleanza con la famiglia e il contesto.

Un fattore che spesso concorre alle cause legali è spesso il rapporto con la famiglia, la quale magari assente, delegante che si attiva a fronte di un incidente potendo ad attivare il percorso giudiziario. È cruciale definire e condividere i rischi e comporre ex ante le possibili divergenze.

CONCLUSIONI

Lo scorso anno abbiamo celebrato il quarantennale della legge 180 ma il legislatore e la giustizia devono prendere ancora prendere pienamente atto delle evoluzioni avvenute nella salute mentale italiana. A tal fine sarebbe necessaria la revisione del codice penale e di procedura penale che ancora fanno più riferimento alla legge 36/1904.

I pazienti sono a pieno titolo cittadini, titolari della loro vita. Per questo sotto il profilo legislativo occorre superare il doppio binario, pericolosità sociale e misure di sicurezza. Va garantito il diritto al processo. Se il cittadino è libero e agisce i propri diritti e quindi il consenso alle cure con il diritto a rifiutarle, non si può poi applicare al medico psichiatra la posizione di garanzia in particolare di controllo in quanto non solo significa chiedere un compito umanamente e professionalmente impossibile ma riporta a pensare la persona con disturbi mentali come totalmente incapace (naturale) e agita lo spettro dell'obbligatorietà (TSO) che invece andrebbe superato. Questo minerebbe alla base ogni processo di cura e responsabilizzazione. Se psichiatra e paziente sono su un piano paritario, la relazione terapeutica va tutelata al massimo grado possibile (segreto professionale ecc.) e in questo spirito bisognerebbe superare il codice Rocco che ancora vede il medico e lo psichiatra implicati nel controllo sociale tipico del regime mediante referti ecc.. Compiti dai quali gli psichiatri dovrebbero essere esentati.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO nella mozione del 12 dicembre 2015 aveva ritenuto "di dover raccomandare l'inserimento nel Testo Unificato "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale

sanitario” della previsione che il medico psichiatra non è penalmente responsabile degli atti penalmente rilevanti compiuti dal proprio paziente”. Una richiesta assai autorevole che il legislatore non ha fatto propria ma che rimane assai attuale e necessaria.

Non si tratta, sia chiaro, di invocare l’impunità dello psichiatra che deve rispondere alla legge ma di un pieno riconoscimento della difficoltà del compito (art 2236 c.c.) e chiara esplicitazione i limiti della disciplina (“Sapere di non sapere”) a fronte di una presunta onnipotenza terapeutica e dell’espansione diagnostica di una parte della psichiatria che non cura ma burocraticamente si trova collaterale al potere (assicurativo o giudiziario o politico).

O la giustizia ha ancora in mente una psichiatria “paternalistica” che orienta, guida, sceglie al posto del paziente assumendo un malinteso ruolo parafamiliare. L’intensità della relazione di cura può essere molto forte ma deve restare una relazione professionale con limiti invalicabili.

Le Aziende Sanitarie devono tutelare la sicurezza e quindi proteggere anche sul piano giudiziario tutti gli operatori, facendosi anche parte attiva non solo nella loro difesa nei procedimenti giudiziari ma anche nel determinare insieme alle associazioni professionali e sindacali, le condizioni per l’esecuzione del lavoro.

In questo quadro occorre garantire allo psichiatra “il privilegio terapeutico” per preservare l’unico mandato possibile quello di cura. Un privilegio che non richieda un’impossibile posizione garanzia di controllo e assicuri allo psichiatra la piena tutela del segreto professionale come condizione essenziale della terapia.

È ciò che ci chiedono le persone con disturbi mentali ben diverse da quelle che come ancora vengono rappresentate, persone che hanno pieni diritti e doveri e in grado di decidere della loro vita. È ciò che serve per dare sicurezza e futuro al mandato di cura del medico psichiatra.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

* *Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma*
ppellegrini@ausl.pr.it

BIBLIOGRAFIA

1. Ariatti R., *Responsabilità dello psichiatra operante nel Servizio sanitario nazionale*. in Volterra V. (a cura di) *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Masson ed., 2006
2. Bassi M. & Siracusano A., *I doveri dello psichiatra*. *Psichiatria di Comunità*, 2008, VII, 1: 1-3.
3. Biondi M., Iannitelli A., Ferracuti S., *Sull'imprevedibilità del suicidio*, *Riv Psichiatr* 2016; 51(5): 167-171
4. Biondi M., Boccaro P., Corrivetti G., Digiannantonio M., Ferracuti S., Nicolò G., Perin i R. Pompili E., Vaggi M., Veltro F., *Chiusura degli OPG. Benissimo, ma gli psicopatici non possono stare nelle nuove REMS* *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, L, 1: 136-140
5. Borgna E., *Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria*. Feltrinelli, 1999
6. Catanese R., *Obbligo di cura: aspetti legislativi, modalità operative e pratiche di presa in carico*. Relazione al VI Seminario del corso Tra responsabilità di curarsi e diritto alla cura, Roma, 20 giugno 2007. Internet: <http://www.psychiatryonline.it/ital/progettoobiettivo2008/catanesi.htm>.
7. Catanese R., *La responsabilità dello psichiatra ai tempi delle REMS*. *Rassegna Italiana di Criminologia*, Anno XI n.3/2017 182-192
8. Comitato Esecutivo della Società Italiana di Psichiatria (SIP) *Il dialogo necessario tra la Sanità che Cura e la Giustizia che Custodisce. Valutazioni e proposte della SIP* *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, L, 1: 130-134
9. Comitato Nazionale per la Bioetica, *La Contenzione: Problemi Bioetici*. 23 aprile 2015
10. Consiglio Nazionale della FNOMCeO, *Mozione del 12 dicembre 2015*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, L, 1: 135
11. Cupelli C., *Dagli OPG alle REMS: un ritorno alla medicina custodiale?* *Diritto Penale Contemporaneo* 23 dic. 2016
12. Cupelli C., *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida*, *Diritto Penale Contemporaneo*, 21 marzo 2016, p. 11
13. Dinelli U. *La contaminazione giudiziaria della psichiatria*. *Problemi in psichiatria*, 2003, 32: 33-50.
14. Draetta G., Parvis, *La responsabilità professionale in neurologia e geriatria*. Sinapsis e Lingomed, 2009.
15. Feola T. *Orientamenti della Cassazione penale in tema di responsabilità professionale dello psichiatra* *Minerva Medico-Legale*, 2009, 128: 105-111.
16. Fiori A. & Buzzi F., *Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medicolegali alla luce della sentenza della Cassazione Penale n. 10795/2008* *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2008, 6: 1419-1454.
17. Fornari U. & Jordan S., *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
18. Galimberti U., *I miti del nostro tempo*. Feltrinelli, 2009.
19. Galli P.F., *L'identità terapeutica nel regno dell'incertezza*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, 1: 47-58
20. Gentilomo A., Travaini G., D'Auria L. *Medico e giustizia*. Raffaello Cortina Editore, 2009.
21. Greco O., Catanese R. *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Piccin Editore, 1990.
22. Hoyer G., *La coercizione in psichiatria. Il concetto, le sue possibili misurazioni*. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 2003, 2.
23. Insolera G., "Brevi considerazioni sulla responsabilità penale omissiva dello psichiatra", in *Ind. pen.*, 1990.
24. Landolfi C., "L'aporia della coercizione terapeutica per "malattia mentale" in un ordinamento liberaldemocratico: analisi del T.S.O. nella prospettiva delle misure praeter delictum" *Diritto Penale Contemporaneo*, 5/2018 5-18
25. Longhin L., *Una condanna conseguenza di una cultura epistemologica positivista e pseudoscientifica e di una ambiguità dell'identità dello psichiatra*. 2009. Link web: www.psichiatria.it > Articoli e News > La vicenda processuale del Dott. Pozzi > Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra.
26. Manacorda A., *Responsabilità dello psichiatra per il fatto commesso dall'infermo di mente. Prime riflessioni*. in *Foro it.*, 1988.
27. Marchetti M., Volterra V. *Responsabilità dello psichiatra*. In Volterra V. (a cura di) *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Masson ed, 2006.
28. Negroni, A.A. *Sul concetto di "trattamento sanitario obbligatorio"*. *Rivista AIC Associazione Italiana Costituzionalisti*, 4-2107,

29. Nivoli GC., Loretto L., Sanna M., Nivoli A., Milia P., Nivoli L., *Valutazione del paziente violento e aggressivo e modi di intervento* In Volterra V. (a cura di) *Psichiatria forense, criminologia e etica psichiatrica*, Masson ed, 2006.
30. Pellegrini P., *Sulla responsabilità in psichiatria*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2008, XLII, 3: 295-300.
31. Pellegrini P., *Riflessioni sull'identità degli operatori in psichiatria*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 4: 545-558.
32. Pellegrini P., *Ancora sulla responsabilità in psichiatria*. In *Psicoterapia e Scienze Umane*, vol XLIV N° 2, 207-228 Ed. Franco Angeli, 2010
33. Pellegrini P. *Alcune riflessioni sulle Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie*. *Psicoterapia e Scienze Umane* vol. XLVII, N°4, 658-662 Ed. Franco Angeli 2013
34. Pellegrini P., *Per una psichiatria senza Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. Franco Angeli, 2015
35. Pellegrini P., *Se lo psichiatra è "colpevole" per il suicidio di una sua paziente*. *Quotidiano Sanità*, 9, ottobre 2016 http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=43750&fr=n
36. Pellegrini P, Paulillo G., Pellegrini C., *La medicina custodiale? Non è possibile*. in *L'Altro*, anno XX n. 1 Gennaio-Giugno 2017, 23-27
37. Pellegrini P., *Il paziente psichiatrico suicida od autore di reato. Contenuti e limiti nei doveri di cura*. *Rassegna Italiana di Criminologia* Anno XII, N.2 2018, 96-104, Pensa MultiMedia Ed.
38. Piza G., *L'apertura delle REMS psichiatriche: premesse e conseguenze*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2016, L, 1: 123-129.
39. Piccione D. *Il pensiero lungo*. Franco Basaglia e la Costituzione. Alpha beta Verlag, Merano (BZ) 2013
40. Pompili P., Nicolò G., Ferracuti S., *Dagli Opg alle Rems. Ma i medici non possono fare i poliziotti*. in *Quotidiano Sanità*, 2 novembre 2016
41. Ponti G., Merzagora I., *Psichiatria e giustizia*. Raffaello Cortina Editore, 1993.
42. Pozzi E., *Responsabilità in psichiatria: una nota*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2008, XLII, 2: 219-223.
43. Pozzi E., *Posizione di garanzia: premessa necessaria per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, XLIX, 3: 480-486.
44. Rossi S. (a cura di), *Il nodo della contenzione. Diritto, psichiatria, dignità della persona*. Alpha Beta Verlag, Merano, 2015.
45. Scapati F, Suma D. & Ferrannini L., *Il tema dei confini dell'agire psichiatrico. Considerazioni a margine della sentenza della Cassazione 10795, IV Sez. Pen. (Dep. 11.3.2008)* *Psichiatria di Comunità*, 2008, VII, 4: 222-231. Edizione su Internet: http://www.psichiatriadicomunita.it/upload/documenti/PDF20081125_6210877.pdf
46. Tarantino C., *La strategia della lumaca. Appunti sulla dimissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2015, XLIX, 3: 447-463.
47. Venturini E., *Riflessioni su una sentenza* Fogli di Informazione, 2008, 01-06: 207-210
48. Venturini E., Casagrande D., Toresini L., *Il folle reato. Il rapporto fra responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*. Franco Angeli Ed., 2010
49. Venturini E., in De Mattos V *Una via d'uscita. Per una critica della pericolosità sociale e della misura di sicurezza. L'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Belo Horizonte*. Alpha Beta Verlag, Merano (BZ), 2012.
50. Volterra V. (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*. Masson, Milano, 2006.
51. WHO Quality Rights Tool Kit *Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. 2012
52. Zaccariello R., *Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra per condotte auto- o etero-lesive poste in essere dal paziente*. Relazione al convegno La responsabilità professionale dello psichiatra: il primato della clinica e la posizione di garanzia, Bologna, 21 novembre 2008. Vedi sito web <http://www.psichiatria.it> > Articoli e News > La vicenda processuale del Dott. Pozzi > Questioni in tema di responsabilità penale dello psichiatra.



OLTRE LO SPECCHIO

Qualcuno volò sulla villa

2018-2019

E.S

L'accendino è legato con lo scotch ed è appeso al muro con una corda. È d'uso pubblico. Qui non si può tenere accendini, forbici, phon, lamette o farmaci portati da casa — oggetti potenzialmente pericolosi.

Il secchiello di plastica è bucato dalle tante sigarette spente contro, e due enormi recipienti neri sono pieni di cicche e di ceneri. Cristina finisce una sigaretta e ne accende subito un'altra. Fuma 7 – 8 pacchetti al giorno. Il nome "Cristina" non le si addice. Nessun nome femminile le si addice. Capelli corti, zigomi pronunciati, fisico asciutto mascolino e voce rauca fanno pensare che sia finita nel reparto "Donne" per errore. Il primo racconto su come ha dato il cazzotto in faccia ad uno a Ibiza sembra solo una casualità. Poi segue un calcio alle palle ad un poliziotto, la sigaretta spenta sulla mano di un tizio prima chiamato al duello, il vetro di una finestra rotto con un pugno, e si capisce che Cristina è una che mena. Dai suoi racconti traspare un certo orgoglio delle imprese ma le motivazioni sono poco chiare. Non è chiaro cosa faccia scaturire la rabbia ma è meglio tenersi alla larga. In un momento di calma alla domanda "cosa hai?" risponde di essere schizoaffettiva. Non è la prima volta che finisce alla Villa, e non si sa quanto ci dovrà rimanere.

Sono la maggioranza quelle che si ritrovano alla Villa di nuovo, e che non sanno quando ne usciranno.

Le altre accolgono le novelline assicurandole: una volta che sei finita qui, ci ritorni.

A tutta conferma, senti le infermiere che salutano "ciao, Franca, sei di nuovo qui", oppure "ciao, Barbara, mi ricordo di te dall'anno scorso".

Il ricovero è del tutto volontario, nessuno ti costringe ad entrare ne ti obbliga a rimanere. Ti consigliano.

Così l'ucraina Natalia si ritrova qui per la decima volta. Si diverte a dire di aver già preso la residenza alla Villa. Non sta mai ferma, è sempre in giro per il reparto a salutare le vecchie compare, conoscere le nuove arrivate, ad arrotolarsi le sigarette nella sala fumatori, telefonare agli improbabili amanti e alla sua educatrice assegnata che ogni tanto la porta fuori a fare un giro. Fa dei discorsi sensati ma confusi nella cronologia: personalità borderline, andando a ritroso, ci si ritrova in un cocktail fatto di marito traditore, le vene tagliate, un infarto a soli 40 anni, pasticche ingurgitate tutte insieme che potevano ridurla ad uno stato di vegetale, la perdita di lavoro che

ha indotto la depressione, un figlio nato in Ucraina in seguito ad una violenza subita, il padre alcolizzato morto impiccato quando lei aveva 5 anni... Natalia assume una quantità di farmaci che sembrano essere uno per ogni disgrazia capitata. Nella vita fuori dalla Villa prende pure la pensione di invalidità e vive in un appartamento dello Stato, fortunata nella sua sfortuna. Il Dottore la dimette proprio in tempo per andare ad incassare la pensione, e le consiglia di andare in Ucraina a cambiare l'aria.

Cambiare l'aria o tornare alle proprie origini a scopo terapeutico? Il numero delle straniere alla Villa è in aumento. Il disagio non sembra fare distinzioni di origine, la differenza sta solo nella capacità linguistica di esprimerlo. Cosa ardua curare una cinese che non spiccica una parola di italiano e che tenta di scappare, mettendosi dietro le spalle dei visitatori che stanno uscendo, o dal giardino recintato. I suoi ingenui tentativi di parlare con il personale in cinese sembrano già una follia di per sé, e per quanto la giovane dottoressa, fiduciosa della forza di Internet, tentasse di usare *Google Translate*, la poveraccia spesso si infuria e finisce regolarmente seduta e legata al letto.

La saletta fumatori è impregnata di odore di fumo che non va più via, nonostante il ventilatore e l'aspirazione forzata. Impossibile starci a lungo ma è proprio lì che ci si ritrova e si riesce a scambiare qualche parola. Le fumatrici sono più estroverse e si raccontano. Nicoletta indossa sempre un giubbotto col cappuccio ed a volte ci dorme anche. Sembra una ragazzina ma in realtà ha 38 anni. Intorpidita dai farmaci, fa un po' paura perché non si sa se è in grado di controllarsi o è capace di un qualche gesto improvviso. Parla come al rallentatore, e ci vuole un discreto sforzo per tirarle fuori le parole, ed uno sforzo più grande per mettere insieme il puzzle della sua vita sconclusionata fatta di casa in Romania persa dai genitori e consegnata alla mafia romana per debiti quando lei aveva 17 anni. Dice che si era ritrovata per strada, e che i genitori sono morti ma che – nello stesso tempo – sono andati a vivere nella casa dei nonni.

Lei non sa se sono vivi, e non lo vuole sapere ma

vorrebbe sapere perché l'hanno abbandonata e perché le hanno fatto questo.

Allora ha cominciato ad avere le allucinazioni, vedere gli extraterrestri che venivano a prenderla, e si ritrovava regolarmente nei manicomi in Romania che in confronto alla Villa sembravano vere prigioni. Non poteva mancare un fidanzato ed il suo amore finito, per il quale si è tagliata le vene, e con il quale ora (sposato e con figli) è amica. Ah, prima ancora, all'età di 8 anni, è rimasta coinvolta in un incidente d'auto, così ora porta una specie di apparecchio ai denti, e il ginocchio mal operato le fa sempre male. Poi venne in Italia a fare le pulizie ma il fatto di non conoscere la lingua le provocava un forte disagio (eppure dice di conoscere il turco perché ci ha lavorato in Romania). Qui dovrebbe avere fratelli e/o sorelle ma sembrano più personaggi immaginari, in quanto nessuno, a parte l'educatrice, viene mai a trovarla.

Nicoletta è riconosciuta come invalida, fuori dalla Villa frequenta un laboratorio di cucito del Comune, ma il giorno dopo non si ricorda più cosa aveva imparato. Etichettata la schizofrenia, in seguito promossa alla doppia personalità. I dottori le dicono che da questa malattia non si guarisce, ma poi aggiungono che lei si deve aiutare da sola. Certo è che con questi ammonimenti la personalità potrebbe diventare anche quadrupla. «*Ma io credo che si guarisce se si vive in una situazione tranquilla, casa, lavoro, impegno*», scandisce la ragazza e viene dimessa dopo un mese in una realtà dove spesso nemmeno le persone sane possono vantare di avere questi punti fermi.

All'arrivo di un'altra signora romana si insinua il dubbio di un'epidemia (ancora borderline), o che il vivere lontano da casa sia nocivo alle menti fragili. Mioara ha il volto sfigurato, e al posto dell'occhio destro porta un cerotto incrociato. «La signora ha perso l'occhio in un incidente», ripete il Dottor Bianchi ai suoi colleghi ogni mattina durante la visita. Mioara non ne parla mai, però racconta molto volentieri e con tutti i particolari della sua diarrea che ha da quando è stata ricoverata. Nei primi giorni dorme, seduta, dalla mattina alla sera. Tiene il te-

lefono con la suoneria accesa ma non vuole rispondere: «ma non capiscono che non ho voglia di parlare!?!».

Quando riprende un po' il ritmo del soggiorno, dice che era già stata ricoverata alla Villa, ma nel reparto intensivo (quello dove ti portano con ambulanza e con urgenza), e le piaceva di più: la sala era più grande, il giardino più grande, conosceva tutti gli infermieri... Vive in Italia da 12 anni, ed è depressa da cinque: vedeva gente e animali che volevano farle del male, e si voleva uccidere. Neppure per lei avere figli qui vicino (come anche per Natalia), ed essere pure diventata nonna mentre era ricoverata, costituisce una ragione sufficiente per andare avanti. Quando entrano le infermiere, la conversazione si placa. Entrano a fumare, e seppure non esistono segreti per loro che conoscono vita, morte e miracoli delle pazienti, le cure che devono fare, le medicine che prendono, e persino se sono andate di corpo, per una regola non scritta non si colloquia con il personale nella saletta. Sono come delle mamme, gentili, sorridenti ed amichevoli ma ferme e decise nel caso di uno sgarro, di un attacco o disobbedienza. Però proteggono gelosamente il loro territorio, quello dell'infermeria. Bisogna bussare ed attendere fuori con gli occhi pieni di speranza finché non facciano entrare. L'unica che non sotto sta alla regola perché ignora la sua esistenza, è la Cinese, di cui nessuno capisce le richieste.

La Manuela invece le richieste non le fa ormai da trent'anni. Si racconta che una volta conosceva quattro lingue ed aveva una casa in città ed una casa al mare, ora controcambiate con la fissa dimora alla Villa. Rari capelli bianchi e sguardo fisso penetrante di occhi neri che mette al disagio proprio perché non si sa se è capace di comprendere, o se forse comprende più di tutti gli altri. Di giorno è seduta nella poltrona, legata da una cintura speciale. Ore ed ore di silenzio assoluto all'improvviso vengono interrotte da un battere insistente con i piedi per terra. «Stai calma, Manu, stai calma», cercano di quietarla gli infermieri, ripetendo tutte le mattine e sere la somministrazione del cibo, le cure di igiene, la messa a letto, le punture ed altri riti volti a mantenere in vita

questo corpo irrimediabilmente abbandonato dalla mente.

Scherzi balordi che fa la mente. Sandra dice le cose sensate ma nel tempo che ci mette a far uscire le parole di bocca, le lumache hanno già fatto il giro della Villa. Non più giovane, anziché crogiolarsi nella sua depressione a casa in solitudine, preferisce il ricovero. L'età avanzata, mista a certi farmaci, provocano incontinenza. Sabrina, che è più giovane ed ha l'aspetto di una distinta signora della città "bene", confessa simili episodi capitati nell'ascensore. Li rivela in uno di quei rari momenti in cui riesce a parlare. Con lei l'arte della sedazione ha raggiunto il suo massimo. Passa tutto il tempo a letto, e quando, nel totale smarrimento, viene nella saletta fumatori, le gambe non stanno mai ferme, il tic le fa battere il passo in un lento "cha cha cha". È alla Villa da qualche mese ormai, e non se ne vede la fine.

Quella del sedare pare sia la principale cura praticata. Le nuove arrivate nei primi giorni dormono beatamente, come se fosse indispensabile anzitutto acquietarle, per farle abituare alla loro nuova sede. Il carrello con le pasticche che gli infermieri portano in giro a turno, è più fornito di una farmacia. Finita la cura del sonno, subentra il "Progetto terapeutico personalizzato" che è puramente farmacologico. Il Dottor Bianchi ogni mattina durante il giro medico in meno di 10 minuti sentenzia la diagnosi, condividendola solo con il suo staff, e prescrive le pillole. Il Dottore è anziano, e ne ha già viste e riviste nella sua lunga carriera o forse nella sua vita fin da piccolo. La Villa, fondata all'inizio del '900 da un Dottor Bianchi, è gestita dalla responsabile amministrativa Anna Bianchi, i farmaci li distribuisce Marco Bianchi, il responsabile del RAQ è Francesco Bianchi, per le tecnologie risponde Luca Bianchi. Una macchina psichiatrica di famiglia ben avviata da oltre un secolo che segue l'evolversi della Sanità pubblica e si adegua ai progressi della chimica applicata alle cellule impazzite nel cervello, medicando il sistema nervoso e lasciand o scoperta l'anima. I pazienti diventano utenti, la Villa per un po' mette al sicuro dalle fonti esterne di sventure laddove il disagio si è impossessato ormai

del raziocinio. La malattia si cronicizza, non si ha più il controllo della propria vita, la sopravvivenza è affidata agli *mg* di psicofarmaci. La sospensione arbitraria garantisce la ricaduta, ed ogni ricaduta è più cattiva di quella che ti ha fatto arrivare alla Villa. Non si parla mai di guarigione definitiva, si auspica il mantenimento di condizioni di vita al limite della sopportabilità, attenuazione dei sintomi, ma una volta che la sofferenza è entrata, ci rimane. E una volta che sei finito alla Villa, ci ritorni.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

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

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

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni 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