



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXIX • n. 2 • luglio-dicembre

## 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)  
Gabriella 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 Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 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** L'indifferenza  
di Giannelli A.
- 9** La legge regionale in materia di salute  
mentale  
di Cerati G.
- 12** La Legge di Riforma relativa alla salute  
mentale  
*Un'esperienza ricca di sorprese*  
di Cetti C.

### SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 16** Proposta di Algoritmo per la scelta  
del trattamento con antipsicotico in  
acuto e nel lungo termine nella patologia  
Schizofrenica  
di Cerveri G., Mencacci C.
- 24** Il modello multifamiliare e la metafora  
lavoro  
*Identità sociale e costanza percettiva del sé  
nelle relazioni complesse, una prospettiva  
evolutiva e prognostica*  
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.
- 31** Utilizzo della Cannabis  
*Stato dell'arte su un campione di soggetti  
affendenti all'area metropolitana milanese*  
di Cucchi M., Migliarese G., Ali S.,  
Cerveri G., Clerici M., Mencacci C.

- 39** La Comunità socio educativa  
residenziale (Co.s.e.r.) di Force e la  
Residenza Protetta di Comunanza  
*Il rapporto tra ospiti delle strutture  
e cittadinanza e le prime necessità  
emergenti dopo il sisma*  
di Damiani T., Talamonti Rea S., Passalacqua  
A., Petrini V., Mazzaroni C., Giaccio P.,  
Iachini S., Satulli M.C., Iachini M.G.,  
Baldassarri C., Tešla V., Valentini V., Gianni  
D., Addis A., Guidotti R., Picciotti G., Galie  
V., Acciaroli T., Alesiani R., Nicolai D., Caucci  
C., Travagliani D., Pucci A., Gaspari M.

- 43** Conseguenze psicologiche e sociali dei  
terremoti nell'Italia centrale  
*Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale  
XXIV della Regione Marche al primo no-  
vembre 2016*  
di Damiani T.

- 47** Diagnosi e trattamento di un  
caso di psicosi puerperale con  
sintomi schizofrenici e mancato  
suicidio-infanticidio  
di Grecchi A., Beraldo S., Marzolini M.,  
Mattavelli S., Biffi G.

- 54** Un modello di prevenzione e cura  
dei disturbi psichici gravi in età giovanile  
(15-24 anni)  
di Percudani M., Parabiaghi A., D'Avanzo B.,  
Bassi M., Cardamone G., Costantino A.,  
Lora A., Maranesi T., Vaggi M., Gruppo di  
Lavoro Progetto CCM 2013

- 66** Coinvolgimento e interventi con familiari  
e carers di pazienti con disturbo  
borderline di personalità  
di Porcellana M., Morganti C.,  
Saverino F., Carigi T., Rossi G.

### PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'importanza della cartella clinica  
di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Recumbent Figure*

Henry Moore, 1938

© The Henry Moore Foundation. All Rights Reserved

## L'indifferenza

Alberto Giannelli

---

**P**arola che vuol dire tanto la mancanza di differenza tra due persone o due animali (ad es. fratelli gemelli, colombo e piccione) quanto *l'insensibilità o l'imperturbabilità o la non-cura di fronte a una scelta esistenziale o a un evento o a una persona con cui, volenti o no, entriamo in rapporto.* Naturalmente, qui intendo parlare di queste ultime. Ci sono molti terreni sui quali l'indifferenza cresce come la gramigna in un campo poco o mal coltivato. Prendiamo quello *teologico*. L'ateismo, nel linguaggio comune, sta a rappresentare l'assunto, che a parole non conosce dubbio, della non-esistenza di Dio. L'indifferenza, a sua volta, indica l'insensibilità o il disinteresse nei confronti di tale dubbio. A mio avviso, l'ateismo se rappresentato con argomentazioni dotate di una loro razionalità e di una loro logica presuppone un atteggiamento attivo, polemico, degno di essere discusso almeno sul piano culturale, mentre *l'indifferenza sta a testimoniare l'insensibilità nei confronti di un dialogo che incrocia ragione, fede e storia sul percorso del pensiero e delle coscienze da più di duemila anni.* L'indifferente, di fronte a questo dialogo e alla sua fecondità, è una persona apatica, aproblematica, racchiusa nel ristretto mondo del suo egoismo e della non-partecipazione al mondo che abita. L'ateo, a ben

*L'interiorità è una categoria della mente e non si dà interiorità che non presupponga, per il suo stesso costituirsi, il dialogo interumano, l'intersoggettività*

Carlo Sini

---

vedere, spesso è alla ricerca di quel Dio del quale nega l'esistenza, l'indifferente è passivo, non se ne cura, il suo orizzonte non è capace di trascendenza. L'ateo tende a rappresentarsi la propria morte come la fine di tutto, o, meglio, la cessazione assoluta della propria presenza.

L'indifferente intravede soltanto la tenebra: dell'eternità che inesorabilmente verrà dopo, non si cura. Non si pone il problema del credere o non-credere, dell'aver fede o non averla: per lui, appunto, non fa differenza. Ma spesso gli manca la fede anche in se stesso. L'indifferenza, nell'ambito della catechesi, andrebbe inclusa tra i peccati o, se si preferisce, i vizi capitali, accanto all'accidia e all'avarizia. A ben vedere, a rischio di essere riduttivi, si può dire che nell'ateo il dilemma — credere o no — ha spazio nel suo modo di pensare, nell'indifferente no. Quest'ultimo, tutt'al più, crede in ciò che sa o che vede, senza preoccuparsi se ciò in cui crede è vero<sup>1</sup>. Ricordo le parole dette da una persona di alto livello culturale in risposta a una domanda se fosse ateo, come tutta la sua vita aveva lasciato intendere: "Non chiamatemi ateo perché non ho le prove che Dio non esista".

Che dire dell'indifferenza nei confronti della *politica*? Una delle prove della sua rilevante importanza è stata nell'alta quota di assenteismo in occasione di consulta-

---

1. Questa problematica è da sempre oggetto di dibattito nella filosofia, anche contemporanea.

Tra altri si veda: Galimberti U., *Il segreto della domanda. Intorno alle cose umane e divine*. Apogeo, 2008.

E nella teologia, come in Ruini C., *C'è un dopo? La morte e la speranza*. Mondadori, 2016

# IN PRIMO PIANO

zioni elettorali (accanto e al di là della frequenza con la quale la gente dice che non sa per chi votare, trovando giustificazioni nel caos o nella povertà di idee e di programmi che troppo spesso precedono dette consultazioni). Che la politica sia malata, che le tradizionali contrapposizioni destra-sinistra siano annacquate nell'ambito dei cosiddetti centro-destra e centro-sinistra, che nel mondo occidentale si stia rischiando il venir meno della democrazia (di quella partecipata, intendo) mi sembra che non ci siano dubbi.

Per quel poco che so di botanica, la gramigna cresce

soprattutto sui terreni aridi e sabbiosi e porta danni alle coltivazioni e ai prati, anche per la rapidità con cui si diffonde e le difficoltà a estirparla. L'indifferenza in politica o, meglio, nei confronti della politica, si diffonde rapidamente tra la gente sfiduciata dalla corruzione, dall'incapacità, dalle promesse mancate di chi la governa. Ed è un male quasi perenne, difficile da curare, come dimostra il fatto che alligna imperterrita da più di sessant'anni a questa parte, e, come la gramigna, è diffuso dappertutto, al di qua e al di là dell'oceano. E non rileva il fatto che qualcuno sostenga che la gramigna sia una



Ron Mueck, *In bed*, 2005

- 
2. Recentemente è stato ri-edito da Sellerio *Ognuno muore solo* di Hans Fallada, che parla, appunto, della quasi sconosciuta resistenza antinazista attiva in Germania. Simone Weil, Rachel Bepaloff, Hannah Arendt sono figure femminili che hanno illuminato le tenebre di quel secolo, ben illustrate da Nadia Fusini in *Hannah e le altre*. Einaudi, 2013. A loro aggiungo i nomi di Etty Hillesum, di Edith Stein e di Irène Nemirosky.

pianta che possa avere anche delle proprietà curative. Del resto, sappiamo che la democrazia non è un'architettura politica perfetta, *però è perfettibile* (i greci, che di queste cose se ne intendevano, lo hanno più volte testimoniato). L'alta percentuale con la quale la gente non va a votare significa, tra l'altro, insensibilità ai drammi cui assiste e disinteresse nei riguardi dei mali, soprattutto di quelli altrui. Di chi li fa e di chi li subisce. Tanto — dicono molti, anzi troppi — non cambierà mai niente. Sembrano lontani anni luce i tempi in cui non indifferenza, ma attiva e coraggiosa partecipazione ha gettato fasci di luce sulle tenebre del novecento: nel nostro Paese, nella Francia martoriata, nell'Unione Sovietica, nella stessa Germania che sono state fucine di incredibili orrori<sup>2</sup>. L'apparente indifferenza della maggior parte della gente comune era, in realtà, umiliazione, sacrificio, impotenza di fronte a una cattiveria che non aveva precedenti nella storia.

Il recente referendum di riforma costituzionale ha visto un'alta partecipazione popolare, e potrebbe costituire, quindi, una smentita a quanto dicevo sull'astensionismo. Va, però, detto che una rondine non fa primavera e che la nostra storia è troppo ricca di consultazioni elettorali in cui detta partecipazione è stata assai deludente. Nell'ultimo referendum molta gente non ha votato per la riforma, della quale non si è interessata o della quale ha capito molto poco, ma per contestare chi sedeva a palazzo Chigi, una sorta di protesta per promesse in gran parte disattese o per la situazione precaria in cui buona parte degli italiani, giovani o pensionati che siano, si trovano. Bisogna aspettare nuove occasioni di voto per vedere se, nel caso dell'ultimo referendum, si è trattato di una inversione di tendenza vera e propria.

Potremmo anche chiederci se questa indifferenza nei confronti della politica, che peraltro riguarda anche altri

Paesi, sia pure in tono minore, non sia in qualche modo responsabile di come il *welfare*, che dovrebbe liberare il Paese almeno dai suoi principali malesseri, sia deludente in molte delle sue finalità, il superamento delle discriminazioni sociali in primis.

Last, but not least, l'indifferenza *nei rapporti con gli altri*, nella nostra quotidianità. Basta camminare per le strade delle nostre città per rendersene conto. Uomini e donne accovacciati sotto un portico o in un angolo di una piazza, spesso stringendo un cane tra le braccia, mani tese alla ricerca di una moneta, bambini avviati senza pudore sulla strada della questua. La gente che passa non vede, gira la testa dall'altra parte, a volte ha gesti di palese fastidio. Ormai siamo quasi nella totale insensibilità a queste richieste di aiuto. Non ci commuove nemmeno più il cartello con la sola scritta "ho fame", sovente posto all'uscita da un bar o da un ristorante dove siamo appena stati. Certo, molte sono le giustificazioni che si possono portare a questo atteggiamento di indifferenza nei confronti dei tanti che hanno avuto la sfortuna di nascere dalla parte sbagliata del mondo o con il colore della pelle diverso dal nostro, ma, ormai, sempre di più uguale al nostro. E non poche di quelle giustificazioni possono essere condivise e vanno portate all'attenzione di chi ci governa a livello nazionale piuttosto che locale. Ma non è questo che qui mi interessa. Qui mi interessa il problema del perché noi, come singoli individui, non riusciamo più a vedere nell'altro-da-noi un nostro simile, anche se non uguale a noi. Il contrapposto dell'uguaglianza è la disuguaglianza, non la differenza<sup>3</sup>. *Andrebbe ribadito il concetto dell'uguaglianza nella differenza*. Siamo indifferenti anche all'uscita da una chiesa dove abbiamo appena sentito commentare dal prete il brano

---

3. Lucetta Scaraffia in *Dall'ultimo banco*, Marsilio, 2016, fa un analogo discorso a proposito delle specificità maschile e femminile e della teoria del *gender*.

evangelico del buon samaritano o quello di Cristo che dice “avevo fame e mi avete dato da mangiare, avevo sete e mi avete dato da bere” ecc.

Non serve ricorrere a disquisizioni filosofiche o sociologiche o politiche per trovare una giustificazione, né serve ribadire che sono troppi quelli che stendono la mano, che quello della povertà o del bisogno più elementare è un problema cui non siamo in grado di trovare una soluzione, che quest'ultima non ci spetta, abbiamo già tanti problemi personali, perché dovremo farcene carico individualmente? E perché non vedere in questa indifferenza una difesa dal peso emotivo che altrimenti caricheremmo sulle nostre già fragili spalle? Una volta ho chiesto a un agente della forza pubblica locale cosa prova e come si comporta di fronte allo spettacolo degradato e degradante di gente stesa per terra, di giorno e di sera, su stracci che sono il loro giaciglio. “Mi fa male — mi ha risposto — ma non ci sono norme che ci autorizzino a intervenire purché non diano disturbino la gente che passa, per di più molti di loro rifiutano qualsiasi forma di aiuto”. Certo, non mancano associazioni di volontariato, laiche e religiose, che si occupano di loro, gli danno da mangiare, gli trovano un posto dove dormire e fare una doccia, ma tutto questo non rileva ai fini di comprendere perché dentro di noi, come singoli individui, alla pietà sia subentrata l'indifferenza. La stessa di fronte alla morte, quella degli altri naturalmente. Ormai spettacolarizzata e quotidianamente rappresentata dai media, per cui stiamo diventando, o lo siamo già, indifferenti o quasi alle immagini di quello che sta succedendo in Siria (penso, ma non solo, ad Aleppo e alla sua tragedia) e in altre parti del mondo o alle migliaia di morti nel mediterraneo o ai bambini deprivati della loro innocenza e mandati nei mercati con le cinture esplosive. La stessa indifferenza che c'era l'altro ieri, però non solo in noi, singoli cittadini, ma anche in quelli di tutta l'Europa per quanto stava

succedendo in Bosnia e in Cecenia. Né ormai ci turbano più di tanto le violenze domestiche, anche se efferate, quelle sulle donne ma non solo, di cui quasi ogni giorno veniamo a conoscenza. Perché dovrebbero turbarci più di tanto i poveri agli angoli delle nostre strade? È colpa nostra se ci sono, e sono così tanti? Ci sono i poveri, ma non c'è la povertà se è vero, come è vero, che il solo 10% degli italiani possiede il 46% dell'intera ricchezza nazionale. Non è colpa nostra se ci sono così tanti poveri.

Tuttavia dobbiamo chiederci perché l'altro-da-noi, il povero, pur diverso per etnia, condizione sociale ecc., non lo sentiamo uguale a noi in tema di dignità e diritti. Perché non riusciamo più ad aprirci a lui, questa potrebbe essere una risposta. È proprio un pensatore del calibro di G. Marcel che ha scritto che *l'altro in quanto altro esiste per noi in quanto noi ci apriamo a lui*. O, come diceva J.P. Sartre, dobbiamo pensare che se è vero che non siamo responsabili di come siamo, *siamo però responsabili di quello che facciamo di ciò che siamo* o, aggiungo io, di quello che siamo diventati?

A domande del genere noi — che, specificamente, ci occupiamo delle persone e dei loro problemi affettivi e relazionali — dovremmo tentare una risposta o, meglio, riflettere su quello che la politica e, spesso, la sociologia sottovalutano: *la mancanza del dialogo nella società globalizzata e digitalizzata* nella quale viviamo e nella quale siamo più vicini in tema di comunicazione, ma nel contempo meno solidali e partecipi delle altrui vicende. Il linguaggio informatico ha ormai sostituito quello verbale, una sorta di comunicazione non detta ma scritta, nella quale manca il linguaggio del corpo (la voce, la mimica, la postura, la gestualità, anche se la tecnologia più aggiornata in parte riesce a supplire a tali mancanze). Ma il dialogo non è fatto solo di parole, ma anche di sguardi e di gesti, a volte addirittura di silenzio, che vuol dire rispetto e ascolto delle ragioni dell'altro. Il dialogo

interpersonale — l'intersoggettività — è il presupposto dal quale partire per entrare *nell'interiorità*, nostra e dell'altro. Senza di che non c'è rimedio all'indifferenza.

Nell'indifferente che ho tentato di delineare *ci sono elementi narcisistici ed egoistici* quali la carenza di empatia<sup>4</sup>, l'eccessivo amore per la propria immagine da un lato, l'esclusivo interesse dell'Io per se stesso dall'altro. Ma, mentre sul piano teologico, come dicevo all'inizio, l'indifferenza potrebbe entrare nella catechesi tra i peccati capitali, nella psicopatologia contemporanea essa *non necessita di una categoria a se stante*. Anche perché già nella tipologia schneideriana, l'indifferenza, a ben vedere, trovava ospitalità nelle personalità apatiche, timidamente fredde (*gemütlos*) e, più in generale, in tutte quelle incentrate su se stesse, e sostanzialmente disinteressate al mondo circostante<sup>5</sup>. In fondo, anche in quelle depressive, nelle quali la compassione non trova spazio per esternarsi. Il depresso, quello clinicamente tale, è, incolpevolmente, rinchiuso in una sorta di *autismo*<sup>6</sup> che, naturalmente, nulla ha da spartire con quello di stampo bleuleriano, né nella sua genesi né nella sua significazione clinica. Negli indifferenti di cui sto parlando manca il *pathos*, che ha lo stesso etimo di compassione, la quale indica pietà, tolleranza, carità (nel linguaggio teologico, anche misericordia).

Se l'indifferenza *non* ha bisogno di un suo specifico e autonomo spazio nella tipologia delle personalità, nondimeno necessita che la psichiatria, la psicologia dell'età

evolutiva, alleandosi alla psicopedagogia, se ne occupino, nel più ampio quadro dei malesseri che contraddistinguono la società contemporanea: *un concorso di discipline diverse, ma contigue*. Tra i malesseri di questa società ci sono anche la xenofobia, il razzismo, il declino dell'altruismo nel grigiore dell'individualismo spesso esasperato, il sessismo che porta alla violenza contro le donne, le forme di bullismo infantile e adolescenziale di cui, almeno in parte, è colpevole la tecnologia della comunicazione, visto che bambini di pochissimi anni imparano a digitare la tastiera prima che a parlare. *L'indifferente*, in questo coacervo di atteggiamenti e di sentimenti, *occupa un posto decentrato*: non fa male a nessuno, ignora i problemi altrui, non se ne occupa, lascia che se ne occupino altri, ne viene solo lambito, magari senza accorgersene. L'indifferenza è come la gramigna, difficile da distinguere dall'erba sana. È come l'antisemitismo celato nell'antisionismo, il razzismo nel mantra dei posti di lavoro accaparrati dagli stranieri, l'anticlericalismo nella laicità, l'avarizia nella parsimonia, e così via. In fondo, l'indifferente è ipocrita, se riteniamo che l'ipocrisia possa essere l'omaggio che il vizio rende alla virtù.

*L'altruismo è il contraltare dell'indifferenza*. Significa condivisione della fatica di vivere, partecipazione alle gioie (poche) e alle sofferenze (molte) dell'altro a noi prossimo, spazialmente vicino o lontano che sia. *L'altruismo rappresenta, anzi incarna, sul piano operativo l'aspetto*

---

4. Intendo riferirmi all'*Einfühlung* dell'estetica romantica del XVIII sec, a quella di Novalis in particolare, per cui l'empatia consiste nella capacità di immedesimarsi, *restando se stessi*, nell'altro fino a coglierne (o intuirne) lo stato d'animo, i bisogni, addirittura i pensieri. È un atteggiamento universale, a prescindere dalle individuali convinzioni politiche e religiose.

5. Kurt Schneider *Klinische Psychopatologie* (1950) trad. ital. di B. Callieri, Sansoni, 1954.

6. Esiste, accanto a quello schizofrenico, un autismo depressivo, a volte confuso con il sentimento dell'estraneità (*Entfremdung*), che precede o accompagna il franare nel vuoto del paziente depresso. Queste sono, naturalmente, esperienze rilevabili nella depressione maggiore o melanconica. Nell'indifferente ci sono solo delle sfumature di tali esperienze, in quanto lontano e insensibile al richiamo del mondo, con il quale però comunica sia pure a senso unico, senza la reciprocità del dialogo e dell'ascolto. Gli indifferenti di cui sto qui parlando hanno poco o nulla a che fare con *Gli indifferenti* di Alberto Moravia (1929).

*palpabile, concreto dell'empatia.* Sembra presupporre una sorta di grammatica morale innata. Almeno negli animali, soprattutto nei primati: non dimentichiamo che il macaco reso ha il 98% del suo genoma analogo, se non identico, al nostro. L'istinto a rifiutare la violenza è presente in questa scimmia<sup>7</sup>. Perché non pensare che il senso del bene e dell'altruismo sia inscritto anche nei nostri geni, cioè che tutti si nasca empatici? *Il mirror system* va visto anche come la spiegazione cerebrale dell'empatia<sup>8</sup>. Quando i neuroni-specchio vanno in crisi — potremmo dire, *quando lo specchio si rompe* — diventiamo anempatici o, almeno, scarsamente empatici. Certo, quello che succede nel mondo animale, sia pure quello geneticamente più vicino a noi, non può essere sic et simpliciter trasferito all'uomo. In quest'ultimo *i fattori epigenetici svolgono un ruolo di primo piano.* Se tutti nascessimo empatici, non ci spiegheremmo facilmente l'aggressività, la violenza, il malaffare, la sopraffazione del più forte sul più debole che dilagano nel mondo in cui viviamo. Ne deriva che potente appare, sul piano educativo e socio-culturale, l'azione dell'ambiente inteso nella sua accezione più ampia. L'indifferenza ne è anch'essa una conseguenza, ma in termini diversi, *apparentemente* meno gravi: essa non significa odio o violenza o palese ostilità, che rappresenterebbero un ruolo attivo, per quanto malvagio. Essa significa passività, noncuranza, attenzione soltanto a se stessi. Nell'indifferenza albergano nuclearità narcisistiche, accanto a quelle egoistiche: in esse avviluppato, *l'indifferente è destinato alla solitudine.* Questo è il prezzo più caro che prima o dopo pagherà alla tranquillità nella

quale si è rifugiato per stare tranquillo, lontano dai fastidi e dalle responsabilità imposte dal vivere in una comunità.

È operando sui fattori educativi, culturali e ambientali che anche noi, specificamente deputati non solo alla cura e alla prevenzione della sofferenza mentale, ma anche *alla tutela della persona nella sua complessità,* potremmo dare un contributo a estirpare l'indifferenza dalle nostre coscienze e dalle nostre quotidiane abitudini, facendoci recuperare il rispetto della dignità di chiunque incolpevolmente si trova in difficoltà, e facendoci ri-assumere la responsabilità di partecipare alla vita della collettività alla quale *soltanto dalla sorte* siamo stati assegnati.

---

7. Dalle ricerche svolte nell'Università della Virginia si è appreso che un macaco reso, piuttosto che tirare una catena che provoca una scossa dolorosa a quello vicino, rinuncia al cibo che pur da quella manovra gli sarebbe derivato.

8. Da questa teoria dei neuroni-specchio deriva una mano tesa dalle scienze naturali alle loro antagoniste, quelle umane, alla loro origine ritenute deboli. Su questi rapporti tra neurologia e fenomenologia si è scritto molto negli ultimi anni. Cito, ad esempio, *Il chiasma assente. Cervello e vissuto tra neurologia e fenomenologia* di B. M. D'Ippolito in *Comprendere*, 22, 2012 e V. Gallese *Corpo vivo, simulazione incarnata e intersoggettività* in M. Cappuccio *Neurofenomenologia*, Mondadori, 2006

## La legge regionale in materia di salute mentale

Giorgio Cerati\*

**L**e nuove norme sulla salute mentale sono del 29 giugno 2016, quando è stata approvata la Legge Regionale n. 15 “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”. A motivare la nuova legge sono state esigenze sia di ordine tecnico-amministrativo sia inerenti il contenuto politico-sanitario.

Le prime riguardano la necessità di completare la legge 23/2015 di riforma della sanità lombarda con un articolato dedicato alla salute mentale e cogliere nel contempo l’opportunità di modificare e aggiornare quanto riportato nel testo unico delle leggi sanitarie regionali. La LR n. 33/2009, infatti, al Titolo V art. 53 e 54 stabiliva le norme in materia di tutela della salute mentale e organizzazione dei servizi psichiatrici, confermando l’istituzione dei dipartimenti di salute mentale secondo un modello di DSM coerente con il Progetto Obiettivo nazionale 1994-97 (dpr 7.4.1994).

Ma nella sostanza è un’altra la motivazione forte, che integra le precedenti e nasce dall’esigenza di considerare il profondo mutamento dei bisogni di salute della popolazione che si è progressivamente configurato specie in ambito psico-sociale e che è stato percepito soprattutto nell’ultimo decennio, e di rispondervi adeguatamente: v. ad es. il disagio, gli stati a rischio e i gravi problemi a causa multipla di adolescenti e giovani o i dati epidemiologici sui disturbi psichici oggi gravati del maggior carico di disabilità fra tutte le malattie.

Ora cerchiamo, di seguito, di evidenziare analiticamente il contenuto dei nuovi articoli compresi nel Titolo V.

L’articolo 53 identifica e definisce l’area della salute mentale. L’aspetto cruciale, di portata rivoluzionaria, consiste nella seguente affermazione: “Afferiscono all’Area di Salute Mentale gli ambiti delle Dipendenze, della Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, della Psichiatria, della Psicologia e della Disabilità Psicica” (art. 53 comma 2). La prospettiva tradizionale — concepita, specie a livello di lessico istituzionale, in base a una sostanziale sovrapposizione tra la salute mentale e la psichiatria di comunità con i suoi servizi — qui è totalmente rovesciata. Si viene infatti a delineare un ambito nuovo e più comprensivo, ma soprattutto capace di tener conto dei bisogni comuni a una fascia di popolazione sempre più ampia e trasversale rispetto alle competenze dei diversi servizi. Inoltre è sottolineato il ruolo chiave dell’integrazione interdisciplinare, la continuità ospedale territorio, il contributo delle formazioni sussidiarie, delle reti sociali e familiari nei percorsi di cura.

Il successivo articolo (art. 53 bis) comprende gli obiettivi di salute da perseguire. In termini del tutto coerenti con quanto detto sopra, viene proposta una gamma di bisogni molto ampia: di terapia, riabilitazione, inclusione sociale, diagnosi precoce e prevenzione, presa in carico, percorsi di cura personalizzati e continuativi, progettualità specifiche per popolazioni a rischio per età o condizioni socio-sanitarie e di vita, ecc... Significativo è il fatto che il loro raggiungimento non compete a un singolo servizio specialistico in esclusiva, ma a tutti, e richiede il coinvolgimento e l’integrazione dei vari soggetti protagonisti del lavoro per la salute mentale: dagli enti e istituzioni territoriali, al mondo del lavoro, alle famiglie, agli utenti

stessi. Tale impostazione quindi valorizza l'ampio lavoro svolto in questi 10 anni dai DSM nell'implementazione di programmi innovativi di salute mentale, come pure nell'ambito dei progetti di NPIA, ad es. nell'area giovani e adolescenti, dei DCA, della depressione postpartum, dei migranti ecc., e lo attualizza ponendolo in un'ottica integrata che richiede l'apporto di tutte le diverse discipline chiamate ora a operare insieme.

L'articolo 53 ter tratta dei criteri organizzativi delle funzioni e dei servizi dell'area della salute mentale. Anzitutto viene ribadito quanto già introdotto nei due precedenti articoli: i servizi sono organizzati dagli erogatori, pubblici e privati accreditati, in coordinamento tra loro e con le realtà del terzo e quarto settore. I criteri e i modelli di integrazione, che include l'organica integrazione ospedale – territorio, sono soggetti all'approvazione dalla competente ATS. Viene inoltre istituito (comma 4) il Tavolo per la salute mentale, composto dai rappresentanti dei soggetti di base e istituzionali con compiti di monitoraggio e orientamento degli interventi a livello regionale. Ad esso corrispondono a livello locale, cioè di ATS e distretti, gli Organismi di coordinamento per la salute mentale. Infine è previsto un Comitato tecnico di esperti a supporto dell'unità organizzativa competente dell'assessorato.

L'articolazione dei servizi è delineata all'art. 53 quater: "Organizzazione e compiti erogativi delle unità di offerta di salute mentale". È l'articolo chiave riguardo al quadro organizzativo e il primo comma lo chiarisce: "L'area di salute mentale è organizzata, secondo i criteri di cui al precedente art. 53 ter, in forma dipartimentale, coerentemente con la programmazione regionale e quella della ATS competente per territorio. Nell'ambito dell'area della salute mentale opera il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze istituito nelle ASST, articolato, di norma, in una o più unità operative dei servizi dipendenze (UOSD), in una o più unità operative di neuropsichiatria

dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA), in una o più unità operative di psichiatria (UOP), in una o più unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché in servizi dedicati alla disabilità psichica". Viene così definita la composizione di un Dipartimento nuovo, denominato "di salute mentale e delle dipendenze", al quale afferiscono U.O. e servizi delle dipendenze, di neuropsichiatria infanzia e adolescenza, di psichiatria, di psicologia, della disabilità psichica.

Vengono poi aggiunte alcune ulteriori annotazioni:

- a. tutte le diverse unità operative vi partecipano a pieno titolo con le proprie peculiarità, ad es. per le UONPIA con la necessità anche di collegamento funzionale con l'area materno-infantile;
- b. viene stressata la necessità di operare per la presa in carico delle persone e dei bisogni della popolazione nell'ottica dei percorsi di cura, condividendo i programmi tra le UO e collaborando con tutti gli attori presenti nel territorio (compresi gli enti locali, la scuola, l'amministrazione giudiziaria, il servizio tutela minori, i servizi sociali e consultoriali, ecc.);
- c. in tale prospettiva di lavoro fortemente integrato, emerge sempre come decisiva la funzione programmatica della Regione e della ATS, anche nel caso di possibili specifiche esigenze organizzative locali, come più avanti ribadito nella norma transitoria.

Tale norma transitoria ha, o aveva, lo scopo di agevolare la transizione al nuovo modello di organizzazione dipartimentale, consentendo di adeguare ai bisogni della popolazione e alle caratteristiche del territorio l'articolazione dei servizi dell'area salute mentale. "A tal fine è istituito in ogni ASST un comitato di coordinamento diretto dal direttore generale, composto dai direttori in carica dei dipartimenti e delle unità operative". Il comitato, attivabile da subito, dura 6 mesi ed è coordinato dalla ATS allo scopo di "garantire l'omogeneità e l'efficacia dei

servizi”. La norma prevede anche che i rappresentanti di tali comitati, delle organizzazioni professionali e sindacali, del privato sociale e delle associazioni partecipino “alla predisposizione del Piano di salute mentale regionale da approvare entro un anno dall’entrata in vigore della presente legge”.

Segue l’articolo 54, che tratta di “Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, di sostegno e assistenza per le loro famiglie”, un tema molto (forse troppo) specifico inserito nella legge.

Ci potremmo chiedere che cosa cambia e che cosa ci si aspetta cambi dopo l’approvazione della legge. La risposta in realtà è articolata già lungo il discorso sin qui svolto. Basti qui richiamare la considerazione che il DSM, inteso come estensione dei servizi psichiatrici per la popolazione adulta (cfr. dpr 7.4.1994), ora viene superato sia nel lessico che nel concetto culturale e istituzionale: la salute mentale è un ambito ampio e complesso che esige l’attenzione di competenze molteplici e integranti. Esistono oggi le condizioni potenziali per affrontare i bisogni attuali più rilevanti e la possibilità di utilizzare per questo un modello idoneo, innovativo, comprensivo e prossimo al contesto. Occorre però prioritariamente progettare e attuare fra tutti livelli di collaborazione e di integrazione centrati sulla persona con programmi di intervento e cura guidati dai percorsi clinici. Questo potrà facilitare il verificarsi di due condizioni essenziali e tra loro interdipendenti, quali la riproposizione di adeguati investimenti con politiche sanitarie e socio-sanitarie specifiche, sostenute sul piano socio-culturale da una reale e rinnovata partecipazione della società civile.

Ma, per non lasciare questi punti chiave sul piano degli auspici e delle idealità, un’ulteriore domanda va posta ora, a sei mesi dalla entrata in vigore di disposizioni tanto attese: vi è una effettiva implementazione

della nuova legge? La sua attuazione avviene in modo omogeneo e coerente? Le diverse istituzioni centrali e locali come stanno operando ad es. riguardo ai piani di organizzazione? Si tratta di domande destinate a restare in sospendo o possiamo noi decidere di avviare un attento monitoraggio di quello che accade nel territorio regionale?

## La Legge di Riforma relativa alla salute mentale

*Un'esperienza ricca di sorprese*

*Claudio Cetti\**

**I**n questi anni, come psichiatri lombardi, ci siamo spesso lamentati di non riuscire a condividere in modo soddisfacente i percorsi di presa in carico che prevedevano anche il contributo delle altre discipline preposte alla gestione dei problemi inerenti la salute mentale: parlo dei colleghi delle Dipendenze, della Neuropsichiatria Infantile, della Psicologia, per non parlare dei rapporti davvero difficili con l'area della Disabilità Psicica.

Ebbene, il contesto della Riforma ci ha permesso di costruire un punto di partenza davvero impensabile: la Commissione Sanità ha attivato un tavolo di lavoro sulla salute mentale che ha coinvolto, in una logica di ascolto e di valorizzazione dei diversi contributi, tutti gli attori della salute mentale, in particolare attraverso la partecipazione delle rappresentanze degli utenti e dei familiari e, più in generale, del mondo dell'associazionismo.

Il dialogo che si è sviluppato, a cui ho potuto partecipare in qualità di coordinatore con la Dr.ssa Valentina Stragliati, psicologa, è stato intenso ed appassionante ed ha evidenziato fin dall'inizio elementi fortemente innovativi, pur partendo da situazioni a dir poco scoraggianti. Infatti, uno tra i primi ostacoli che il tavolo ha dovuto affrontare, è il livello preoccupante di stigma nei confronti della psichiatria e più in generale della salute mentale, reso possibile e ampliato dalla frammentazione delle aree di intervento, che si è creata nel corso del tempo. La segmentazione molto rigida dei sistemi di cura ed assistenza, oltre ad emar-

ginare i pazienti in una sorta di nicchia, rendeva scisse le modalità di presa in carico dalla realtà dei bisogni. Ricordo in particolare alcune battute che mettevano in discussione il tavolo di lavoro unitario, quali ad es. *"ma cosa c'entriamo noi con la salute mentale, che è un problema psichiatrico?"*... e potrei continuare a lungo.

Gli interventi, fortemente mediati dalle associazioni e dalle stesse rappresentanze degli utenti, hanno contribuito allo sviluppo di un dibattito articolato ma equilibrato, animato da uno spirito unitario da cui sono scaturiti obiettivi di salute trasversali (v/articoli 53/53 bis della legge 15).

Il tavolo di lavoro ha permesso finalmente di aprire un confronto dialettico e a più voci, che pur nel rispetto delle specifiche identità dei diversi soggetti operanti sul campo, è approdato a quella progettazione condivisa da cui è nata la Riforma, dopo gli opportuni passaggi in sede istituzionale.

Sembrava un'impresa quasi impossibile, ma attraverso un lavoro intenso e talvolta difficile, pur con gli opportuni "distinguo", siamo approdati ad un testo in grado di contenere e dare spazio a tutte le esperienze maturate sul campo, convogliando le specificità di ogni servizio nella ricerca di obiettivi comuni trasversali, che si sono tradotti in veri e propri punti di forza condivisi.

Sottolineo alcuni passaggi fondamentali, a titolo esemplificativo:

- passare dal sistema delle prestazioni ai percorsi di

# IN PRIMO PIANO

- cura, investendo sull'attività territoriale partendo dai progetti individuali sulla base di bisogni reali;
- favorire la reinclusione attraverso sperimentazioni innovative, come ad esempio il "budget di salute", peraltro previsto dalle Regole 2017;
  - sviluppare una progettualità per target di popolazioni a rischio, come nel caso degli adolescenti e dei disturbi post partum, autori di reati adulti e minori attraverso modalità che promuovano il lavoro di rete;
  - potenziare il protagonismo degli utenti, anche attraverso la valorizzazione del loro sapere esperienziale;
  - riconoscere l'identità degli attori che si occupano della salute mentale in tutte le loro articolazioni organizzative, con i link di sistema in modo trasparente ed ordinato.

E tutto ciò nel contesto di un assetto istituzionale che da ampio riconoscimento alle tematiche della salute mentale, vincolando nell'asse Ats, Asst Regione a un livello partecipativo garantito dal riconoscimento e dalla presenza degli organismi di coordinamento della salute mentale, dal Tavolo Regionale sulla Salute Mentale, dalla presenza a livello del Welfare di un gruppo di esperti gruppo di esperti ed infine dalla necessità di istituire una unità organizzativa dedicata alla salute mentale a livello regionale.

Concludendo, anche se certo il lavoro che ci aspetta per l'attuazione concreta della Riforma è ancora molto.

Disponiamo di un ottimo punto di partenza che come cita la riforma cerca di evolvere quanto maturato da lunghi anni di esperienza in linea di continuità con l'impalcatura normativa regionale e nazionale, con un riferimento culturale e organizzativo che potrà permetterci di rendere più solida e qualitativamente

valida la prassi del nostro sistema di servizi.

Ed infine un invito a tutti di leggere la "nostra" riforma soprattutto relativamente alla salute mentale.

*\* Direttore DSM ASST Lariana*

## 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 (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- 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:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

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 (*Somdrino*)  
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