

Salute mentale e giovani rischia un ragazzo su due

La salute mentale di un ragazzo su due è a rischio. E dal 2021 al 2023 i tentativi di suicidio sono aumentati del 75%. Nella mappa dell'emergenza di cui non si parla abbastanza Napoli e la Campania hanno un posto in prima linea. Anzi. «Mi riconosco pienamente in questi dati. Piuttosto direi che ci troviamo di fronte ad un tendenziale aumento. Non sono abituata a fare allarmi, ma la situazione è grave». Lo dice con tono fermo Luisa Russo, a capo del Dipartimento di salute mentale dell'Asl NaI. «Tutto questo ci ha trovati sprovvisti, non abbiamo gli strumenti perché dobbiamo riconoscere sintomi nuovi. Ci dobbiamo confrontare con varie forme di depressione. Tentativi di suicidio, o purtroppo gesti riusciti, che si manifestano inizialmente in forme diverse. Si tratta di sofferenze, in età infantile e adolescenziale non mi piace parlare di patologie cliniche, che si presentano soprattutto nella fase di passaggio dall'infanzia all'adolescenza, quando cambiano regole e punti di riferimento» dice la dottoressa, che dirige una struttura dove arrivano dai bambini agli adulti partendo da una specializzazione in neuropsichiatria infantile. E non è un caso. «Il nostro principale sforzo è arginare questo fenomeno» dice. A Napoli e nella sua provincia sono in aumento anche le famiglie e i ragazzi che chiedono aiuto. Lo riscontra ogni giorno Claudio Zullo, direttore di

Depressione, tentativo di suicidio, sofferenze adolescenziali, ansia da social. Allarme a Napoli e in Campania

di MARIELLA PARMENDOLA

Unità Operativa di Psicologia Clinica: «Assistiamo a sofferenze in aumento esponenziale. Napoli è in linea con i dati nazionali, che descrivono una situazione estremamente complessa. Tanti i ragazzi che si rivolgono allo psicologo. Crisi adolescenziali che si traducono in disturbi alimentari sono all'ordine del giorno, ma anche attacchi di panico e problematiche di tipo sessuale». Una fotografia in nero, dai tratti complessi, che gli esperti stanno decodificando. «I ragazzi che si rivolgono a noi sono disorientati, privi di un orizzonte di futuro verso cui tendere e crescono in famiglie deboli, spesso divise. Una realtà assai variegata su cui il Covid

ha avuto un effetto quantitativo, non qualitativo. Diciamo che ha fatto da acceleratore» spiega Zullo.

E lo dimostrano, dati alla mano, i risultati di un lavoro di cui si discuterà nell'ambito del tredicesimo congresso della Società Italiana di Psichiatria Biologica, che si tiene a Napoli dal 25 al 28 ottobre e di cui è presidente il professore Mario Maj, per fare il punto sulle novità riguardanti la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali. Nel recente studio pubblicato su World Psychiatry, di cui è Editor May, si rintracciano le cause di questo aumento di casi in un fenomeno di natura ben più strutturale rispetto al Covid. Gli aumenti più marcati dei disturbi mentali si osservano nei giovani (18-24 anni), negli studenti, e nelle persone che abitano in ambiente urbano. Causati dalla disoccupazione sempre più diffusa, che precarizza l'aspettativa di futuro, di pari passo con l'aumentata pressione ad avere successo nella vita, e l'impatto dei social media. Centomila i ragazzi che vivono isolati, senza alcuna interazione sociale con il resto del mondo. Spesso l'unica porta sulla realtà è aperta tramite il web. Il che rappresenta l'altra faccia del problema. Secondo una ricerca commissionata dalla Presidenza del Consiglio questi studenti, tra 11 e 17 anni, presentano caratteristiche compatibili con una dipendenza dai social con maggior probabilità di sviluppare ansia sociale.





Lecture Plenary

- D.J. Stein** Caratterizzazione clinica e personalizzazione degli interventi in psichiatria
- J. Torous** Sviluppi e sfide della *digital mental health*: modelli, evidenze ed applicazioni cliniche
- C.U. Correll** Terapie farmacologiche nelle psicosi: attualità e prospettive
- R.S. McIntyre** Terapie farmacologiche nei disturbi dell'umore: attualità e prospettive
- S.C. Hayes** Le psicoterapie di nuova generazione: quali sono i loro percorsi di cambiamento comuni?
- T. Wykes** La *cognitive remediation* funziona: ma come la mettiamo in atto?
- P.D. McGorry** Nuovi progressi della prevenzione e dell'intervento precoce nelle patologie mentali gravi
- J. Firth** Il ruolo dei fattori relativi allo stile di vita nella prevenzione e nel trattamento dei disturbi mentali
- M.S. George** Nuovi sviluppi e prospettive future degli interventi di neuromodulazione in psichiatria
- J.F. Clarkin** Approcci terapeutici attuali e in via di sviluppo nei disturbi di personalità
- S. Johnson** Modelli innovativi di assistenza nelle crisi psichiatriche acute
- G. Thornicroft** Modelli contemporanei di *community mental health care*

Presidente: Prof. Mario Maj (Napoli)

Segreteria Organizzativa: Duerre Congressi (<https://duerrecongressi.com/sipb-2023>)



Scarica qui il programma

la Repubblica 12 OTTOBRE 2023 L'ASSISTENZA 5

Case salute addio sono in arrivo le Case comunità

Il modello assistenziale per i pazienti cronici non è mai partito in Campania. Il nuovo piano prevede con i fondi Pnr (360 mln, già tagliati del 10%) anche gli ospedali di comunità

di RAFFAELE SARDO

Doveva essere un modello assistenziale-organizzativo capace di dare tutto il supporto necessario al paziente cronico, ma la Casa della Salute, nella forma in cui è nata ed è stata organizzata in alcune regioni del nord (Toscana, Emilia Romagna e Veneto), in Campania non c'è mai arrivata.

Ora, però, grazie anche ai fondi del Pnr, c'è un'ulteriore evoluzione che si sta facendo strada nella sanità e riguarda tutte le regioni d'Italia: «Il nuovo modello - fanno sapere dagli uffici regionali della Campania - è quello previsto dal "Contratto Istituzionale di Sviluppo" (Cis) sottoscritto da De Luca a maggio del 2022 con il Ministero della Salute. Il Cis prevede che nei prossimi anni la sanità territoriale avrà tre nuovi presidi: le Case della Comunità, luoghi di prossimità per garantire assistenza primaria ai cittadini e gli Ospedali di Comunità, piccole strutture con 20 posti letto per dare accoglienza intermedia tra il ricovero a casa e quello in ospedale, e, inoltre, le Centrali Operative Sanitarie (Cos), a cui tutti si dovranno rivolgere per organizzare i percorsi di presa in carico del paziente.

Il Pnr prevede per la Campania 200,7 milioni di euro, su 3 miliardi complessivi, per ospedali e case della comunità. Nello specifico, 249,7 milioni di euro per la creazione di 172 case della comunità, di cui 87 hub, ovvero quelle principali che erogano servizi di assistenza primaria, attività specialistiche e diagnostica di base, e 85 "spoke", il 49% del totale, che offrono solo servizi di assistenza di base. Per quanto riguarda gli ospedali di comunità, sono 48 quelli previsti nella regione, per un importo complessivo di quasi 110 milioni di euro. Sono 63, invece, le sedi di Centrali Operative Territoriali per un importo di circa 22 milioni di euro. Le risorse dovranno essere spese entro il 2026 e l'incasso avviene solo dopo l'avvenuta esecuzione e il relativo rispetto del cronoprogramma.

La Regione
Palazzo Santa Lucia sede della Regione Campania. De Luca ha protestato contro il governo per i tagli previsti per realizzare le Case della Comunità

Ma la rimodulazione del Pnr effettuata dal Governo ha portato ad una modifica al ribasso di questi numeri con un taglio che si aggira intorno al 10 per cento. Tanto che Vincenzo De Luca, in una delle sue consuete dirette video, ha criticato aspramente il governo perché «La Campania - ha detto - è la regione che avrebbe dovuto realizzare più case di comunità e adesso siamo di fronte a una decisione del governo che ci taglia di una cinquantina di unità il numero delle case di comunità da realizzare».

«Ma una volta pronti i contenitori - dice Vincenzo Iodice, Direttore Sanitario dell'Asl Caserta - avremo il problema di medici e infermieri. C'è una carenza di personale sanitario e dei medici di medicina generale». In Campania, al 31 dicembre del 2021, il numero di medici e infermieri per mille abitanti è inferiore alla media nazionale: 6033 i medici (1,7 ogni 1000 abitanti), 88.997 gli infermieri (3,4 ogni 1000 abitanti) su una popolazione censita di 5.024.420 persone.

I nonni ascoltano i nipoti.

Cisas ti aiuta ad ascoltarli meglio.

OTTOBRE Festa dei Nonni

TORNIAMO A SENTIRE BENE CON CISAS.
Prevenire l'insorgere dell'ipoacusia, o il suo peggioramento, è importante per mantenere un'ottima qualità della vita, riducendo i rischi correlati al declino cognitivo.

Con Cisas troverai:

- Profilo e allineamenti in Tecniche Audioprotesiche complete 10 anni di esperienza
- Attività specializzata con oltre 100 tecnici esperti
- Strumentazione all'avanguardia e certificata.
- Percorsi riabilitativi personalizzati e su misura per le esigenze del paziente.

PRENDITI CURA DEL TUO UDIRTO OGGI. PREVENI ORA NEI NOSTRI CENTRI UN TEST DELL'UDITO GRATUITO TEL. 081 051 1500

CISAS SENZA LE DISTINZIONI

LA PRECISIONE DELLA TECNOLOGIA, LA CURA DEI MEDICI E LA PASSIONE DEL NOSTRO PERSONALE: il nostro impegno per la tua salute ci prendiamo cura di te

**RADIOLOGIA
CARDIOLOGIA
ANALISI CLINICHE
VISITE SPECIALISTICHE**

salus

MIANO, NAPOLI • 081 543 32 21 www.diagnosticasalus.it

Bulimia nervosa e anoressia: donne a rischio

Si tratterà di questi disturbi nel tredicesimo congresso nazionale di Psichiatria biologica che si terrà a Napoli. Focus sugli eccessi alimentari, il "binge eating disorder"

di GIUSEPPE DEL BELLO

Ogni anno, in Campania si registrano all'incirca 240 nuovi casi di anoressia nervosa e 300 di bulimia nervosa: è la maglia nera che penalizza le donne. Va molto meglio ai maschi che, secondo le stime, sempre in merito agli stessi disturbi, si attestano su cifre comprese tra 23 e 30/35 nuovi casi all'anno. Anoressia e bulimia nervosa si stanno rivelando in aumento soprattutto negli uomini. In entrambi i sessi inoltre questi disturbi esordiscono sempre più spesso prima dei 15 anni.

All'anoressia e alla bulimia nervosa si aggiunge poi il binge eating disorder, il più frequente dei disturbi dell'alimentazione, con una frequenza lifetime cioè, nel corso di tutta la vita del 3,5% nelle donne e del 2% negli uomini.

Ma poi cos'è, al di là del termine tecnico, questo binge eating disorder? Nient'altro che una condizione caratterizzata da abbuffate senza pratiche di compenso. Che vuol dire lasciarsi andare a pasti superabbondanti non seguiti dal vomito o dal ricorso a lassativi o diuretici, per cui si va incontro ad un aumento di peso. Per identificare, trattare e prevenire le conseguenze dei disturbi dell'alimentazione, la Regione ha messo in piedi, già da 5 anni, una "rete assistenziale pubblica", esclusivamente dedicata a questi disturbi, e coordinata dal Centro di riferimento regionale nel dipartimento di Psichiatria dell'Università Vanvitelli. Parliamo di un insieme di strutture aperte all'utenza della Campania per i 4 livelli previsti dalle linee guida internazionali: Terapia ambulatoriale specialistica; Terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno; Ospedalizzazione residenziale e Ricovero ordinario; Internistrico o psichiatrico. Ovviamente va osservata una precisa metodologia. Nell'ambulatorio specialistico, il primo passo è rappresentato dalla valutazione psicopatologica e dello stato di nutrizione, nonché dalla verifica della presenza di complicanze fisiche. Il secondo step consiste nel motivare il sog-



Da cinque anni per trattare e prevenire le conseguenze di queste patologie attiva una "rete assistenziale pubblica"

Il congresso nazionale di Psichiatria biologica si terrà a Napoli dal mercoledì 25 al sabato 28 ottobre 2023

getto ad intraprendere la cura. Il successivo è l'avvio di una psicoterapia validata dalla ricerca, a cui devono accompagnarsi l'intervento nutrizionale, l'approccio psicoeducativo mirato al rapporto del paziente con genitori o partner, e il trattamento delle complicanze fisiche. Seguiranno in dettaglio la spiegazione del professor Maj: «Nell'anoressia nervosa, la terapia basata sulla famiglia (modello dei Maudsley hospital di Londra) permette di ottenere la remissione in circa il 50%

Direttore Mario Maj direttore del Centro di Salute mentale e organizzatore del convegno

dei pazienti giovani con meno di tre anni di malattia. Negli altri casi, può trovare indicazione la psicoterapia cognitivo-comportamentale. Quest'ultima affronta sia i principali comportamenti (restrizione alimentare, episodi bulimici, esercizio fisico eccessivo, controllo del corpo) sia i più significativi processi cognitivi (eccessiva valutazione di peso e forma del corpo) che caratterizzano la malattia». Nella bulimia nervosa trova applicazione una variante della terapia cognitivo-comportamentale, grazie alla quale si ha la remissione nei due terzi dei pazienti che completano il trattamento. «Un'alternativa valida è la psicoterapia interpersonale», continua Maj. «Una forma adattata di terapia cognitivo-comportamentale è l'intervento cardiaco anche per il binge eating disorder. Il ruolo dei farmaci invece è limitato al controllo delle abbuffate, al trattamento delle patologie psichiatriche associate e alla gestione delle complicanze fisiche».

Il trattamento ambulatoriale intensivo (centro diurno) è indicato in quei soggetti che con la sola terapia ambulatoriale standard non ce la fanno a modificare le loro abitudini alimentari. Come si realizza? Il percorso prevede che il paziente venga assistito da un operatore durante i pasti, per superare gli ostacoli che gli impediscono l'assunzione adeguata di nutrienti. A seguire, andranno attivati una psicoterapia individuale e una serie di incontri con il nutrizionista e con i familiari. E infine, il capitolo della prevenzione, che si basa sulla stretta collaborazione tra operatori sanitari, politici, media, scuole, industria alimentare e della moda. «È documentata - sottolinea il professore - l'efficacia dei programmi scolastici di terza generazione, in cui alla componente informativa vengono associati incontri multimediali in piccoli gruppi, condotti da professionisti e focalizzati sull'accettazione del corpo. «È poi fondamentale la diagnosi precoce, attraverso la sensibilizzazione degli insegnanti e delle famiglie (anche mediante siti specifici, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta). Ma l'azione della rete non è esente da rischi: «Tanto che oggi c'è un consenso diffuso sulla necessità di intervenire sia sulle fonti pseudo-scientifiche che utilizzano i media per divulgare indicazioni terapeutiche non corrette, sia su questi siti web che incentivano condotte alimentari estreme e che esaltano il fascino della magrezza».

RELATORI
I pionieri degli interventi terapeutici. Tra i relatori del Congresso nazionale di Psichiatria biologica sono diversi i nomi dei principali interventi terapeutici in psichiatria. L'americano C. Correll è il canadese R. McIntyre sono tra i principali esperti mondiali del trattamento farmacologico dei disturbi psicotici e dell'umore. L'americano S. Hayes è il massimo esperto delle psicoterapie cognitive-comportamentali di terza generazione. L'australiano P. McGorry è stato l'incisore dell'approccio integrato agli esordi psicotici. Gli inglesi T. Wykes e G. Thornton sono tra i pionieri degli interventi psico-sociali nelle psicosi e della psichiatria di comunità. L'americano J. Torous è uno dei principali studiosi della digital mental health. L'inglese J. Firth è stato tra i primi ad occuparsi del ruolo dello stile di vita nel trattamento dei disturbi mentali.



IL CONGRESSO NAZIONALE 2023

Psichiatria, le innovazioni nella terapia



Dal 25 al 28 al Royal specialisti a confronto coordinati da Mario Maj. Tra i temi: trattamenti personalizzati, nuovi farmaci, antidepressivi e la "mindfulness"



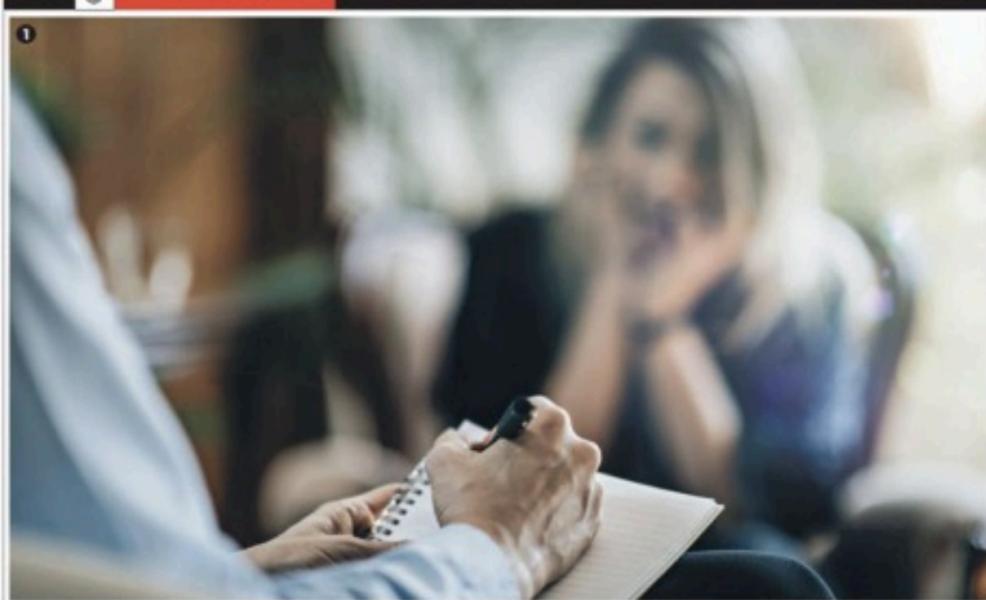
Esperto: C. Correll, uno degli esperti psichiatrici che parteciperà al convegno. Pioniere: Patrick McCorry, pioniere dell'intervento psico-sociali nei disturbi psicotici

Società Italiana di Psichiatria Biologica: Federazione numero 13 del congresso nazionale si terrà a Napoli da mercoledì 25 a sabato 28 all'Hotel Royal-Continental. Anche stavolta, come in passato, gli è stato attribuito un titolo breve ma eloquente: "Treatments in Psychiatry 2023". In sintesi, il congresso farà il punto sugli interventi terapeutici validati dalla ricerca per tutti i disturbi mentali, e su come utilizzarli al meglio. Il fulcro intorno al quale ruoteranno molti contributi è la personalizzazione del trattamento, basata sulla caratterizzazione clinica del singolo caso, al di là della diagnosi. Tra i nuovi farmaci, particolare attenzione sarà dedicata agli antidepressivi che agiscono attraverso un meccanismo d'azione multimodale, e agli antipsicotici di terza generazione. Sul versante psicoterapeutico, saranno

discusse le nuove psicoterapie cognitivo-comportamentali, come la mindfulness-based therapy. Tra gli interventi psicocibici, verrà illustrato il social skills training (addestramento o riaddestramento alle abilità sociali di vario tipo), insieme agli interventi di "rimedio cognitivo" e di supporto alle famiglie. Sull'angolo poi tra le pagine del programma si scopre che tra gli argomenti di appeal spiccano le nuove tecniche di neurostimolazione e l'applicazione delle tecnologie digitali nella caratterizzazione clinica dei soggetti con disturbi mentali, nel monitoraggio del decorso della loro patologia e nell'intervento psicoterapeutico. Ma il ventaglio dei contributi comprende anche sessioni ad hoc sui cosiddetti fattori "aspecifici" che condizionano l'esito delle terapie. Tra questi, la relazione paziente-terapeuta, le dinamiche familiari e il contesto so-

cio culturale. Una miriade di trattamenti e gli sviluppi dei vari settori della psichiatria. Ma nel congresso presieduto dal professor Mario Maj è in agenda anche uno spazio dedicato all'organizzazione dell'assistenza psichiatrica, dove verranno analizzate le nuove prospettive della prevenzione e dell'intervento precoce, e lo stato dell'arte della disponibilità di farmaci e psicocibici. Altro tema centrale sarà la "relazione bi-direzionale" tra alcuni disturbi mentali e alcune patologie fisiche. Saranno messe a fuoco le comorbidità più frequenti e le strategie disponibili per prevenirle ed affrontarle. In sintesi, il congresso offrirà ai professionisti della salute mentale, ma anche ai pazienti e ai loro familiari, un panorama completo di quella che è oggi una terapia psichiatrica veramente avanzata.

giuseppe del bello



Borderline, donne più colpite dai disturbi della personalità

Il quadro clinico si presenta con tante sfaccettature: relazioni interpersonali instabili, accentuata impulsività, comportamenti autolesionistici

autolesionistici ricorrenti (ad esempio, tagliarsi o bruciarsi, fino a tentativi di suicidio). E ancora sforzi disperati per evitare un abbandono reale o immaginario, sentimenti persistenti di vuoto, difficoltà a controllare la rabbia, presenza transitoria di ideazione persecutoria o di strioni dissociativi (sensazione di estraneità riguardante la propria persona) nelle situazioni stressanti.

Ma in psichiatria la diagnosi differenziale è a volte difficile. È frequente infatti che il disturbo di personalità borderline venga confuso con il ben più noto disturbo bipolare. «I pazienti vengono quindi trattati farmacologicamente - avverte Maj - mentre l'intervento farmacologico nel disturbo borderline è giustificato solo in presenza di altre manifestazioni psichiatriche»

guida spericolata, abuso di sostanze, abbuffate, uso irresponsabile del denaro. «Le persone che soffrono di questo disturbo hanno anche un rischio maggiore rispetto alla popolazione generale di una serie di malattie fisiche: tendinite, metaboliche, respiratorie, cardiovascolari, infettive» - aggiunge il professore - Tutto ciò rende il disturbo di personalità borderline una condizione di grande rilevanza dal punto di vista della salute pubblica. Durante le sessioni congressuali si parlerà anche delle modalità attraverso cui promuovere la conoscenza di questo disturbo, non solo nell'ambito della medicina generale e specialistica, ma anche a livello della popolazione generale.

Sui fattori di rischio per il disturbo di personalità borderline si sta concentrando un'attesa attività di ricerca. Si ritiene oggi che abbia un ruolo importante l'interazione tra le esperienze di abuso fisico, sessuale o emotivo in età infantile ed una predisposizione genetica (prevalentemente non specifica) condivisa con altri disturbi mentali, in particolare quelli dell'umore e psicotici. «I soggetti con questo disturbo - sottolinea Maj - vanno spesso incontro successivamente ad esperienze di vittimizzazione nelle relazioni sentimentali o di bullismo, per cui si genera un circolo vizioso. La prevenzione e la gestione del disturbo di personalità borderline dovrebbero essere quindi affrontate in una prospettiva socio-ecologica, che verrà delineata durante il congresso». «Il disturbo di personalità borderline richiede un'approccio psicoterapeutico specialistico. Gli approcci sperimentati, modellati su quelli abitualmente messi in atto nei pazienti psicotici, non solo risultano inefficaci, ma possono essere controproducenti. Col risultato di rafforzare l'allungamento manipolatorio dei pazienti. Le due tecniche psicoterapeutiche con la più solida evidenza di efficacia sono la terapia comportamentale dialettica e la terapia basata sulla mentalizzazione, di cui è stato documentato l'impatto significativo sui sintomi del disturbo, sul funzionamento sociale, e sul comportamento suicidario e autolesionistico».

Borderline, letteralmente linea di confine. Una parola entrata nell'uso comune, ma che in effetti trae origine dall'universo scientifico. In particolare dalla psichiatria. In cui il termine serve ad identificare un disturbo di personalità non raro (prevalenza nella popolazione generale stimata tra lo 0,7 e il 2,7%), ma spesso non riconosciuto e non correttamente trattato. Sono queste le ragioni per le quali nel congresso della Società Italiana di Psichiatria Biologica questo disturbo di personalità sarà oggetto di attenzione e di analisi, mirate alla diagnosi e all'intervento terapeutico personalizzato.

Il quadro clinico di questo disturbo, più frequente nelle donne e ad esordio precoce nei giovani adulti, presenta tante sfaccettature. Che includono relazioni interpersonali intense ma instabili con alternanza tra gli estremi dell'idealizzazione e della svalutazione, un'instabilità dell'immagine di sé, un'accentuata impulsività e comportamenti

autolesionistici ricorrenti (ad esempio, tagliarsi o bruciarsi, fino a tentativi di suicidio). E ancora sforzi disperati per evitare un abbandono reale o immaginario, sentimenti persistenti di vuoto, difficoltà a controllare la rabbia, presenza transitoria di ideazione persecutoria o di strioni dissociativi (sensazione di estraneità riguardante la propria persona) nelle situazioni stressanti. Ma in psichiatria la diagnosi differenziale è a volte difficile. È frequente infatti che il disturbo di personalità borderline venga confuso con il ben più noto disturbo bipolare. «I pazienti vengono quindi trattati farmacologicamente - avverte Maj - mentre l'intervento farmacologico nel disturbo borderline è giustificato solo in presenza di altre manifestazioni psichiatriche»

Il disturbo di personalità borderline è una condizione di grande rilevanza dal punto di vista della salute pubblica. Durante le sessioni congressuali si parlerà anche delle modalità attraverso cui promuovere la conoscenza di questo disturbo, non solo nell'ambito della medicina generale e specialistica, ma anche a livello della popolazione generale. Sui fattori di rischio per il disturbo di personalità borderline si sta concentrando un'attesa attività di ricerca. Si ritiene oggi che abbia un ruolo importante l'interazione tra le esperienze di abuso fisico, sessuale o emotivo in età infantile ed una predisposizione genetica (prevalentemente non specifica) condivisa con altri disturbi mentali, in particolare quelli dell'umore e psicotici. «I soggetti con questo disturbo - sottolinea Maj - vanno spesso incontro successivamente ad esperienze di vittimizzazione nelle relazioni sentimentali o di bullismo, per cui si genera un circolo vizioso. La prevenzione e la gestione del disturbo di personalità borderline dovrebbero essere quindi affrontate in una prospettiva socio-ecologica, che verrà delineata durante il congresso». «Il disturbo di personalità borderline richiede un'approccio psicoterapeutico specialistico. Gli approcci sperimentati, modellati su quelli abitualmente messi in atto nei pazienti psicotici, non solo risultano inefficaci, ma possono essere controproducenti. Col risultato di rafforzare l'allungamento manipolatorio dei pazienti. Le due tecniche psicoterapeutiche con la più solida evidenza di efficacia sono la terapia comportamentale dialettica e la terapia basata sulla mentalizzazione, di cui è stato documentato l'impatto significativo sui sintomi del disturbo, sul funzionamento sociale, e sul comportamento suicidario e autolesionistico».

Le difficoltà di accesso alle cure appropriate per il disturbo di personalità borderline saranno un ulteriore tema di approfondimento congressuale.



Giuseppe del Bello

1 Aspetti critici Sono legati alla difficoltà di gestione delle relazioni interpersonali, impulsività e comportamenti autolesionistici

2 I soggetti Il disturbo borderline è più frequente nelle donne. Oltre il 75% dei pazienti tentati al suicidio e circa il 60% muore per suicidio

3 Le cause Ha un ruolo importante l'interazione tra l'esperienza di abuso fisico, sessuale o emotivo in età infantile e una predisposizione genetica

4 La terapia Approccio psicoterapeutico specialistico (terapia comportamentale dialettica, terapia basata sulla mentalizzazione)

5 L'esistenza Una donna dello psichiatra. Sono le più colpite dal disturbo borderline spesso non riconosciuti e non trattati correttamente

6 I disturbi Il 75% dei pazienti con disturbo borderline prova tentati al suicidio

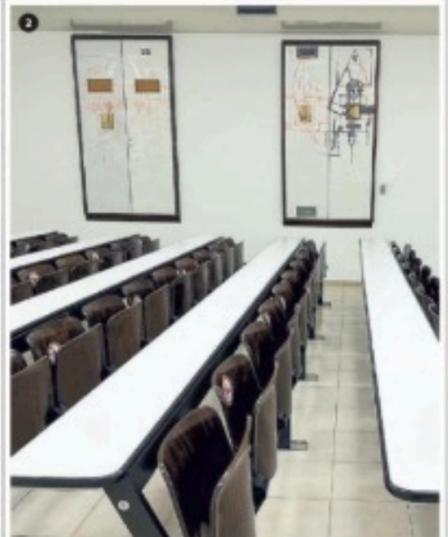
Schizofrenia una rete di assistenza per i pazienti

di GIUSEPPE DEL BELLO

Nel dipartimento di Psichiatria della Vanvitelli è attivo il centro pilota per gli esordi psicotici dei giovani. Nella struttura è disponibile la gamma di interventi farmacologici, psicoterapeutici e psicosociali



1 Il centro Il Dipartimento di salute mentale in via Santa Maria di Costantinopoli diretto dal professor Mario Maj. Nel dipartimento di Psichiatria della Vanvitelli attivo il centro pilota per gli esordi psicotici dei giovani



2 Il punto Digitali Le nuove tecnologie digitali stanno avendo un'importanza crescente nella pratica psichiatrica (digital mental health)

3 Pazienti La caratterizzazione clinica dei pazienti può giovare dall'ecologia momentanea assessment (valutazione in tempo reale delle reazioni emotionali e comportamentali agli eventi della vita quotidiana)

4 Il percorso È possibile un monitoraggio diretto del decorso della patologia attraverso l'individuazione precoce dei segnali di ricidiva degli episodi, nonché dell'ideazione suicidaria. Le tecnologie cognitive comportamentali possono essere oggi attivate anche online.

centri per gli esordi psicotici (cioè, per i pazienti in cui si manifesta il primo episodio della schizofrenia) debbono essere collegati. In rete e con uno di questi che faccia da coordinatore per assicurare una valutazione e una diagnosi accurata. L'intervento deve essere integrato, con una farmacoterapia adeguata (molto attenta ad evitare effetti indesiderati a carico del funzionamento cognitivo e sessuale, nonché l'aumento di peso), una psicoterapia cognitivo-comportamentale personalizzata, un social skills training (addestramento o ri-addestramento alle abilità sociali individualizzate, un'attenzione specifica all'eventuale presenza concomitante di un abuso di sostanze, un programma di promozione della salute fisica, una riabilitazione cognitiva mirata, un sostegno strutturato per la famiglia; un programma di reinserimento scolastico o di avvio ad un'attività lavorativa; un follow-up a lungo termine.

Tutta roba indispensabile perché ci sono cose che non hanno prezzo, recita un vecchio adagio, beni immateriali che anche per la scienza valgono più del denaro. Farmaci e tecnologie avanzate si pagano caro: è vero, ma i cosiddetti costi intangibili di una malattia, per esempio la schizofrenia, sono fuori mercato. Ridotta qualità di vita, conflitti interpersonali ed esclusione sociale rappresentano un vulnus lacerante, sia per i pazienti che per i loro familiari. Da una parte dunque i costi incalcolabili della schizofrenia, dall'altra l'onere economico che grava sulla collettività: secondo le stime si tratta di circa 2,7 miliardi di euro all'anno, di cui il 40,3% è costituito dai costi "diretti" (cioè, correlati alle visite mediche, al ricovero, all'acquisto di farmaci, agli interventi psicosociali) e il 59,7% dai costi "indiretti" (aumentata mortalità, maggior rischio di altre patologie, ridotta produttività di pazienti e familiari). Circa il 40% di tutte le prestazioni sanitarie erogate dal servizio organico di salute mentale sono oggi riconducibili ai pazienti con diagnosi di schizofrenia.

In Italia vivono oggi oltre 300 mila persone affette da schizofrenia. Spiega il professor Maj: «La schizofrenia (alcuni la chiamano oggi "psicosi primaria", per evitare l'uso di un termine che ha acquisito una valenza stigmatizzante nel linguaggio comune) è una malattia caratterizzata da deliri, allucinazioni, eoligo e compromissione disorganizzata, apatia e mancanza di interessi e iniziative». Il picco di esordio di una malattia che assume un decorso cronico o recidivante in circa il 45% dei casi è compreso tra i 20 e i 25 anni, ma si riscontra un numero crescente di casi ad esordio più precoce. Il primo

5 La salute Uno delle sale del Dipartimento di salute mentale. Circa il 40% di tutte le prestazioni sanitarie erogate dal servizio organico di salute mentale sono oggi riconducibili ai pazienti con diagnosi di schizofrenia

In Italia vivono oggi oltre 300 mila persone affette da schizofrenia. Spiega il professor Maj: «La schizofrenia (alcuni la chiamano oggi "psicosi primaria", per evitare l'uso di un termine che ha acquisito una valenza stigmatizzante nel linguaggio comune) è una malattia caratterizzata da deliri, allucinazioni, eoligo e compromissione disorganizzata, apatia e mancanza di interessi e iniziative». Il picco di esordio di una malattia che assume un decorso cronico o recidivante in circa il 45% dei casi è compreso tra i 20 e i 25 anni, ma si riscontra un numero crescente di casi ad esordio più precoce. Il primo

6 In Italia oltre 300 mila colpiti dalla malattia «Alcuni la definiscono psicosi primaria per evitare lo stigma»

mediche, al ricovero, all'acquisto di farmaci, agli interventi psicosociali) e il 59,7% dai costi "indiretti" (aumentata mortalità, maggior rischio di altre patologie, ridotta produttività di pazienti e familiari). Circa il 40% di tutte le prestazioni sanitarie erogate dal servizio organico di salute mentale sono oggi riconducibili ai pazienti con diagnosi di schizofrenia.

In Italia vivono oggi oltre 300 mila persone affette da schizofrenia. Spiega il professor Maj: «La schizofrenia (alcuni la chiamano oggi "psicosi primaria", per evitare l'uso di un termine che ha acquisito una valenza stigmatizzante nel linguaggio comune) è una malattia caratterizzata da deliri, allucinazioni, eoligo e compromissione disorganizzata, apatia e mancanza di interessi e iniziative». Il picco di esordio di una malattia che assume un decorso cronico o recidivante in circa il 45% dei casi è compreso tra i 20 e i 25 anni, ma si riscontra un numero crescente di casi ad esordio più precoce. Il primo

In Italia vivono oggi oltre 300 mila persone affette da schizofrenia. Spiega il professor Maj: «La schizofrenia (alcuni la chiamano oggi "psicosi primaria", per evitare l'uso di un termine che ha acquisito una valenza stigmatizzante nel linguaggio comune) è una malattia caratterizzata da deliri, allucinazioni, eoligo e compromissione disorganizzata, apatia e mancanza di interessi e iniziative». Il picco di esordio di una malattia che assume un decorso cronico o recidivante in circa il 45% dei casi è compreso tra i 20 e i 25 anni, ma si riscontra un numero crescente di casi ad esordio più precoce. Il primo

7 Il punto È possibile un monitoraggio diretto del decorso della patologia attraverso l'individuazione precoce dei segnali di ricidiva degli episodi, nonché dell'ideazione suicidaria. Le tecnologie cognitive comportamentali possono essere oggi attivate anche online.

Il picco di esordio di una malattia che assume un decorso cronico o recidivante in circa il 45% dei casi è compreso tra i 20 e i 25 anni, ma si riscontra un numero crescente di casi ad esordio più precoce. Il primo

8 Il punto È possibile un monitoraggio diretto del decorso della patologia attraverso l'individuazione precoce dei segnali di ricidiva degli episodi, nonché dell'ideazione suicidaria. Le tecnologie cognitive comportamentali possono essere oggi attivate anche online.