



Appunti di un viaggio ai confini della mente

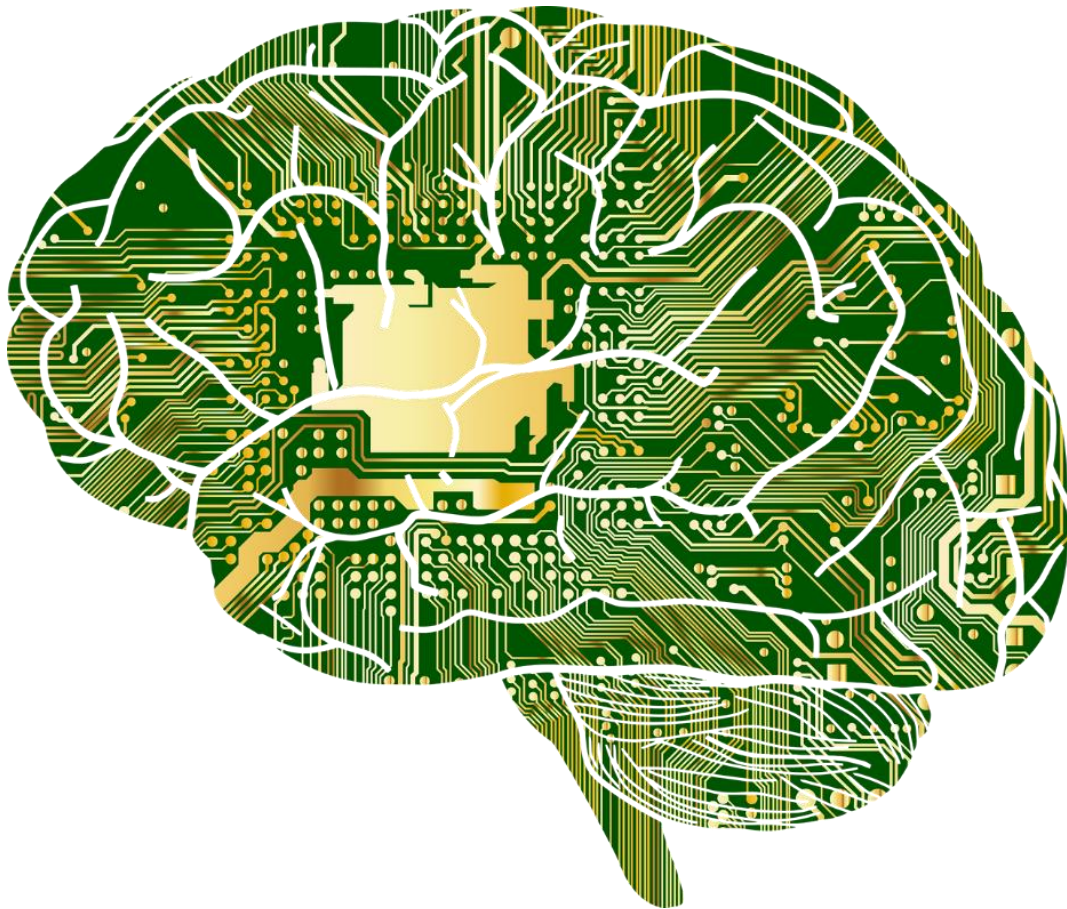


Immagine di [Gordon Johnson](#) da [Pixabay](#)

Raccolta di contributi vari sull'argomento della malattia psichiatrica e sulla mente umana



L'Associazione Giulia e Matteo ringrazia sentitamente tutti gli autori che hanno consentito la realizzazione di questa pubblicazione



APPUNTI DI UN VIAGGIO AI CONFINI DELLA MENTE

**RACCOLTA DI CONTRIBUTI VARI SULL'ARGOMENTO DELLA
MALATTIA PSICHIATRICA E SULLA MENTE UMANA**



Giulia e Matteo





Capitoli

Premessa	7
Capitolo 1: L'incontro-scontro tra le famiglie e i disturbi psichiatrici	9
Se un membro della famiglia palesa comportamenti strani	9
Come comportarsi in caso di "crisi"	13
Capitolo 2: I Gruppi di Auto Mutuo Aiuto	17
I Gruppi A.M.A.	17
La Privacy nei gruppi A.M.A. e in associazione.....	23
Capitolo 3: I Disturbi mentali	29
I disturbi mentali – Parte Prima.....	29
I disturbi mentali – Parte Seconda.....	33
Terapie farmacologiche per il trattamento dei disturbi psichici: benefici ed effetti collaterali.....	43
Capitolo 4: Il laboratorio	59
Ruolo del Laboratorio: monitoraggio dei farmaci	59
Capitolo 5: Lo psicologo	71
Lo psicologo e gli stili comunicativi.....	71
Capitolo 6: Neuropsichiatria	81
La Neuropsichiatria Infantile	81
Capitolo 7: Diagnosi Multiple	83
Diagnosi plurime: Tre contributi su Disabilità intellettiva associata a disturbo psichiatrico	83
Diagnosi plurime: Un contributo su Dipendenze e disturbi psichici	91
Capitolo 8: Una parzialissima occhiata sulla mente umana	93
Che cosa sono i neuroni?	93
Aspetti biologici ed epigenetici nelle malattie neuropsichiatriche	107
Capitolo 9: Misure per la protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia	109
Introduzione all'Istituto dell'Amministratore Di Sostegno	109
Amministratore di Sostegno.....	109
Conclusione	122
Sommario Dettagliato	123





Premessa

Questa pubblicazione raccoglie vari contributi sull'argomento della salute mentale e, più in generale, sulla mente umana.

Gli interventi sono tratti dalle diverse iniziative che l'Associazione Giulia e Matteo ha messo in atto in questi anni (corsi, congressi, pagine WEB, pubblicazioni ecc....) e sono stati qui riuniti per consentirne una semplice consultazione.

Va da sé che una pubblicazione di questo genere soffre di un inevitabile difetto: gli argomenti non sono sempre collegati tra loro. Per cercare di ovviare, almeno parzialmente, a questo problema i singoli interventi sono stati organizzati, per argomento, in capitoli anche se rappresentano il testo di interventi effettuati in momenti e con modalità differenti tra loro.

Inoltre, spesso, il testo è stato tratto da un intervento esposto verbalmente: risultando quindi poco "formale" ... il che, non è detto, sia sempre un male!

Ai testi originali, talvolta, sono state aggiunte delle note esplicative a "cura della redazione" del cui contenuto ci assumiamo completamente la responsabilità. Le note a cura della redazione sono contraddistinte da [NDR]; invece le numerose note degli autori sono contraddistinte da [NDA].

Inoltre, ricordiamo che l'Associazione Giulia e Matteo ha pubblicato una "GUIDA PRATICA" che è rivolta sia alle famiglie, che agli operatori che giornalmente devono "fare i conti", non solo con la malattia, ma anche con la problematica situazione della sanità italiana. La guida è accessibile tramite la pagina "Pubblicazioni" della libreria di Giulia e Matteo [cliccare qui](#) o in alternativa tramite l'indirizzo Web <http://www.giuliaematteo.org/2018-1227-guida-alle-famiglie>: da questa pagina è possibile sia consultare on-line la Guida, sia scaricarla in formato .pdf.

In alternativa è possibile richiederne una copia cartacea in associazione.

Questo testo è disponibile, oltre che in formato cartaceo, anche su chiavetta USB in formato .pdf.

Mentre la consultazione del testo in formato cartaceo è più agevole, la consultazione del testo in formato .pdf consente di usufruire, ammesso di essere collegati ad Internet, dei link ai contenuti multimediali disseminati qua e là nel testo; in particolare alla fine di ciascun contributo, se disponibile, è riportato il link alle fonti dei testi, pubblicate sul sito dell'[Associazione Giulia e Matteo](#) (slides, filmati, registrazione audio, scritti ecc....).

Tutti i collegamenti ipertestuali sono a cura della redazione.

Per accedere ai vari link è solamente necessario cliccarvi sopra.

Ci scusiamo fin d'ora per gli eventuali errori e/o omissioni del testo.

Un grande ringraziamento va a tutti gli autori che hanno consentito a titolo assolutamente gratuito di realizzare questa pubblicazione!





Capitolo 1: L'incontro-scontro tra le famiglie e i disturbi psichiatrici

Se un membro della famiglia palesa comportamenti strani ...

Il testo è tratto dalla pagina "Primo approccio ai disturbi psichiatrici" del sito dell'Associazione Giulia e Matteo ([Cliccare qui](#)) - Questo documento è a cura dell'Associazione Giulia e Matteo che quindi se ne assume la piena responsabilità.

Quando un membro della famiglia palesa comportamenti "strani" è del tutto normale che i familiari cerchino di trovare delle spiegazioni logiche alla nuova situazione, allontanando -cioè esorcizzando- il pensiero che si possa trattare di un disturbo psichiatrico.

Questo comportamento è comprensibile dato che, nel passato, la malattia psichiatrica è stata in qualche modo considerata degradante se non, addirittura, diabolica; tale approccio, nei tempi più lontani, era comune anche a quasi tutte le altre malattie (normalmente la malattia, anche fisica, era considerata una punizione divina per qualche "peccato"!).

Col passare del tempo, le malattie non psichiatriche, essendone state trovate le cause oggettive, sono divenute curabili con i mezzi forniti dalla medicina; così, a poco a poco, le malattie si sono liberate da questo "alone maledetto" e sono entrate tra gli argomenti di cui si può normalmente parlare senza vergognarsi.

Invece i progressi della medicina nell'ambito delle malattie psichiatriche sono stati molto più lenti, perché, non solo il cervello è un organo estremamente complesso, ma anche perché, nel termine "malattie psichiatriche", vengono comprese patologie che hanno manifestazioni molto diverse e le cui cause sono a tutt'oggi in gran parte non conosciute; dal punto di vista terapeutico solamente negli anni cinquanta del secolo scorso si è cominciato a disporre di farmaci in grado di controllare e, talvolta, guarire alcune delle malattie psichiatriche.

È ovvio quindi che, psicologicamente, si cerchi di allontanare -di negare- la realtà; procrastinando la diagnosi e quindi la cura; questo non fa che peggiorare e cronicizzare la situazione.

Non ammettere che il proprio congiunto sia affetto da una patologia psichiatrica, talvolta, porta a comportarsi nei confronti della persona "bizzarra" in modo controproducente, pretendendo che il soggetto corregga il proprio comportamento in base a ragionamenti logici.

Tale approccio può avere qualche successo sulle persone che si comportano in modo anomalo e/o aggressivo pur conservando in sostanza intatta la propria capacità di raziocinio: è tipico il caso degli adolescenti che sviluppano, fisiologicamente e transitoriamente, una immotivata ostilità verso i familiari, o meglio verso le sensate regole con cui questi cercano di instradare il comportamento.



Viceversa, nei casi in cui la normale capacità di raziocinio è compromessa, la persona vive i tentativi dei familiari di “farla ragionare” come una aggressione -una violenza- che radicalizza ulteriormente il soggetto nelle proprie convinzioni.

Evidentemente a questo punto occorre riuscire a capire se il comportamento della persona sia tale da far sospettare un disturbo psichiatrico.

Vi sono alcuni sintomi che dovrebbero fare “rizzare le antenne” ai familiari (soprattutto se si presentano più di due “comportamenti sospetti” contemporaneamente).

Se la persona

- cambia le proprie abitudini e si rinchiusa in sé stessa (non frequentando più gli altri)
- rimane chiusa in casa (spesso con le tapparelle abbassate e rannicchiata sul letto/divano)
- trascura la propria igiene personale
- presenta modificazioni di peso importanti
- vede persone o animali che non ci sono
- sente voci che non ci sono
- teme di essere avvelenata
- alterna momenti di euforia a momenti di tristezza
- trascura il proprio figlio (soprattutto se neonato)
- presenta sé stessa come la protagonista di avvenimenti eroici e/o del tutto inverosimili
- ha crisi mistiche e si convince che Dio le comanda di compiere delle azioni
- ripete in continuazione più e più volte dei controlli (per esempio se una porta è stata chiusa)
- effettua movimenti ripetitivi
- distrugge, in preda all'ira, gli oggetti che la circondano ed è violenta con i propri familiari

siamo alla presenza di comportamenti sospetti.

Chiariamo bene che non si tratta di azzardare una diagnosi, ma di non trascurare (declassandoli a stranezze) quelli che invece sono dei, sia pur empirici, campanelli di allarme.

Se il congiunto presenta alcuni di questi comportamenti per prima cosa occorre rivolgersi al medico di base che dovrebbe valutare l'opportunità di interpellare uno psichiatra o uno psicologo di provata fiducia per cominciare a dipanare la matassa.... prima che si “ingarbugli” ulteriormente: associazioni come la nostra possono affiancare e consigliare i familiari fin dai primi passi ma, ovviamente, non possono sostituirsi al medico curante.

A questo punto la situazione più normale è che il congiunto rifiuti l'ingerenza di un medico nella propria vita. D'altra parte, come dargli torto, dal momento che noi stessi abbiamo faticato a convincerci che c'è qualche cosa che non va? Non dimentichiamo mai che il cervello di una persona affetta da un disturbo psichico non ragiona con metodi (algoritmi) normali, ma con una logica propria che, spesso, la porta a confermare ulteriormente le proprie idee.

Di fronte all'impasse determinato dal fatto che la persona non vuole essere aiutata, occorre tentare, meglio se contemporaneamente, due strade:



1. cercare di convincere, piano piano, il congiunto della necessità di un aiuto.
2. cercare, come parente, un colloquio con l'Associazione che, eventualmente, potrà fornire il necessario supporto psicologico.

In tutti i casi occorre mantenere, come punto di riferimento fisso, i nostri esperti.

Mantenere come punto di riferimento fisso gli esperti dell'Associazione, non vuol dire fare una chiacchierata e poi procedere senza seguire i suggerimenti ricevuti! Non deve sembrare presuntuoso, ma i suggerimenti che vengono a mano a mano forniti non sono pareri improvvisati, ma sono il frutto di anni ed anni di esperienza, di decine di casi affrontati... e di molti errori commessi e corretti.

Talvolta i suggerimenti possono apparire troppo drastici ed in contrasto con le speranze dei familiari, ma è meglio affrontare con decisione un problema piuttosto che sperare che, col tempo, le cose si aggiustino da sole: questo, purtroppo, non succede mai.

L'esperienza ci porta ad affermare che, mantenendo un dialogo costante con l'Associazione, molti casi sono stati risolti o, almeno, sono stati instradati su un binario di vivibilità.

La nostra insistenza a cercare di gestire al più presto le persone con comportamenti anomali deriva anche dal fatto che, purtroppo, abbiamo constatato che specialmente nel periodo dell'adolescenza e nei giovani maggiorenni, si riscontra una percentuale di circa l'80% nell'abuso di sostanze psicotrope.

Questo peggiora inevitabilmente l'eventuale malattia psichiatrica¹; va detto, inoltre, che le sostanze che circolano con molta facilità nei luoghi frequentati dai giovani sono le più pericolose avendo un basso costo e una facile reperibilità. A tutto questo si aggiunge il fatto che la composizione di queste sostanze non è sempre conosciuta rendendo ancora difficile la corretta identificazione: l'ulteriore complicazione è quindi conoscere le conseguenze del loro uso ed attuare un piano terapeutico adeguato.

Inoltre, si ricorda che l'uso di droghe, anche quelle cosiddette leggere, può portare a danni cerebrali talvolta irreversibili... complicando così enormemente la situazione propria e dei propri familiari.

Ovviamente i parenti stretti che sono a conoscenza che il proprio familiare ha iniziato a far uso di sostanze devono intervenire (sempre con la collaborazione dei nostri esperti) in modo molto deciso, dato che si potrebbe arrivare ad una "doppia diagnosi" (abuso di sostanze e malattia psichiatrica)².

Con rammarico dobbiamo constatare che molte volte, durante i colloqui di presentazione dei genitori, ci sentiamo dire: "dopotutto, mio figlio/a usa solamente marijuana e qualche volta abusa anche di alcool...

¹ [NDA] Dall'osservazione empirica della realtà con cui la nostra associazione è in contatto, è sorto il sospetto che l'uso di droghe latenti (cioè faccia emergere) alcuni disturbi psichiatrici che, altrimenti, sarebbero rimasti assolutamente silenti.

² [NDA] Il mondo delle doppie diagnosi comprende anche le situazioni di contemporanea presenza di Disturbi Psichiatrici e Ritardo Mentale; ovviamente anche molti di questi pazienti sono gestiti dalla nostra associazione. Il fatto che qui si ponga l'accento soprattutto sulle dipendenze da sostanze è determinato dall'aumento esponenziale, negli ultimi anni, di questi casi.



quindi come mai si è manifestata la malattia psichiatrica?”. Purtroppo, per chi giornalmente è a contatto con molti differenti casi, è del tutto evidente che la dipendenza da sostanze -già estremamente difficile da gestire per una persona “normale” - è praticamente impossibile per un malato psichiatrico, per due motivi:

1. La dipendenza da sostanze altera la capacità di giudizio sulle conseguenze delle proprie azioni e rende il paziente particolarmente refrattario a curarsi in modo controllato
2. Le droghe peggiorano/provocano i disturbi psichiatrici¹

Di qui l’opportunità di tenere, fin dalle fasi iniziali³, la persona che presenta comportamenti “anomali” il più lontano possibile dalle situazioni che possano portare, potenzialmente, all’uso di qualsiasi tipo di droga (...anche le droghe cosiddette “leggere”).

Ovviamente se il paziente psichiatrico fa uso di sostanze occorre intervenire (sempre con la collaborazione dei nostri esperti) in modo molto deciso, dato che, a questo punto, ormai siamo nella grave situazione di “doppia diagnosi”.

Purtroppo, si è anche constatato che molto spesso i soggetti con doppia diagnosi di questo tipo vanno incontro a “disavventure” di tipo giudiziario: la nostra Associazione, sempre se i nostri coordinatori ne ravvisano l’opportunità, è in grado di fornire anche un supporto di tipo legale⁴.

In conclusione, rimane sempre valido il concetto che “prevenire è meglio di reprimere” e quindi conviene affrontare la situazione, qualsiasi essa sia, con decisione ed al più presto possibile così da evitare che si complichino e peggiorino ulteriormente.

[Accedere alla pagina dedicata al primo approccio ai disturbi psichiatrici](#)

³ [NDA] “Fortunatamente”, nel caso di pazienti psichiatrici che non sono mai venuti a contatto con sostanze psicotrope e che sono adeguatamente seguiti è molto raro il caso di un approccio tardivo all’uso di sostanze. Viceversa, è quasi la norma che i pazienti psichiatrici siano affetti da tabagismo (il che non sorprende se si considera che spesso il paziente psichiatrico è mantenuto, suo malgrado, inattivo).

⁴ [NDA] Ovviamente gli avvocati di nostra fiducia possono essere contattati, sempre tramite l’Associazione Giulia e Matteo, anche per situazioni meno “drammatiche” come contenziosi, nomina di un amministratore di sostegno, ecc....



Come comportarsi in caso di "crisi" ...

Il testo è tratto dalla pagina "In caso di crisi" del sito dell'Associazione Giulia e Matteo ([Cliccare qui](#)) - Questo documento, basato sulla realtà vissuta, è a cura dell'Associazione Giulia e Matteo che quindi se ne assume la piena responsabilità.

Doverosa premessa

Se, pur nella drammaticità e concitazione del momento, tutto procede senza grossi intoppi alcuni dei consigli indicati nel seguito potrebbero sembrare troppo drastici ed inutilmente conflittuali con il personale preposto ad accudire il nostro congiunto.

Inutile dire che non è questo il nostro intento!

Per quanto possibile, occorre sempre mantenere i migliori rapporti con il personale e le istituzioni: troppo spesso i familiari scaricano sul personale medico la loro frustrazione per essere coinvolti in una situazione praticamente ingestibile; questo atteggiamento complica inutilmente i rapporti personali ed impedisce l'instaurarsi di quella collaborazione che è necessaria per un intervento efficace ed efficiente sul paziente.

D'altro canto, i familiari non devono neppure sentirsi in eccessiva soggezione nei confronti del personale medico o addirittura, come talvolta accade, ipotizzare che le proprie rimostre possano ritorcersi sul malato! Non è così... e se mai proprio questo mai dovesse accadere, vi sono i tempi e i modi per reagire e gestire la situazione efficacemente...

Se il nostro congiunto presenta sintomi acuti (agitazione, confusione, comportamenti anormali e potenzialmente pericolosi per sé e/o per gli altri) come dobbiamo agire?

A casa...

1) Cercare di gestire il congiunto a casa: di giorno è opportuno chiedere consiglio al medico curante o al servizio psico-sociale che l'ha in carico (CPS); di sera e nei giorni festivi occorre chiamare la guardia medica al numero 840.500.092 (per l'area di Monza). Se il malato è già noto, è anche possibile contattare il Dipartimento di salute mentale (SPDC) dell'ospedale di riferimento. Occorre telefonare al servizio di competenza portando a conoscenza della situazione in atto; di norma i servizi danno le indicazioni su cosa fare. A volte basta la somministrazione di farmaci già disponibili al domicilio per risolvere la situazione... sempre che il malato accetti il trattamento!

2) Se la situazione non si risolve e ci sono rischi per il malato e la sicurezza delle persone che gli sono vicine occorre telefonare al 112 spiegando chiaramente la situazione e sollecitando l'arrivo di un'ambulanza (a volte i famigliari si recano al Pronto Soccorso con i propri mezzi di trasporto; deve però essere chiaro che la responsabilità di quello che potrebbe accadere durante il tragitto sarà totalmente a loro carico).

3) Se il malato rifiuta di sottoporsi al trattamento ed è pericoloso per sé e/o per gli altri, si deve chiamare il 112 chiedendo l'intervento sanitario e dei carabinieri. Il medico (di medicina generale, di guardia medica o di Pronto Soccorso) può valutare se vi è la necessità di un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che deve essere convalidato da un secondo medico (pubblico dipendente).



Arrivo in pronto soccorso (P.S.)

L'arrivo in P.S. è gestito direttamente dal personale che effettua il triage del paziente; vale a dire l'attività di accoglienza (raccolta dati e informazioni, rilevamento parametri vitali e registrazione), l'assegnazione del codice di gravità e la gestione dell'attesa.

Purtroppo, il triage normalmente assegna al paziente psichiatrico il codice Verde. Occorre informare il personale medico/paramedico se il paziente è "noto" ai servizi oppure o se è la prima volta che si presenta al P.S. per un disturbo psichiatrico.

A questo punto è normale attendere la chiamata del medico di medicina generale che, a sua volta, poi fa richiesta dello specialista in Psichiatria.

Purtroppo, i tempi di attesa possono essere lunghi: nel caso in cui i tempi si dilatino eccessivamente, si consiglia di sottolineare al personale sanitario presente al triage la opportunità di sollecitare, per quanto possibile, il consulto dello Psichiatra allo scopo di evitare che l'attesa diventi fonte di disagio non solo per il paziente ma anche per gli altri utenti. Questo è particolarmente necessario se l'accompagnatore nota che durante l'attesa il paziente si dimostra intollerante oppure vuole lasciare il P.S.: in questo caso occorre, con decisione, portare il problema a conoscenza del personale sanitario.

Se, nonostante aver avvertito il personale sanitario, passa ancora molto tempo senza essere chiamati si consiglia di portare a conoscenza dell'agente di Pubblica Sicurezza (che dovrebbe essere sempre presente in Pronto Soccorso) la situazione, mettendo in chiaro che si tratta di un paziente psichiatrico scompensato e quindi, potenzialmente, pericoloso per sé e per gli altri.

Visita del medico psichiatra

Si tratta di un momento cruciale, poiché lo psichiatra decide se ricoverare il paziente o se rimandarlo al proprio domicilio.

Nel caso in cui il medico vuole dimettere il paziente, i famigliari devono valutare attentamente le implicazioni e decidere se accettare la scelta del medico o contestarla.

Evidentemente in questa decisione sono avvantaggiati i parenti dei pazienti con una storia clinica pregressa. Solo nel caso in cui non si concordi assolutamente con le dimissioni, si deve, per prima cosa, chiarire verbalmente che, così facendo, il medico si assume tutta la responsabilità per le eventuali conseguenze derivanti dall'invio al proprio domicilio del famigliare.

Se il medico, come di norma succede, non cambia idea e se la situazione non è gestibile occorre inviare al più presto una mail all'Ufficio Relazioni con il Pubblico della struttura (U.R.P.), al Direttore del servizio Psichiatrico e alla Direzione Sanitaria segnalando con precisione l'accaduto.

Agli stessi enti deve essere inviata una raccomandata con ricevuta di ritorno o una mail di posta certificata riportante il contenuto della mail precedentemente inviata.

Per avere indicazioni pratiche su come procedere per opporsi alle dimissioni [cliccare qui](#)

In caso di ricovero

Normalmente vengono immediatamente chieste ai famigliari le varie informazioni del caso: malattie, farmaci ecc...

È importante chiedere subito al personale il nominativo del medico di riferimento, specificando anche di segnalare tempestivamente eventuali sostituzioni.



Solamente dopo qualche giorno dal ricovero occorre chiedere un appuntamento con il medico per essere informati sullo stato di salute del paziente e sulla terapia intrapresa.

ATTENZIONE: Se il nostro familiare fosse maggiorenne e non avesse nessuna tutela giuridica, i medici potrebbero rifiutarsi di dare informazioni senza il consenso dell'ammalato. In questo caso è opportuno ricordare al medico che, se il nostro familiare è ricoverato in S.P.D.C., non può essere del tutto consapevole della propria volontà e che, ritornato presso il domicilio, il paziente sarà comunque totalmente a carico della famiglia.

Durante il ricovero è utile instaurare un rapporto collaborativo con il medico di riferimento e con il personale di reparto, comunicando eventuali dubbi sulla situazione del paziente e segnalando tutte le notizie utili ad un corretto inquadramento del paziente stesso.

Allo stesso tempo è comunque utile tenere controllato lo stato psicofisico del nostro familiare.

In caso di dubbio si deve comunicare la situazione al personale di reparto e/o al medico di riferimento.

Nel caso in cui, nonostante questo e trascorso un ragionevole periodo, la situazione non migliora si deve portare a conoscenza del fatto l'U.R.P. e il Responsabile di reparto con una raccomandata anticipata via e-mail.

Dimissioni precoci (4/5 giorni)

Nel caso in cui il medico di riferimento intenda dimettere precocemente il paziente, occorre verificare che:

- 1- il nostro familiare sia sufficientemente compensato e che
- 2- non sia stata modificata in modo significativo la terapia in atto prima del ricovero.

Qualora si siano verificate tutte e due queste condizioni si possono accettare le dimissioni.

Altrimenti, se capiamo che il nostro familiare potrebbe non essere gestibile in famiglia, dopo aver portato verbalmente a conoscenza il medico della nostra contrarietà alle dimissioni, si deve inviare una lettera al responsabile di reparto, al Direttore del Servizio Psichiatrico, all'U.R.P. e alla direzione sanitaria.

Sul sito dell'associazione è disponibile il fac-simile della lettera di opposizione alle dimissioni ([Cliccare qui](#))

Naturalmente per i familiari (specialmente per i familiari dei pazienti che vengono ricoverati per la prima volta in S.P.D.C.) la decisione di opporsi alle dimissioni è sempre una scelta molto difficile e causa di immotivati sensi di colpa. Anche in questi casi è importante cercare di stabilire una relazione positiva con i curanti, condividendo con loro i dubbi e ponendo domande anche apparentemente banali.

Occorre però tener conto che, per una valutazione psichiatrica e per la verifica di un eventuale cambio di terapia, ci vuole tempo.

Purtroppo, normalmente i ricoveri "mordi e fuggi" portano a rivedere il Pronto Soccorso il giorno seguente se non la sera stessa del giorno delle dimissioni!



Qualche consiglio finale

- 1- Cercare sempre di avere un buon dialogo con il Personale Sanitario
- 2- In base alle vostre conoscenze tenere sempre il più possibile sotto controllo il decorso della malattia del familiare.
- 3- Ricordarsi che essere curati ed essere assistiti in modo adeguato è un nostro diritto e non un regalo.
- 4- Eventualmente se non si è in grado di gestire la situazione del nostro familiare rivolgersi per un aiuto concreto alle associazioni per la tutela degli ammalati psichiatrici presenti sul territorio.

[Accedere alla pagina dedicata a come comportarsi in caso di "crisi"](#)



Capitolo 2: I Gruppi di Auto Mutuo Aiuto

I Gruppi A.M.A.

Il testo è tratto dall'intervento di:

Sig. A. Monguzzi - Cofondatore e Segretario Associazione Giulia e Matteo ETS

Dott.ssa Silvia Bignamini - Medico chirurgo specialista in igiene e medicina preventiva. Socia e Membro del gruppo specialistico "Scientifico" Associazione Giulia e Matteo

svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"

Introduzione

Tutti voi conoscete cosa sono i gruppi di Auto Mutuo Aiuto (nel seguito chiamati per semplicità "Gruppi AMA") ([collegamento alla pagina AMA del sito dell'Associazione](#)) che danno alle famiglie la possibilità di incontrarsi, scambiarsi le idee e, perché no, di fare anche amicizia: l'esperienza dell'associazione è che, tramite questi gruppi, si sono ottenuti ottimi risultati. Infatti, il gruppo A.M.A. "Storico" - cioè il primo che è stato avviato – è tuttora attivo da svariati anni, accanto a questo gruppo c'è un gruppo "Giovani" che, pur funzionando egregiamente, ha un po' sofferto i problemi legati alla pandemia: si è tentato di tenere le riunioni on-line, ma la presenza del familiare nei pressi del computer, ha costituito un freno all'utilizzo di questo mezzo. Attualmente entrambi i gruppi sono tornati in piena attività.

Nel frattempo, è aumentata molto la richiesta di nuovi gruppi e quindi l'associazione ha bisogno di nuovi facilitatori.

Che cos'è l'AMA

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce l'Auto Mutuo Aiuto (AMA) come l'insieme di tutte le misure adottate da figure non professioniste per promuovere, mantenere o recuperare la salute, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di una determinata comunità.

L'AMA è pertanto considerato uno degli strumenti di maggior interesse per ridare alle persone responsabilità e protagonismo nei percorsi di cura, riabilitazione, cambiamento, per umanizzare l'assistenza socio-sanitaria, per migliorare il benessere della comunità.

A cosa serve l'AMA

1. **nasce per favorire lo scambio di esperienze tra persone che condividono gli stessi problemi e per trasformare il disagio in risorsa,**
2. **è un'opportunità d'incontro, un luogo dove poter essere ascoltati e ascoltarsi mutualmente senza giudizi, in un clima armonioso: nell'ambito dei gruppi AMA non si dà MAI nessun tipo di giudizio e tutti i partecipanti sono trattati nello stesso modo.**
3. **favorisce la socializzazione e offre l'occasione di scoprire le risorse interiori per poter affrontare i disagi con forza e atteggiamento positivi:** spesso si vede che familiari in situazione di vera crisi,



psicologica e pratica, vedono l'AMA come un momento di pausa e di speranza dai loro problemi, anche perché, nell'ambito dell'AMA, è possibile esprimersi più liberamente che in famiglia,

4. **è aperto a tutti coloro che intendono mettere in comune esperienze, difficoltà, risorse, opportunità di scambio, nella reciproca mutualità,**
5. **favorisce l'espressione di emozioni, sentimenti e pensieri che trovano uno spazio nell'accoglienza del gruppo:** spesso i famigliari portano, non solo esperienze negative, ma anche positive, il che è di grande aiuto per gli altri partecipanti,
6. **si propone come forma di aiuto mutuale non alternativo ad altri approcci e si integra agli interventi offerti dai Servizi sociosanitari:** la nostra associazione non può e non vuole sostituirsi agli interventi effettuati dai servizi sociosanitari sul paziente, ma si occupa "solamente" del supporto alle famiglie,
7. **è autonomo ed indipendente e può aderire o meno ad una associazione,**
8. **può aiutare a cambiare i propri schemi mentali, attraverso la crescita personale che deriva dal confronto con altre esperienze che facilitano il far vedere le cose in un'altra prospettiva:** spesso si è negativi nei confronti del familiare ammalato, ma il confronto con gli altri permette di valorizzare i lati positivi nel rapporto col proprio congiunto.
9. **favorisce il protagonismo delle persone nei processi di guarigione:** nessuno come la famiglia conosce i problemi del proprio familiare e quindi, nessuno come la famiglia, se ben indirizzata, può trovare il modo di penetrare la "corazza" che il malato oppone e individuare le migliori modalità di interazione e cura dell'ammalato. Spesso nemmeno gli psichiatri riescono, da soli, ad ottenere i risultati che si ottengono lavorando in sinergia con la famiglia e, in definitiva, col gruppo AMA. Per esperienza diretta, i gruppi AMA riescono, soprattutto nella fase di esordio della malattia psichiatrica, riescono a fornire quella esperienza che la famiglia da sola non può avere.
10. **attraverso lo stare insieme si sperimenta la forza del gruppo che facilita il cambiamento e dà un senso di utilità sociale.**





Obiettivi dell'AMA

- **Aiutare i partecipanti ed esprimere i propri sentimenti, emozioni e pensieri:** soprattutto in occasione di primi incontri i famigliari sono in difficoltà. Solo la frequenza permette di superare questo disagio; di qui la necessità di seguire i nuovi arrivi perché non si perdano “per strada” dopo i primi incontri, poi, normalmente le cose migliorano “naturalmente”,
- **Sviluppare la capacità di riflettere sulle proprie modalità di comportamento e di reazione agli eventi**
- **Aumentare le capacità individuali nell'affrontare i problemi ed intravedere le risorse presenti in ognuno**
- **Stimolare la stima di sé, delle proprie capacità e risorse lavorando su una maggiore consapevolezza personale:** il primo passo è quello di accettare il problema psichico come una malattia da affrontare in famiglia allo stesso modo di qualsiasi altro problema di salute,
- **Offrire aiuto ad altri che stanno vivendo esperienze simili alle proprie,**
- **Facilitare la nascita di nuove relazioni significative.**
- **Sensibilizzare alla mutualità e solidarietà come antidoto all'isolamento:** per esperienza si è visto che i partecipanti agli AMA spesso sviluppano tra loro rapporti personali che esulano dagli incontri in associazione e, in definitiva, sfociano in amicizia. L'importante è uscire dall'isolamento e dal disagio della famiglia.
- **Testimoniare nella comunità la propria esperienza di cambiamento e trasformazione del disagio in risorsa.**

Le caratteristiche dei gruppi AMA

- **Origine spontanea:** i gruppi AMA nascono dall'iniziativa di persone che si ritrovano per affrontare una difficoltà comune,
- **Volontarietà:** la partecipazione al gruppo è spontanea e gratuita. Partecipare al gruppo volontariamente aumenta la sicurezza nelle proprie capacità di scelta: la partecipazione al gruppo non deve mai essere forzata; è la famiglia che, magari anche solo per curiosità, si deve avvicinare all'AMA. Ovviamente accade che qualche familiare partecipi una volta e poi non si faccia più vedere... peccato, ma non si può mai forzare.
- **Parità e mutualità:** i partecipanti ad un gruppo AMA sono alla pari; aiutarsi mutualmente è una norma di gruppo,
- **Responsabilità:** La responsabilità è personale. Nessuno in un gruppo AMA è responsabile per qualcun altro: Questo significa che si è coinvolti nella relazione con l'altro ma non significa avere la responsabilità della sua vita o di parte di essa.
- **Esperienza:** centrale in un gruppo è l'esperienza soggettiva (no filosofia né teoria prive di vissuto personale): gli AMA, così come concepiti nella nostra associazione, sono essenzialmente pratici!
- **I gruppi AMA sono per definizione gruppi aperti:** chiunque sia interessato può partecipare agli incontri: L'Associazione Giulia e Matteo per prassi richiede un preventivo colloquio con il facilitatore per verificare la pertinenza della motivazione a scegliere quello specifico gruppo...



anche per non creare squilibri nel gruppo preesistente e per non alimentare aspettative irrealizzabili.

Tipologie dei gruppi AMA di Giulia e Matteo

L'associazione attualmente ha due tipologie di gruppi AMA:

- **il primo dedicato ai famigliari di ammalati adulti e con patologie già definite dai servizi psichiatrici:** essendo famiglie di pazienti già in cura da anni la situazione è più "normale", più "sotto controllo"
- **il secondo gruppo è composto da famigliari di persone giovani 18/27 anni con patologie in via accertamento oppure già definite dai servizi di salute mentale:** qui i guai sono molto più grossi. Anche a causa delle sempre maggior presenza delle patologie multiple (disturbi mentali, dipendenza da sostanze, ritardo mentale). In particolare, la dipendenza da sostanze è in rapido, drammatico aumento, costringendo i facilitatori ad una forzata evoluzione di competenze. La situazione è realmente difficile anche per i rapporti veramente critici con i famigliari e per la difficoltà di diagnosi: è la sostanza che ha portato alla malattia o è la malattia che ha indotto il paziente a far uso di sostanze

Il ruolo del facilitatore

Il facilitatore, alla pari, aiuta il gruppo a scambiare emozioni, sentimenti e pensieri.

Non interpreta, parla di sé e favorisce la responsabilizzazione individuale e collettiva, garantisce il rispetto delle regole del gruppo e facilita la condivisione.

Il messaggio ai futuri facilitatori è che gli AMA sono MOLTO impegnativi ma danno anche le maggiori soddisfazioni... soprattutto se, dopo molte difficoltà, la situazione di una famiglia comincia a normalizzarsi.

Ovviamente il facilitatore deve aggiornarsi in continuazione.

In sostanza il facilitatore "tira le fila" e tiene insieme il gruppo; anche durante il lockdown, grazie allo sforzo dei facilitatori che hanno interagito con i famigliari in tutti i modi possibili (WhatsApp, connessioni on-line, telefono...), i gruppi non si sono persi.

I valori dell'AMA

- **Rispetto di sé e degli altri**
- **Fiducia in sé stessi e negli altri**
- **Accoglienza dell'altro**
- **Gratuità come valore dello scambio**
- **Gratitudine e riconoscenza**
- **Uguaglianza nella diversità**
- **Solidarietà e mutualità**

Le regole del gruppo AMA

- **Luogo e Tempi:** è importante definire e rispettare giorno e orario del gruppo; la puntualità è una forma di rispetto e facilita la qualità del gruppo: ovviamente riguardo agli orari i facilitatori devono mediare le diverse esigenze e i partecipanti devono fare qualche piccolo sacrificio.
- **Durata dell'incontro:** il tempo ottimale è di due ore con cadenza mensile: si tratta di un tempo definito empiricamente, ma che per esperienza ha fornito i risultati migliori.
- **Riservatezza:** ciò che viene espresso e condiviso rimane nel gruppo
- **La gratuità e la libera partecipazione.** Frequentare gli incontri di gruppo è un piacere e non può essere un peso o un obbligo: la partecipazione al gruppo deve essere un piacere!



- **Informarsi su che cos'è l'AMA prima di partecipare al gruppo.**
- **Evitare di dare consigli, aspettare il proprio turno per parlare e dare tempo a tutti di esprimersi compiutamente:** il facilitatore deve smorzare i partecipanti più "esuberanti" ed equilibrare il gruppo.
- **Evitare giudizi, comparazioni, commenti di merito tra esperienze espresse:** Ciascun componente porta nel gruppo il proprio contributo nella misura che ritiene più opportuna; in nessun modo deve essere forzato a mettere in comune esperienze che non è pronto a condividere.
- **Ognuno è portatore della propria realtà, del proprio sentire, della propria cultura**

Il facilitatore nel gruppo AMA

Il Facilitatore AMA è un membro alla pari del gruppo che dopo una formazione specifica, utilizza la propria esperienza, le proprie capacità personali e le proprie risorse per sostenere il gruppo: non deve esserci soggezione nei confronti del facilitatore, che normalmente è una persona che ha attraversato i medesimi problemi dei partecipanti, ma che ha accumulato (magari suo malgrado!) una maggiore esperienza. In sostanza spesso accade che una informazione che un membro non riesce a reperire sia ovvia per il facilitatore e quindi si possa chiarire la situazione in pochi minuti invece che in più e più giorni. Alcuni gruppi AMA di altre associazioni ritengono che "l'ingerenza" del facilitatore sia assolutamente da evitare: noi riteniamo che sia surreale e "vagamente inumano" lasciare che i componenti del gruppo si dibattano in un problema senza fornire un suggerimento nella direzione che, in altri casi, ha risolto la situazione.

Il facilitatore AMA:

- **favorisce la comunicazione e mantiene ad un livello esperienziale, focalizzando l'attenzione su temi specifici ogni qualvolta si manifestino tendenze alla dispersione**
- **stimola tra i partecipanti la libera condivisione di esperienze, vissuti, emozioni,**
- **agevola il raggiungimento degli obiettivi del gruppo (eguale attenzione a tutti, efficace comunicazione, protezione della confidenzialità, tolleranza delle diversità, ecc.),**
- **garantisce il rispetto delle regole del gruppo,**
- **incoraggia i membri del gruppo a pianificare la valutazione degli obiettivi che si prefiggono e di riconoscerne ogni risultato positivo:** ben venga chiunque porta qualche contributo positivo (in associazione ci sono esempi chiari di partecipanti che rappresentano esempi positivi e portatori di speranza).
- **facilita la relazione tra i presenti e mantiene positivo il clima del gruppo,**
- **accoglie i nuovi partecipanti e si fa carico di illustrare il senso e le regole di gruppo.**

L'AMA e le famiglie

La famiglia può rappresentare il primo soggetto coinvolto nelle opportunità di cambiamento personale e familiare, sociale e di costruzione del senso di comunità.

Il coinvolgimento del sistema familiare favorisce la realizzazione di percorsi di guarigione, riabilitazione e integrazione: spesso i familiari sono così stressati dalla situazione che non riescono a relazionarsi con l'ammalato: è compito, non necessario, ma indispensabile, del gruppo AMA aiutare ad instaurare un efficace comunicazione tra paziente e famiglia. I farmaci e l'occupazione del paziente nei centri diurni nulla ottengono se non si riesce ad instaurare un rapporto costruttivo con l'ammalato: questo non è facile! Qualsiasi tipo di attività, anche apparentemente banale (per esempio andare al parco, andare in montagna/mare, andare allo stadio ecc..) svolta dai familiari con l'ammalato aiuta a stabilire un "ponte" tra paziente e famiglia.

I gruppi dei familiari rappresentano una risorsa della comunità e permettono di costruire una rete di solidarietà fattiva.



La sinergia tra gruppi AMA e le famiglie rappresenta una risorsa che favorisce il cambiamento dello stile di vita familiare. Allo stesso tempo favorisce la responsabilizzazione e l'autodeterminazione dei membri della famiglia nelle situazioni di malattia, disagio psico-sociale e nelle dinamiche familiari.

L'AMA e la formazione

Formazione di Base sull'AMA: i corsi di formazione all'auto mutuo aiuto sono rivolti ai familiari, ai volontari, agli operatori ed a chiunque interessi conoscere questa realtà. Favoriscono un migliore ingresso ed all'integrazione di un gruppo stimolano la nascita di nuovi gruppi.

Formazione dei facilitatori di gruppo: i corsi di formazione rivolti ai facilitatori sono orientati a fornire strumenti di contenuto ed operativi per facilitare e gestire le dinamiche di gruppo.

Formazione per specifiche aree di disagio: vengono promossi corsi di formazione all'AMA riservati a persone che hanno la medesima problematica o condizione e sono orientati a favorire la nascita di un nuovo gruppo ama specifico.

Conferenze: vengono proposte iniziative pubbliche di promozione della salute, della partecipazione sociale e della promozione della mutualità tra pari.

Aggiornamento: viene organizzato annualmente almeno un aggiornamento e scambio tra facilitatori dei gruppi esistenti.

I facilitatori dei gruppi AMA hanno la possibilità di un confronto una volta al mese con uno Psicologo Clinico presente in Associazione

L'AMA, le reti sociali e i servizi

Giulia e Matteo ETS L'A.P.S. collabora attivamente con:

- DSM - Dipartimento di Salute Mentale,
- URP – Ufficio Relazioni col il Pubblico
- Servizi Sociali del Comune e dell'Ambito Territoriale, Cooperative Sociali,
- Medici, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori che operano in ambito pubblico e privato.

[Vedere gli atti dell'incontro relativo ai gruppi AMA: Presentazione del corso \(filmati, slides e testo degli interventi\)](#)

[Accedere agli atti di un ulteriore incontro sui gruppi AMA](#)

[Accedere alla pagina dedicata ai gruppi AMA](#)

[Accedere alla pagina dedicata al libro: I GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO - trasforma il disagio in risorsa a cura di Tali Mattioli Corona - AITSaM](#)



La Privacy nei gruppi A.M.A. e in associazione

Il testo è tratto dall'intervento di:

Ing. Giovanni Ubezio - Vicepresidente e cofondatore dell'Associazione Giulia e Matteo ETS

svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"

Che cosa si intende col termine privacy?

Ormai entrato nell'uso comune, il termine inglese privacy (pronuncia britannica: "privasi", statunitense: "praivasi") in italiano riservatezza, indica il diritto alla riservatezza della vita privata di una persona.

Il diritto a non essere soggetto a violazioni non autorizzate della privacy da parte del governo, delle società o degli individui fa parte delle leggi sulla privacy di molti paesi e, in alcuni casi, delle costituzioni.

Il concetto si sviluppa fin dell'Antica Grecia, quando, in una serie di trattati filosofici si inizia a far riferimento ad un "senso di riservatezza". Aristotele, nella sua *Politica*, distingue tra Polis, sfera pubblica dell'individuo, correlata alle attività cittadine, ed Oikos, sfera privata, associata alla vita domestica. Viene così stabilito l'ambito personale, distinto da pubblico e politico.

Solo nel 1890, due giuristi statunitensi, Louis Brandeis e Samuel Warren, pubblicarono "The Right of Privacy"⁵ sulla *Harvard Law Review*, prima monografia giuridica a riconoscere "the right to be let alone", "diritto ad essere lasciato da solo". Esprimendo in queste parole il desiderio di una propria ed inviolabile intimità^{6 7}

Il significato di privacy, nel tempo, si è evoluto anche in relazione all'evoluzione tecnologica che dai tempi di Warren e Brandeis è intercorsa. Inizialmente riferito alla sfera della vita privata, negli ultimi decenni ha subito un'evoluzione estensiva, arrivando ad indicare il diritto al controllo sui propri dati personali.⁸ Quindi, il significato odierno, di privacy, comunemente, è relativo al diritto della persona di controllare che le informazioni che la riguardano vengano trattate o guardate da altri solo in caso di necessità.

La privacy non va confusa con la solitudine, e questa non va confusa con l'abbandono, in quanto sussiste una profonda differenza, infatti, tra «l'esser soli», «l'esser lasciati soli» e «l'esser lasciati in condizioni di non-autosufficienza».

Evidentemente il limite tra aiuto e ingerenza -e quindi violazione della privacy- nella vita delle persone talvolta diventa sottile e fonte di malintesi, se non di azioni legali.

Va da sé che un'associazione come "Giulia e Matteo" gestisce una mole di informazioni e di dati sensibili che, se non correttamente gestiti, possono portare alla violazione della privacy.

Ma noi cosa c'entriamo con la privacy?

Tutti noi -nel momento in cui ci occupiamo di aiuto alle famiglie di persone con disturbi psichiatrici- entriamo in contatto col problema della privacy.

Entrando un po' più nel dettaglio, l'associazione Giulia e Matteo -e quindi ciascuno di noi- è coinvolta nella gestione della privacy secondo tre aspetti differenti:

⁵ [NDA] (EN) Samuel D. Warren, Louis D. Brandeis, [The Right to Privacy](#), *Harvard Law Review*, 15 dicembre 1890.

⁶ [NDA] Antonio Guzzo, *il concetto di privacy*, su [diritto.it](#), 19 febbraio 2009.

⁷ [NDA] Umberto Ambrosoli, Massimo Sideri, *Diritto all'oblio, dovere della memoria*, Giunti/Bompiani, Milano 2017, pagg. 68-69.

⁸ [NDA] Mantelero, *Privacy*, in *Contratto e Impresa*, 2008, pp. 757-779 17-04-2010



Ma noi cosa c'entriamo con la privacy?

1. Gestione dei dati sensibili in associazione

2. La privacy durante il corso

3. La privacy nei gruppi A.M.A



La gestione della privacy in associazione: il problema dei dati sensibili

I dati sensibili sono gestiti secondo apposite procedure emesse ed archiviate in Associazione

In particolare:

I soci

L'associazione Giulia e Matteo tratta i dati personali dei soci nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale e per la gestione del rapporto associativo, ed in particolare per:

- la corrispondenza e rintracciabilità dei soci e volontari e la convocazione alle assemblee
- il pagamento della quota associativa
- l'adempimento degli obblighi di legge e assicurativi
- l'invio del notiziario dell'associazione (News da Giulia e Matteo)
- le campagne di informazione e sensibilizzazione

I trattamenti sono svolti e i dati conservati dagli incaricati autorizzati, in forma cartacea e informatica.

I dati non sono comunicati a terzi né sono diffusi.

Al momento della cessazione del rapporto associativo, i dati non saranno più trattati e saranno conservati esclusivamente nel libro soci cartaceo custodito presso l'Associazione.

I membri dei gruppi specialistici

L'associazione Giulia e Matteo tratta i dati personali dei membri dei Gruppi Specialistici (GS) nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività del relativo Gruppo Specialistico ed in particolare per:



- la corrispondenza e rintracciabilità dei soci e volontari e la convocazione alle riunioni dei GS
- l'adempimento degli obblighi di legge e assicurativi
- l'invio delle News (News da Giulia e Matteo)
- le campagne di informazione e sensibilizzazione

I trattamenti sono svolti e i dati conservati dagli incaricati autorizzati, in forma cartacea e informatica.

I dati non sono comunicati a terzi né sono diffusi.

Al momento della cessazione della collaborazione, i dati non saranno più trattati e verranno completamente cancellati dagli archivi.

I destinatari delle news (news da Giulia e Matteo)

L'associazione Giulia e Matteo tratta i dati personali dei destinatari delle news (Nome, Cognome e Indirizzo e-mail) nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per l'invio delle mail di aggiornamento sull'attività dell'associazione.

Al momento della cessazione della collaborazione, i dati non saranno più trattati e verranno completamente cancellati dagli archivi.

I diritti degli interessati

Agli interessati, sono garantiti tutti i diritti specificati all'art. 15 GDPR, tra cui il diritto all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati, di revocare il consenso (ove prestato) al trattamento (senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca), di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali. L'esercizio dei diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare all'indirizzo e-mail: ass.giuliaematteo@gmail.com o mediante lettera raccomandata a/r presso la sede dell'associazione sita in Via G. Verdi, n.46 Lissone.

Responsabilità

- Il responsabile del trattamento è il presidente.
- L'incaricato del trattamento è il vicepresidente.
- Viene inoltre autorizzato al trattamento dei documenti contenenti dati sensibili il Tesoriere e Segretario



Ulteriori approfondimenti

La gestione dei dati sensibili in associazione

Per saperne di più occorre collegarsi a:
www.giuliaematteo.org

La privacy durante i corsi

Durante i corsi e gli incontri di approfondimento che si svolgono in associazione, normalmente vengono effettuate riprese video, fotografiche ed audio per rendere disponibili a più persone possibili i contenuti degli incontri.

È quindi inevitabile che i filmati degli interventi dei relatori siano divulgati: i relatori, prima dei vari incontri, hanno firmato una liberatoria in tal senso. Medesimo discorso vale per le slides e per i testi delle relazioni (alcuni dei quali entrano a far parte di questa stessa pubblicazione).

Per quanto riguarda i partecipanti al corso, è pressoché inevitabile che qualche immagine dei partecipanti al corso venga divulgata, anche se le riprese sono, per quanto possibile, sempre effettuate inquadrando solamente i relatori.

Ovviamente i dati personali dei partecipanti al corso vengono gestiti in conformità con le procedure dell'associazione e i dati vengono cancellati definitivamente su richiesta degli interessati.

Di conseguenza la partecipazione ad un corso/incontro organizzato dell'Associazione Giulia e Matteo implica la completa compilazione del modulo "Consenso per la Privacy" il cui facsimile è riportato in appendice A.

La mancata compilazione del modulo determina l'immediata esclusione dal corso.

La privacy nei gruppi A.M.A

I facilitatori e i partecipanti ai gruppi A.M.A. si scambiano informazioni che, per loro stessa natura, sono assolutamente riservate; quindi, il rispetto della privacy deve essere sempre tenuto in debito conto nel coordinamento e nello svolgimento dei gruppi.



È infatti tassativo che **«ciò che emerge negli incontri rimanga nel gruppo»**: i partecipanti, per potersi esprimere in tutta tranquillità, devono assolutamente essere certi della riservatezza: di questo devono essere sensibilizzati tutti i partecipanti del gruppo e non solo i facilitatori.

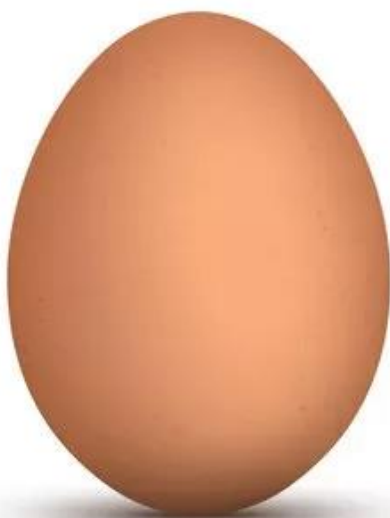
In sostanza i presenti al gruppo A.M.A. – facilitatori e partecipanti – devono «compiere il miracolo» di essere, all'interno del gruppo, assolutamente trasparenti e contemporaneamente completamente «blindati» verso l'esterno: questo non è facile e richiede uno sforzo continuo di tutti, soprattutto quando i rapporti tra i partecipanti cominciano a rilassarsi -il che è positivo- ed evolvere in amicizia.

In conclusione, una raccomandazione ed un consiglio pratico:

Prestare la massima attenzione alla conservazione di eventuali appunti presi durante il gruppo A.M.A.... ovviamente, prima di tutto non vanno dimenticati sul tavolo!

Negli appunti e, ancor di più, nelle relazioni destinate ad essere diffuse NON riportare mai il nome dei partecipanti, ma utilizzare degli pseudonimi e le sole iniziali.

Il gruppo A.M.A. deve essere chiuso come....



[Vedere gli atti dell'incontro relativo ai gruppi AMA: La privacy in associazione e nei gruppi AMA \(filmati, slides e testo degli interventi\)](#)

[Accedere alla pagina del sito dell'associazione dedicata alla Privacy](#)

[Accedere ad un ulteriore approfondimento](#)



Facsimile del modulo “Consenso per la privacy”

LIBERATORIA/AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI AUDIO, FOTO E VIDEO

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n° _____

C.F. _____

con la presente:

RICHIEDE LA PARTECIPAZIONE AL CORSO PER FACILITATORI AMA

che l'Associazione Giulia e Matteo svolgerà, con cadenza quindicinale, a partire da Giovedì, 14 Aprile 2022

Acconsente, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod.civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie foto, audio, video sul sito internet dell'Associazione Giulia e Matteo, sui social network, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici dell'Associazione e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere educativo e comunque conforme ai fini statuari dell'associazione Giulia e Matteo. La presente liberatoria potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail; tale revoca non avrà effetto sul materiale eventualmente già pubblicato.

_____, _____

In fede _____

Informativa per la pubblicazione dei dati

Si informa che i dati personali conferiti con la presente liberatoria saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività come indicate nella su estesa liberatoria. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 7 del Reg. (UE) 2016/679, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta.

☐ presto il consenso ☐ nego il consenso

_____, _____

Firma (leggibile) _____



Capitolo 3: I Disturbi mentali

I disturbi mentali – Parte Prima

Il testo è tratto dal primo intervento della

Dott. Cinzia Anna Mattavelli - Medico chirurgo specialista in psichiatria e vicedirettore clinico Fondazione Adele Bonolis As.Fra.

svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"

Introduzione

Quando una persona prova sofferenza mentale, il primo incontro con lo psichiatra spesso porta con sé confusione e timori. In ambito psichiatrico, più che in altri ambiti della medicina, una persona deve superare una serie di ostacoli, prima che la propria sofferenza venga presa in considerazione.

Le difficoltà possono includere la possibilità di accesso al Servizio, la spesa, la paura e lo stigma. L'incontro con la persona sofferente necessita di un tempo congruo che permetta un'osservazione attiva, uno scambio relazionale, un colloquio clinico, la formulazione di un'ipotesi diagnostica e prognostica, la prescrizione di una terapia e di tutti gli interventi necessari per aiutare il paziente. Tutte queste azioni sono finalizzate all'instaurarsi di una relazione di cura che possa portare nel tempo a una reale presa in carico terapeutica.

A differenza delle altre branche della medicina, dove vi è sempre un confronto anatomico-fisiologico fra organismo sano e malato e quindi è possibile una valutazione di segni e sintomi propri di una malattia, in psichiatria non esiste un chiaro riferimento su quello che si potrebbe definire funzionamento "normale" o "di base" dei sistemi emotivi, cognitivi e comportamentali di un essere umano. Inoltre, l'eziologia è multifattoriale e le cause possono essere biogenetiche, psicologiche e ambientali/sociali.

Fondamentale è riconoscere per tempo i segni e i sintomi di un disfunzionamento, per evitare di trovarsi nel mezzo di un nubifragio senza avere notato che il cielo si stava riempiendo di nubi.

Importante nella storia della psichiatria sono state la descrizione accurata della sintomatologia e lo studio delle attività complesse della mente umana.

Sebbene ci siano diversi modi per valutare la sofferenza mentale, la quinta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5; APA, 2013) è l'ultima versione del linguaggio comune parlato dai professionisti della salute mentale.

Fondamentale è che la diagnosi non sia solo descrittiva, ma anche esplicativa; ovvero che colleghi gli aspetti fenomenologici, descrivibili in base all'osservazione, alla rete di processi più profondi e diversi che è in grado di produrre tali aspetti.



Esame delle condizioni mentali o Esame psichico

Di fronte a una persona che non sta bene occorre chiedersi cosa stia accadendo alle sue “facoltà mentali”. L’osservazione e il colloquio sono fondamentali per raccogliere impressioni e fare ipotesi di ciò che stia accadendo. Bisogna tenere presente che le condizioni mentali possono cambiare a seguito di eventi endogeni o esogeni e anche repentinamente (ex per l’assunzione di sostanze).

- I. *Descrizione generale*
 - A. Aspetto
 - B. Comportamento ed attività psicomotoria
 - C. Atteggiamento
- II. *Umore e affettività*
 - A. Umore
 - B. Affettività
 - C. Appropriatezza
- III. *Linguaggio*
- IV. *Disturbi della percezione*
- V. *Pensiero*
 - A. Processo o forma del pensiero
 - B. Contenuto del pensiero
- VI. *Sensorio e capacità cognitive*
 - A. Vigilanza e livello di coscienza
 - B. Orientamento
 - C. Memoria
 - D. Concentrazione e attenzione
 - E. Capacità di leggere e scrivere
 - F. Capacità visuo-spaziali
 - G. Pensiero astratto
 - H. Patrimonio di informazioni e intelligenza
- VII. *Controllo degli impulsi*
- VIII. *Capacità di giudizio e insight*
- IX. *Attendibilità*

La percezione e i suoi disturbi

La percezione è il risultato finale di una complessa attività organizzativa e integrativa degli eccitamenti provenienti dalla stimolazione degli organi periferici di senso. Tramite un’attività elaborativa in cui entrano in gioco anche altre funzioni (memoria, affettività, etc), le sensazioni consentono la conoscenza della realtà esterna e interna.

Allucinazione: esperienza simil-percettiva che ha la chiarezza e l’impatto di una percezione reale ma senza la stimolazione esterna dell’organo sensoriale pertinente. Le allucinazioni vanno distinte dalle ILLUSIONI, in cui uno stimolo esterno viene percepito o interpretato in modo erroneo.

- Uditiva:** false percezioni di un suono (più comunemente, voci ma anche rumori). Molto comune nei disturbi psichiatrici, possono avere carattere imperativo (che danno ordini, divieti), o denigratorio (voci insultanti);
- Gustativa:** falsa percezione di un gusto (di solito sgradevole);
- Olfattiva:** falsa percezione di odori (per es. gomma bruciata o pesce marcio);



Le ultime due sono più frequenti nei disturbi organici (lesioni del lobo temporale)

-Visiva: false percezioni relative alla vista, che può consistere di immagini strutturate (ex di persone) o di immagini non strutturate (ex lampi di luce). Sono frequenti nei disturbi organici. Le allucinazioni visive devono essere distinte dalle ILLUSIONI, che sono percezioni erronee di stimoli reali esterni;

-Somatica o cenestesica: falsa percezione di eventi che avvengono nel o al corpo, più spesso di origine viscerale. Vi possono essere percezioni allucinatorie dell'intero corpo che può essere percepito deformato nella sua composizione;

-Tattile: allucinazione che comporta la sensazione di essere toccato o di avere qualcosa sotto la pelle. Le più comuni allucinazioni tattili sono la sensazione di scossa elettrica e il formicolio (cioè la sensazione di qualcosa che si arrampica o che striscia sopra o sotto la pelle).

Il pensiero e i suoi disturbi

Il pensiero è un'attività complessa che consente la formazione di un proprio concetto della realtà. Tramite il ragionamento, la critica e il giudizio è possibile compiere operazioni astratte corrette di sintesi, valutazione e previsione giungendo alla formulazione di programmi operativi, orientamenti decisionali e apprendimenti adeguati e utili.

I disturbi del pensiero possono essere di due tipi:

- disturbi del **contenuto**.
- disturbi della **forma**;

Disturbi del contenuto del pensiero

Deliri: falsa convinzione, basata su erronee deduzioni riguardanti la realtà esterna, che viene fermamente mantenuta contrariamente a quanto tutti gli altri credono e a quanto costituisce prova ovvia e incontrovertibile della verità del contrario.

Talvolta le convinzioni deliranti possono derivare dalla sopravvalutazione di un'idea (in quel caso l'individuo ha una credenza o un'idea irragionevole ma non la mantiene così fermamente come nel caso del Delirio).

I deliri vengono suddivisi a seconda del loro contenuto. I tipi più comuni vengono elencati qui di seguito:

- Bizzarro:** centrato su fenomeni che la cultura di appartenenza dell'individuo considera fisicamente impossibili;
- Di controllo:** in cui sembra che i propri sentimenti, impulsi, pensieri o azioni siano sotto il controllo di qualche forza esterna piuttosto che assoggettati alla propria volontà;
- Di gelosia:** in cui si è convinti che il proprio partner sia infedele;
- Di grandezza:** delirio di aumento del proprio valore, potere, sapere, identità, o di speciale relazione con qualche divinità o persona famosa;
- Di inserzione del pensiero:** delirio che alcuni dei propri pensieri non siano i propri, ma piuttosto vengano inseriti nella propria mente;
- Di persecuzione:** delirio il cui tema centrale è che un individuo (o qualcuno a lui vicino) stia venendo aggredito, molestato, ingannato, perseguitato o fatto oggetto di cospirazioni;
- Di riferimento:** delirio in cui gli eventi, gli oggetti o le persone del proprio immediato entourage abbiano un significato particolare e inusuale. Questi deliri hanno di solito una valenza negativa o peggiorativa, ma possono presentare anche contenuti grandiosi. Un Delirio di riferimento differisce dalle "idee di riferimento", in cui la falsa convinzione non viene sostenuta altrettanto fermamente, né risulta altrettanto strutturata in un solido sistema di credenze;
- Di trasmissione del pensiero:** delirio che i propri pensieri vengano trasmessi all'esterno ad alta voce, cosicché possono essere percepiti dagli altri;



- Erotomanico**: delirio che un'altra persona, di solito di rango elevato, sia innamorata dell'individuo;
- Somatico**: delirio il cui contenuto principale riguarda l'aspetto o il funzionamento del proprio corpo.

Preoccupazioni**Ossessioni****Compulsioni****Fobie****Idee suicide o omicide****Idee di riferimento e influenzamento****Povertà di contenuto***Disturbi formali del pensiero***Perdita della capacità di stabilire nessi associativi o deragliamento****Fuga delle idee****Accelerazione del pensiero****Tangenzialità****Circonstanzialità****Insalata di parole o incoerenza****Neologismi****Associazioni per assonanza****Giochi di parole****Blocco del pensiero****Vaghezza del pensiero**

Dissociazione: separazione di gruppi di contenuti mentali dalla consapevolezza. La Dissociazione è un meccanismo fondamentale nei disturbi dissociativi.

Il termine è utilizzato anche per descrivere la separazione di un'idea dal suo significato emotivo e dall'affetto collegato, come accade nell'affettività inappropriata della schizofrenia.

Spesso conseguenza di un trauma psichico, la Dissociazione consente all'individuo di mantenere l'adesione a due verità contraddittorie rimanendo inconsapevole della contraddizione.

Una manifestazione estrema della Dissociazione è il disturbo dissociativo dell'identità, nel quale una persona può presentare diverse personalità indipendenti, ciascuna inconsapevole delle altre.

[Vedere gli atti dell'incontro relativo ai gruppi AMA: I disturbi psichiatrici – Parte 1 \(filmati, slides e testo degli interventi\)](#)



I disturbi mentali – Parte Seconda

Il testo è tratto dal secondo intervento della

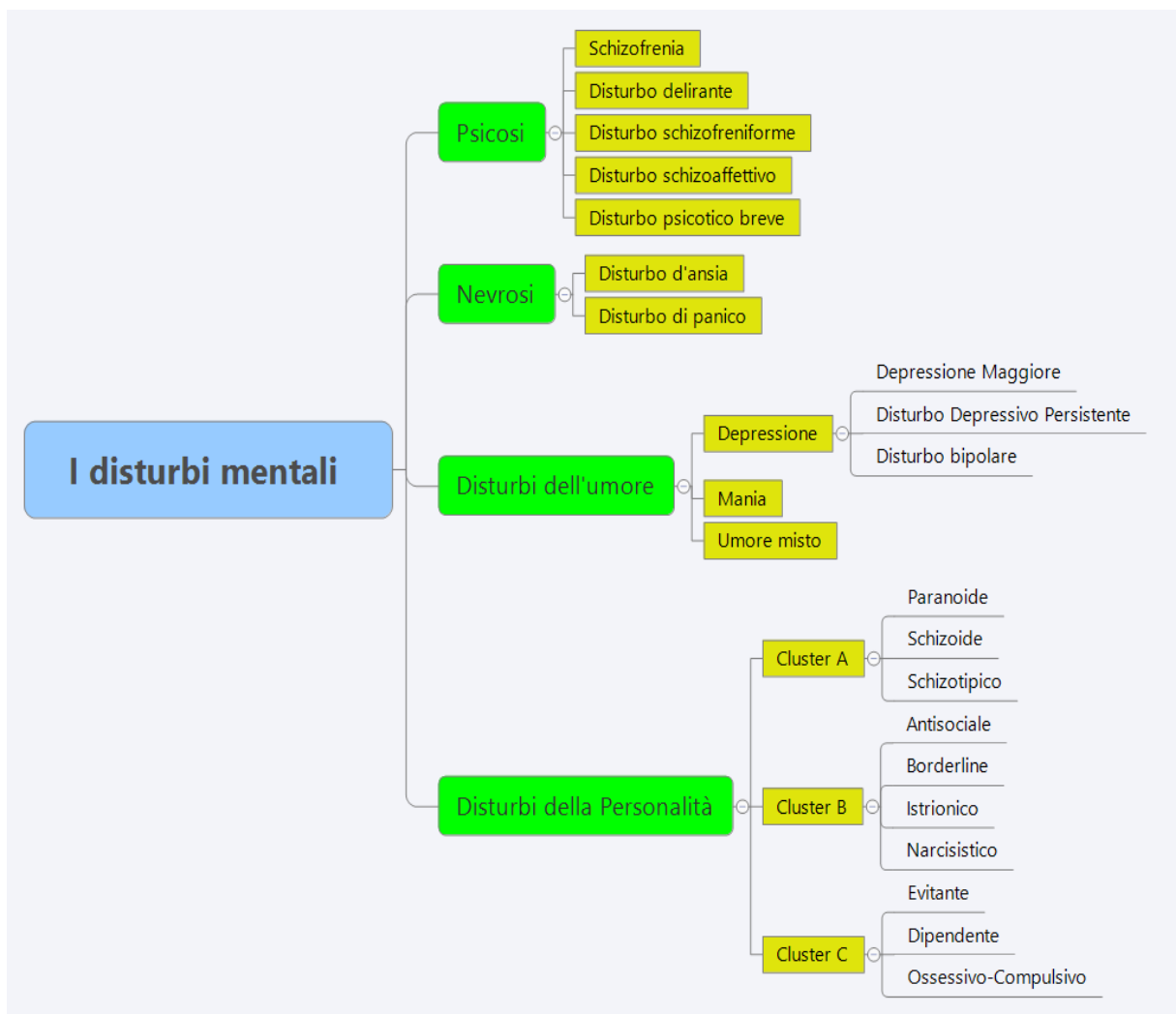
Dott. Cinzia Anna Mattavelli - Medico chirurgo specialista in psichiatria e vicedirettore clinico Fondazione Adele Bonolis As.Fra.

svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"

I disturbi mentali

- Psicosi
- Nevrosi
- Disturbi dell'umore
- Disturbi della personalità

I **disturbi psichici** sono un evento che coinvolge il **corpo** e la **mente**, quindi la **persona** nella sua interezza. Riconosciamo la presenza di una **malattia psichica** quando rileviamo un'alterazione di **percezione e/o pensieri, emozioni e affetti, azioni e comportamenti**.





Psicosi

I disturbi psicotici sono definiti da anomalie psicopatologiche in uno o più dei cinque seguenti ambiti: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato (eloquio), comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonìa) e sintomi negativi. Nelle psicosi la consapevolezza di essere malato è perlopiù assente e il rapporto con la realtà è alterato. Comune a tutte le forme è il disadattamento nella vita sociale, di relazione e lavorativa.

I **sintomi psicotici** sono raggruppabili in:

- ***Disturbi della forma del pensiero***: alterazioni del flusso ideativo, fino alla fuga delle idee e all'incoerenza, alterazione dei nessi associativi. Si può verificare pertanto deragliamento, tangenzialità e dissociazione tali da compromettere una comunicazione efficace.
- ***Disturbi del contenuto del pensiero***: ideazione prevalente o delirante, fino al delirio. Il contenuto dei deliri può essere vario: bizzarro, di controllo, di gelosia, di grandezza, di inserzione del pensiero, di persecuzione, di riferimento, di trasmissione del pensiero, erotomanico o somatico.
- ***Disturbi della percezione***: allucinazioni uditive, visive, olfattive, somatiche o cenestesiche, tattili, gustative. Le allucinazioni uditive sono le più comuni nei disturbi psicotici e si presentano sotto forma di voci che possono avere carattere imperativo (che danno ordini, divieti), o denigratorio (voci insultanti).

I **disturbi psicotici**, generalmente, esordiscono nell'adolescenza e nella precoce età adulta e sono il risultato di fattori biogenetici, psicologici e ambientali/sociali.

Spesso il ritiro sociale e la sintomatologia depressiva costituiscono i primi segni di malattia. I sintomi prodromici spesso possono precedere la fase attiva e sintomi residui (allucinazioni e deliri sottosoglia e sintomi negativi) la possono seguire.

I principali **disturbi psicotici** o forme di **psicosi** sono:

- Schizofrenia
- Disturbo delirante
- Disturbo schizofreniforme
- Disturbo schizoaffective
- Disturbo psicotico breve



Schizofrenia

La **schizofrenia** è un disturbo caratterizzato da alterazione del pensiero, della percezione, del comportamento e dell'affettività. Si manifesta con deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico e sintomi negativi.

Gli individui con schizofrenia spesso mostrano affettività inadeguata, umore disforico (depressione, ansia, rabbia) e alterazione del ritmo sonno/veglia.

Possono verificarsi anche depersonalizzazione, derealizzazione e preoccupazioni somatiche.

Tra i **deficit cognitivi** spesso si riscontra una diminuzione della memoria, delle funzioni linguistiche, della velocità di elaborazione e dell'attenzione.

Compare in età adolescenziale o giovanile: tra i 15 e i 25 anni negli uomini, più tardi (25-35 anni) nelle donne. L'esordio può essere acuto, nel 5-15% dei pazienti, ed è indice di una prognosi più favorevole.

La **diffusione della schizofrenia** è relativamente bassa, 1% in tutto il mondo, e trasversale: si riscontra, infatti, in tutte le classi sociali, senza distinzione di sesso, razza, territorio.

Il DSM-5 stabilisce che, per poter fare **diagnosi di schizofrenia**, la sintomatologia deve persistere per almeno 6 mesi.

Inoltre, almeno due dei seguenti sintomi devono essere presenti per almeno un mese: deliri, allucinazioni o eloquio disorganizzato.

La compromissione del funzionamento deve essere presente in una o più delle seguenti aree: lavoro, relazioni interpersonali o cura di sé.

Infine, la sintomatologia non deve essere meglio spiegata da un altro disturbo mentale, non deve essere attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (sostanze, farmaci) o ad altra condizione medica.

Vengono identificati vari sottotipi clinici:

1. **Paranoide**: il paziente presenta rilevanti deliri o allucinazioni in un contesto di funzioni cognitive ed affettività preservate. Il **delirio di persecuzione** è dominante: l'individuo è convinto di essere oggetto di cospirazione, di inganno, di essere spiato, seguito o avvelenato. Il mondo è percepito come ostile e il sospetto può portare in certi casi a mettere in atto comportamenti aggressivi e violenti come forme preventive di difesa da eventuali minacce percepite.
2. **Disorganizzato**: il paziente presenta un eloquio ed un comportamento disorganizzato. Il linguaggio e i comportamenti sono incoerenti ed inadeguati rispetto al contesto, l'affettività è anch'essa disorganizzata e si possono verificare **dissociazione** del pensiero e disinteresse per il mondo circostante.
3. **Catatonico**: il paziente presenta un notevole disturbo psicomotorio: mutismo, assunzione di posture anormali, distacco dalla realtà, stati di immobilità o crisi di intensa agitazione.
4. **Indifferenziato/residuo**.

Decorso e prognosi della schizofrenia

La **schizofrenia** è una patologia grave e invalidante, che conduce spesso al ricovero ospedaliero e che deve essere attentamente diagnosticata e curata. Oggigiorno, tuttavia, la sua prognosi non è così negativa come un tempo.

La comparsa dei **sintomi negativi**, il declino delle funzioni cognitive e anomalie cerebrali si concentrano nella fase prodromica e durante il primo episodio per poi mantenersi costanti.



Il prodromo presenta sintomi negativi quali depressione, ansia, irritabilità, distraibilità, ritiro sociale, appiattimento affettivo, alogia, avolizione e diminuzione dell'espressione emozionale. L'attenzione deve crescere nel momento in cui compare la sospettosità.

I **sintomi della schizofrenia** sono molto variabili sia in relazione alla fase della malattia (prodromica, esordio o lungo termine) che alla sottotipologia clinica. Possono presentarsi in momenti critici (episodici) oppure in modo stabile e cronico e generalmente vengono suddivisi in due gruppi antitetici: sintomi positivi e negativi.

I **sintomi della schizofrenia positivi** sono manifestazioni nuove e anomale dovute alla malattia, i **sintomi della schizofrenia negativi** derivano, invece, dalla perdita di capacità che erano presenti prima dell'esordio della malattia.

I **sintomi positivi della schizofrenia** comprendono:

- I **deliri**, intesi come convinzioni contrarie alla realtà, durature, fermamente sostenute malgrado le prove del contrario, dissonanti rispetto al contesto di riferimento. Quelli più frequenti sono quelli di persecuzione, di grandezza, di riferimento, di lettura del pensiero.
- Le **allucinazioni**, cioè alterazioni della percezione per cui la persona crede di percepire cose che in realtà non ci sono. Tipiche quelle uditive, quando la persona sente voci che la insultano, la minacciano, la comandano o commentano le sue azioni.
- La **disorganizzazione e la frammentazione del pensiero**.
- Il **comportamento bizzarro e disorganizzato**.

I **sintomi negativi della schizofrenia** comprendono:

- **Apatia**
- **Appiattimento affettivo**
- **Deficit nella produttività e fluidità dell'eloquio**
- **Perdita d'iniziativa**
- **Povertà ideativa**
- **Difficoltà a mantenere l'attenzione**
- **Compromissione dei rapporti interpersonali, del funzionamento sociale e lavorativo.**

In pratica il paziente non reagisce a quelle situazioni che negli altri suscitano emozioni, perde interessi ed energie e tende a ridurre sempre più i propri rapporti sociali, fino all'isolamento.

Sono questi i **sintomi della schizofrenia** più difficili da interpretare in modo chiaro, hanno un'evoluzione lenta e graduale. Almeno all'inizio, possono non sembrare segnali specifici di una patologia così grave, ma confondersi con i sintomi depressivi.



Schizofrenia e rischio suicidario

I pazienti affetti da schizofrenia hanno una maggiore probabilità di **ricorrere al suicidio**: il 20% tenta il suicidio almeno una volta nel corso della vita e il 5% muore suicida in un periodo di 20 anni di follow up. In molti presentano una significativa ideazione suicidaria.

I fattori di rischio suicidari per la schizofrenia sono: uso di sostanze psicotrope, giovane età, sintomi depressivi e alti livelli di prestazioni nella fase premorbose. Infine, i maschi di giovane età sembrano essere maggiormente a rischio suicidario rispetto alle femmine di pari età.

Nevrosi

Nella attuale classificazione psichiatrica è scomparso il termine “nevrosi” inteso come “disturbo non psicotico, cronico o ricorrente, caratterizzato soprattutto da ansia”. Il disturbo viene avvertito o espresso direttamente oppure modificato attraverso meccanismi di difesa; appare come un sintomo, ad esempio, un'ossessione, una compulsione, una fobia o una disfunzione sessuale.

Una nevrosi può essere sufficiente, e di solito lo è, ad alterare il funzionamento di una persona in numerose aree. Molti autori ritengono che il termine sia utile nella psichiatria contemporanea e dovrebbe essere mantenuto.

Nelle nevrosi la consapevolezza di essere malato è presente e il rapporto con la realtà è conservato. Sintomo comune a tutte le forme è l'ansia.

Disturbi d'ansia

Classificazione:

1. Disturbo di panico
2. Disturbo d'ansia sociale: Fobia sociale
3. Fobia specifica
4. Disturbo d'ansia generalizzato
5. Agorafobia
6. Mutismo selettivo
7. Disturbo d'ansia da separazione
8. Disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci
9. Disturbo d'ansia dovuto ad un'altra condizione medica
10. Disturbo d'ansia con altra specificazione
11. Disturbo d'ansia senza specificazione

Disturbo di panico

*L'attacco di panico è un evento caratterizzato da un'ansia molto intensa, tachicardia, fiato corto e paura di morire o di impazzire. Può presentarsi in qualsiasi momento e spesso è associato a periodi di forte stress e stanchezza. Quando gli attacchi di panico si presentano frequentemente in un breve lasso di tempo allora si parla di **disturbo di panico**.*



Secondo il DSM-5 la diagnosi di disturbo di panico è possibile se sono presenti almeno 4 dei seguenti sintomi:

- palpitazioni o tachicardia
- sudorazione
- tremori
- sensazione di fiato corto o di fatica nel respirare
- sensazione di soffocamento
- dolore retrosternale
- nausea o dolori addominali
- vertigini, sensazione di instabilità, testa leggera o sensazione di svenimento
- brividi o vampate di calore
- parestesie (sensazioni di formicolio o di intorpidimento)
- derealizzazione (sensazioni di irrealtà) o depersonalizzazione (sentirsi separato da sé stesso)
- sensazione di perdita del controllo o di “diventare matto”
- paura di morire

Inoltre, per almeno un mese il soggetto presenta una persistente paura e preoccupazione di avere altri attacchi di panico. Questo provoca inoltre una riduzione della qualità di vita del soggetto. Ad esempio, con la riduzione significativa della vita sociale, o lavorativa.

Le **cause** degli attacchi di panico possono essere molto diverse tra loro. In genere il primo attacco si verifica durante un periodo particolarmente stressante dell'individuo. Lo **stress** può essere dovuto ad un evento acuto oppure alla presenza di numerosi fattori concomitanti.

Le principali cause di un attacco di panico possono essere:

- lutti
- malattie gravi
- cambiamenti importanti nella vita (matrimonio, lavoro, separazioni)
- periodi di iperlavoro o di scarso riposo
- situazioni relazionali conflittuali
- cambiamenti di ruolo (ad es. il pensionamento)
- traumi
- problematiche finanziarie

Dopo il primo attacco in genere l'individuo sviluppa una forte preoccupazione e vive in uno stato costante di apprensione, in una sorta di ansia anticipatoria, di “paura della paura” che porta ad aumentare i livelli di stress e quindi favorire futuri attacchi. Si instaura quindi un circolo vizioso, dove è la paura di stare male che alimenta l'ansia. L'ansia diventa panico e si produce un nuovo attacco.

In altri casi gli attacchi di panico sono invece causati da un disturbo più grave.

La [depressione maggiore](#), [i disturbi alimentari](#), il [disturbo post-traumatico da stress](#) sono alcuni dei disturbi che possono presentare, in comorbidità, un disturbo di panico.

L'attacco di panico va in remissione spontaneamente. I sintomi, infatti, dopo circa una ventina di minuti spariscono lasciando il soggetto in uno stato di profondo sbigottimento e allarme. Attraverso tecniche di controllo del respiro è possibile limitare la durata degli attacchi o impedirne l'insorgenza.

In genere chi soffre di attacchi di panico sviluppa delle conseguenze psicologiche sia sul piano cognitivo ed emotivo, sia sul piano comportamentale. Può sviluppare preoccupazioni rispetto alla propria salute fisica (i pazienti possono pensare che gli attacchi siano dovuti ad una qualche grave malattia che mette in pericolo la loro vita) oppure possono sviluppare problemi nella sfera sociale e nelle autonomie personali.



Disturbi dell'umore

I **disturbi dell'umore** sono un insieme di patologie tra loro piuttosto differenti, ognuna delle quali è caratterizzata da alcuni sintomi specifici. Ciò che però li caratterizza tutti è l'**alterazione patologica del tono dell'umore** che crea marcato disagio psicologico oltre a problematiche nel funzionamento sociale e relazionale.

Le alterazioni del tono dell'umore sono principalmente:

- la **depressione** caratterizzata da tristezza, calo della spinta vitale e ideazioni negative;
- la mania caratterizzata da eccessiva euforia, logorrea, aumento della velocità del pensiero fino a sfociare in sintomi psicotici come deliri;
- l'**umore misto** caratterizzato dalla presenza concomitante di sintomi depressivi e sintomi maniacali, detto anche "**umore disforico**".

Alcune persone sviluppano solamente la tendenza a presentare un tono d'umore basso alternato a momenti di relativo benessere (umore in equilibrio) e si parla quindi di **depressioni unipolari**. Altri sviluppano invece un disturbo in cui si alternano momenti di depressione e momenti di mania (o ipomania). In questi casi si parla di **disturbi bipolari** o depressioni bipolari.

La **frequenza** con cui si manifestano i **disturbi dell'umore** nella popolazione generale è **molto alta** rispetto ad altre patologie o disturbi psichiatrici. Il **disturbo depressivo maggiore** è il **disturbo dell'umore** più conosciuto e maggiormente diffuso. Secondo molti studi è il disturbo con la **più alta tendenza di crescita** soprattutto nella cultura occidentale. Nel mondo occidentale la probabilità di sviluppare un disturbo depressivo nell'arco della vita si aggira **intorno al 17%**.

Per quanto riguarda i **disturbi depressivi** vi è una netta prevalenza del disturbo **nelle donne** (circa il doppio rispetto agli uomini). Alcuni studi osservano come questa tendenza **scompaia con l'avanzare dell'età**. In età geriatrica, quindi per persone che hanno superato i 65 anni, la **depressione senile** sembra infatti colpire indistintamente uomini e donne. Per quel che riguarda invece il **disturbo bipolare** non c'è differenza tra sesso maschile e femminile e la probabilità di sviluppare il bipolarismo nell'arco della vita si aggira intorno **all'1%**.

Nel **DSM-5** i disturbi dell'umore sono stati suddivisi in due categorie distinte:

i Disturbi Depressivi e i Disturbi Bipolari.

Disturbi depressivi

Più che di depressione, dovremmo parlare di "**depressioni**", in quanto sono descritte diverse sindromi. Quando si parla di un **disturbo depressivo** è importante sottolineare come **non tutte le modificazioni del tono dell'umore sono da considerarsi patologiche**. A tutti capita di provare, in alcuni momenti della propria vita, sentimenti come tristezza, sconforto, pessimismo. Essere tristi è normale e fa parte della vita. Ma in un soggetto sano queste sensazioni **hanno breve durata**.

Si parla di depressione quando il **disturbo dell'umore** è pervasivo e influenza significativamente il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale del soggetto. Riconoscere un **disturbo depressivo** in fase iniziale è importante in quanto, più rapida è la diagnosi, migliore è la prognosi. Molto spesso invece persone convivono con un **disturbo depressivo** per anni. Per poi arrivare ad uno specialista mediamente **dopo due anni** dall'esordio del disturbo.

Depressione Maggiore

La depressione maggiore, detta anche depressione endogena, è una depressione non direttamente collegabile a particolari eventi (lutti, perdite, situazioni stressanti). I sintomi principali della depressione



maggior riguardo il tono dell'umore, la spinta vitale, i pensieri e la capacità di concentrazione. Nello specifico la depressione maggiore si caratterizza per questi sintomi:

- umore depresso** per la maggior parte della giornata
- marcato **disinteresse** verso le normali attività
- significativa** perdita di peso o alterazioni dell'appetito (aumento o diminuzione significativi)
- insonnia o ipersonnia **persistente**
- agitazione psicomotoria** o **rallentamento della motricità**
- sensazione di fatica** o di **perdita di energie**
- bassa autostima** o **eccessivi** sensi di colpa
- diminuzione** delle capacità di **attenzione** e **concentrazione**
- ricorrenti pensieri di morte, ideazioni suicidarie** o **tentativi di suicidio**

Secondo il DSM-5 per poter fare diagnosi di disturbo depressivo maggiore è necessario che siano presenti **almeno cinque di questi sintomi per una durata di almeno due settimane**.

Disturbo Depressivo Persistente

Il **disturbo depressivo persistente**, chiamato in passato "distimia" o "disturbo distimico" è un disturbo caratterizzato da un **umore depresso cronico**, che si manifesta quasi tutti i giorni, **per almeno due anni**. Possono verificarsi periodi in cui l'umore è "nella norma" ma tendenzialmente non durano che qualche giorno o qualche settimana. In genere questo tipo di disturbo è difficile da individuare in quanto i **sintomi** principali non sono così invalidanti come il disturbo depressivo maggiore. I sintomi del **disturbo depressivo persistente** sono:

- scarso o eccessivo appetito**
- insonnia o ipersonnia**
- scarsa energia e senso costante di fatica**
- bassa autostima**
- calo della concentrazione e difficoltà a prendere decisioni**
- sensazione di essere **"senza speranza"**

Secondo il DSM-5 per poter fare diagnosi di un disturbo depressivo persistente è necessaria la presenza di **almeno due sintomi sopra elencati per una durata di almeno due anni**.

I disturbi bipolari

A differenza dei disturbi depressivi, che sono caratterizzati da una sola polarità, (ossia il disturbo dell'umore si manifesta solamente con la variante depressiva) nei disturbi bipolari osserviamo la presenza di **episodi maniacali o ipomaniacali alternati a episodi depressivi**.

Nella mania o nell'ipomania l'umore si definisce **"espanso"**, elevato, euforico. Un paziente che presenta un episodio maniacale può mostrare logorrea, accelerazione del contenuto del pensiero, ridotto bisogno di sonno, attivazione psicomotoria, fino a portare a spese eccessive e comportamenti disinibiti. I disturbi bipolari sono così suddivisi:

- Disturbo Bipolare I**: caratterizzato da alternanza di episodi maniacali, ipomaniacali e depressivi
- Disturbo Bipolare II**: caratterizzato da alternanza di episodi ipomaniacali e depressivi
- Ciclotimia**: caratterizzata da alternanza di lievi episodi ipomaniacali e lievi episodi depressivi
- Disturbo Bipolare indotto da sostanze**: quando l'alterazione del tono dell'umore è attribuibile solamente a farmaci o sostanze assunte dal paziente



Disturbi della personalità

La **personalità** è il peculiare modo di pensare, sentire e comportarsi che ci distingue gli uni dagli altri. La **personalità** di ciascuno di noi è influenzata dalle esperienze che facciamo, dall'ambiente nel quale cresciamo e da aspetti ereditari. La **caratteristica della personalità** è quella di rimanere stabile nel tempo.

I **disturbi della personalità** sono modelli disadattivi di pensiero, e comportamento che differiscono significativamente da ciò che ci si aspetta, cioè si discostano dalle norme e dalle aspettative sociali del proprio ambiente di riferimento.

Spesso il comportamento è egosintonico, cioè è coerente e funzionale rispetto all'immagine di sé, e quindi è percepito come appropriato, questo contribuisce alla rigidità e pervasività in più aree di vita.

In generale, i **disturbi di personalità** sono diagnosticati nel 40-60% dei pazienti psichiatrici, rendendoli i più frequenti nelle diagnosi psichiatriche. I **disturbi di personalità** sono generalmente riconoscibili nell'adolescenza, l'inizio dell'età adulta o talvolta anche dell'infanzia.

I **disturbi della personalità** influenzano almeno due di queste aree:

- il modo di pensare a sé stessi e agli altri
- il modo di rispondere emotivamente
- il modo di relazionarsi con altre persone
- il modo di controllare il proprio comportamento

Classificazione dei Disturbi della personalità

I **disturbi di personalità** sono raggruppati in tre cluster basati su somiglianze descrittive:

Cluster A

Il cluster A è caratterizzato da comportamenti "strani" o eccentrici, diffidenza e tendenza all'isolamento

-**Paranoide**: vi è diffidenza e sospettosità verso gli altri, ai quali si tende ad attribuire cattive intenzioni; teme di venire danneggiato o ingannato, anche a fronte di mancanza di prove concrete;

-**Schizoide**: vi è ritiro e introversione nei rapporti sociali, distacco emotivo e freddezza; la prossimità degli altri e l'intimità sono vissute con fastidio e timore ma sono altresì indifferenti alle opinioni degli altri nei loro confronti;

-**Schizotipico**: vi è ritiro sociale e distacco emotivo, ma il comportamento e anche il pensiero risultano bizzarri e atipici. Può esserci pensiero magico e paranoide.

Cluster B

Il cluster B è caratterizzato da comportamenti drammatici e dalla forte emotività espressa, egocentrismo e scarsa empatia

-**Antisociale**: ignora o viola i diritti degli altri, non dà valore alla norma sociale e usa l'altro per raggiungere i propri scopi (a differenza della **personalità** narcisistica lo sfruttamento dell'altro è puramente utilitaristico e non giustificato dalla propria presunta superiorità); può mentire ripetutamente o ingannare gli altri e agire impulsivamente;

-**Borderline**: presenta instabilità nei rapporti personali, emozioni intense e scarsa capacità di regolarle, scarsa autostima e impulsività, senso cronico di vuoto e solitudine; una visione di sé e dell'altro che può passare velocemente da rappresentazioni opposte e scarsamente integrate; estrema sensibilità all'abbandono (reale o immaginario) al quale può reagire con disperati tentativi di evitarlo, auto ed etero aggressività, fino ad arrivare a comportamenti anticonservativi;

-**Istrionico**: è caratterizzato da una costante ricerca di attenzione da parte degli altri e dall'espressione drammatica di sentimenti ed emozioni; sempre preoccupati della loro immagine, le persone che soffrono di questo disturbo possono usare l'aspetto fisico e la seduzione per attirare



l'attenzione, ma anche mostrare comportamenti infantili o esasperare una condizione di fragilità per ricevere cura e protezione;

-**Narcisistico**: caratterizzata da senso di superiorità, bisogno di ammirazione e mancanza di empatia per gli altri; sentendosi grandiosi credono di essere ammirati e invidiati dagli altri e si muovono come se avessero particolare diritto a soddisfare i propri bisogni e desideri, considerando l'altro come un mezzo per arrivare a tale scopo; sono sensibili al fallimento e alla critica che, disconfermando la propria grandiosità, possono suscitare rabbia ma anche indurre stati depressivi.

Cluster C

Il cluster C è caratterizzato da comportamenti ansiosi o timorosi e da scarsa autostima

-**Evitante**: presenta timidezza, sentimenti di inadeguatezza ed estrema sensibilità alle critiche; la difficoltà a stare in relazione spinge all'isolamento che però, a differenza della personalità schizoide, è vissuto con sofferenza e cela un forte desiderio di accettazione e vicinanza da parte dell'altro; critiche, rifiuti e abbandoni aumentano il ritiro sociale e, a differenza del disturbo borderline, non provocano rabbia ma vergogna e tristezza

-**Dipendente**: vi è insicurezza e scarsa autostima, difficoltà a prendere decisioni quotidiane in assenza di rassicurazioni da parte degli altri. Possono sentirsi a disagio o indifesi quando sono soli, a causa del timore di essere incapaci di prendersi cura di sé stessi; tendono a sottomettersi all'altro mettendo i propri bisogni e le proprie opinioni in secondo piano per il timore che l'altro possa risentirsi e allontanarsi;

-**Ossessivo-compulsiva**: caratterizzata dalla preoccupazione per l'ordine, la perfezione e il controllo, spesso inflessibile in tema di moralità e valori; l'intolleranza all'incertezza e all'errore la rende poco flessibile e adattabile al cambiamento ed estremamente rallentata nel processo decisionale; la personalità ossessivo-compulsiva può essere eccessivamente concentrata su dettagli o programmi da svolgere tanto da faticare nel completamento di un compito o un'attività intrapresa, può lavorare eccessivamente sottraendo tempo a svago e amicizie; a differenza del disturbo ossessivo-compulsivo non presenta pensieri ossessivi e rituali.

[Vedere gli atti dell'incontro relativo ai disturbi psichiatrici: Cenni ai principali segni e sintomi dei disturbi psichiatrici \(filmati, slides e testo degli interventi\)](#)



Terapie farmacologiche per il trattamento dei disturbi psichici: benefici ed effetti collaterali

Il testo è tratto dal secondo intervento della

Dott. Mara Cigala Fulgosi - Medico chirurgo specialista in psichiatria

svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"

Cenni Storici

Le malattie psichiatriche

A partire dal diciannovesimo secolo le malattie cominciano ad essere classificate basandosi sulle cause delle patologie, mentre per la patologia mentale continuava a rimanere oscura perché non si riuscivano ad individuare le cause all'origine di queste patologie e quindi veniva utilizzato una classificazione descrittiva basata sui sintomi.

Occorre tenere presente che all'epoca quando si parlava di patologia psichiatrica si parlava di "follia" che in una famosa descrizione è descritta come *"un disordine delle facoltà mentali, morbosio, apiretico, cronico, che toglie all'uomo il potere di pensare e di agire liberamente nel senso della sua felicità, della sua conservazione, della sua responsabilità"*.

Poi si comincia ad avere un approccio descrittivo individuando moltissimi tipi differenti di follia; vedere figura 1

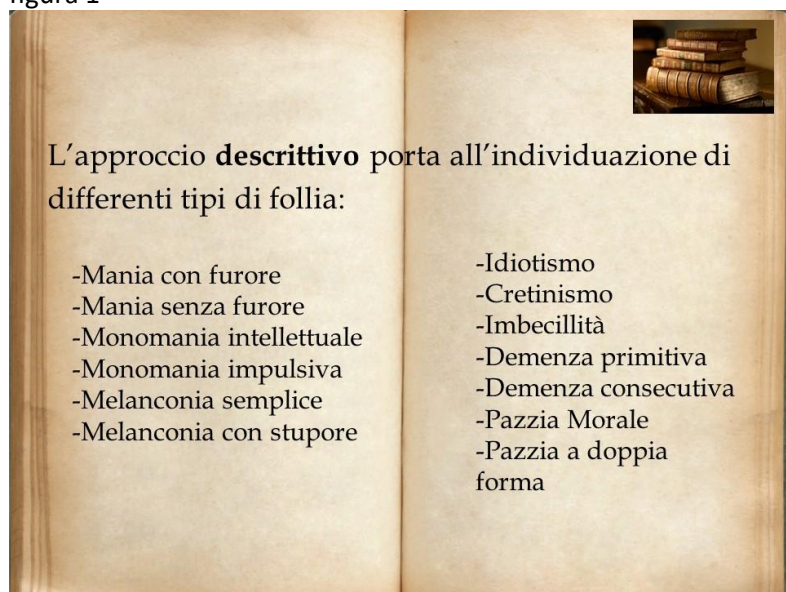


Figura 1

Fu solo nei primi anni del '900 con l'opera di [E. Kraepelin](#), psichiatra tedesco, che venne rivista tutta la classificazione delle malattie psichiatriche, non solo sulla base dell'osservazione clinica, ma soprattutto dell'evoluzione della malattia nel tempo.

Quindi fu fatta una prima classificazione in due grossi gruppi:

1. Psicosi maniaco depressiva (malattie in cui i sintomi con l'andar del tempo sparivano)
2. Dementia Praecox (malattie ad evoluzione nefasta senza miglioramenti tangibili)

Le "cure"

Nell'antichità la malattia, soprattutto mentale, veniva spesso ricondotta all'intervento di forze soprannaturali e divine; per questo veniva "curata" attraverso riti mistico-religiosi; spesso veniva, però,



considerata come un “collegamento privilegiato” con le forze divine (ad esempio le baccanti, Cassandra ecc....).

Invece nel medioevo questo legame col divino assume una valenza negativa e le persone che manifestavano comportamenti “bizzarri” venivano considerate possedute e la “cura” era affidata agli esponenti della chiesa.

Nell’età classica il problema della “follia” perse il carattere mistico-religioso e iniziò ad essere considerato da un punto di vista sociale: “folli” divennero tutti coloro che venivano ritenuti una minaccia per la società, da allontanare e rimuovere da essa il più velocemente possibile.

In questi anni sorsero moltissime case di internamento, volte a rinchiodare una varietà di persone rifiutate dalla società: persone con malattie psichiatriche, vagabondi, criminali, dissidenti politici, persone nullafacenti... tutte rinchiusi in un’unica struttura.

Fu solo a partire dalla nascita del pensiero illuminista che la concezione di malattia mentale iniziò a mutare e si iniziò a pensare al concetto di “cura” cosicché le case di internamento cominciarono ad evolvere in case di cura. Siamo comunque ancora lontani dall’individuazione di cause e terapie farmacologiche, la cura consisteva unicamente nell’internamento e nell’isolamento totale e gli strumenti utilizzati erano disumani, volti a provocare stati di shock nelle persone (paura, intimidazione, terapia insulinica, contenzione, bagni, ecc..).

Tanto interessanti appaiono le pagine di Kraepelin sull’osservazione clinica e la diagnosi delle patologie mentali, mentre deludenti appaiono le terapie: la totale mancanza all’epoca di sussidi farmacologici lo portavano infatti a ricorrere a ciò che aveva a disposizione; alcol, caffè, tè, morfina...

L’epoca dei farmaci

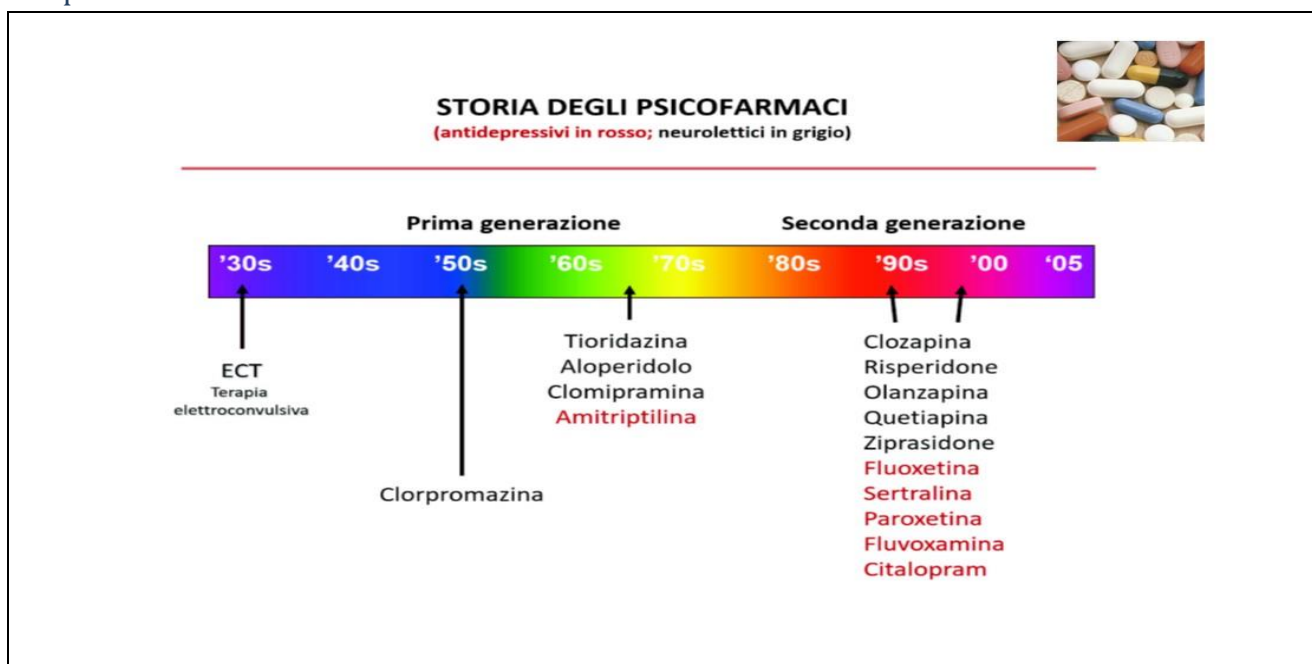


Figura 2

Anni '30

Nel 1938 [Ugo Cerletti](#) psichiatra e neurologo italiano ideò l’elettroshock, come terapia in grado di indurre una “riorganizzazione” dell’encefalo: in alcuni casi effettivamente portava ad un miglioramento della sintomatologia.



Ancor peggio fu l'introduzione (1936), da parte di [Antonio Caetano de AbreuFreire](#), della lobotomia prefrontale tramite la quale veniva rimosso una piccola parte del lobo frontale che era ritenuto la sede degli impulsi e di tutto quello che era fuori dal controllo della persona.

Anni '50

Negli anni '50, per la prima volta, si cominciò a pensare che alcuni farmaci che avevano proprietà sedative, in particolare gli antistaminici come la prometazina (Fargan), potevano essere utilmente impiegati in psichiatria.

Dalla prometazina si ricavò una nuova molecola, la clorpromazina (Largactil) che fu il primo farmaco utilizzato diffusamente in psichiatria. Nel ventennio successivo all'introduzione del Largactil il numero dei pazienti ricoverati ebbe un crollo significativo.

Anni '60/'70

Nel 1958, quasi casualmente, un medico belga, divenuto poi miliardario, scopre l'aloiperidolo (Serenase) che è il miglior farmaco antipsicotico mai trovato.

Negli stessi anni (1957) uno psichiatra svizzero scopre che una molecola simile alla clorpromazina -cui abbiamo già accennato- l'imipramina, invece di un effetto sedativo, ha un ottimo effetto antidepressivo.

Gli psicofarmaci

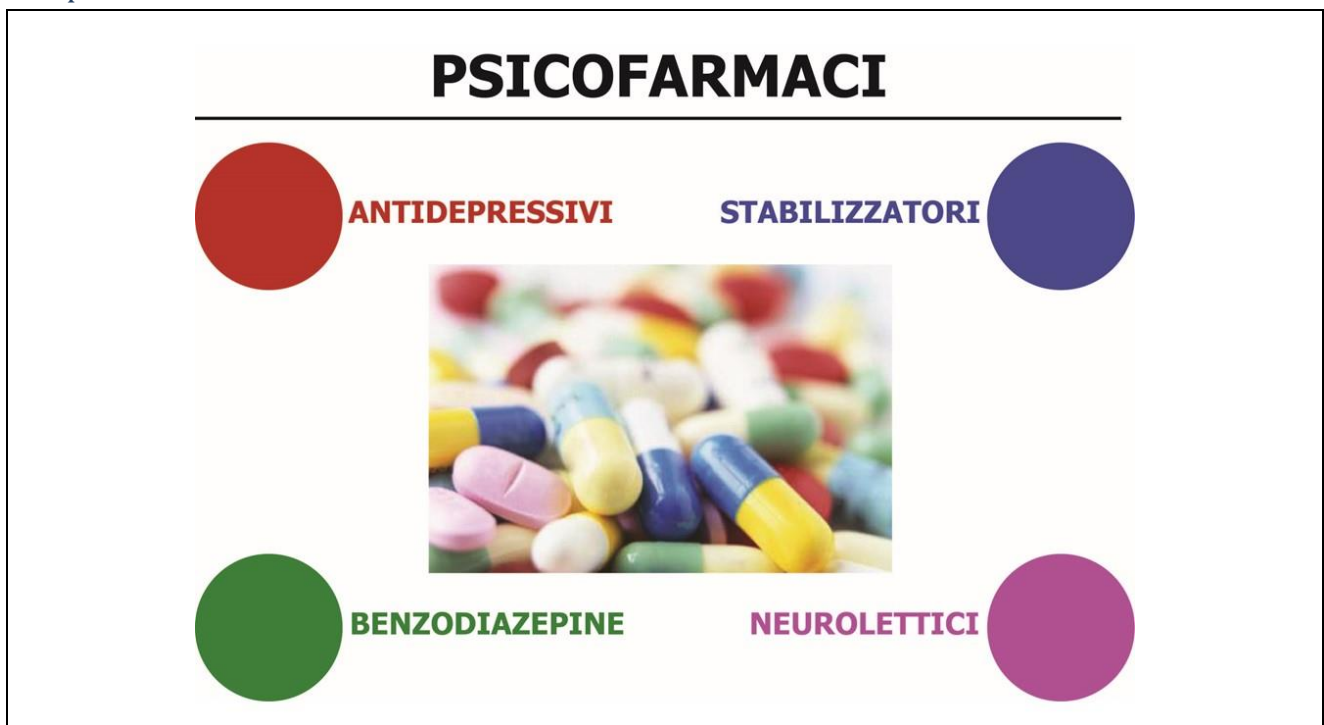


Figura 3

Gli psicofarmaci si suddividono in quattro grandi categorie:

- antidepressivi
- stabilizzatori dell'umore
- benzodiazepine
- neurolettici



Psicofarmaci ANTIDEPRESSIVI

Nel 1965 si comincia a far strada l'ipotesi che la depressione possa essere correlata ad un deficit funzionale di monoamine (noradrenalina e serotonina); si tratta di due sostanze che permettono la comunicazione dei neuroni tra di loro, la loro mancanza rende difficoltosa la comunicazione tra neuroni che, in condizioni normali, dovrebbero essere connessi tra loro.

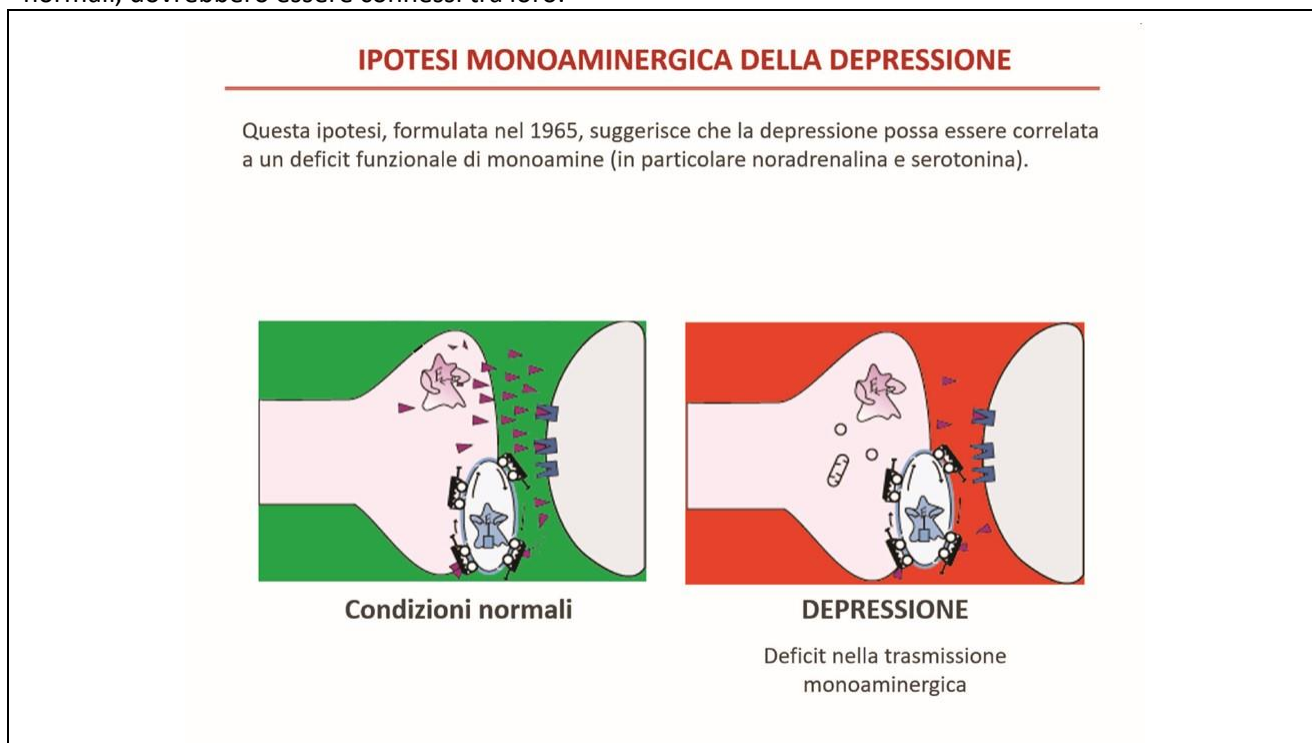


Figura 4

Come evidenziato in figura 5 il deficit di ciascuna sostanza (con l'aggiunta della dopamina) ha impatto su una propria serie di sintomi.

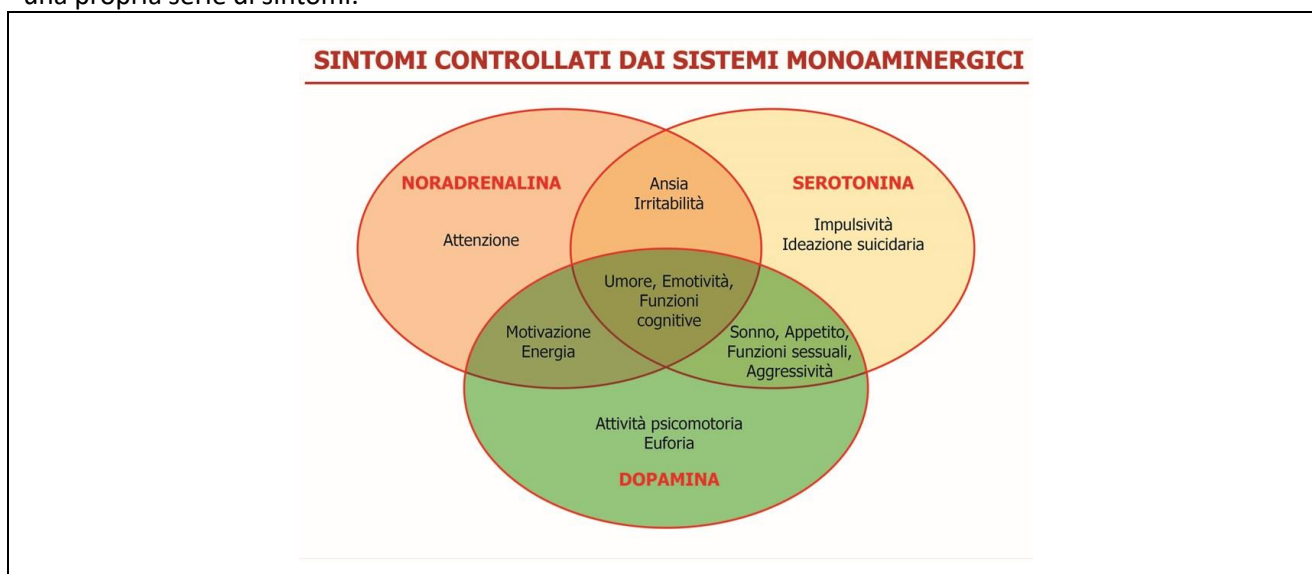


Figura 5



I farmaci antidepressivi si suddividono in grandi categorie sulla base del tipo di sostanza su cui prevalentemente intervengono; alcuni intervengono sulla noradrenalina, altri sulla serotonina, altri ancora su più di una sostanza. È questo il motivo che nella cura della depressione si parte da un farmaco che, presumibilmente, avrà effetto sui sintomi evidenziati nel paziente, nel seguito se verificano gli effetti ed eventualmente si passa ad un altro farmaco.

Storicamente i primi farmaci antidepressivi utilizzati sono gli antidepressivi triciclici (TCA), che sono:

- Clomipramina
- Amitriptilina
- Imipramina
- Nortriptilina

Questi farmaci agiscono, in parte, sulla noradrenalina, ma soprattutto sulla serotonina ed hanno pochissimo effetto sulla dopamina; purtroppo, questo gruppo di principi attivi ha delle controindicazioni importanti: non possono assolutamente essere utilizzati nei pazienti affetti da cardiopatie, da ipertrofia prostatica e glaucoma.

Si tratta di farmaci molto efficaci, ma presentano svariati effetti collaterali riportati in figura 6.

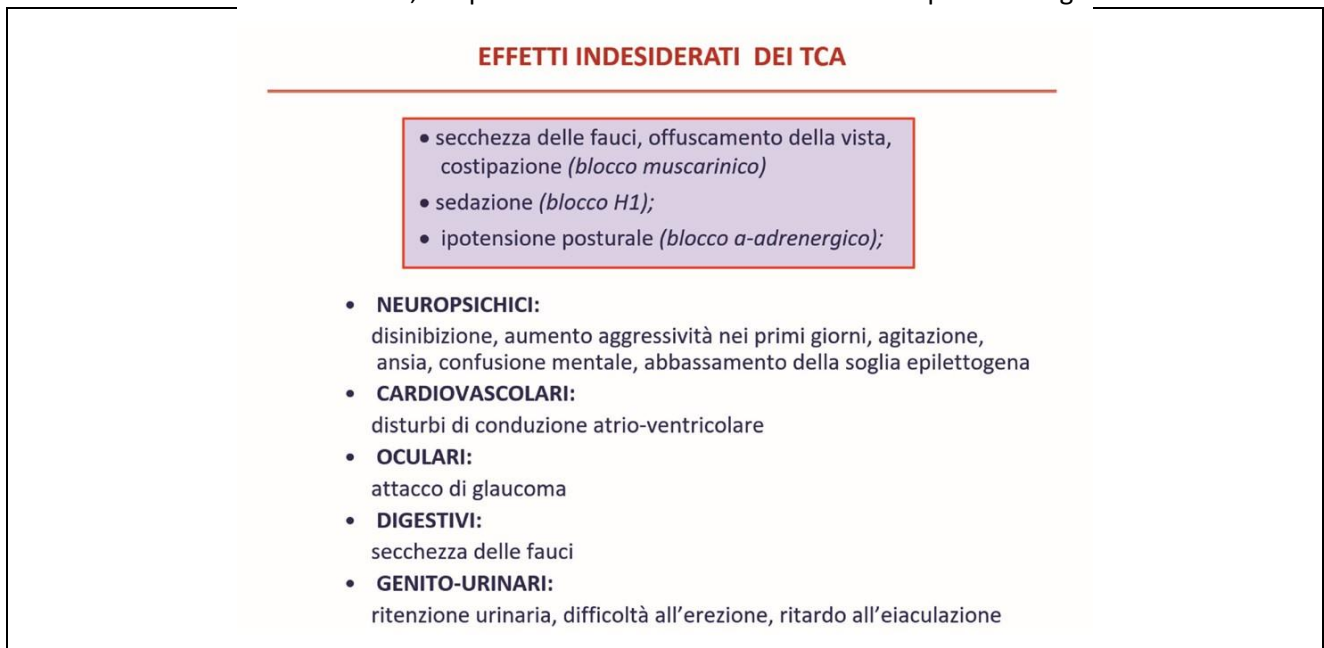


Figura 6

Farmaci di nuova generazione (SSRI): si tratta di farmaci che agiscono principalmente sulla serotonina:

- Fluoxetina
- Citalopram
- Paroxetina
- Fluvoxamina
- Sertralina

Si tratta di farmaci con limitati effetti collaterali, dall'effetto rapido, ben tollerati dai pazienti.



I vantaggi dei farmaci del gruppo SSRI si concretizzano in:

- Bassa tossicità acuta (basso rischio di intossicazione)
- Nessuna reazione con i componenti della dieta
- Mancanza di effetti collaterali anticolinergici e cardiovascolari

Invece, per quanto riguarda l'aumento del peso corporeo, l'effetto varia da farmaco a farmaco.

Un altro gruppo di farmaci di nuova generazione è costituito dagli SNRI che hanno effetto soprattutto sulla noradrenalina e, parzialmente, sulla serotonina:

- Duloxetina (Cymbalta, Xeristar)
- Venlafaxina (Efexor, Zarelis)

Gli effetti indesiderati sono in parte simili a quelli degli SSRI, con l'aggiunta dei disturbi strettamente correlati alla noradrenalina: tachicardia, variazione della pressione arteriosa, aumento di peso e dell'appetito.

Questi farmaci presentano una differente attività a seconda del dosaggio: con bassi dosaggi l'azione è prevalentemente sulla serotonina, mentre a dosaggi più elevati agiscono anche sulla noradrenalina.

Le fasi del trattamento sono evidenziate in figura 7.

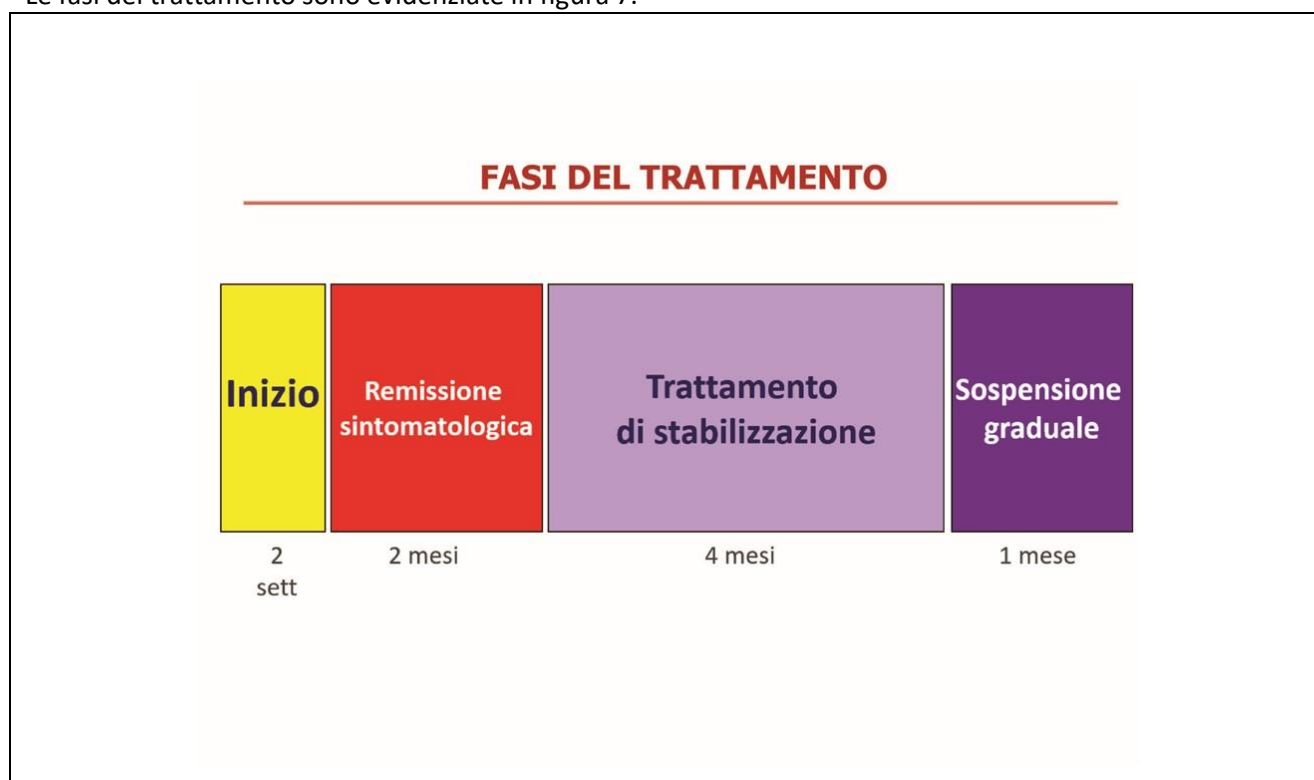


Figura 7

Gli step di figura 7 devono essere assolutamente rispettati; in particolare è importantissimo iniziare salendo lentamente perché altrimenti gli effetti collaterali all'inizio spaventano il paziente che, nel frattempo, non ha ancora avuto alcun beneficio. A questo proposito occorre, oltre che iniziare la terapia gradatamente, anche informare accuratamente il paziente degli effetti collaterali iniziali che si presenteranno senza alcun apparente miglioramento della situazione da un punto di vista psichico; chiarendo che, proseguendo nel trattamento, gli effetti collaterali tenderanno via via a diminuire, mentre diverranno sempre più evidente gli aspetti positivi della terapia.



Normalmente nel giro di dieci, quindici, giorni inizia la remissione sintomatologica che nel giro di uno/due mesi porta alla graduale scomparsa dei sintomi della malattia.

In particolare, prima di un mese e mezzo, due mesi, NON si deve mai definire il farmaco inefficace.

Nel momento in cui il paziente torna a sentirsi bene la tentazione di sospendere il trattamento è forte; invece, occorre passare alla successiva fase di stabilizzazione (pena il ripresentarsi di tutti i sintomi).

Questa fase normalmente dura dai 4 ai 6 mesi: è una fase in cui, pur stando bene, il farmaco deve essere preso a dosaggio terapeutico pieno.

Segue poi una fase di graduale sospensione fino ad arrivare a zero.

Nell'insieme, nei disturbi di depressione, dall'inizio del trattamento alla fine passano indicativamente almeno nove mesi.

Psicofarmaci STABILIZZATORI DELL'UMORE

Si tratta di farmaci utilizzati nella depressione, nel disturbo bipolare e nei disturbi di personalità.

Il primo importante stabilizzatore dell'umore è il LITIO (figura 8)

LITIO CARBONATO

I sali di litio sono utilizzati nella profilassi e nel trattamento della mania, nella profilassi del disturbo bipolare (disturbo maniaco-depressivo) e in quella della depressione ricorrente (disturbo unipolare o depressione unipolare).

VANTAGGI

- Molto efficace come antimaniacale e stabilizzante
- Riduce mortalità e suicidio
- 50 anni di esperienza clinica
- Prescrivibile secondo linee guida
- Economico

SVANTAGGI

- Inizio efficacia lento
- Meno efficace in certi sottotipi (es. Rapid Cyclers)
- Ristretto indice terapeutico con **effetti collaterali numerosi e potenzialmente gravi**

Figura 8

È forse il farmaco che funziona meglio in assoluto.

Si noti che si tratta di un farmaco un po' troppo impegnativo: gli effetti si manifestano lentamente e, soprattutto, ha un ristretto indice terapeutico (cioè il limite tra la dose efficace e quella dannosa è piuttosto ristretto).



EFFETTI SISTEMICI DEL LITIO	
Tiroide	Ipotiroidismo nel 3-5% dei pazienti
Rene	Poliuria Polidipsia
Sistema nervoso	Fine tremore nel 33-65% dei pazienti: persiste nel 4-15% dei pazienti in terapia di mantenimento. Diminuzione della coordinazione motoria - una lieve atassia può indicare tossicità. Debolezza muscolare. Segni extrapiramidali. Disturbi mnesici
Metabolismo	Lieve decalcificazione, ma senza osteoporosi clinica. Aumento di peso. Alterazione del metabolismo glucidico.
Apparato Gastroenterico	Diarrea
Cuore e vasi	ECG: appiattimento o inversione dell'onda T benigna, reversibile.

Figura 9

La figura 9 riassume gli effetti collaterali del litio.

L'effetto negativo sul funzionamento della tiroide dipende dal fatto che il litio essendo un sale come lo iodio "inganna" la tiroide che quindi cerca di produrre gli ormoni utilizzando il litio invece dello iodio... senza alcun risultato; quindi, il paziente va in ipotiroidismo. Si tratta di un problema facilmente controllabile tramite l'assunzione di farmaci sostitutivi degli ormoni tiroidei.

L'effetto sui reni non è né pesante né immediato, ma può subentrare dopo trattamenti prolungati.

Il litio è critico nel dosaggio; in particolare se il dosaggio è eccessivo può portare ad una intossicazione che può essere molto grave e pericolosa: è questo il motivo per cui occorre tenere monitorata la quantità di litio nel sangue tramite prelievi trimestrali. D'altro canto, dosi troppo basse sono inefficaci: insomma è un farmaco con un ristretto indice terapeutico. Vi è però da considerare che una volta raggiunto il dosaggio ottimale questo si mantiene nel tempo.

Stabilizzatori dell'umore: Antiepilettici

Sono farmaci che hanno un'elevata efficacia sul disturbo bipolare, sulla mania in fase acuta, ma presentano una serie di effetti collaterali evidenziati in figura 10.



STABILIZZANTI DELL'UMORE: ANTIEPILETTICI



CARBAMAZEPINA

- Farmaco usato per l'epilessia e la nevralgia del trigemio
- Efficace sull'episodio maniacale
- Richiede controlli ematici (emocromo e elettroliti)

EFFETTI COLLATERALI

Discrasie ematiche
Alterazioni elettroliti
Sedazione
Pericolosità in gravidanza



ACIDO VALPROICO

- Farmaco usato per l'epilessia
- Efficace sull'episodio maniacale
- Richiede controlli ematici (funzionalità epatica)

Epatite
Aumento ponderale
Perdita capelli
Tremori
Pericolosità in gravidanza

Figura 10

È fondamentale la pericolosità in gravidanza; recentemente è emersa l'indicazione che non si possano prescrivere in pazienti in età fertile, ma, comunque, è tassativo informare la paziente del pericolo di una gravidanza.

Stabilizzatori dell'umore: Lamotrigina (Lamictal)

L'ultimo farmaco introdotto è la Lamotrigina è indicato soprattutto per gli episodi depressivi ed è una valida alternativa al litio per i pazienti che non lo tollerano. È un farmaco molto ben tollerato che non ha grossi effetti collaterali; l'unico grave e raro effetto collaterale è a livello cutaneo (da rash cutanei a sindrome di Steven Johnson: necrosi e sfaldamento cutaneo): in sostanza nel caso di problemi dermatologici occorre sospendere immediatamente il trattamento.

Antipsicotici o neurolettici

Le indicazioni terapeutiche di questi farmaci sono:

- Schizofrenia
- Disturbo schizoaffettivo
- Disturbo bipolare
- Psicosi
- Demenza
- Disturbo ossessivo compulsivo

Alla base della schizofrenia parrebbe esserci un'alterazione della trasmissione dopaminergica.

La schizofrenia è caratterizzata da due serie di sintomi che si possono raggruppare in sintomi positivi e sintomi negativi come evidenziato in figura 11



ANTIPSICOTICI

Alla base della schizofrenia ci sarebbe un alterazione della trasmissione dopaminergica



Arvid Carlsson
Premio Nobel 2000

SINTOMI POSITIVI

- Allucinazioni
- Delusioni
- Incoerenza nel modo di parlare
- Comportamenti bizzarri
- Deliri
- Incoerenza di affetti

SINTOMI NEGATIVI

- Notevole povertà di linguaggio e del suo contenuto
- Appiattimento affettivo
- Incapacità di provare piacere
- Asocialità
- Mancanza di volontà, apatia
- Riduzione dell'attenzione

Figura 11

Sono stati identificati vari tipi di ricettori della dopamina identificati con D1, D2, D3, D4 e D5 ed i farmaci antipsicotici si differenziano tra loro a secondo su quale recettore agiscono: tutti i farmaci neurolettici bloccano i ricettori della dopamina e, parzialmente, della serotonina.

Gli antipsicotici si dividono in due grossi gruppi: antipsicotici tipici (i più vecchi) ed atipici (i più recenti).

Antipsicotici Tipici:

- Clorpromazina
- Aloperidolo (Serenase)
- Clopexitolo (Clopexol)

Antipsicotici Atipici:

- Sulpiride
- Risperidone
- Clozapina
- Olanzapina
- Quetiapina
- Ariprazolo

Antipsicotici Depot:



- Aloperidolo (Haldol depot)
- Zuclopentixolo (Clopixol)
- Olanzapina (Zypadhera)
- Aripiprazolo (Abilify Maintena)
- Paliperidone (Xeplion)
- Clozapina (Leponex)

Gli antipsicotici tipici hanno effetto solo sulla dopamina, mentre gli atipici hanno effetto sia sulla dopamina che sulla Serotonina. Inoltre, gli antipsicotici atipici hanno effetti collaterali minori ed un maggior effetto sui sintomi negativi (vedere fig. 11).

Gli effetti collaterali degli antipsicotici si possono suddividere in effetti collaterali neurologici e in effetti collaterali non neurologici.

Effetti collaterali neurologici:

- Riduzione della soglia convulsiva (possibili episodi epilettici)
- Problematiche di tipo motorio che si possono dividere in due gruppi: distonie acute (reversibili) e discinesie tardive (irreversibili).

Le distonie acute compaiono in tempi brevi dopo l'assunzione del farmaco e sono assolutamente reversibili: si tratta di movimenti involontari, tremori e rigidità (con effetti simili a quelli della malattia di Parkinson). Le discinesie tardive (che ormai sono fortunatamente solo un ricordo) sono dovute all'assunzione prolungata dei vecchi psicofarmaci: si tratta di movimenti lenti involontari che non rientrano anche se si sospende il farmaco.

Effetti collaterali non neurologici:

- Ipotensione posturale
- Secchezza delle fauci o scialorrea
- Iperprolattinemia (aumento della prolattina con ingrossamento del seno e piccole perdite di latte, anche negli uomini)
- Incremento ponderale
- Aumento dell'appetito
- Alterazioni dell'ECG
- Alterazioni dell'emocromo. Specificatamente l'Eporex, che per altro è un farmaco efficacissimo, ha un grosso effetto negativo sull'emocromo: abbassamento importante di globuli bianchi. Questo richiede dei controlli rigidissimi (monitoraggio della conta leucocitaria che dovrà essere eseguito settimanalmente per le prime 18 settimane).

Antipsicotici Depot

Vengono utilizzati soprattutto nei pazienti che non vogliono seguire la terapia con l'assunzione giornaliera del farmaco e consistono in una iniezione intramuscolare ogni 14-28 giorni.

I vantaggi si concretizzano in una migliore aderenza alla terapia, minori fluttuazioni delle concentrazioni del farmaco nel sangue e riduzione del tempo di raggiungimento della dose terapeutica (normalmente anche gli effetti collaterali di questi farmaci sono minori).

Benzodiazepine

È sicuramente la categoria di farmaci più utilizzata nel mondo (e non solo dai "pazienti psichiatrici"): in sostanza si parla del Tavor.



Le benzodiazepine funzionano sul sistema GABAergico che controlla l'attività del sistema nervoso centrale; il farmaco inibisce in sostanza l'attività del ricettore GABA (similmente ai barbiturici e agli steroidi). La figura 12 riporta le indicazioni terapeutiche delle Benzodiazepine.

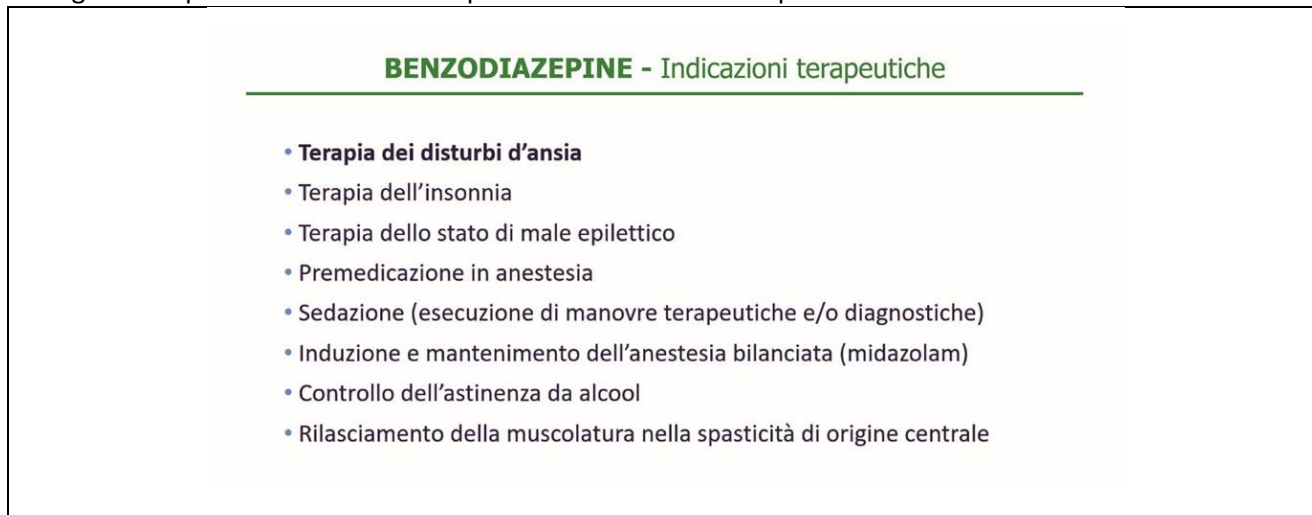


Figura 12

A seconda del tipo di molecola che viene utilizzata e a seconda dei quantitativi si ottengono differenti effetti sul sistema nervoso centrale.

La figura 13 riporta gli effetti all'aumentare dell'efficacia e della quantità della molecola.

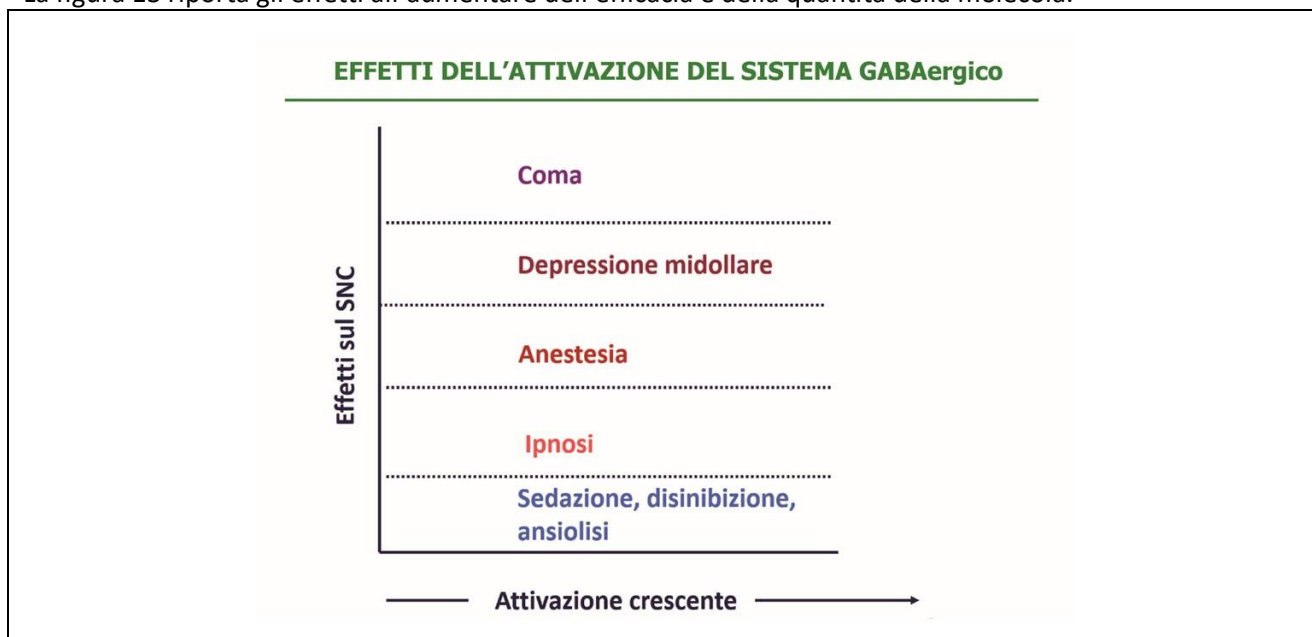


Figura 13

Le molecole con efficacia più bassa danno un effetto ansiolitico, a salire con l'efficacia si entra nell'area dell'addormentamento, dell'anestesia, della depressione midollare e del coma.

Le benzodiazepine si classificano sulla base dell'emivita (tempo di dimezzamento della concentrazione del principio attivo nel sangue)

La figura 14 riporta la suddivisione delle benzodiazepine in funzione del tempo di permanenza nel sangue.



CLASSIFICAZIONE DELLE BDZ IN BASE ALLA LORO EMIVITA

- **BDZ a lunga durata d'azione :** emivita > 48 h
- **BDZ a durata d'azione intermedia :** emivita 24-48h
- **BDZ a breve durata d'azione :** emivita <24 h
- **BDZ a durata d'azione brevissima :** emivita 1-7 h

1-7 h	<24 h	24-48h	> 48 h
Triazolam	lorazepam	flunitrazepam	diazepam
Midazolam	oxazepam	nitrazepam	prazepam
Brotizolam	alprazolam	bromazepam	clordiazepossido
	temazepam	estazolam	flurazepam
	lormazepam		desmetildiazepam

Figura 14

Gli effetti collaterali delle benzodiazepine sono riportati in figura 15.

EFFETTI INDESIDERATI DELLE BDZ

- ridotta performance di tipo cognitivo e psicomotorio (aumento del tempo di reazione, incoordinazione dei movimenti)
- **aumentata ostilità ed irritabilità,**
- incubi, paradossale **accentuazione dello stato ansioso,**
- **stato confusionale** negli anziani,
- **sedazione residua diurna** (hangover),
- **amnesia anterograda,**
- nausea, cefalea, vertigini,
- ridotta performance sessuale,

Quando utilizzate per il trattamento dell'ansia, le BZD sono efficaci per un tempo limitato. L'indicazione al loro impiego prevede quindi la comprensione delle cause dello stato ansioso;
Se l'ansia è una manifestazione associata ad un disturbo del tono affettivo ed è necessario provvedere alla somministrazione di antidepressivi, le BZD vengono utilizzate in associazione nelle fasi iniziali del trattamento data la lentezza nell'insorgenza dell'effetto terapeutico degli antidepressivi.

Figura 15

Le benzodiazepine, quando sono utilizzate per il trattamento dell'ansia e della depressione, devono sempre essere assunte in congiunzione con gli antidepressivi; in modo un po' semplicistico si può dire che le benzodiazepine attenuano i sintomi, ma non curano effettivamente.

Il loro utilizzo può essere prezioso nel tempo in cui gli antidepressivi cominciano a "fare effetto"; detto in soldoni è un po' come la tachipirina per la polmonite che è preziosa per abbassare la febbre, ma non ne



cura la causa. Cioè le benzodiazepine devono essere utilizzate nelle fasi iniziali della terapia in associazione con i farmaci antidepressivi.

Purtroppo, l'uso prolungato delle benzodiazepine comporta la comparsa di tolleranza, con necessità di un aumento del dosaggio.

Tutte le benzodiazepine, ma in particolare i farmaci a breve tempo di eliminazione (p.e. triazolam o lorazepam) inducono più facilmente a dipendenza. Cioè, nel momento in cui si sospende l'assunzione delle benzodiazepine, appare una sintomatologia di vera e propria astinenza.

I sintomi da astinenza che possono apparire sono:

- **Sintomi neurologici:** convulsioni, incoordinazione motoria, atassia, disturbi dell'equilibrio
- **Disturbi psichici:** recrudescenza di ansia ed insonnia, sentimenti di spersonalizzazione o di irrealtà, allucinazione, confusione
- **Distorsioni sensorie:** iperosmia, sensazione di gusto metallico, reazione accresciuta all'udito, iperestesia cutanea, parestesia, fotofobia
- **Segni muscolari:** mialgia, crampi, fascicolazioni, tremori
- **Segni digestivi:** anoressia, nausea, vomito, dolori addominali
- **Dolori diffusivi:** cefalee

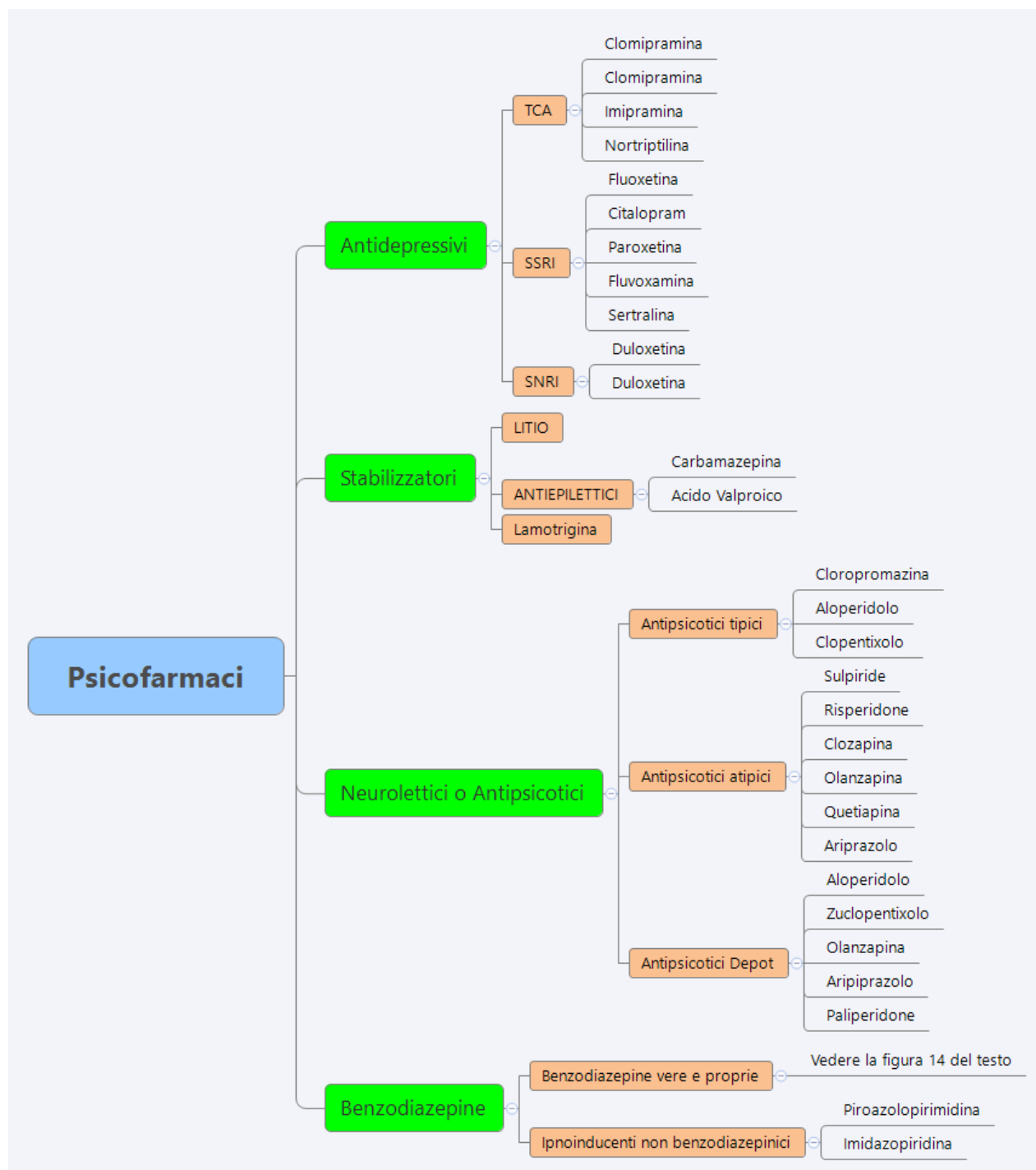
Farmaci ipnoinducanti non benzodiazepinici

- Piroazolopirimidina (*Zaleplon, Sonata*)
- Imidazopiridina (*Zolpiden, Stilnox, Cmbien*)

In particolare, i farmaci basati sulla Piroazolopirimidina (*Zaleplon, Sonata*) sono assai efficaci come ipnoinducanti (cioè non sono degli ansiolitici) e presentano ridotti effetti collaterali.



TAVOLA RIASSUNTIVA



[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo a terapie farmacologiche per il trattamento dei disturbi psichici: benefici ed effetti collaterali \(filmati, slides e testo degli interventi\)](#)





Capitolo 4: Il laboratorio

Ruolo del Laboratorio: monitoraggio dei farmaci

Il testo è tratto ed approfondito dall'intervento della

Dott. Maria Lucia Carati - Medico Chirurgo Specialista in Medicina di Laboratorio, già direttore SC

Laboratorio Analisi Ospedale S. Gerardo Monza

svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"

Scopi del laboratorio

Si vuole documentare, cercare un riscontro, confermare o escludere una diagnosi clinica.

Si vorrebbero risposte chiare e definitive, ma purtroppo non esiste sempre una correlazione univoca tra i dati di laboratorio e uno specifico stato di malattia, se non in alcune situazioni particolari, quali ad esempio test di tipo genetico.

Tuttavia, la letteratura segnala che almeno il 70% delle decisioni cliniche si basa sull'utilizzo di dati di laboratorio. La diagnostica di laboratorio è una parte fondamentale, direi un prerequisito, per un corretto orientamento della diagnostica clinica e dei conseguenti suggerimenti clinici.

Oggi è impensabile fare a meno dei dati di laboratorio.

Il referto di laboratorio: caratteristiche, intervalli di riferimento, genesi del referto

Caratteristiche

Alcuni esami sono caratterizzati da risposte di tipo qualitativo (presente assente positivo negativo) che sono di comprensione immediata.

Altri esami forniscono dei valori numerici. In queste tipologie di esami la situazione è più complessa: occorre definire dei valori di riferimento o, meglio, degli intervalli di riferimento.

Intervalli di riferimento

Oggi la definizione è di "valori di riferimento" e non più di "valori normali". Si devono definire gli "intervalli di riferimento"⁹

Gli intervalli di riferimento rappresentano i valori attesi in una popolazione sana.

Come si ottengono: ogni laboratorio dovrebbe calcolare i propri sulla base della popolazione studiata, sulla base delle proprie modalità di lavoro e specificamente sulla base delle strumentazioni e delle metodologie utilizzate.

Lo sforzo della medicina di laboratorio è quello di fornire non solo un dato numerico, ma un valore che diventi una indicazione di tipo clinico: per questo si parla ad es. di "valore desiderabile" cioè correlato ad una stratificazione clinica, e addirittura in alcuni casi il laboratorio si spinge a parlare di valori decisionali

⁹ [NDA] L'intervallo di riferimento è un insieme di valori, delimitati da un limite inferiore ed un limite superiore, entro il quale è possibile racchiudere una serie di risultati di laboratorio eseguiti su un campione di persone sane



Ciclo di Lundberg

Il ciclo di Lundberg rappresenta il percorso che inizia dal paziente, dal quesito clinico, per arrivare ad un esito, un referto. Ci sono due parti (clinica e laboratorio) che si devono interfacciare per arrivare a generare informazioni utili per il paziente. È in questa fase che si parla di appropriatezza della richiesta per evitare esami inutili o talvolta fuorvianti

Variabilità

È importante introdurre il concetto di variabilità che può essere definita l'attitudine di un carattere¹⁰ ad assumere diverse modalità quantitative: in altre parole rappresenta la quantità di dispersione¹¹ presente nei dati di laboratorio.

Concetti di statistica. Il "ciclo produttivo" del laboratorio

Il ciclo produttivo del laboratorio si può suddividere in tre fasi

- fase preanalitica
- fase analitica
- fase postanalitica

Le definizioni sono intuitive.

Fase preanalitica

La letteratura dice che gli errori di laboratorio sono per il 70% a carico di questa fase che apparentemente sembrerebbe la più semplice.

Possibili cause:

Richiesta inappropriata di esami,

Sul paziente:

- inadeguata preparazione,
- modalità di raccolta dei campioni biologici non corretta,
- assunzione di farmaci,
- non rispetto del digiuno,
- errata identificazione del paziente.

Sul laboratorio:

- modalità di prelievo non corrette,
- utilizzo di provette non idonee (ricordiamo che il colore dei tappi delle provette si riferisce alla presenza di anticoagulanti diversi che, essendo sostanze chimiche, possono generare interferenze nei dosaggi),

¹⁰ [NDA] In statistica un carattere è il tipo di informazione su cui si concentra una Indagine statistica: ad esempio, l'età, l'altezza, il reddito medio.

Molti sociologi e politologi preferiscono ricorrere, per indicare lo stesso concetto, all'espressione proprietà, mentre gli psicologi utilizzano anche l'espressione tratto.

¹¹ [NDA] La dispersione misura quanto i valori rilevati distano da un valore centrale scelto come riferimento



- conservazione inadeguata dei campioni, modalità di trasporto dei campioni, ad es. senza osservare le corrette condizioni di temperatura

Le recenti indicazioni di Regione Lombardia sulle concentrazioni delle attività dei laboratori hanno focalizzato l'attenzione su questi aspetti e la Regione stessa ha deliberato indicazioni e raccomandazioni da rispettare per tutelare la qualità dei dati.

Tutto questo influenza il lavoro intrinseco del laboratorio nella fase analitica: il laboratorio dosa quello che gli arriva.

Fase analitica

La fase analitica, che è di stretta pertinenza del laboratorio, è la più impegnativa dal punto di vista tecnico.

Quali sono i mezzi a disposizione del laboratorio per affrontare e risolvere queste problematiche?

- **Statistica**
- **Strumentazione**

Statistica

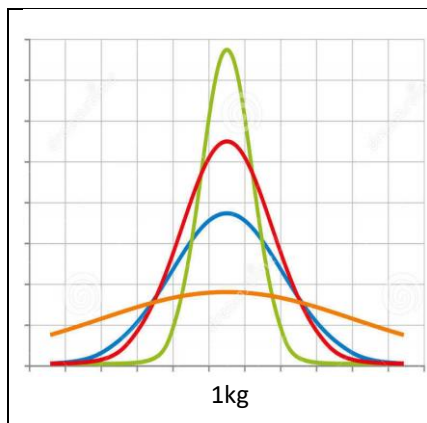
Il Laboratorio utilizza delle regole statistiche molto rigide per verificare la correttezza analitica.

A scopo esemplificativo ricordo uno dei principi fondamentali della statistica, la Distribuzione Gaussiana¹² che si può definire come distribuzione di probabilità di una misura.

Gli intervalli di riferimento in genere coprono i valori riscontrati nel 95% delle persone sane, ma il 5% è fisiologicamente al di fuori dell'intervallo di riferimento

L'imprecisione è la dispersione tra misure ripetute rispetto ad un valore medio (allontanamento dalla media) e riflette l'errore casuale. Si valuta analizzando lo stesso campione più volte.

¹² [NDA] Che cos'è la curva Gaussiana?



Facciamo un esempio, si spera, intuitivo:

Vogliamo preparare 100 torte da 1kg. A preparazione finita le pesiamo e riportiamo su un grafico quante torte abbiamo ottenuto per ciascuna fascia di peso. Sicuramente otterremo una curva simile a quelle mostrate qui a sinistra. Le curve sono tutte centrate su 1kg (cioè la maggior parte delle torte peseranno circa 1kg) ma sono più o meno appiattite.

La curva col picco più alto (verde) ci dice che abbiamo lavorato con precisione, la curva più bassa (arancio) ci dice che abbiamo lavorato con inaccuracy o con strumenti inadeguati. Si dice che la curva più appuntita presenta una piccola dispersione, mentre la curva più piatta presenta un'elevata dispersione.

Anche per i risultati degli esami di laboratorio vale la curva gaussiana: più la curva è aguzza più i risultati sono ripetitivi e precisi.



L'inaccuratezza può anche essere definita come la differenza tra il valore misurato e il valore vero e riflette un errore sistematico del metodo adottato.

In pratica il controllo si effettua utilizzando sieri di controllo, cioè campioni appositamente predisposti con quantità note di vari componenti e sottoposti ad analisi contemporaneamente ai sieri dei pazienti. In ogni gruppo di analisi relative a sieri di pazienti vi saranno così dati che si riferiscono ad un siero di controllo. La concordanza tra i valori analitici e quelli noti dei composti usati come calibratori garantirà la correttezza analitica dei risultati.

Sinteticamente il laboratorio esegue regolarmente dei "Controlli di Qualità" interni ed esterni che, se non sono rispettati, impediscono il rilascio delle analisi e costringono il laboratorio alla ripetizione dell'analisi stessa.

Strumentazione

Fortunatamente negli ultimi anni le strumentazioni di laboratorio si sono perfezionate ed evolute, sostituendosi a molte attività manuali. Naturalmente gli strumenti devono essere correttamente guidati e utilizzati, come tutte le macchine.

Fase postanalitica

Accenniamo brevemente a questa fase dove il risultato, che possiamo considerare il prodotto finale del lavoro del laboratorio, deve essere comunicato tempestivamente, in maniera chiara e semplice in modo da essere veramente un ausilio diagnostico in una collaborazione fattiva con il paziente ed il medico curante.

Variabilità biologica

Variabilità biologica è la fluttuazione naturale che ciascun analita¹³ ha attorno al proprio punto omeostatico¹⁴ all'interno di un fluido biologico, fluttuazione dovuta a fattori caratterizzati da specifiche condizioni biologiche.

Vi è una variabilità biologica interindividuale ed una variabilità biologica intraindividuale:

La variabilità biologica interindividuale è la variabilità tra individui diversi: il concetto è intuitivo, legato a etnia, sesso, condizioni di vita ecc...

La variabilità biologica intraindividuale è la differenza di risultati che si ottiene ripetendo lo stesso test più volte. In un individuo esiste una buona probabilità statistica che lo stesso test ripetuto sulla stessa persona, per quanto in buona salute, cada almeno una volta al di fuori degli intervalli di riferimento (età cicli ormonali, attività fisica).

¹³ [NDA] Con "Analita", nell'analisi chimica quantitativa, si definisce una sostanza disciolta in soluzione con concentrazione da definire.

¹⁴ [NDA] Con "Punto Omeostatico" si intende la concentrazione ottimale (o meglio di equilibrio) di una sostanza in un fluido corporeo in condizioni standard.



Farmacologia: definizione e applicazione in laboratorio

Occupiamoci adesso delle correlazioni tra una terapia farmacologica e gli esami di laboratorio

Riprendiamo il concetto di Paracelso¹⁵: "Tutte le sostanze sono veleni: è la quantità corretta che differenzia un rimedio da un veleno"

Ritengo che questa frase pronunciata circa 500 anni fa sia tuttora valida in quanto sintetizza la capacità delle medicine da un lato di guarire e dall'altro di essere potenzialmente dannose.

La sfida in medicina è quella di trovare la dose ottimale di farmaco che aiuti il paziente procurandogli il rischio minore

Possiamo suddividere la Farmacologia in Farmacodinamica e Farmacocinetica.

Farmacodinamica e Farmacocinetica

Definizione di Farmacodinamica: studio degli effetti biochimici e fisiologici che i farmaci hanno sull'organismo. Definizione di Farmacocinetica: studio degli effetti che i processi dell'organismo hanno sul farmaco (assorbimento, distribuzione, ADME¹⁶). Il farmaco percorre un tragitto all'interno dell'organismo che può provocare effetti sugli organi deputati al suo metabolismo (soprattutto epatico).

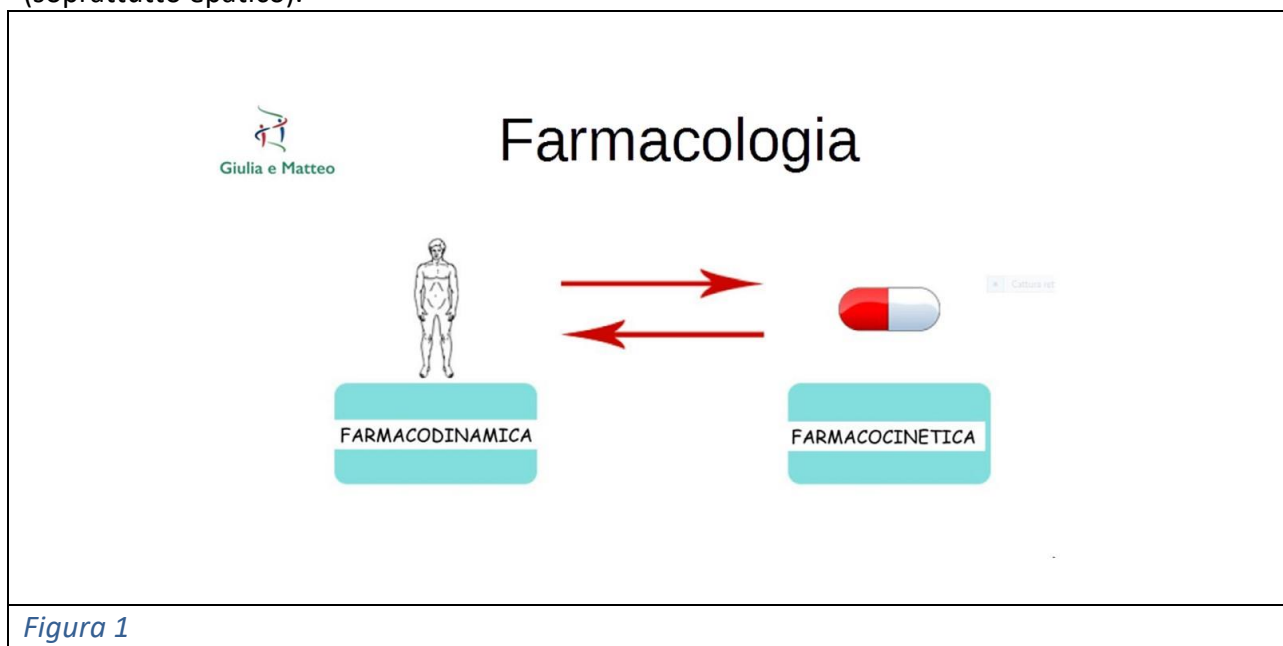


Figura 1

¹⁵ [NDA]



Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, detto Paracelsus, o Paracelso (Einsiedeln, 14 novembre 1493 – Salisburgo, 24 settembre 1541), è stato un medico, alchimista e astrologo svizzero.

Paracelso o "Paracelsus" è una delle figure più rappresentative del Rinascimento. Si laureò all'Università di Ferrara, più o meno negli stessi anni in cui si laureò Niccolò Copernico.

¹⁶ [NDA]

ADME: Abbreviazione di "Assorbimento, Distribuzione, Metabolismo ed Escrezione", i quattro processi chiave usati per descrivere in che modo medicinali e sostanze chimiche entrano nell'organismo, cosa succede una volta che si trovano al suo interno e in che modo vengono eliminati.



In teoria ogni sostanza dovrebbe essere ricercata e dosata. Nella pratica il campo è circoscritto a sostanze che abbiano una utilità clinica e che siano “rintracciabili” con metodiche sicure e affidabili.

Il problema non è solo cosa dosare, ma anche le piccolissime quantità che devono essere misurate in laboratorio.

Relativamente ai farmaci si parla di microgrammi (1 milionesimo di grammo) e nanogrammi (1 miliardesimo di grammo)

L'effetto di molti farmaci viene monitorato attraverso segni e sintomi clinici (vedi ad esempio farmaci antipertensivi e valori pressori); in altri casi il valore di laboratorio è dirimente (vedi ad esempio glicemia e dosaggio insulinico consigliato). Questo è particolarmente delicato per quei farmaci che hanno un indice terapeutico stretto¹⁷.

TDM¹⁸: cenni al meccanismo d'azione dei farmaci, recettori, indice terapeutico

Therapeutic Drug Monitoring (TDM Monitoraggio farmaci)

Possiamo collocare questa disciplina tra farmacodinamica e farmacocinetica

Dagli anni 60 si è iniziato a capire l'importanza di dosare almeno alcuni farmaci e quindi la ricerca si è sviluppata per questi scopi

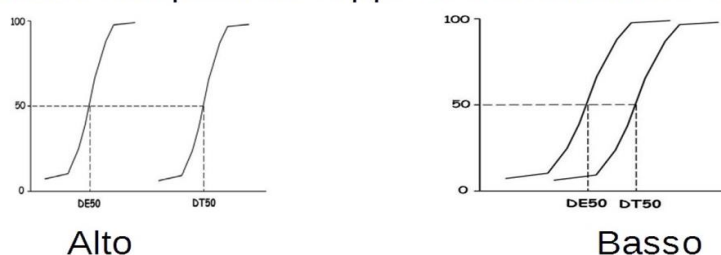
- aggiustare la dose per il singolo paziente
- verificare l'adesione alla terapia
- prevenire sovradosaggi ed effetti tossici

Devono essere monitorati quei farmaci che hanno un indice /range terapeutico stretto, che dimostrano un comportamento farmacocinetico variabile e per i quali l'efficacia e la tossicità sono difficili da verificare soprattutto durante le fasi iniziali di terapia.

TDM è standardizzata con metodi analitici precisi e affidabili per tre categorie di Farmaci: antibiotici particolari, immunosoppressori, antiepilettici.

¹⁷[NDA] Indice Terapeutico: Per margine terapeutico o indice terapeutico s'intende la distanza tra la dose necessaria per avere l'effetto farmacologico e la dose che provoca un effetto tossico. La definizione corretta di indice terapeutico è: il rapporto tra la dose di farmaco che provoca tossicità nel 50% degli individui (DT50) e la dose efficace che provoca una risposta terapeuticamente utile nel 50 % degli individui (DE50). Tanto più sono distanti queste due dosi e tanto più sicuro è il farmaco, e viceversa.

Indice terapeutico: rapporto tra efficacia e tossicità



Farmaci con un alto indice terapeutico (curva di sinistra) sono farmaci “più facili” cioè sono farmaci che richiedono controlli più blandi rispetto a quelli con un basso indice terapeutico (curva di destra).

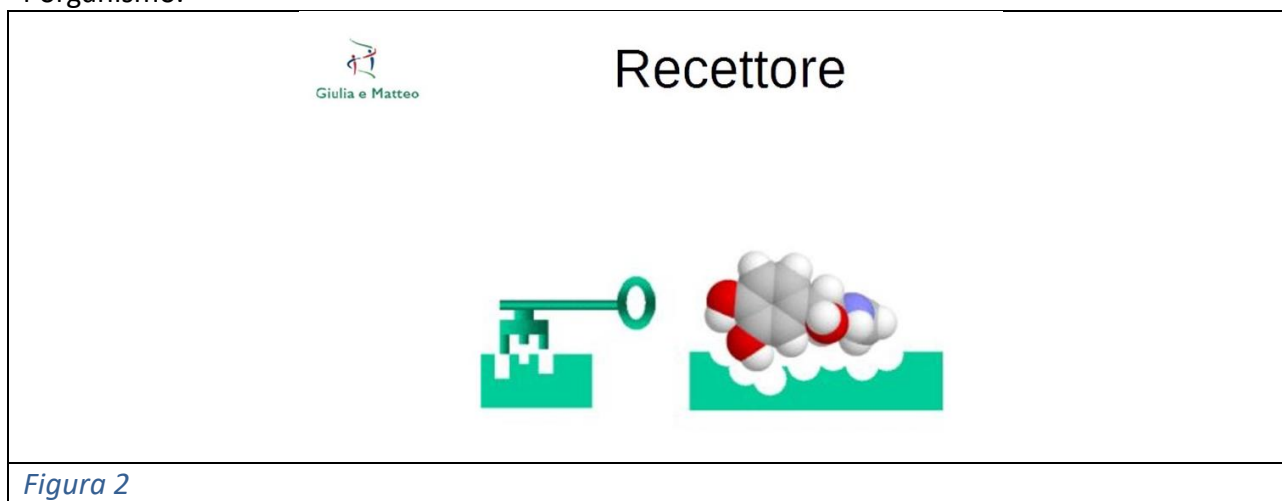
¹⁸ [NDA] TDM: Therapeutic Drug Monitoring (TDM Monitoraggio farmaci)



Meccanismo di azione dei farmaci

Meccanismo d'azione dei farmaci: cercando di semplificarne la definizione possiamo dire che provocano modificazioni fisiche o biochimiche nel loro sito di azione¹⁹.

Una volta attaccato il recettore (Figura 2) l'azione del farmaco si manifesta aprendo il recettore, inducendo o bloccando la formazione e il rilascio di sostanze spesso ubiquitarie ed essenziali per l'organismo.



L'azione farmacologica è correlata alla concentrazione presso il recettore. Tuttavia, ad oggi non è praticabile misurare la concentrazione del farmaco nel punto del recettore, ma la letteratura ci dice che esiste una buona correlazione tra la concentrazione nel sangue e l'effetto farmacologico. Gli effetti dei farmaci sono di tipo Biologico (in vivo) e Chimico (di struttura).

Biologico: inibizione enzimatica, induzione di enzimi epatici, legami con il sito recettoriale. Questi meccanismi sono responsabili di alcune modificazioni a livello degli esami ematochimici²⁰.

Chimico: sostanze che per la loro conformazione sono in grado di indurre modificazione fisiche all'interno dell'organismo (lassativi, mannitolo).

Farmaci neurolettici: meccanismo d'azione, potenziali effetti collaterali, cenni a metodi di dosaggio

I farmaci neurolettici comprendono Antiepilettici e Antipsicotici.

Gli **Antiepilettici storici** (detti anche di Prima Linea) sono monitorabili in laboratorio con metodi standardizzati e affidabili, mentre solo per alcuni antiepilettici di **seconda generazione** (detti anche aggiuntivi) sono disponibili metodi di laboratorio praticabili.

Analogamente solo alcuni **antipsicotici** sono dosabili.

Torniamo nel nostro organismo: diversi fattori influenzano la distribuzione del farmaco: alcuni sono intrinseci all'organismo (età, sesso, peso, malattie renali, malattie epatiche, stato di idratazione e di nutrizione), altri sono esterni (somministrazione di cibo o altre sostanze che competono con il farmaco)

¹⁹ [NDA] Il sito d'azione è il punto dove il farmaco deve espletare il suo effetto farmacologico. Il farmaco agisce attraverso il legame con un RECETTORE che è una proteina della cellula che riconosce il farmaco e ne permette l'ingresso al suo interno.

²⁰ [NDA] Gli esami ematochimici sono esami di laboratorio eseguiti per accertare la presenza e/o dosare la concentrazione di alcune sostanze in un campione di sangue.



Fattori preanalitici da ricordare: accuratezza della dose, tempo di prelievo, raccolta e manipolazione del campione, modifiche fisiologiche del paziente (variazioni albumina)

Fattori analitici: metodi precisi e definitivi (cosiddetti di riferimento) sono molto lunghi, complessi e non praticabili in un laboratorio clinico.

Tuttavia, sono attualmente disponibili metodi immunochimici²¹ che, oltre alla molecola originaria degli Antiepilettici Storici, sono in grado di rilevare anche i loro metaboliti biologicamente attivi, quali:

fenobarbital, valproato, carbamazepina, fenitoina, etosuccimide. In alcuni casi il dosaggio viene eseguito anche in urgenza per sospetta intossicazione (valproato).

Solo per alcuni farmaci di più recente introduzione (felbamato, gabapentin, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina, tiagabina, topiramato, vigabatrin) sono disponibili dosaggi affidabili. Oltre all'azione anticonvulsivante gli antiepilettici vengono utilizzati anche in psichiatria.

Le modalità con cui i farmaci neurolettici si legano ai diversi recettori spiegano il loro meccanismo d'azione e i loro potenziali effetti collaterali.

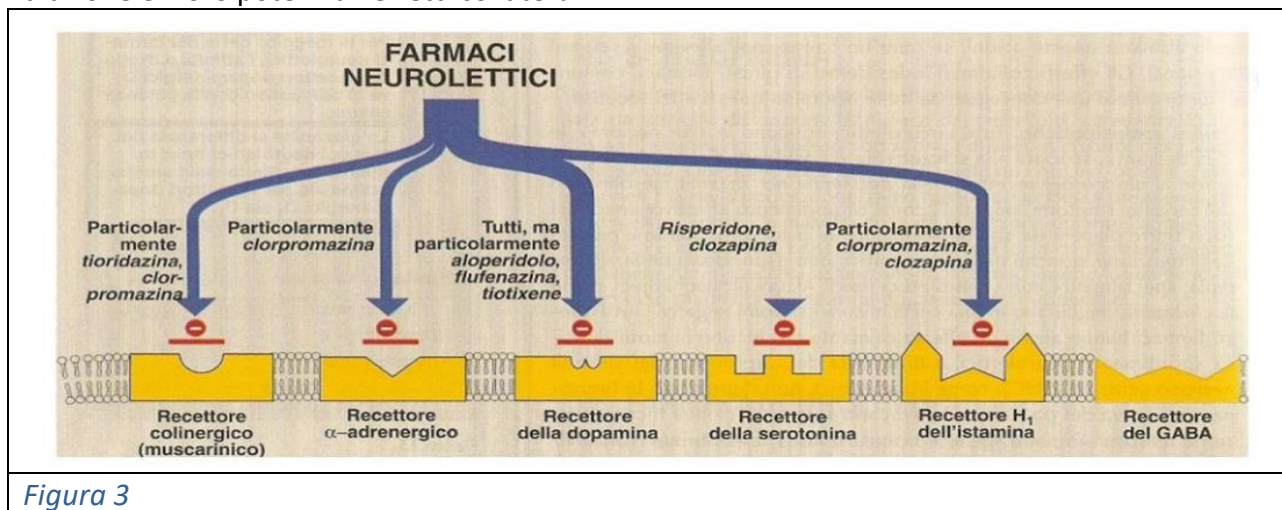


Figura 3

Meccanismo d'azione: inibiscono l'eccitabilità neuronale attraverso:

- produzione di GABA (Gamma-Amino Butyric Acid), un neurotrasmettitore con funzioni inibitorie
- blocco dei canali del calcio
- blocco dei canali del sodio tramite GABA

Il loro metabolismo è per via epatica attraverso il Citocromo P

Le molecole di più recente introduzione richiedono metodi analitici più complessi (ad esempio lamotrigina, levetiracetam). Da pochi anni regione Lombardia riconosce nel SSR²² il dosaggio di questi farmaci.

²¹ [NDA] L'immunochimica è una disciplina immunologica che si prefigge di studiare gli antigeni, gli anticorpi e l'interazione antigene-anticorpo utilizzando i concetti ed i metodi che appartengono alla chimica. La sua applicazione in laboratorio consente di identificare e quantizzare una sostanza all'interno dell'organismo tramite il suo "legame" o meno ad anticorpi specifici.

²² [NDA] SSR: Servizio Sanitario Regionale



Il loro metabolismo è soprattutto renale.

LITIO: inibisce una proteina che influenza la polarità neuronale e compete con il Magnesio che è fondamentale per l'attività di questa proteina. Il picco viene raggiunto dopo 2-4 h ed è eliminato in 2 fasi (24 e 72 h) a livello renale dove viene riassorbito: questo può provocare fenomeni di tossicità.

Antidepressivi triciclici: bloccano serotonina e norepinefrina, hanno anche un assorbimento gastrico: sono caratterizzate da una biodisponibilità variabile e di conseguenza le risposte cliniche sono variabili. Presentano difficoltà analitiche per basse concentrazioni e cross-reazione con antistaminici. Sono disponibili dosaggi con metodiche complesse Liquido-Massa (laroxyl, tritico, anafranil)

Antidepressivi SSRI: inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (prozac cytalopram)

La serotonina o 5-idrossitriptamina è una triptamina, sintetizzata a partire dall'amminoacido triptofano, che negli animali viene per lo più prodotta dai neuroni serotoninergici. Questa proteina derivata dal triptofano è presente nelle piastrine, nel plasma e nel sistema nervoso centrale; è dotata di azione stimolante sulla muscolatura liscia e di azione antiemorragica; è mediatore chimico dell'infiammazione e della trasmissione degli impulsi nervosi.

Farmaci Antipsicotici: I farmaci antipsicotici si distinguono in tipici ed atipici (la suddivisione è legata alla struttura chimica).

Farmaci antipsicotici tipici


 <h2>Antipsicotici Tipici</h2>	
Principio Attivo	Nome Commerciale
Clotiapina	Entumin
Promazina	Talofen
Levosulpiride	Levopraid
Clorpromazina	Largactil
Aloperidolo	Serenase

Figura 4

Gli antipsicotici tipici, chiamati anche antipsicotici di prima generazione, sono una classe di antipsicotici sviluppati a partire dal 1950 ed utilizzati per la cura di patologie psichiatriche. Antipsicotici tipici possono anche essere usati per il trattamento di mania acuta, agitazione e altre condizioni. Il meccanismo di azione si basa sul blocco degli effetti della dopamina.



Farmaci antipsicotici atipici


 Giulia e Matteo	<h1>Antipsicotici Atipici</h1>	
<i>Principio Attivo</i>	<i>Nome Commerciale</i>	
Olanzapina	Zyprexa	
Clozapina	Leponex	
Quetiapina	Seroquel	
Risperidone	Risperdal	
Aripiprazolo	Abilify	

Figura 5

Gli antipsicotici di seconda generazione, detti anche antipsicotici atipici, agiscono bloccando sia gli effetti della dopamina, sia della serotonina, sostanza che regola numerose funzioni dell'organismo. Hanno assorbimento rapido e variabile; vengono metabolizzati per via epatica e presentano cross-reazione con antistaminici.

Attualmente gli antipsicotici atipici sono più utilizzati per una migliore tollerabilità e minori effetti collaterali di tipo extrapiramidale²³.

Purtroppo, questi farmaci presentano effetti metabolici importanti; ne deriva la necessità di un monitoraggio clinico ed ematochimico (controllo ad esempio di emocromo, glucosio, colesterolo). Tutti gli antipsicotici hanno effetti endocrinologici e metabolici.

Inoltre, possono produrre iperprolattinemia²⁴: effetto legato a farmaci che bloccano recettori dopaminici, antagonisti della dopamina (setoclopramide, domperidone, aloperidolo, risperidone). Di conseguenza risulta utile il controllo periodico del dosaggio della prolattina.

In sostanza nelle terapie con farmaci neurolettici è opportuno eseguire a cadenze regolari (semestrali/annuali) e comunque secondo indicazione clinica i seguenti controlli:

- Funzionalità epatica
- Funzionalità renale

²³ [NDA] I disturbi più caratteristici, dovuti ad alterazioni del sistema extrapiramidale, sono: l'ipertonica extrapiramidale (aumento patologico del tono muscolare), l'impoverimento e la scomparsa di determinati movimenti e la comparsa di movimenti involontari.

²⁴ [NDA] La prolattina è un ormone prodotto dall'ipofisi, che, in condizioni di normalità, ha la funzione di stimolare la produzione di latte da parte della mammella, nel periodo che segue il parto.
Iperprolattinemia: aumento persistente dei livelli ematici di prolattina legato al blocco di recettori dopaminergici.



- Metabolismo glico-lipidico
- Endocrinologico

Inoltre, al primo trattamento, è opportuno effettuare un controllo periodico (6-12 settimane, trimestrale, annuale) di:

- Glicemia
- Colesterolo TGL HDL
- Emoglobina glicata
- Prolattina

[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo a ruolo del laboratorio: monitoraggio dei farmaci \(filmati, slides e testo degli interventi\)](#)





Capitolo 5: Lo psicologo

Lo psicologo e gli stili comunicativi

Il testo è tratto dall'intervento della

Dott.ssa Alice Candon - Psicologa clinica

svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"

Introduzione

Chi è lo Psicologo?

La Psicologia è una scienza che studia il comportamento dell'uomo. Si interessa dei processi mentali, affettivi e relazionali della persona per promuovere il miglioramento della qualità di vita. La psicologia fonda i suoi risultati sulla ricerca scientifica.

Legge n. 56/89

Il primo articolo della Legge riporta: "La professione di Psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità."

Le attività dello Psicologo sono quelle di favorire il cambiamento, potenziare le risorse individuali o collettive, accompagnare le persone, le coppie, le famiglie e le organizzazioni nelle diverse fasi di sviluppo e di benessere. Lo Psicologo: dove lavora Lo Psicologo lavora negli studi privati come Libero Professionista, nei Servizi pubblici, negli Ospedali, nei Consultori, nei Servizi per l'infanzia e adolescenza, nelle Comunità terapeutiche, nelle Residenze per anziani, nelle Scuole, ecc...

Gli strumenti di lavoro: Lo strumento principale con cui opera lo Psicologo è il colloquio. Si avvale anche di strumenti quali i test ed i questionari con caratteristiche di scientificità. Chi si rivolge allo Psicologo Si può rivolgere allo Psicologo chiunque avverta la necessità di una consulenza specialistica: la persona in difficoltà, la coppia, la famiglia che intende adottare un bambino, il genitore che desidera migliori relazioni con i figli, gli operatori scolastici e sociali per gli aspetti di apprendimento o altro, gli imprenditori o le aziende per affrontare problematiche relazionali e/o organizzative, lo sportivo per la sua preparazione psicologica. Questi sono solo alcuni esempi tra i tanti possibili.

Mansioni dello psicologo

o Colloquio psicologico, che ha lo scopo di conoscere la persona ed il suo funzionamento psichico

o Test psicologico, che ha lo scopo di definire un quadro della personalità

I compiti dello psicologo

L'intervento dello psicologo è volto al superamento di situazioni di sofferenza e disagio e al raggiungimento del miglioramento del benessere psicologico.

Nello specifico, quali mansioni svolge per raggiungere questo traguardo?

Facciamo un rapido e sintetico elenco di quali sono i compiti dello psicologo:

- o Diagnosi e cura di disturbi psicologici
- o Prevenzione del disagio e promozione della salute psicologica
- o Supporto psicologico
- o Consulenza psicologica



o Attività di riabilitazione

o Programmazione e verifica di interventi psicologici, psico-sociali e psico-educativi o Osservazione e ascolto

Quali sono i tipi di psicologia?

1. Lo psicologo clinico. ...
2. Lo psicoterapeuta. ...
3. Lo psicologo scolastico. ...
4. Il neuropsicologo. ...
5. Lo psicologo sociale. ...
6. Lo psicologo del lavoro. ...
7. Lo psicologo forense o criminologo. ...
8. Lo psicologo dello sport.

Quali sono gli ambiti della psicologia?

Psicologia clinica: comprende aree importanti quali la Psicologia ospedaliera, la Psicodiagnostica, la Neuropsicologia clinica, la Psicologia delle disabilità e della riabilitazione, la Psicologia delle dipendenze patologiche e soprattutto la Psicoterapia.

Differenze tra psicologo, psichiatra e psicoterapeuta

Psicologo	Psicoterapeuta	Psichiatra
Laurea magistrale in psicologia e abilitazione professionale	Ha frequentato una scuola quadriennale di specializzazione universitaria o riconosciuta dal MIUR e conseguito il relativo diploma	Laurea in medicina e specializzazione post-laurea in psichiatria
Iscrizione all'Ordine degli Psicologi regionale	Iscrizione all'Ordine degli Psicologi regionale	Iscrizione all'Ordine dei Medici provinciale
Non può prescrivere farmaci	Non può prescrivere farmaci	Può prescrivere farmaci
Si occupa della valutazione dei bisogni e della promozione del benessere in termini psicologici	Si occupa del trattamento dei disturbi psicopatologici attraverso il colloquio clinico e altri strumenti non farmacologici	Si occupa della cura in termini biologico-organicisti dei disturbi mentali



I disturbi mentali

Come compaiono i disturbi mentali

Date le cause scatenanti, i disturbi mentali fanno la loro comparsa in diversi modi. La maggior parte di essi, si caratterizzano per due aspetti fondamentali:

- la sofferenza emotiva che costituisce parte integrante del disturbo. Un esempio è l'ansia ed il panico che accompagnano l'agorafobia;
- le conseguenze del disturbo che, di solito, sono interpersonali e procurano sofferenza al paziente

Ad esempio, può accadere che un individuo affetto da ansia sociale possa limitare, e spesso anche evitare del tutto, le occasioni di incontro e relazione con gli altri. Molti disturbi mentali sono dovuti anche da fattori ereditari per cui tendono a sorgere in soggetti già predisposti. A questo si aggiunge l'interazione con fattori ambientali. I disturbi psicologici più diffusi

Disturbi adulto

- Disturbo ossessivo compulsivo (DOC): ossessioni intrusive, pensieri mantenuti da comportamenti compulsivi
- Disturbi dell'alimentazione
- Depressione (disturbo depressivo maggiore):
- Distimia: o disturbo distimico è un disturbo dell'umore. Possiamo definire la distimia una depressione cronica più lieve nei sintomi rispetto alla depressione maggiore ma prolungata nel tempo.
- Disturbo di Panico e Agorafobia:
- Disturbi di personalità: costituiscono delle modalità, relativamente inflessibili, di percepire, reagire e relazionarsi alle altre persone e agli eventi; tali modalità riducono pesantemente le possibilità del soggetto di avere rapporti sociali efficaci e soddisfacenti per sé e per gli altri.

Disturbi età evolutiva

- Disturbo da tic e sindrome di Tourette:
- Fobia scolare:
- Deficit di attenzione ed iperattività:
- Disturbi dell'attaccamento:
- Disturbo oppositivo provocatorio:
- Disturbo della condotta:

All'interno della pratica riabilitativa lo Psicologo è fondamentale, per tutte le fasi del progetto, dall'accoglienza del paziente e della sua famiglia alla progettazione dell'intervento riabilitativo, dalla messa in atto di pratiche e interventi psicoterapeutici al monitoraggio per i miglioramenti o eventuali ricadute.

La famiglia del paziente psichiatrico

La diagnosi di malattia grave e cronica assume un significato particolarmente drammatico, non solo per il paziente, ma anche per i rispettivi familiari.

Il disagio familiare attraversa specifiche fasi che rendono necessario un intervento supportivo tale da favorire le capacità di gestione e adattamento alla patologia in cui ciascun membro è inevitabilmente coinvolto:



- Shock
- Negazione
- Disperazione
- Collera
- Rielaborazione
- Accettazione della malattia

La patologia psichiatrica ha un impatto molto determinante nell'equilibrio familiare, incidendo sul benessere psicologico, fisico e sociale di chi si assume il ruolo di *caregiver*, ovvero di colui che si prende cura e carico del familiare sofferente.

È altrettanto vero che i familiari possono costituire una preziosa risorsa nella cura di questi soggetti, che si colloca come una sorta di *ponte* tra il paziente affetto dalla patologia e il contesto socioassistenziale.

Il ruolo famiglia del paziente psichiatrico nel passato e di oggi

I primi studi sulla schizofrenia tendevano a focalizzarsi sulla famiglia solo ed esclusivamente in relazione al ruolo che assume nello sviluppo del disturbo, inquadrandola quindi come nucleo patogeno principale.

Le strutture manicomiali, sulle quali si reggeva l'impostazione "curativa" della psicosi, escludevano il paziente dal suo contesto familiare e sociale, aggravandone le condizioni e producendo una profonda alienazione. L'isolamento dei pazienti era giustificato dall'ipotesi secondo la quale il coinvolgimento dei familiari avrebbe peggiorato la loro situazione clinica.

In seguito ai cambiamenti che si sono succeduti in ambito psichiatrico e con l'approvazione della [legge "Basaglia"](#) nel 1978, si è gradualmente affermato un nuovo modello della malattia mentale che rivaluta la famiglia nel suo ruolo di supporto e contenimento del paziente schizofrenico, includendola tra i fattori facilitanti il suo processo di guarigione.

Si tratta di un nuovo modello di cura e assistenza di tipo territoriale che comporta un maggiore coinvolgimento dei familiari nell'assistenza dei pazienti psichiatrici.

Impatto sulla sfera psico-emotiva

Dalle interviste utilizzate nell'indagine è emerso che il fattore maggiormente ostacolante la gestione delle cure quotidiane risulta essere l'imprevedibilità. Il caregiver può sperimentare stati d'animo ed emozioni di diversa natura e spesso contrastanti, come preoccupazione, stanchezza, solitudine, paura, ma anche rabbia e frustrazione.

Impatto sul benessere psico-fisico

Un altro aspetto significativo emerso dall'indagine è lo stress percepito dalle donne sia a livello fisico, in termini di stanchezza, sia a livello psicologico sotto forma di ansia, disturbi del sonno, disturbi psicosomatici e sintomi ascrivibili ad una vera e propria patologia.

Impatto sulla quotidianità

Sono state riscontrate delle limitazioni in vari ambiti della vita quotidiana delle donne coinvolte nella ricerca: cura di sé e dei propri spazi personali (43%), relazione con il partner (38%) e i figli (33%), disponibilità lavorativa (26%), vita sociale e relazionale (24%).



Tra gli aspetti che rendono più problematica l'assistenza vi è certamente la necessità di sorvegliare costantemente il familiare malato (42%), per contenere il rischio di suoi comportamenti pericolosi verso sé stesso o verso gli altri, e la somministrazione della terapia farmacologica (17%), cui spesso viene opposta resistenza.

Rapporto con la terapia farmacologica

La maggior parte delle intervistate si dichiara soddisfatta (70%) dei risultati ottenuti con il trattamento farmacologico, mentre emerge una profonda insoddisfazione (58%) verso gli effetti collaterali connessi alla terapia, come ad esempio l'aumento del peso corporeo.

Rapporto con la rete istituzionale e assistenziale

Generalmente la figura professionale di riferimento per queste donne è rappresentata dallo psichiatra (49%), diversamente da quanto accade con le strutture sanitarie che, invece, vengono percepite come distanti (53%).

Alleanza terapeutica

Uno degli aspetti più significativi emersi dallo studio riguarda il rapporto con il medico specialista e la possibilità di costruire un'alleanza terapeutica che coinvolga non solo il paziente designato, ma anche il familiare che lo accudisce.

Una delle caratteristiche frequentemente riscontrate nelle famiglie dei pazienti psicotici è un'elevata tendenza ad esprimere le emozioni (*expressed emotion*) soprattutto in termini di:

- critica
- ostilità
- eccessivo coinvolgimento emotivo

Quali possibilità di supporto per i familiari del paziente schizofrenico?

Esistono varie tipologie di trattamento:

Terapia sistemico-familiare

Costituisce il primo tentativo di approccio familiare al trattamento dei disturbi mentali che attribuisce al sistema-famiglia un ruolo determinante nello sviluppo della schizofrenia e per il quale risulta indispensabile un intervento volto a modificare i rapporti interni al sistema.

Counseling familiare

Si tratta di un intervento piuttosto breve e pratico, basato su alcuni incontri tenuti da operatori psichiatrici presenti in consultori o centri di salute mentale che si differenzia da una psicoterapia tradizionale e si configura come un supporto nella gestione di problemi specifici riportati dai familiari.

Interventi di auto-mutuo-aiuto

Sono degli interventi di gruppo non necessariamente clinici, che hanno lo scopo di fornire un supporto psicologico e sociale ai familiari dei pazienti gravi, offrendo un contesto che consenta di superare il senso di solitudine grazie alla condivisione delle proprie esperienze, e dove sia al tempo stesso possibile uno scambio informazioni più pratiche per gestire la malattia dei cari.



Interventi di supporto

In questo caso l'intervento avviene in un setting di gruppo caratterizzato da familiari o amici del paziente, e promuove una maggiore conoscenza sui disturbi mentali e lo sviluppo di nuove strategie di coping. La durata degli incontri in genere è variabile in base alle esigenze dei membri del gruppo. Intervento psicoeducativo familiare

È un intervento di sostegno psicologico basato sull'approccio cognitivo-comportamentale che risulta tra i più efficaci e si basa sulla considerazione dei fattori biologici e psicologici, oltre che di quelli sistemico-familiari, nella comprensione dei disturbi mentali gravi. Tra i suoi principali obiettivi:

- incrementare le capacità dell'individuo nell'affrontare in modo adeguato le situazioni stressanti
- migliorare le abilità dell'intero nucleo familiare nel fronteggiare le difficoltà quotidiane
- ridurre le tensioni provenienti dall'ambiente sociale
- aumentare le risorse familiari e sociali su cui l'individuo può contare

L'Emotività Espressa (EE) nel contesto famiglia e l'intervento psicoeducativo

L'ambiente familiare è il primo luogo di espressione dei sintomi della persona malata. La famiglia si trova ad affrontare una situazione molto complessa e il rischio è quello che si sviluppi una forte critica negativa verso i comportamenti del paziente oppure, all'opposto, la negazione del problema o ancora un atteggiamento iperprotettivo. L'intervento psicoeducativo può rappresentare una risposta flessibile ed innovativa al disagio familiare poiché adotta risorse, metodi e strumenti tali da poter prevenire e riparare dinamiche relazionali alterate.

1. Rispetto verso le necessità relazionali del paziente: i familiari ad alta E.E. sono tendenzialmente intrusivi, cercano il contatto con il paziente indipendentemente dalle sue richieste, mentre quelli a bassa E.E. sono più in grado di adattarsi alle richieste ed ai bisogni espressi direttamente o indirettamente dal paziente.
2. Legittimazione della malattia: i familiari ad alta E.E. considerano il paziente responsabile di tutte o quasi tutte le sue azioni, anche quelle che chiaramente costituiscono sintomi, mentre quelli a bassa E.E. cercano di costruirsi una spiegazione razionale delle azioni del paziente, e riconoscono quelle dettate dalla sua malattia.
3. Aspettative per il paziente: i familiari ad alta E.E. nutrono in genere aspettative molto elevate per il paziente, indipendentemente dai deficit di quest'ultimo, mentre quelli a bassa E.E. nutrono aspettative realistiche, e tollerano meglio livelli di funzionamento sociale anche molto bassi.
4. Risposte emotive: i familiari ad alta E.E. spesso drammatizzano le proprie reazioni ai sintomi, e tendono ad avere modalità di risposta rigide ai momenti di crisi, mentre quelli a bassa E.E. sono in grado di controllare l'emotività e di adottare risposte flessibili.

Se la famiglia è caratterizzata da un'alta Emotività Espressa, il paziente avrà maggiori facilità di recidiva, cioè ricadrà più facilmente nella sintomatologia tipica della schizofrenia e avrà più possibilità di essere ricoverato in ospedale. Al contrario, una famiglia con un basso livello di Emotività Espressa sarà maggiormente in grado di comprendere i bisogni del paziente e di far fronte ai momenti di crisi.



La famiglia e l'“Emotività Espressa”

La storia di ogni famiglia è caratterizzata da piccole e continue trasformazioni; esistono situazioni che provocano cambiamenti consistenti, rendendo inefficaci le modalità che, in un primo tempo, erano funzionali all'andamento familiare. Nel suo percorso di vita, la famiglia può essere coinvolta in eventi quali cambiamenti economici, problemi relazionali, dolori e sofferenze tendenti ad alterare l'equilibrio omeostatico che hanno costituito.

Quando la famiglia scopre che al suo interno un membro è malato, si trova a dover affrontare una criticità che richiede una riorganizzazione interna faticosa e complessa che deve avvenire a molti livelli e richiede un particolare sforzo, non solo per ripristinare una certa “normalità” familiare, ma anche perché ciò avvenga nel minor tempo possibile al fine di affrontare una sorta di “confusa sofferenza” che impedisce la mobilitazione di risorse interne del sistema famiglia (Crescenzo, 2010). Solo venendo a contatto con la realtà familiare tramite interventi specifici, siamo in grado di capire come la sofferenza, il dolore, la malattia incidono sulle emozioni e sui processi relazionali.

I familiari ad alta EE considerano il congiunto responsabile di tutte o quasi tutte le sue azioni, anche quelle che chiaramente costituiscono sintomi, una propensione a trovare una colpa o comunque un problema da addossare all'altro, un “capro espiatorio” che elude e nasconde i propri problemi di accettazione e di ostilità. Le famiglie ad alta EE nutrono in genere aspettative molto alte per il congiunto sofferente, indipendentemente dai problemi e limiti di quest'ultimo, spesso drammatizzano le proprie reazioni ai sintomi e tendono ad avere modalità di risposta rigide ai momenti di crisi.

Quelli a bassa EE sono più in grado di adattarsi alle richieste e ai bisogni espressi del congiunto, maggiormente, quando il calore affettivo nei suoi confronti è molto elevato. Esse cercano di costruirsi una spiegazione razionale di quello che sta accadendo, ai comportamenti del congiunto, riconoscendo maggiormente quelle dettate dalla sua malattia (Leff, Vaughn, 1985). Infatti, questi familiari sono in un certo senso “avvantaggiati” dalla capacità di potersi al meglio spiegare *il disturbo con una interpretazione della malattia come una patologia organica. Tale comprensione toglie il mistero delle cause della malattia e agevola la condivisione dei programmi* (Cazzullo, 1997). Le famiglie a bassa EE nutrono aspettative realistiche, e sono in grado di controllare l'emotività e di adottare risposte flessibili.

L'intervento psicoeducativo

Un esempio di programma per gruppo di supporto potrebbe essere:

- Introduzione e presentazione del programma e metodi del gruppo, discussione su situazioni individuali ed esperienze, regole pratiche da usare a casa
- Gli aspetti emotivi: affrontare l'assistenza quotidiana, cambiamenti ed accettazione dei cambiamenti, ansia anticipatoria
- Aspetti pratici: consigli per situazioni difficili comportamentali e di comunicazione
- Il futuro; l'organizzazione dell'assistenza, il tipo di interventi offerti e quando usare un'assistenza di tipo professionale.



I cinque meccanismi comunicativi da evitare con il paziente e con i familiari

1. La collusione.

Essa è definita da Laing (1969) un “gioco” ma anche un “inganno”. Avviene quando due o più persone, inconsapevolmente, ingannano sé stesse e gli altri incarnando delle fantasie che non corrispondono alla realtà e ricoprendo dei ruoli fissi, da cui restano però intrappolati. Essa subentra specialmente nella coppia, dove ciascuno trova nell’altro la possibilità di veder confermata e avallata una certa nozione di sé stesso elaborata in fantasia. La collusione, ad esempio, può avvenire in una famiglia che vive il mito dell’armonia, che nega le ambivalenze e in cui vengono attribuite ad ognuno delle identità immobili che impediscono di evolversi e differenziarsi.

Un esempio può essere costituito da una coppia di questo tipo: l’uno è una persona che è cresciuta con miti positivi su sé stessa come “*so aiutare bene gli altri*” e che non tollererà frustrazioni su questa aspettativa grandiosa. L’altro è un individuo che vive di miti opposti, di autosvalutazione e bisogno di essere salvato, dunque grato e adorante verso chi è disposto a valorizzarlo. Questi saranno i partner perfetti nel rispondere l’uno ai bisogni dell’altro: nell’alimentare i miti e le fantasie di entrambi, l’autenticità di ciascuno viene costantemente elusa in favore di una continua simulazione. In questo tipo di coppia ciascun partner è accettato dall’altro solo in base a quello che l’altro si aspetta e cerca in lui. (Vella e Camillocci Solfaroli, 1996).

2. L’occultamento.

Secondo Wynne (1972), esso avviene quando un membro della famiglia si pone in una posizione di superiorità e potere affermando di saperne di più, ma di non poter rivelare tali verità per misteriosi motivi. Gli altri vengono quindi resi dipendenti e incapaci di svincolarsi e differenziarsi. Mantenere dei segreti, infatti, garantisce un forte potere e la possibilità di tenere sotto scacco l’altro.

3. La strategia del silenzio.

Secondo lo psichiatra Zuk (1965), si tratta di manovre, verbali e non verbali, mirate a punire qualcuno per una trasgressione. Ciò avviene attraverso isolamenti e silenzi che proibiscono la comunicazione. Si tratta di una tattica spesso messa in atto da partner femminili all’interno di una coppia.

4. Lo stile comunicativo manipolativo

Ci sono diverse strategie manipolative:

1. Il comportamento **colpevolizzante**
2. Il comportamento **inferiorizzante**

Questi comportamenti possono essere messi in atto con l’intenzione di manipolare l’altra persona, ma nella maggior parte dei casi servono a ridurre il disagio. Prendiamo l’esempio di una madre che ogni fine settimana ripete al figlio oramai cresciuto ‘*sai che finché non arrivi a casa io non riesco a prendere sonno*’. Si può qui capire l’ansia della madre ma si tratta di una manipolazione. La **colpevolizzazione**, infatti, spinge le persone a un certo comportamento per non sentirsi in colpa. La madre rende colpevole la figlia di non farla dormire.

Se la figlia torna a casa tardi (non ha ascoltato la madre), viene ulteriormente colpevolizzata. La prossima volta nella stessa situazione, la figlia si sentirà più in colpa perché quando è fuori con le amiche penserà già a quello a cui andrà incontro al suo rientro a casa.



Se la figlia torna presto (ascolta la madre), viene lodata come *'brava'*. Queste lodi e ringraziamenti rendono più frequente il comportamento di ascoltare la madre.

Un esempio di comportamento *inferiorizzante* lo possiamo prendere dal mondo del lavoro. Il capo che si lancia in frequenti critiche *'è possibile che sbagli sempre?'*, crea un senso di inferiorità nell'altra persona. Questo provoca a sua volta una maggiore dipendenza a causa della paura di sbagliare.

Allo stesso modo delle conseguenze di prima se fare qualcosa provoca una reazione negativa del capo, alla lunga c'è il rischio che chi viene *inferiorizzato* non faccia più nulla. Dopotutto, *se non agisco non sbaglio*.

5. Il doppio legame

Ad esempio, il maestro alza un bastone sulla testa del discepolo e gli dice con tono minaccioso: "Se tu dici che questo bastone è reale, ti colpisco. Se tu dici che questo bastone non è reale, ti colpisco.

Se non dici nulla, ti colpisco"

(da *Verso un'ecologia della Mente* – Gregory Bateson)

Il doppio legame (double bind) rappresenta quella situazione, che si viene a creare quando la comunicazione tra due persone, unite da una significativa relazione emotiva, presenta una incongruenza tra la comunicazione verbale, quello che viene detto a voce, con quella non verbale fatta di gesti, di atteggiamenti, di postura e di tono di voce, a tal punto che il ricevente del messaggio rimane bloccato in una dinamica relazionale ambigua senza avere la possibilità di lasciare il campo. Riprendendo Paul Watzlawick e i suoi assiomi della comunicazione, importante è ricordare che "ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione", in quanto i due livelli nella comunicazione si intrecciano continuamente e non è possibile separarli e a volte neanche distinguerli.

Quando il problema centrale della comunicazione è la relazione, il linguaggio codificato fatto di contenuti perde importanza a favore del linguaggio analogico e ciò accade in tutte le relazioni con un grande investimento emotivo come quando si ama, quando si odia, quando si corteggia, quando volutamente non si considera qualcuno.

L'esempio più incisivo sul doppio legame fu quello tratto da "Verso un'ecologia della mente" di Gregory Bateson in cui l'autore racconta di quando una madre va a trovare il proprio figlio ricoverato per un disturbo psichico, di quando il ragazzo, contento di rivederla, la abbraccia, mentre lei si irrigidisce chiedendogli se non le vuole più bene, lui di conseguenza si ritrae e la madre gli dice ancora che non dovrebbe provare così facilmente imbarazzo e paura dei propri sentimenti mandando al figlio un evidente doppio messaggio. Qui con il gesto di irrigidimento la madre manifesta il rifiuto, a livello implicito, del gesto d'affetto del figlio, mentre sul piano verbale riversa le responsabilità sul figlio dicendogli che è lui che è bloccato dai suoi stessi sentimenti, lo colpevolizza impossibilitandolo a dare una risposta.

Il ragazzo soffrendo di una seria schizofrenia non ha avuto la possibilità di analizzare il comportamento comunicativo dell'altro e dire alla madre che era lei a sentirsi a disagio e che non riusciva ad accettare un gesto d'affetto da parte del figlio.

Nelle situazioni a doppio legame, per Gregory Bateson, la persona si trova imprigionata in un rapporto, in cui si sente fortemente coinvolta d'importanza vitale, in cui l'altro individuo, che partecipa alla relazione, contemporaneamente gli manda due messaggi diversi, di cui uno nega l'altro e la persona è incapace di analizzare i messaggi e decidere a quale messaggio dover



rispondere, senza riuscire a fare il passaggio al livello metacomunicativo spostandosi dal contenuto alla relazione.

A differenza delle situazioni conflittuali, in cui almeno a livello teorico vi è la possibilità di scegliere e decidere, nel doppio legame la scelta non è possibile essendoci la presenza di un paradosso con un messaggio strutturato in maniera contraddittoria all'interno del quale si afferma e si nega contemporaneamente. Ad esempio, un messaggio sotto forma di ingiunzione come "Sii spontaneo" genera un paradosso, in quanto un'azione involontaria diventa una prestazione volontaria e di conseguenza essere spontanei obbedendo a un ordine diventa impossibile. Obbligare qualcuno ad essere spontaneo è un paradosso come richiedere attenzioni per poi rimproverare per le attenzioni date. Questa comunicazione paradossale invalida la relazione minando l'equilibrio psichico di chi la subisce ed essendoci continue disconferme della relazione fa sì che diventi vano ogni tentativo di dialogo.

Una persona, che si ritrova dentro a una relazione di doppio legame, incontrerà difficoltà a decifrare i messaggi del proprio interlocutore, ad avere un buon contatto con la realtà, a costruire una coerenza tra comunicazione e metacomunicazione e sarà a sua volta ambigua nell'attribuire i significati.

Un percorso psicoterapeutico diventa un aiuto importante per riuscire a spezzare la catena del doppio legame e ritornare a essere liberi di scegliere.

[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo allo psicologo e gli stili comunicativi \(filmati, slides e testo dell'intervento\)](#)



Capitolo 6: Neuropsichiatria

La Neuropsichiatria Infantile

Il testo è tratto dall'intervento della

Prof.ssa Francesca Neri –

*Medico neuropsichiatra infantile, Prof. Ordinario. di NPI Med 39 dell'Univ. di Milano Bicocca, ex Direttore della Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile ed ex Direttore della Clinica di NPI A.O. San Gerardo di Monza
svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"*

La neuropsichiatria infantile italiana nasce al termine della Seconda guerra mondiale, prevalentemente a Napoli, Roma e a Novara per opera di un gruppo di medici che cercano di affrontare i problemi relativi a bambini con problemi di apprendimento, handicap psicofisici (prevalentemente gravi problematiche comportamentali da privazione e abbandono).

Prima di allora bambini con gravi handicap venivano inseriti in strutture assistenziali per pazienti gravi o addirittura in manicomi (il padiglione bambini del manicomio di Como, il Corberi di Monbello...)

Nel primo dopoguerra l'ottica cambia e si cerca una strada per la cura, anche se ancora il primo scopo è assistere.

I medici italiani che sono all'origine della nascita di una nuova disciplina non sono neuropsichiatri infantili, sono neurologi, pediatri, qualcuno, psichiatra o pedagogista.

I pedopsichiatri che cominciano in altri paesi europei ad occuparsi di bambini ed adolescenti con gravi malattie psichiatriche non si occupano di problemi di handicap organico. La tradizione italiana al contrario privilegia da subito una unità corpo-psiche o cervello-mente, fondando le possibilità di cura sulla potenzialità dello sviluppo. Significa considerare che, in una età in crescita, intervenire in tempi precoci su qualsiasi quadro clinico fa sì che gli spazi di sviluppo di un'area di funzionamento possono agevolare il funzionamento di aree colpite

Così, mentre nelle scuole di medicina si dividono le specialità di psichiatria e neurologia, in Italia la neuropsichiatria infantile nasce come specialità unitaria e a oggi lo è ancora; anche se il campo di lavoro è enorme, variando da quadri di lesioni cerebrali a disturbi psichici.

Negli anni, naturalmente, si sono create competenze differenti specialistiche, come i centri per l'epilessia o i disturbi di apprendimento o i disturbi comportamentali o l'anoressia mentale ecc., ma, in ogni caso, viene valutato lo sviluppo totale della persona. Dico in modo molto semplificato che uno dei pregi della neuropsichiatria infantile (NPI) italiana è proprio quello di chiedersi come far evolvere, secondo le sue possibilità reali, un bambino che abbia una parte del suo potenziale di sviluppo tenuto in scacco dalla patologia o da un disturbo non ancora conclamato. Le doppie diagnosi -già discusse in questo corso per la psichiatria- sono enormemente utili per quei pazienti che hanno sintomi o comportamenti diversi da quelli psichiatrici; mentre, per la neuropsichiatria infantile, non c'è questa necessità: ne deriva una modalità diagnostica più centrata sull'individuo e una modalità di cura maggiormente inclusiva per tutta l'età pediatrica (0-18 anni).

Proprio per il suo riunire per l'età pediatrica competenze diverse e ampiezza di quadri clinici, la NPI lavora in equipe e non, come altre discipline specialistiche coi soli medici e Infermieri, ma, all'interno della equipe di NPI, ci sono psicologi dell'età evolutiva, neuropsicomotricisti e logopedisti per la riabilitazione, educatori ed infermieri.



Questi lavorano insieme tra loro e col servizio sociale, con la scuola, col tribunale, quando serve, e soprattutto con la famiglia. Se è vero che un bambino che dipende dai genitori non può non risentire delle loro difficoltà, è anche vero che la malattia di un bambino incide sulla sua famiglia e non occuparsene vuole dire spesso sprecare possibilità di cura utile.

La NPI italiana è collocata accanto alla psichiatria per un lavoro sul territorio, ma la sanità lombarda dagli anni 80 ha fatto in modo che avesse una collocazione non solo ambulatoriale, ma anche di day hospital psichiatrico e di territorio. Il primario medico, responsabile dell'equipe, lavora in ospedale con letti di degenza o di day hospital, ma anche coordina le attività ambulatoriali del territorio.

È stato un modo per sottolineare l'importanza della cura e la potenzialità della prevenzione, della cura precoce e anche per sottolineare la necessità di un progetto terapeutico continuativo. Continuamente questo approccio viene messo in discussione, ma spostare i servizi di NPI accanto ai servizi sociali significa tornare a un concetto primario di assistenza che, per quanto importante, non può essere confuso con le necessità di cura.

Sul territorio rimangono equipe di NPI chiamate UONPIA (Unità Operativa Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza), centri ambulatoriali di diagnosi e cura. Inoltre, sul territorio possono essere attivati centri diurni per trattamenti riabilitativi e pedagogici e comunità terapeutiche per adolescenti con gravi disturbi psicopatologici. In ospedale rimangono letti di ricovero per situazioni gravi e urgenti, in genere adolescenziali o posti di day hospital che dovrebbero funzionare come punto intermedio di cura per casi complessi.

A Monza, come saprete, negli ultimi anni le questioni dei rapporti territori ospedali sono variati. Oggi per la seconda volta le popolazioni hanno cambiato il riferimento ospedaliero e abbiamo la più estesa ASST della Lombardia. Il territorio monzese legato all'ospedale San Gerardo consiste delle popolazioni di Monza, Brugherio e Villasanta. Gli altri comuni afferiscono all'ospedale di Vimercate, capofila di altri ospedali del territorio. Il servizio di ricovero per acuti è presso il San Gerardo con 8 letti e spesso le liste d'attesa per un ricovero sono più lunghe di quanto sarebbe necessario.

Il passaggio in cura alla psichiatria avviene a 18 anni²⁵ secondo un protocollo che prevede un incontro tra le equipe e un progetto terapeutico illustrato e steso.

[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo ad aspetti peculiari della neuropsichiatria infantile e il passaggio dalla neuropsichiatria infantile alla psichiatria adulti \(filmati e testo degli interventi\)](#)

²⁵ [NDR] Si noti che oggi, nel caso di pazienti di neuropsichiatria, è possibile posticipare la maggiore età a 21 anni; per questo occorre ricorrere al tribunale dei minori prima del compimento del diciottesimo anno di età.



Capitolo 7: Diagnosi Multiple

Diagnosi plurime: Tre contributi su Disabilità intellettiva associata a disturbo psichiatrico

Primo contributo: Dott. Gianluigi Mansi

*Il testo è tratto dall'intervento del **Dott. Gianluigi Mansi – Medico psichiatra, istituti clinici Zucchi di Carate Brianza***

svoltosi nell'ambito del "Ciclo di incontri per familiari di persone con disturbi psichiatrici e operatori del settore - 2019"

Io sono medico in una unità di psichiatria del gruppo San Donato a Carate, ma il motivo per cui oggi sono qui è la lunga esperienza **nell'ambulatorio delle disabilità intellettive** dell'Istituto di ricerca Eugenio Medea di Bosisio, un ambulatorio per i disabili cognitivi dai 18 anni in poi.

Io ho ereditato l'ambulatorio di Bosisio che ha una lunghissima tradizione di studio delle varie forme di intelligenza e dei relativi disturbi e ho continuato un lavoro che a mio parere - questa è la prima osservazione che vorrei portarvi - riguarda una popolazione (quella dei pazienti con doppia diagnosi di disabilità intellettiva associata a disturbo psichiatrico) che **interessa poco alle istituzioni**.

La mia sensazione è che, a differenza delle patologie più comuni e riconosciute, ci sono pochi ambulatori specifici per i pazienti con doppia diagnosi; la disinformazione è tale che quando si parla di doppia diagnosi di solito tutti pensano a patologia psichiatrica e dipendenze.

La doppia diagnosi -termine molto discutibile- di cui io mi interessò è quella che riguarda **la disabilità intellettiva (che è nuovo modo di definire il ritardo mentale) unita ai disturbi psichiatrici**.

Prima osservazione: avere una disabilità intellettiva (cioè un ritardo mentale) **non** vuol dire avere necessariamente un problema psichiatrico.

Il problema psichiatrico riguarda **il 30-40%** dei soggetti con disabilità intellettiva, l'altro 50-60% non ha patologie psichiatriche ma una particolare e complessa organizzazione psichica quale è la disabilità intellettiva.

Seconda osservazione: la popolazione con disabilità intellettiva veniva una volta suddivisa in disabilità intellettiva lieve, media, grave e gravissima a secondo della profondità del disturbo intellettivo, cioè del Quoziente Intellettivo (QI).

Viceversa, io sono assolutamente certo che le disabilità intellettive "gravi", cioè più difficili da gestire, sono quelle lievi perché c'è un continuo ripensamento doloroso: **la dolorosa autoconsapevolezza** dell'handicap che i nostri ragazzi hanno ("perché è capitata proprio a me").

I nostri ragazzi molto spesso hanno momenti di rabbia in funzione del fatto non che non capiscono perché sono stati assegnati a un destino differente che, diciamoci la verità, è più infelice rispetto al destino delle persone "normali".



Occorre tenere conto che nelle disabilità intellettive con doppia diagnosi possiamo individuare **un danno organico**, cioè anomalie biologiche che si stanno via via individuando: ma è questo che determina la psicopatologia? O meglio, è solo questo che determina la psicopatologia?

Un esempio toccante:

Un po' di anni fa un ragazzino è venuto da me e io gli ho chiesto: "Ma perché non stai facendo le prove di test? Perché la tua maestra mi ha detto che non fai neanche più le espressioni?"

E lui mi rispose:

"Ma Dottore hai provato che cosa vuol dire fare sempre le espressioni e non te ne è mai venuta una? Non ho mai fatto un'espressione giusta!"

Cioè: sono soggetti che fin da piccoli hanno **sentito di essere soggetti deludenti** ... che hanno deluso le aspettative familiari e sociali. Aspettative che, come sapete, sono legate molto spesso alle performance dei nostri ragazzi. La scuola è molto orientata in questi termini: è bravo, non è bravo...

Sono soggetti che, fin da piccoli, hanno avuto un rapporto difficoltoso con le prove e che quindi a un certo punto hanno cercato di evitarle o comunque non si sono impegnati ("tanto è inutile"), e ciò vale anche per le valutazioni dei test di livello.

Quante volte io mi sono sentito dire da questi ragazzi, che hanno spesso **un'intelligenza logico matematica** bassa: "Dottore ma sei triste oggi?": hanno spesso capacità emotive ed empatiche veramente rare, una forma di **intelligenza emotiva** che spesso ci dimentichiamo noi stessi di esercitare.

Quindi il nostro problema è: come facciamo a definire qual'è la psicopatologia dei nostri ragazzi?

I nostri ragazzi sovente sono irritabili; per esempio, hanno una sorta di difficoltà a farci capire i loro stati d'animo e quindi su questi termini possono avere i cosiddetti **comportamenti problematici**.

Spesso ciò che a noi preoccupa di più sono le anomalie del comportamento.

Le anomalie del comportamento sono sicuramente legate alla necessità che hanno di comunicare col soggetto a cui si trovano di fronte e alla importanza che l'interlocutore ha per loro.

Ad esempio, io non ho mai preso neanche uno schiaffo da un ragazzo con disabilità intellettiva perché loro non mi vogliono bene: loro schiaffeggiano le persone a cui vogliono bene, solitamente la mamma o il papà, perché sono le persone con cui possono permetterselo; oppure l'educatore con cui molto spesso hanno un rapporto intimo, importante.

Con me no! Perché mi vedono ogni tanto e sono il dottore col camice: c'è tutta una freddezza di rapporto che fa sì che io sia, per così dire, protetto e loro raramente hanno trasporti emotivi nei miei confronti.

Quello che volevo dirvi è che è ancora **misterioso il nostro rapporto con la mente di questi nostri ragazzi**.

Perché noi psichiatri siamo bravissimi nel fare gli anatomisti, nel dividere pensiero, memoria, attenzione, intelligenza: in realtà facciamo fatica a capire qual è il funzionamento psichico dei nostri ragazzi con disabilità, qual è la loro capacità di capire, provare emozioni, sentirsi capiti (provate a pensare a chi non ha il linguaggio verbale).

La stessa definizione di intelligenza non è univoca; un collega ([Daniel Goleman](#), i cui libri, molto interessanti, sono tradotti anche in italiano) ha scoperto, neanche tanti anni fa, che ci sono diversi tipi di intelligenza.



Ad esempio, un atleta abilissimo sugli sci può non essere particolarmente abile nel parlare o possedere un'intelligenza logico matematica elevata.

L' intelligenza dei nostri ragazzi, quindi, deve essere **scissa nelle diverse funzioni**; sono capaci, certe volte, di leggerci nel cuore con una certezza ed una intuizione che raramente noi troviamo nei soggetti logico matematici... al punto tale che alcuni colleghi hanno parlato di neuro diversità: è un tema molto interessante.

È un po' come il mancinismo: chi di noi è un po' più anziano sa come il mancino veniva perseguitato a scuola (legato il braccio sinistro ecc....); cioè veniva obbligato ad usare la destra, non sapendo che l'emisfero dominante era l'emisfero destro e quindi era una caratteristica geneticamente definita.

Del resto, i mancini avevano e hanno delle competenze particolari: spesso grandi giocatori di tennis sono mancini. Quindi c'è qualcosa in più nei mancini.

Del tema della **biodiversità** si interessano per esempio i parenti dei pazienti affetti da autismo.

(Per inciso: credo che la popolazione delle persone autistiche sia più "fortunata" delle persone che hanno disabilità intellettiva; cioè sono più rappresentate, sono più interessanti, ci sono film su di loro, più interesse)

I parenti dei pazienti affetti da autismo sostengono che i loro cari sono **neurodiversi**, che non hanno una patologia psichiatrica e che l'autismo è come il mancinismo: è un modo diverso di essere al mondo.

I miei ragazzi (quando dico "i miei ragazzi" intendo i miei ragazzi con doppia diagnosi, con disabilità intellettiva) fanno fatica a sostenere anche questo, ma credo che sia un filone interessante da seguire in futuro.

Differenziare un pochino la disabilità intellettiva dal disturbo psichiatrico credo sia una buona cosa.

Il rischio qual è? Il rischio è, a mio parere, che questa popolazione sia studiata poco.

Un esempio pratico: i farmaci che noi usiamo sulla popolazione dei disabili intellettivi non è mai stata approvata specificatamente su di loro. Non è sperimentata perché motivi etici, che potete capire (vale a dire il consenso informato), ci impediscono di sperimentare farmaci sui disabili intellettivi.

L'amministratore di sostegno che invece, in funzione di quello che ha scritto il giudice, ha solitamente una funzione di tipo finanziario, non sempre si può interessare della salute mentale di un soggetto; comunque è impensabile di proporgli che il suo assistito partecipi a una sperimentazione!

Così siamo costretti a usare, per esempio, dei neurolettici per sedare che, talvolta, non funzionano oppure, addirittura, qualche volta funzionano in senso paradossale: cioè agitano. Inoltre, i neurolettici danno importanti effetti collaterali.

Col passare degli anni uno dei problemi è il sovrappeso; il sovrappeso non è soltanto un problema perché determina un aumento del rischio cardiovascolare, ma perché il tessuto adiposo cattura il farmaco; cioè il tessuto adiposo inibisce in parte l'azione farmacologica.

[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo ritardo mentale e disturbi psichici – Dott. Mansi \(testo ed audio dell'intervento\)](#)



Secondo contributo: Dott.ssa Silvana Mazzoleni

*Il testo è tratto dall'intervento del **Dott.ssa Silvana Mazzoleni – Psicologa clinica senior specializzata in riabilitazione psichiatrica***

svoltosi nell'ambito del "Ciclo di incontri per familiari di persone con disturbi psichiatrici e operatori del settore - 2019"

Dopo l'intervento del professor Mansi non so se presentarmi come mamma adottiva di un giovane autistico o come psicologa, con lunga esperienza: tutte e due.

Diciamo che la mia vita è caratterizzata da una doppia diagnosi e quindi dall'essere familiare di una persona autistica con problematiche comportamentali.

Io vivo 24 ore al giorno con lui e vedo capacità che altri non vedono....

ma vedo anche i servizi sociali che mi dicono: "ci dispiace è troppo difficile: non è psichiatrico, non è disabile, non è il servizio adatto per lui, dovremmo trovare... impegnatevi a trovare il servizio adatto per lui!"

Lui mi dice: "Io qui ci sto da Dio a me piacciono queste educatrici!"

E io che gli devo dire: "eh no, ma tu lì non li non puoi andarci più"

"Perché non mi sono comportato bene? che cosa ho fatto?"

Vi parlo nel mio doppio ruolo di familiare e di libera professionista che sta collaborando con l'associazione Giulia Matteo e con la cooperativa Gioele.

Ai molti familiari che incontro per conto dell'associazione Giulia e Matteo cerco di dare delle risposte alle domande che mi pongono. o nei colloqui individuali, o nei gruppi di auto mutuo aiuto.

Capisco però che da sola non posso dare tutte le risposte alle complessità dei temi che la famiglia ci porta. Si tratta di famiglie di persone con doppia diagnosi -quindi famiglie di giovani disabili- che, magari ad un dato punto della loro vita, cominciano ad avere problematiche comportamentali e psichiatriche: in questi casi la famiglia chiede a noi associazioni di dare un sostegno: "Ma che cosa possiamo fare? A quale servizio possiamo rivolgerci per la cura farmacologica per la gestione delle crisi quotidiane di ansia e di aggressività? In casa tutto il giorno non può stare e non vuole stare: dove possiamo trovare un aiuto giornaliero, un servizio quotidiano per i nostri ragazzi?"

Sono contenta che ci sia anche la cooperativa Gioele perché molte persone con disabilità associata a disturbi psichiatrici sono inseriti nei servizi che la cooperativa nel territorio offre alle persone disabili: quindi cioè senza che ci sia la parte psichiatrica... però insomma con grande sforzo qualche risposta questa cooperativa le sta dando.

Ora lascerei la parola alla coordinatrice del Centro Socio-Occupazionale della cooperativa Donghi che ci illustrerà una possibilità di risposta alle domande che la famiglia si pone.

[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo ritardo mentale e disturbi psichici – Dott. Mazzoleni \(audio e testo dell'intervento\)](#)



Terzo contributo: Dott.ssa Alessandra Viganò

*Il testo è tratto dall'intervento del **Dott.ssa Alessandra Viganò – Coordinatrice centro Coop Luciano Donghi - Scienza dell'educazione***

svoltosi nell'ambito del "Ciclo di incontri per familiari di persone con disturbi psichiatrici e operatori del settore - 2019"

Sono Alessandra Viganò, faccio l'educatrice da 25 anni e da qualche anno coordino il centro sociooccupazionale della cooperativa Donghi che opera sul territorio di Lissone (inizialmente come laboratorio sociale dal 1974).

Grazie a Luciano Donghi e ad altri cittadini lissonesi è stato costituito questo spazio lavorativo che già allora rispondeva sia al bisogno della disabilità che al bisogno della parte psichiatrica.

Attualmente la cooperativa Donghi gestisce tre servizi:

- Un Centro Diurno Psichiatrico accreditato dal 2001, che accoglie quindi persone con una diagnosi psichiatrica
- Un servizio di Residenzialità Leggera; anche questo servizio è dedicato alla parte psichiatrica
- Noi rispondiamo invece per la parte ritardo mentale; quindi, disabilità intellettiva associata a disturbi comportamentali e psichiatrici, solo con la parte diurna.

Vediamo ora quali sono le mie domande, i miei dubbi, le mie difficoltà nel poter avanti un discorso di risposte residenziali o di avvicinamento alla residenzialità.

Dal 2009 circa si è costituito questo nuovo servizio: il Centro Socio-Occupazionale.

Abbiamo voluto puntare su questo nome perché, in qualche modo, spiega quello che offriamo e un po' la nostra proposta educativa e di attività.

Si tratta di attività, da un lato, socializzanti e dall'altro occupazionali; perché questi ragazzi arrivano con il grande desiderio di poter lavorare e quindi di potersi sperimentare in situazioni vicine a quelle lavorative.

Ultimamente, soprattutto negli ultimi due, tre anni, i servizi sociali dei Comuni ci presentano persone con, non solo con doppia diagnosi, ma addirittura con diagnosi plurima o diagnosi complessa, che spiega ancor meglio di cosa stiamo parlando.

Come diceva il dottor Mansi, dopo un percorso scolastico, dopo aver ricevuto delle risposte dalla neuropsichiatria infantile, queste persone arrivano ai servizi sociali dei Comuni all'area adulti disabili.

Nella maggior parte dei casi non trovano una collocazione perché nei centri diurni civici l'utenza è, per questi ragazzi, troppo connotata per cui una delle prime frasi che io sento è: "Io non sono mica un handicappato, io in quel centro non ci voglio andare!"

D'altro canto, l'inserimento è reso complesso proprio per i risvolti comportamentali: agiti aggressivi, piuttosto che comportamenti ossessivi, eccetera.

È difficile rendere compatibile la proposta educativa con questi ragazzi.

Questa complessità però non trova neppure risposta, dal nostro punto di vista, dal servizio psichiatrico.

La risposta c'è solo da un punto di vista del farmaco, nel senso che vi è il monitoraggio della terapia.



Non uso parole mie, riprendo uno stralcio di una relazione di inserimento di un servizio sociale di un assistente sociale che mi scrive:

“Il CPS di zona non propone attivazioni di servizi in quanto egli ha anche un deficit cognitivo e questo sembrerebbe escludere da eventuali attivazioni in servizio psichiatrici”

Quindi quello che la famiglia prova sulla sua pelle lo vediamo anche noi.

D' altro canto però, riguardo alla stessa persona, la relazione dello psicologo dice: “L'impressione generale durante il colloquio è che non ci sia una reale disabilità intellettiva, che, nel caso, sembrerebbe comunque secondaria rispetto alle problematiche di tipo psichico”

Questo è il classico esempio della complessità che una famiglia si trova a gestire.

Spesso lavoriamo con famiglie che di fronte a questa complessità faticano -io dico giustamente- ad orientarsi e ad interagire con i servizi che, non per incompetenza, ma proprio perché sono strutturati in modo settoriale, danno risposte settoriali alla persona che invece porta dei bisogni complessi.

Quindi, date queste premesse, noi, già nati come servizio che rispondeva alla doppia diagnosi, ci siamo sempre più strutturati ed abbiamo rivisto anche un po' il nostro stile educativo e la nostra proposta organizzativa e di attività proprio tenendo conto delle caratteristiche di queste persone.

Siamo cinque operatori con un coordinamento, due educatori professionali, una terapeuta della riabilitazione ed un maestro d' opera che si occupa principalmente della cura del verde.

Le nostre attività, svolte inizialmente molto all'interno della struttura, negli ultimi anni si sono spostate anche sul territorio collaborando con il banco alimentare di Muggiò per la parte occupazionale.

Inoltre, svolgiamo attività socializzanti con l'Enpa di Monza, ma anche con ditte profit per proporre degli stage; infatti, a volte ci si trova di fronte alla difficoltà che il ragazzo è pronto a sperimentarsi anche nella parte lavorativa, ma poi, nella realtà, è difficile trovare delle risorse in questo ambito.

Quindi abbiamo provato anche a muoverci un po' direttamente in questa direzione.

Il nostro servizio ha il limite che è un servizio diurno: cioè noi siamo aperti dalle 8:30 alle 16:30.

L' invio al nostro servizio deve avvenire tramite i servizi sociali, ma accade che molte famiglie arrivano direttamente da noi a chiedere, in questo peregrinare tra servizi, una risposta ai loro bisogni.

Come rispondere a questi bisogni?

Noi, negli anni ci siamo fissati dei punti fermi di ragionamento su cui tentiamo di sviluppare il nostro lavoro; il principale di questi è la gradualità.

L' accoglienza viene fatta in modo molto gradualmente nei tempi, nei modi e nelle modalità di inserimento; perché in sostanza la cosa importante è la conoscenza reciproca e il far emergere i bisogni e le competenze della persona.

Inizialmente non chiediamo al ragazzo di fare delle attività, ma di instaurare una relazione attraverso le attività. Questo è il primo punto in un contesto di relazione che noi cerchiamo di rendere il più possibile sereno e leggero.



Leggero non nel senso di superficiale, ma proprio per non andare ulteriormente ad appesantire una situazione già pesante con le nostre richieste; perché sono comunque persone che, fin da piccoli, subiscono continue frustrazioni dal momento che non riescono a rispondere alle richieste della scuola.

Quindi, nel momento in cui arrivano in un centro diurno, non possiamo anche noi subito chiedere di frequentare costantemente, subito di non fare assenza, subito di partecipare ad attività.

Questi sono degli obiettivi su cui, in un centro diurno, poi si può lavorare, ma non sono dei prerequisiti: quindi la gradualità è fondamentale.

Gradualità che presuppone il rispetto del senso dell'altro.

Un esempio è quello di un ragazzo che ha cominciato a frequentare da noi ed è stato un mese fuori dalla porta; questo cosa comporta? Comporta o di porre lui nella frustrazione di essere continuamente chiamato ad entrare a svolgere l'attività, o di porre noi nella frustrazione.

Secondo noi dobbiamo accettare di stare noi nella frustrazione, come operatori, nel vedere che la persona non riesce a rispondere a quello che sono le nostre proposte. Invece il rispetto dei tempi dell'altro porta a una maggiore adesione nel tempo e questo lo abbiamo poi verificato.

L'organizzazione del servizio non deve portare alla frustrazione: io mi sono trovata in molti casi a tornare a casa e dire "Ma caspita! Ma non ho fatto nulla! Non ho fatto far nulla a questa persona!"

Non è vero nel momento in cui gli si crea un ambiente in cui viene accolto con le sue fragilità.

Un altro elemento importante è l'accettazione: non solo accettazione dei propri limiti, ma anche accettazione dell'altro.

Nel momento in cui questa persona non trova un'accettazione da parte dell'operatore non si esce più da questa situazione.

L'accettazione di sé richiede tempi molto molto lunghi: tra l'altro non possiamo pretendere il cambiamento da persone che temono fortemente il cambiamento; però lo possiamo indurre in qualche modo.

Perché i nostri ragazzi temono il cambiamento?

Perché di base sono alla ricerca costante di sicurezza, anche se tendono ad avere anche forti atteggiamenti di rigidità.

Non possiamo pretendere noi stessi, come operatori, di fornire delle indicazioni o di dare delle soluzioni rigide.

In realtà, partendo dall'essere noi stessi flessibili e facendo sperimentare che questa flessibilità non è così paurosa.

Il cambiamento all'interno di una situazione protetta può portare ad un cambiamento anche all'esterno; questo ovviamente con i tempi di ciascuno.

Una delle prime domande che noi poniamo quando conosciamo la persona è cosa la persona ama, cosa le piace fare.

Non partiamo mai da un programma definito; si parte dal chiedere che cosa piace fare e da lì si costruisce per ogni persona un programma personalizzato, un progetto individualizzato.

Il nostro programma di attività, in parte simile a quello dei centri diurni, ha tutta una parte di attività rivolte alla cura del sé, piuttosto che alle parti interrelazionali.

Il progetto viene definito non tanto sulla base delle carte che ci arrivano, ma proprio costruendolo con la persona; tant'è che nei primi tempi dell'inserimento noi proponiamo di frequentare, ad esempio, una prima



settimana il lunedì, il martedì e il venerdì, mentre per la settimana successiva proponiamo il giovedì e il venerdì. Questo per fornire alla persona una visione complessiva di quella che è la nostra proposta e poi poter scegliere quale progetto individualizzato portare avanti e quali attività svolgere.

Un altro concetto importante è l'ascolto e il coinvolgimento in un lavoro che deve essere per forza basato sulla gradualità e la flessibilità; ovviamente anche l'ascolto e il coinvolgimento dall'inizio sono fondamentali.

Consideriamo ora il concetto di adultità, cioè dell'essere adulto: questo è un altro degli argomenti che tutti i giorni noi ci troviamo ad affrontare, perché la società richiede di essere adulti (Sei adulto a 18 anni): la persona stessa dice "Ma io sono adulto!", d'altro canto teme e nega al tempo stesso di essere adulto.

Quindi è fondamentale mettere la persona nella condizione di scegliere ogni giorno e in un contesto protetto quello che secondo lui è meglio.

Partendo semplicemente dalle piccole cose: ad esempio scegliendo il pasto, se la persona non è in grado di scegliere il pasto perché è sempre stato scelto per lei.

Scelgo anche qualche attività che mi piace e nella quale mi sento sicuro; in questo modo l'inserimento del mio essere adulto avviene in un contesto protetto.

In sostanza, da quando abbiamo messo da parte un po' la rigida applicazione del nostro programma e ci siamo messi in ascolto delle persone, ci siamo resi conto che hanno cominciato a frequentare con maggiore interesse. Non vivendo questa attività come un obbligo, come un peso.

Non vi annoio in questa sede con dati statistici però vi posso dire che, nel corso degli anni, le persone hanno cominciato a frequentare in maniera più costante e con maggiore presenza.

Abbiamo anche riscontrato un altro aspetto che va sottolineato: sempre più pazienti chiedono anche di avere un aumento della frequenza.

Tutti questi aspetti ci portano a dire che non esiste uno stile educativo o una modalità organizzativa giusta o sbagliata, ma esiste invece uno stile educativo che ogni équipe deve costruirsi in base alla tipologia dell'utenza e in base a come si è come operatori, ma anche come persone: da lì poi si riesce a sviluppare una serie di risposte per i bisogni importanti.

Però dico anche che c'è molto da fare: quando una ragazza arriva e mi chiede "ma io sono dunque più psichiatrica, ho più difficoltà cognitive oppure il mio disturbo è un pochino più psicologico ed emotivo?". Io mi chiedo: "Ma come mai è arrivata a chiedersi questo, come mai è arrivata a disgregare ancora di più il suo pensiero rispetto alla sua difficoltà"

Il guaio è che, di fronte ad un panorama di servizi che offrono risposte settoriali, l'utente e la sua famiglia sono continuamente alla ricerca di risposte, passando spesso da un professionista all'altro, da un servizio all'altro e risultando così sempre più confusi.

Quello che serve è anche un coordinamento tra i servizi, perché risposte settoriali date e non coordinate creano ulteriore confusione.

Un altro tema importante è quello della residenzialità o avvicinamento alla residenzialità o sollievo che dir si voglia.

Qui ci accorgiamo che non siamo attrezzati come servizi territoriali per rispondere ai bisogni di emancipazione e autonomia di questi ragazzi.



È estremamente difficile trovare delle comunità (ho provato chiedendo, incontrando altre cooperative) proprio per i motivi che dicevamo prima legati alla complessità della diagnosi.

Anche il cosiddetto dopo di noi sarebbe utile, salvo essere invece pensato per una per una fascia di utenza con disabilità grave.

I ragazzi con doppia diagnosi invece hanno delle potenzialità - come diceva il dottor Mansi - fortissime, anche di autonomie (delle grandi autonomie) che però non hanno la possibilità di mettere in atto fuori dal proprio ambiente familiare, proprio perché non ci sono delle comunità adatte.

Quindi in merito a questo argomento c'è davvero tantissimo da fare.

Come cooperativa noi ci stiamo muovendo per creare sinergie, per capire come mettersi insieme con altre cooperative, perché da soli non si riesce... anche da un punto di vista economico.

Quindi l'idea è che mettersi assieme crea confronto e dal confronto possono nascere poi non solo delle idee ma, soprattutto, anche delle azioni di miglioramento. Non si può fermarsi nella situazione attuale per la doppia diagnosi.

[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo ritardo mentale e disturbi psichici – Dott. Mazzoleni \(audio e testo dell'intervento\)](#)

Diagnosi plurime: Un contributo su Dipendenze e disturbi psichici

L'intervento svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022" ha trattato del grave problema dei pazienti dipendenti da sostanze e che presentano disturbi psichiatrici: oggi purtroppo è una situazione che, nella sua drammaticità, è quasi "normale" a causa della sua enorme diffusione.

La nostra associazione spinge a cercare di gestire al più presto le persone con comportamenti anomali anche a causa del fatto che, purtroppo, si è constatato che specialmente nel periodo dell'adolescenza e anche nei giovani maggiorenni, si riscontra un abuso di sostanze psicotrope con una percentuale di circa 80%.

Questo peggiora inevitabilmente l'eventuale malattia psichiatrica²⁶; va detto, inoltre, che le sostanze che circolano con molta facilità nei luoghi frequentati dai giovani sono le più pericolose avendo un basso costo e una facile reperibilità. A tutto questo si aggiunge il fatto che la composizione di queste sostanze non è conosciuta rendendo ancora più difficile conoscere le conseguenze del loro uso ed attuare un piano terapeutico soddisfacente.

Inoltre, si ricorda che l'uso di droghe, anche quelle cosiddette leggere, può portare anche a danni cerebrali irreversibili... complicando così enormemente la situazione propria e dei propri familiari.

²⁶ Dall'osservazione empirica della realtà con cui la nostra associazione è in contatto, è sorto il sospetto che l'uso di droghe slatentizzi (cioè faccia emergere) alcuni disturbi psichiatrici che, altrimenti, sarebbero rimasti assolutamente silenti.



Ovviamente i parenti stretti che sono a conoscenza che il proprio familiare ha iniziato a far uso di sostanze devono intervenire (sempre con la collaborazione dei nostri esperti) in modo molto deciso, dato che si potrebbe arrivare ad una “doppia diagnosi” (abuso di sostanze e malattia psichiatrica)²⁷.

Purtroppo, per chi giornalmente è a contatto con molti differenti casi, è del tutto evidente che la dipendenza da sostanze -già estremamente difficile da gestire per una persona “normale” - è praticamente impossibile per un malato psichiatrico, per due motivi:

1. La dipendenza da sostanze altera la capacità di giudizio sulle conseguenze delle proprie azioni e rende il paziente particolarmente refrattario a curarsi in modo controllato
2. Le droghe peggiorano/provocano i disturbi psichiatrici

Di qui l’opportunità di tenere, fin dalle fasi iniziali²⁸, la persona che presenta comportamenti “anomali” il più lontano possibile dalle situazioni che possano portare, potenzialmente, all’uso di qualsiasi tipo di droga (...anche le droghe cosiddette “leggere”).

Ovviamente se il paziente psichiatrico fa uso di sostanze occorre intervenire (sempre con la collaborazione dei nostri esperti) in modo molto deciso, dato che, a questo punto, ormai siamo nella grave situazione di “doppia diagnosi”.

*Dell’argomento si è trattato nell’intervento del **Dott. Biagio Tighino - Responsabile UOS Alcolologia e Nuove Dipendenze, Process Owner di promozione della salute, ASST Brianza** svoltosi nell’ambito del “Corso per facilitatori A.M.A. 2022”*

Purtroppo, per motivi indipendenti dalla nostra volontà, non è stato possibile riportare un testo tratto da questo intervento.

[Cliccare qui per vedere il video dell’incontro relativo a Dipendenze e disturbi psichiatrici – Dott. Biagio Tighino](#)

²⁷ Il mondo delle doppie diagnosi comprende anche le situazioni di contemporanea presenza di Disturbi Psichiatrici e Ritardo Mentale; ovviamente anche molti di questi pazienti sono gestiti dalla nostra associazione. Il fatto che si ponga l’accento soprattutto sulle dipendenze da sostanze è determinato dall’aumento esponenziale, negli ultimi anni, di questi casi.

²⁸ “Fortunatamente”, nel caso di pazienti psichiatrici che non sono mai venuti a contatto con sostanze psicotrope e che sono adeguatamente seguiti è molto raro il caso di un approccio tardivo all’uso di sostanze. Viceversa, è quasi la norma che i pazienti psichiatrici siano affetti da tabagismo (il che non sorprende se si considera che spesso il paziente psichiatrico è mantenuto, suo malgrado, inattivo).



Capitolo 8: Una parzialissima occhiata sulla mente umana

Che cosa sono i neuroni?

Il testo è tratto dalla pagina ["I neuroni"](#) del sito dell'Associazione Giulia e Matteo a cura dell'Ing. Giovanni Ubezio - Vicepresidente Associazione Giulia e Matteo.

Premessa

I neuroni entrano, a proposito o a sproposito, in tutti i discorsi che sfiorano, sia pur di striscio, l'argomento "cervello" o "mente"; di conseguenza, nel Web è presente un'infinita quantità di materiale in cui diventa veramente complicato raccapezzarsi: si passa da articoli effettivamente scientifici -ovviamente in inglese!- a scritti sensazionalistici e fantascientifici -ovviamente contrabbandati per verità!- che disorientano completamente ed instillano pseudo-conoscenze errate nel lettore.

Nel tentativo di orientarmi in questa marea di materiale ho scritto, per me stesso, alcune note sull'argomento; ad un certo punto mi è parso utile raccoglierle ed organizzarle in questo scritto. Spero di esserci almeno parzialmente riuscito, anche se, come sempre accade, a mano a mano che si approfondisce un argomento, si scopre che vi è ancora uno spazio pressoché infinito per ulteriori approfondimenti.

Giunto in fondo a queste note mi sono chiesto perché non metterle a disposizione, tramite il sito dell'Associazione Giulia e Matteo, a tutti coloro che fossero interessati.

La nostra associazione ha in statuto, tra tutti gli altri obiettivi, anche quello di contribuire alla ricerca scientifica sulle malattie psichiatriche e sulle relative cure. Va da sé che prima di tutto occorre avere un'idea (magari non approfondita, ma almeno non troppo errata) su quel poco che ad oggi si sa di come il nostro cervello ragiona... e, talvolta, sragiona!

Non sono un medico e non ho le conoscenze sufficienti di chimica organica, necessarie per descrivere nel dettaglio i meccanismi di funzionamento dei neuroni. Di conseguenza ho adottato una prospettiva di osservazione "esterna": cioè ho cercato di capire un po' cosa sono e come agiscono i neuroni, senza entrare nei meccanismi chimico-fisici-biologici del loro funzionamento.

Questo è un tentativo piuttosto arduo e quindi... non posso che invocare la clemenza degli eventuali lettori, soprattutto riguardo l'inesattezza nell'utilizzo di alcuni termini scientifici per descrivere, nel modo più semplice -ma meno inesatto possibile- un argomento, che, almeno per me, è tutt'altro che scontato.

Poco sopra ho criticato l'enorme e variegata quantità di materiale presente in Internet, ma è stato proprio saccheggiando, sia pur criticamente, qua e là vari siti, che ho potuto compilare questo modesto scritto: quindi "Grazie Internet"!

Grazie anche ad altri amici dell'Associazione Giulia e Matteo che con molta pazienza e con utili suggerimenti hanno seguito il lavoro; ovviamente questo non cambia il fatto che le eventuali castronerie presenti nello scritto sono assolutamente "farina del mio sacco" e quindi di mia completa responsabilità.

Giovanni Ubezio



Che cosa sono i Neuroni

Il neurone è una cellula ed è la più piccola unità funzionale del sistema nervoso che, assieme a circa **100 miliardi** di suoi "simili", consente la trasmissione, l'elaborazione e la memorizzazione dei dati (cioè dei segnali) che vengono continuamente raccolti dai nostri organi di senso e comanda l'attuazione delle azioni conseguenti; consente cioè il corretto funzionamento di quell' "elaboratore" di dati che è il cervello, nostro e di tutti gli altri animali.

Ciascun neurone è in grado di ricevere, di elaborare e di trasmettere impulsi nervosi (cioè segnali, cioè dati)²⁹ sia eccitatori che inibitori (vedere il seguito).

Caratteristiche dei Neuroni

Tutti i neuroni hanno caratteristiche morfologiche simili con più o meno lunghi prolungamenti che si dipartono dal corpo della cellula.

La maggior parte dei neuroni è caratterizzato da tre regioni:

il corpo cellulare (soma), i dendriti e l'assone (Figura 1)

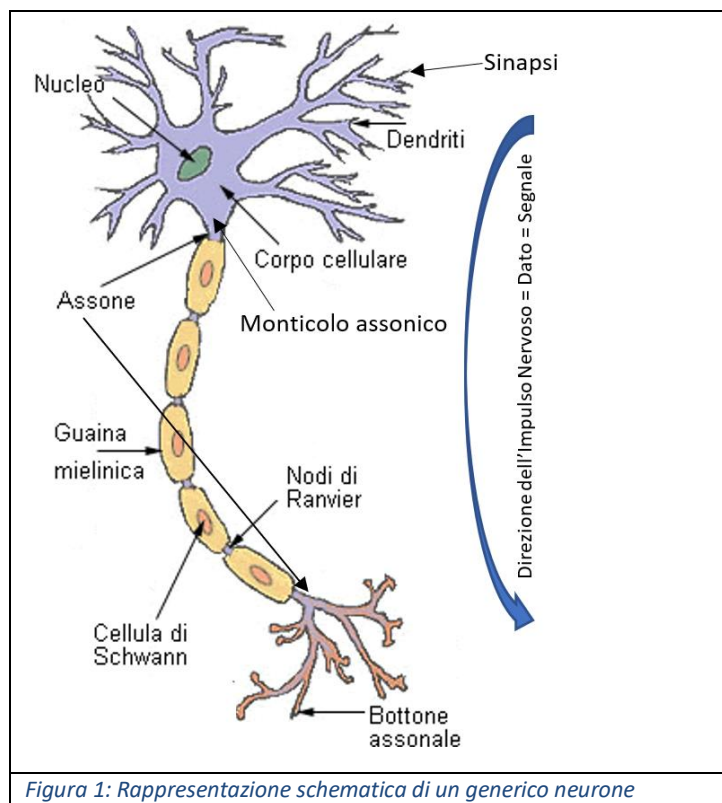


Figura 1: Rappresentazione schematica di un generico neurone

²⁹ [NDA] In questo scritto i termini:

impulsi nervosi

segnali

dati

sono stati, un po' approssimativamente, considerati intercambiabili.

Normalmente, con impulsi nervosi si intendono gli impulsi scambiati tra i neuroni, tra gli organi di senso ed i neuroni e tra i neuroni e gli organi effettori (muscoli scheletrici o muscoli lisci).

Con la parola segnale si intende la forma d'onda elettrica dell'impulso nervoso e, infine, con dato si intende l'informazione trasmessa dal segnale.



Corpo cellulare o soma

seppur con le dovute eccezioni, il corpo cellulare (soma) del neurone assomiglia a quello di ogni altra cellula "standard" dell'organismo.

La sua dimensione, a seconda del tipo di neurone, varia da 5 a 100 Micron (cioè da 5 millesimi di millimetro ad un decimo di millimetro).

Spesso di forma sferica (gangli sensitivi), piramidale (corteccia cerebrale) o stellata (motoneuroni), il corpo cellulare contiene il nucleo e tutti gli organelli necessari per la sintesi degli enzimi e delle altre molecole essenziali per la vita della cellula.

La posizione del soma varia da neurone a neurone (spesso è centrale e solitamente ha dimensioni contenute) anche se non mancano le eccezioni.

Dendriti e sinapsi:

I dendriti sono strutture molto sottili e ramificate che ricevono segnali in entrata da un recettore sensoriale o da un numero variabile di neuroni con i quali sono interconnessi attraverso dei "bottoncini" posti alla fine di ciascun dendrite: le Sinapsi.

La funzione delle sinapsi e dei dendriti è quella di ricevere i segnali in entrata (funzione centripeta); cioè ricevere i segnali da altri neuroni e inviarli verso il centro (soma). I Dendriti aumentano la superficie del neurone, consentendogli di ricevere segnali da molte altre cellule nervose; a volte diverse migliaia. Anche per i dendriti non mancano le varianti; alcuni neuroni, ad esempio, possiedono un solo dendrite, mentre altri si caratterizzano per ramificazioni altamente complesse.

Assone:

L'assone è una sorta di prolungamento, un'appendice di forma tubulare la cui lunghezza, a seconda del tipo di neurone, varia da un decimo di Micron (un decimillesimo di millimetro) ad un metro (come accade nei neuroni che controllano la muscolatura volontaria).

L'assone, che trasmette sempre i segnali dal centro verso la periferia (direzione centrifuga), è generalmente singolo (cioè ogni neurone ha un solo assone), ma può presentare delle ramificazioni collaterali (che si dipartono immediatamente dopo il monticolo assonico) e/o un'arborizzazione terminale. Quest'ultima caratteristica, abbastanza comune, permette all'assone di distribuire la medesima informazione a diversi neuroni nel medesimo istante. Quindi, normalmente, vi è un solo assone per cellula nervosa con numerose diramazioni terminali che gli consentono di influenzare diversi neuroni adiacenti.

Il segnale inviato dal neurone tramite l'assone è un impulso elettrico che, per non "disperdersi" ed attenuarsi, deve essere trasmesso tramite una sostanza ben conduttrice (il corpo dell'assone)³⁰, ma isolata dal resto dell'organismo (che a sua volta è piuttosto conduttore e quindi "disperdente").

Per questo gli assoni più lunghi (nervi periferici; sia motori che sensitivi) sono normalmente avvolti da uno strato isolante: la guaina mielinica che isola e protegge la parte conduttrice dell'assone.

Viceversa, i neuroni con assoni brevissimi, anche se spesso dotati di molte ramificazioni terminali, non richiedono questo isolamento: si tratta principalmente dei neuroni cerebrali e del midollo spinale.

Purtroppo, però, nonostante la presenza dell'isolante costituito dalla guaina mielinica, i dati (impulsi elettrici di Figura 2) trasportati dall'assone nella loro propagazione tenderebbero ad attenuarsi cosicché, soprattutto nel caso di neuroni con assone piuttosto lungo, alla fine dell'assone non arriverebbe nulla!

³⁰ [NDA] L'assone è ricco di ioni (Ioni Sodio: Na^+ e ioni Potassio K^+) che lo rendono particolarmente conduttivo.

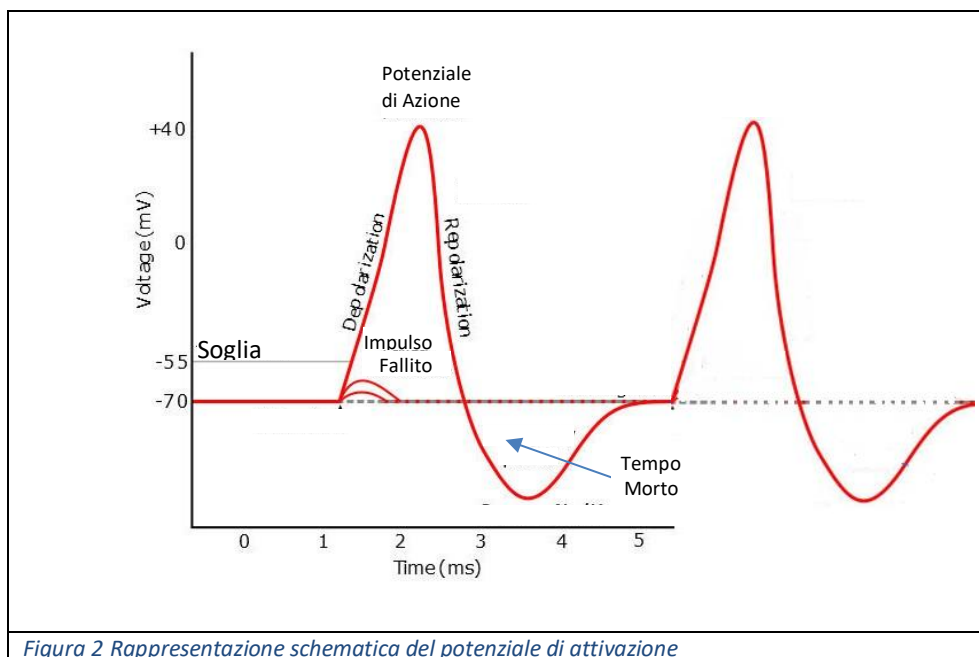


Figura 2 Rappresentazione schematica del potenziale di attivazione

Per risolvere questo problema la natura ha previsto delle interruzioni della guaina mielina isolante (i cosiddetti nodi di Ranvier -vedi Figura 1) che funzionano da amplificatori del segnale: cioè ricevono l'impulso in ingresso e ne generano uno "nuovo" di ampiezza e di forma corretta in uscita; in questo modo l'impulso nervoso -cioè il dato- può propagarsi per lunghezze sorprendentemente grandi.

Nella parte terminale dell'assone, sui "rami" dell'arborescenza terminale, sono presenti dei "bottoncini" assonali che si accoppiano (tramite le sinapsi) ai "bottoncini" dei dendriti degli altri neuroni.

I bottoni assonali consentono anche l'accoppiamento con cellule non nervose.



Tipologie di neuroni

Nel nostro sistema nervoso coesistono molti differenti tipi di neuroni, mostrati, a solo titolo di esempio, in Figura 3.

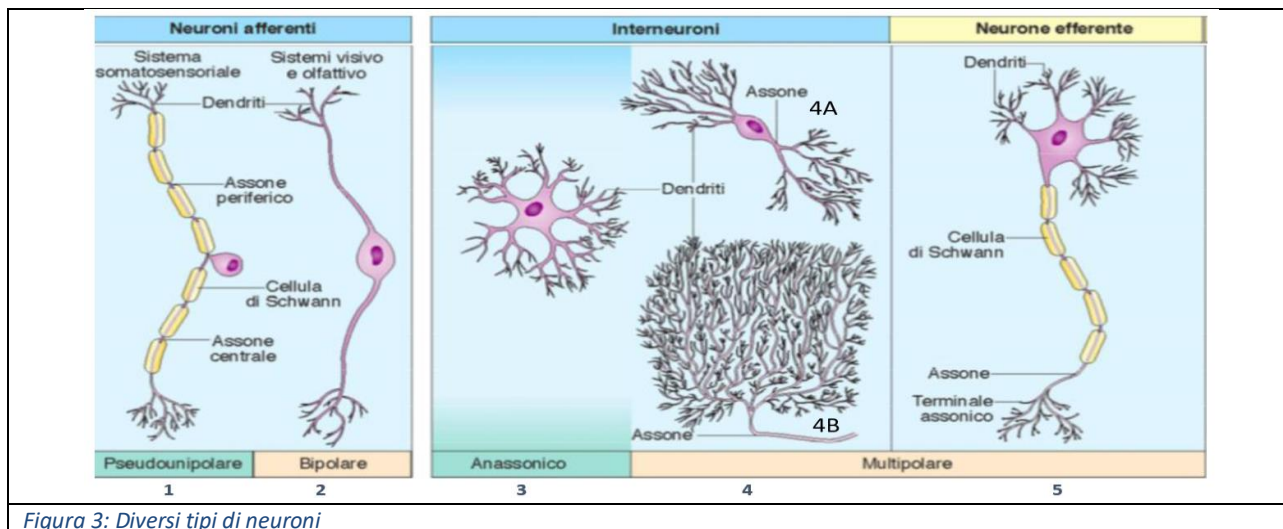


Figura 3: Diversi tipi di neuroni

	Tipo	Direzione dei dati	Descrizione	Funzione
1	Pseudounipolare o Neurone a T	Afferente	Questo tipo di neurone, normalmente posto nel SNC ³¹ è caratterizzato da una biforcazione dell'assone subito dopo il monticolo assonico (Figura 1). <i>Nota 25: SNC Sistema Nervoso Centrale</i>	Riceve i segnali, provenienti dai sensori posti sulla superficie e all'interno del nostro organismo (temperatura, tatto, dolore) e li passa, per l'elaborazione, ai neuroni del SNC. Il segnale transita molto rapidamente dal momento che può passare da un ramo all'altro senza attraversare il soma.
2	Bipolare	Afferente	Questo tipo di neurone, normalmente posto nelle vicinanze del SNC è caratterizzato dalla presenza di dendriti piuttosto lunghi e da un assone non mielinizzato (Figura 1)	Riceve i segnali, provenienti dai sensori visivi ed olfattivi e li invia tramite l'assone, per l'elaborazione, ai neuroni del SNC.
3	Anassonico	Interneurone	Questo tipo di neurone tipico del SNC (cervello) è caratterizzato da una moltitudine di dendriti e dall'assenza dell'assone	Costituisce una cella di elaborazione intermedia che elabora e scambia i dati provenienti da altri neuroni.
4A	Multipolare	Interneurone	Questo tipo di neurone è tipico del SNC è caratterizzato dalla presenza dei dendriti e di un breve assone non mielinizzato, ma dotato di un'ampia arborescenza terminale	Costituisce una cella di elaborazione intermedia che elabora e scambia i dati provenienti da altri neuroni.
4B	Multipolare	Interneurone	Questo tipo di neurone è tipico del SNC è caratterizzato dalla presenza di moltissimi dendriti e di un breve assone non mielinizzato,	Costituisce una cella di elaborazione intermedia che elabora e scambia i dati provenienti da altri neuroni.
5	Multipolare	Efferente	Questo tipo di neurone è caratterizzato da un assone mielinizzato che può raggiungere anche notevoli lunghezze.	Raccoglie ed elabora i segnali provenienti da altri neuroni; il risultato viene inviato agli "attuatori" (muscoli scheletrici o muscoli lisci).

(Vedere anche Nota ³²)

³¹ [NDA] SNC: Sistema Nervoso Centrale: costituito essenzialmente dal cervello e dal midollo spinale

³² [NDA] I neuroni si classificano anche in base al tipo di neurotrasmettitore: (La nota prosegue nella pagina successiva)



Neuroglia

Ovviamente tutta questa complessissima rete di neuroni ha bisogno di essere nutrita e sostenuta meccanicamente: a questo provvedono le cellule gliali o neuroglia che sono molto più numerose dei neuroni (anche fino ad un rapporto 50:1 in alcune zone del cervello). Non è questa la sede di approfondire le complesse, sorprendenti ed importantissime proprietà della neuroglia; basta menzionare il fatto che essa riesce a produrre la guaina mielinica (l'isolante dell'assone) che è costituita da un avvolgimento di circa 50 strati di membrana (in alcuni neuroni si arriva fino a 160 strati)!

Tipi di segnali presenti nei neuroni

Come abbiamo visto lungo l'assone si propagano degli impulsi (che si ripetono con maggiore o minore frequenza) di forma costante (perché vengono ripristinati dai nodi di Ranvier): tali segnali vengono denominati Potenziali d'Azione.

D'altra parte, il segnale proveniente dagli altri neuroni, come si vede dalla Figura 1, attraversando le sinapsi, i dendriti, il corpo cellulare, giunge fino al monticolo assonico. In queste zone della cellula non sono per nulla presenti gli "amplificatori" costituiti dai nodi di Ranvier e il segnale non si presenta sotto forma di impulsi di forma costante, ma di segnali di ampiezza variabile: questi segnali vengono denominati Potenziali Graduati o Elettrotonici.

Va da sé che le distanze tra le sinapsi, i dendriti, il soma e il monticolo assonico sono piccolissime cosicché il Segnale Graduato riesce comunque a propagarsi senza eccessiva attenuazione.

I segnali impulsivi provenienti dagli assoni degli altri neuroni, vengono trasformati in Segnali Graduati di ampiezza variabile nelle sinapsi che costituiscono la terminazione dei dendriti (Figura 1).

Se, da una parte il segnale di ampiezza variabile non si presta a percorrere lunghe distanze, d'altra parte questo tipo di segnale ha però la fondamentale caratteristica di poter essere facilmente sommato: cioè, se nel corpo del neurone arrivano contemporaneamente, da due dendriti diversi, due segnali (cioè due Potenziali Graduati), nel neurone si genera un segnale di ampiezza pari alla somma dei due segnali in ingresso.

Anzi, dato che i segnali provenienti dagli altri neuroni possono essere sia eccitatori che inibitori -cioè con segno negativo-, il risultato è la somma dei segnali eccitatori, meno la somma dei segnali inibitori.

Non solo, se all'ingresso arrivano degli impulsi ravvicinati (cioè con frequenza alta), il neurone li somma come se fossero impulsi provenienti da dendriti diversi e quindi genera un segnale di ampiezza proporzionale alla frequenza dell'impulso³³.

Riassumendo: i segnali provenienti dagli altri neuroni (cioè i Potenziali di Azione), entrano, tramite le sinapsi, all'interno del neurone come Potenziali Graduati e lì vengono "sommati" tra loro in ampiezza e frequenza ottenendo così un segnale (sempre sotto forma di Potenziale Graduato) ottenuto dall'elaborazione di tutti i segnali entranti nel neurone.

Resta da capire come il Potenziale Graduato (variabile in ampiezza) si trasformi in un Potenziale di Azione (costituito da raffiche di impulsi di ampiezza costante, ma velocità di ripetizione -cioè frequenza- variabile) che, come abbiamo visto, percorre, senza notevoli attenuazioni, l'assone grazie alla presenza della guaina mielinica e dei nodi di Ranvier.

-
- *colinergici, che usano l'acetilcolina*
 - *monoaminergici, che utilizzano come neurotrasmettitore la serotonina e le catecolamine.*
 - *aminoacidergiche, che utilizzano il GABA con funzione inibitoria e i neuroni glutammatergici che lo utilizzano con funzione eccitatoria.*

Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2017/04/neurone-introduzione-psicologia/>

³³ [NDA] In modo un po' più scientifico si può dire che all'interno del neurone la somma algebrica dei segnali (eccitatori ed inibitori) provenienti dalle sinapsi viene integrata nel tempo; il segnale così risultante è quindi proporzionale al numero e alla frequenza dei segnali impulsivi provenienti dalle altre cellule.



Nonché come avvenga la trasformazione inversa (da potenziale di azione a segnale graduato) a livello delle sinapsi.

La trasformazione da segnale graduato a potenziale di azione e viceversa

Da segnale graduato a potenziale di azione

Come accennato nei paragrafi precedenti, nel corpo del neurone i vari segnali in ingresso si sommano generando un Segnale Graduato di ampiezza proporzionale ai contributi (positivi o negativi) di tutti i segnali ricevuti in ingresso (Figura 4).

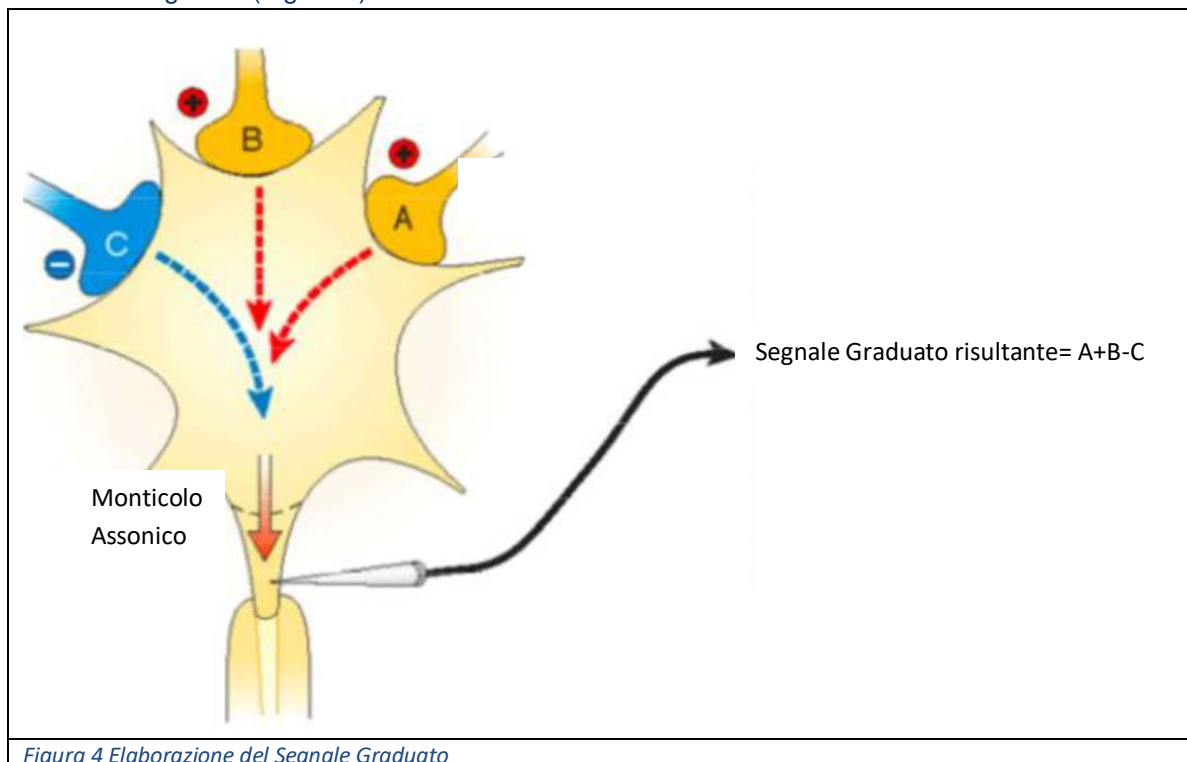


Figura 4 Elaborazione del Segnale Graduato

A livello del monticolo assonico (Figura 1 e Figura 4), se il Segnale Graduato risultante non raggiunge una certa soglia non succede nulla e l'impulso si attenua fino ad annullarsi (Impulso Fallito in Figura 2).

Se viceversa il Segnale Graduato risultante supera la soglia viene generato un impulso di ampiezza prefissata (Potenziale di Azione in Figura 2)³⁴.

Dopo la liberazione dell'impulso vi è un "tempo morto" (Figura 2) durante il quale non può partire un secondo impulso anche se il segnale graduato è sopra la soglia.

Se però il segnale graduato è intenso il "tempo morto" si abbrevia e dopo poco può partire un ulteriore impulso; di conseguenza partirà una scarica di impulsi (Potenziale di Azione) tanto più fitta quanto più elevato è il Potenziale Graduato risultante dall'elaborazione dei vari segnali di ingresso³⁵ (Figura 5).

³⁴ [NDA] Il potenziale d'azione, dunque, si verifica nel momento in cui si ha il passaggio dell'informazione da una cellula all'altra. Quando il potenziale d'azione raggiunge la sinapsi le vescicole presenti sulla sua superficie liberano un neurotrasmettitore che si diffonde rapidamente tramite la fibra postsinaptica e si lega ad alcune molecole specifiche della sua membrana post-sinaptica della cellula recettrice. La reazione con il neurotrasmettitore altera la permeabilità della membrana della fibra postsinaptica, dando origine ad un potenziale d'azione che consentirà la propagazione ulteriore dell'impulso nervoso (Vedere anche il paragrafo successivo).

Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2017/04/neurone-introduzione-psicologia/>

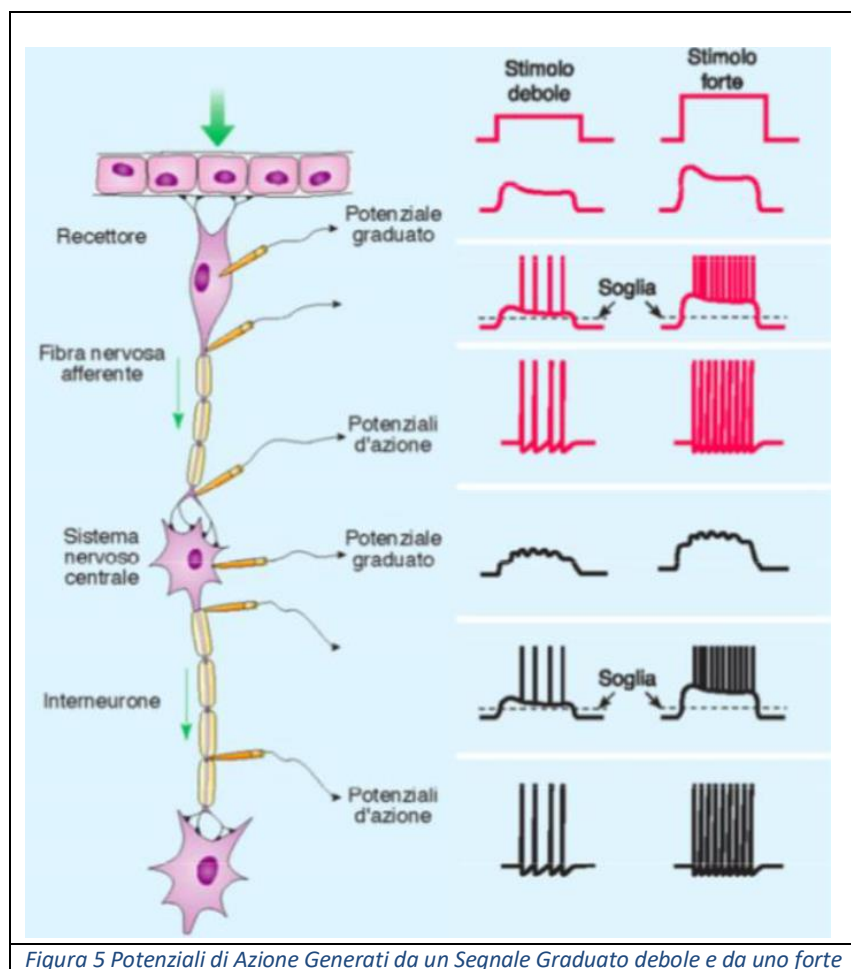


Figura 5 Potenziali di Azione Generati da un Segnale Graduato debole e da uno forte

Questa serie di impulsi si propaga nell'assone senza attenuarsi dato che i Nodi di Ranvier (Figura 1) provvedono a ripristinarlo prima che si attenui troppo.

In questo modo il potenziale di Azione emesso dal neurone viene inviato alle sinapsi ed ai dendriti dei neuroni successivi dove vengono di nuovo trasformati in Potenziali Graduati per poter essere elaborati (Vedere il paragrafo successivo).

³⁵ [NDA] Con un po' di fantasia si può immaginare l'emissione una serie di "sternuti" che si susseguono tanto più rapidamente quanto più il Potenziale Graduato (cioè lo stimolo in ingresso) è elevato. Il paragone non è poi così strano perché, in entrambi i casi, si tratta di un meccanismo di isteresi e feedback positivo.



Da Potenziale di Azione a Segnale Graduato

I "bottoncini" sinaptici posti alle estremità dell'assone (cioè in uscita dal neurone) si accoppiano ai "bottoncini" sinaptici dei dendriti degli altri neuroni (cioè in entrata ad altri neuroni) (Figura 6)

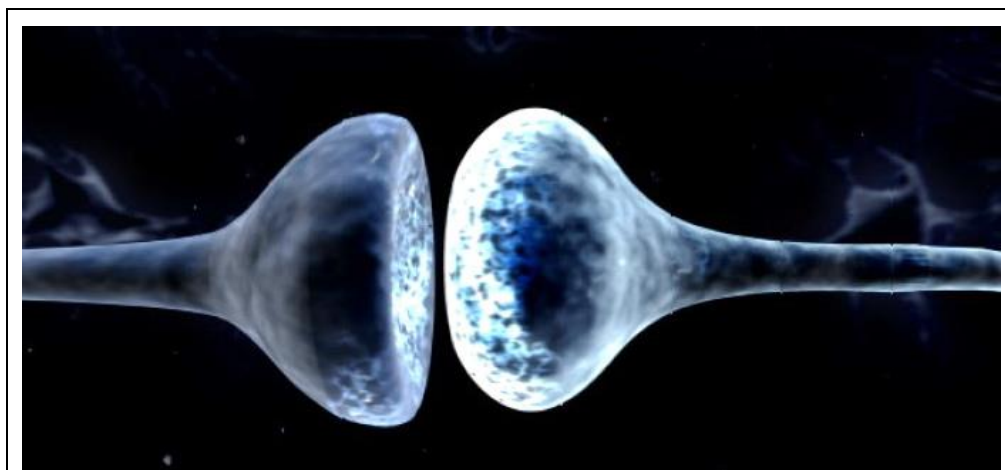


Figura 6 Immagine - un po' fantascientifica! - di una connessione sinaptica

In sostanza la connessione tra l'assone del neurone -da cui arriva il segnale- e il dendrite -a cui arriva il segnale- è costituita da due superfici interfacciate tra loro; tra le due è interposto uno spazio sinaptico (detto anche fessura inter-sinaptica).

Vale a dire: non c'è una connessione diretta tra i neuroni che trasmettono e quelli che ricevono il segnale.

Ma come fa il Potenziale d'Azione presente sull'assone a "saltare" lo spazio sinaptico?

Il meccanismo è realmente complesso, ma, con molta approssimazione, si può dire che su ciascun terminale dell'arborescenza che costituisce la parte finale dell'assone (Figura 1) vi è un'area specializzata che contiene neurotrasmettitori "incapsulati" in piccole sfere chiamate vescicole sinaptiche. Il Potenziale di Azione, proveniente dall'assone del neurone trasmettitore, fa sì che le vescicole sinaptiche si "rompono" rilasciando una sostanza apposita (neurotrasmettitore).

Questa sostanza entra in contatto con la membrana del terminale del dendrite e, tramite un non semplice processo elettrochimico, viene generato un impulso di Potenziale Graduato.

Tutto questo processo è relativamente lento, cosicché, ricevendo una "mitragliata", più o meno fitta, di impulsi che costituiscono il Potenziale di Azione (Figura 5) viene generato un Potenziale Graduato, più o meno elevato.³⁶

Come già visto questo Potenziale Graduato viene sommato con quelli provenienti dagli altri dendriti e mediato nel tempo; per ottenere il segnale che, se sufficientemente intenso, genera, a livello del monticolo assonico, quella raffica di impulsi che è il potenziale di azione.

³⁶ [NDA] In realtà esiste un secondo tipo di connessione sinaptica: la sinapsi elettrica.

In quest'ultimo caso il segnale elettrico è veicolato da una vera e propria, piccola, corrente elettrica.

La velocità di questo collegamento è molto più elevata rispetto a quella della connessione sinaptica chimica e quindi non consente l'azione di filtro nel tempo e somma, propria della connessione chimica,

Questo tipo di giunzione è tipico del collegamento tra una cellula stimolabile e un neurone ed è utilizzata quando occorre la massima velocità di azione.



Piccolo riassunto

Per comodità di lettura si riporta qui la Figura 5 come Figura 7.

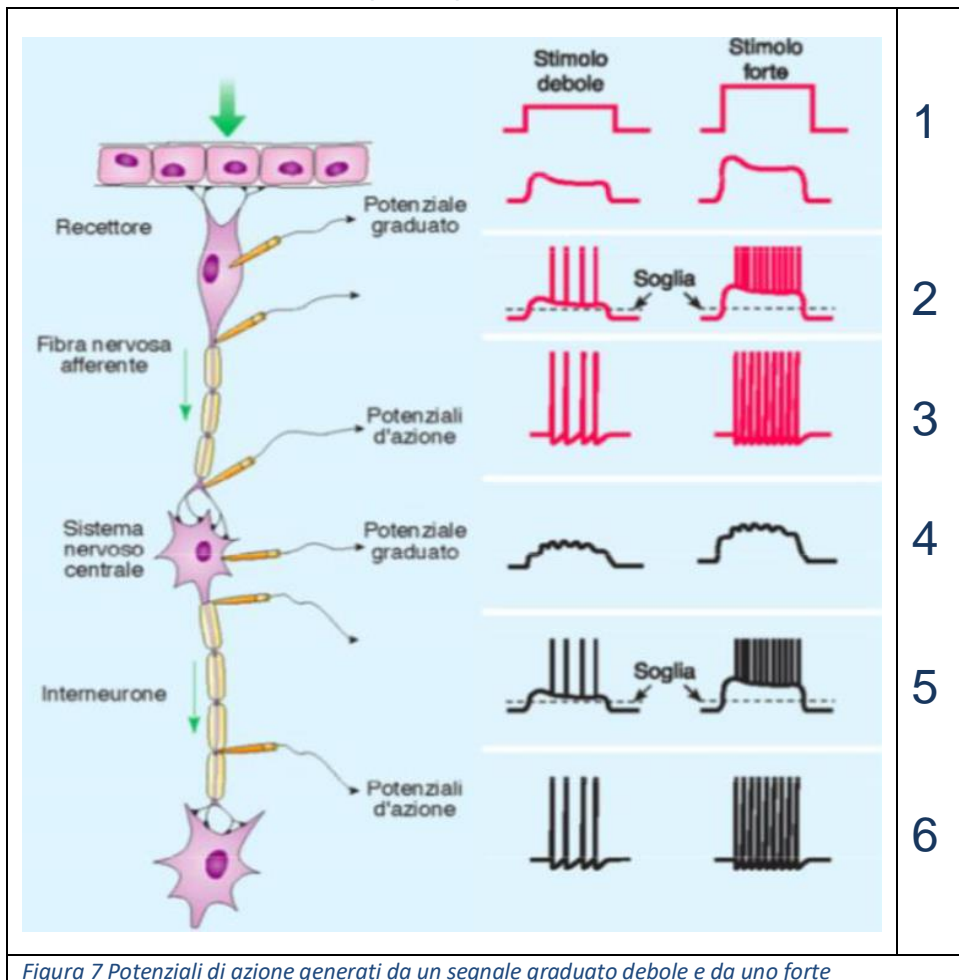


Figura 7 Potenziali di azione generati da un segnale graduato debole e da uno forte

- 1) Uno stimolo, ricevuto da un recettore e tramite una o più giunzioni sinaptiche (normalmente elettriche³⁶), entra nel corpo del primo neurone come Potenziale Graduato ed eventualmente elaborato assieme ad ulteriori Segnali Graduati provenienti da altri sensori o neuroni
- 2) A livello del monticolo assonico vengono generati i Potenziali di Azione (più radi nel caso di Potenziale Graduato debole, più fitti nel caso di Segnale Graduato forte).
- 3) Procedendo lungo l'assone il Potenziale di Azione viene rigenerato nei nodi di Ranvier, mantenendo immutata la frequenza di ripetizione.
- 4) Il Potenziale di Azione, tramite i terminali dell'assone, i dendriti e le giunzioni sinaptiche, viene trasmesso al neurone successivo (o ai neuroni successivi) dove viene nuovamente trasformato in Potenziale Graduato ed elaborato con i Potenziali Graduati provenienti da altri neuroni.
Il neurone mostrato nello step 4 è un neurone del sistema nervoso centrale che, in collaborazione con tutti gli altri neuroni del SNC, permette l'elaborazione dei dati ricevuti
- 5) A livello del monticolo assonico vengono generati i nuovi Potenziali di Azione (più radi nel caso di Potenziale Graduato debole, più fitti nel caso di segnale graduato forte).
- 6) Anche in questo caso, procedendo lungo l'assone, il Potenziale di Azione viene rigenerato nei nodi di Ranvier, mantenendo immutata la frequenza di ripetizione

... e così via...



Memoria ed apprendimento

Se il comprendere la modalità di trasmissione e di elaborazione dei dati nella rete di neuroni non è cosa agevole, ben peggio va il tentativo di comprendere come questi dati riescono ad essere immagazzinati nel nostro cervello.

L'argomento è affascinante anche perché il cervello, a differenza degli elaboratori elettronici, riesce a memorizzare permanentemente non solo dei dati tutto-niente (cioè 1-0), ma l'intensità del segnale ricevuto.

Quindi proviamo, senza nessuna pretesa di scientificità, a gettare uno sguardo modesto e superficiale anche su questo argomento.

Le connessioni sinaptiche, oltre alla funzione di "interfacce" tra i neuroni, sono alla base della memoria e dell'apprendimento.

Il SNC è in grado modificare l'intensità delle relazioni tra i neuroni (sinapsi), di instaurarne di nuove e di eliminarne alcune. Questa proprietà permette al sistema nervoso di modificare la sua struttura e la sua funzionalità in modo più o meno duraturo e dipendente dagli eventi che lo influenzano.

L'apprendimento è il processo mediante il quale le nostre esperienze modificano le interconnessioni tra i neuroni e quindi il comportamento. In sostanza l'apprendimento implica dei cambiamenti fisici che si verificano a livello delle connessioni sinaptiche.

Il processo di apprendimento ha inizio con la ricezione del segnale dagli organi di senso a livello della corteccia cerebrale³⁷: se il segnale inviato dalla corteccia cerebrale all'ippocampo³⁸ è forte e ripetuto a lungo si formano nuovi ricordi a lungo termine che vengono trasmessi alla corteccia cerebrale, dove vengono immagazzinati.

La capacità delle sinapsi di modificarsi nel tempo è un fenomeno noto come plasticità neuronale: tendiamo a ricordare o, in alternativa, dimenticare informazioni proprio perché l'uso frequente di una sinapsi la rafforza mentre il suo mancato utilizzo porta alla sua eliminazione.

La stimolazione elettrica prolungata e ad alta frequenza (potenziale di azione di elevata frequenza e ripetuto) di un neurone rafforza la sinapsi che si interfaccia con il neurone successivo.

Le connessioni sinaptiche maggiormente coinvolte nel processo di memorizzazione sono le connessioni sinaptiche presenti nell'ippocampo che utilizzano come neurotrasmettitore il glutammato. Senza entrare nel dettaglio della modalità con cui avviene il rafforzamento della connessione sinaptica, basti dire che il glutammato, a seguito di una ripetuta stimolazione elettrica, viene liberato nella fessura sinaptica e agisce sulla sinapsi del neurone ricevente "rafforzandola" cioè rendendola per molto tempo più "permeabile" al potenziale d'azione in ingresso.

Le informazioni per essere ricordate necessitano di essere consolidate, perché inizialmente la memorizzazione è labile ed altamente suscettibile di cancellazione (oblio).

Per una memorizzazione permanente deve essere attivata una seconda fase.

³⁷ [NDA] La corteccia cerebrale è uno strato laminare continuo che rappresenta la parte più esterna del cervello negli esseri vertebrati ed è formata dai neuroni, dalla neuroglia e da fibre nervose senza mielina con uno spessore di circa 2–4mm.

La corteccia cerebrale umana gioca un ruolo centrale in meccanismi o funzioni mentali cognitive complesse come pensiero, consapevolezza, memoria, attenzione, linguaggio.

³⁸ [NDA] L'ippocampo è una parte del cervello che si trova sotto la corteccia cerebrale. Svolge un ruolo importante nella formazione della memoria e nella trasformazione della memoria a breve termine in memoria a lungo termine.

Gli esseri umani e gli altri mammiferi possiedono due ippocampi, uno in ogni emisfero del cervello.

Nell'essere umano, ha una forma curva, che ispirò ai primi anatomisti l'immagine di un cavalluccio marino (ippocampo).



Nella seconda fase, cruciale per la formazione di ricordi a lungo termine, subentra l'intervento di specifici neurotrasmettitori capaci di modificare il funzionamento da un processo transitorio ad un processo stabile di conservazione delle informazioni e si accompagna alla crescita di nuove connessioni sinaptiche³⁹.

Nell'insieme si può dire che la plasticità sinaptica entra in gioco in qualsiasi processo di apprendimento e memorizzazione⁴⁰.

La locuzione latina "repetita iuvant"⁴¹ rappresenta perfettamente questo concetto, è stato infatti dimostrato che ripetere più volte una determinata attività o una determinata lezione (nel caso degli studenti ad esempio!), porta ad un rafforzamento e a un consolidamento dei circuiti neuronali connessi a tale attività.

Divagazione Conclusiva

Come conclusione di questi appunti vorrei raccontare la storia di una piccola sconfitta. Correva l'anno 1972.

Ad un giovane e barbuto studente di ingegneria elettronica, era finito in mano il volumetto "Cibernetica per tutti" di [Silvio Ceccato](#)⁴²: allora Internet non era per nulla diffusa e l'unico modo di approfondire un argomento era quello di recarsi presso la locale Biblioteca Civica.

Scartabellando tra le schede cartacee, che costituivano l'indice di consultazione, alla ricerca di ulteriori testi di cibernetica, capitò in mano al nostro studente un libretto riguardante i neuroni, o meglio, riguardante ciò che allora si conosceva del funzionamento dei neuroni.

L'argomento era trattato da un punto di vista prettamente elettrico/elettronico facendo intravedere la possibilità di ricreare con i componenti elettronici un modello funzionante di neurone.

Il buon Silvio Ceccato fu subito dimenticato e tutto l'interesse del futuro ingegnere elettronico fu focalizzato sulla possibilità di approcciare l'intelligenza artificiale, non simulando, tramite un computer, più o meno complesso, il comportamento del cervello, ma costruendo, partendo da un

³⁹ [NDA] Nota solo per chi "mastica" un po' di elettronica.

La differenza tra il metodo di memorizzazione del cervello e quello dei calcolatori elettronici è abissale e disarmante: nel caso degli elaboratori elettronici (di qualsiasi tipo e potenza) i dati sono conservati, escludendo i supporti di tipo seriale, in circuiti elettronici predisposti allo scopo (flip-flop variamente configurati, ecc....). Invece, nel caso dei neuroni, è il circuito stesso che si modifica per memorizzare i segnali analogici necessari. Quindi ogni segnale analogico, memorizzato tramite una modifica del circuito, corrisponde ad un byte costituito da almeno 16 bit. Non solo, ma il "circuito" costituito dalla rete di neuroni è in grado di "autoripararsi"!

...l'unica consolazione è che la velocità di elaborazione del cervello è molto inferiore di quella di un calcolatore, ma a questo la natura pone rimedio con un elevato parallelismo delle operazioni, il che, con cento miliardi di neuroni a disposizione, è piuttosto agevole!

⁴⁰ [NDA] Si noti che i meccanismi della plasticità neurale entrano anche in gioco a seguito di danni cerebrali e stanno alla base dei processi di recupero funzionale, ossia di "riorganizzazione" della funzione nella sede originaria; di "spostamento" di una data funzione in una nuova area cerebrale; di "trasferimento" della funzione compromessa in un'area cerebrale controlaterale; di "sostituzione" del deficit con l'apprendimento di strategie comportamentali.

⁴¹ [NDR] La ripetizione (dei concetti) aiuta (la memorizzazione)

⁴² [NDA] Silvio Ceccato (Montecchio Maggiore, 25 gennaio 1914 – Milano, 2 dicembre 1997) è stato un filosofo irregolare che, a partire dalla fine anni quaranta ha preferito prendere le distanze dalla filosofia classica perseguendo la costruzione di un'opzione alternativa, denominata cibernetica della mente".

Ha scritto numerosi libri, saggi, e articoli, rendendosi noto in particolare nel campo della cibernetica. Pur ottenendo notevole successo di pubblico con i suoi libri, riscosse minor successo negli ambienti scientifici e filosofici accademici.



neurone artificiale, un primo rudimentale abbozzo di circuito in grado di avere comportamenti logici.

Il tempo passava, la laurea in ingegneria era acquisita, il lavoro trovato, la vita continuava... ma il "pallino" rimaneva.

Il guaio è stato che, a mano a mano, che il nostro ingegnere perfezionava il suo modello, grazie ai nuovi componenti elettronici presenti sul mercato, la scienza scopriva nuove caratteristiche dei neuroni e l'obiettivo si spostava sempre più in là.

Oggi, nel 2023, il giovane ingegnere ha settant'anni e scrive queste note.

Il "colpo di grazia" al pallino di progettare un modello elettronico di neurone è stata la consapevolezza che, al di là della intrinseca complessità della sfida tecnica, tramite l'elettronica non si riuscirà mai a ricreare la capacità di auto-modificarsi e di auto-ripararsi (a meno di non barare e predisporre fin da subito tutti i circuiti alternativi da usare solo "in caso di necessità").

Insomma, oggi posso dire che la strada di ricreare un modello elettronico del comportamento di una rete di neuroni è fallito. O meglio, il tentativo ha portato alla creazione di reti neurali specializzate in compiti particolari (per esempio il riconoscimento velocissimo delle immagini): oggi addirittura esistono dei circuiti integrati ad hoc che realizzano reti neurali per scopi ben definiti. In tutti i casi "i neuroni" di queste reti sono drastiche semplificazioni dei neuroni naturali.

Ma il punto è che, qualsiasi circuito si progetti e si realizzi, non è in grado di auto-modificarsi ed auto-ripararsi come i neuroni biologici.

L'unica strada ipotizzabile per realizzare circuiti di questo tipo è quella di cercare di creare dei neuroni artificiali ripartendo da zero e basandosi su tecniche di tipo microbiologiche, che esulano completamente dall'elettronica... ma questo -non avendo una finalità economica- non interessa a nessuno...

...e allora l'intelligenza artificiale (A.I.) di cui tanto si parla?

Nonostante tutte le notizie pressapochistiche e fantascientifiche che circolano, l'A.I. con il cervello e i suoi neuroni non c'entra nulla!

Ciò che oggi viene chiamata, un po' pretenziosamente, intelligenza artificiale non è nient'altro che una tipologia di programmi, più o meno complessi, che simulano parzialmente un comportamento intelligente (ovviamente questi programmi per funzionare utilizzano dei normali computer).

L'A.I. sarà sempre più presente nelle nostre vite per supportarci in compiti complessi (soprattutto nei casi in cui la mole dei dati da considerare è molto grande), ma nulla ci dirà di più sul funzionamento del nostro cervello.



Riferimenti bibliografici e ai siti

Siti

- [1] <https://www.stateofmind.it/2017/04/neurone-introduzione-psicologia/>
- [2] <https://www.stateofmind.it/2022/01/plasticita-neuronale-memoria>
- [3] https://it.wikipedia.org/wiki/Plasticit%C3%A0_sinaptica
- [4] <https://www.sinapsyche.it/?s=neuroni>
- [5] <https://www.unisalento.it/documents/20152/189553/CONDUZIONE+IMPULSO+NERVOSO.pdf/8dd13233-6ec2-1487-85f8-681417f20cbb?version=1.0>
- [6] <https://www.stateofmind.it/neuroscienze/>
- [7] <http://www.treccani.it/enciclopedia/neuroscienze/>
- [8] https://it.wikipedia.org/wiki/Silvio_Ceccato

Bibliografia

- [1] Kandel, E.R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M. (2014). Principi di neuroscienze - CEA, Editore.
- [2] Carlson N.R. (2014) - Fisiologia del Comportamento – Piccin - Padova.
- [3] Berlucchi G, Buchtel HA, Neuronal plasticity: historical roots and evolution of meaning, in *Exp Brain Res*, vol. 192, 2009, pp. 307-319
- [4] Ladavas E, Berti A, (eds 3, 2014). Neuropsicologia. Il Mulino, Bologna.
- [5] Squire LR, Bloom FE, McConnell SK, Roberts JL, Spitzer NC, Zigmond MJ, (eds. 2003). Fundamentals of Neuroscience. San Diego, CA: Academic.
- [6] Watson Neil V., Breedlove S. Mark (2014) Il cervello e la mente-Le basi biologiche del comportamento. Trad. di R. Lucchi, A. Poli, G. Zunica
- [7] Silvio Ceccato, Cibernetica per tutti, Feltrinelli, Milano, 1968



Aspetti biologici ed epigenetici nelle malattie neuropsichiatriche

Il testo è tratto dall'intervento del Dott. Roberto Dominici – Dirigente medico Laboratorio Analisi Chimico Cliniche ASST ovest milanese, Fondazione RSA Agostoni Lissone

svoltosi nell'ambito del "Ciclo di incontri per familiari di persone con disturbi psichiatrici e operatori del settore - 2019"

Introduzione

L'interessante relazione è stata tenuta dal Dott. Roberto Dominici che ha messo in luce le cause delle malattie neuropsichiatriche; in particolare è stato posto l'accento sulle cause epigenetiche cioè quelle non attribuibili a modifiche della sequenza del DNA.

Relazione

La nuova biologia della mente emersa dalla fine del XX secolo si basa sul presupposto che tutti i nostri processi mentali sono mediati dal cervello, dai processi inconsci che guidano i nostri movimenti quando giochiamo a tennis, ai complessi processi creativi alla base della composizione di un concerto per pianoforte, fino ai processi sociali che ci permettono di interagire tra noi. Oggi gli psichiatri vedono la nostra mente come una serie di funzioni complesse svolte dal cervello e vedono tutti i disturbi mentali, sia psichiatrici che quelli da dipendenza, come disturbi cerebrali. Questa visione attuale moderna deriva da tre progressi principali: a) lo sviluppo della genetica dei disturbi psichiatrici e delle dipendenze, con la dimostrazione ([F. Kallmann, 1936](#)) del ruolo dell'ereditarietà in disturbi psichiatrici come la schizofrenia, il disturbo bipolare, dimostrando che sono di natura biologica; b) il progresso dato dalle tecniche dell'imaging cerebrale, che ha mostrato che i vari disturbi psichiatrici coinvolgono sistemi cerebrali distinti.

Oggi è possibile rilevare che nelle persone con depressione alcune aree del cervello funzionano in modo anomalo, queste tecniche hanno inoltre permesso di osservare l'azione dei farmaci sul cervello e di vedere i cambiamenti che derivano dal trattamento dei pazienti con farmaci o con psicoterapia; c) il terzo fattore è stato lo sviluppo di modelli animali delle malattie creati manipolando i geni degli animali e osservandone gli effetti. Questi modelli si sono rivelati preziosi strumenti per lo studio dei disturbi mentali, fornendo intuizioni su come i geni, l'ambiente e l'interazione tra i due (GxA), può disturbare lo sviluppo del cervello, l'apprendimento e il comportamento. I modelli animali come i topi sono particolarmente utili per studiare la paura appresa o l'ansia perché questi stati si verificano naturalmente negli animali. Inoltre, questi animali possono essere utilizzati per studiare la depressione o la schizofrenia inserendo nel loro cervello geni alterati che hanno dimostrato di concorrere a questi disturbi psichiatrici nelle persone.

È emerso in maniera sorprendente che se si sommano la percentuale che spetta ai geni e quella che dipende dall'ambiente nella determinazione di un dato carattere biologico, raramente si raggiunge il 100%. Questo vuol dire che esiste una ulteriore quota di variabilità dipendente dal caso, la cui azione può estrinsecarsi sia a livello molecolare che a livello macroscopico, durante tutte le fasi dello sviluppo dell'organismo da quelle precocissime, per esempio a livello intrauterino, a quelle più tardive. Questa azione di controllo produce un cambiamento dell'espressione dei geni, dei loro schemi di attività, assicurando il corretto svolgimento dei processi biologici, ma allo stesso tempo causando una significativa serie di differenze casuali tra gli individui, sia fisiche che psichiche o mentali. Noi siamo l'espressione del patrimonio genetico che interagisce con gli stimoli ambientali con in più l'influenza modulatrice e



modellatrice dell'azione creativa del caso. Alla luce di ciò, si è verificato in questi ultimi anni, un radicale cambiamento nella tradizionale visione della "genetica comportamentale", che si proponeva di individuare nei geni le cause certe delle caratteristiche individuali, comportamentali ed anche di gravi patologie psichiatriche. Tale cambiamento si deve allo sviluppo delle conoscenze nell'ambito della ricerca epigenetica. Il termine "epigenetica" è stato coniato per la prima volta da C.H. Waddington nella metà degli anni '50 per indicare lo studio delle interazioni tra fattori genetici e sviluppo embrionale. È LO STUDIO DEI FATTORI CHE DETERMINANO CAMBIAMENTI STABILI ED EREDITABILI, MA REVERSIBILI, NELL'ESPRESSIONE DEI GENI SENZA CAMBIAMENTI NELLA SEQUENZA ORIGINALE DEL DNA; la disciplina si occupa di studiare le alterazioni stabili nella potenziale espressione genica durante la proliferazione e lo sviluppo cellulare.

Si è visto che i processi epigenetici non avvengono solo durante lo sviluppo e la differenziazione cellulare della vita embrionale, ma rivestono un ruolo estremamente importante anche durante tutta la vita adulta, sia come espressione casuale sia per effetto della influenza dell'ambiente.

Tra le applicazioni più di rilievo dell'epigenetica vi è lo studio del cervello e del suo sviluppo normale e patologico. Anche nella patologia delle mente c'è uno spettro di condizioni che va dal polo di normalità a quello di malattia. In presenza di una vulnerabilità intrinseca di tipo genetico alla malattia mentale è possibile che fattori esterni, per esempio un evento avverso della vita, facciano precipitare in malattia questo potenziale che sarebbe potuto rimanere latente per tutta la vita del soggetto se non ci fosse stato l'evento ambientale scatenante (l'interazione fra geni e ambiente è alla base dei disturbi mentali più gravi). Questo per dire che sempre di più in futuro le valutazioni dei malati psichiatrici dovranno tenere in considerazione sia gli aspetti di predisposizione o vulnerabilità genetica, sia i fattori scatenanti sfavorevoli di tipo ambientale. Lo studio dell'epigenetica cerebrale fornisce una nuova visione anche di patologie psichiatriche gravi, aprendo nuove strade per un diverso approccio integrato alla cura. Anche la vulnerabilità allo sviluppo di alcuni disturbi psichiatrici, quali la schizofrenia, il disturbo bipolare, i disturbi dello spettro autistico e la depressione maggiore, è modulata da alterazioni che avvengono a questo livello.

Le modificazioni epigenetiche avvenute durante la vita uterina rimangono stabili per tutta la vita; tuttavia, è ormai chiaro che questi meccanismi sono dinamicamente regolati e che rimodellamenti epigenetici possono avvenire durante la vita adulta sotto l'influenza di fattori ambientali, quali la nutrizione, i farmaci, sostanze chimiche e fisiche, fattori psicosociali e con la psicoterapia. La plasticità dei tratti epigenetici e la loro suscettibilità alle influenze ambientali ne fanno un potenziale target per gli interventi terapeutici, sia psicofarmacologici che psicoterapeutici.

[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo ad aspetti biologici ed epigenetici nelle malattie neuropsichiatriche \(audio, slides e testo dell'intervento\)](#)



Capitolo 9: Misure per la protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia

Introduzione all'Istituto dell'Amministratore Di Sostegno

*Dell'argomento si è trattato nell'intervento dell'**Avv. Simona Monguzzi** – **Presidente dell'associazione Giulia e Matteo** svoltosi nell'ambito del "Corso per facilitatori A.M.A. 2022"*

Purtroppo, per motivi indipendenti dalla nostra volontà, non è stato possibile riportare un testo tratto da questo intervento.

[Cliccare qui per vedere il video dell'incontro relativo a Introduzione all'Istituto dell'Amministratore Di Sostegno – Avv. Simona Monguzzi](#)

Amministratore di Sostegno

*Il testo è la trascrizione dell'intervento **di due rappresentanti dell'Associazione Anita** svoltosi nell'ambito del "Ciclo di incontri per familiari di persone con disturbi psichiatrici e operatori del settore - 2019"*

Introduzione

L'incontro è stato dedicato alla figura dell'Amministrazione di Sostegno, introdotto con la Legge n. 6 del 2004 a tutela delle persone prive in tutto o in parte di autonomia.

Si tratta di un istituto che ha lo scopo di proteggere le persone che, a causa di una menomazione fisica o psichica, totalmente o parzialmente invalidante, hanno una ridotta autonomia nella loro vita quotidiana.

Alle persone disabili viene cioè fornita una tutela flessibile, che si adatta alle esigenze di vita del beneficiario, senza comprometterne del tutto la capacità di agire.

Si è parlato di Amministrazione di Sostegno con l'Associazione A.N.I.T.A. che fornisce supporto ad assistenza sia ai soggetti deboli che alle persone nominate Tutori o Amministratori di Sostegno.

Premessa

Divideremo l'incontro in due focus: nel primo si parlerà di che cos'è l'amministrazione di sostegno e di come si attiva, cercando di non parlare in termini troppo giuridici, ma di arrivare a dare delle informazioni pratiche, perché sono quelle che servono effettivamente... anche per cercare di superare quel velo di paura dovuto al fatto di doversi rivolgere ad un tribunale.

Invece nel secondo intervento si parlerà del momento in cui diventate amministratore di sostegno e quindi delle prime incombenze che dovete affrontare come amministratori di sostegno.

Primo Rappresentante dell'Associazione ANITA

Che cos'è l'amministrazione di sostegno?

L'amministrazione di sostegno è stata introdotta nel 2004: sembra tanto tempo fa, ma in realtà, a livello giuridico, 15 anni non sono tantissimi per una normativa.

Soprattutto perché, al momento in cui è stata introdotta nel 2004, è stata soprattutto un istituto che ha affiancato quello dell'interdizione: però veniva utilizzato in maniera meno marcata.



Con il passare degli anni, a mano a mano, è subentrata invece proprio la necessità di utilizzare l'amministrazione di sostegno in via preferenziale, quasi in sostituzione rispetto all'interdizione.

Cerchiamo di fare chiarezza su quella che è la differenza fondamentale tra l'istituto dell'interdizione e l'istituto dell'amministratore di sostegno.

Istituto dell'interdizione toglie la possibilità di agire ed è un procedimento che deve essere percorso necessariamente con l'assistenza del legale, invece l'istituto dell'amministrazione di sostegno non toglie la capacità di agire del soggetto, ma è un istituto a favore del soggetto, in cui un'altra persona - l'amministratore di sostegno - sostanzialmente prende quel potere che la persona più debole non riesce più ad esercitare.

Questo perché il legislatore si è reso conto che la differenza tra nero e bianco non è sempre così evidente; quindi, c'erano molte zone d'ombra che non si riuscivano a coprire con l'interdizione.

Consideriamo la demenza senile: non è che automaticamente chi inizia ad avere un problema di demenza senile o un problema di Alzheimer passa da essere capace di intendere e di volere a non capire più assolutamente nulla.

Tra i due stati spesso passano anni ed è più giusto conservare il più possibile la capacità del soggetto per quello che riesce a fare.

L'amministrazione di sostegno è una norma che è stata introdotta proprio per andare a coprire anche l'impossibilità parziale e/o temporanea: vi sottolineo questo aspetto perché è la differenza epocale che è stata introdotta con questo articolo 404 del Codice civile.

Questo cosa significa?

Significa che l'amministrazione di sostegno è "un vestito": cioè io devo fare in modo di vestire la persona con quello che effettivamente le serve.

Ed è "focale": non è più una sentenza contro una persona, ma è un decreto di nomina a favore di una persona debole che ha bisogno di essere aiutata.

Come faccio a utilizzare questo istituto al massimo?

Devo fare in modo di far capire quali sono le necessità del soggetto; se non evidenzio le necessità del soggetto che devo tutelare, l'istituto, purtroppo, viene fatto partire in maniera poco consona perché verrà fatto un decreto di nomina standard.

La finalità della legge è quella di fare l'interesse della persona.

Come attivare l'istituto

Vediamo ora come attivare l'istituto, che poi è la cosa che interessa di più. L'amministrazione di sostegno è un procedimento giuridico, quindi bisogna andare davanti al Tribunale: nel nostro caso il Tribunale di Monza o di Milano, che penso che siano quelli che interessano particolarmente.

Questi tribunali offrono anche dei moduli da compilare che però dovete prendere... solo come moduli!

Cioè, non sono la panacea di tutti i mali: bisogna saperli utilizzare nella maniera corretta!

Infatti, se voi compilate il modulino e pensate che dal modulino il giudice, che poi farà l'udienza con il giudice tutelare (che ha almeno settecento fascicoli a testa sulla sua scrivania), vada oltre a ciò che avete scritto mi dispiace.... ma non ci siamo!

Il modulo è un'indicazione che vi dice che cosa serve per attivare l'istituto e in cui dovete metterci un po' del vostro per poter andare effettivamente a tagliare l'istituto su misura di quella che è la nostra esigenza.



Parliamo della competenza: dove vado?

La norma prevede che il tribunale di competenza sia quello di residenza.

Visto che i casi, soprattutto nell'ultimo periodo, si sono ampliati in modo esponenziale (su Milano siamo a oltre 9000 fascicoli e le indicazioni di Monza del 2016 erano di 4500 fascicoli) e dato che ci sono delle procedure da rispettare, la giurisprudenza dice di andare al tribunale competente per il domicilio.

Questo è importante perché, se io ho la residenza a Milano, ma sono ricoverato in una struttura a Monza, io devo depositare su Monza e non su Milano, perché il giudice tutelare competente è il giudice tutelare più vicino al beneficiario.

Se il soggetto ha residenza a Pavia, ma abita a Monza, diventa difficile per il giudice tutelare avere il controllo della situazione che deve essere visionata... soprattutto se deve fare delle uscite o deve fare delle convocazioni delle parti.

Che cosa succede una volta che io ho deciso di chiedere l'amministrazione di sostegno ed ho individuato il tribunale?

Devo procurarmi i documenti.

Quali sono i documenti focali?

- Estratto integrale di atto di nascita

L'estratto integrale dell'atto di nascita è fondamentale perché l'amministrazione di sostegno, una volta che viene attuata, viene trascritta nei registri; per cui, per effettivamente fare l'udienza, è necessario che questo estratto venga allegato alla vostra richiesta.

Dove si chiede l'estratto integrale dell'atto di nascita?

Dove è nato il soggetto beneficiario.

Si può fare anche tramite mail all'ufficio anagrafe, evidenziando che ne ho necessità per richiedere l'amministrazione di sostegno: molti comuni me lo mandano avanti a mezzo mail, senza fare tanti giri e andare chissà dove.

- Certificato di nascita e stato di famiglia della persona che deve essere soggetta alle amministrazioni di sostegno della ricorrente.

- Tutta la parte medica perché la base della richiesta di amministrazione di sostegno è che ci sia una menomazione psicofisica; per cui non possiamo pensare di richiedere un'apertura di amministrazione di sostegno senza motivare al giudice, per mezzo di documenti medici, che effettivamente ci sia una fragilità.

Se questa documentazione non c'è, perché capita che non ci sia una cronistoria, si rischia il rigetto.

A meno che non lo specifichiate benissimo e chiediate che sia il giudice - a me è capitato alcune situazioni particolarmente conflittuali - a nominare un consulente tecnico d'ufficio per definire effettivamente come sta la persona.

Il mio consiglio però è sempre quello di non rischiare di fare una procedura, di metterci tempo e tutto quello che compete, senza avere una documentazione medica adeguata.

- Il resto della documentazione è di tipo patrimoniale.

Dato che (questo lo spiegheremo successivamente) una volta all'anno (in alcuni casi i giudici decidono di fare una volta ogni due anni se ci sono parenti e decidono che non ci sono situazioni



particolarmente difficili) si deve fare il rendiconto, dobbiamo motivare al giudice il punto di partenza.

Dobbiamo cioè fornire la base patrimoniale del soggetto beneficiario; vale a dire che se il beneficiario è un ragazzo con un papà ed una mamma, al giudice non interessa sapere cos'hanno i genitori, ma quello che ha il ragazzo: cioè la pensione, se ha intestato degli immobili, se ha altre rendite finanziarie...: questo perché l'obiettivo dell'amministrazione di sostegno è tutelare non solo la parte sanitaria, ma anche quella patrimoniale.

Chi può depositare il ricorso?

Il ricorso può essere presentato o da un parente entro il quarto grado, quindi mamme, papà, figli (nel caso di persone anziane), nipoti (se entro il quarto grado) da un convivente (la legge prevede anche che, se c'è una convivenza more uxorio, questa abbia fede) o dalla persona beneficiaria stessa (se si rende conto di essere un soggetto fragile).

Ad esempio, nella ludopatia spesso la domanda è presentata dal ludopatico stesso perché si rende conto di avere un problema e capisce che questo problema sta influenzando nella vita sua e magari anche dei suoi familiari. È quindi è lui stesso a voler chiedere l'apertura di amministrazione di sostegno a proprio favore.

La persona beneficiaria ovviamente deve avere un minimo di cognizione di quello che effettivamente sta facendo.

Non facciamo cose come far firmare ricorsi o moduli a persone che effettivamente non sono in grado di capire quello che stanno firmando. Non ha senso presentarsi davanti al giudice in questa modalità.

Poi c'è anche la possibilità che l'amministrazione di sostegno venga richiesta dei servizi sociali, cioè da chi ha la cura della persona.

Intendiamoci però: la giurisprudenza ha chiarito che, come servizi sociali, si intende i servizi sociali comunali; quindi, se sono in una struttura e questa struttura è privata, il direttore sanitario o amministrativo della struttura non può presentare la domanda, ma deve passare attraverso il servizio sociale competente che solitamente non è il servizio sociale dove risiede la struttura, ma è il servizio sociale dove viveva la persona prima di essere inserita in struttura.

C'è anche un'ulteriore possibilità: passare attraverso il pubblico ministero (questa è una possibilità che viene utilizzata un pochino più dagli addetti ai lavori)

Ciò avviene se ci si rende conto che una persona ha una situazione di fragilità e dovrebbe essere tutelata, però non si hanno né parenti, né si hanno i servizi sociali, l'unica cosa che possiamo fare per attivare questa tutela è passare da un esposto alla Procura della Repubblica competente. Sarà il PM in quel caso a verificare se adire lui stesso alla nomina di amministrazione di sostegno, a questo punto, diventa la procura stessa il ricorrente.

È un caso abbastanza limite che viene utilizzato quando non può essere fatto altrimenti.

La procedura

Abbiamo detto che dobbiamo depositare il ricorso al tribunale competente, a quel punto viene nominato un giudice tutelare.

Con la nomina del giudice tutelare viene fatta anche la fissazione dell'udienza di comparizione parti.



Che cosa succede? Il giudice ci invita, entro l'udienza di comparizione parti, ad avvisare il soggetto beneficiario, i parenti, entro il quarto grado e gli affini entro il secondo, di chi è stata richiesta la nomina di amministratore di sostegno, che bisogna comparire in udienza.

Come lo si fa?

A Monza è possibile fare tutte queste comunicazioni solo a mezzo di una raccomandata; facciamo un esempio classico. Io sono la mamma e devo richiedere l'amministrazione di sostegno per mio figlio: devo avvisare mio figlio con una raccomandata.

Non devo avvisare solo mio figlio, devo avvisare anche mio marito, se non ha depositato con me il ricorso, devo avvisare eventuali fratelli e sorelle maggiorenni ed eventualmente anche gli zii, ovviamente se sono rintracciabili.

Si cerca attraverso queste comunicazioni - ed è l'obiettivo della legge - di tutelare la persona che deve essere sottoposta all'amministrazione di sostegno o comunque di capire se l'istituto non sia utilizzato in maniera impropria.

Faccio un caso classico che realmente accaduto: un figlio ha chiesto l'amministrazione di sostegno per la mamma, poi si viene a scoprire dall'altro figlio, che è stato avvisato della procedura, che il figlio che l'ha richiesta era un alcolizzato che voleva accedere al patrimonio della mamma.

Si porta questo esempio per fornire delle concretezze, altrimenti sembra che la legge voglia creare solo problemi.

La legge è fatta per i giudici che non possono sapere se siete delle brave persone basandosi sui due minuti che vi vedono davanti a loro: per cui il legislatore ha cercato di dare delle sicurezze, non tanto per chi deve attivare la procedura, ma per chi deve essere sottoposto a procedura di amministrazione di sostegno.

In questo modo si tutela anche il patrimonio, perché, se non sono una brava persona, non tutelerò il patrimonio, ma lo depaupererò.

Su Milano, se doveste averne bisogno, sappiate che non basta la raccomandata e per i beneficiari è necessaria una notifica attraverso ufficiale giudiziario.

Per cui il consiglio è sempre: verificare il tribunale di competenza e cercare di capire qual è la procedura che segue il tribunale di competenza per le comunicazioni.

Una volta che abbiamo fatto le comunicazioni ed abbiamo fatto il nostro ricorso corredato di tutti gli atti si va in udienza.

L'udienza

L'udienza viene svolta dal giudice tutelare e dobbiamo portare il soggetto beneficiario, perché bisogna capire se effettivamente non ci sono dichiarazioni mediche accondiscendenti. Il giudice deve verificare se quello che viene esposto sia congruente rispetto a quella che è la realtà della situazione: quindi si interfaccia anche con il beneficiario.

Se il beneficiario è totalmente intrasportabile (con totale intrasportabilità si intende proprio che non può neanche essere messo in un'autoambulanza) esce il giudice tutelare presso il domicilio dove si trova il beneficiario.

Comunque, nei limiti del possibile, è opportuno portare il tutelando in tribunale.

Non è che i giudici sono cattivi e che hanno piacere a vedere arrivare tutte le autoambulanze ma, avendo chiuse tutte le sezioni distaccate dei tribunali, purtroppo la conseguenza è questa.



Monza oltretutto non ha una sezione specializzata, ma abbiamo giudici che fanno anche altro, rispetto a Milano dove abbiamo giudici che seguono solo questa materia, per cui si devono cercare di ottimizzare i tempi, perché poi ci sono anche altre situazioni più urgenti. Uscire a fare un esame del beneficiario a domicilio finisce per essere molto dispendioso per quanto riguarda il tempo.

Se c'è la necessità il giudice tutelare, su questo sono molto disponibili, escono anche al posteggio che è sotto il tribunale e fanno l'audizione in autoambulanza per cercare di agevolare il più possibile questa fase.

Dove si trova il tribunale di Monza lo sapete, però la sezione tutele può essere divisa: vi sono dei giudici tutelari che ricevono in piazza Garibaldi nel tribunale principale (quello al ponte dei leoni per intenderci), ce ne sono altri che invece ricevono nell'edificio dietro dove si trova l'ASL, al quarto piano (Dico questo giusto per darvi anche delle indicazioni pratiche che possono servirvi).

Nomina della persona che assumerà la funzione di amministratore di sostegno.

Una volta che è stata fatta l'udienza, il giudice tutelare nomina la persona che assumerà la funzione di amministratore di sostegno.

La norma predilige che sia il parente che, di fatto, ha sempre svolto questo ruolo. Perché, se uno arriva a fare una richiesta di amministratore di sostegno con tutte le documentazioni di cui abbiamo parlato e con tutte le problematiche che ci sono, è perché è una persona che si fa veramente carico del soggetto beneficiario.

Cioè solitamente viene nominata la persona che si occupa maggiormente del beneficiario, vale a dire, solitamente, il parente più prossimo.

Succede però che, se in sede di udienza vi sono parenti che litigano, allora potrebbe accadere che il giudice, se non riesce a dirimere la controversia e si rende conto che vi sono dei conflitti insanabili da anni, può nominare un esterno.

Su Monza e su Milano ci sono degli albi, di cui io e la collega ne facciamo parte. Veniamo nominate su situazioni in cui la conflittualità è estrema - vi posso garantire che ho sentito discutere anche per dove tenere la bara prima del funerale - per cui è chiaro che, in queste situazioni non possiamo nominare uno dei parenti coinvolti.

Solitamente tutti prediligono che sia un parente, che ovviamente ha la cronistoria di tutte le situazioni, mentre una persona esterna deve fare come un "puzzle" per ricostruire le dinamiche familiari e quindi ci mette sicuramente più tempo a capire le esigenze della persona che ha bisogno, rispetto ad una persona che continua ad assistere il soggetto da più tempo.

Una volta che siamo nominati amministratore di sostegno viene emesso un decreto.

A Monza avete un decreto di nomina, questo per la privacy, dove si dice che, a fronte dell'udienza svolta, a fronte dell'audizione fatta dei beneficiari, della documentazione medica è risultato che la persona effettivamente ha una fragilità e che quindi è impossibilitata a svolgere autonomamente determinati atti della propria vita e quindi viene nominato la persona come somministrazione di sostegno.

Viene quindi creato il decreto di attribuzione poteri.

Allora qui ritorniamo al punto focale di prima: se io ho fatto bene la mia richiesta con il modulo spiegando bene quali sono le vostre esigenze e in udienza le rimarco al giudice tutelare si creerà un decreto di nomina che sia il più possibile utile per voi.



Altrimenti, ve lo dico, vengono fatti dei decreti di nomina standard per motivi di velocità lavorativa. Se vogliamo un decreto di nomina giusto dobbiamo comunicare quali sono le nostre necessità.

Partiamo dalla base patrimoniale.

Prendiamo l'esempio classico di una struttura che costa 1500€ al mese.

Giusto per intenderci, se prendo la pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento percepisco circa 800 euro: se io non evidenzio al giudice che sono in struttura e pago 1500 Euro, mi troverò con un decreto di nomina che mi dice di spendere nei limiti delle mie entrate.

Cioè mi trovo con un decreto di nomina che non va bene per me.

Questo cosa significa?

Non è che il decreto di nomina me lo sposo e me lo porto avanti per anni, significa però che, quando arriva la copia cartacea, guardo e dico "Io non ci sto dentro rispetto a quello che mi ha autorizzato il giudice", deve tornare di nuovo dal Giudice Tutelare a chiedere un adeguamento del decreto di nomina.

A parte che, per chi non è addetto ai lavori, andare sempre in tribunale è un problema, la cosa non ha molto senso. Perché, dato che nel momento in cui io faccio l'udienza, il tribunale stesso mi dice di arrivare con le idee chiare e visto che mi danno un modulino in cui io dovevo segnare le spese, io debbo impegnarmi e riportare tutto.

Cioè devo dire: "Queste sono le mie entrate, però attenzione perché io ho la retta, ho la TASI, ho la TARI, ho le spese condominiali, ho le spese straordinarie che sono state approvate e deliberate..."

Cioè devo fare un focus preciso di quelle che sono le esigenze patrimoniali.

Un caso pratico

È successo il caso di una signora che aveva una patologia di tipo psichiatrico, ma che era lucida dal punto di vista patrimoniale (aveva un problema di influenzabilità), il giudice ha mantenuto la parte dell'ordinaria amministrazione alla signora nel limite delle 500 euro, che poteva andare a prendersela tranquillamente in banca, cosicché non è stata neanche destabilizzata. Invece la parte di straordinaria amministrazione l'ha data in capo al giudice tutelare perché altrimenti, poverina, veniva influenzata e continuava a elargire soldi a persone che se ne approfittavano.

In questo caso al giudice tutelare non è stata data la parte sanitaria perché la signora era in grado di interfacciarsi con un medico per decidere congiuntamente che cosa effettivamente fosse nel suo interesse o meno e il giudice tutelare, in una situazione di questo tipo, non avrebbe potuto certo obbligarla a fare ciò che non avrebbe voluto fare.

Se invece siano in situazioni dove proprio non c'è questa possibilità di dialogo, Milano, nel decreto di nomina, mette: consenso informato ai trattamenti sanitari e agli interventi chirurgici "nel limite del dissenso" ... questo significa che non abbiamo tolto la capacità di agire alla persona. Vale a dire: io sono un soggetto che agisce in funzione dell'interesse di quella persona cosicché, se c'è un dissenso tra me e il beneficiario, lo devo rimettere all'attenzione del giudice tutelare.

Tutto questo è valido nel caso in cui il dissenso sia di tipo logico cioè nel caso in cui il beneficiario stia capendo che lui non vuole fare effettivamente questa cosa... altrimenti con persone affette da Alzheimer dovremmo tornare dal giudice quasi sempre... cioè deve essere un dissenso che si capisce che effettivamente ha un valore.



Facciamo il caso pratico -realmente accaduto- di una persona che non voleva la tracheotomia; nel caso era evidente che la persona comprendeva di cosa stavamo parlando e quindi siamo tornati dal giudice tutelare a parlarne.

Il giudice tutelare non fa una firma senza rispettare la volontà del beneficiario!

Su Monza siamo un po' in fase di trattativa perché abbiamo fatto nostri convegni con il giudice tutelare di Monza in cui abbiamo manifestato l'esigenza di avere, quantomeno nei decreti di nomina iniziale, il consenso informato nei trattamenti standard sanitari: ad esempio la vaccinazione, altrimenti tutte le volte occorre fare delle istanze, anche solo per le piccole incombenze nelle quali però viene richiesta una firma che abbia un valore, perché tutto ciò che non c'è nel decreto noi non lo possiamo fare.

Quindi attualmente siamo nella situazione in cui si spera che questa richiesta possa essere accolta.

Attualmente se in udienza non viene fatto chiaramente presente, poi in caso di necessità, bisogna fare l'istanza al giudice tutelare competenti su Monza.

Secondo rappresentante della Associazione ANITA

Scopo di questo secondo intervento è quello di far passare la paura di diventare Amministratore di sostegno.

Consideriamo il momento in cui siete nominati: facciamo il caso in cui non vi sia conflitto e che sia stato nominato il parente che fino all'altro giorno ha gestito la persona senza essere amministratore di sostegno. Il consiglio pratico è quello di leggere il decreto, perché spesso riceviamo in studio persone che dicono "Io questa cosa non la posso fare!" poi leggiamo il decreto e la cosa si può fare tranquillamente.

Quindi l'importante è, quando avete il decreto di attribuzione poteri, leggerlo attentamente -vi do delle indicazioni pratiche- e fare una sorta di cartella in cui dividerete la documentazione dell'attività ordinaria (cioè tutto quello che lo posso fare senza ripassare dal giudice) da quella dell'attività straordinaria.

Nella sezione relativa all'ordinaria troverete, in prima battuta, la richiesta del giudice tutelare di **chiudere il conto corrente e riaprirlo a nome del beneficiario, ma con la vostra esclusiva operatività**.

In questo il tribunale di Milano ci dà una grande mano: per esempio, per ridurre le spese, non fa chiudere il conto ma solo cambiare le anagrafiche.

Per quanto riguarda il tribunale di Monza... dipende: cioè ci sono tanti giudici tutelari, ciascuno ha la sua testa e ciascuno decide secondo la propria coscienza, per cui ci sono decreti in cui potete effettivamente solo cambiare le anagrafiche e decreti invece per cui dovete tassativamente andare in banca a chiudere il conto precedente e riaprirlo con il nome del beneficiario su vostra operatività.

Questo può essere critico nel rapporto con le persone anziane perché succede che, magari ho il conto cointestato con la mamma e fino a ieri io ho sempre fatto transitare anche i miei emolumenti e mi ritrovo a dover dividere presuntivamente al 50% per cento tutto quello che c'è sul conto.

Questa non è una cosa di poco di poca rilevanza: questi convegni servono anche a darvi l'input di preparare il terreno prima di avanzare la richiesta di amministrazioni di sostegno.

Cioè, se io ho un conto con un mio figlio disabile, piuttosto che con un parente anziano, e questo conto è un po' stato il conto familiare, devo cercare di non arrivare ad avanzare la richiesta di amministrazione di sostegno facendo suddividere il conto in due quando la contribuzione della persona disabile o dell'anziano è stata solo la pensione e l'accompagnamento, mentre magari io sono l'amministratore delegato di una grande industria e ho messo seicentomila euro su questo conto... di fatto me ne ritrovo 300!



Quindi il consiglio è: andate prima in banca!

Cioè sentite la disponibilità delle persone, del funzionario, con cui avete sempre operato in modo da preparare il terreno a quello che sarà poi il cambio di conto corrente.

Questo conto corrente di fatto diventerà la vostra base per la gestione ordinaria.

Cosa va in gestione ordinaria?

L'accredito della pensione, l'accredito dell'accompagnamento, eventuali saldi e giacenze che la persona ha da utilizzare.

Per quanto riguarda la gestione ordinaria voi potete avere un decreto che dice che si può spendere fino all'entrata mensile della persona oppure, altro caso, voi potete spendere fino a 1200€ mensili oppure, terzo caso, voi avete un budget annuo di euro 40000.

Consiglio: vi inviterei a farmi scrivere nel decreto il tetto annuo dell'ordinario.

Perché, se ho un anziano in RSA posso anche farmi fare il budget mensile utilizzando il semplice conto di quanto spendo come retta; me, se è una persona giovane, magari in casa, sappiamo bene che un mese non spendo come il mese successivo (nel momento che ho la rata delle spese condominiali o debbo fare un'altra spesa un pochino più importante).

Se ho una disponibilità mensile di 1500€, ho una disponibilità di 1500€!

Per cui, se strabordo dai 1500€, devo andare nuovamente dal giudice per spiegare qual è la spesa superiore ai 1500€ e magari mi trovo a fare un'istanza perché devo sforare di 60€. Non ha molto senso!

Se si riesce a ottenere un decreto in cui c'è un monte budget annuale sarete agevolati, perché magari avete il mese in cui magari si spende 700€ ed il mese in cui occorre spenderne 1300 per spese che sono comunque ordinarie, ma che incidono sul budget mensile.

Leggendo il decreto mi troverò le attività che posso fare che sono, nei decreti standard, pagare i badanti, pagare le rette, pagare l'RSA....

Nelle persone, magari giovani, una cosa molto importante, che vediamo nei pazienti psichiatri e per i disabili, è mantenere un minimo di autonomia.

Cioè io ho i miei 100 - 1500€ per le spese di mantenimento che devono essere spese per il vitto e quant'altro, ma ad una persona, magari di 20/24 anni, non posso dirle che per ogni minima spesa deve passare da me.

Perché, secondo me, scombussolo totalmente quella che è la vita di questa persona.

Per questo è stata fatta una grande azione verso i tribunali e, devo dire, che sia a Milano che Monza, sono molto collaborativi in questo per pensare a una modalità di agio su questi soggetti; ad esempio, una scheda ricaricabile da lasciare al soggetto. Oppure, se la persona è particolarmente lucida ed è in grado di andare in banca e l'ha sempre fatto, recarsi in banca e stabilire, con gli educatori o con chi ha in carico la persona, una cifra che possa essere sufficiente e congrua per una gestione che questa persona ha sempre avuto anche prima dell'amministrazione di sostegno.

Questo cosa comporta?

Innanzitutto, vi alleggerisce a livello di "scontro".

Infatti, andare a far capire a un soggetto, che sino a ieri andava al bar e si comprava le caramelle oppure andava al cinema oppure faceva la sua attività normale di vita, che da oggi in poi i soldi li deve chiedere a me, è un grosso problema, dato che, secondo me, la cosa non viene certo vista con particolare simpatia.



Per cui veramente un agio è quello di fare inserire direttamente nel decreto la richiesta o di un bancomat con un limite mensile per cui la persona lo può utilizzare normalmente o una ricaricabile che io, come amministratore di sostegno, ricarico sulla base della cifra stabilita dal giudice.

Come faccio a stabilire questa cifra?

Allora, se le persone sono in carico, ad esempio, ad un CPS piuttosto che ad altri enti, la cosa migliore è comportarmi come educatore e arrivare già ad indicare quella che è la spesa concordata con le persone che stanno gestendo questo soggetto. Il giudice non entra nel merito e non farà altro che imporre nel decreto che, della cifra x, c'è una y da lasciare al beneficiario per la sua gestione normale.

Questa parte, altro agio, non va rendicontata.

Se noi usiamo lo strumento della carta ricaricabile, se è già previsto nel decreto, è già specificato che sono spese che vanno praticamente a carico e a favore del beneficiario, per cui non rientrano nel rendiconto e quindi veniamo sollevati dall'ulteriore incombenza di raccogliere gli scontrini (... questo cosa spende, questo cosa fa...) perché questa è una cifra già a disposizione del soggetto.

Ci teniamo a rimarcare questo con forza perché molti non lo chiedono al giudice, con la conseguenza che il parente si trova con il decreto standard... così che queste sono tutte cose che deve fare in un secondo momento "in corsa", cioè quando si rende conto che per lui diventa ingestibile star lì a tenere gli scontrini del caffè, gli scontrini del cinema.... perché comunque sono persone che tendenzialmente possono essere libere nel territorio per cui con una vita "normale".

Quindi per la parte patrimoniale e valutaria queste sono le accortezze che noi ci sentiamo di veicolare, cioè alleggeriamoci la vita: facciamolo prima!

Voglio sottolineare che l'istituto dell'amministratore di sostegno non è l'interdizione; di conseguenza il beneficiario ha delle zone di totale competenze che può sfruttare e mettere in essere.

Altro problema dei decreti standard è: che cosa devo considerare ordinario?

Voi dovete considerare ordinario -rigorosamente- tutto ciò che è scritto in un decreto che si può fare senza autorizzazione.

Tutto ciò che il giudice inserisce come "si può fare senza autorizzazione" rientra nella gestione ordinaria.

Nella seconda parte del decreto varie attività vengono indicate come "si può fare con autorizzazione del giudice": prima di fare qualsiasi operazione che è inserita in quella parte del decreto voi dovete fare istanza al giudice.

Non voglio spaventarvi: gli atti di straordinaria amministrazione hanno una rilevanza importante - ad esempio stiamo parlando di vendita di immobili - cioè è una ulteriore tutela che si dà il beneficiario.

Perché se io impazzisco - sono in ordinaria e devo comunque rispondere al giudice - e vendo una casa a ventimila euro, non ho fatto un grande affare per il beneficiario. Per cui il mettere dei paletti, che magari vengono vissuti dal parente come una grandissima seccatura, sono invece un'ulteriore tutela per queste persone.

La diffidenza nei confronti dell'amministratore di sostegno

Vorrei qui toccare un argomento di cui raramente viene parlato nei convegni: c'è molta diffidenza nei confronti dell'Amministrazione di sostegno.

Tengo a dire che l'anziano ha una gestione, mentre il soggetto psichiatrico ne ha un'altra.



Voi dovete pensare che fino a quando ci siete voi la persona è tutelata da voi e non c'è tribunale che tenga... cioè la mamma, il papà, un parente stretto ovviamente ha a cuore il benessere del proprio figlio, del proprio congiunto....

Ma, se voi non ci siete più e non c'è l'amministrazione di sostegno, voi non potete più scegliere nulla perché non ci siete più.

Quindi su persone giovani il pensarci prima, il fare delle scelte a livello di famiglia può rasserenarvi nei confronti del futuro perché certe scelte le avete fatte prima; cioè voi l'indicazione l'avete data prima e i giudici non si discosteranno da quello.

Cioè se io ho una persona che voglio tutelare, mi rendo conto che, fino a quando ci sono io si procede così, ma poi, nel momento in cui non ci sono io, cosa accade?

Un terzo che non avete scelto, magari ritiene che vostro figlio o vostro nipote sia ingestibile e fa delle scelte differenti da quelle che voi avevate pensato oppure la persona ha sessanta casi (se non trecento, come è il caso dei comuni) e quindi il vostro parente diventa un numero.

Se invece abbasso un attimo la mia diffidenza verso l'amministrazione di sostegno e mi faccio carico anche di questo peso, poi sono io che decido!

Secondo me questa è una parte che non c'entra col diritto, ma, secondo me, in determinati casi e in determinate competenze, va valutata.

È chiaro che questo comporta uno sforzo in più perché so che devo rendicontare, so che devo dividere tra ordinaria e straordinaria, però do una tutela a lungo periodo; che è comunque aperta: quindi anche nel caso in cui marchiate voi, è il tribunale che si prende cura del vostro congiunto perché se l'amministrazione è aperta e io manco, l'amministrazione è già aperta!

Quindi, ad esempio, non può arrivare il vicino di casa, il terzo, l'amico, uno che passa di lì, a prendere decisioni rilevanti per i vostri figli come convincerli ad andare in una casa-famiglia per vendere l'abitazione! Non c'è tutela!

Per cui veramente io spero che da questi convegni esca una minore diffidenza!

Comunque, l'essere amministratore di sostegno non deve spaventare e la cosa non è ingestibile: è quello che ho sempre fatto, ma con un minimo di accortezza in più.

Per cui, se si lavora bene e mi faccio cucire addosso il mio decreto, mi trovo meglio dopo, perché mi troverò sempre quasi tutte le disponibilità nell'ordinario; lasciando residuare nell'amministrazione straordinaria la vendita di immobile, la conclusione di eventuali contratti di locazione che possono avere delle ripercussioni pesanti sul soggetto.

Un problema grosso è l'accettazione con beneficio di inventario, l'accettazione dell'eredità, perché ovviamente quando la strada assegnata è quella di non far cadere debiti sul beneficiario.

La strada è **l'accettazione con beneficio d' inventario**.

Il che non deve spaventare perché effettivamente, se preparato in maniera corretta (su questo devo dire che dalle associazioni come la nostra un minimo di supporto c'è), non è così infattibile, nel senso che... cosa dovremo mai inventariare? Un conto corrente, piuttosto che un immobile che è stato ereditato.

Per cui davvero diventa agevole... fanno un po' paura i paroloni "accettazione con beneficio di inventario", devo andare dal notaio, si allungano i tempi, quando mai provvederanno.... è un po' leggenda!

**Un'altra cosa pratica che dovete fare riguarda l'INPS.**

Quando diventate amministratori di sostegno tutte le comunicazioni devono pervenire a voi: comunicazioni di banca, dell'amministratore condominiale, eccetera

Quindi fondamentalmente le linee guida sono proprio: decreto, divisione in un quadernetto tra quello che posso fare senza andare dal giudice e quello che non posso fare, banca, INPS, avere le proprie comunicazioni e sapere qual è il reddito mensile del proprio ragazzo, della propria persona.

Nel caso di anziani è gioco forza che tutto quello che entra, se sono in struttura, viene praticamente girato alla struttura.

Avete un ulteriore compito, quello di interfacciarvi con gli Enti: ad esempio il Comune, dovrà intervenire laddove l'amministratore di sostegno mi spiega che la persona amministrata ha l'accompagnamento e l'invalidità, ma ha una retta che determina la mancanza di 1100€ e che ho i requisiti per avere il contributo del Comune.

Sono sempre io ADS (Amministratore Di Sostegno) che devo preparare la documentazione ISEE necessaria per chiedere l'integrazione del Comune e questo vale per tutti i contributi. Non dovete andare dal giudice visto che queste incombenze sono già riportate tra ciò che viene indicato come ordinario.

Altre attività veramente rilevanti su persone anziane, ce ne sono poche.

C'è il caso pratico della richiesta in RSA: cosa succede: uno fa una relazione iniziale in cui spiega quelle che sono le esigenze del beneficiario, solitamente la fanno i tecnici, difficilmente il giudice tutelare chiedi al parente di fare una relazione iniziale, si rimanda al rendiconto finale, anche perché vorrebbe dire farvi lavorare e riportare fisicamente la relazione in tribunale.

Se, come nell'ottanta per cento dei casi, c'è la pensione e l'accompagnamento è inutile fare la relazione iniziale.

Altra attività che compete all'ordinaria sono i pagamenti delle persone che assistono il congiunto (per gli anziani il 90% sono badanti) per persone psichiatriche o i disabili possono esserci educatori, possono esserci dei progetti che sono già in essere di accompagnamento al lavoro... può esserci il mondo intero!

Questo è tendenzialmente nel decreto nell'ordinario, per cui dovete farlo rientrare in quelle che sono le spese che il giudice vi autorizza a spendere... e qui torniamo al consiglio che vi davo all'inizio: il budget annuo vi agevola.

Cioè la cosa che deve passare a livello proprio pratico di gestione, nel momento in cui si va in tribunale e si radica l'ADS, fate un quadro più preciso possibile di quelle che sono le spese e le esigenze del vostro congiunto.

Cioè, se ho delle cose che si ripetono in automatico anno per anno e costano 100, lo dico già!

Perché altrimenti veramente la ricaduta è che per ogni somma che va al di là della cifra pattuita si va dal giudice e non ci si può fare nulla su questo!

Per tirare le somme, possiamo finire con il rendiconto... che tanto spaventa.

Allora il rendiconto, se non ci sono grandi patrimoni, può essere che venga anche chiesto biennialmente.



Non è una cosa comoda; sembra molto bello sulla carta, ma poi a livello pratico vi condiziona la tenuta della contabilità per due anni consecutivi ed è un attimo perdersi dei pezzi!

Per cui l'ordinario che sembra pesante annualmente è più agevolante perché ogni anno chiudo la gestione e sono a posto così.

In linea di massima le spese inferiori ai 200€ possono essere senza giustificativo.

Questo perché, per le persone che, come dicevo prima, sono a casa, se dobbiamo tenere tutti gli scontrini (p.es. Quelli del caffè) dovremmo fare dei rendiconti che sono pacchi alti così!

Se privilegiamo i pagamenti tracciati (Bonifici) abbiamo veramente un vantaggio incredibile, perché non facciamo altro che stampare gli estratti conti e avere direttamente il rendiconto.

Per cui, so che inizialmente è difficile, usate pochissimo il contante; perché il contante espone voi a delle difficoltà di identificazione e magari, non vi fa tornare il rendiconto per delle cifre che poi sono state spese per prendere il gelato! Per cui: tutto quello che potete, pagatelo con bonifico bancario e tutto quello che va in gestione normale della vita quotidiana pagatelo con la ricaricabile; in questo modo avete il quadro preciso e nessuno vi può fare contestazioni e.... tornano i conti alla fine

L'Home Banking.

Allora a noi professionisti fa comodo effettivamente.

I tribunali su questa posizione sono allineati nel concederlo.

Il problema non è tanto il Tribunale perché, se voi chiedete l'Home Banking per operare in modo più agevole nei confronti del vostro congiunto, ve lo concede, ma la banca

Anche qui un consiglio: prima di attivare l'amministratore di sostegno sentite il vostro funzionario di banca e chiedete: "Fino ad ieri ho operato con l'Home Banking, Se faccio l'ADS, me lo fate fare comunque? se no cambio banca"

L'Home Banking non vi dà alcuna problematica, cioè pagate con bonifico bancario, pagate addirittura meglio i bonifici, perché hanno delle commissioni molto più basse a vantaggio del beneficiario e gestite da casa tutta quella che è la gestione patrimoniale del vostro congiunto.

Se il soggetto è in una casa di sua proprietà, vive da solo deve avere le utenze tutte domiciliate; cioè non mettetevi nel girone infernale dei bollettini in posta, perché dovete tenere il cartaceo e produrlo comunque nel rendiconto annuo.

Tutto quello che può agevolare è la gestione bancaria: perché se voi avete domiciliato tutte le udienze anche a livello di rendiconto siete facilitati.

Nota bene che il tribunale non vi chiede tutte le bollette dell'anno, ma vi chiede un conteggio di quello che è stato speso e una bolletta identificativa per utenza: una dell'acqua, una del gas eccetera...

Se avete la domiciliazione bancaria è giocoforza che con una stampata avete finito il lavoro.

Per cui con forza vi diciamo: attivate tutto quello che può aiutarvi nel rendere più agevole possibile la missione.

Nello **straordinario** sicuramente c'è tutta la parte sanitaria perché effettivamente, oltre ad una laconica riga in cui si dice che l'amministratore di sostegno è demandato all'assistenza e alla cura della persona, nulla c'è. Per cui, a livello di consenso informato, quella è una attività che va fatta di nuovo dal giudice.



Questo è quanto.

[Cliccare qui per vedere gli atti dell'incontro relativo all'Amministratore di Sostegno \(audio, slides e testo degli interventi\)](#)

Conclusione

Il mondo è un posto pericoloso, non a causa di quelli che compiono azioni malvagie ma per quelli che osservano senza fare nulla.

ALBERT EINSTEIN



Sommario Dettagliato

Premessa	7
Capitolo 1: L'incontro-scontro tra le famiglie e i disturbi psichiatrici	9
Se un membro della famiglia palesa comportamenti strani	9
Come comportarsi in caso di "crisi"	13
A casa... ..	13
Arrivo in pronto soccorso (P.S.)	14
Visita del medico psichiatra	14
In caso di ricovero	14
Dimissioni precoci (4/5 giorni).....	15
Qualche consiglio finale.....	16
Capitolo 2: I Gruppi di Auto Mutuo Aiuto	17
I Gruppi A.M.A.	17
Introduzione.....	17
Che cos'è l'AMA	17
A cosa serve l'AMA.....	17
Obiettivi dell'AMA.....	19
Le caratteristiche dei gruppi AMA.....	19
Tipologie dei gruppi AMA di Giulia e Matteo	20
Il ruolo del facilitatore	20
I valori dell'AMA.....	20
Le regole del gruppo AMA	20
Il facilitatore nel gruppo AMA.....	21
L'AMA e le famiglie	21
L'AMA e la formazione	22
L'AMA, le reti sociali e i servizi	22
La Privacy nei gruppi A.M.A. e in associazione.....	23
Che cosa si intende col termine privacy?	23
Ma noi cosa c'entriamo con la privacy?.....	23
La gestione della privacy in associazione: il problema dei dati sensibili.....	24
I soci	24
I membri dei gruppi specialistici.....	24
I destinatari delle news (news da Giulia e Matteo).....	25
I diritti degli interessati.....	25
Responsabilità.....	25



<i>Ulteriori approfondimenti.....</i>	26
<i>La privacy durante i corsi.....</i>	26
<i>La privacy nei gruppi A.M.A.....</i>	26
Capitolo 3: I Disturbi mentali	29
I disturbi mentali – Parte Prima	29
<i>Introduzione.....</i>	29
<i>Esame delle condizioni mentali o Esame psichico.....</i>	30
<i>La percezione e i suoi disturbi</i>	30
<i>Il pensiero e i suoi disturbi</i>	31
I disturbi mentali – Parte Seconda.....	33
<i>I disturbi mentali.....</i>	33
<i>Psicosi.....</i>	34
<i>Schizofrenia</i>	35
<i>Schizofrenia e rischio suicidario.....</i>	37
<i>Nevrosi</i>	37
<i>Disturbi dell'umore.....</i>	39
<i>Disturbi della personalità.....</i>	41
<i>Cluster A</i>	41
<i>Cluster B</i>	41
<i>Cluster C</i>	42
Terapie farmacologiche per il trattamento dei disturbi psichici: benefici ed effetti collaterali.....	43
<i>Cenni Storici.....</i>	43
<i>Le malattie psichiatriche.....</i>	43
<i>Le "cure"</i>	43
<i>L'epoca dei farmaci</i>	44
<i>Gli psicofarmaci</i>	45
<i>Psicofarmaci STABILIZZATORI DELL'UMORE</i>	49
<i>Antipsicotici o neurolettici</i>	51
<i>TAVOLA RIASSUNTIVA</i>	57
Capitolo 4: Il laboratorio	59
Ruolo del Laboratorio: monitoraggio dei farmaci	59
<i>Scopi del laboratorio</i>	59
<i>Il referto di laboratorio: caratteristiche, intervalli di riferimento, genesi del referto</i>	59
<i>Concetti di statistica. Il "ciclo produttivo" del laboratorio</i>	60
<i>Farmacologia: definizione e applicazione in laboratorio.....</i>	63



<i>Farmacodinamica e Farmacocinetica</i>	63
<i>TDM: cenni al meccanismo d'azione dei farmaci, recettori, indice terapeutico</i>	64
<i>Therapeutic Drug Monitoring (TDM Monitoraggio farmaci)</i>	64
<i>Meccanismo di azione dei farmaci</i>	65
<i>Farmaci neurolettici: meccanismo d'azione, potenziali effetti collaterali, cenni a metodi di dosaggio</i>	65

Capitolo 5: Lo psicologo71

Lo psicologo e gli stili comunicativi	71
<i>Introduzione</i>	71
<i>Chi è lo Psicologo?</i>	71
<i>Legge n. 56/89</i>	71
<i>Mansioni dello psicologo</i>	71
<i>I compiti dello psicologo</i>	71
<i>Quali sono i tipi di psicologia?</i>	72
<i>Differenze tra psicologo, psichiatra e psicoterapeuta</i>	72
<i>I disturbi mentali</i>	73
<i>La famiglia del paziente psichiatrico</i>	73
<i>Quali possibilità di supporto per i familiari del paziente schizofrenico?</i>	75
<i>L'Emotività Espressa (EE) nel contesto famiglia e l'intervento psicoeducativo</i>	76
<i>L'intervento psicoeducativo</i>	77
<i>I cinque meccanismi comunicativi da evitare con il paziente e con i familiari</i>	78

Capitolo 6: Neuropsichiatria.....81

La Neuropsichiatria Infantile	81
--	----

Capitolo 7: Diagnosi Multiple83

Diagnosi plurime: Tre contributi su Disabilità intellettiva associata a disturbo psichiatrico	83
<i>Primo contributo: Dott. Gianluigi Mansi</i>	83
<i>Secondo contributo: Dott.ssa Silvana Mazzoleni</i>	86
<i>Terzo contributo: Dott.ssa Alessandra Viganò</i>	87
Diagnosi plurime: Un contributo su Dipendenze e disturbi psichici	91

Capitolo 8: Una parzialissima occhiata sulla mente umana.....93

Che cosa sono i neuroni?	93
<i>Premessa</i>	93
<i>Che cosa sono i Neuroni</i>	94
<i>Caratteristiche dei Neuroni</i>	94
<i>Corpo cellulare o soma</i>	95
<i>Dendriti e sinapsi</i>	95



<i>Assone:</i>	95
<i>Tipologie di neuroni</i>	97
<i>Neuroglia</i>	98
<i>Tipi di segnali presenti nei neuroni</i>	98
<i>La trasformazione da segnale graduato a potenziale di azione e viceversa</i>	99
<i>Da segnale graduato a potenziale di azione</i>	99
<i>Da Potenziale di Azione a Segnale Graduato</i>	101
<i>Piccolo riassunto</i>	102
<i>Memoria ed apprendimento</i>	103
<i>Divagazione Conclusiva</i>	104
<i>Riferimenti bibliografici e ai siti</i>	106
Aspetti biologici ed epigenetici nelle malattie neuropsichiatriche	107
<i>Introduzione</i>	107
<i>Relazione</i>	107
Capitolo 9: Misure per la protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia	109
Introduzione all'Istituto dell'Amministratore Di Sostegno	109
Amministratore di Sostegno.....	109
<i>Introduzione</i>	109
<i>Premessa</i>	109
<i>Primo Rappresentante dell'Associazione ANITA</i>	109
<i>Secondo rappresentante della Associazione ANITA</i>	116
Conclusione	122
Sommario Dettagliato	123





Associazione



Giulia e Matteo

Per il supporto dei familiari di persone con disturbi in ambito psichiatrico

Una finestra aperta sulla speranza