



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXVII • n. 1 • gennaio - giugno

## PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

Organo della Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

### Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

### Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)  
Massimo Clerici (*Monza*)

### Comitato Scientifico:

Claudio Mencacci (*Milano, MI*)  
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)  
Giorgio Cerati (*Legnano*)  
Emilio Sacchetti (*Brescia*)  
Silvio Scarone (*Milano*)  
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)  
Arcadio Erlicher (*Milano*)  
Simone Vender (*Varese*)  
Antonio Vita (*Brescia*)  
Giuseppe Biffi (*Milano*)  
Mario Ballantini (*Sondrio*)  
Franco Spinogatti (*Cremona*)  
Costanzo Gala (*Milano*)  
Gabiella Ba (*Milano*)  
Cinzia Bressi (*Milano*)  
Claudio Cetti (*Como*)  
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)  
Nicola Poloni (*Varese*)  
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)  
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)  
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)  
Alessandro Grecchi (*Varese*)  
Francesco Bartoli (*Monza*)  
Lucia Volonteri (*Milano*)  
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

### Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

### Art Director:

Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

### IN PRIMO PIANO

- 3** La posizione della psichiatria nella crisi contemporanea  
*di Giannelli A.*
- 7** Lettera inviata dal Paŕ President della societ  Italiana di Psichiatria a tutti i soci al termine del suo mandato  
*di Mencacci C.*

### SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 9** La psichiatria nel modello Lombardo: analisi di organizzazione e destinazione delle risorse  
*di Cerveri G., Grazia C., Magni G., Campajola P., Cioffi I., Goglio M., Molteni F., Vender S., Mencacci C.*
- 24** La Teleconferenza come mezzo di integrazione delle equipes  
*di Ballantini M., Tomaselli G.*
- 28** Indagine sui fabbisogni formativi dei Medici Psichiatri  
*di Marturano A., Caggio F.*
- 38** Interventi precoci e terapie naturali nel disturbo bipolare  
*di Porcellana M., Morganti C., Florinda S.*
- 47** La condotta tossicomana da Freud ad oggi  
*di La Moglie A.*

### NOTE DAI CONVEGNI

- 52** Il futuro degli SPDC tra continuit  e innovazione  
*VII Congresso del Coordinamento Nazionale degli SPDC*
- 56** La riabilitazione Psicosociale Oggi: contesti e paradigmi in cambiamento  
*XI Congresso Nazionale SIRP*

### RIFLESSIONI

- 58** Sul parlar da soli  
*Canto del cigno di uno psichiatra in pensione*  
*di Pittini G.*

## La Teleconferenza come mezzo di integrazione delle équipes

Mario Ballantini\*, Gianluigi Tomaselli\*\*

### INTRODUZIONE

La telemedicina in campo psichiatrico ha le potenzialità di essere un mezzo efficiente ed efficace (American Telemedicine Association, 2012). Il suo uso si sta diffondendo specialmente in contesti geograficamente critici (Deslich S. et al., 2013, 2; Mettner J. et al., 2013) ovvero quando occorre una particolare attenzione ai costi e fornire servizi a popolazioni particolari (Deslich S. et al., 2013, 4); e uno specifico addestramento all'uso dello strumento telematico è stato proposto anche nel training di formazione in psichiatria. (Hoffman P. e Kane J.M., 2014)

Una ricerca sulle principali banche dati mediche utilizzando specifiche parole chiave (telemedicine, psychiatry, Italy, telepsychiatry) non evidenzia esperienze italiane pubblicate su letteratura internazionale specifica.

La prospettiva di un uso della telepsichiatria in Italia è affrontata in un recentissimo lavoro di Valdagno M. et al. (Valdagno M. et al., 2014)

Sebbene nel nostro paese non sembrino ancora maturi i tempi per una assistenza psichiatrica mediata dai Computer e dalle reti, abbiamo verificato invece utile l'impiego di dette tecnologie per migliorare le interazioni fra diverse équipe di un Dipartimento di Salute Mentale.

Quella che stiamo sperimentando nella Provincia di Sondrio, è una procedura mediata dagli strumenti telematici per favorire la presa in carico del paziente psichiatrico da parte di équipes di lavoro che operano in aree geograficamente distanti.

Andiamo a descriverla in quanto si è rivelata di facile applicazione, economica e soprattutto efficace ed utile.

### IL CONTESTO

La Provincia è dislocata in una vasta area montana, nel nord della Lombardia. È confinante con la Svizzera al Nord, col Trentino-Alto Adige a Est, con le province lombarde di Bergamo e Brescia a Sud e con le province di Como e Lecco a Est. Si tratta di una provincia interamente montuosa, con un solo asse viario, rappresentato dalla statale 36 che attraversa la valle da Est a Ovest per raggiungere Lecco costeggiando il lago di Como sul suo versante orientale.

I circa 177.000 abitanti sono raggruppati perlopiù nelle cittadine del fondo Valle.

L'assistenza psichiatrica di questa popolazione è demandata al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna. Secondo il modello Lombardo, al DSM fanno capo i diversi livelli di assistenza per la salute mentale (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero), che rispondono ad un'unica apicalità.

Questo favorisce che al paziente grave venga offerto un percorso di cura articolato in una presa in carico integrata da parte di un'unica équipe.

Oltre ai presidi residenziali e semiresidenziali, il DSM si avvale di un SPDC presso l'ospedale del capoluogo e di 5 punti di erogazione territoriale (CPS e Ambulatori) nei 5 capoluoghi di mandamento, partendo da est: Bormio, Tirano, Sondrio, Morbegno e Chiavenna. Detti punti di erogazione sono aperti ogni giorno lavorativo e, parzialmente, anche il sabato.

Nell'unico SPDC di Sondrio vengono ricoverati in fase di acuzie i pazienti residenti nei diversi mandamenti e spesso sono pazienti già conosciuti dalle équipes dei vari territori.

Dette équipes hanno un patrimonio di conoscenza spesso ampio del paziente e delle sue vicissitudini, del suo assetto psicosociale, familiare e lavorativo, eventuali eventi precipitanti o favorenti il ricovero, la tenuta della rete sociale ecc. Queste équipes hanno quindi la possibilità di integrare e supportare il lavoro dei colleghi dell'SPDC che hanno un angolo di visuale prezioso ma limitato alla fase di acuzie che ha motivato il ricovero.

Alcuni dati sono presenti in cartella, sia in quella del CPS sia, com'è ovvio, in quella dell' SPDC; ma dette cartelle non sono immediatamente e reciprocamente consultabili. Non esiste, a oggi, la possibilità di una trasmissione agevole per via telematica dei dati, non essendo in uso cartelle informatizzate.

D'altronde le diverse decisioni da prendere in fase acuta debbono tener conto della storia del paziente e delle esigenze del percorso di cura territoriale che il paziente proseguirà alla dimissione in modo da garantire in modo ottimale il compenso psicopatologico ed evitare la ricaduta.

Questo importante scambio e confronto tra gli operatori del territorio e del reparto è quindi affidato principalmente allo scambio diretto tra gli stessi, attraverso una comunicazione sincronica. Detta comunicazione, tradizionalmente, si realizza con la presenza fisica del medico o dell'infermiere che viene in reparto a visitare il paziente ovvero attraverso il telefono.

Le distanze geografiche sono una criticità importante per rendere praticabile routinariamente la visita in reparto degli operatori delle diverse equipe. Nella tabella che segue sono rappresentate le distanze tra i diversi punti di erogazione territoriale e l' SPDC in termini di tempo e distanza:

Servizio	Distanza in km da SPDC Sondrio	Tempo di percorrenza
Bormio	63	60'
Tirano	26	30'
Sondrio	2	5'
Morbegno	26	30'
Chiavenna	65	72'

Si tenga presente che i tempi di percorrenza non tengono conto delle circostanze di traffico, relative ad un'unica arteria stradale, spesso congestionata, e delle ancor più salienti condizioni meteo, relative ad una regione alpina. Detti tempi non è infrequente che vengano aumentati anche del 50 - 100 %. È quindi improponibile una presenza fisica

routinaria degli operatori dei territori più distanti in SPDC.

Il mezzo telefonico è, ovviamente, senz'altro adeguato allo scambio sincronico di informazioni ma presenta tre limiti:

- Essendo in genere strutturato "on demand" è improbabile una comunicazione agevole da ambo le parti. Quando chiamo il collega può essere impegnato in visite o altre attività e non può dedicarmi tempo e attenzione sufficienti e viceversa. Questo appesantisce e scoraggia un uso frequente del mezzo che è adeguatissimo per comunicazioni critiche o di urgenza, ma non per la costruzione di un confronto progressivo su un processo in atto. Almeno uno dei due "comunicanti" (chi chiama) deve percepire il superamento di una soglia di importanza di contenuto da far investire una risorsa di tempo e di attenzione per chiamare il collega. Ciò che resta sotto soglia non attiva la chiamata (perché troppo "costosa" e "disturbante") ma non è detto che quel "sotto soglia" non valga la pena di essere comunicato;
- Ordinariamente la comunicazione telefonica si svolge tra due persone. Ora il modello di cura nel Dipartimento di Salute Mentale, almeno per i pazienti gravi, è fortemente basato sulle equipe pluriprofessionali e quindi gli apporti di conoscenza e le decisioni spesso nascono all'interno di un gruppo attraverso l'interazione tra i diversi membri. Questo viene perso nella comunicazione tra due sole persone. Le stesse potranno condividere contenuti con altri membri della propria equipe ma, anche qui, con investimento di tempo e attenzione elevati e quindi potendo tralasciare materiale che non venga ritenuto davvero importante da attivare una comunicazione "faticosa e costosa". Per inciso va precisato che queste criticità non sussistono in una comunicazione asincrona, specie oggi che è scontato l'uso delle e-mail per comunicare. Ma questo tipo di comunicazione non consente quella immediatezza di scambio e di costruzione progressiva della conoscenza che caratterizza il continuo "botta e risposta" del colloquio diretto, telefonico e non.
- Il telefono veicola perlopiù, anche se non esclusivamente, una comunicazione verbale. La parte non verbale della

comunicazione (postura, espressioni, sguardi) viene del tutto persa. Scambiare il parere su un paziente “de visu” o al telefono può in molti casi fare poca differenza, ma in altri la differenza è ben percepita e rilevante.

Per queste ragioni si è sentita l'esigenza di implementare un dispositivo tecnologico e organizzativo che potesse raggiungere il risultato di uno scambio più “profondo”, routinario, facile e completo tra le equipe territoriali e quella dell' SPDC in merito ai pazienti ricoverati dai diversi territori. Tale implementazione è stata possibile dato il basso costo di una tecnologia divenuta elementare come la videoconferenza ed ha portato ad un miglioramento percepito nella qualità degli scambi tra le equipe e una migliore integrazione fra ospedale e territorio.

## L'ESPERIENZA

I sistemi informativi dell'ospedale rendono consultabili da ogni postazione abilitata i pazienti ricoverati in ogni momento presso l' SPDC di Sondrio. Dalle anagrafiche si può facilmente risalire a quelli residenti nei diversi ambiti di competenza. Presso ogni CPS, ogni mattina, è quindi facilmente disponibile l'elenco di pazienti del proprio territorio accolti in SPDC compreso quelli eventualmente ricoverati dopo la chiusura del Servizio.

Presso l' SPDC, ogni mattina alle 9 dei giorni lavorativi, si svolge la riunione tra il primario, i medici di reparto, la caposala ed un infermiere del turno in cui vengono trattati i diversi casi presenti in reparto. La riunione dura circa un ora.

Da circa un paio d'anni, attraverso il PC presente nello studio del primario dove si svolge la riunione, viene attivato un collegamento in videoconferenza con i diversi CPS in un ordine prestabilito (Chiavenna, Morbegno, Sondrio, Tirano e Bormio) in modo da poter stimare il momento del collegamento e ridurre al minimo le attese.

La videoconferenza ha ovviamente una durata variabile tra i 5 e i 20' minuti di media per ogni CPS, in funzione del numero e della complessità dei casi trattati ma difficilmente la riunione si protrae oltre le 10.

La video conferenza è anche l'occasione per allertare il reparto di eventuali situazioni “instabili” presenti nel territorio o addirittura di interventi in corso (ASO, TSO) posti in essere dalle equipe territoriali.

L'interazione in videoconferenza è condizionata ancora in modo sensibile dalla variabilità della qualità del collegamento, che oscilla da pessimo (in circa il 10% dei casi) a buono (in circa il 30%). La maggior parte dei collegamenti è comunque di qualità sufficiente.

L'efficienza della videoconferenza non è stata immediatamente a buoni livelli. I primi 6 - 12 mesi ci sono state molte problematiche di adattamento dovute a:

- scarsa dimestichezza di molti operatori sul mezzo informatico, con sensibile perdite di tempo per l'attivazione del collegamento;
- Difficoltà a programmare la disponibilità delle equipe periferiche in sincronia con la chiamata da parte del SPDC con sensibile perdita di tempo per attese o necessità di sollecitare via telefono la presenza in postazione degli operatori;
- Scarsa confidenza alla comunicazione audiovideo in gruppo, che si è risolta nel tempo, con sensibile perdita di tempo in scambi non pertinenti e marginali.
- Perplessità iniziali, poi risoltesi col tempo, rispetto ad una innovazione percepita eccessiva e non utile.
- Dopo questa fase iniziale, la videoconferenza è diventata una fluida abitudine di ogni mattina, dedicata a scambi essenziali, pertinenti e in genere costruttivi.

Dato il costo risibile dell'attrezzatura necessaria, molti dei PC in uso agli operatori sono stati comunque dotati di telecamera con microfono e uno dei software per videoconferenza. L'acquisita confidenza col mezzo da parte di tutti, fa sì che si inizi ad utilizzarla videoconferenza anche per l'affronto di questioni un po' più complesse per cui questo mezzo risulta più “conveniente” ed adeguato rispetto alla comunicazione al telefono; ed anche per usi a cui inizialmente non si era pensato.

Ad es. non è infrequente che un paziente ricoverato, prima

della dimissione, riesca ad affrontare col medico del suo territorio in videoconferenza il programma della dimissione, concordare una terapia o una frequenza diretta al servizio; ovvero discutere il rientro in una struttura residenziale col responsabile o con l'assistente sociale alcuni problemi di pertinenza. I pazienti non hanno alcuna difficoltà ad utilizzare questa modalità.

La possibilità di comunicare in gruppo e in video, nella nostra esperienza è stato un vantaggio evidente nell'integrazione e nella continuità del lavoro tra paziente e territorio.

Le equipe territoriali vivono più facilmente il paziente come ancora "loro", in cui il pensiero della presa in carico e del management non è sospeso o interrotto dal ricovero. L'equipe del SPDC è facilitata nel sentire di non lavorare in modo isolato ma su un vero e proprio progetto. Migliora, in pratica la capacità (e la percezione) di un lavoro insieme. Ad es. non è infrequente che gli scambi riguardino anche persone dimesse ma che sono state impegnative in reparto e di cui l'equipe di reparto chiede a quella territoriale l'esito del percorso, come sta il paziente ecc.

L'interazione in videoconferenza e la sua frequenza, mettendo a contatto più diretto staff di lavoro che necessariamente assumono punti di vista diversi rispetto ad un medesimo soggetto, genera non infrequentemente tensioni, disaccordi e visioni diverse tra le due equipe che si manifestano in discussioni spesso infervorate e vicaci. Questi momenti sono risultati più difficili da gestire rispetto a quelle che avvengono in normali riunioni e qui è evidente fino in fondo la differenza tra la videoconferenza e la presenza fisica.

Come accennato sopra, peraltro, l'implementazione di questo sistema è decisamente semplice e poco costosa mentre i ritorni possono essere significativi. È quindi un metodo semplice, alla portata di chiunque e che risulta costoefficace per migliorare le interazioni tra operatori e la continuità delle cure nei pazienti in carico al DSM.

Riteniamo che la nostra esperienza possa essere utilmente proposta in altri contesti con caratteristiche ambientali e organizzative simili.

\*Direttore Dipartimento di Salute Mentale Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna

\*\*Resp. F.F. Unità Operativa Psichiatrica 14 A.O. Treviglio (BG)

Corrispondenza con l'autore: [mario.ballantini@aovv.it](mailto:mario.ballantini@aovv.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. American Telemedicine Association. *What Is Telemedicine & Telehealth?* 2011. [www.americantelemed.org/files/public/abouttelemedicine/What\\_Is\\_Telemedicine.pdf](http://www.americantelemed.org/files/public/abouttelemedicine/What_Is_Telemedicine.pdf) (accessed October 1, 2012).
2. Deslich S., Stec B., Tomblin S., and Coustasse A., *Telepsychiatry in the 21st Century: Transforming Healthcare with Technology*, *Perspect Health Inf Manag.* 10 (Summer): 1f, 2013
3. Mettner J., *The doctor is in another town: telepsychiatry brings care to people in rural Minnesota*, *Minnesota medicine* 96: 22-25, 2013
4. Deslich S., Thistlethwaite T., Coustasse A., *Telepsychiatry in correctional facilities: using technology to improve access and decrease costs of mental health care in underserved populations*. *The Permanente journal* 17(3):80-6, 2013.
5. Hoffman P., Kane J.M., *Telepsychiatry Education and Curriculum Development in Residency Training*. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 2014 Jan;(0):
6. Valdagno M., Goracci A., di Volo S., Fagiolini A., *Telepsychiatry: new perspectives and open issues*, *CNS spectrums*: 1 - 3, 2014

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio: I. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

**Presidente:**

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

**Presidente eletto:**

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

**Segretario:**

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

**Vice-Segretario:**

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

**Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

**Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini (*Sondrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

**RAPPRESENTANTI**

**Sezione "Giovani Psichiatri":**

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

**Membri di diritto:**

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

**Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi