

10233 prime visite, pari a una media di 930 prime visite annue. **Risultati:** negli 11 anni di attività analizzati, sono state svolte 2000 e il 2010, per fornire un quadro riassuntivo.

Metodi: si è analizzato il database informatizzato del Servizio di Consulenza Psichiatrica - Psicossomatica presso il Policlinico di Modena, che documenta l'attività svolta dal Servizio tra il

Introduzione: l'ospedale generale è stato il primo e principale "scenario" del ritorno a un contatto della psichiatria con il resto della medicina, promosso dalle riforme realizzate in Italia a partire dalla fine degli anni '70. L'espressione operativa di tale contatto è stata la comparsa di Servizi o attività di Psichiatria di Consultazione e Collegamento (PCC). Alcuni disturbi, tra cui disturbi di personalità, del comportamento alimentare, dipendenze patologiche, disturbi depressivi a prevalente componente somatica e disturbi somatoformi sono quadri clinici frequenti, severi e caratterizzati spesso da ritardo diagnostico e difficile gestione clinica "tradizionale", rispetto i quali la PCC assume un ruolo privilegiato e fondamentale.

S. Ferrari, L. Martire, A. Ghidoni, M. Rigatelli
 UO Psichiatria Ospedaliero-Universitaria Modena Centro,
 Università di Modena e Reggio Emilia

Prevenzione dei disturbi mentali attraverso il collegamento con l'ospedale generale

mentale.

legamento (consulenze, formazioni, ecc.) con i servizi di salute di cura, attraverso il rafforzamento di tutte le metodiche di col-Dinesh Bhugra, nel primo gradino della piramide dei sistemi a modello di Goldberg e Huxley, come di recente rivisto da di tali popolazioni. Tali servizi potrebbero porsi, secondo il no-scimento e nell'accoglimento delle problematiche psico-sociali i servizi sociali, che svolgono spesso un primo filtro nel ricom-palese come sia necessario includere nei sistemi di cura anche culturali e identitarie, come migranti e richiedenti asilo, ha reso ve caratteristiche socio-demografiche e nuove problematiche

Conclusioni: il confronto con gruppi di popolazione con nuova fittacamente la probabilità di drop-out nei pazienti migranti-tori sociali fin dalle prime fasi della presa in cura riduce signi-mo contatto con i servizi sociali. Il coinvolgimento degli operachiatriche sono molto variegati e spesso caratterizzati da un pri-

Risultati: i percorsi di cura dei migranti con problematiche psirapertico. clinico del coinvolgimento degli operatori sociali nel setting te-Verrà inoltre presentato uno studio inteso a valutare l'impatto presso il CSM Ovest di Bologna e di uno studio comparato **Metodo:** verranno presentati i risultati di alcuni studi condotti caratteristiche culturali che ne condizionano i percorsi di cura. ste persone sono portatrici di peculiari bisogni psico-sociali e denti asilo e in costante aumento nel nostro paese. Spesso que-

Introduzione: la presenza delle popolazioni migranti e riche- Istituto di Psichiatria, Università di Bologna; CSM Ovest Ausl Bologna

I. Tarricone, M. Marseglia, S. Panigada, M. Braca,
 M. Nolei, L. Tonit, D. Berardi

Il collegamento tra i servizi sociali e i servizi di salute mentale

Simposi Regolari

verificare se le attività in favore della medicina generale possano agire anche da un punto di vista preventivo.

Metodi: dati sui percorsi di cura dei pazienti inviati dal MMG sono stati raccolti attraverso il Sistema Informatico Territoriale del DSM della AUSL di Bologna. Attraverso l'esame delle cartelle cliniche sono stati poi raccolti dati socio-demografici e clinici inclusa la gravità del quadro clinico (misurata attraverso *Clinical Global Impression Scale*) e la durata di malattia prima del contatto con lo specialista.

Risultati: dopo l'apertura di servizi dedicati, il numero di pazienti inviati dal MMG è incrementato. Come atteso, i casi inviati nell'ambito dell'attività di consulenza risultano meno gravi di quelli che accedono al Servizio di Salute Mentale (CSM). I pazienti inviati al Servizio di Consulenza hanno una durata di malattia inferiore rispetto a quelli che accedono al CSM (81% dei casi hanno durata < 6 mesi vs. 32%, $p < 0,001$). **Conclusioni:** questi dati sembrano suggerire che un'intensa attività di collegamento consente al MMG di inviare allo specialista casi in fase iniziale.

Introduzione: sebbene i familiari rappresentino una delle principali risorse per i pazienti con disturbi mentali gravi, il loro ruolo nell'inizio ai servizi specialistici è stato solo raramente esplorato.

Metodi: sono stati reclutati tutti i pazienti con esordio recente di schizofrenia o di altro disturbo dello spettro psicotico afferenti all'ambulatorio del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN. Il campione è stato suddiviso in due gruppi, con e senza coinvolgimento dei familiari nella prima richiesta d'aiuto. Le differenze tra i due gruppi sono state analizzate mediante analisi della varianza.

Risultati: il campione è costituito da 35 pazienti di sesso maschile (69%), con un'età media di 26 ($\pm 5,7$) anni, single (86%), con un buon livello di istruzione. Il 64% dei pazienti non ha un lavoro, il 96% vive con la famiglia d'origine. I pazienti e i loro familiari fanno risalire l'esordio clinico all'età di 25,1 ($\pm 5,8$) anni.

Nonostante l'inizio ai servizi di salute mentale sia mediato, nel 67% dei casi dai familiari, il loro coinvolgimento ritarda in maniera significativa l'accesso alle cure specialistiche. Infatti, la durata di malattia non trattata, cioè l'intervallo tra l'insorgenza di sintomi prodromici e il primo trattamento adeguato, è $146,6 \pm 143,2$ settimane vs. $127,4 \pm 144,1$; la durata di psicosi non trattata, cioè l'intervallo tra l'insorgenza dei sintomi psicotici e il primo trattamento adeguato, è $38,0 \pm 60$ vs. $16,9 \pm 16,3$; *help seeking delay*, cioè la prima richiesta di aiuto a un qualsiasi operatore sanitario, è $22,2 \pm 50,8$ vs. $2,6 \pm 2,2$.

Conclusioni: i familiari cercano di gestire la malattia del congiunto a casa, ricorrendo ai servizi di salute mentale il più tardi possibile, probabilmente come conseguenza degli elevati livelli di stigma, "vergogna" e ignoranza. Appaiono necessarie campagne di informazione rivolte alla popolazione generale e interventi informativi per i familiari dei pazienti con esordio psicotico.

Il ruolo dei familiari nella prevenzione dei disturbi mentali gravi

A. Fiorillo, D. Ciacco, V. Del Vecchio, M. Luciano,
 G. De Rosa, F. Catapano, M. Mai
 Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Le femmine costituiscono il 56,2% del campione, e l'età media è pari a 55,88 anni (SD = 18,36). Sono i reparti di medicina i principali utilizzatori del Servizio di PCC, con il 45% delle richieste di consulenza. Il 18,2% dei pazienti valutati presentava un'anamnesi psichiatrica già positiva, e il 70,9% soffriva di una o più patologie organiche. Il 65,8% dei pazienti valutati è risultato positivo alla valutazione psichiatrica, e la categoria diagnostica di gran lunga più frequente è quella delle sindromi

da disadattamento con reazione depressiva (15,6%), seguita da quella di depressione (13,3%). La depressione è anche di gran lunga il motivo più frequente di richiesta di consulenza (18,6%). L'invio successivo alla consulenza è per lo più diretto a medico di medicina generale (22,4%) e servizi territoriali (17,6%).

Conclusioni: l'attività di PCC nell'ospedale generale può consentire di individuare precocemente e di impostare la gestione integrata del disagio psichico nel paziente con sintomi somatici.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40
SALA BERNINI

S5 - Psicopatologia dei disturbi della condotta alimentare in adolescenza

COORDINATORE
U. Balottin

Stili di attaccamento e disturbi del comportamento alimentare: studio transgenerazionale di 25 soggetti mediante AAI

G. Rossi, T. Carigi, M. Zaccagnino, U. Balottin

Struttura Complessa di NPI, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino, Pavia, Università di Pavia

Introduzione: nella patogenesi dell'anoressia nervosa e dei disturbi alimentari in genere a insorgenza in adolescenza, un ruolo importante viene giocato dalle dinamiche relazionali precoci. Il presente studio si propone in particolare di valutare lo stile di attaccamento presente nei soggetti anoressici, e le caratteristiche della trasmissione intergenerazionale dai genitori alle figlie. Diversi studi, a partire dai lavori pionieristici di Bowlby, Ainsworth e Main, hanno dimostrato che vi è una alta corrispondenza tra modelli operativi interni di genitori e figli, in generale, con continuità nelle varie fasi di sviluppo, sia per quanto riguarda i modelli di attaccamento sicuro sia per quanto riguarda l'attaccamento insicuro.

Metodi: lo studio ha coinvolto 25 adolescenti affette da anoressia o DCA NAS, diagnosticate secondo i criteri DSM IV-TR, e i loro genitori, confrontati con 20 soggetti adolescenti e i loro genitori, reclutati in una popolazione non clinica. Le pazienti, afferite alla nostra Struttura Complessa di Neuropsichiatria del Bambino e dell'Adolescente, e i controlli, sono state sottoposte a un *assessment* che ha compreso fondamentalmente *Kiddie Sads* e *Adult Attachment Interview*, con le ragazze e genitori.

Risultati: nelle pazienti è risultato più frequente, rispetto ai controlli, un modello di attaccamento di tipo *dismissing* (insicuro-evitante). La maggior parte delle madri e dei padri avevano stili di attaccamento insicuro (evitante o ambivalente).

Discussione: il modello evitante nelle pazienti anoressiche o DCA NAS evidenzia un'idealizzazione difensiva rispetto ad affetti negativi. L'insicurezza dell'attaccamento comporta gradi di vulnerabilità per lo sviluppo della psicopatologia, e la sua definizione permette una attenzione particolare nell'approccio terapeutico.

Funzionamento neuropsicologico in bambine e adolescenti con anoressia nervosa di tipo restrittivo: uno studio tramite NEPSY-II

S. Calderoni¹, C. Leggero¹, C. Urgesi², F. Fabbro², U. Balottin³, T. Carigi³, A. Narzisi¹, F. Apicella¹, S. Maestro¹, F. Muratori¹

¹ IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa, ² Facoltà di Scienze della formazione dell'Università di Udine, ³ Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Istituto "C. Mondino", Pavia, ⁴ Università di Pavia, ⁵ Università di Pisa

Il funzionamento neuropsicologico nei pazienti con anoressia nervosa di tipo restrittivo (AN-r) è stato oggetto di numerosi studi, i cui risultati sono spesso incongruenti. L'eterogeneità dei campioni analizzati (in quanto a età, durata di malattia, grado di denutrizione, comorbidità), così come la variabilità dei test somministrati; sono almeno in parte responsabili dell'inconsistenza dei risultati. Lo studio si propone di confrontare, tramite la batteria neuropsicologica NEPSY-II (Korkman et al. 2007), il profilo neuropsicologico di bambine e adolescenti con una diagnosi di AN-r secondo il DSM-IV con quello di controlli con uno sviluppo tipico. Un campione di 23 bambine e adolescenti [età media (DS): 13,47 (2,02) anni] con una diagnosi clinica di AN-r è stato valutato attraverso tutti i test della versione italiana della NEPSY-II. La NEPSY-II rappresenta uno dei più completi strumenti di valutazione neuropsicologica per bambini e adolescenti fino a 16 anni e 11 mesi, esaminati con prove appropriate per l'età. I criteri di esclusione delle pazienti sono: sintomi psicotici, QI totale (scale Wechsler) inferiore a 80, presenza di una patologia internistica non correlata al disturbo alimentare, importante instabilità internistica. Per indagare l'influenza sui risultati di alcune variabili cliniche, le pazienti sono state divise in due gruppi sulla base del BMI, della durata di malattia o della comorbidità con un disturbo depressivo, valutato tramite la versione italiana della K-SADS-PL (Kaufman 1997). Per comparare i profili neuropsicologici, è stato selezionato in maniera casuale dal campione normativo italiano (Urgesi, Campanella, Fab-

1955, inserendo quali termini di ricerca "stigma", "famiglia", "associazione familiari".

Risultati: a dispetto di un miglior esito dei disturbi mentali maggiori nei paesi non industrializzati, alla luce di studi piuttosto recenti, la vita dei familiari di persone affette da disturbi mentali non sembra trarre alcun vantaggio da contesti rurali tradizionali, non risultando esenti da stigmatizzazione (Shibre et al. 2001; Raguram et al. 2004; Kadri et al. 2004).

Conclusioni: lo stigma "associativo" o stigma "di cortesia" vissuto dai familiari di persone affette da malattie mentali gravi sembra rappresentare una realtà ubiquitaria, che sta progressivamente acquistando spazio nella letteratura scientifica.

Effetto dello stigma sull'accesso alle cure dei pazienti con disturbi mentali gravi

A. Fiorillo, V. Del Vecchio, D. Giacco, M. Luciano, C. De Rosa, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Introduzione: allo stato attuale, risulta quasi del tutto inesplorato l'impatto che lo stigma può esercitare sull'accesso alle cure dei pazienti con disturbi mentali gravi.

Metodi: lo studio è stato condotto in 30 centri di salute mentale selezionati con procedura randomizzata e stratificati per area geografica e densità di popolazione. In ciascun centro, sono stati reclutati 25 pazienti affetti da schizofrenia e altrettanti familiari-chiave, a cui è stato chiesto di compilare il questionario sulle opinioni rispetto ai disturbi mentali (QO).

Risultati: sono stati raccolti dati relativi a 709 pazienti e altrettanti familiari-chiave. I pazienti sono prevalentemente di sesso maschile (68%), non coniugati (80%), di cui solo il 18% con un lavoro. Il campione dei familiari è composto da soggetti di sesso femminile (71%), di età media di 57,1 (DS 12,6) anni, con un livello medio di scolarità di 7,2 (DS 4,0) anni, nel 28% dei casi con un lavoro. Nel 68% dei casi sono genitori dei pazienti. Il ricorso ai servizi di salute mentale è ritardato nei pazienti che vivono in centri piccoli, in coloro che sono a conoscenza della propria diagnosi e nei pazienti che vivono con familiari che hanno opinioni più restrittive sui diritti civili e affettivi dei pazienti con schizofrenia. L'accesso alle cure è, inoltre, rallentato se i familiari sono convinti che i pazienti con schizofrenia siano inguaribili, facilmente riconoscibili e tenuti a distanza dagli altri. I pazienti ritenuti imprevedibili dai propri familiari hanno un accesso più tempestivo ai servizi di salute mentale.

Conclusioni: i risultati di questo studio confermano che lo stigma può esercitare un effetto significativo nel ritardare l'accesso alle cure dei pazienti con schizofrenia e sottolineano la necessità di fornire informazioni appropriate sulle possibilità di cura della schizofrenia ai pazienti e ai loro familiari.

Scoop o stigma? La psicopatologia sui quotidiani dal 1950 a oggi

L. Pingani^{1,2}, S. Ferrari², V. Vinci¹, S. Catellani², G. Ziosi², M. Rigatelli²

¹ Azienda USL di Reggio Emilia; ² Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: i mass-media, e in particolare i quotidiani, rappresentano la fonte primaria di informazioni per la popolazione generale in merito alla salute mentale. Numerosi studi hanno documentato la presenza di una associazione tra la rappresentazione mediatica negativa delle persone affette da un disturbo psichiatrico e gli atteggiamenti stigmatizzanti della popolazione generale.

Metodi: utilizzando le banche dati biomediche "Pubmed" e "Current Contents" è stata effettuata una ricerca utilizzando le seguenti keywords: "Stigma", "Content analysis" e "Mental Health". Fra gli articoli ottenuti, sono stati presi in considerazione solamente quelli pubblicati dal 01/01/1950 al 31/12/2010 su riviste *peer-reviewed* in lingua inglese. Sono stati ulteriormente selezionati solamente articoli che utilizzassero, come metodologia statistica, la "Content analysis". Per ogni articolo sono state raccolte le seguenti informazioni: data di pubblicazione, rivista, periodo oggetto di studio, zona geografica del quotidiano oggetto di studio, parole chiave utilizzate, numero degli articoli analizzati, criteri di selezione degli articoli, categorie definite dalla "Content Analysis", metodologia utilizzata per l'omogeneità nei giudizi e conclusioni ottenute.

Risultati: sono stati presi in considerazione 21 articoli pubblicati tra il 1957 e il 2010. Le riviste da cui sono stati tratti più articoli sono l'"Australian and New Zealand Journal of Psychiatry" e lo "Psychiatric Bulletin" (4 articoli). La media di articoli giornalistici presi in considerazione da ogni pubblicazione è pari a 665 (DS: ± 1170). Solo in 17 pubblicazioni (81%) le categorie sono state individuate prima dell'analisi degli articoli dei quotidiani e solamente in 6 (29%) pubblicazioni i valutatori delle categorie sono stati formati adeguatamente. Solo 5 pubblicazioni (24%) hanno analizzato le variazioni presenti sullo stesso quotidiano in due momenti diversi.

Conclusioni: appare evidente come sia ancora necessario perseguire la riduzione di atteggiamenti stigmatizzanti presenti su quotidiani. In particolare si evince la necessità di utilizzare strumenti statistici adeguati e sensibili per la verifica di atteggiamenti stigmatizzanti nelle testate giornalistiche.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BRAMANTE

S46 - Integrazione tra psichiatria e discipline affini

COORDINATORE
F. Starace

L'integrazione con la psicologia clinica: difficile ma possibile

F. Mazzi

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena; Dipartimento di Salute Mentale Dipendenza Patologica

La psicologia clinica e la psichiatria sono discipline scientifiche che si occupano dello stesso oggetto: il funzionamento normale e patologico della mente umana ma appaiono nella prassi di vivere profondamente da diversi fattori, alcuni dei quali possiamo sommarliamente elencare:

- approcci metodologici distinti e a volte contrapposti; paradigma funzionale psicologico per la psicologia clinica, verso paradigma biologico per la psichiatria;
- valutazioni dimensionali, verso valutazioni categoriali; terapie psicologiche, verso terapie farmacologiche;
- formazione psicologica, verso formazione medica;
- psicopatologia minore per la psicologia clinica verso psicopatologia maggiore per la psichiatria.

Questi fattori tendono ad allentare pregiudizi corporativi e spingono gli operatori di entrambi i settori a competere al fine di riagire spazi operativi e di potere sempre più ampi, a volte a scapito di una organizzazione funzionale efficace ed efficiente dei servizi di salute mentale.

L'integrazione delle specifiche competenze e la condivisione di un modello bio-psico-sociale, all'interno di processi clinico-assistenziali condizi, rappresenta il logico punto di equilibrio al quale dovrebbe tendere l'organizzazione dei servizi di salute mentale per un utilizzo ottimale delle risorse di entrambi i settori. La relazione che presentiamo, partendo dall'analisi di esperienze operative concrete, suggerisce alcuni specifici processi assistenziali integrati in aree cruciali per la salute mentale, quali l'organizzazione dei servizi di consulenza nell'ospedale generale e nella medicina di base, la valutazione e terapia dei disturbi d'ansia e dell'umore, la prevenzione del disagio psichico nell'adolescenza.

Il contributo ha lo scopo di proporre il superamento di sterili contrapposizioni e facilitare una integrazione funzionale efficace dei settori, allo scopo di favorire il più ampio recupero clinico e sociale dell'utente dei nostri servizi di salute mentale.

Integrazione tra psichiatria e discipline affini: 'strange bedfellows'

Maremmani

Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

che il problema delle tossicodipendenze sia affrontabile su vari versanti a seconda dell'angolazione da cui viene osservato è

acquisizione non più recente e ormai consolidata. La genesi multifattoriale della tossicodipendenza, dove si intersecano elementi biologici, psicologici e sociali, giustifica un approccio globale al problema e non semplicemente livelli di intervento paralleli e non comunicanti. Il problema delle tossicodipendenze, da molti affrontato in maniera semplicistica, ricorrendo di volta in volta a modelli interpretativi ora biologici ora psicologici ora sociali, può essere invece utilizzato come paradigma per dare il giusto valore ai fattori biologici, psicologici e sociali che determinano l'insorgenza della pratica tossicomantica e che ne caratterizzano il decorso e la risposta alla cura.

Il rinnovamento comportamentale che il tossicomane sperimenta durante il trattamento può consolidarsi solo se pilotato attraverso programmi di modulazione psicologica e comportamentale che acquisiscano al soggetto patterns nuovi di organizzazione e risoluzione dei problemi esistenziali. In questa ottica l'importanza della gestione del colloquio come modalità di relazione al paziente mostra ancora una volta come solo lavorando verso la creazione di un possibile luogo di incontro tra somatico e psicologico si potrà essere certi di lavorare, anche nel campo delle tossicodipendenze, all'attuazione di un programma di trattamento realmente efficace.

La figura dello psichiatra potendo efficacemente mediare fra il somatico e lo psicologico si propone, in definitiva, come la più idonea per un intervento multimodale su un malato che dopo anni di affidamento a personale non medico e a terapie che hanno dato i risultati che tutti possono vedere, deve essere restituito a sedi più qualificate e a personale medico altamente qualificato e a indubbia impostazione clinica. Tale visione non potrà certo realizzarsi alla luce dello status quo dei servizi psichiatrici e per le tossicodipendenze che necessitano di una forte spinta integrativa sia a livello conoscitivo che di prassi terapeutica. Ma si può essere buoni compagni di letto anche senza un grande innamoramento reciproco.

Integrazione tra psichiatria adulti e psicogeriatrica: non è un paese per vecchi?

M. Neri¹, F. Neviani¹, M. Mannina¹, S. Ferrariz²

¹ Dipartimento integrato di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia; ² UO Psichiatria Ospedaliero-Universitaria Modena Centro, Università di Modena e Reggio Emilia

L'opportunità di prevedere, per il prossimo futuro, una collaborazione fra geriatria e psichiatria sempre più stretta e strutturale sorge da vari elementi clinico-epidemiologici: a. i soggetti affetti da un disturbo psichiatrico insorto in età giovanile-adulta con l'invecchiamento possono sviluppare una comorbilità somatica, come nella popolazione gene-

rale, che potrebbe anche essere facilitata da effetti di trattamenti farmacologici in cronico e/o stile di vita. Inoltre, il prolungamento dell'arco vitale consente il manifestarsi anche in età avanzata di disturbi psichiatrici;

- b. la comorbidità che caratterizza l'anziano si manifesta sempre più di sovente con disturbi comportamentali che mimano quelli caratterizzanti i disturbi psichiatrici. Questo risulta vero non solo per le patologie primariamente cerebrali, ma anche per gli effetti connessi a malattie più strettamente somatiche;
- c. in entrambe le condizioni sopracitate si deve esaminare un originale rapporto "mente-corpo" caratterizzato da complessità sia a livello di diagnosi differenziale, che di trattamento farmacologico e/o ambientale, che di ipotesi prognostica. È sempre più chiaro come il disturbo psichiatrico di per sé possa produrre effetti biologici negativi sull'omeostasi di sistemi complessi, ma anche possa negativizzare la prognosi di patologie somatiche specie se croniche e invalidanti. D'altro lato, queste ultime condizioni si associano spesso a disturbi o sindromi psichiatriche non sempre riconosciute dal medico internista, oppure non adeguatamente indagate.

Il disturbo psichiatrico e la comorbidità somatica dell'anziano sono ambedue condizioni disabilitanti e la loro co-presenza ha affetti negativi moltiplicativi. La disabilità ha un peso rilevante sul carico assistenziale sostenuto dal caregiver. In questo ambito l'integrazione delle due esperienze nella comunicazione al pz. e al familiare, nella rilevazione del burden assistenziale e nella sua prevenzione, costituiscono un'area di potenziale rilevante collaborazione.

L'integrazione tra neuropsichiatria infantile e psichiatria adulti: diventare maggiorenni è difficile?

P. Stagi

Dipartimento Salute Mentale, Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Modena

La letteratura internazionale riporta che sino al 20% degli adolescenti presenta disturbi codificabili in base ai sistemi nosografici internazionali, che il suicidio rappresenta la terza causa di morte in adolescenza (Belfer 2008) e che più di 3/4 degli adulti affetti da disturbi psichiatrici aveva soddisfatto i criteri diagnostici per lo stesso disturbo (evoluzione omotipica) o per altri disturbi psichiatrici (evoluzione eterotipica) già in adolescenza (Kim-Cohen 2003; Copeland 2009).

Un'approfondita conoscenza del tema della continuità/discontinuità (Pihlakoski 2006; Rutter 2006) dei disturbi psicopatologici a esordio infantile e adolescenziale nell'età adulta è dunque cruciale, oltre che per la nosografia psichiatrica, per la prevenzione della psicopatologia in età adulta e la pianificazione dei servizi di salute mentale (Mesman 2001; Kim-Cohen 2003; Copeland 2009 a, b).

In Italia, mentre sono stati condotti studi epidemiologici sull'incidenza e la prevalenza dei disturbi mentali negli adulti (ad es. lo studio policentrico ESEMED-WMH, pubblicato nel 2004), ben poco si è pubblicato circa l'epidemiologia dei disturbi psicopatologici nell'età evolutiva (Frigerio 2009) e l'impatto che tali disturbi hanno sulla salute mentale degli adulti.

Nella Regione Emilia-Romagna (RER) la DGR 313/2009 "Piano Attuativo Salute Mentale anni 2009-2011" ha sancito la compresenza, nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP), dei servizi territoriali di salute mentale dedicati all'età evolutiva (Unità Operative di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, UONPIA), dei servizi psichiatrici per gli adulti (Centri di Salute Mentale, CSM) e dei servizi per le dipendenze patologiche (Ser.T., DP). Tale assetto organizzativo offre, sul tema dell'integrazione tra servizi di salute mentale (minori, adulti, dipendenze patologiche), un'opportunità unica sia per analisi statistiche ed epidemiologiche, sia per la sperimentazione di proposte operative.

Questo lavoro, basandosi sull'analisi statistico-epidemiologica di una popolazione di oltre 30.000 minori consecutivamente afferiti alla UONPIA dell'Ausl di Modena nel periodo 1996-2010, di cui circa 1.000 ripresi in carico dai CSM della medesima Ausl dopo la dimissione dalla UONPIA al compimento del 18° anno, prende in considerazione alcuni fattori ritenuti predittivi di sviluppi psicopatologici in età adulta. Inoltre presenta alcuni esempi di integrazione tra servizi, all'interno del DSMDP e nella più ampia rete dei servizi sociali e sanitari, in ambito sia clinico che assistenziale: gestione delle emergenze urgenze psicopatologiche adolescenziali; interventi per la garanzia della continuità assistenziale ai soggetti con disabilità mentale (disabilità intellettiva, disturbi pervasivi dello sviluppo) che hanno raggiunto la maggiore età.

Infine, il tema dell'integrazione tra servizi di salute mentale per adulti e per minori è affrontato nella prospettiva dello sviluppo neuropsichico dei figli di genitori affetti da disturbi psichiatrici (Dean 2010).



ISSN 1592-1107

Official Journal of the Italian Society of Psychopathology
Organo Ufficiale della Società Italiana di Psicopatologia

JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY

GIORNALE DI PSICOPATOLOGIA

(formerly Giornale Italiano di Psicopatologia/Italian Journal of Psychopathology)

Editor-in-chief: Alessandro Rossi



16° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia

Psichiatria 2012:
una nuova psicopatologia
per la clinica
e le neuroscienze

ABSTRACT BOOK

WWW.GIPSIOPATOL.IT

Volume 18 • March 2012 • Number S1

Founders:

Giovanni B. Cassano, Paolo Pancheri

Cited in:

EMBASE - Excerpta Medica Database

Index Copernicus

PsycINFO

SCOPUS

Roma, 14-18 febbraio 2012

PACINI
EDITORE
MEDICINA