Fondazione onda
Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

La salute mentale in Italia
Sintesi Libro bianco 2019

FrancoAngeli Editore

Introduzione

La salute mentale è parte integrante dello stato di salute generale e si identifica in una condizione di benessere emotivo e psicologico indispensabile per il funzionamento individuale e sociale, per prendersi cura di sé stessi adeguatamente e in maniera autonoma, per stabilire relazioni interpersonali, per avere un ruolo attivo nella società e per saper reagire agli avvenimenti esterni e ai conflitti interiori.
I disturbi psichici sono in continuo aumento nella popolazione e sono ancora oggi soggetti a una forte stigmatizzazione, fondata su stereotipi e luoghi comuni, spesso alimentati dai media, che associano la malattia mentale a un pregiudizio di pericolosità e inguaribilità. Lo stigma alimenta il senso di vergogna e il timore di chiedere aiuto, ritardando la diagnosi e ostacolando l'accesso alle cure.
In questo panorama, Fondazione Onda è da diversi anni impegnata nella promozione e nella tutela della salute mentale, in particolare sul fronte della depressione e della psicopatologia perinatale.

Questo e-book è la sintesi del Libro bianco sulla salute mentale, pubblicato nel 2019 con Franco Angeli e presentato in una conferenza stampa a Milano e si propone di fare il punto sulle principali patologie psichiatriche nel nostro Paese attraverso i contributi di autorevoli esperti, trattando vari argomenti: dalla depressione ai disturbi d'ansia, dalle psicosi al disturbo ossessivo compulsivo, dai disturbi del sonno alle dipendenze, prendendo in considerazione le modalità terapeutiche e dedicando l'ultima parte al ruolo del caregiver, alle iniziative per contrastare lo stigma e alle associazioni a sostegno del malato psichico.
L'auspicio con questo e-book è facilitare la lettura, offrendo gli spunti principali emersi in ogni capitolo del Libro bianco e sollecitare sempre più il ruolo delle Istituzioni nel potenziare gli investimenti che possano garantire, su tutto il territorio, il diritto alla cura e l'integrazione sociale delle persone affette da disturbi psichici.

Francesca Merzagora
Presidente Onda

Cap. 1 – La depressione

1.1. Inquadramento generale, di *Mario Amore*[*], *Gianluca Serafini*[*], *Jacopo Nebbia*[*]

L'umore può essere definito come la tonalità pervasiva che fa da fondo alla realtà soggettiva, influenzando la percezione di sé, degli altri e dell'ambiente in generale. I disturbi a esso legati sono caratterizzati da alterazioni abnormi dell'umore che si manifestano in episodi o fasi, spesso di natura ricorrente, e si distinguono in disturbi bipolari e disturbi depressivi o unipolari. Questi ultimi si caratterizzano per la presenza di esperienze di vuoto, tristezza o irritabilità, accompagnate da cambiamenti somatici e cognitivi che influenzano il normale funzionamento dell'individuo.
Data la sua diffusione e il crescente impatto economico e sociale, l'OMS ha definito la depressione come "malattia del secolo". Ad oggi, sono circa 300 milioni le persone nel mondo colpite dalla depressione, che si appresta a diventare la prima causa di disabilità a livello globale.
La depressione maggiore può arrivare a coinvolgere quasi un individuo ogni 5, colpendo prevalentemente le donne e registrando un'elevata incidenza negli adolescenti e nei giovani adulti, che decresce con l'avanzare dell'età, sebbene alcuni studi mettano in evidenzia come periodi particolari della vita o la comorbidità con altre patologie tipiche dell'anziano aumentino il rischio di sviluppare un disturbo depressivo.
L'esordio può avvenire dunque a qualsiasi età e la comparsa del primo episodio è attestata intorno ai 25 anni. Il decorso si sviluppa in episodi ricorrenti che si alternano a periodi di benessere. Circa un quarto dei pazienti va incontro a una cronicizzazione del disturbo, il cui esito più nefasto è il suicidio: nei pazienti affetti da disturbi dell'umore un individuo su tre commette un tentativo di suicidio almeno una volta nella vita.

** Ospedale Policlinico San Martino, Genova; Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università degli Studi di Genova.*

1.2. La depressione nel perinatale, di *Roberta Anniverno*[*]

Nei giorni immediatamente successivi al parto, il 30-85% delle donne sperimenta instabilità emotiva e deflessione dell'umore, dovuti al brusco calo ormonale estrogeno-progestinico. Si tratta di un periodo piuttosto breve, caratterizzato da sintomi transitori, e definito "baby blues". Tuttavia, si stima che circa il 20% dei casi evolva in un vero e proprio episodio depressivo maggiore nel corso del primo anno successivo al parto.
La depressione post partum è una forma di depressione clinica che colpisce le donne e, meno frequentemente gli uomini, il cui esordio può avvenire già in gravidanza o comunque entro i primi mesi dopo il parto. Se non trattata adeguatamente può avere effetti avversi sul benessere della madre e sullo sviluppo cognitivo, comportamentale ed emotivo del bambino.
Tratti ansiosi e controllanti e una tendenza al perfezionismo nella personalità della donna

complicano l'approccio alla maternità e costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo di un episodio depressivo. A ciò si aggiungono fattori di rischio ambientali riguardanti la relazione di coppia e le eventuali complicanze del bambino alla nascita o nell'allattamento.
Tra gli interventi terapeutici suggeriti ai pazienti con depressione post-partum risultano particolarmente efficaci la terapia cognitivo comportamentale e la terapia interpersonale.

** Responsabile del Centro Psiche Donna, ASST Fatebenefratelli Sacco - Ospedale Macedonio Melloni, Milano.*

1.3. La depressione negli anziani, di *Emilio Sacchetti*[*]

L'innalzamento dell'aspettativa di vita e il progressivo invecchiamento della popolazione impongono di ripensare la depressione dell'anziano come un problema di rilevanza primaria, che necessita per le sue peculiarità di un'adeguata politica sanitaria e di un'azione congiunta di psichiatri e medici specialisti.
I tassi di incidenza della depressione maggiore negli anziani sono assimilabili a quelli relativi alle altre fasce d'età, con valori addirittura inferiori rispetto a quelli registrati per i giovani adulti. Coinvolgono invece circa il 10-15% della popolazione anziana ulteriori disturbi depressivi, come quello bipolare o persistente, quelli indotti da sostanze o dovuti a una condizione medica generale.
Negli anziani i disturbi depressivi si manifestano spesso in comorbidità con ansia, insonnia e disturbi neurocognitivi, che complicano ulteriormente la diagnosi di depressione. Si aggiungono le condizioni di comorbidità con le malattie cardiovascolari, le sindromi metaboliche, i processi a carico dell'apparato muscolo-scheletrico e le condizioni cliniche croniche, spesso alla base delle limitazioni funzionali e della perdita di autosufficienza.
Oltre agli interventi farmacologici, che andrebbero limitati alle sole polifarmacoterapie, molto può esser fatto modificando lo stile di vita, adottando un regime alimentare a restrizione calorica o la dieta mediterranea, entrambe con effetti positivi sull'umore, e svolgendo un'adeguata attività fisica che contrasta lo sviluppo di malattie cardiovascolari e metaboliche e ha una comprovata efficacia antidepressiva.

** Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Sudi di Brescia.*

1.4. Comorbidità della depressione, di *Giancarlo Cerveri*[*], *Francesca Stramesi*[*]

Per comorbidità si intende la presenza contemporanea di patologie diverse in uno stesso individuo e, in psichiatria, di più disturbi contemporaneamente nella stessa persona.
Le patologie psichiatriche più frequentemente associate alla depressione sono l'abuso di sostanze, di alcol, i disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo compulsivo e la fobia sociale. I disturbi d'ansia sono presenti nel 70% dei pazienti affetti da depressione maggiore.
Nel 25-50% dei casi, i soggetti colpiti da schizofrenia vanno incontro a episodi depressivi, come pure i disturbi di personalità del cluster B sono spesso associati alla depressione maggiore. L'80% dei pazienti psichiatrici presenta inoltre comorbidità per patologie mediche che risentono di un peggioramento, in particolare i tumori, le malattie cardiovascolari,

l'ipotiroidismo, la sindrome del colon irritabile, l'insufficienza renale, la fibromialgia.
Risulta inoltre frequente l'associazione della depressione con le malattie neurologiche, di cui essa rappresenta spesso la complicanza maggiormente associata al Morbo di Parkinson e all'Alzheimer. L'incidenza dei disturbi depressivi aumenta inoltre nei pazienti, soprattutto donne, affetti da sclerosi multipla.

** Dipartimento Salute mentale e dipendenze, ASST Lodi.*

1.5. La depressione maggiore: diagnosi e trattamenti, di *Andrea Fagiolini[*], Pier Francesco Laurenzi[*], Simone Bolognesi[*], Serena Piccione[*], Aurora Santucci[*], Costanza Taddeucci[*], Arianna Goracci[*]*

La modalità di classificazione nella diagnosi per i disturbi depressivi riflette l'estrema eterogeneità del profilo clinico del paziente depresso e, conseguentemente, non esiste un singolo antidepressivo efficace per tutti i pazienti. Il trattamento di prima scelta per la depressione maggiore include l'impiego di farmaci per condizioni di entità grave, media e in alcuni casi lieve. I farmaci di seconda generazione (SSRI, SNRI) vantano maggiore tollerabilità e sicurezza rispetto a quelli di prima generazione, a fronte di una efficacia paragonabile.
Per quanto riguarda i trattamenti psicoterapeutici della depressione si annoverano interventi di prima e seconda scelta sia per l'episodio acuto che per il mantenimento. Nel primo caso il trattamento di prima scelta include la terapia cognitivo comportamentale, la terapia interpersonale e l'attivazione comportamentale: tutti questi rimedi hanno mostrato una buona efficacia nel trattamento dell'episodio acuto e, per quanto riguarda la terapia cognitivo comportamentale, anche nel mantenimento. Terapie di seconda scelta sono la terapia cognitiva basata sulla *mindfulness*, la psicoterapia dinamica a breve termine e il *problem - solving*.
Quando possibile è consigliabile, in termini di efficacia, un percorso di psicoterapia integrato al trattamento farmacologico della depressione soprattutto quando è grave. Circa il 70% dei pazienti con con un disturbo depressivo maggiore non risponde pienamente al trattamento. La terapia della depressione resistente include molteplici strategie terapeutiche tra cui ECT, TMS, agumentation con stabilizzatori dell'umore, combinazione di SSRI con altri antidepressivi, oppure ormoni tiroidei, oltre a ketamina ed esketamina.

** Azienda Ospedaliera Universitaria Senese; Università di Siena.*

Cap. 2 – L'ansia e i suoi riflessi sulla qualità di vita del paziente,

di *Giampaolo Perna*[*], *Tatiana Torti*[**]

I disturbi d'ansia colpiscono il 14% della popolazione europea e rappresentano i disturbi psichici maggiormente diffusi tra la popolazione generale.
L'ansia è un fenomeno emotivo caratterizzato dall'anticipazione del pericolo. La paura è la risposta che si innesca nel momento in cui incontriamo un pericolo, mentre il panico è il meccanismo di difesa che si attiva di fronte al pericolo interno fisico. Per comprendere la natura del fenomeno ansioso non è determinante l'intensità quanto invece il contesto di chi lo esperisce. I disturbi d'ansia comportano la perdita di alcuni aspetti della libertà individuale e ogni specifico disturbo ansioso tende a colpire aspetti differenti della funzionalità e della qualità della vita. In quest'ottica, il disturbo di panico con agorafobia si caratterizza per una perdita dell'autonomia e della libertà di movimento. L'attacco di panico induce chi ne è colpito a difendersi dalla possibilità che la crisi si ripeta, manifestando ansia anticipatoria e mettendo in atto delle condotte di evitamento fobico che limitano la propria autonomia e libertà di movimento.
La presenza di eccessiva apprensività aumenta la tendenza all'autocontrollo che porta l'individuo a vivere una vita sempre in difesa, evitando potenziali rischi e rinunciando a nuove opportunità. Le fobie infine conducono la persona a riorganizzare la propria esistenza al fine di evitare situazioni e luoghi legati al timore fobico.
Ogni disturbo d'ansia ha una propria specificità e richiede un intervento terapeutico *ad hoc*, spesso basato su un approccio integrato tra farmaci e psicoterapia, in particolare adottando la terapia cognitivo comportamentale che risulta essere maggiormente efficace.

** Humanitas University, Milano; Centro di medicina personalizzata per i disturbi d'ansia e di panico, Humanitas San Pio X, Milano; Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Villa San Benedetto Menni, Albese con Cassano - Como.*

*** Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale; Socio ordinario AIAMC.*

Cap. 3 – Le psicosi

3.1. Esordi psicotici, di *Eugenio Aguglia*[*], *Ludovico Mineo*[*]

Tutt'oggi non esiste una definizione univoca per ciò che viene indicato come "esordio psicotico", né i sistemi diagnostici forniscono criteri descrittivi a riguardo. In linea di massima si possono individuare tre possibili definizioni riferite a tre momenti di insorgenza dell'episodio psicotico: la comparsa di deficit cognitivi nella prima decade della vita; la manifestazione di allucinazioni, deliri ed eventuale comportamento disorganizzato; il momento della presa in carico del paziente con la richiesta di intervento psichiatrico e l'adozione di un trattamento farmacologico che può avvenire anche anni dopo la comparsa dei sintomi.
L'esordio delle psicosi avviene tra i 18 e i 25 anni negli uomini, poco più tardi nelle donne, tra i 25 e i 30 anni. La probabilità di esordio tende a decrescere con l'aumentare dell'età, annullandosi dopo i 45 anni.
Nelle donne, tuttavia, si registra un ulteriore picco di incidenza tra i 45 e i 50 anni, in corrispondenza del periodo post climaterio, probabilmente dovuto al venir meno di una funzione neuroprotettiva attribuita agli estrogeni. Il ritardo nella somministrazione del trattamento farmacologico dopo il primo episodio psicotico costituisce un fattore predittivo sfavorevole all'evoluzione di un quadro morboso, sostenuto dall'ipotesi di un effetto neurotossico indotto dall'episodio psicotico.
La terapia farmacologica è un approccio imprescindibile, ma non esclusivo, che necessita di essere integrato con un intervento psicoterapeutico individuale, un supporto psicoeducativo e psicologico rivolto alla famiglia nonché un progetto riabilitativo. Uno dei problemi più impattanti è rappresentato dalla prevenzione delle ricadute, cui va incontro un gran numero di pazienti spesso a causa di una mancata aderenza terapeutica e che richiede dunque una corretta selezione e un appropriato dosaggio dei farmaci e un regolare monitoraggio dei pazienti.

** Università degli Studi di Catania.*

3.2. La schizofrenia, di *Antonio Vita*[*], *Cesare Turrina*[**]

La schizofrenia presenta una frequenza di 5-10/1000 abitanti e un'incidenza annua di 10/100.000 abitanti. I fattori di rischio includono quelli genetici, le patologie del sistema nervoso centrale pre e perinatali, l'esposizione a sostanze di abuso.
Per la diagnosi di schizofrenia è necessario che si manifestino almeno due sintomi tra deliri, allucinazioni, linguaggio disorganizzato o catatonia, la cui durata deve protrarsi per almeno un mese, compromettendo il funzionamento lavorativo, delle relazioni interpersonali e della cura di sé. La malattia tende a un decorso cronico, con una persistenza dei sintomi negativi associati a una disabilità variabile, a cui consegue l'incapacità per le persone affette da schizofrenia di sostenere ruoli sociali di base e mantenere qualche tipo di lavoro o di

studio, oltre ad avere problemi nella cura di sé e nel gestire le necessità della vita quotidiana. Ne consegue che il 50-90% delle persone affette da schizofrenia non è autonomo, vive con familiari e amici che svolgono il ruolo di caregiver informali occupandosi della loro salute.
Ad aggravare ulteriormente il quadro contribuisce lo stigma tutt'oggi imperante nei confronti in particolare di questa patologia mentale che influisce negativamente sul paziente, suscitando in lui sentimenti negativi quali vergogna o colpa, e ostacola l'orientamento terapeutico della recovery che mira all'appropriazione di un'identità personale che vada oltre l'etichetta di malattia.

** Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Università di Brescia.*

*** Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia.*

Cap. 4 – Il disturbo ossessivo compulsivo

di *Guido Di Sciascio**, *Claudia Palumbo***

Il disturbo ossessivo compulsivo è una patologia psichiatrica complessa caratterizzata dalla presenza di ossessioni, ossia pensieri indesiderati nella mente del soggetto e da conseguenti compulsioni quali comportamenti o atti mentali che hanno lo scopo di ridurre o annullare l'ansia scaturita dalle ossessioni.
In Italia sono circa 800.000 le persone colpite da disturbo ossessivo compulsivo, che può presentarsi in qualsiasi età, con un'incidenza massima nella fascia 15-25 anni, arrivando a compromettere il corso di studi, la possibilità di lavorare e la normale vita di relazione.
Il disturbo si manifesta per un tempo significativo della giornata, spesso si cronicizza, o può avere un decorso gradualmente ingravescente, raramente episodico e seguito da una completa remissione dei sintomi. Presenta alti tassi di comorbidità con altri disturbi psichiatrici, in particolare con la fobia sociale e con il disturbo schizotipico di personalità.
I trattamenti più efficaci prevedono l'uso di terapie farmacologiche a lungo termine basate sull'impiego di SSRI e clomipramina, insieme all'adozione di una terapia cognitivo comportamentale, in particolare con la tecnica di esposizione e prevenzione della risposta associata a una ristrutturazione cognitiva.
La guarigione da questo disturbo è attestata tra il 50-85% dei casi, ma si stima anche che negli ultimi anni siano aumentati i tentativi di suicidio, pari al 14.6%.

** Dipartimento di Salute Mentale, ASL Bari. Segretario Nazionale della Società Italiana di Psichiatria.*

*** ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.*

Cap. 5 – Il disturbo bipolare: cause, sintomi, caratteristiche e cure.

di *Bernardo Dell'Osso*[*], *Riccardo Zanello*[*]

Il disturbo bipolare comprende diverse condizioni cliniche accomunate dalla presenza di alterazioni patologiche del tono dell'umore che possono manifestarsi con episodi di tipo depressivo o ipomaniacale e maniacale, la cui prevalenza è attestata tra il 2 e il 5% della popolazione generale, con una maggiore incidenza nel genere femminile.
Il disturbo bipolare si presenta altamente ereditabile, coinvolgendo una moltitudine di geni, a cui si associa il verificarsi di stressors psicologici o ambientali e alterazione del ritmo biologico, in grado di innescare il primo episodio. I pazienti affetti da disturbo bipolare manifestano maggiormente comportamenti suicidari: dal 20 al 40% dei pazienti bipolari mette in atto un tentativo di suicidio nel corso della vita.
La terapia è principalmente farmacologica, affiancata da interventi psicoeducativi mirati ad aumentare la coscienza della malattia, l'identificazione precoce delle ricadute, la regolarizzazione dello stile di vita e l'eliminazione dei fattori di stress. Viene raccomandata l'aderenza e la continuità terapeutica per diminuire il rischio e l'aumento delle ricorrenze.

** Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche "Luigi Sacco", ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.*

Cap. 6 – I disturbi del sonno

6.1. Inquadramento generale, di *Luigi Ferini Strambi*[*], *Maria Salsone*[*], *Andrea Galbiati*[*]

Tra i disturbi del sonno più frequentemente diagnosticati e a maggior impatto sulla salute si annoverano l'insonnia, la sindrome delle apnee ostruttive morfeiche, la sindrome delle gambe senza riposo e la narcolessia.
Circa un terzo della popolazione adulta manifesta i sintomi dell'insonnia, quali difficoltà nell'addormentarsi o nel mantenimento del sonno, un risveglio precoce al mattino, la percezione di un sonno poco ristoratore o di scarsa qualità con un forte impatto sul funzionamento sociale, relazionale, lavorativo e cognitivo nel corso della giornata. Le persone affette da insonnia hanno un rischio doppio rispetto ai soggetti sani di sviluppare una depressione maggiore e una più alta probabilità di insorgenza di disturbi d'ansia, psicosi e abuso di alcol.
La sindrome delle apnee ostruttive morfeiche si manifesta attraverso episodi ricorrenti di ostruzione delle vie aeree superiori durante il sonno, registrando una maggior incidenza negli uomini rispetto alle donne che possono esserne affette soprattutto nel periodo post menopausale, a causa del calo fisiologico di progesterone.
La sindrome delle gambe senza riposo è caratterizzata dal bisogno di muovere gli arti inferiori spesso associato a sensazioni di fastidio, prurito e dolore, che interferiscono

nell'addormentamento.
La narcolessia si manifesta attraverso improvvisi e irresistibili attacchi di sonno che si ripetono più volte nel corso della giornata, a cui può associarsi la presenza di cataplessia, i cui attacchi si verificano in concomitanza di una forte emozione provocando un'improvvisa diminuzione o perdita di tono muscolare che porta alla caduta del paziente. È relativamente rara e registra 2-5 casi ogni 10.000 abitanti, tenendo conto, tuttavia, che molti casi non vengono diagnosticati. L'esordio è collocato tra i 15-18 anni, ma può comparire a qualsiasi età.

** Dipartimento Neuroscienze Cliniche, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano.*

6.2. Deprivazione del sonno e riflessi sul cervello, di *Giovanni Biggio**, *Maria Cristina Mostallino***

I disturbi del sonno colpiscono circa il 45% della popolazione appartenente a tutte le fasce d'età con una prevalenza nel sesso femminile.
L'insonnia ha un impatto negativo sulla qualità della vita, alterando la funzionalità di alcuni apparati, come quello immunitario, endocrino, cardiovascolare e metabolico, e le proprietà plastiche e funzionali del sistema nervoso centrale e compromettendo i rapporti sociali, affettivi e il rendimento scolastico e lavorativo. Il sonno invece contribuisce al mantenimento dell'equilibrio psicofisico, stabilizza il tono dell'umore, migliora la memoria, l'apprendimento e l'attenzione. In particolare, durante l'infanzia e l'adolescenza il sonno favorisce la formazione di nuovi neuroni, il trofismo neuronale, la connettività sinaptica e i meccanismi molecolari associati al pruning neuronale.
Lo stile di vita degli adolescenti ha visto un progressivo ridursi delle ore di sonno a causa di un uso sempre più pervasivo e notturno di smartphone, tablet e pc: ciò comporta al risveglio, stanchezza, irritabilità e aggressività, sentimenti che spesso inducono atti di bullismo e una riduzione della capacità di controllo degli impulsi.
La deprivazione del sonno in gravidanza costituisce un fattore di rischio per le alterazioni del sistema immunitario che influiscono sullo sviluppo del cervello del bambino, con un conseguente aumento della vulnerabilità alle patologie psichiche, quali lo spettro autistico e l'ADHD.

** Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi di Cagliari.*

*** Istituto di Neuroscienze, CNR, Cagliari.*

Cap. 7 – L'ADHD nell'adulto,

di *Giovanni Migliarese Caputi*[*]

Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD) è una condizione clinica a esordio precoce caratterizzata da inattenzione o iperattività/impulsività, o entrambe (forma combinata).
Pur essendo classificato tra i disturbi del neurosviluppo, fino a due terzi dei soggetti con ADHD continuano a manifestare il disturbo anche in età adulta, che si caratterizza per un'apparente riduzione degli aspetti iperattivi a favore di quelli disattentivi, e per la comorbidità con altre patologie psichiche, come disturbi d'ansia, depressione, e abuso di sostanze.
In particolare, i soggetti adulti affetti da ADHD manifestano soprattutto difficoltà attentive, mentre si modificano gli aspetti legati all'iperattività che rimangono evidenti nell'impulsività e in una sensazione di inquietudine e irrequietezza. I soggetti adulti possono infine apparire distratti e disorganizzati, con una tendenza a procrastinare.
Il trattamento di questi pazienti mira alla riduzione della sintomatologia e al miglioramento del funzionamento generale e della qualità della vita. Per il soggetto adulto, è prevista la combinazione di terapia farmacologica, intesa come trattamento elettivo, e di psicoeducazione o terapia cognitiva.

** ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.*

Cap. 8 – Le dipendenze

8.1. Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction, di *Ester di Giacomo*[*, **], Fabrizia *Colmegna*[**], *Antonios Dakanalis*[*], *Francesca Pescatore*[*, **], *Valeria Placenti*[*, **], *Rodolfo Pessina*[*, **], *Massimo Clerici*[*, **, ***]

I disturbi correlati a sostanze e i disturbi da addiction sono considerati le maggiori problematiche sociali, sia per chi ne è coinvolto sia per le implicazioni legate alla salute pubblica.
La cocaina è un alcaloide che si ottiene dalle foglie di coca e viene assunta soprattutto per via inalatoria, portando a possibili effetti vasocostrittori indotti dalla sostanza, alla necrosi e alla perforazione del setto nasale nonché, a livello polmonare, a edema e ipertensione. I sintomi derivanti dall'assunzione di cocaina sono euforia, anoressia, insonnia, tristezza, malinconia e apatia, paranoia, psicosi e allucinazioni. Sono circa 2 milioni le persone dipendenti dalla cocaina, di cui 29.000 sono adolescenti (dati USA).
Hashish, marijuana e olio di hashish sono le sostanze ottenute dalla Cannabis sativa i cui effetti principali sono una moderata euforia e senso di pace, a cui si aggiungono quelli collaterali quali sonnolenza, mancata capacità di ascolto e modificazioni della percezione spazio-temporale.

A livello fisico, l'assunzione può provocare tachicardia e variazioni della pressione sanguigna; negli adolescenti un uso regolare può portare al declino neuropsicologico e al funzionamento intellettivo alterato. A queste sostanze si aggiungono le anfetamine, ottenute per sintesi chimica e connotate da elevata neurotossicità che provocano la degenerazione irreversibile dei neuroni.
Altre dipendenze di rilievo sono l'abuso di alcol, che in gravidanza provoca sindrome fetale alcolica con alterazioni della crescita e disfunzione del sistema nervoso centrale e il consumo di tabacco, responsabile di circa il 10% dei decessi annui.

** Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Milano Bicocca.*

*** Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Monza.*
**** Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze - SIP Dip. Sezione della Società italiana di Psichiatria (SIP).*

8.2. Dipendenze comportamentali, di *Stefano Pallanti*[*], *Anna Marras*[*]

Come l'assunzione di sostanze psicoattive, anche alcuni comportamenti producono un effetto di gratificazione che può essere tale da diventare persistente e pervasivo, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative a lungo termine.
La caratteristica essenziale delle dipendenze comportamentali è la ridotta capacità di resistere a un impulso, alla spinta di compiere un atto dannoso per sé stessi o per gli altri; come per le dipendenze da sostanze le dipendenze comportamentali possono avere un andamento cronico e recidivante, sebbene molti casi si risolvano in maniera spontanea.
Si stima che in Italia circa la metà della popolazione giochi almeno una volta l'anno, ma di questi solo l'1%, pari a 300.000 persone, sviluppa comportamenti patologici.
Le dipendenze comportamentali si associano a trascuratezza della salute in generale e di conseguenza a cattive condizioni mediche, metaboliche, vascolari, respiratorie e psichiche, manifestando una condizione di comorbidità con depressione, ansia, disturbi alimentari e ossessivo-compulsivo, ADHD, abuso di sostanze.
Per quanto riguarda le differenze di genere, in linea generale le donne sembrano essere più vulnerabili alla dipendenza e a uno sviluppo più rapido di essa rispetto agli uomini, manifestando una maggiore impulsività legata anche ai livelli di estrogeno e alle fasi del ciclo, presentando un minor controllo inibitorio nell'abuso di sostanze, ma più vergogna nel rivelarlo rispetto agli uomini. Spesso dietro l'uso di sostanze da parte delle donne si celano eventi traumatici che le inducono ad atteggiamenti autodistruttivi.

** Università degli Studi di Firenze, Istituto di Neuroscienze Firenze.*

Cap. 9 – I trattamenti

9.1. A che punto è la ricerca nello sviluppo di nuove molecole? di *Giuseppe Maina*[*], *Elena Aragno*[*]

Gli studi epidemiologici indicano che i disturbi psichici sono tra le patologie più diffuse, con un impatto significativo sulla qualità di vita generale della persona. In ambito psicofarmacologico, le principali innovazioni sono state sviluppate tramite la ricerca di nuove indicazioni e formulazioni terapeutiche per molecole già impiegate nella clinica e di nuove molecole.
Le nuove indicazioni terapeutiche consistono nell'uso di farmaci per curare patologie diverse da quelle per cui il farmaco è stato approvato. Dagli anni Novanta, ad esempio, gli studi scientifici sul trattamento del disturbo ossessivo compulsivo hanno confermato l'efficacia degli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), inizialmente commercializzati solo per il trattamento dei disturbi depressivi.
In tempi recenti, la più innovativa formulazione terapeutica è costituita dalle terapie antipsicotiche a somministrazione bisettimanale o mensile. Ciò riduce il numero di assunzioni del trattamento, permettendo al paziente di scegliere se curarsi una volta ogni 2-4 settimane o quotidianamente.
L'evoluzione delle terapie si è spostata dalla ricerca di una maggiore selettività verso la multimodalità, cioè la combinazione di almeno due diversi meccanismi d'azione in una molecola. La più significativa novità terapeutica è stata l'approvazione da parte della Food and Drug Administration della esketamina, derivato della ketamina, per il trattamento della depressione resistente. Tale farmaco è innovativo in quanto agisce sul sistema del glutammato e si assume per inalazione con frequenza bisettimanale.
Infine, è utile rimarcare la farmacogenetica, branca farmacologica emergente che studia la correlazione tra la risposta individuale ai farmaci e il corredo genetico; essa ha come obiettivo una maggiore personalizzazione della medicina, fino ad arrivare a una psichiatria di precisione, che integri informazioni biografiche, cliniche e biologiche per offrire interventi di cura individuali, personalizzati e condivisi.

** Dipartimento di Neuroscienze Rita Levi Montalcini, Università di Torino, Polo San Luigi Gonzaga.*

9.2. La psicoterapia, di *Matteo Balestrieri*[*]

Una psicoterapia è tale quando possiede un costrutto teorico definito e condiviso da un numero consistente di studiosi e ha procedure atte a curare determinati sintomi, problemi o stati di sofferenza.
Obiettivi cosi diversificati rendono difficoltoso far convergere i trattamenti psicoterapeutici nell'ambito della medicina *evidence-based*. Tuttavia, per esaminare criticamente un intervento psicoterapico non si può evitare di chiedersi quali di queste cure siano efficaci e quali siano gli elementi che ne determinano l'utilità.

Il primo punto viene indicato come la ricerca sul risultato, mentre il secondo è la ricerca sul processo.
Tra i fattori di processo, particolare attenzione è stata dedicata alla alleanza terapeutica, il che ha portato a una psicoterapia meno asettica e alla condivisione da parte del paziente dei presupposti teorici della terapia stessa.
È stata anche più volte sollevata la questione se le psicoterapie siano più efficaci degli psicofarmaci, cercando di trovare risposte attraverso il metodo meta-analitico. Le critiche a questa modalità di affrontare il problema sono state numerose.
La pratica della psicoterapia è presente nel SSN da molti anni, pur presentando differenze tra regione e regione. Il numero di professionisti della psicoterapia in Italia è elevatissimo: gli psicologi psicoterapeuti nel 2018 erano più di 55.000, cui si aggiungono quasi 11.000 psichiatri. Al di là della definizione della rispettiva competenza professionale, è comunque fondamentale il riconoscimento del diritto della popolazione a trovare all'interno della struttura pubblica la possibilità di accedere a prestazioni di tipo psicoterapico.

** Professore ordinario di Psichiatria, Università degli Studi di Udine, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine.*

9.3. Approcci somatici, psicoeducativi, riabilitativi e sociali, di *Bernardo Carpiniello*, Federica Pinna*, Mirko Manchia**

Le principali cure per i disturbi mentali sono i trattamenti farmacologici e la psicoterapia, ma vengono impiegati anche interventi somatici e psicosociali, oltre ad una serie di attività riabilitative e risocializzanti.
I trattamenti somatici sono tutte le terapie biologiche che si attuano in alternativa o aggiunta rispetto ai trattamenti farmacologici e/o psicoterapeutici. Tra questi hanno un ruolo importante interventi quali la terapia elettroconvulsivante (TEC), la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rSMT), la stimolazione transcranica a corrente diretta (tSDC), la stimolazione del nervo vago (SNV), e la stimolazione cerebrale profonda (SCP).
La psicoeducazione fornisce a pazienti e familiari informazioni sulla malattia e sul trattamento, comprendendo anche gli aspetti emotivi. L'approccio psicoeducativo nasce come trattamento della schizofrenia, al fine di aiutare famiglie e pazienti ad affrontare più adeguatamente questo disturbo, ed è stato in seguito esteso ad altre patologie.
La riabilitazione psicosociale è costituita da interventi finalizzati a consentire al malato di sviluppare o mantenere abilità personali e sociali per poter raggiungere il miglior livello possibile di autonomia, soddisfazione e benessere. Gli interventi riabilitativi sono eterogenei nei presupposti teorici e nelle modalità di attuazione, poiché non esiste un modello unico di riabilitazione né tantomeno una teoria unitaria alla base.
Tipologie di intervento come l'addestramento alle abilità sociali e le tecniche di rimedio cognitivo sono considerate di particolare importanza, grazie alla loro efficacia nel migliorare la vita quotidiana.
Gli approcci sociali sono costituiti da una gamma di interventi di varia natura, sull'individuo e/o sul contesto sociale, finalizzati al reinserimento attivo nel tessuto sociale

delle persone affette da disturbi mentali severi.
Un approccio fondamentale è l'inserimento lavorativo, poiché il lavoro è uno dei principali fattori di appartenenza sociale, rafforza l'autostima e il senso di identità personale.
A livello del contesto di vita del paziente una fondamentale azione riguarda la promozione e il supporto alle "reti sociali di sostegno" che affiancano la famiglia come sistema di supporto pratico ed emotivo.

** Università degli Studi di Cagliari.*

Cap. 10 - Il ruolo del caregiver nell'assistenza del malato psichico,

di *Salvatore Varia**

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici e la progressiva riduzione dei posti letto nei Servizi ospedalieri hanno spostato il luogo di cura al domicilio dei pazienti.
Ciò ha comportato un progressivo coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza dei soggetti affetti da disturbi psichiatrici, con conseguente aumento per esse del carico emotivo, fisico ed economico.
Non è pertanto raro che emergano tra i familiari divergenze di opinioni sulle modalità di assistenza al proprio congiunto, con il rischio di separazioni e divorzi tra i coniugi.
Inoltre, il ruolo attribuito alla famiglia è mutato profondamente: in passato considerata responsabile della genesi della malattia, oggi invece riveste un'importanza centrale nella cura e negli esiti ed ha un ruolo cruciale nel processo di guarigione sociale.
Anche l'insegnamento di tecniche di *problem solving* ai familiari è fondamentale, in quanto i pazienti affetti da un grave disturbo psichico presentano alterazioni delle funzioni cognitive che necessitano di un intervento correttivo.
La partecipazione a un gruppo multifamiliare di caregiver, preferibilmente con la supervisione di un esperto, è utile poiché consente la costituzione di una rete sociale, nella quale i caregiver si aiutano e supportano a vicenda.
Il trattamento sul territorio dei soggetti affetti da patologie psichiatriche, che prevede di preferenza l'assistenza domiciliare, assegna alla famiglia un ruolo centrale nel caregiving.
È compito dei Servizi riconoscere e rafforzare le risorse e i punti di forza della famiglia, al fine di valorizzare il loro contributo al benessere del congiunto.

** Dipartimento Salute mentale, Azienda Sanitaria di Palermo.*

Cap. 11 - Lo stigma che avvolge la salute mentale, iniziative per contrastarlo,

di *Nicoletta Orthmann**

La Legge 180 del 1978 ha rivoluzionato l'approccio al malato mentale, considerandolo come "persona" a cui garantire dignità e diritti e valorizzando l'importanza della sua integrazione sociale.
Tuttavia, la malattia mentale è ancora stigmatizzata, complici atteggiamenti culturali dominanti, basati su pregiudizi e luoghi comuni che la associano a pericolosità, incomprensibilità, inaffidabilità e irresponsabilità.
La paura di essere etichettati come "malati mentali" e di essere considerati "diversi", non solo porta all'isolamento e alla solitudine ma anche a rinunciare alle terapie o abbandonarle prematuramente. Forti pregiudizi gravano anche sugli psicofarmaci, visti con diffidenza per i possibili effetti collaterali e per la paura di diventarne dipendenti.
Le Associazioni di pazienti svolgono un ruolo fondamentale nel dare un supporto concreto ai pazienti e alle loro famiglie e sono in prima linea nella lotta contro gli stereotipi e le discriminazioni.
La lotta allo stigma è una sfida complessa che non può prescindere dall'utilizzo di un linguaggio che consenta una corretta rappresentazione della malattia mentale. Le ricerche hanno infatti dimostrato che è meno probabile che le persone che hanno una migliore conoscenza delle malattie mentali mostrino atteggiamenti discriminatori verso i pazienti. Un coinvolgimento dei media è indispensabile per costruire e veicolare questo nuovo linguaggio.
Per essere efficace la lotta allo stigma e alla discriminazione deve essere sostenuta da un cambiamento culturale verso la malattia mentale e dall'offerta di servizi sociosanitari in cui vengano considerati tutti gli aspetti, non solo quelli clinico-terapeutici, ma anche di riabilitazione sociale e di integrazione nel mondo del lavoro.

** Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere.*

Cap.12 - Il mondo dell'associazionismo, un aiuto per i malati: Progetto Itaca,

di *Ughetta Radice Fossati*[*], a cura di *Maria Rosa Schiaffino*[**], *Silvana Benaglia*[***]

L'associazionismo è una realtà fondamentale per aiutare chi ha un disagio psichico e i suoi familiari. Oggi Progetto Itaca è in Italia una delle più conosciute associazioni di volontariato attive nel campo della salute mentale. Promuove programmi di informazione, prevenzione, supporto e riabilitazione rivolti a persone affette da disturbi mentali e alle loro famiglie.

La missione di Progetto Itaca è sensibilizzare la comunità per superare lo stigma e il pregiudizio che ancora gravano sui disturbi mentali, informare le persone per prevenire e orientare alla diagnosi e alla cura, sostenere i malati e le loro famiglie nel percorso di recupero del benessere e della pienezza di vita.

L'Associazione riserva un'attenzione speciale all'informazione e formazione delle persone malate e dei loro famigliari: gruppi di auto aiuto, scambi di esperienze, corsi di aggiornamento continui e supporto concreto in situazioni specifiche come la depressione post partum.

* *Segretario Generale.*

** *Volontaria Progetto Itaca Milano.*

*** *Vicedirettore Club Itaca Milano.*

Conclusioni

di *Claudio Mencacci*[*], *Virginio Salvi*[**]

Nell'ambito di tutte le patologie mentali, la depressione maggiore è quella che, riguardando prevalentemente l'universo femminile e costituendo la prima causa di disabilità, ha suscitato la maggiore attenzione da parte di Onda che realizzato molteplici attività per richiamare l'attenzione, in particolare delle Istituzioni, su questo grave problema di salute pubblica.

Nel 2019 è stato realizzato un Manifesto sulla depressione, presentato a Roma e condiviso con un gruppo di Parlamentari: grazie al coinvolgimento di alcune Deputate e Senatrici è stato predisposto un testo di Mozione per impegnare il Governo in azioni concrete, nella speranza di arrivare a definire un Piano nazionale di lotta alla depressione.

Per rendere più incisiva l'azione a livello territoriale, sono inoltre pianificati nel 2020 degli incontri regionali che hanno l'obiettivo di richiamare l'attenzione a livello locale sulla depressione per favorire l'accesso alle cure da parte dei pazienti che ne soffrono, migliorando così la qualità di vita loro e dei propri familiari.

** Direttore Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.*
*** ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.*

Realizzato grazie al contributo non condizionante di