

## Gli “ingredienti attivi” della psichiatria di comunità ed un possibile denominatore comune: l’equità

Author:

G.Tibaldi affiliation: Centro Studi e Ricerche in Psichiatria - ASLTO2 - Torino



Le riflessioni, e le proposte, di Corlito nel numero precedente della Rivista mi sono sembrate estremamente utili e tempestive: la psichiatria di comunità italiana, che a lungo è rimasta una “sorellina adottiva”, è ormai diventata adulta ed è entrata stabilmente a far parte della famiglia del Servizio Sanitario Nazionale, di cui condivide le finalità, ed i tagli.

Tra le premesse, e gli obiettivi, necessari di un Sistema Sanitario Nazionale uno dei più qualificanti è rappresentato dall'**equità**, che si declina su due assi: quello *orizzontale* (che tende a coincidere con le pari opportunità di accesso alle prestazioni del SSN) e quello *verticale* (che corrisponde alla possibilità che le persone che soffrono di uno stesso disturbo ricevano un trattamento di pari qualità, a prescindere dal luogo in cui vivono): accedere facilmente alle cure è necessario, ma non è sufficiente, se le cure ricevute sono molto disomogenee, in termini di trattamento o di esito, a seconda del contesto. Detto in altri termini, che vanno al di là della sola prospettiva sanitaria, essere dichiarati cittadini italiani non è sufficiente, se non si hanno pari opportunità di vedere rispettati gli specifici diritti in cui la cittadinanza si articola e si sostanzia.

Il Progetto Obiettivo Salute Mentale (POSM) 1998-2000 ha rappresentato l'ultima tappa concreta di un percorso che, partendo dall'unanimità nel considerare irreversibile la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, mirava a garantire livelli sufficienti di equità e di omogeneità nelle varie Regioni Italiane, attraverso la formulazione di parametri prevalentemente organizzativi, oltre che strutturali. Le indicazioni in esso contenute sono state recepite ed hanno dato vita ai 211 Dipartimenti di Salute Mentale che costituiscono ora l'ossatura di fondo dell'assistenza psichiatrica di comunità. Tutti gli studi condotti a livello nazionale negli ultimi dieci anni, dopo l'implementazione del POSM, hanno segnalato il problema della variabilità esistente sia all'interno di una stessa Regione sia tra le diverse Regioni: questa variabilità è sinonimo, a mio avviso, di disuguaglianza nell'accesso ai Servizi, o alle cure più appropriate.

La proposta di Corlito sulla identificazione degli *ingredienti attivi* della psichiatria di comunità può rappresentare un'indicazione preziosa per chi volesse avviare la stesura di un nuovo Progetto Obiettivo Salute Mentale. Anziché concentrare l'attenzione (com'è avvenuto, con una certa animosità, negli ultimi dieci anni) su quale sia il modello organizzativo “*più bello del reame*”, vale forse la pena di definire quali siano gli interventi e le strategie di trattamento che tutti hanno il dovere di offrire, per ragioni di equità, a prescindere dal modello organizzativo adottato a livello regionale. Ritengo, quindi, che i quattro ingredienti indicati da Corlito (sostegno attivo sul piano del lavoro e dell'abitazione, auto e mutuo aiuto, interventi precoci e collaborative care) siano il primo nucleo di un nuovo documento programmatico, che definisca i Livelli Essenziali di Assistenza Psichiatrica che vanno garantiti da ciascun DSM Italiano; il riferimento ai LEA è utile, perché essi rappresentano un vincolo sia sul piano dell'offerta del SSN sia sul piano dell'esigibilità da parte dei familiari e degli utenti. Se gli “ingredienti attivi” della psichiatria di comunità fossero considerati alla stregua dei LEA, la loro esigibilità renderebbe assai più trasparente la relazione tra familiari, utenti e DSM, eliminando i rischi di subalternità, di collusione o di conflitto che molti hanno sottolineato.

Agli ingredienti che sono già stati indicati, e che condivido, credo possano esserne aggiunti alcuni, che ritengo prioritari. Ognuno di essi viene proposto perché ha una solida base di evidenze scientifiche, ma anche perché può essere formulato come **diritto esigibile** da parte di coloro (utenti e familiari) che attraversano le complesse e profonde esperienze personali che rientrano nella definizione di disturbi mentali gravi.

Il primo di questi diritti è quello a **ricevere i trattamenti più efficaci, che sono i trattamenti combinati** (che associano al farmaco gli interventi non farmacologici più idonei, a seconda della fase evolutiva del disturbo). Sia nel caso dei disturbi schizofrenici che in quello dei disturbi dell'umore, le prove a sostegno della maggiore efficacia dei trattamenti integrati sono solide e coerenti. Inoltre, tutte le ricerche condotte – anche in Italia – sulle preferenze della popolazione nel caso di disturbi depressivi danno ulteriore solidità ed accettabilità alla proposta di trattamenti di questo tipo: la grande maggioranza dei cittadini italiani ritiene indispensabile ricevere trattamenti psicologici, mentre è tuttora elevata la diffidenza nei confronti dei trattamenti farmacologici. Nel caso in cui le proposte degli specialisti si orientino in senso esclusivamente farmacologico, le distanze che si esprimono nella “mancata adesione” sono destinate ad aumentare, come la frustrazione speculare di chi li propone e di chi li accetta malvolentieri.

Molte forme di intervento psicosociale realizzate nel vivo delle pratiche dei DSM italiani sono rimaste prive di una valorizzazione scientifica adeguata e rischiano, per questa ragione, di essere considerate come forme generiche di supporto. La loro valorizzazione scientifica appare indispensabile, per renderle trasmissibili e riproducibili; per riuscirci è necessario che si creino aggregazioni di servizi disposte a lavorare insieme su obiettivi e metodologie condivise. Solo la creazione di una rete nazionale come quella di “*Slow Food*” ha consentito una effettiva valorizzazione dei “*giacimenti enogastronomici*” presenti in tutta Italia ed un supporto concreto ai piccoli produttori locali; penso che sono tanti i “*giacimenti riabilitativi*” che rischiano l'estinzione, se i produttori locali non avranno la capacità ed il coraggio di sottoporre i loro prodotti a meccanismi di certificazione trasparenti e condivisi. La Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) ha avviato un processo di questo tipo per i tanti “produttori locali” di attività sportive nei DSM e la risposta è stata sicuramente positiva (come testimoniato dal Convegno di Arezzo e dalle iniziative successive). L'obiettivo da raggiungere, sia chiaro, non è quello della semplice valorizzazione scientifica, ma quello della futura disponibilità degli interventi psicosociali migliori in tutti i DSM italiani. L'esempio recente più illuminante è quello delle arti-terapie, che le ultime linee guida della NICE hanno “sdoganato” come intervento efficace nel trattamento dei disturbi schizofrenici sulla base di sette studi di efficacia che hanno visto la partecipazione di circa 400 pazienti: una rete nazionale che condivida la metodologia di uno studio rigoroso di efficacia può dare un contributo essenziale alla salvaguardia di molte “buone pratiche” che potrebbero essere le più a rischio, in un'epoca di risorse limitate. Altrettanto problematica appare la difficoltà di inserimento, nelle pratiche quotidiane di molti DSM, degli interventi psicosociali di sicura efficacia. Al di là delle arti-terapie, appena menzionate, il caso più eclatante è quello degli interventi a supporto dei familiari, che vengono offerti ad una percentuale di familiari sempre inferiore al 20%, nonostante tutti si dichiarino a favore di una loro collocazione nel gruppo degli interventi essenziali.

Il secondo diritto, da promuovere e tutelare, è quello ad **un'aspettativa di vita sovrapponibile a quella degli altri** cittadini. Un'editoriale del Lancet, pubblicato pochi

mesi fa, ha un titolo che non lascia dubbi: *“No mental health without physical health”*. Gli autori sottolineano che *“esiste un notevole divario tra i pazienti che soffrono di patologie psichiatriche gravi e la popolazione generale, e continuano ad aumentare le evidenze a supporto di una elevata mortalità cardiovascolare associata al trattamento con antipsicotici. La compresenza degli effetti indesiderati degli antipsicotici, di regimi dietetici inadeguati, di inattività fisica, di uso elevato di tabacco e di altri fattori come la deprivazione sociale rappresenta una miscela che ha effetti devastanti sul piano cardiovascolare e metabolico. Non c'è da sorprendersi, quindi che le persone con gravi patologie psichiatriche abbiano un'aspettativa di vita inferiore di 16-25 anni rispetto alla popolazione generale, e che le patologie coronariche siano diventate la prima causa di morte per queste persone, ben al di sopra delle morti per suicidio”*.

Il trattamento farmacologico è senza dubbio una delle aree d'ombra della psichiatria di comunità italiana. La priorità “ideologica” attribuita agli interventi psicosociali, a tutela dei diritti di cittadinanza, ha volutamente messo in secondo piano le pratiche prescrittive reali nei DSM italiani, lasciando spazio – nell'ombra - a molte scelte discutibili. Contemporaneamente, gli ambienti accademici, che non hanno concretamente condiviso le esperienze e le priorità “psicosociali” degli attori della Riforma, hanno concentrato il loro messaggio formativo sulla centralità del farmaco e della dimensione neurobiologica.

Anche questa miscela ha prodotto effetti devastanti. La sottovalutazione del farmaco, considerato – da molti promotori della Riforma - come una sorta di inevitabile “male minore”, rispetto alla minaccia della istituzionalizzazione, è andata pericolosamente a saldarsi con la sopravvalutazione del farmaco, come strumento risolutivo nel trattamento dei disturbi mentali gravi, che il mondo accademico ha proposto alle ultime generazioni di specialisti. Una delle conseguenze dei due atteggiamenti appena delineati è stata la sostanziale passività nei confronti delle distorsioni informative che venivano dalle aziende farmaceutiche: questa passività ha indotto a credere, dieci anni fa, che gli atipici fossero davvero “la svolta” terapeutica che non sono. Lo dicono, in un altro editoriale del Lancet, del 2009, due autorevoli colleghi inglesi (Tyrer - a lungo editor del British Journal of Psychiatry - e Kendall) che così riassumono le evidenze disponibili: *“... gli antipsicotici di seconda generazione non hanno nessuna caratteristica speciale, atipica, che li differenzi dai farmaci della prima generazione: considerati come categoria, non sono più efficaci, non producono miglioramenti di sintomi specifici, non hanno profili di tollerabilità realmente diversi dai farmaci di prima generazione, e sono molto meno costo-efficaci. La spuria innovazione rappresentata dagli atipici può essere considerata solo come una pseudo-novità, efficacemente diffusa attraverso le strategie di marketing delle aziende farmaceutiche, di cui solo ora siamo pienamente consapevoli. Ma come è potuto succedere che, per quasi 20 anni, siamo stati tutti “spinti a credere” in una loro superiorità?”*

Forse è giunto il momento di prendere atto che il farmaco può trasformarsi davvero in un’ *“arma letale”*, ma non nel senso trionfalistico con cui si tende ad utilizzare questa definizione. Forse è giunto il momento di rimettere al centro delle proprie pratiche quotidiane una delle prime *“raccomandazioni cliniche”* che sono state messe a punto in campo medico: *“primum non nocere”* (essa può tradursi, sul piano concreto, nella scelta preferenziale – ed appropriata - della monoterapia, e del minimo dosaggio efficace). Come clinico, che usa quotidianamente la maggior parte dei farmaci disponibili, ritengo di non poter considerare accettabile che tutti gli sforzi riabilitativi che un'équipe di professionisti mette in campo, spesso per molti anni, possano essere compromessi, e vanificati, da un'aspettativa di vita inferiore di 16-25 anni. Come dirò subito dopo, voglio poter pensare di contribuire al benessere futuro dei pazienti, a lungo termine. Concentrarsi sul benessere immediato, sulla remissione sintomatologica a breve termine, rischia di legittimare scelte prescrittive che possono essere nocive, oltre che inappropriate. Una psichiatria di comunità *matura* non può accettare di essere nociva, per i propri pazienti. Non può ledere il loro diritto ad avere una vita degna di questo nome anche sul piano della durata. Non può smarrire la capacità di promuovere percorsi abilitativi o riabilitativi che prescindano dall'andamento clinico sul breve periodo, che sembra essere proposto da molti come l'obiettivo più desiderabile, e più gratificante.

Una delle ragioni di questo diminuito investimento sul benessere a lungo termine è la crescente centralità di una lettura neurobiologica, venata di ipotesi paleo-genetiche, dei disturbi mentali gravi; essa spinge la maggior parte dei professionisti della salute mentale ad essere più pessimisti del lecito (dove il lecito è ancora una volta rappresentato dall'insieme dei dati di esito disponibili). Il pessimismo prognostico rappresenta l'ultimo residuo, solido ed invisibile, delle istituzioni manicomiali del passato, e del presente. L'impossibilità delle dimissioni dagli Ospedali Psichiatrici si fondava sull'inutilità di ogni ulteriore investimento sulle residue parti sane, personali e sociali, di chi veniva internato. La sfida tecnica di chi voleva la chiusura dei manicomi è stata questa: dimostrare che coloro che erano sepolti nelle istituzioni manicomiali in realtà erano vivi e ed avevano il diritto di tornare ad una vita personale e sociale supportata e solidale. Questa sfida tecnica continua a porsi anche oggi, anche se con modalità diverse: l'impossibilità di una remissione si trasforma nell'impossibilità di una dimissione dalle strutture residenziali (con conseguente “sganciamento progettuale” da parte degli operatori dei servizi inviati).

Alla luce di queste ultime considerazioni, l'ultimo degli *“ingredienti attivi”* che ritengo di dover indicare è la possibilità di andare incontro ad una evoluzione favorevole; essa è stata formulata come **diritto alla guarigione** da Ron Coleman, che è uno dei promotori più instancabili della rete internazionale degli uditori di voci, e più in generale delle reti di utenti che sono in grado di fare proposte tecniche, non solo politiche e culturali. Coleman e molti altri esponenti di quest'area sono diventati formatori anche degli operatori di salute mentale dei rispettivi paesi (Scozia, Gran Bretagna, Olanda, ...), oltre che delle esperienze di auto e mutuo aiuto.

Come si evince dalla tabella, che riassume i risultati dei principali studi di esito che sono stati condotti, a livello internazionale, le evidenze a supporto delle possibilità di guarigione sono inoppugnabili, e molto rassicuranti.

Tabella – Sequenza e dati dei principali studi di esito

Primo autore	Sede	Fase/Decorso del disturbo	Numero di pazienti	Pazienti clinicamente guariti	
				N	%
Bleuler, 1968 (3)	Zurigo	Cronico	208	118	57
	Bonn	1° episodio e cronico	502	266	53
Huber, 1975 (24)	Iowa (USA)	Cronico	186	85	46
	Berna	Cronico	289	153	53
Tsuang, 1979 (48)	Vermont (USA)	Cronico	82	56	68
	Gunma (Giappone)	Prevalentemente 1° episodio	105	67	64
Ciampi, 1980 (8)					

Harding, 1987 (20)	New York(USA)				
Ogawa, 1987 (38)	Australia Melbourne, Australia	1° episodio	118	87	74
Loebel, 1992 (33)	Nova Scotia, Canada				
Lieberman, 1993 (32)		1° episodio	98	89	91
McGorry, 1996 (35)	14 sedi internaz.				
Edwards, 1998 (18)		1° episodio	115	102	89
		Prevalentemente 1° episodio	1171	562	48
Whitehorn, 1998 (50)					
Harrison, 2001 (22)					

Le probabilità di guarigione nei disturbi schizofrenici sono abitualmente superiori al 50% dei casi, purché il periodo di osservazione sia sufficientemente lungo. Molte volte, infatti, il percorso verso la guarigione ha una durata elevata; una mancata evoluzione favorevole nei primi anni non esclude la possibilità di un recupero successivo. I dati dello studio ISoS (International Study of Schizophrenia), derivanti da 14 coorti di nuovi casi e da 4 coorti di casi prevalenti, hanno consentito di mettere in evidenza quella che è stata definita come guarigione tardiva. Coloro che mostrano un andamento apparentemente sfavorevole nei primi dieci o quindici anni dall'esordio non possono, quindi, essere dati per "persi": a loro deve essere garantito un diritto specifico e supplementare: *il diritto alle "secondhe occasioni"*; il diritto cioè a non essere esclusi da tutte quelle attività che contribuiscono a mantenerli nella posizione di cittadini.

Le radici del persistente pessimismo prognostico sono numerose e agiscono in sinergia. Ne citiamo brevemente alcune, tra le più significative:

1. Già negli anni '80 (Cohen & Cohen, 1984) è stata messa a fuoco una specifica distorsione percettiva di cui soffre la maggior parte degli operatori della salute mentale: essa è stata definita come "*clinician's illusion*" e deriva da un dato di realtà inoppugnabile. Se circa il 60% dei pazienti con un disturbo schizofrenico va incontro ad una evoluzione favorevole, l'altro 40% presenta un decorso meno positivo e rimane stabilmente a contatto con i servizi di salute mentale. La pratica clinica quotidiana è quindi dominata dagli interventi offerti alle persone che hanno un decorso meno favorevole, mentre le persone con un'evoluzione positiva tendono a ridurre gradualmente la loro presenza, fino a scomparire;
2. Come in parte già menzionato, nel corso degli ultimi dieci anni si è assistito, nella formazione e nell'aggiornamento, al passaggio da un modello "bio-psico-sociale" ad un modello che qualcuno ha recentemente definito come "*bio-bio-bio*" (Read, 2009), in quanto pone in primissimo piano le ipotesi eziopatogenetiche della schizofrenia basate sulle componenti genetiche, biochimiche, recettoriali dell'attività cerebrale. La prevalenza del modello "*bio-bio-bio*" inquina sicuramente la pratica quotidiana, in quanto spinge a considerare meno significative quelle circostanze biografiche ed ambientali (come ad es. le esperienze traumatiche), che sono il perno di una contestualizzazione dell'esperienza psicotica e di un suo possibile recupero di comprensibilità.
3. La maggioranza dei percorsi di guarigione avviene in un arco temporale di durata media o lunga e richiede un investimento di lungo periodo da parte dei professionisti coinvolti, che sono chiamati a mantenere aspettative favorevoli anche quando il decorso sembra orientato verso la "cronicizzazione", ma che sono chiamati – soprattutto – a coniugare la relazione personale con il paziente con l'intervento coordinato di altre figure professionali (all'interno od all'esterno del proprio DSM). Questa continuità relazionale e terapeutica e questo coordinamento in itinere viene ad essere facilmente minato dalla "volatilità" degli operatori, che sono soggetti attivi, o passivi, di un turnover difficilmente comprensibile da chi (familiare o paziente) cerca interlocutori preparati ad attraversare, con loro, le lande desolate della esperienza psicotica.
4. La posizione di Kraepelin non era rigidamente pessimistica (Ciompi, 2010); in alcuni dei suoi scritti ammetteva la possibilità di guarigione in una percentuale intorno al 15% dei casi. Già allora, vi erano stati altri psichiatri che avevano contestato Kraepelin e questa possibilità di evoluzione favorevole, sostenendo che la diagnosi iniziale doveva essere stata formulata in modo improprio, se c'era una evoluzione favorevole. Questa convinzione rimane piuttosto diffusa tra gli psichiatri: *se c'è una evoluzione favorevole od una guarigione, allora la diagnosi iniziale di schizofrenia era sbagliata*. Non è così.

Possono quindi essere pienamente comprese e condivise le "profonde preoccupazioni" che Luc Ciompi, Courtenay Harding e Klaus Lehtinen, hanno formulato – un anno fa – in un articolo di Schizophrenia Bulletin, tradotto e pubblicato nell'ultimo numero della Newsletter SIEP (scaricabile gratuitamente da [www.siep.it](http://www.siep.it)): nelle vecchie e nuove istituzioni totali, il pessimismo prognostico paralizza i percorsi riabilitativi e inibisce le possibilità di dimissione. Le strutture residenziali sono certamente una parte essenziale della rete dei DSM italiani, ma devono essere collocate a pochi chilometri dal luogo di vita del paziente e dal CSM inviante (perché le relazioni preesistenti possano proseguire, in modo naturale) e devono essere regolate in rapporto ad un vincolo di conclusione necessaria (verso il rientro a domicilio, oppure verso il passaggio a soluzioni abitative meno protette, e meno costose). I numerosi interlocutori privati che operano in questo settore possono, a mio avviso, essere motivati ad assumere una prospettiva che sia "*recovery-oriented*" (anche sul piano dei vincoli contrattuali).

"Pensare positivo" ci fa sentire vivi – come dice una canzone di Jovanotti-, ma ci fa anche risparmiare: in termini di costi economici (se rinunciassimo alle strutture residenziali sine die), ma anche in termini di carico emotivo personale. Fino a qualche tempo fa si parlava molto di "burn out" degli operatori: pensare positivo tutela anche la nostra salute mentale, oltre che dare speranza ai pazienti ed alle famiglie. E' giusto "pensare positivo" anche per egoismo personale e professionale.

E poiché i poeti dicono le cose con la leggerezza che spesso le discussioni tra esperti non hanno, concludo il mio contributo con una poesia, di Mario Benedetti, un poeta uruguayano, da poco scomparso. Si intitola "Ciao pessimismo":

Sei maggiorenne ormai  
e devo congedarti  
pessimismo

anni che ti preparo colazione  
che controllo la tua tosse di cattivo augurio  
ti misuro la febbre  
cerco di raccontarti con i particolari  
il passato meno prossimo  
convincerti che in fondo noi siamo  
gagliardi e leali  
e che bisogna far buon viso a cattivo gioco

eppure come niente fosse  
sei sempre irritato arrabbiato intrattabile  
e nella disfunzione tu ti adagi  
come fosse una morbida poltrona

si vede che nella rovina ti compiaci  
vivi un idillio antico con le cattive ombre  
hai la mania di pregare presso i ruderi  
dinanzi al disastro inaspettato godi

Certo che voglio dirti addio  
non so perché non l'ho già fatto  
sarà per via del tuo stesso metodo  
di renderti immancabile  
sicché si rimane tristi della tua tristezza  
amari della tua amarezza  
in sussulto per i tuoi sussulti

Lo so che vorrai dirmi non c'è motivo  
per essere euforici o per celebrare  
e di nuovo hai ragione certamente  
ma è così sciocca la tua ragione così ovvia  
tanto ricostruita ed imitata  
così paragonabile all'intuito  
che a un tratto mi risulta irrazionale

Ormai sei maggiorenne  
addio pessimismo  
E per piacere vai via piano piano  
non sia che si risvegli il mostro

## References

1. Benedetti M. "Inventario. Poesie 1948-2000" (a cura di M.L. Canfield), Firenze, Le Lettere.
2. Brown S et al. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 116-21.
3. Ciompi L., Harding C.M. & Lehtinen K. (2010) Deep concern. *Schizophrenia Bulletin* 36, 447-439.
4. Cohen P. & Cohen J. (1984). The clinician's illusion. *Archives General Psychiatry* 41, 1178-1182.
5. Coleman R. (1999) *Guarire dal male mentale*. Roma, Manifestolibri.
6. Ganguli R, Strassnig M. Are older antipsychotic drugs obsolete? *BMJ* 2006; 332; 1346-7.
7. Geddes J et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000;321:1371-6.
8. Harrison G., Hopper K., Craig T., Laska E., Siegel C., Wanderling J., Dube K.C., Ganey K., Giel R., An Der Heiden W., Holmberg S.K., Janca A., Lee P.W.H., León C.A., Malhotra S., Marsella A.J., Nakane Y., Sartorius N., Shen Y., Skoda C., Thara R., Tsirkin S.J., Varma V.K., Walsh D. and Wiersma D. (2001) Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-17.
9. Lewis S, Lieberman J. CATIE and CUtLASS: can we handle the truth? *Br J Psychiatry* 2008; 192: 161-3.
10. Marder SR et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1334-49.
11. Menezes N.M., Arenovich T. & Zipursky R.B. (2006) A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological Medicine* 36, 1349-1362.

- 12. S. Minozzi, G. Tibaldi, E. Parmelli, V. Pistotti, L. Ferrannini, C. Munizza L'assistenza integrata della depressione in medicina generale: una rassegna delle revisioni sistematiche sulla sua.
- 13. S. Pampallona, P. Bollini, G. Tibaldi, B. Kupelnick, C. Munizza Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression improves efficacy by enhancing adherence: systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:714-719.
- 14. Ray WA et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med* 2009, 360: 225-35.
- 15. Read J., Bentall P.P., Fosse R. (2009) Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: exploring the epigenetic and psychological mechanism by which adverse events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 18, 299-309.
- 16. Romme M., Escher S., Dillon J., Corstens D., Morris M. (2009) "Vivere con le voci. 50 storie di guarigione". Milano, Mimesis.
- 17. Saha S et al. A systematic review of mortality in schizophrenia. Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives General Psychiatry* 2007; 64: 1123-31.
- 18. Schneeweiss S, Avorn J. Antipsychotic agents and sudden cardiac death - how should we manage the risk?" *N Engl J Med* 2009; 360: 294-6.
- 19. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005; e138: 364-6.
- 20. Steele K. & Berman C. (2005) *E venne il giorno che le voci tacquero. Un viaggio nella follia e nella speranza*. Milano, Mimesis.
- 21. Tibaldi G & D'Avanzo B. (2005) Il diritto alle seconde occasioni. In Steele K. & Berman C. *E venne il giorno che le voci tacquero. Un viaggio nella follia e nella speranza*. pp. 159-165. Mimesis: Milano.
- 22. Tibaldi G. & Govers L. (2009) Evidence based hope. La proposta di una prospettiva comune. *Psichiatria di Comunità* 2009, 8: 117-128.
- 23. Tibaldi G. La polvere del marketing. La maggiore tollerabilità degli antipsicotici atipici come efficace messaggio promozionale. L'esempio più recente: la cardiotoxicità. *Dialogo sui farmaci* 2011, 4: 162-164.
- 24. Tyrer P, Kendall T. The spurious advance of antipsychotic drug therapy. *Lancet* 2009: 373; 4-5.
- 25. Van der Win L. (2010) *"Un legame materno non si recupera più. Autobiografia di una schizofrenica guarita"*. Milano, Mimesis.
- 26. Walkup JT et al. Patients with schizophrenia at risk for excessive antipsychotic dosing. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 344-8.

*I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.*