



Fondazione
onda

Osservatorio nazionale sulla salute
della donna e di genere

LA SALUTE MENTALE IN ITALIA

Libro bianco 2019



FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

LA SALUTE MENTALE IN ITALIA

Libro bianco 2019

FrancoAngeli

Si ringrazia



Per aver reso possibile la realizzazione del Libro bianco.

Per Onda hanno curato il volume **Nicoletta Orthmann**, Coordinatore medico-scientifico, e **Valentina Anedda**, con la collaborazione di **Federica Rossi**, Responsabile comunicazione.

Note sulle condizioni di utilizzo e divulgazione dei dati provenienti dal gruppo di lavoro dell'Osservatorio:

1) *Inserimento di tale dicitura: "Fonte: Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere";*

2) *Inserimento del logo dell'Osservatorio.*

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Premessa , di <i>Francesca Merzagora</i>	pag.	11
Introduzione , di <i>Enrico Zanalda</i>	»	15
1. La depressione	»	19
1.1. Inquadramento generale, di <i>Mario Amore, Gianluca Serafini, Jacopo Nebbia</i>	»	19
1.1.1. Epidemiologia	»	21
1.1.2. Eziologia	»	22
1.1.3. Decorso	»	25
1.2. La depressione nel perinatale, di <i>Roberta Anniverno</i>	»	28
1.3. La depressione negli anziani, di <i>Emilio Sacchetti</i>	»	34
1.3.1. Considerazioni demografiche	»	34
1.3.2. Considerazioni epidemiologiche	»	35
1.3.3. Considerazioni in tema di comorbilità	»	36
1.3.4. Considerazioni sugli stili di vita	»	38
1.3.5. Considerazioni in tema di aderenza alle terapie	»	40
1.3.6. Considerazioni conclusive	»	40
1.4. Comorbilità della depressione, di <i>Giancarlo Cerveri, Francesca Stramesi</i>	»	43
1.4.1. Comorbilità tra disturbo depressivo maggiore e altre patologie	»	43
1.4.2. Modello psico-biologico di stress	»	45
1.4.3. Comorbilità in evidenza	»	46
1.4.4. Conclusioni	»	48
1.5. La depressione maggiore: diagnosi e trattamenti, di <i>Andrea Fagiolini, Pier Francesco Laurenzi, Simone Bolognesi, Serena Piccione, Aurora Santucci, Costanza Taddeucci, Arianna Goracci</i>	»	50

1.5.1. Introduzione	pag.	50
1.5.2. Diagnosi differenziale	»	52
1.5.3. Comorbidità	»	53
1.5.4. Trattamento farmacologico	»	53
1.5.5. Trattamento psicologico	»	56
1.5.6. Depressione resistente: nuove frontiere	»	56
<i>Box. Indagini Onda</i>	»	60
2. L'ansia e i suoi riflessi sulla qualità di vita del paziente , di <i>Giampaolo Perna, Tatiana Torti</i>	»	62
2.1. Principi organizzatori dei meccanismi di difesa dai pericoli	»	63
2.2. Disturbi d'ansia e qualità di vita	»	64
2.3. Il disturbo di panico e agorafobia	»	65
2.4. Il disturbo d'ansia generalizzato	»	66
2.5. Il disturbo d'ansia sociale e le fobie specifiche	»	66
2.6. Elementi di terapia	»	67
2.7. La medicina personalizzata: il futuro del trattamento dei disturbi d'ansia?	»	68
3. Le psicosi	»	70
3.1. Esordi psicotici, di <i>Eugenio Aguglia, Ludovico Mineo</i>	»	70
3.1.1. Esordio psicotico: il problema della definizione	»	71
3.1.2. Età d'esordio	»	72
3.1.3. Prodromi psicotici: psychosis risk syndrome e identificazione precoce degli esordi	»	72
3.1.4. Neurobiologia del primo episodio psicotico	»	75
3.1.5. Trattamento del primo episodio psicotico	»	75
3.2. La schizofrenia, di <i>Antonio Vita, Cesare Turrina</i>	»	79
3.2.1. Epidemiologia e fattori di rischio	»	79
3.2.2. Caratteristiche cliniche	»	79
3.2.3. Il decorso, il funzionamento e la disabilità	»	80
3.2.4. Le aspettative di vita	»	80
3.2.5. Lo stigma associato	»	81
3.2.6. L'impatto sul caregiver	»	81
3.2.7. I costi economici della malattia	»	82
3.2.8. I progressi nelle terapie	»	82
<i>Box. Progetto Triathlon</i>	»	86
4. Il disturbo ossessivo compulsivo , di <i>Guido Di Sciascio, Claudia Palumbo</i>	»	87

5. Il disturbo bipolare: cause, sintomi, caratteristiche e cure , di <i>Bernardo Dell'Osso, Riccardo Zanello</i>	pag.	92
5.1. Introduzione	»	92
5.2. Eziopatogenesi	»	92
5.3. Clinica	»	93
5.3.1. Depressione	»	93
5.3.2. Ipomania	»	94
5.3.3. Mania	»	94
5.3.4. Caratteristiche miste e rapida ciclicità	»	95
5.4. Classificazione dei disturbi bipolari e decorso longitudinale	»	95
5.5. Suicidio	»	95
5.6. Diagnosi differenziale	»	96
5.7. Terapie	»	96
5.8. Conclusioni	»	97
6. I disturbi del sonno	»	100
6.1. Inquadramento generale, di <i>Luigi Ferini Strambi, Maria Salzone, Andrea Galbiati</i>	»	100
6.1.1. L'importanza del sonno	»	101
6.1.2. I disturbi del sonno	»	102
6.1.2.1. Insonnia	»	102
6.1.2.2. Sindrome delle Apnee Ostruttive Morfeiche	»	103
6.1.2.3. Sindrome delle Gambe senza Riposo	»	104
6.1.2.4. Narcolessia	»	105
6.2. Sonno, insonnia e neuroplasticità, di <i>Giovanni Biggio, Maria Cristina Mostallino</i>	»	107
6.2.1. Introduzione	»	107
6.2.2. Sonno e neuroplasticità	»	108
6.2.3. Melatonina e corticosterone: ormoni regolatori del ritmo circadiano	»	109
6.2.4. Deprivazione di sonno	»	111
6.2.5. Sistema informatico e deprivazione di sonno	»	112
6.2.6. Il sonno in gravidanza	»	113
6.2.7. Conclusioni	»	114
7. L'ADHD nell'adulto , di <i>Giovanni Migliarese Caputi</i>	»	117
7.1. Introduzione	»	117
7.2. Etiologia ed epidemiologia	»	118
7.3. Caratteristiche cliniche	»	119
7.4. Comorbidità	»	120

7.5. Aspetti diagnostici	pag.	121
7.6. Generalità sul trattamento	»	122
7.7. Il trattamento farmacologico	»	124
7.8. Indicazioni pratiche per l'impostazione del trattamento per l'ADHD nell'adulto	»	126
8. Le dipendenze	»	130
8.1. Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction, di <i>Ester di Giacomo, Fabrizia Colmegna, Antonios Dakanalis, Francesca Pescatore, Valeria Placenti, Rodolfo Pessina, Massimo Clerici</i>	»	130
8.2. Comportamentali, di <i>Stefano Pallanti, Anna Marras</i>	»	142
8.2.1. Introduzione	»	142
8.2.2. Diagnosi	»	142
8.2.3. Malattia o "vizio"?	»	143
8.2.4. Epidemiologia	»	143
8.2.5. Neurobiologia	»	144
8.2.6. Antropologia della Dipendenza	»	144
8.2.7. Le cure e la prevenzione	»	145
8.2.8. Differenze di genere	»	146
9. I trattamenti	»	151
9.1. A che punto è la ricerca nello sviluppo di nuove molecole?, di <i>Giuseppe Maina, Elena Aragno</i>	»	151
9.1.1. Introduzione	»	151
9.1.2. Nuove indicazioni terapeutiche	»	152
9.1.3. Nuove formulazioni terapeutiche	»	153
9.1.4. Nuove molecole	»	154
9.1.5. Prospettive future e conclusioni	»	155
9.2. La psicoterapia, di <i>Matteo Balestrieri</i>	»	158
9.2.1. L'efficacia delle psicoterapie	»	159
9.2.2. Le psicoterapie nel mondo reale	»	160
9.2.3. Lo sviluppo della pratica psicoterapica nei servizi	»	161
9.3. Approcci somatici, psicoeducativi, riabilitativi e sociali, di <i>Bernardo Carpiniello, Federica Pinna, Mirko Manchia</i>	»	166
9.3.1. Approcci somatici	»	166
9.3.2. Approcci psicoeducativi	»	168
9.3.3. Approcci riabilitativi	»	171
9.3.4. Approcci sociali	»	174

10. Il ruolo del caregiver nell'assistenza del malato psichico , di <i>Salvatore Varia</i>	pag.	177
10.1. Introduzione	»	177
10.2. La funzione di caregiver con un congiunto affetto da schizofrenia o da disturbo bipolare	»	177
10.3. Gli interventi sulle famiglie	»	179
10.4. I gruppi di caregiver	»	181
10.5. Il ruolo del caregiver nelle demenze	»	181
10.6. Conclusioni	»	182
<i>Box. Indagini Onda</i>	»	183
11. Lo stigma che avvolge la salute mentale, iniziative per contrastarlo , di <i>Nicoletta Orthmann</i>	»	185
11.1. Da pregiudizi allo stigma e alla discriminazione	»	185
11.2. Lotta allo stigma per la promozione della salute mentale	»	186
11.3. Iniziative di contrasto	»	187
12. Il mondo dell'associazionismo, un aiuto per i malati: Progetto Itaca , di <i>Ughetta Radice Fossati</i> ; a cura di <i>Maria Rosa Schiaffino, Silvana Benaglia</i>	»	190
<i>Box. Elenco associazioni dedicate alla salute mentale</i>	»	194
Conclusioni con uno sguardo al futuro , di <i>Claudio Menacchi, Virginio Salvi</i>	»	195

Premessa

di *Francesca Merzagora**

“Non c’è salute senza salute mentale” questo era l’incipit del programma stilato dalla Società Italiana di Psichiatria (SIP) per il triennio 2015/18, che proseguiva “così come non c’è salute mentale senza salute fisica”.

La salute mentale è, infatti, parte integrante della salute generale; si identifica in uno stato di benessere emotivo e psicologico indispensabile per il funzionamento individuale e sociale, consentendo di utilizzare al massimo le proprie capacità emozionali e cognitive, di provvedere adeguatamente alle esigenze quotidiane, di avere un ruolo attivo all’interno della società, di stabilire relazioni soddisfacenti, di rispondere in modo costruttivo ai cambiamenti esterni e di reagire efficacemente ai conflitti interni.

I dati epidemiologici evidenziano come i disturbi psichici siano in continuo aumento nella popolazione generale, destinati a superare di incidenza le malattie cardiovascolari che attualmente sono al primo posto. Il problema interessa sempre più anche i giovani, a partire dall’adolescenza, tant’è che la Giornata mondiale tradizionalmente dedicata alla salute mentale (10 ottobre) è stata rivolta, nell’ultima edizione del 2018, proprio a loro.

Nello scenario europeo si stima che il 38% della popolazione soffra di una malattia mentale, costituendo nel complesso il 23% del Global Burden of Disease. I disturbi psichici rappresentano il 30% di tutte le disabilità e hanno un impatto negativo sulla quantità e sulla qualità della vita con gravi ripercussioni sul piano personale, affettivo-familiare, socio-relazionale e lavorativo. Si stima che in Italia ne soffrano 17 milioni di persone.

Sulla patologia mentale grava ancora oggi una pesante stigmatizzazione fondata su stereotipi e luoghi comuni, spesso alimentati dai media, che la associano automaticamente a pregiudizi come pericolosità e inguaribilità, nella maggior parte dei casi infondati ma che sono difficili da sradicare.

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

La malattia mentale crea disagio, fa “paura” a chi la vive in prima persona e a chi sta intorno, ecco perché è spesso taciuta, nascosta. Il senso di vergogna, il timore di chiedere aiuto, oltre alla diffusa svalutazione di alcuni sintomi, costituiscono uno dei principali ostacoli all’accesso alle cure.

Già nel Rapporto pubblicato dall’OMS nel 2001, l’educazione alla salute mentale era stata identificata tra le strategie prioritarie di intervento, quale efficace strumento per contrastare lo stigma e la discriminazione. Sono stati fatti enormi progressi sul fronte delle terapie e sui risultati raggiunti in termini di *recovery*, ma resta il problema di un mancato o incongruo accesso, proprio perché faticano a cadere quegli ostacoli sociali che impediscono ai pazienti di raggiungere obiettivi di cura e di vita.

La lotta allo stigma è una battaglia culturale e di civiltà che deve essere portata avanti attraverso una solida alleanza tra tutti i soggetti coinvolti.

Da tanti anni Fondazione Onda è impegnata su questo fronte. Molti progetti e attività sono stati, in particolare, incentrati sulla depressione maggiore in considerazione della caratteristica declinazione al femminile e della sua maggior incidenza nelle fasi più delicate della vita di una donna, connotate da particolare vulnerabilità biologica e psico-emotiva. Del resto la depressione rappresenta, nell’ambito della salute mentale, una delle principali sfide del secolo a fronte dell’impatto individuale e collettivo e dell’enorme drenaggio di risorse umane ed economiche e proprio a questa patologia è stato dedicato il Manifesto “Uscire dall’ombra della depressione”, realizzato da Onda con il patrocinio della SIP e della SINPF (Società Italiana di Neuropsicofarmacologia), una call to action per promuovere efficaci azioni di contrasto e, si auspica, uno stimolo per coinvolgere attivamente le Istituzioni e giungere così a un Piano nazionale di lotta alla depressione. La sollecitazione delle Istituzioni ha già sortito esito positivo: è in fase di calendarizzazione una Mozione alla Camera e al Senato per un impegno del Governo su questo fronte con l’obbligo di attivare in tempi – ci si augura non troppo lunghi! – il Piano nazionale.

La Mostra organizzata da Onda e SIP tra gennaio e febbraio 2019, presso il Palazzo di Giustizia di Milano, “Schedati, perseguitati e sterminati. Malati psichici e disabili durante il nazionalsocialismo” che ha visto la partecipazione di tanti giovani, è stata un’opportunità concreta per riflettere sulle drammatiche conseguenze delle politiche di discriminazione ed emarginazione, un’iniziativa sul piano culturale per contribuire alla lotta contro ogni forma di pregiudizio e di stigma.

Questo libro rinnova l’impegno di Onda nella promozione e nella tutela della salute mentale.

Attraverso i numerosi contributi degli Autori che hanno partecipato al progetto editoriale, ai quali rivolgo un caloroso ringraziamento, viene pre-

sentata una fotografia dello stato della salute mentale nel nostro Paese che si sviluppa attraverso la descrizione delle principali patologie psichiche, dalla depressione ai disturbi d'ansia, dalle psicosi al disturbo ossessivo compulsivo, dai disturbi del sonno all'ADHD nell'adulto e alle dipendenze, offrendo uno spazio di approfondimento sulle strategie terapeutiche attualmente disponibili, farmacologiche e non, sul ruolo del caregiver e delle Associazioni nell'assistenza al malato psichico nonché sulle iniziative per combattere lo stigma che avvolge la salute mentale e che, come già in precedenza evidenziato, rappresenta uno dei principali ostacoli alle cure.

Con questo contributo desideriamo richiamare l'attenzione delle Istituzioni e di tutti gli interlocutori coinvolti e sottolineare la necessità di maggiori investimenti nell'ambito della salute mentale a fronte degli effettivi bisogni che nel tempo sono incrementati e anche cambiati, basti pensare alle richieste per la gestione territoriale sia dei pazienti autori di reato ed ex-OPG, sia di extra-comunitari e alla diffusione dell'abuso di sostanze stupefacenti e alcol nelle persone con disturbi psichici.

Se da un lato il disagio psichico è in aumento nel nostro Paese, come documenta il Rapporto Salute mentale 2017 del Ministero della Salute (aumentano i pazienti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici, i ricoveri in ospedale, gli accessi al Pronto soccorso e la spesa per i farmaci), dall'altro vi è una concomitante contrazione dei servizi dedicati a causa della riduzione delle risorse disponibili. L'Italia è ventesima in Europa per la spesa dedicata alla salute mentale (3,5% della spesa sanitaria totale rispetto al 10-15% di altri paesi, come Germania, Inghilterra e Francia). Potenziare gli investimenti permette di garantire, uniformemente su tutto il territorio nazionale, il diritto alla cura e all'inclusione sociale delle persone con disturbi psichici. Un obiettivo ambizioso ma irrinunciabile per tutelare al meglio la salute mentale, quale diritto individuale e bene collettivo. L'organizzazione della Conferenza Nazionale per la salute mentale, a Roma nel giugno 2019, e l'istituzione da parte del Ministero della salute di un Tavolo di lavoro tecnico sulla salute mentale, testimoniano un impegno concreto in questa direzione.

Milano, luglio 2019

Introduzione

Con la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ai sensi della legge 81/2014 l'Italia è divenuto l'unico paese al mondo ad avere completamente adottato il modello della psichiatria di comunità, dal 1978 già in essere per i pazienti non autori di reato. Nell'ambito dei paesi più industrializzati (gruppo del G7) siamo l'unico a non avere più ospedali psichiatrici e quello con la maggior disponibilità di posti letto nelle strutture residenziali comunitarie. Ciò che colpisce del nostro Paese, in confronto agli altri membri del G7, è la minore disponibilità di operatori della salute mentale accompagnata dalla minore percentuale di spesa sanitaria destinata alla salute mentale.

La Società Italiana di Psichiatria in occasione del quarantennale della così detta "legge Basaglia" ha ribadito le gravi difficoltà dei servizi di salute mentale italiani poiché la psichiatria di comunità non può funzionare adeguatamente senza le risorse necessarie. Negli ultimi tre anni il Ministero della Salute ha pubblicato i report del Sistema Informatico Salute Mentale attivo in tutte le regioni, da cui si evince che la spesa media italiana per i servizi di salute mentale è inferiore al 3,5% della spesa sanitaria, a fronte dell'ipotetico 5%, considerato necessario a realizzare i due Progetti Obiettivi Tutela della Salute Mentale 94/96, 97/99 e dell'8-15% investito negli altri paesi del G7. Adottare modelli teorici che derivano da avanzati principi, senza un concreto piano economico di investimenti e realizzazioni, ha determinato la situazione di grave difficoltà in cui si trovano attualmente i 183 Dipartimenti di Salute Mentale del nostro paese.

In Italia la sanità è materia concorrente tra stato e regioni per cui la definizione dei modelli di cura e dei livelli essenziali di assistenza è compito del governo centrale, mentre la realizzazione e l'organizzazione delle attività del servizio sanitario spettano alle Regioni e Province Autonome. Questo avvicina i servizi sanitari ai cittadini ma consente una certa variabilità di risposte tra regione e regione derivanti dalle scelte locali. In una recente

indagine condotta dalla Società Italiana di Psichiatria sulla realizzazione e organizzazione dei dipartimenti di salute mentale delle aziende sanitarie, si sono evidenziate numerose differenze interregionali: la dimensione dell'area di riferimento (da 200.000 a oltre un milione); il numero di strutture complesse (SC) che ne fanno parte (da 2 a oltre 10); la differente tipologia di SC che lo compongono (solo psichiatriche, con le dipendenze, con la psicologia, con la neuropsichiatria infantile o combinazioni variabili). Vi sono inoltre le differenze che derivano dal diverso investimento economico e/o dotazioni di personale, pur con gli stessi standard di riferimento. Le differenti disponibilità ed efficienze dei servizi tra le regioni contrastano con la libera circolazione dei cittadini sul territorio nazionale. La prima domanda che uno psichiatra del dipartimento di salute mentale pone al paziente è: dove abita?, al fine di indirizzare correttamente quell'utente qualora presentasse la necessità della presa in carico che deve avvenire presso l'ambulatorio attinente alla residenza del soggetto. La non abbondanza di risorse e di operatori costringe a limitare gli interventi non urgenti alle sole persone di propria competenza.

Negli ultimi anni la richiesta di prestazioni rivolta ai servizi di salute mentale è molto aumentata sia quantitativamente sia qualitativamente. Vi sono stati importanti progressi nelle tipologie e modalità dei trattamenti farmacologico, riabilitativo, psicoeducazionale e psicoterapeutico in psichiatria che hanno notevolmente migliorato gli esiti delle patologie. Lo psichiatra deve poter intervenire precocemente e in maniera efficace sulle patologie psichiche all'esordio, ovvero quando il nostro intervento ha le maggiori probabilità di esito favorevole. Viceversa, bisognerebbe rivedere l'investimento sui soggetti in trattamento da molti anni, che non mostrano più possibilità di evoluzione favorevole della patologia, per i quali il percorso dovrebbe essere assistenziale. Per rendere efficiente la rete dei servizi di un dipartimento di salute mentale è necessario introdurre l'innovazione organizzativa e tecnologica in modo da poter utilizzare al meglio le competenze delle équipes multidisciplinari. Occorre, inoltre, incrementare l'autonomizzazione dei pazienti rendendoli partecipi delle scelte e dei progetti terapeutici a loro dedicati. È opportuno organizzare dei progetti ultra-specialistici trasversali tra gli ambulatori (esordi psicotici, disturbi del comportamento alimentare, ecc.) che integrano i percorsi di cura degli ambulatori stessi; è infine indispensabile contenere le richieste di presa in carico inappropriate soprattutto delle persone detenute o autori di reato.

Una delle conquiste culturali della riforma psichiatrica del 1978 fu di superare il concetto di pericolosità del malato di mente. L'attuale fase post ospedali psichiatrici giudiziari ha determinato l'incremento dei percorsi di cura per i pazienti autori di reato nei dipartimenti di salute mentale; molti di questi pazienti vengono considerati "socialmente pericolosi", in conse-

guenza delle perizie effettuate da psichiatri forensi. Questo giudizio crea nuova confusione sulla malattia di mente e la pericolosità e genera grande allarme, pertanto, il termine pericoloso andrebbe sostituito. Il giudizio di pericolosità sociale viene attribuito in conseguenza della trattabilità della patologia di cui è affetto l'autore di reato in funzione della possibile ripetizione del reato e non ha alcuna attinenza con il vecchio requisito per l'ingresso in manicomio: "pericoloso a sé o agli altri o di pubblico scandalo". Questi termini tuttavia rimandano alla fase in cui la psichiatria aveva anche la funzione di custodia che oggi invece viene decisamente rifiutata. Agli psichiatri bisogna chiedere di svolgere il proprio lavoro al meglio delle loro possibilità e non attribuire loro responsabilità o compiti di custodia che non sono in grado di svolgere; il personale sanitario deve curare e riabilitare le persone che ne hanno la necessità clinica nell'ambito di un rapporto con il paziente consenziente, tranne che nei periodi e per le condizioni previste dalla legge 833/1978 (ASO e TSO).

I sistemi sanitari non hanno ancora trovato una risposta al carico rappresentato dai disturbi mentali; di conseguenza, anche in Italia, vi è distanza tra il bisogno e l'offerta di cure, tra quello che si potrebbe realizzare con le attuali conoscenze e quello che viene realizzato con le attuali risorse nei servizi. Maggiori investimenti culturali ed economici dovranno concretizzarsi in migliori percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito della salute mentale che va considerata in tutti i programmi per la salute dei singoli e della popolazione poiché salute fisica e mentale non sono disgiunte.

Enrico Zanaldi

Dipartimento Integrato di Salute Mentale ASL TO3 e AOU San Luigi Gonzaga;
Società Italiana di Psichiatria

1. La depressione

1.1. Inquadramento generale

di *Mario Amore**, *Gianluca Serafini**, *Jacopo Nebbia**

L'umore può essere definito come la tonalità emotiva pervasiva che fa da fondo e da sfondo alla realtà soggettiva e influenza in maniera profonda la percezione di sé, degli altri e dell'ambiente in generale.

Modeste oscillazioni del tono dell'umore tra i due poli di tristezza ed euforia fanno parte della normale esistenza dell'individuo e, entro certi limiti, possono rappresentare un'importante funzione adattativa permettendo di adeguare le risposte emotive e comportamentali del soggetto alle circostanze in cui si trova.

I disturbi dell'umore costituiscono un'entità nosografica-clinica che racchiude differenti quadri caratterizzati da alterazioni abnormi dell'umore; tali alterazioni vengono generalmente esperite nella forma di episodi o fasi e spesso possono caratterizzarsi per una natura ricorrente. L'umore patologico, abnorme, può essere distinto da quello fisiologico per varie caratteristiche quali intensità, pervasività, labilità, reattività e durata.

Sulla base di una valutazione longitudinale i disturbi dell'umore sono stati classicamente distinti in disturbi bipolari e disturbi depressivi o unipolari.

Tutti i disturbi depressivi si caratterizzano per la presenza di una polarizzazione in senso negativo del tono timico con esperienze di vuoto, tristezza o irritabilità, accompagnate da significativi cambiamenti somatici e cognitivi, in grado di inficiare il normale funzionamento dell'individuo.

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