



# 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*)  
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 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.*

IN COPERTINA: *Vir temporis acti*  
*Adolfo Wildt, 1911*

## La posizione della psichiatria nella crisi contemporanea

Alberto Giannelli

*Si vorrebbe essere un balsamo  
per molte ferite*

Etty Hillesum, *Diario*, 1941-43

La crisi globale che ormai da molti anni investe il nostro Paese e molti altri del mondo occidentale ha *risvolti etici* (la disattenzione per la dimensione trascendente e la dignità delle persone), *politici* (spinte anti-europeiste e / o anti-euro), *sociali* (vita ridotta alla funzionalità riproduttiva, aumento della povertà, il 10% degli italiani detiene il 46% delle ricchezze nazionali, disoccupazione giovanile, sfruttamento delle donne, abusi dei minori -non solo sul piano sessuale-, malati visti come un costo da eliminare o comunque emarginati perché improduttivi, rigurgiti antisemiti etc.). *Le conseguenze psico(pato)logiche*, individuali e collettive, che ne derivano, sia direttamente che indirettamente, sono molteplici e assumono spesso un volto nuovo, ma la miopia di chi ci governa e amministra non presta sufficiente attenzione a questo problema che sta assumendo dimensioni assai preoccupanti.

La posizione della psi-

chiatria nei riguardi di questa crisi è complessa e va considerata sotto molteplici aspetti, alcuni attuali, altri rivolti al prossimo futuro. *Il documento programmatico 2012-2015 della SIP* ha chiaramente delineato quali sono i problemi e quali le possibili soluzioni: la riorganizzazione dei DSM, il rapporto pubblico-privato nel creare e gestire i vari presidi territoriali (in specie quelli riabilitativi), le iniziative miranti a fronteggia-

re le conseguenze della smobilitazione degli OPG, le migrazioni in drammatico aumento da altri paesi di religione, cultura e colore della pelle diversi dal nostro, il persistere dello stigma non solo nei confronti degli ammalati ma anche degli operatori della salute mentale e le scarse risorse di cui dispongono e, infine, gli interventi nelle catastrofi naturali. Sul piano operativo sono già attive iniziative mirate a fronteggiare le conseguenze derivanti dalla crisi, come quella



Ettore Tripodi, *Un abbraccio grottesco*, 2010

del Policlinico Universitario di Milano, sotto la direzione di C. A. Altamura e la responsabilità di Andrea Giannelli.

Qui però intendo accennare a una diversa lettura della situazione contemporanea, e di come potrebbe porsi la psichiatria nei suoi confronti, lettura che faccio derivare *dalla crisi della politica*, argomento basilare ma poco discusso in sede di convegni, corsi di aggiornamento e letteratura specialistica.

*La politica* (intesa come Platone l'ha inventata, e cioè è una contrapposizione di idee e non un conflitto tra persone o, se si preferisce, come arte della mediazione, secondo Aristotele) è *da tempo in crisi perché sente che la vita le sfugge*. Ha perduto i grandi sistemi ideologici messi a punto tra XVIII e XX secolo, la distinzione tra destra e sinistra è andata rapidamente sfumando, i partiti hanno un assetto personalizzato se non addirittura padronale, le discussioni che si fanno nei palazzi sono sempre più lontane dai problemi che la gente vive quotidianamente sulla propria pelle. Invece, come scrive A. Schiavone (in "Storia e destino", Einaudi, Torino, 2007) sempre di più si *rivela fondamentale il rapporto tra la tecnica e la vita della gente*: è ormai la tecnica a decidere, senza mediazioni, le forme della vita che ci è concesso di vivere, è lei che determina la qualità dei nostri bisogni e dei nostri desideri.

Le ricadute positive della tecnica sulla medicina sono rapide e sorprendenti: dalla sempre più sofisticata diagnostica per immagini alla robot-chirurgia, alla utilizzazione delle cellule staminali etc. Problematico, ma necessario, è delineare quanto il predominio della tecnica sulla politica si rifletta sulla psichiatria, sia nella sua teorizzazione psicopatologica che nella sua prassi clinico-terapeutica, visto che essa è *politica* per eccellenza, nel senso del servizio alla *polis*. Prima però va detto che il rapporto della psichiatria con la politica è di per sé già improntato alla *indifferenza reciproca*,

qualche cosa di ben diverso rispetto a quello che è stato nel novecento, nella prima metà del quale ha assunto una posizione di sudditanza nei confronti di sciagurati poteri, politici e ideologici (A. Giannelli in "L'attualità della paranoia", [www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it), 2012).

La storia della follia precede di gran lunga quella della psichiatria. L'esclusione del folle comincia alla metà del XVII secolo, parallelamente alla scomparsa della lebbra, quasi che, scongiurata la grande minaccia della lebbra, il timore della morte lasciasse sempre più spazio a quello della follia. La psichiatria inizia a costituirsi come scienza medica alla fine di quel secolo e l'inizio del XVIII. Ma la follia è narrata già a partire dall'antichità (Sofocle, i Vangeli, Erasmo, Shakespeare etc.) fino ai nostri giorni (Pirandello, Beckett, Calvino, Vassalli), dunque *la storia della follia precede di molti secoli quella della psichiatria*. Non potendo qui ripercorrere, nemmeno a grandi linee, la storia di quest'ultima, mi limito a quella a noi più vicina. Nella prima metà del novecento Hitler e Stalin si sono contesi il primato dei crimini contro l'umanità, conferendo alla loro paranoia la capacità di fare la storia, come ha bene illustrato Luigi Zoja (in "Paranoia", Bollati Boringhieri, Torino, 2011). La follia, malattia altamente contagiosa per cui da individuale non tarda a farsi collettiva, oltre a vari paesi di altri continenti, ha infettato anche il nostro, sia pure in dimensioni minori: in tutti i casi la psichiatria - tranne rare eccezioni - è stata subalterna al folle disegno delle ideologie dominanti, a volte addirittura anticipatrice, né è da escludersi che ancora oggi, nel XXI secolo, in qualche paese del mondo essa colluda con il tiranno di turno. In Italia, dall'inizio del secondo dopoguerra la psichiatria non ha più corso il rischio di essere subalterna al potere politico dominante, anche perché quest'ultimo è cambiato continuamente: *nei 68 anni di vita repubblicana abbiamo avuto 63 esecutivi, cioè 63 crisi di governo*.

Ciò premesso, va riconosciuto che, in questa epoca ipermoderna, la politica già in crisi da tempo per i motivi appena detti *lo è oggi ancora di più perché, pur volendolo, non riesce a intervenire sul dialogo tra scienza, tecnologia, mercato e finanza*. Quindi non può che considerare marginale una disciplina medica (la nostra) che si basa, oltre che su quello neuro-scientifico, anche su paradigmi che a quel dialogo sono addirittura estranei. Tali paradigmi si fondano *anche e soprattutto* su principi etici e antropologici (non negoziabili): *accanto e al di là della salute, la psichiatria, infatti, deve tutelare la soggettività e la dignità delle persone*. Una disciplina, la nostra, alla quale, dunque, *la politica è portata a destinare poche risorse*. Non sono i soldi che mancano per assicurare quelle risorse (basterebbe eliminare alcuni dei molti sprechi che si verificano anche in ambito sanitario). Quelle che *mancano sono la capacità culturale e la volontà politica* di riconoscere valore e significato a una disciplina medica, la nostra appunto, *valutata come poco o nulla produttiva, debole sul piano degli investimenti, marginale su quello dell'opinione generale* (veicolata dai mass-media, dalla rete e via dicendo). Salvo rendersi conto della sua importanza quando succedono fatti delittuosi o piangere quando un Collega perde la vita sul posto di lavoro (tutti ricordiamo la denuncia di Massimo Clerici, in occasione di un recente fatto di cronaca, quando ha dichiarato che nel suo Dipartimento c'è uno psichiatra ogni 300 pazienti). Questa è una delle cause per cui la politica *-questa politica in crisi-* trascura la nostra disciplina, oggi ancora più di ieri.

La psichiatria, a sua volta, *non tende a partecipare ai grandi dibattiti etici, sociali e culturali che attraversano pressoché quotidianamente l'opinione pubblica*, tramite tutti i mezzi di comunicazione che, appunto, la tecnologia moderna con incredibile rapidità mette a disposizione: dichiarazioni anticipate di volontà,

suicidio, suicidio assistito, eutanasia, fecondazione medica assistita (con particolare riguardo a quella eterologa), diagnosi embrionaria pre-impianto, omofobia, femminicidio, introduzione dei derivati della canapa tra i presidi terapeutici etc.). Sono *tutti temi densi di importanti implicazioni psicopatologiche*, ma da loro la psichiatria è praticamente assente, né ad essi viene invitata, evenienza quest'ultima cui si dovrà ovviare anche con una presenza più forte sulla rete. Sul perché non viene invitata potrebbe valere quanto affermava H. Burkhardt (in "Sichöffnen und Sichschliessen", in Z.f. Psychol.Psychother., 19, 1971), e cioè che nella follia talvolta emerge quell'aspetto del reale che l'uomo non deve vedere per rimanere sano (o presumere di esserlo, aggiungo io). Altro modo, questo, per spiegare lo stigma e la sua persistenza. *Lo stigma riguarda anche gli psichiatri*: perché non tenerli lontani, fino al punto di ritenerli interlocutori irrilevanti, dai grandi temi che investono -talora stravolgendola- la coscienza dell'intero paese? Tra questi temi occupa un posto di primaria importanza quello etico, visto lo straordinario progresso delle neuroscienze, che pongono inevitabilmente il problema di una *neuroetica* che verrà ad aggiungersi, se non a sostituirle, le tre tipologie di etica cui finora eravamo abituati, la cristiana, la laica e quella di responsabilità.

Di fronte a questo stato delle cose, *la psichiatria deve rendersi più visibile*, perché facendo tesoro del suo patrimonio metodologico, medico e sociale, può contribuire a meglio affrontare la crisi che stiamo vivendo e che è ancora lontana da una sua soluzione. Non dobbiamo, infatti, trascurare che quello della salute mentale è un *problema di salute pubblica*. La psichiatria deve dunque essere presente là dove si discutono e si propongono soluzioni ai problemi anzidetti, non lasciando tutto lo spazio a sociologi, filosofi, economisti, criminologi, giuristi, politici, giornalisti etc., che sembrano ignorare

la centralità della mente umana e delle sue sofferenze, individuali e collettive, quali parti integranti della crisi che stiamo vivendo. Non si tratta, dunque, di applicare la politica alla psichiatria, come è stato fatto in un recente passato con discutibili risultati, ma, al contrario, *la psichiatria alla politica*. Bisogna, insomma, uscire dal silenzio e trovare il modo di imporre la visibilità sociale della nostra disciplina attraverso una più forte presenza nella rete e negli altri mezzi di informazione e comunicazione, una specifica formazione delle nuove leve di psichiatri che si apra alle problematiche sociali della vita contemporanea, un potenziamento della *dimensione preventiva della psichiatria*, accanto e al di là di quella clinico-terapeutica.

A proposito di quest'ultimo aspetto della nostra disciplina, va sottolineato che noi siamo quello che siamo *per l'incontro del nostro progetto genetico con la nostra biografia individuale e con i fattori casuali, che a ogni istante interferiscono con gli altri due*, come scrive E. Boncinelli (in "Vita", Bollati Boringhieri, 2013). È agendo sui secondi, quelli biografici, che la psichiatria può esercitare un'azione preventiva sui futuri disagi psicosociali alleandosi anche con la pedagogia e la psicobiologia dell'età evolutiva. Teniamo, tra l'altro, presente che *se il DNA non cambia, l'epigenoma può cambiare*. Vanno rivisti i sistemi educativi per potenziare il pensiero critico e creativo (cosa che i computer non possono ancora fare), dislocando gli sforzi sull'intero ciclo didattico, a partire dalla scuola primaria per migliorare le abilità cognitive e sociali fin dai primi anni di vita. Il lavoro di domani sarà quello di creare conoscenza che sarà usata da macchine e insegnare alle macchine come usarla. La prospettiva è che la rivoluzione tecnologica preveda una fase di adattamento, come è già accaduto nella storia. Essa ha già ridimensionato le fabbriche e gli operai, gli uffici e la classe media, spina dorsale dell'occidente nel XX sec. Tra

venti o trent'anni, quasi *la metà dei professionisti o, meglio, delle professioni, compresa la nostra, potrebbe essere sostituita dalle tecnologie digitali*.

A queste e altre sfide la psichiatria deve prepararsi fin da adesso, perché presto ci si potrebbe chiedere *se ha ancora senso fare psichiatria come la facciamo oggi*. Non avrà senso se non coniugando le acquisizioni neuro-scientifiche e tecnologiche - ma senza diventarne subalterna - con il rispetto delle sue radici storico-culturali e antropologiche che ne hanno fatto e continueranno a farne una disciplina singolare e autonoma, *attenta alla complessa totalità della persona*. Detto in altre parole, *attenta*, nella crisi di valori e di riferimenti culturali talora contraddittori nella quale viviamo, a fare delle persone *soggetti* protagonisti della loro vita, e non sottoposte o sottomesse o rassegnate, come detta parola ancipite potrebbe far intendere.

Quanto detto finora - sul contributo che un diverso modo di intendere la psichiatria darebbe al superamento di questa crisi o di altre - potrà sembrare a qualcuno utopico. Ma - come dice V. Mancuso (in "La vita autentica", R. Cortina, Milano, 2009) - utopia non significa soltanto non luogo, vuoto assoluto, niente. Le si può anche attribuire un senso traslato di prospettiva ideale non ancora concretamente realizzata, ma - mi permetto di aggiungere - non per questo irrealizzabile.

## Lettera inviata dal Past President della Società Italiana di Psichiatria a tutti i soci al termine del suo mandato

Cari Colleghi e Amici sta per concludersi il mio mandato. Nell'accomiatarmi desidero esprimervi un ringraziamento sincero per il supporto e la vicinanza in questi 18 mesi. In particolare desidero ringraziare Emilio Sacchetti, Enrico Zanalda, Guido di Sciascio, Massimo di Giannantonio, Massimo Clerici e Toti Varia, nonché i past President Eugenio Aguglia e Luigi Ferrannini.

Spero di aver interpretato al meglio il mandato che mi avete affidato di cui vi ringrazio.

È stata un'esperienza umana e professionale di grande spessore.

Vi riassumo le attività svolte su vari fronti.

### ISTITUZIONALE

- Attivazione contatti con la Commissione igiene e sanità del Senato e Affari sociali e giustizia della Camera stabilendo un filo che ha portato la SIP a essere audita come comunità scientifica su vari temi: superamento OPG, assistenza nelle carceri, disturbi correlati alle sostanze.
- Rapporti diretti con AIFA e il dipartimento politiche anti droghe presso la Presidenza del consiglio dei Ministri.
- Istituzione di rapporti stabili con FNOMCe FISM per la tutela della professione
- Avvio progetto nazionale con Federanziani e FIMG per la cura della depressione negli anziani
- Avvio collaborazione con la SIMG per la cura dei disturbi affettivi comuni.
- Avvio rapporti stabili con società di neurologia, ginecologia, pneumologia, cardiologia attraverso iniziative scientifiche condivise.
- Partecipazione a EPA con elezione di due rappresentanti della SIP.
- Attivazione collaborazione con ONDA sia sul fronte OMS sulla violenza di genere che sul fronte ospedaliero attraverso i bollini rosa e un open day dedicato alla salute mentale femminile, nonché sulla depressione perinatale con il progetto "Un sorriso per le mamme".

### CONGRESSUALE

- Organizzazione dei 2 convegni di Firenze .

### COMUNICAZIONE

- Attivazione sito *www.psichiatria.it* e ufficio stampa stampa con il quale sono stati diramati 10 comunicati stampa e organizzate 3 conferenze stampa di cui due alla Camera dei deputati. La rassegna stampa e tv è disponibile in segreteria.

# IN PRIMO PIANO

- Attivazione collaborazione con POL.it sito di psichiatria. Accordo editoriale per pubblicare un organo ufficiale della SIP, la rivista "Evidence based psychiatric care" e per pubblicare dei volumi con Pacini editore.
- Avvio procedura per riconoscimento personalità giuridica della SIP e provider ECM
- Svolte indagini conoscitive sul superamento OPG, risorse umane dei DSM e safety.

## PROSSIMI APPUNTAMENTI GIÀ DEFINITI

- *4 settembre*: un minuto di silenzio in ricordo di Paola Labriola.
- *24 ottobre Bari*: prima giornata nazionale dedicata alla salute e sicurezza degli operatori psichiatrici
- *20/21 novembre Rimini*: congresso intermedio SIP "Well being in psichiatria".
- *19/20 ottobre 2015*: 47° congresso nazionale SIP "Salute mentale, benessere, lavoro e futuro: il nuovo volto della psichiatria moderna".

Tutto il lavoro svolto è stato possibile grazie alla segreteria della SIP nella figura di Dalia Fuggetta alla quale si è affiancata Alessandra Arlati.

Oltre al bilancio istituzionale e scientifico di cui sopra, lascio un bilancio di cassa in utile (grazie all'attività di raccolta congressuale e alle quote associative e grazie a una gestione sobria e trasparente in linea con i tempi attuali) pari a oltre 100.000 euro.

Per la prima volta la nostra società può contare su una riserva che suggerirei di mantenere inalterata nel tempo finanziando le varie attività con nuove entrate.

Un caro saluto a tutti e auguri di buona Pasqua, in particolare un augurio speciale e affettuoso a Emilio Sacchetti per il suo mandato!

*Claudio Mencacci*

# SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA



## La psichiatria nel modello Lombardo: analisi di organizzazione e destinazione delle risorse

*Giancarlo Cerveri\**, *Grazia Ceriotti\*\**,  
*Giampaolo Magni\*\**, *Pasquale Campajola\*\*\**,  
*Isidoro Cioffi\*\*\*\**, *Marco Goglio\*\*\*\**,  
*Franca Molteni\*\*\*\**, *Simone Vender\*\*\*\**,  
*Claudio Mencacci\**

In letteratura le ricerche sui costi della cura in soggetti affetti da gravi patologie psichiatriche sono in aumento negli ultimi anni. Con sempre maggiore attenzione diversi autori cercano di individuare strumenti affidabili per misurare l'impegno economico connesso al trattamento dei gravi disturbi psichici. Le evidenze sono ancora scarse in quanto in molte ricerche sono selezionati dati provenienti solo da alcune tipologie di cura.

Un elevato numero di ricerche focalizza l'attenzione sui costi dei trattamenti farmacologici, in particolare con analisi costo efficacia nell'utilizzo di antipsicotici di seconda generazione nella pratica clinica. Studi di follow up che valutino il consumo di psicofarmaci e i costi globali associati al trattamento secondo una metodologia naturalistica sono estremamente rari. Ancora più rari studi che effettuino una comparazione tra diversi paesi con organizzazioni sanitarie diverse. In uno studio condotto in Francia, i ricercatori hanno cercato di valutare il costo globale per il trattamento di una patologia come la

schizofrenia confrontando soggetti in trattamento con diversi composti farmacologici (Llorca et al., 2005). Gli autori osservano che secondo stime epidemiologiche solide in Francia circa 300.000 persone risulterebbero affette da tale patologia e approssimativamente circa 150.000 risultano in carico al servizio sanitario pubblico (50%). Di questi il 50% è in trattamento ambulatoriale, mentre il restante 50% è in trattamento ospedaliero parziale o totale. Il costo associato a tale disturbo è prevalentemente un costo ospedaliero e si aggira intorno al 2% di tutti i costi sanitari della repubblica francese. La maggior parte delle poche ricerche disponibili sono condotte sulla patologia schizofrenica, in quanto gravata dai più alti livelli di disabilità e dunque di elevati costi correlati all'assistenza. Confronti tra paesi diversi sono poi poco disponibili per l'eterogeneità dei modelli organizzativi che garantiscono le cure alle persone affette da patologia psichica.

Lo studio EPSILON (Knapp et al., 2002) confronta il profilo di utilizzo dei servizi sanitari ed il costo relativo alla cura di soggetti con schizofrenia in 5 stati UE diversi. I ricercatori hanno osservato che bisogni più elevati, una maggiore severità sintomatologica e ed una più lunga storia psichiatrica sono associati ad un aumento dei costi di cura e assistenza.

Anche in questo studio, come in molte altre ricerche non si ottiene evidenza di una correlazione tra costi per la cura ed esito dei trattamenti. È questo un aspetto di particolare criticità in sistemi sanitari a finanziamento costante o in taluni paesi UE addirittura decrescente. In una ricerca più recente (Salize et al., 2009), partendo dal fatto che i servizi di salute mentale di comunità

possono variare molto nei diversi contesti e così i costi per le cure offerte e auspicabilmente anche gli esiti di tali trattamenti, gli autori hanno analizzato il costo totale per la cura di pazienti con diagnosi di schizofrenia in 6 stati europei per un tempo di un anno. Nella ricerca sono state affrontate 2 questioni:

- Quale è il costo totale di uno specifico servizio di cura per la schizofrenia e come varia nei diversi contesti?
- Quali variabili (cliniche o organizzative) correlano con i costi della cura?

Lo studio è stato condotto secondo una modalità osservazionale naturalistica, i soggetti reclutati risultavano in cura ai servizi per schizofrenia da almeno 3 mesi (età 18-65). Dei 507 soggetti selezionati, 422 al termine del follow up (una capacità di trattenimento allo studio pari a 83% e dunque molto attendibile rispetto ai risultati finali della ricerca). Per tutti i paesi indagati il modello di intervento era psichiatria di comunità. I costi si riferiscono allo standard care con la registrazione di tutti gli interventi effettuati nei 12 mesi e tradotti in PPP (Purchasing power parity) per renderlo confrontabile nei diversi contesti. Sempre nello studio sono state poi registrate le prescrizioni farmacologiche.

I risultati della ricerca mostrano un quadro caratterizzato da disomogenei livelli di variazione. In particolare mentre per gli interventi farmacologici si osserva una condizione di relativa omogeneità in termini di utilizzo e costi in PPP, per quanto riguarda gli altri interventi non farmacologici (Ricovero Ospedaliero, DayHospital, DayCare, Interventi ambulatoriali e trattamenti in strutture protette) le variazioni in termini di disponibilità e costi risultano elevatissimi con differenze di costi anche dell'ordine del 1000%.

Gli autori osservano quanto segue:

- I trattamenti farmacologici rappresentano un elemento determinante della cura e prevedono limitate infrastrutture. Così risultano meno soggetti a limitazioni di utilizzo per scarsità di risorse.
- Una solida evidenza internazionale di efficacia di

questi trattamenti supporta una certa omogeneità di utilizzo in diversi contesti.

- Emerge un'elevata disomogeneità di costi relativa a trattamenti ospedalieri, di Day Hospital e di residenzialità protetta che deriva soprattutto dalla diversa disponibilità di risorse senza una rigorosa valutazione di efficacia o di costi/benefici.

In ambito Lombardo la psichiatria è stata coinvolta nel corso degli ultimi 15 anni da una modificazione organizzativa imposta dalla Legge Regionale 31 del 1997 che ha trasformato le regole di sistema definendo la presenza di erogatori di prestazioni (DSM o strutture private accreditate) e Aziende Sanitarie Locali che acquistano le stesse. Per rendere questo sistema efficace nell'ambito della psichiatria ha emanato specifiche Circolari volte alla definizione e tariffazione di tutte le prestazioni psichiatriche che precedentemente non presentavano specifiche forme di tariffazione (DGR n.VI/37597 del 24/7/98, Circolare 46/SAN del 26 agosto 1998 e Circolare 21/SAN del 22.03.1999).

Nel corso degli anni si è dunque consolidato un sistema coordinato su base Provinciale che coinvolge Aziende Ospedaliere come erogatrici di prestazione ospedaliera tramite il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e ambulatoriali complesse (erogate cioè in una dimensione di collaborazione tra figure professionali diverse ed in collegamento con altri enti o istituzioni ritenute utili al progetto di assistenza o cura) tramite il Centro Psicosociale secondo un modello di psichiatria di comunità.

In aggiunta a tali prestazioni, per soggetti con una condizione patologica particolarmente disabilitante o grave dal punto di vista sintomatologico può essere necessario erogare prestazioni di lungo periodo in strutture protette (Centri Riabilitativi ad elevata o media intensità CRA o CRM o Comunità Protette ad Elevata o media assistenza CPA o CPM)

Tale modello prevede di fatto un'afferenza del cittadino al Dipartimento di Salute Mentale competente per

territorio, il quale può erogare direttamente le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali e residenziali ovvero per quest'ultime inviare il cittadino alle cure presso una struttura accreditata con contratto con il Servizio Sanitario Regionale. Esiste una quota di tali interventi erogati in strutture senza contratto. Tale condizione, marginale per numero rispetto al totale riguarda soggetti già inseriti da lungo tempo e per i quali non è stato possibile avviare programmi di trasferimento o soggetti con particolari esigenze di assistenza come coloro che sono stati dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Nella presente ricerca si cercherà di delineare le attività di assistenza psichiatrica erogate a favore dei residenti della Provincia di Varese, durante l'anno 2012, suddividendole sulla base della tipologia di intervento e dell'area di residenza.

Lo scopo di questo studio è valutare come vengono organizzate le risorse nel sistema regionale Lombardo per la cura delle patologie psichiatriche, si è provveduto, al fine di valutare eventuali variazioni dettate da modelli organizzativi diversi, a suddividere gli utenti in aree territoriali afferenti a diversi Dipartimenti di Salute Mentale che con la legislazione attuale sono incaricati del governo clinico della psichiatria, dunque a cui è affidata la possibilità di indirizzare le modalità di cura del paziente.

Nella presente ricerca si cercherà dunque di approfondire le modalità di utilizzo delle risorse pubbliche utilizzate nella disciplina psichiatrica in funzione della tipologia di intervento utilizzato ed in funzione del numero di utenti a cui tale intervento è indirizzato. Si cercherà infine di valutare se le modalità di utilizzo delle risorse mostrano una tendenza omogenea in aree territoriali contigue o se presentano elevati livelli di variazione.

## **METODI**

Al fine di effettuare una valutazione delle prestazioni psichiatriche si provveduto a suddividere i cittadini residenti nella Provincia di Varese in tre aree territoriali

che fanno riferimento alla competenza territoriale per le prestazioni psichiatriche delle 3 Aziende Ospedaliere della Provincia di Varese.

- DSM dell'Azienda Ospedaliera di Varese: 336.684 (Comuni dei Distretti di Varese, Arcisate, Cittiglio, Luino e Azzate).
- DSM dell'Azienda Ospedaliera di Gallarate: 223.595 (Distretti di Gallarate, Somma L. e Sesto C.).
- DSM dell'Azienda Ospedaliera di Busto A.: 288.424 (Distretti di Saronno, Busto, Castellanza e Tradate).
- Totale Provincia di Varese: 848.703

I dati di attività sono rappresentati dai dati regionali validati relativi ai consumi dei soggetti residenti in Provincia di Varese di età superiore ai 18 anni nel corso del 2012 e che abbiano usufruito di almeno una prestazione psichiatrica tramite i circuiti informativi 46/SAN, SDO per ricoveri psichiatrici e flusso 43/SAN per prestazioni residenziali erogate da soggetti non accreditati con contratto con il SSR.

I dati relativi agli interventi e ai costi sono riferiti come tassi per 1000 abitanti anno e sono riportati per l'intera area della Provincia di Varese e per le singole aree territoriali sopra definite. Per tali aree le prestazioni erogate da struttura pubblica sono quasi completamente provenienti dall'Azienda Ospedaliera di riferimento come sopra definita. Le prestazioni erogate da strutture private sono state effettuate sempre su proposta motivata dello psichiatra del DSM di competenza e validata dal responsabile di Unità Operativa Complessa a garanzia del mantenimento del governo clinico del DSM per quanto attiene alla patologia psichiatrica.

## **A chi si rivolgono gli interventi**

Il tipo di intervento fornito è rivolto a soggetti sofferenti di disagio psichico.

Il tipo di disagio manifestato e l'intensità dello stesso forniranno indicazione allo psichiatra sulla tipologia d'intervento da proporre e sulla scelta della sede ove effettuarlo.

## Le Tipologie d'intervento psichiatrico indagate

Nella presente ricerca sono state inserite le seguenti tipologie di prestazioni psichiatriche indipendentemente dalla diagnosi:

1. Interventi complessi ed integrati che necessitano di diverse figure professionali oltre allo psichiatra (infermiere, educatore e assistente sociale) e che si rivolgono a soggetti che presentano bisogni complessi. Tali prestazioni vengono fornite dai Centri Psicossociali. Possono prevedere interventi semiresidenziali, caratterizzati dalla permanenza nella struttura del soggetto per parte della giornata. Qui di seguito verranno indicate come attività ambulatoriali o semiresidenziali 46/SAN.
2. Ricoveri presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, si rivolgono a persone che presentano una condizione acuta e/o urgente. Possono avvenire volontariamente o tramite Trattamento Sanitario Obbligatorio. Qui di seguito verranno indicati come Ricoveri in SPDC.
3. Interventi di tipo residenziale, possono svolgersi in strutture pubbliche o private, sempre su indicazione, concordata con il soggetto, dello psichiatra referente del Centro Psicossociale.

Le attività ambulatoriali specialistiche erogate in altre strutture (visite psichiatriche in strutture ospedaliere pubbliche o private non sono state prese in considerazione dell'esiguità del numero e del fatto che le stesse sono erogate negli specifici servizi dedicati sul territorio lombardo).

## RISULTATI

### Il quadro di insieme

Nel corso del 2012 è risultato che 8.276 soggetti ha avuto almeno una prestazione psichiatrica erogata dal Servizio Sanitario Regionale. In un'area come quella indagata (la Provincia di Varese) che ha un numero di abitanti di circa 850.000 abitanti indica una prevalenza annuale dell'1%. Secondo stime pubblicate nel 2011 (Wittchen et al) la

sola prevalenza annuale dei disturbi affettivi in Europa è compresa tra il 6-8%, a questa vanno aggiunti soggetti sofferenti di Schizofrenia, Disturbi d'Ansia, Disturbi di Personalità etc.

Il dato ottenuto nella presente ricerca appare molto inferiore a quanto atteso tenendo conto che riguarda tutte le possibili diagnosi. Rispetto alle attuali indicazioni di letteratura, che indicano dati di prevalenza annuale molto superiori, emerge come prima considerazione che una quota consistente di soggetti affetti da patologia psichica, non è rappresentata nel database a cui fa riferimento la presente ricerca. Le motivazioni possono essere diverse, di seguito si prova a fornire alcune ipotesi esplicative:

1. Una quota di soggetti riceve diagnosi e trattamento nel contesto della Medicina Generale non utilizzando i servizi per la salute mentale se non, eventualmente, a scopo consulenziale nella fase diagnostica o in occasione di eventuali recidive.
2. Una quota di questi soggetti riceve prestazioni di tipo specialistico in centri diversi dal Centro Psicossociale, in tal caso la prestazione viene rendicontata sul flusso delle prestazioni specialistiche (come le prestazioni delle altre discipline mediche). In questo caso i soggetti ricevono prestazioni psichiatriche pubbliche ma non risultano nella presente ricerca. Si tratta verosimilmente di soggetti con una gravità sintomatologica limitata all'intervento della specialista psichiatra o in alcuni centri dello psicologo psicoterapeuta. Dal punto di vista della dimensione delle risorse impiegate questa tipologia di intervento resta marginale, per quanto possa risultare di grandissima importanza dal punto di vista clinico per il paziente.
3. Una quota di soggetti sofferenti di patologia psichica ricevono prestazioni in altre strutture pubbliche (ambulatori di neurologia, consultori, servizi per le dipendenze etc.).
4. Una quota di soggetti riceve cure tramite l'intervento di specialisti privati.
5. Una quota non si cura

Di fatto possiamo supporre con buona approssimazione che il soggetti intercettati dai servizi siano espressione di una condizione patologica forse più grave e verosimilmente più disabilitante, tale da necessitare con maggiore frequenza interventi di natura multiprofessionale di tipo infermieristico, educativo e sociale erogati nel CPS in coordinamento con gli interventi specialistici.

Nel *grafico 1* sono state riportati il numero di soggetti in trattamento per ogni singola tipologia di trattamento come definita nella sezione metodi della presente ricerca in percentuale sul totale e contestualmente sono stati riportati i costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria Locale per la singola tipologia di prestazione. Il primo dato rilevante che si osserva è che la spesa è distribuita in modo non uniforme nelle diverse tipologie di prestazione. In particolare la residenzialità (ricoveri in Comunità Psichiatrica o Centro Riabilitativo), pur essendo rivolta al 6% della popolazione assorbe circa il 60% dell'intera spesa sostenuta per la diagnosi e la cura dei soggetti affetti da patologia psichica.

Altro dato che colpisce è che l'intero costo per gli interventi su acuti (SPDC) e per la cura e la prevenzione di recidive sul territorio è nell'ordine del 30%. Esiste cioè

un rapporto globale tra diagnosi e cure da una parte e riabilitazione assistenza dall'altra che è circa 30%/70%.

### Le prestazioni ambulatoriali e semiresidenziali

Le prestazioni ambulatoriali e semiresidenziali sono espressione centrale dell'organizzazione della psichiatria secondo un modello di comunità, in cui il soggetto sofferente di patologia psichiatrica resta incluso nel suo contesto sociorelazionale di origine e ivi viene fornita la cura e l'assistenza frutto dell'integrazione, quando necessario, del lavoro di figure professionali diverse come psichiatra, psicologo, infermiere professionale, educatore e assistente sociale. Come già osservato nel *grafico 1* questa tipologia di attività si suddivide in due macroaree. La prima che è composta dall'attività erogata dai CPS è svolta integralmente da strutture pubbliche, coinvolge il 100% dei pazienti presi in carico e consuma circa il 14% delle risorse totali, mentre l'attività semiresidenziale, erogata sia da strutture pubbliche (la maggioranza) che private si rivolge ad un gruppo di persone più selezionato secondo criteri di gravità clinica e di necessità di interventi riabilitativi. È un gruppo che rappresenta circa il 5% della popolazione globale in cura al DSM in cui risultano più

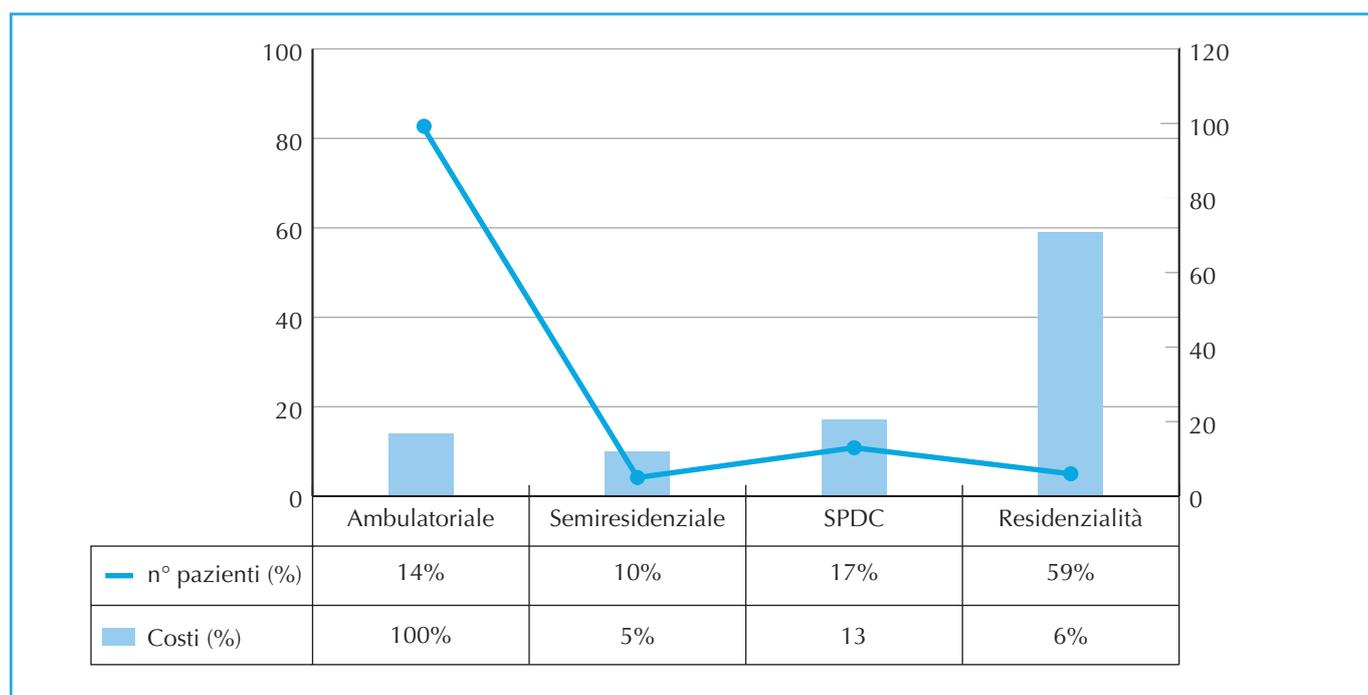


Grafico 1 - Costi e Numero di soggetti in percentuale sul totale per tipologia di prestazione ASL Varese anno 2012

rappresentati soggetti con disturbi psicotici e disturbi di personalità. Questo tipo di intervento assorbe circa un decimo del totale delle risorse disponibili. In *tabella 1* sono riportati i numeri delle prestazioni effettuate nel corso del 2012 da cui si evince che quasi la metà degli interventi sono prestazioni tipicamente sanitarie (Visita colloquio e somministrazione farmaci), mentre circa il 30% del totale sono semiresidenzialità. Emerge cioè che la psichiatria di comunità è fortemente concentrata su prestazioni eminentemente sanitarie o prestazioni complesse di tipo semiresidenziale. Il numero di interventi di carattere riabilitativo o risocializzante nel CPS è presente in modo poco marcato, un dato che potrebbe essere espressione di un'organizzazione del lavoro che fa prevalere risorse sanitarie in CPS e concentra attività risocializzanti e riabilitative nei Centri Diurni. In alternativa questo dato potrebbe indicare una carenza di risorse disponibili ad attività riabilitative nel contesto del Centro Psicosociale.

### Le prestazioni Residenziali

Come abbiamo osservato nel *grafico 1* le prestazioni di tipo residenziale, rivolte ai pazienti più gravosi dal punto di vista clinico e assistenziale, sono rivolte ad un

Tabella 1 - Prestazioni ambulatoriali e semiresidenziali anno 2012 ASL Varese

	Numero	% sul totale
1 - Visita colloquio	43.587	36%
10 - Gruppo di familiari	513	0%
11- Riunioni interne alle UOP incentrate sui casi	3.547	3%
12 - Riunioni con strutture sanitarie/altri enti	2.283	2%
13 - Riunioni cin persone/gruppi non istituzionali	330	0%
14 - Intervento individuale sulle abilità di base, interpersonali e sociali	1.689	1%
15 - Gruppo sulle abilità di base, interpersonali e sociali	264	0%
16 - Intervento individuale di risocializzazione	2.050	2%
17 - Gruppo di risocializzazione	2.610	2%
18 - gruppo di attività espressive	553	0%
19 - Gruppo di attività corporea	1.056	1%
2- Somministrazione diretta di farmaci	13.404	11%
20 - Inserimento lavorativo	172	0%
21 - Supporto alle attività quotidiane	1.435	1%
22 - Supporto sociale	2.581	2%
23 - Semiresidenzialità < 4 ore	4.228	4%
24 - Semiresidenzialità > 4 ore	28.395	24%
60 - Intervento domiciliare	7.191	6%
8 - Colloquio con i familiari	3.357	3%
9 - Intervento psicoeducativo	331	0%
<b>Toatale prestazioni</b>	<b>119.576</b>	<b>100%</b>

numero limitato di soggetti (circa il 5% del totale delle persone in cura) ma assorbono quasi il 60% delle risorse a destinate nella programmazione sanitaria all'area della psichiatria. Il totale di soggetti che hanno ricevuto nel corso del 2012 almeno 1 prestazione residenziale è 479.

È questa un'area di grande attenzione per diverse motivazioni. La Regione Lombardia ha normato in diverse occasioni il tema della residenzialità proponendo modificazioni organizzative e di accreditamento al fine di imporre, alle strutture accreditate con contratto dei vincoli organizzativi e strutturali definiti e con lo scopo di ridurre la tendenza al prolungamento eccessivo del

Tabella 2 - Prestazioni residenziali ASL Varese anno 2012

	<b>Soggetti</b>	<b>gg</b>	<b>Costi</b>
<b>Convenzione totale</b>	<b>79%</b>	<b>77%</b>	<b>85%</b>
Strutture Convenzionate (pubbliche o private) su proposta DSM	73%	71%	77%
Strutture convenzionate (pubbliche o private) OPG o misura alternativa alla detenzione	2%	2%	2%
Strutture Convenzionate (pubbliche o private) Ex OP di Fascia A	4%	4%	6%
<b>Privato totale</b>	<b>21%</b>	<b>23%</b>	<b>15%</b>
Strutture private su proposta dei DSM	9%	10%	7%
Strutture private OPG o misura alternativa alla detenzione	3%	3%	3%
Strutture private Ex OP di Fascia A	9%	10%	5%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

ricovero tramite modalità di riduzione della retta giornaliera (Circolare regionale 28 SAN del 2004 e Circolare regionale 49/SAN del 08.11.05 e DGR n. VIII/422 I del 28/02/2007 “Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della DGR n. VII/17513 del 17/05/2004”). Tali strutture sono sia pubbliche che private, molte di queste sono sorte in seguito all’attuazione della Legge Regionale 31 del 1997 sopra menzionata (parificazione soggetti erogatori pubblici e privati) ed in alcuni casi hanno risposto all’esigenza di dimettere dagli Ospedali Psichiatrici ancora operativi le ultime persone ancora ricoverate e ritenute a giudizio clinico non dimissibili a domicilio. Pertanto alcune di queste strutture hanno ancora ricoverati soggetti provenienti da ciò che un tempo era chiamato il manicomio. Questo punto risulta rilevante in quanto queste persone presentano delle specificità amministrative tuttora vigenti che rendono di fatto a totale carico del servizio sanitario tutti gli oneri di ricovero anche quando questi vengano trasferiti in Strutture SocioAssistenziali per anziani (RSA).

In *tabella 2* vengono descritti in modo dettagliato le ripartizioni (in termini di soggetti trattati, giorni di ricovero erogati e costi) ed in termini di tipologia di struttura

residenziale utilizzata. Possiamo osservare quanto segue:

- La maggior parte dei soggetti ricoverati circa 80% e circa 85% dei costi è sostenuto per strutture residenziali accreditate con contratto, lasciando intendere che esiste un buon grado di risposta nelle strutture accreditate con contratto rispetto ai bisogni espressi dai cittadini sofferenti di patologia psichica. Permangono però circa il 20% dei soggetti che per motivi diversi necessitano forme di assistenza o trattamento che vengono erogate da strutture private, site in Regione Lombardia o in altra regione.
- Un numero consistente di soggetti in strutture private (quasi la metà) è rappresentato da soggetti provenienti dall’Ospedale Psichiatrico di Varese, gli stessi sono stati trasferiti nel corso degli anni, in quanto ritenuto più appropriato per ragioni cliniche, in RSA ma parte della spesa, in ottemperanza alla vigenti indicazioni regionali è ancora in carico ai costi previsti per la disciplina psichiatrica.
- Circa il 5% dell’intera popolazione di soggetti che nel corso del 2012 ha usufruito di ricoveri residenziali proveniva dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario o risultava ricoverato su disposizione dell’autorità giudiziaria in

quanto autore di reato. Tale popolazione risulta divisa in due gruppi numericamente sovrapponibili, una parte è ricoverata presso strutture residenziali accreditate con contratto ed una parte in strutture private. Risulta in questo caso molto più frequente l'utilizzo di strutture private. Si può ipotizzare che questo sia espressione di scelte clinico-organizzative volte o ad allontanare il soggetto da un contesto ritenuto troppo stimolante o per utilizzare strutture che possano garantire in modo più efficiente la sorveglianza.

Nella *tabella 3* sono riportati i dati relativi ai 378 soggetti che hanno ricevuto trattamento residenziale in strutture accreditate con contratto (per i soggetti ricoverati in strutture private non erano disponibili in modo utilizzabile per l'analisi tali dati).

Dalla lettura della tabella emerge che i soggetti ricoverati sono in prevalenza di sesso maschile, con un'età media di circa 48 anni. Nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti affetti da psicosi (66% del totale), Disturbi Affettivi (7,5%) e Disturbi di Personalità (15%).

In sintesi possiamo osservare che l'utilizzo di risorse di tipo residenziale è rivolto ad un gruppo di soggetti verosimilmente in una fase di malattia cronica, prevalentemente Psicosi, Disturbi di Personalità o verosimilmente Dist. Bipolare. Permane rilevante per quanto in fase di decrescita la quota proveniente dalla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Varese, rilevante e apparentemente in crescita la quota di soggetti inseriti in Comunità Psichiatrica autori di reato, provenienti da Ospedale Psichiatrico Giudiziario o ricoverati per disposizione del giudice.

### Ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

Come già osservato nel *grafico 1* i ricoveri in SPDC, che rappresentano l'area dell'urgenza in psichiatria, utilizzano il 17% delle risorse disponibili e coinvolgono un numero limitato di utenti (circa il 13% del totale). Nel *grafico 2* si osserva che psicosi, disturbi affettivi e di personalità giustificano circa 80% del totale dei ricoveri. Nel *grafico 3* infine sono riportati i dati relativi alla tendenza a ricoveri ripetuti nel corso dell'anno suddivisi per diagnosi. Tale

Tabella 3 - Descrizione di diagnosi e genere di soggetti ricoverati in strutture residenziali accreditate con contratto ASL Varese anno 2012

Diagnosi	Maschi (%)	Femmine (%)	Età Media
Non riportata	1 (33%)	2 (66%)	38,4
Disturbi Mentali Organici	1 (100%)	0 (0%)	46,0
Disturbi correlati a abuso/dipendenza	4 (66%)	2 (33%)	40,5
Psicosi	180 (70%)	77 (30%)	46,5
Disturbi dell'umore	10 (35%)	18 (65%)	48,8
Disturbi d'Ansia	5 (62%)	3 (38%)	42,6
Disturbi comportamentali associati a patologie fisiche	2 (13%)	13 (86%)	34,2
Disturbi di personalità	28 (49%)	29 (51%)	40,5
Ritardo Mentale	5 (62%)	3 (38%)	56,1
Altro	1 (50%)	1 (50%)	45,3
Totale	231 (61%)	147 (39%)	48,0

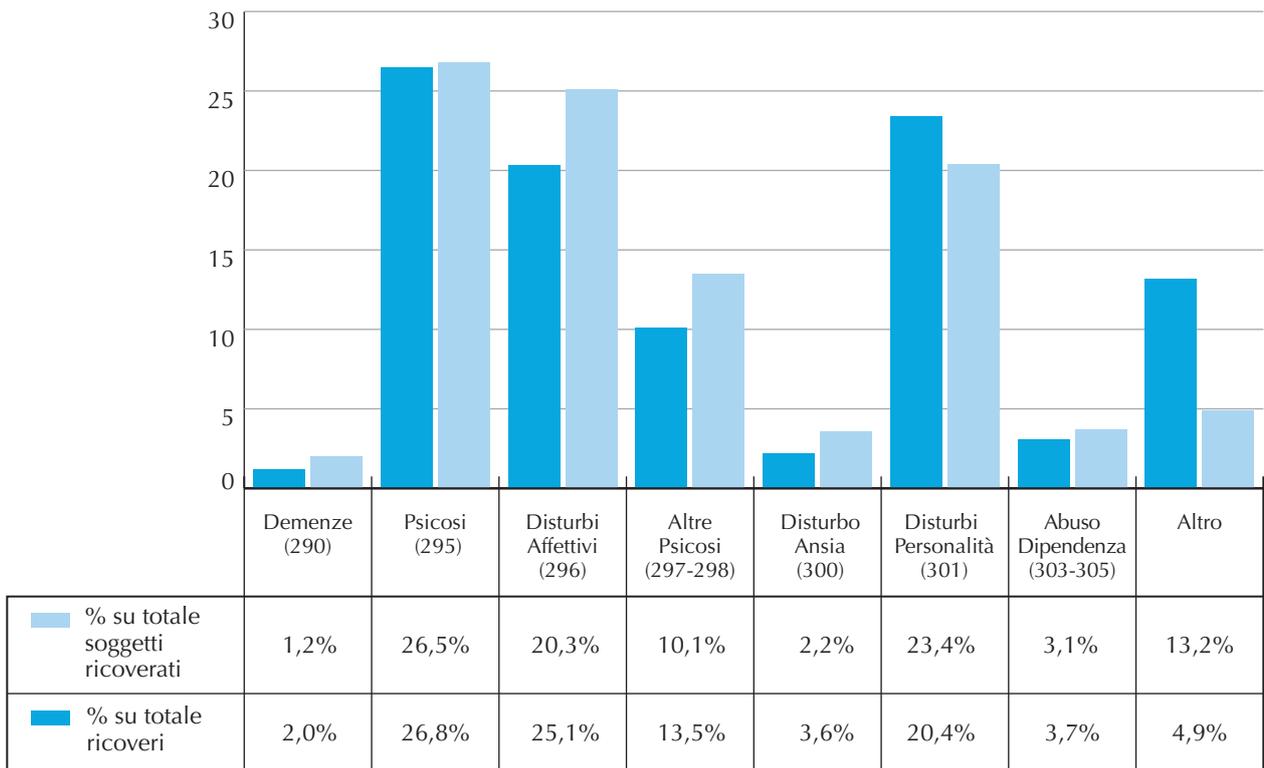


Grafico 2 - Diagnosi e ricoveri in SPDC

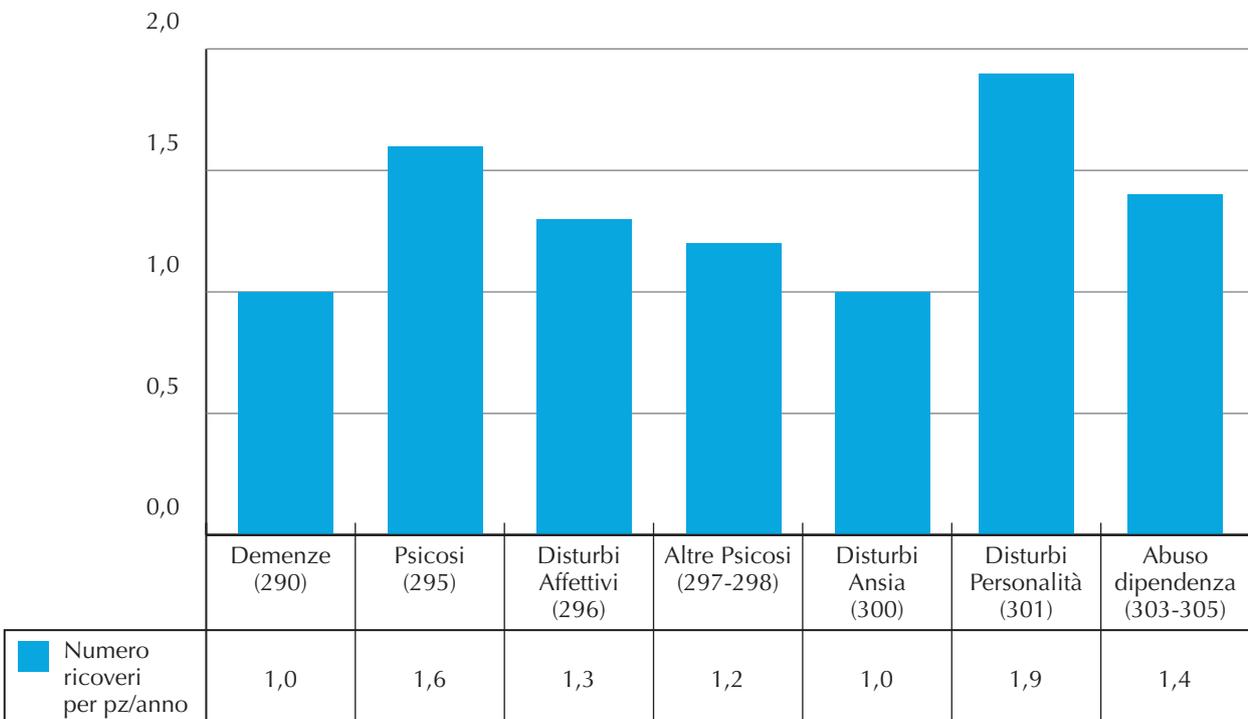


Grafico 3 - Diagnosi e frequenza di ricovero

dato fornisce indicazioni su quali diagnosi presentano una maggiore tendenza alla recidiva. Tale dato può essere utile al fine di effettuare una programmazione più attenta nell'integrazione con il CPS al fine di avviare progetti di cura caratterizzati da maggiori livelli di aderenza. In particolare soggetti sofferenti di Psicosi e Disturbi di Personalità sono quelli a maggior rischio di ripetere il ricovero in SPDC durante l'anno.

### L'analisi in aree territoriali contigue: è possibile definire costi standard in psichiatria?

Le analisi relative a prestazioni e costi sono state suddivise per area territoriale. In particolare, come già precisato nell'introduzione, nella Provincia di Varese insistono 3 Dipartimenti di Salute Mentale che sono titolari del governo clinico della salute mentale. Al fine di valutare se esiste omogeneità nelle scelte organizzative e se eventuali difformità producono diversificazione dei costi si è provveduto ad analizzare i dati precedentemente riportati suddivisi per le tre aree territoriali già definite precedentemente.

Le tre aree territoriali non sono risultano omogenee come popolazione. Esistono poi differenze in termini

di urbanizzazione e dispersione della popolazione. Presentano però ampie somiglianze essendo comunque aree contigue. Le analisi successive sono state condotte tutte definendo tassi di intervento e spesa. La presente analisi non riporta i riferimenti che rendano riconoscibili le tre aree, in quanto scopo dello studio è valutare il significato di eventuali differenze emerse e non stabilire gradienti di efficienza organizzativa. Pertanto i risultati non saranno attribuibili a specifiche aree selezionate (identificate nella trattazione successiva come DSM 1, DSM 2, DSM 3).

### I dati relativi all'attività ambulatoriale e semiresidenziale

Nel grafico 4 sono mostrati i dati relativi al numero di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale nel corso dell'anno ed il numero di prestazioni erogate rispetto al numero di abitanti. Sono dati molto generali ma che in qualche modo definiscono la penetrazione dei servizi nel territorio. Precedentemente si è osservato come solo un numero limitato di soggetti, rispetto a quanto atteso dai dati epidemiologici, venga trattato nei Servizi di Salute Mentale. Una maggiore penetranza potrebbe dunque essere un indicatore di efficienza dei

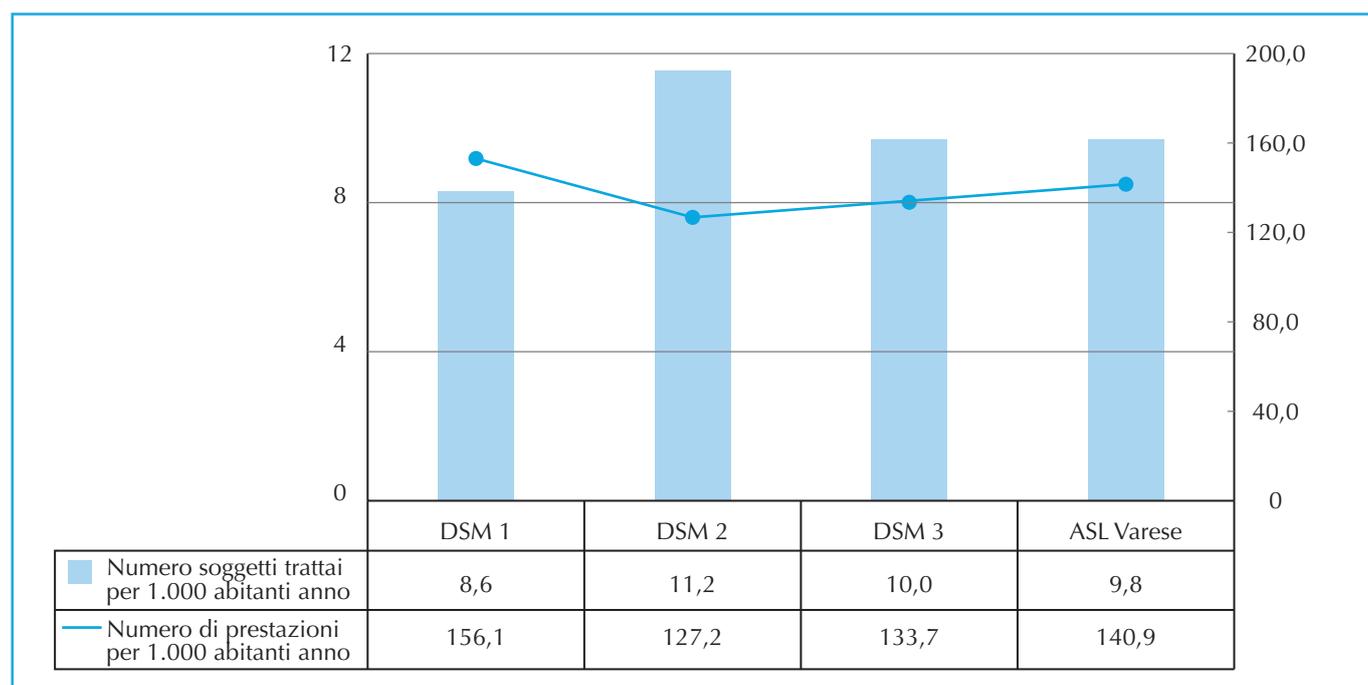


Grafico 4 - Numero soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale o semiresidenziale nel corso 2012 e numero prestazioni: tassi per 1000 residenti

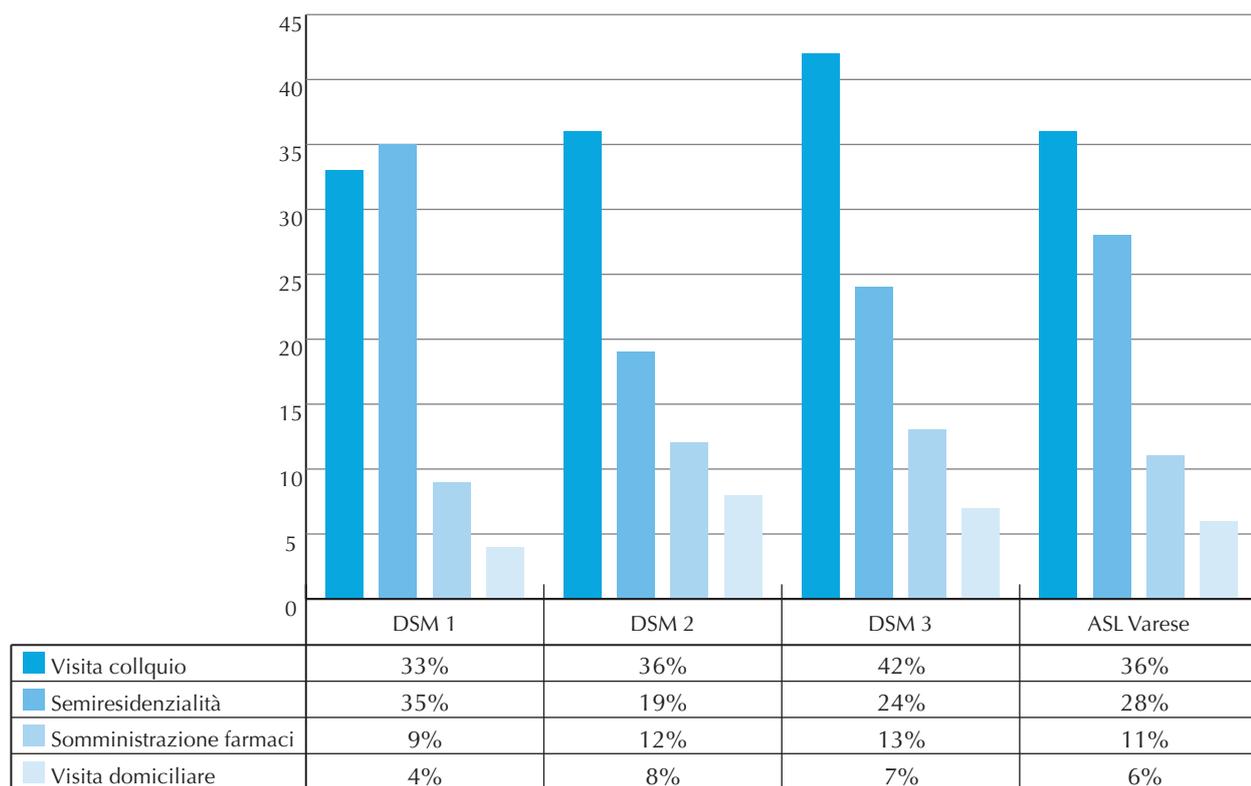


Grafico 5 - Tipologia di prestazione maggiormente erogate nei diversi DSM

servizi. Dal *grafico 4* emerge una certa varianza nelle tre aree territoriali di poco superiore al 10% sia per quanto riguarda il tasso di soggetti trattati che per le prestazioni erogate. In conclusione si può affermare che esiste un certo grado di omogeneità nell'erogazione di queste prestazioni. Tale grado di omogeneità risente verosimilmente di un'attività programmatica relativa all'apertura di centri territoriali per la salute mentale in modo omogeneo sul territorio nazionale e dunque a ciò corrisponde una certa omogeneità di intervento. Nel *grafico 5* vengono riportati i tassi relativi ad alcune prestazioni. È immediatamente visibile come i modelli organizzativi siano diversi nelle tre aree dipartimentali con un prevalere di attività semiresidenziali nel DSM 1, un prevalere dell'utilizzo del colloquio nel DSM 3 ed un utilizzo maggiore di altre attività (segnatamente riabilitative e risocializzanti) nel DSM 2.

È di particolare rilevanza la variazione nei tre DSM del rapporto tra utilizzo di interventi ambulatoriali e

semiresidenziali. Questi ultimi, che verosimilmente presentano una distribuzione meno omogenea sul territorio risultano, come si osserva nel *grafico 6* in una maggiore variabilità nelle diverse aree, portando a differenze di spesa per tale tipologia di intervento che arrivano a quasi il 50% in aree territoriali contigue.

### I dati relativi all'attività di ricovero presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Come riportato nel *grafico 7* si osserva un sufficiente grado di omogeneità nella prestazioni di ricovero. Tali prestazioni sono erogate da strutture con disponibilità di posti letto determinate secondo analisi del bisogno effettuate nel corso del tempo e che non presentano significative variazioni. L'analisi presente è stata effettuata sui dati di consumo, dunque è riferito alla singola area territoriale il ricovero ad un suo residente anche se tale prestazione viene erogata altrove. In sintesi possiamo però confermare che l'utilizzo del servizio psichiatrico di diagnosi e cura mantiene un

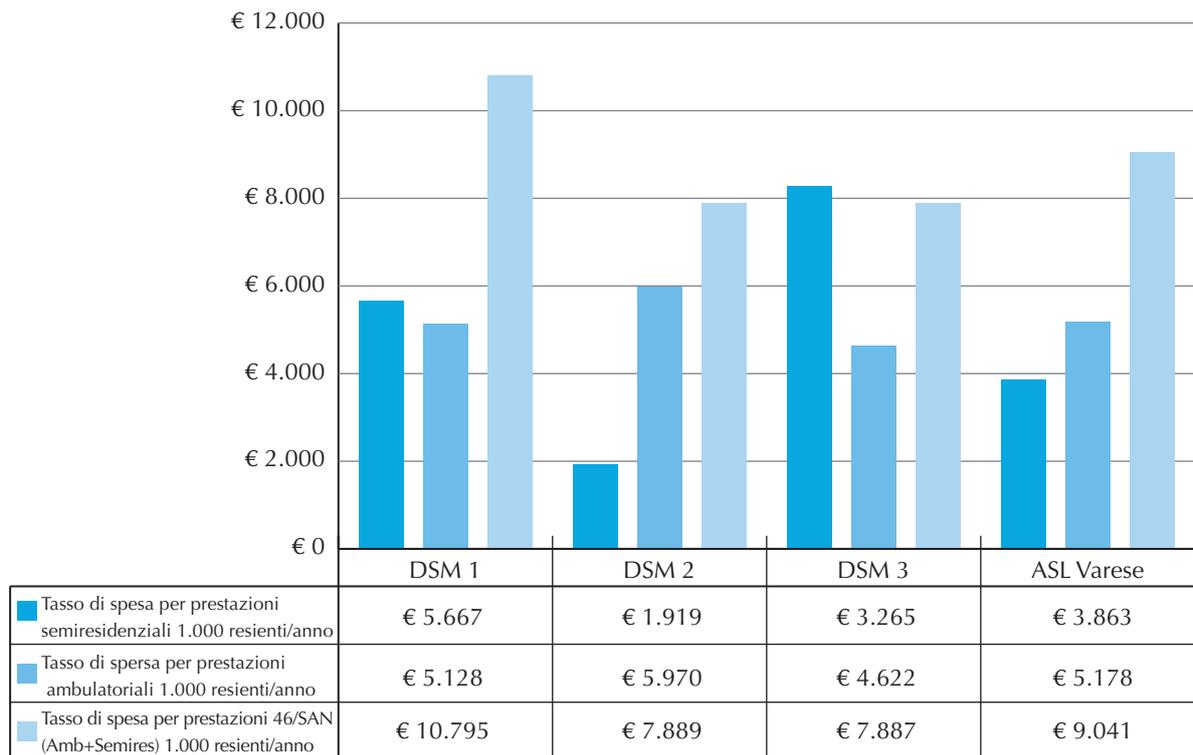


Grafico 6 - Costo per 1.000 abitanti anno per prestazioni ambulatoriali, semiresidenziali e totale anno 2012

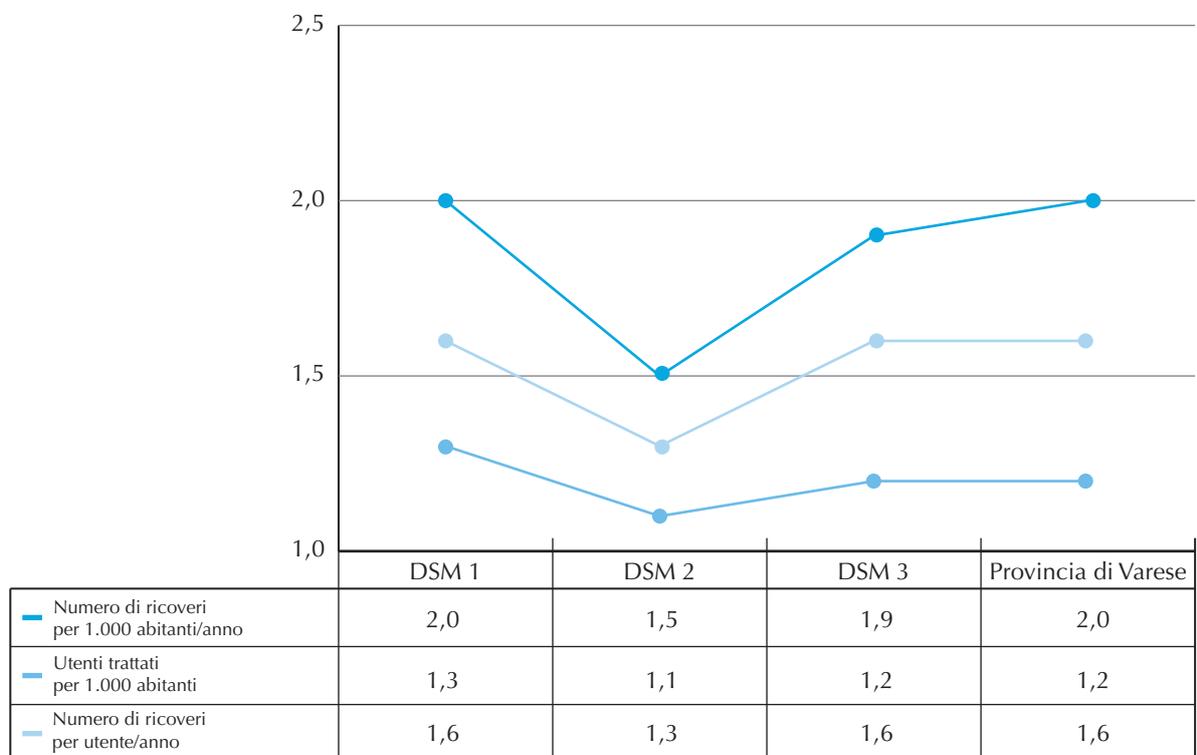


Grafico 7 - Dati relativi a ricoveri in SPDC ASL Varese anno 2012



Grafico 8 - Costo per 1.000 abitanti e utente anno 2012 ASL Venezia

sufficiente grado di omogeneità nelle tre aree valutate. Tutto ciò si osserva nel *grafico 8* ove sono riportati costi per 1000 abitanti e per utente annuo. Il primo dà un'indicazione di prevalenza il secondo delinea con più chiarezza la tendenza alla ripetizione di ricoveri durante l'anno (un soggetto ricoverato più volte risulterà come un costo maggiore). In sintesi si osserva un costo sufficientemente omogeneo nei tre contesti territoriali. Le differenze riscontrate possono essere attribuite almeno in parte alla tendenza ad una ripetizione dei ricoveri per alcuni soggetti segnale di una più complessa gestione del caso.

### I dati relativi alle prestazioni residenziali

Per tale tipo di analisi non sono stati presi in considerazione i soggetti dimessi dall'Ospedale Psichiatrico di Varese, che a causa di scelte organizzative risultano tutti residenti nella stessa area territoriale e dunque avrebbero portato ad una lettura falsata dei dati di utilizzo della risorsa residenziale.

Per quanto riguarda queste prestazioni, come si

osserva nel *grafico 9*, i costi sostenuti per tale tipologia di prestazione variano molto (oltre il 50% tra un'area territoriale ed una contigua). Tale variazione non trova giustificazione nel fatto che possano esserci soggetti di maggiore complessità gestionale, infatti i costi per utente sono sostanzialmente sovrapponibili. Ciò che cambia è il numero di soggetti che sono inviati ad interventi residenziali nelle diverse aree (*Grafico 10*). Tali divergenze non possono essere attribuibili solo ad una diversa disponibilità di strutture in quanto la maggior parte dei posti letto sono di tipo privato e dunque disponibili al ricovero indipendentemente dalla provenienza del soggetto. Tali variazioni sono dunque da attribuire più a modelli organizzativi diversi o a condizioni socio-ambientali diverse che premono verso l'utilizzo di tale risorsa in modo più o meno intenso nelle diverse aree. Tale questione appare di grande rilevanza in quanto come abbiamo osservato nel *grafico 1* la maggior parte delle risorse del sistema vengono utilizzate per un numero limitato di soggetti ricoverati in strutture residenziali.

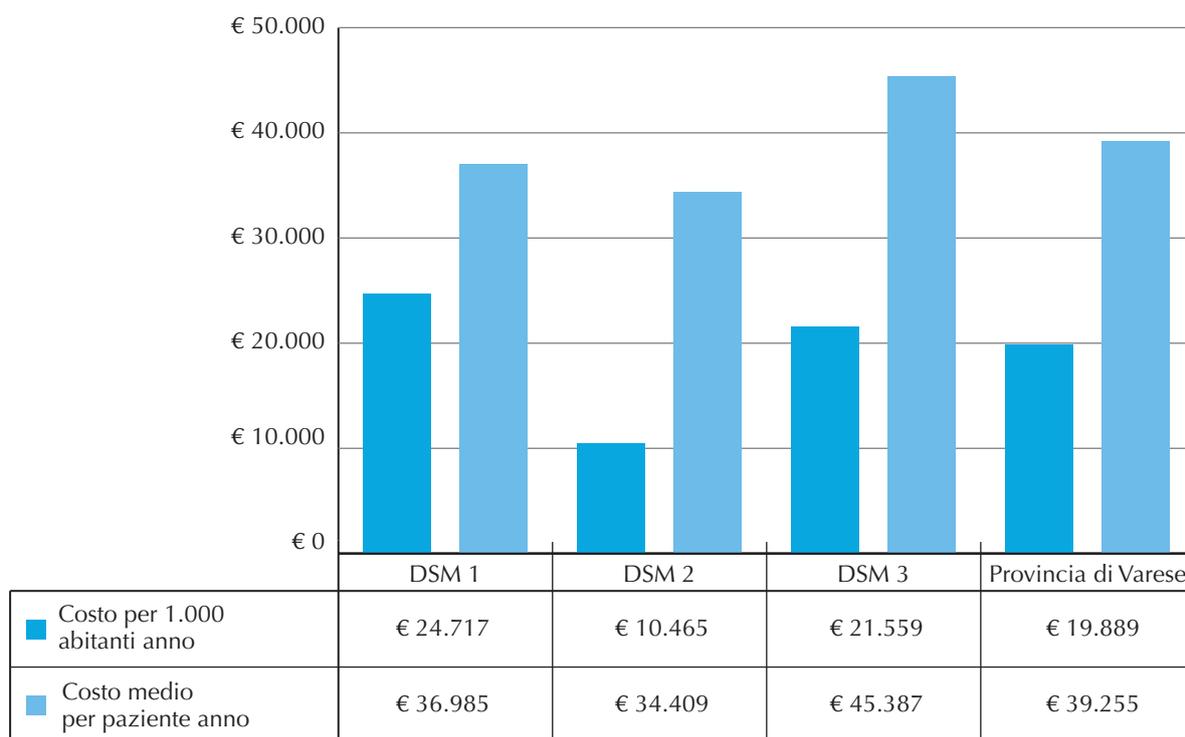


Grafico 9 - Costo per prestazioni residenziali per 1.000 abitanti anno e per paziente in cura

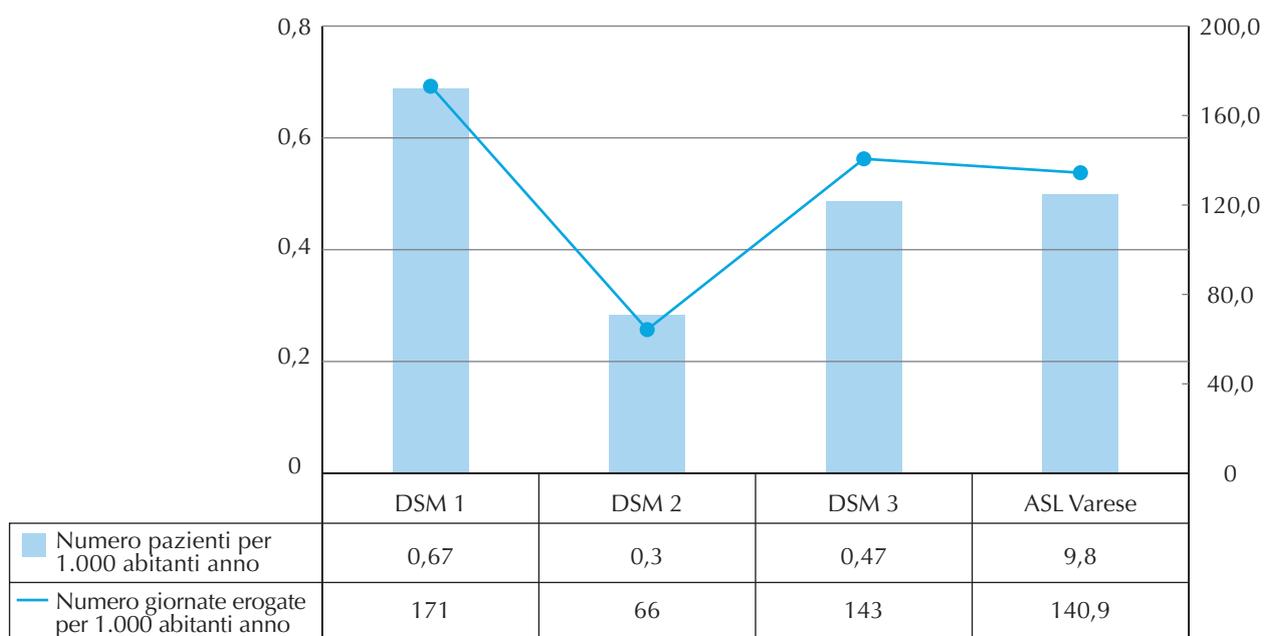


Grafico 10 - Numero pazienti e numero giornate per residenzialità psichiatrica, tasso per 1.000 abitanti anno ASL Varese anno 2012

Appare dunque prioritario comprendere in modo più chiaro le motivazioni cliniche e socioambientali che spingono a ricoveri in strutture residenziali psichiatriche, in quanto possono modificare in modo significativo la disponibilità di risorse per altri tipi di interventi in una sistema a risorse definite.

## CONCLUSIONI

La presente analisi ha in sé numerose limitazioni. È uno studio effettuato su database che presentano uno scopo diverso dalla ricerca che è quello di definire le attività e la remunerazione delle prestazioni psichiatriche. È un'analisi dei processi di cura ma non definisce una valutazione degli esiti, che non era possibile con i dati a disposizione.

D'altra parte fornisce alcune interessanti indicazioni.

Innanzitutto si osserva un rapporto 30/70 nella destinazione risorse tra gestione urgenza e psichiatria clinica da una parte e riabilitazione e gestione della cronicità dall'altra. Inoltre si osserva, in congruenza con altre discipline mediche, che un numero limitato di soggetti, verosimilmente affetti da condizioni particolarmente disabilitanti del disturbo assorbono una notevole quantità di risorse (5% dei soggetti in strutture residenziali consumano il 60% del budget totale).

Infine emerge una grande difficoltà nella definizione di possibili costi standard per la psichiatria soprattutto per quanto concerne le attività riabilitative e di ricovero in comunità protetta. Si è infatti osservata una variazione notevolissima tra aree territoriali contigue che non sembra trovare valide giustificazioni di ordine clinico o organizzativo. Tale aspetto rappresenta un elemento che necessita di ulteriori approfondimenti in quanto incide notevolmente sulle politiche sanitarie relative alla psichiatria in merito alle risorse attribuite.

\* *Dipartimento di Neuroscienze AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano*

\*\* *Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo ASL Varese*

\*\*\* *DSM AO Sant'Antonio Abate di Gallarate*

\*\*\*\* *DSM AO Busto Arsizio*

\*\*\*\*\* *Università Insubria e DSM AO di Circolo di Varese*

## BIBLIOGRAFIA

1. Knapp M., Novick D., Genkeer L., Curran C.M., McDaid D., SOHO Study Group 2003, *Financing health care in Europe: context for the Schizophrenia Outpatients Health Outcome Study*. Acta Psychiatr. Scand. 2002 416, 30-40.
2. Llorca P.M., Miadi-Fargier H., Lançon C., Jasso Mosqueda G., Casadebaig F., Philippe A., Guillon P., Mehnert A., Omnès L.F., Chicoye A., Durand-Zaleski I., *Cost-effectiveness analysis of schizophrenic patient care settings: impact of an atypical antipsychotic under long-acting injection formulation*. Encephale. 2005 Mar-Apr;31(2):235-46.
3. Salize H.J., McCabe R., Bullenkamp J., Hansson L., Lauber C., Martinez-Leal R., Reinhard I., Rössler W., Svensson B., Torres-Gonzalez F., van den Brink R., Wiersma D., Priebe S., *Cost of treatment of schizophrenia in six European countries*. Schizophrenia research, 2009 Jun;111(1-3):70-7
4. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., Van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.C., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

## 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

# Indagine sui fabbisogni formativi dei Medici Psichiatri

di Annarita Marturano\*, Francesco Caggio\*\*

## ABSTRACT

*Nowaday the universe of health professionals is characterized by rapid and global changes: first of all knowledge about technical issues and the way in which they are processed and transferred, secondly by an increasingly pressure towards specialization and comprehensive approach and finally by the continuous need of a real integration among different professionals who cooperate for an effective take in charge of the patient. A strong need to take possession of an appropriate communicative and relational style is a strict consequence of these changes.*

*The adequate identification of the training needs perceived by the staff is the way to create a consistent alignment between their needs, the organizational culture and the evolving needs of end users. In particular this paper is an investigation of the training needs in health care field, specifically in the clinical area of psychiatry. This research involved the working staff of the Department of Mental Health of A. O. Ospedali Riuniti of Bergamo, currently "Papa Giovanni XXIII", in particular the aim of the current contribution will focus on needs expressed by medical personnel.*

Attualmente l'universo dei professionisti della salute è caratterizzato da rapidi cambiamenti dei contenuti dei saperi tecnici ma anche dalla modalità della loro elaborazione e trasmissione, da spinte sempre più pressanti tra specializzazione e approccio globale, dalla necessità di effettiva integrazione con le diverse figure che collaborano alla presa in carico del paziente, dal quale consegue una forte esigenza di appropriarsi di uno stile comunicativo e relazionale adeguato. Individuare adeguatamente i biso-

gni formativi percepiti dal personale, significa creare un allineamento costante tra le esigenze dei professionisti, la cultura organizzativa e le esigenze in continua evoluzione dell'utenza finale. In particolare questo contributo rappresenta un'esplorazione sui bisogni formativi in ambito sanitario, ma più nello specifico nell'area psichiatrica. Si tratta di un percorso di ricerca incentrato sull'analisi dei fabbisogni formativi, che ha coinvolto il personale che opera nel Dipartimento di Salute Mentale dell'A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo, attualmente "Papa Giovanni XXIII"; nello specifico oggetto del presente lavoro saranno i bisogni formativi espressi dal personale medico.

## PREMESSA

Nel contesto sanitario, come in tutti quelli caratterizzati da frequenti innovazioni e cambiamenti, è necessario sviluppare una specifica attenzione al tema della formazione degli operatori, quale elemento essenziale per il governo delle strutture. Tra le attività più importanti di una direzione aziendale vi è la definizione di una strategia di formazione integrata, che sostenga la convinzione che il valore delle persone e la loro continua crescita siano gli elementi più importanti dell'organizzazione sui quali valga la pena investire tempo e risorse.

Negli anni l'incertezza aziendale ha fortemente investito tutte le aziende sanitarie, sia pubbliche che private, coinvolte da una serie di dinamiche che hanno inciso significativamente sulle caratteristiche gestionali e organizzative, richiedendo flessibilità, capacità di apprendimento e disponibilità al cambiamento. Curare l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita (lifelong learning) è un dovere degli operatori in genere, e della sanità in particolare, ma è anche un diritto del cittadino, che richiede operatori competenti in grado di "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Sistema Sanitario Nazionale" (art. 16-bis, comma 1, D. Lgs. 229/99)<sup>1</sup>. In uno scenario simile la formazione diventa quindi un elemento di assoluta necessità in quanto offre la possibilità di acquisire nuove

---

competenze dettate dal sapere (il possesso di conoscenze teoriche), dal saper fare (il possesso di abilità tecniche o manuali) e dal saper essere (il possesso di capacità comunicative e relazionali), ma anche dall'essere in grado di attuare la propria conoscenza attraverso il saper divenire. L'apprendimento rappresenta di conseguenza un fattore di significativo cambiamento, dove il requisito fondamentale diventa la capacità di imparare: imparare ad apprendere ed imparare ad accettare il cambiamento. L'ambito sanitario, a causa dei radicali cambiamenti da cui è investito, necessita di professionisti con competenze organizzative e progettuali, oltre che solide competenze tecnico-specialiste. Viene richiesta una maggiore capacità "meta-cognitiva" nel comprendere e rapportarsi ai bisogni dell'assistito, nell'apprendere a lavorare in integrazione con le altre professioni, nell'operare scelte responsabili e discrezionali in base ai bisogni emergenti.

Parlare di formazione in psichiatria riguarda una serie articolata di problemi che essenzialmente hanno a che fare con la pratica e quindi la domanda di cura del paziente e la risposta dell'operatore. La sofferenza mentale pone una domanda di cura, spesso inespressa o ripetutamente formulata o articolata al negativo. Nella relazione di aiuto emerge un'altra sofferenza che è quella dello stesso operatore, quest'ultimo lamenta spesso che il paziente non reagisce alle cure o trasgredisce alle stesse, e spesso questo lo fa sentire impotente, manipolato, deluso. La risposta a bisogni così elevati di salute mentale non può essere trovata solo nell'ambito sanitario, ma necessariamente deve coinvolgere l'ambito sociale e politico e considerare l'aspetto esistenziale e relazionale della vita dell'uomo. Nel corso degli ultimi decenni le pratiche relative all'intervento nella tutela della salute mentale hanno abbandonato le dottrine teoriche chiuse e auto-referenziali e sono sempre più fondate sul

riconoscimento della dimensione multi-fattoriale della malattia mentale. Tale prospettiva rinnova l'importanza della relazione come elemento cruciale dell'operare nel campo della salute mentale: relazione con i soggetti affetti da disturbi ma anche con i loro familiari e, più in generale, con il loro ambiente di vita. Oggi la psichiatria si sta finalmente dirigendo nella forma voluta dalla Legge 180: una psichiatria fatta non più da muri, ma da persone, contatti e legami sociali, assistenza completa del malato. La situazione esistenziale, sociale, affettiva di un malato mentale incide sulla sua condizione clinica; nel testo della Legge<sup>2</sup> è infatti esplicito il riferimento alla necessità di creare strutture territoriali (Centri Diurni, Comunità Riabilitative, ecc.) atte alla riabilitazione del paziente psichiatrico. La deistituzionalizzazione degli Ospedali Psichiatrici e il conseguente decentramento dell'organizzazione psichiatrica, ha reso possibile la messa in atto di strategie d'intervento finalizzate al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi, imponendo tuttavia all'istituzione, la creazione di tutta una serie di strutture e di funzioni che consentissero la progressione del supporto esterno per i pazienti inseriti in progetti terapeutico-riabilitativi. Sorgono così i luoghi della riabilitazione che si collocano tra una situazione di ricovero totale e il domicilio del paziente. Spazi che consentono di acquisire le abilità perdute, necessarie alla vita quotidiana sociale e relazionale, e soprattutto "Comunità terapeutiche" quando la riabilitazione deve integrarsi con interventi terapeutici specifici. Sono quindi tutte le strutture residenziali e semiresidenziali che danno vita alla riabilitazione, ove si costruirà il tragitto terapeutico riabilitativo del paziente, che sarà volto al raggiungimento di maggiori livelli di autonomia e minori condizioni di assistenzialità. Questo modello di assistenza territoriale viene appunto definito *psichiatria di comunità*, proprio perché l'ammalato non

---

1. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

---

2. Legge n. 180 del 13 maggio del 1978, art. 34 "gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali devono essere attuati di norma dai servizi psichiatrici territoriali".

viene sradicato dal proprio contesto umano, dalle proprie amicizie e dai propri affetti, ma viene aiutato a far sì che la sua patologia non comporti tagli netti con tutto ciò che questi contatti rappresentano per lui. Anche le cure psichiatriche sono basate attualmente sul nuovo paradigma della riabilitazione sancito dalla Legge 180, e quindi non più il cupo manicomio, ma luoghi il più possibile domestici, dove il compito principale degli operatori è quello di richiamare continuamente i pazienti a fare i conti con la vita quotidiana e il ristrutturarsi di abitudini consapevoli, con l'obiettivo ultimo di rendere possibile l'uscita dal contesto psichiatrico.

In quest'ottica è necessario che il personale che opera in psichiatria adotti un modello di cura multidisciplinare e globalmente circolare, questo significa che le differenze di "potere" delle singole professionalità sono attenuate, al fine di consentire la realizzazione di processi clinici condivisi. Affinché si possa realizzare un percorso di riabilitazione del paziente è auspicabile la collaborazione di tutte le figure professionali, creando un clima sereno, rassicurante, capace di dare ascolto oltre alla malattia ancor di più all'aspetto umano di ciascun paziente.

L'impegno di lavoro nell'area della salute mentale richiede di conseguenza un forte investimento sulla professionalità degli operatori attraverso iniziative di sostegno, aggiornamento e formazione continua. Ecco, dunque, che garantire al proprio personale sanitario un'offerta formativa qualitativamente adeguata, diventa rilevante per un'organizzazione che si colloca in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati all'utente. Tuttavia, l'offerta formativa, benché in linea con le finalità generali della struttura e quindi alla sua mission, non può non tener conto delle esigenze formative espresse da coloro che sono chiamati a realizzare, con le proprie attività, il processo di cura.

Da queste considerazioni nasce il presente contributo deriva da un'attività di ricerca realizzata nel corso del 2012, con lo scopo di indagare i fabbisogni formativi del personale sanitario e non che opera in ambito psi-

chiatrico, attraverso l'uso di uno strumento tipico della ricerca qualitativa, ovvero l'intervista semi-strutturata. Nello specifico l'indagine ha coinvolto attivamente il personale del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo (attualmente A. O. "Papa Giovanni XXIII").

L'indagine effettuata è stata realizzata senza perdere di vista la relazione con l'organizzazione (DSM) e non si è limitata a raccogliere solo i bisogni espressi dal personale coinvolto, ma anche le loro motivazioni, le loro percezioni e soprattutto le loro aspettative rispetto alla formazione erogata all'interno del servizio. Le interviste semi-strutturate sono state condotte partendo dal ruolo ricoperto all'interno dell'organizzazione, per poi indagare: le pregresse attività formative, le criticità riscontrate durante lo svolgimento della propria attività lavorativa che potessero essere superate attraverso interventi formativi adeguati, i bisogni formativi connessi alla posizione e al ruolo ricoperto. Il senso dell'indagine non è stato quello di costruire un modello standardizzato di bisogni formativi nell'area psichiatrica, stabile e duraturo nel tempo, ma bensì quello di far emergere un bisogno formativo sentito "qui e ora", inevitabilmente influenzato dai cambiamenti organizzativi in atto e dall'evoluzione dell'assistenza psichiatrica, rispetto all'insorgenza di nuove patologie sempre più complesse. In particolare, in questo contributo saranno presi in considerazione i risultati delle interviste rivolte al personale medico.

## **I BISOGNI FORMATIVI DEL MEDICO PSICHIATRA**

Sono stati intervistati complessivamente n. 23 Medici Psichiatri (tra cui il Direttore del DSM, nonché Direttore dell'USC Psichiatria II e il Direttore USC Psichiatria I) che operavano nella struttura ospedaliera e nei servizi territoriali, nello specifico:

- n. 9 Medici Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- n. 8 Medici Centro Psicossociale;
- n. 3 Medici Strutture Riabilitative Residenziali e Semiresidenziali;

- n. 1 Medico Centro Diurno;
- n. 1 Medico Psichiatria di Consultazione;
- n. 1 Medico Ambulatorio per la ricerca, la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'umore e dell'ansia.

Molti dei medici intervistati nelle loro esposizioni hanno condiviso il pensiero di un'avvenuta **“evoluzione della psichiatria”** che richiede inevitabilmente un adeguamento delle conoscenze e delle competenze del Medico Psichiatra in quanto responsabile della gestione clinica e terapeutica dei pazienti. Le nuove patologie psichiatriche sembrano infatti configurarsi in relazione alle vicissitudini che l'identità umana sta attraversando rispetto ai luoghi della vita contemporanea, rispetto cioè alla società postmoderna e globalizzata (1). I problemi da affrontare in merito alla salute mentale e alla cura di questi disturbi poggiano ormai su di una condizione di radicale trasformazione della nostra società e di conseguenza sulla necessità di una radicale rivoluzione della consapevolezza professionale degli operatori. Ciò spinge alla ricerca di nuove pratiche di cura clinico-sociale in grado di dare nuove e più efficaci risposte a questi problemi, cercando di evitare il rischio di far riferimento esclusivamente alle vecchie pratiche psicologiche-psichiatriche. Inoltre, la psichiatria non può esulare dall'essere **psichiatria di comunità**, e quindi la molteplicità degli aspetti di vita della persona sono parte costitutiva dell'intervento. Di seguito alcune riflessioni degli intervistati:

“... credo che siamo in un momento di forte crisi della psichiatria. Paradossalmente pur vivendo in un'epoca di grande incertezza, in questa fase c'è una necessaria crisi della nosografia psichiatrica, necessaria perché non più in linea con l'evoluzione dei tempi perché si scontra con modalità di costruzione della patologia di tipo culturalmente diverso. Quindi, la psichiatria invece di essere sanamente in crisi per costruire un nuovo apparato, è ancora molto attaccata ad una nosografia ormai superata, quando poi è proprio la storia della psichiatria ad insegnarci che la nosografia ogni tanto si supera e si ridefinisce. Il concetto di disturbo di personalità

secondo me è il punto cruciale su cui si evidenzia il nostro limite nosografico, paradossalmente come strumento difensivo la psichiatria si arrocca su strumentari diagnostici sempre più dettagliati che però fanno perdere di vista il paziente. Un paziente africano depresso ha spesso un'ideazione che secondo la nostra nosografia è un'ideazione di tipo persecutorio, ma non è un paziente psicotico”.

“... c'è una grande necessità di affrontare la nuova psichiatria, perché i grandi temi del passato oggi vanno rivisitati e poi c'è una patologia emergente come i disturbi di personalità che abbracciano tutta la nuova patologia da stupefacenti, tutta la devianza che nasce da aspetti sociali, culturali, di integrazione”.

“Il nostro lavoro è cambiato tantissimo perché è cambiata la patologia, quando ho iniziato a lavorare c'erano i nevrotici, i “matti”, oggi i “matti” non ci sono più, sono i disturbi di personalità a crescere a dismisura. È quindi cambiata la patologia con cui si ha a che fare, sono persone con cui non si sa bene come intervenire, non ci sono terapie, sono pazienti che non riconoscono il disturbo. Si è anche abbassata l'età dell'esordio, prima i minori che avevano questi scompensi erano pochissimi, ora aumentano tanto. L'altra cosa è l'aumento delle sostanze, abbiamo tanti pazienti in comune con il Ser.T perché spesso i pazienti tossici presentano una patologia psichiatrica. Lo stesso vale per gli extracomunitari, un anno fa erano una piccola minoranza, adesso stanno diventando un numero consistente, sono tutte persone che oltre ad avere problemi clinici hanno spesso problemi assistenziali, assicurativi, di casa, di lavoro”.

Da queste riflessioni si evidenzia non solo un cambiamento dell'assistenza psichiatrica intesa come sostenuto dal Direttore del DSM *“in termini di psichiatria di comunità e di conseguenza non più tanto orientata ad una clinica prettamente focalizzata su un medico e un paziente, ma orientata sui sistemi che includono tutti gli ambiti sociali in cui un determinato paziente si colloca”*, ma un cambiamento delle patologie maggiormente trattate,

---

dell'età di esordio della malattia ed un incremento dei pazienti stranieri con tutte le complessità che le differenze culturali possono determinare nell'assistenza.

Durante le interviste i Medici Psichiatri hanno attribuito notevole rilevanza ai **disturbi di personalità** e quindi alla necessità di formarsi in merito agli strumenti per il trattamento e la gestione di pazienti affetti da queste patologie, un'esigenza emersa condivisa sia dal personale che operava nel contesto ospedaliero che nei servizi territoriali.

Un disturbo di personalità rappresenta *“un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione”*<sup>3</sup>. Secondo la Classificazione Statistica Internazionale delle malattie e dei problemi sanitari elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-10), un disturbo di personalità è *“una grave alterazione nella costituzione caratteriale e nelle tendenze comportamentali dell'individuo, che di solito coinvolge diverse aree della personalità ed è quasi sempre associato con una considerevole compromissione del benessere personale e del funzionamento sociale”*. Le due definizioni sono accumulate dall'evidenziare il carattere pervasivo della componente esperienziale e comportamentale, che si discosta dalle aspettative culturali e causa disagio individuale e sofferenza. Il tema dei disturbi di personalità e del loro trattamento è diventato di estrema attualità, dalla ricerca epidemiologica si evince che nella popolazione possono quantificarsi con una percentuale che varia dal 4,4 al 13% (2). Le teorie che attribuivano l'insorgenza di questo genere di disturbi a cause puramente genetiche o puramente socio-ambientali, sono state smentite dai recenti studi che dimostrano

piuttosto l'interazione gene-ambiente. Il trattamento di questo genere di disturbo consiste prevalentemente in un approccio psicoterapeutico, eventualmente associato ad una terapia farmacologica sintomatica. Solitamente per questo genere di pazienti non richiede trattamento ospedaliero, in alcuni casi però questo è inevitabile, in particolare può essere necessario ricoverare il paziente in caso di patologia borderline e di patologia antisociale 3 .

La necessità di approfondire attraverso percorsi formativi il trattamento del disturbo di personalità e la gestione della relazione del paziente affetto da tale disturbo, è legata al fatto che si tratta di disturbi complessi legati al modo di essere nel mondo dell'individuo, piuttosto che a sintomi definiti e precisi. La letteratura in materia sostiene che questo genere di disturbi sono riconducibili all'incontro di diversi fattori causali, tra cui ad esempio le caratteristiche comportamentali, un ambiente familiare patologico, esperienze traumatiche, ma sono anche sicuramente legati ad aspetti sociali e antropologici legati al grado di accettabilità sociale delle caratteristiche temperamentali di ciascun individuo (4). Da qui l'esigenza del personale medico di trattare questa tematica anche attraverso il confronto con strutture specializzate nel trattamento di questa patologia. Rispetto a questo tema si riportano alcune considerazioni degli intervistati:

“Ci troviamo di fronte ad un'emergenza che riguarda i disturbi di personalità con aumento dell'incidenza della fascia adolescenziale in fasce di popolazione, senza alcuna caratteristica di marginalità, e quindi famiglie abbienti che pongono richieste e problematiche circa le richieste di intervento e i trattamenti, assolutamente inedite in passato. Si è verificata una progressione sia come numero di casi che nella complessità della richiesta di cura. C'è quindi un'inadeguatezza della nostra risposta legata alla mancanza di strumenti a disposizione”.

---

3. American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, IV ed. riv. Washington, D.C., 2000, APA trad. it. (2001), DSM-IV-TR: Manuale Diagnostico e Statistico, dei disturbi mentali, Masson, Milano, p. 729.

---

“... non ci sono più le patologie di un tempo, sono sempre più nella dimensione dei disturbi di personalità che anche nelle aree psicotiche presenti. Sta cambiando per tante ragioni, soprattutto culturale l'espressione psicopatologica, i servizi sono organizzati ancora secondo un modello antico che era costruito per trattare le psicosi di una volta. Il paziente è sempre più inserito nel contesto sociale, per cui, trattare oggi il disturbo di personalità vuol dire avere a che fare con un'area sociale che un tempo non era coinvolta, il malato era isolato nel suo spazio costruito per accoglierlo”.

“È vero abbiamo tantissimi casi di doppia diagnosi o disturbi di personalità, rispetto alle schizofrenie che sono ormai un po' datate. È vero su questi argomenti non abbiamo molti supporti formativi, sarebbe sicuramente utile approfondirli. Sarebbe utile quindi approfondire le patologie più presenti, che assorbono più risorse come i disturbi di personalità che non hanno una terapia farmacologica specifica e quindi si agisce asseconda del sintomo presentato. Sono patologie meno gravi sul piano nosografico però più difficili da gestire e a evoluzione incerta”.

“Sono situazioni che necessitano di particolare assistenza e spesso non siamo preparati”.

#### E alcune considerazioni del Direttore del DSM:

“due anni fa abbiamo fatto un percorso abbastanza articolato con un relatore canadese che gestisce un centro sui disturbi di personalità, un percorso della durata di tre giorni sulla gestione di questi disturbi. È una patologia che è poco inclusa nella formazione di base, effettivamente oggi molto diffusa dai contorni epistemologici sfumati e quindi certamente nell'area della formazione clinica è un'area che deve essere sviluppata”.

Un altro tema particolarmente sentito dai medici intervistati riguardava il crescente rapporto con la **multiculturalità** e quindi con il paziente straniero. I massicci fenomeni di immigrazione di popolazioni africane e asiatiche e al loro spesso precario inserimento hanno comportato la necessità di formare gli operatori sanitari alla presa in carico di questi pazienti, che manifestano spesso un disagio psichico radicato in culture diverse dalla nostra. Il fenomeno ha dato vita a numerosi studi sull'argomento che hanno approfondito la valutazione dell'influenza dei diversi orientamenti di valore (credenze religiose, la struttura della famiglia, il ruolo e lo status della donna, ecc.), sulla morbosità psichiatrica, la verifica dell'esistenza di sindromi psichiatriche specifiche di determinate culture, la possibilità di manifestazioni psicopatologiche diverse, la determinazione delle forme di trattamento psichiatrico meglio accettate e più efficaci, in situazioni culturali diverse.

Rispetto a questo fenomeno il Direttore del DSM, in occasione della presentazione di un'iniziativa formativa ha precisato:

“Oggi gli stranieri rappresentano il 20% dei nostri pazienti. Accedono soprattutto agli SPDC e in regime di urgenza, quando cioè la cura non è più rinviabile. Questo, oltre a non facilitare il compito dei curanti, denota la loro difficoltà a intraprendere azioni di prevenzione e anche poca conoscenza dei percorsi di accesso ai servizi psichiatrici, oltre a riflettere modi diversi di concepire e anche curare la malattia mentale. Questa è una prima area su cui dobbiamo lavorare. Un altro problema è di tipo linguistico, che possiamo superare solo attraverso una sistematica collaborazione con i mediatori culturali, a cui deve essere affidato il compito non solo di fare una traduzione linguistica, ma di costituire un ponte di collegamento tra due mondi culturali”<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> “Psicopatologia e psicofarmacologia dei migranti: verso un osservatori clinico ed epidemiologico regionale”, 25 febbraio 2010, Bergamo.

La presenza nella popolazione lombarda di un'ampia componente appartenente ad altre nazionalità e culture, è un fenomeno che va consolidandosi nell'intero territorio regionale anche se con intensità differenti. Tale fenomeno oggi è rappresentata da un sempre crescente numero di famiglie con un maggiore radicamento nel territorio. I fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi psichici possono anche trarre origine dai cambiamenti dei riferimenti culturali, nonché dalla fatica per la ricerca di una nuova integrazione sociale.

Da qui nasce l'esigenza da parte dei medici intervistati di aggiornarsi sui temi della psichiatria transculturale e sulla di una funzione di accoglienza che consideri le differenze culturali degli utenti e si adatti agli aspetti specifici del singolo. Un medico sostiene:

"... la cura dell'approccio multiculturale, ci troviamo spesso spaesati, impreparati. Iniziano ad esserci anche delle condanne per aver somministrato dei farmaci a pazienti appartenenti a culture differenti dalla nostra, farmaci che in quel tipo di organizzazione culturale e metabolica non andavano bene".

Altri invece:

"È un capitolo relativamente recente ma enorme di conseguenza molto importante, per esempio di alcune tipologie tipo oriente estremo, bisognerebbe avere a disposizione mediatori culturali che però faticano a rendersi disponibili secondo quella flessibilità che ci viene richiesta. Ad esempio il paziente cinese, oltre ad una diversità linguistica parliamo soprattutto di una diversità culturale, di modalità espressive della patologia. Ad esempio abbiamo tante pazienti donne magrebine che non parlano italiano e hanno bisogno del figlio o del marito per interloquire".

"L'aspetto della multiculturalità è importantissimo, è importante la cultura del paziente perché rispetto al posto da cui viene cambiano le usanze, è bene comprenderle per capire anche determinati atteggiamenti del paziente".

"Credo comunque che la multiculturalità sia una delle aree di frontiera della psichiatria di oggi!".

I medici intervistati richiedevano di approfondire ulteriormente il fenomeno poiché riscontravano difficoltà nella gestione della complessità dell'assistenza di questi pazienti, che oltre a manifestare un disturbo psichico, hanno tutta una serie di bisogni legati per esempio alla lingua, alla difficoltà di trovare lavoro; bisogni spesso non soddisfatti che inficiano il processo di cura e riabilitazione. Tuttavia pochi sostenevano che:

"L'evoluzione è quella di una popolazione che tende ad adeguarsi ai nostri modelli, l'esigenza che portano questi pazienti è quella di un'omogeneizzazione".

"La multiculturalità è sicuramente un aspetto molto importante, ma è molto difficile, sono tanti aspetti, tante culture, per come la vedo io è necessario vedere caso per caso, perché sono diversi tra di loro".

Altra tematica richiesta come oggetto di formazione è la **gestione dell'aggressività del paziente**. Nelle persone affette da disturbi psichiatrici la risposta a stimoli esterni percepiti come eccessivamente frustranti, spesso avviene in maniera non commisurata agli stessi, l'aggressione in questi casi diviene l'unica risposta possibile. La persona manifesta quindi un'incapacità di elaborare meccanismi di difesa alternativi in risposta all'aumento della frustrazione.

Opinione condivisa era che questa esigenza fosse preminente negli SPDC in cui si ospitano pazienti acuti: "... sono tanti casi, ma possono capitare soprattutto con i pazienti più acuti. Avere un bagaglio di conoscenze su questa argomentazione credo che sia importante, ho riscontrato la stessa esigenza con i colleghi medici ma anche con gli infermieri".

"L'Ospedale in particolar modo ha un'alta concentrazione di situazioni molto complesse e difficili e quindi è inevitabile che si vada a riflettere su questo aspetto, e che sia necessario una formazione sulla gestione del paziente nei momenti in cui si verificano i comportamenti violenti, che sia condivisa da medici e infermieri, affinché si attui un intervento univoco e continuativo".

Rispetto a questo bisogno formativo il Direttore dell'Unità di Struttura Complessa Psichiatria I sosteneva:

“Questo aspetto è molto importante, si tratterebbe di corsi che trattano le dinamiche comportamentali, come comportarsi, come reagire, come muoversi, come riconoscere determinati segnali nella persona che si ha di fronte. Questa è un'esigenza pratica, concreta che viene fuori spesso”.

Emergeva inoltre l'esigenza di promuovere percorsi formativi che approfondivano aspetti quali la **comunicazione con il paziente e con i suoi familiari**. I professionisti sanitari si rapportano continuamente con i pazienti, con i loro familiari, con i colleghi, la comunicazione è quindi una costante nell'attività professionale degli operatori sanitari e la qualità della comunicazione messa in atto influenza notevolmente la percezione qualitativa degli utenti. Una buona comunicazione comprende una buona accoglienza del paziente, la raccolta della storia del paziente può essere estremamente utile se si utilizzano tecniche di ascolto attivo, la spiegazione chiara ed esauriente delle motivazioni dello svolgimento di alcuni esami diagnostici, la negoziazione della terapia, può favorire la compliance da parte del paziente. La relazione con il paziente è un momento centrale dell'intervento, tuttavia entrare in relazione con il paziente può risultare difficile, perché quest'ultimo comunica in modo “strano” o incomprensibile, il medico, così come gli altri operatori di un DSM, devono quindi utilizzare la propria esperienza, le proprie emozioni, i propri stati affettivi, come strumento di riconoscimento diagnostico e di cura.

Sino a qualche anno fa si riteneva che la comunicazione fosse una caratteristica della persona che non poteva essere modificata con la formazione, in questi ultimi anni invece, gli studi della psicologia della comunicazione dimostrano che la comunicazione è una scienza, che vi sono alcuni fattori che facilitano la comunicazione professionista-paziente, e che tali fattori possono essere appresi durante corsi di formazione rivolti al personale sanitario. Da qui alcune riflessioni dei Medici intervistati:

“Il nostro lavoro è centrato sulla relazione, che in psichiatria è l'elemento più importante del percorso di cura. Pertanto è sulla relazione che bisogna lavorare, non si tratta solo di una predisposizione o vocazione, ci sono comportamenti, reazioni, che possono essere apprese attraverso una formazione adeguata”.

“L'addestramento alla relazione con il paziente credo sia fondamentale, la relazione è uno strumento terapeutico ed è importante saperla gestire!”.

“... la modalità di relazionarsi con il paziente è un aspetto molto personale, c'è chi è maggiormente predisposto e questo gli riesce spontaneo, c'è chi invece fa più fatica”.

“... il nostro lavoro è basato sulla relazione, il paziente non ha una patologia organica e spesso per alcune figure professionali questo non è così scontato. Il loro ruolo in questo contesto è molto complesso”.

“Non c'è dubbio, approfondire l'area delle relazioni. Se mi limito alla diagnosi, alla prognosi e alla terapia non ci sono grosse difficoltà, il problema è che la relazione sta a monte di tutto... non è positivo che all'intero di un servizio ci siano tanti modi di fare, dobbiamo identificarci in un unico modo di agire, un modo univoco, che è positivo per gli operatori ma anche per i pazienti”.

Il tema della comunicazione con il paziente in particolare, ma anche con il familiare, comportano una riflessione sull'importanza che riveste l'ascolto e sul fatto che spesso, esso viene meno, conseguenza dei ritmi lavorativi pressanti. Dal non ascolto derivano diverse difficoltà di comunicazione che compromettono la creazione di un legame di fiducia tra medico-paziente. Parte della professione della professione del medico è la capacità di ascoltare gli altri e di capire le loro esigenze e necessità. Il paziente ha bisogno quindi di sicurezza per potersi esprimere e la sicurezza nasce solo in un clima che gli dimostra fiducia (5).

Infine, tra le esigenze formative maggiormente sostenute dal personale medico vi era la necessità strutturare gli incontri in équipe, convertendoli in veri e propri percorsi formativi in cui ciascun membro del gruppo multidisciplinare condividesse le sue conoscenze con gli altri, facendo in modo che condivisione e il confronto del caso clinico potessero rappresentare un luogo di formazione. Il **lavoro di équipe** richiede quindi che tutti gli operatori coinvolti abbiano una chiara e definita idea della propria funzione e delle proprie abilità professionali, possano esprimerle ed attuarle nella prassi, nonché rispettino e siano consapevoli delle funzioni e delle abilità degli altri membri. Di seguito alcune considerazioni in merito:

“La tematica del lavoro di équipe è fondamentale, ad esempio noi in Comunità organizziamo incontri, non sono attività formative strutturate, ma coinvolgo tutti gli operatori della Comunità, durante i quali discutiamo del paziente che ha accesso in Struttura, parliamo della patologia, cosa la patologia può portare all'interno dell'équipe, quali sono le reazioni da avere, quali sono gli aspetti da tenere sotto controllo [...]. Credo sia un elemento fondamentale!”

“... facciamo due riunioni strutturate a settimana e un incontro ogni mattina, tuttavia ci sono membri dell'équipe più riflessivi ed altri più pratici, questo ci porta spesso a gestire dei conflitti. Sarebbe importante lavorare sull'équipe per utilizzare strumenti che ci consentano di migliorare l'efficacia del lavorare insieme. Non so come possa tradursi in formazione ma credo sia utile evidenziarlo”.

“... c'è un'economia delle forze con il risparmio che ci viene imposto e da tener presente, questo porta a valorizzare le risorse interne, una riunione allargata di équipe, magari di tutto il Dipartimento, possono essere anche momenti di aggiornamento. Parlare di casi clinici, diversificare i vari interventi con l'apporto dei vari operatori, può essere anche quella una formazione!”

“Diciamo che il tempo per lo scambio di informazioni è sempre

risicato, anche in virtù del fatto che ci sono tanti pazienti e tante richieste, quindi il tempo è sempre meno”.

“... capisco che non è semplice, ma ci sono delle situazioni in cui è importantissimo chiarirsi, confrontarsi, in un momento di libero scambio”.

“... diciamo che abbiamo un po' perso la fiducia in queste cose, però questo desiderio resta sempre presente, è come se fosse qualcosa che non possiamo più permetterci perché siamo troppo presi dal fare”.

E quanto sostenuto dal Direttore dell'USC Psichiatria I:

“Questa è una questione di ritmi, il nostro lavoro è molto logorante, quando hai gestito un caso molto impegnativo, è buona norma di igiene mentale poter condividere con il collega, questo ti aiuta a ritrovare un minimo di equilibrio in una situazione stressante. È in questo senso che è importante poter parlare con i colleghi e confrontarsi sui casi. È anche vero che dovremmo imparare a lavorare di più in équipe e quindi anche facendo riferimento alle altre figure professionali, così come previsto dal Piano Regionale nel Case Management, ecc., mentre si tende ancora molto a gestire singolarmente il caso e a non interfacciarsi in équipe. Questo modo di lavorare allenterebbe la tensione e anche il carico di lavoro...”

Come sostenuto da L. Frighi *“L'équipe ... non può essere intesa come la semplice somma di persone con competenze e ruoli specifici, bensì come un'esperienza operativa protraentesi nel tempo e sottoposta a meccanismi di autocorrezione, del tipo feedback, da parte di tutti i componenti”* (6). In questa definizione si può cogliere la complessa problematica della formazione dei professionisti che operano in un DSM. L'équipe non ha solo lo scopo di rendere più efficiente l'organizzazione del lavoro, essa diventa anche un punto di riferimento, di sostegno per il singolo che si trova spesso solo ad affrontare tanti problemi legati al paziente, in particolare: il paziente che con la sua ansia intacca l'equilibrata professionalità del medico, dell'infermiere, ecc., l'aggressività del

paziente, i familiari che non collaborano per un supporto valido e congiunto (7). Simili problematiche a lungo andare possono provocare un logoramento psicologico che può mutarsi in frustrazione professionale. L'équipe può essere di aiuto a far sì che ciò non accada.

Se per formazione intendiamo il processo in cui le informazioni teoriche ricevute si traducono in atti e comportamenti che affrontano in modo competente e qualificato i problemi posti, si può affermare che la riunione di équipe costituisce anch'essa uno strumento di formazione permanente (8). Infatti, mediante la discussione dei piani di trattamento o la revisione degli obiettivi, esse può diventare utile a utilizzare il modello teorico di riferimento per prendere decisioni operative, traendone gli elementi per riadattare continuamente al contesto lavorativo il modello teorico di riferimento. Il lavoro di gruppo consente inoltre l'esercizio di capacità assertive e comunicative, nonché sviluppa le abilità di osservazione e di valutazione degli interventi propri e degli altri.

## CONCLUSIONI

Così come emerso dalle testimonianze dei Medici intervistati, il cambio di prospettiva nella presa in carico del paziente psichiatrico e di conseguenza la necessità di pianificare e realizzare interventi complessi e multidisciplinari, necessitano l'acquisizione di nuove competenze da parte dei professionisti del settore. Da recenti analisi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è stato infatti evidenziato che la formazione del personale che opera in psichiatria spesso non è adeguata ai contesti di cura richiesti dai nuovi paradigmi. Si pone quindi per i Medici Psichiatri e per tutti i componenti dell'équipé multidisciplinare, la necessità di acquisire nuovi strumenti, nuovi valori e nuove attitudini, che siano fondati sulle più recenti acquisizioni scientifiche. È infatti necessario che nella presa in carico del paziente psichiatrico "si individuino più interventi - e quindi più relazioni terapeutiche - che nel loro intreccio definiscono un complesso progetto riabilitativo che sta - come principio teorico e articolazione metodologica - nel

chiedere al paziente che cerchi di vivere come tutti gli altri anche se egli non si sente come tutti gli altri, mantenendolo così fortemente ancorato alla "societas" (9).

*\*Referente Ufficio Formazione Casa di Cura del Policlinico di Milano.*

*\*\*Pedagogista, consulente e formatore nei e per i servizi di cura, collabora con l'Università Statale di Milano-Bicocca.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Barone R., Bruschetta S., Giunta S., *Gruppoanalisi e comunità terapeutica. Uno strumento di lavoro basato su supervisione, valutazione e ricerca.* Franco Angeli, Milano, 2010.
2. Emmelkamp P. M. G., Kamphuis J. H., *I disturbi di personalità.* Il Mulino, Milano, 2007, p. 3.
3. Gaston, A., Gaston, C. M., *Psichiatria e igiene mentale.* Masson, Milano, 2002, p. 98.
4. Galanti M. A., *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine.* Carocci, Roma, 2007.
5. Kanizsa S., *L'ascolto del malato: problemi di pedagogia relazionale in ospedale.* Guerini e Associati, Milano, 1988.
6. Frighi L., *La formazione e il ruolo dello psicoterapeuta nell'équipe di igiene mentale.* Psicoterapie, numero unico, Edizioni CISSPAT, Padova, 1981, pp.41-43.
7. Basetti O., *Educare assistendo.* Rosini Editrice, Firenze, 1994.
8. Carozza P., *La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi.* Franco Angeli, Milano 2003, p. 199.
9. Rabboni M., Caggio F., *Tranquille abitudini quotidiane.* Formazione Psichiatrica, XVIII, n. 2, aprile/giugno 1997, p. 409.

*Il presente lavoro è tratto, con relativa sintetica revisione, dalla tesi di laurea "LA FORMAZIONE CONTINUA IN PSICHIATRIA. Prima indagine sui bisogni formativi del personale del Dipartimento di Salute Mentale dell'A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo" di Annarita Marturano ai fini della laurea Magistrale in Scienze Pedagogiche, relatore Prof. Francesco Caggio.*

## Interventi precoci e terapie naturali nel disturbo bipolare

Porcellana Matteo\*, Morganti Carla\*,  
Saverino Florinda\*

Nonostante la ricerca sugli interventi precoci si sia concentrata soprattutto sull'esordio delle psicosi non affettive, i principi che guidano e sostengono l'etica del porre diagnosi e dell'intervenire tempestivamente per promuovere esiti più favorevoli si adatta perfettamente anche al disturbo bipolare (1).

Del resto, con una prevalenza *lifetime* del 1-6,5%, il disturbo bipolare risulta tra le prime dieci cause di disabilità nel mondo, a ragione della sua cronicità e dell'importante impatto sul funzionamento sociale e lavorativo del paziente. Inoltre è forse il disturbo psichiatrico a maggiore letalità, in particolare nella fascia d'età giovanile (25-34 anni) dove il rischio suicidario è del 18-19%; e pediatrica (20%), in cui sono maggiormente presenti aspetti di impulsività, deficit di giudizio, episodi misti e sintomi psicotici (2).

Nell'eziologia si annoverano fattori di rischio genetici (30% di rischio fra i parenti di primo grado); infantili (complicanze ostetriche alla nascita, traumi cranici prima dei 10 anni, nascita nei mesi invernali); biologici (anomalie nella regolazione dei ritmi circadiani) e psicologici (storia di abusi fisici o sessuali nell'infanzia o gravi eventi stressanti quali la morte di un genitore).

Proprio alla luce dell'elevata familiarità, i figli dei pazienti bipolari sono da considerare una popolazione ad alto rischio su cui attuare interventi preventivi e diversi High-Risk Studies sono stati condotti longitudinalmente, aiutando a definire meglio le fasi antecedenti la comparsa della sintomatologia conclamata.

L'esordio è spesso insidioso e nel 59-65% dei casi avviene in età infantile o adolescenziale, come evidenziato da studi retrospettivi. In queste fasce d'età, la mania è

spesso atipica, a caratteri misti, con prevalenza di disforia, irritabilità, disturbi della condotta o nel controllo degli impulsi (3).

Un esordio precoce (minore ai 19 anni) è associato ad un decorso più grave, con maggiore comorbilità con altri disturbi di asse I, abuso di sostanze, maggiori recidive (ricorrenze) e rischio suicidario. Particolare attenzione è stata posta alla comorbilità con il disturbo da deficit di attenzione con iperattività che ne precede l'esordio, associandosi a forme con maggior compromissione del neurosviluppo, soprattutto nelle coorti di figli di pazienti non rispondenti al litio (3).

Altri fattori predisponenti sono risultati il temperamento distimico, ciclotimico e ipertimico (ma non l'inibito ansioso o il fobico), come suggerito da Akiskal (4) e l'abuso di sostanze.

Infine, un aspetto che si osserva nella pratica clinica è la difficoltà di un inquadramento diagnostico precoce con un seguente ritardo nell'impostazione del trattamento farmacologico e psicosociale più opportuno ed una durata di malattia non trattata (DUI) media di 6-10 anni (5).

Tale latenza diagnostica è giustificata soprattutto dal fatto che l'esordio è prevalentemente a polarità depressiva, con un rapporto depressione / mania di 3/1 nel disturbo bipolare tipo I e di 47/1 (depressione / ipomania) nel disturbo bipolare tipo II. In questi casi, l'uso improprio degli antidepressivi può indurre un viraggio maniacale, spesso a carattere più disforico che euforico, e peggiorare l'andamento con una maggiore rapidità dei cicli e maggiore incidenza di stati misti.

### COME DEFINIRE UNA "FASE PRECOCE" DEL DISTURBO BIPOLARE?

Come sopra accennato, è ormai dimostrata e condivisa la forte associazione tra la durata di malattia non trattata (duration of untreated illness: DUI) e l'andamento negativo della patologia con l'evidenza di: maggior tasso di ospedalizzazione e recidiva, remissione parziale dei sintomi, ridotta compliance, maggior incidenza di suicidi,

abuso di sostanze ed anomalie comportamentali.

La mole di dati e ricerche condotte sulla DUI è stata più recentemente arricchita dagli studi di neuroimaging che mostrano, in tutta la sua drammaticità, l'azione neurotossica della patologia. In questo senso, gli stabilizzatori dell'umore e gli atipici sembrano avere un ruolo neuroprotettivo ed alcuni studi sottolineano come il litio stesso risulti meno efficace se iniziato tardivamente.

In sostanza, ridurre la DUI diventa lo scopo primario, il razionale per impostare un trattamento tempestivo e specifico.

Senza dimenticare gli altri assunti di base del trattamento precoce: i pazienti in questa fase rispondono tendenzialmente meglio ai trattamenti che dovrebbero essere i più benigni ed efficaci possibili.

Gli obiettivi saranno: prevenire o ritardare per quanto possibile l'insorgenza del disturbo, attenuandone l'intensità e trattandone la comorbilità.

Se l'esordio non è evitabile, il paziente sarà comunque già inserito in un programma di intervento, rendendo la situazione meno traumatica e ponendo le basi di una migliore alleanza terapeutica.

Nell'ottica del trattamento precoce, risulta necessario un modello teorico che consideri il decorso longitudinale del disturbo e l'impatto temporale dei diversi interventi ed eventi. In Australia, il gruppo di Patrick McGorry per primo ha proposto un modello di "stadiazione" per la psicosi, esteso in seguito anche ai disturbi affettivi (6).

Secondo gli autori il disturbo bipolare è una patologia ad andamento cronico ed invalidante per la quale, in analogia con quanto avviene nella pratica oncologica, è necessario introdurre il concetto di stadiazione (clinical staging), definita da un sistema di indicatori in cui markers endofenotipici sono integrati sul versante clinico. Questo richiede ovviamente un periodo di osservazione, monitoraggio e trattamento della eventuale comorbilità.

Stabilire lo "staging" (=stadio) della patologia permette di valutare il trattamento più idoneo anche se distinguere i diversi stadi del disturbo bipolare non sempre è agevole,

in particolare per quel che riguarda la fase prodromica, per sua natura proteiforme ed aspecifica, e che può precedere di anni l'esordio conclamato. Per questo motivo alcuni autori sostengono che il disturbo bipolare sia in realtà la meta comune a cui convergono differenti forme prodromiche, circondate da una variegata costellazione di fattori di rischio (1).

Senza dimenticare, in accordo con Correll et al. (7), i diversi fenotipi clinici che possono precedere la mania: disturbi dello spettro bipolare subsindromici (ciclotimia, disturbo bipolare non altrimenti specificato, disturbo dell'umore non altrimenti specificato), sintomi attenuati o sottosoglia, depressione unipolare, disturbi frequentemente in comorbilità con il disturbo bipolare (disturbi ansiosi, abuso di sostanze, disturbi di personalità cluster B, ADHD, disturbi della condotta).

È bene chiarire che in letteratura il termine "prodromi" viene utilizzato retrospettivamente per indicare la fase che precede l'insorgenza inequivocabile del disturbo. Può essere definito come un periodo in cui l'individuo sperimenta sintomi ed un disagio soggettivo che determinano una frattura con la sua precedente esperienza esistenziale e comportamentale.

La ricerca sui prodromi dei disturbi affettivi negli ultimi anni si è arricchita di evidenze sempre più estese per cui è possibile trovare in letteratura sia studi retrospettivi che prospettici, condotti con popolazioni di pazienti "a rischio", prevalentemente in setting di ricerca che già si occupano di intervento precoce per la psicosi.

Nel tentativo di definire i segni prodromici dell'onset di un episodio affettivo, diversi autori hanno ipotizzato che i prodromi di ricaduta (più agevoli da identificare) possano coincidere con quelli dell'esordio ed un recente studio multicentrico (8) ha confermato la maggiore durata media della fase prodromica pre-depressione rispetto alla fase pre-mania, individuando come sintomi precoci in entrambe le polarità la labilità emotiva ed i disturbi del ritmo sonno-veglia.

In sintesi, i sintomi che precedono un episodio

depressivo sono soprattutto: umore depresso, anergia, stanchezza ed isolamento sociale (8) mentre tra i sintomi caratterizzanti i 2-3 mesi precedenti la comparsa della mania vengono citati: fluttuazioni del timismo (depressione, perdita di speranza, ipomania), disturbi del sonno, irritabilità, accessi di rabbia, deficit del funzionamento, difficoltà di concentrazione, tachipsichismo, stanchezza o iperattività (9).

In una coorte di 400 pazienti in età infantile ed adolescenziale (5-17 anni) Findling et al. (10) hanno introdotto il concetto di “ciclotassia”, come condizione favorente l’esordio, caratterizzata da umore elevato, irritabilità e rapide fluttuazioni. Altri sintomi caratteristici sarebbero: disturbi del sonno, impulsività, comportamenti a rischio o pericolosi, disinibizione, ansia, rimuginazioni (Tabella 1). Tuttavia nessun sintomo può essere considerato patognomonico e la sensibilità e specificità di questi resta controversa e da indagare ulteriormente (11).

Inoltre, la maggioranza degli studi retrospettivi presenta

limitazioni metodologiche tra cui l’assenza di strumenti standardizzati che definiscano con precisione l’insorgenza, gravità e frequenza dei sintomi prodromici.

## COME INTERVENIRE ?

Se dunque i sintomi prodromici sono proteiformi e possono comparire anche molto prima del conclamarsi del disturbo, resta ad oggi problematico teorizzare un intervento specifico in questa fase (12). Si conferma invece l’obiettivo della prevenzione secondaria, ovvero della diagnosi precoce al momento del manifestarsi della sintomatologia, e l’adozione di un approccio “multimodale”, come indicato nella Tabella 2, per riconoscere i soggetti a maggior rischio e per trattare le diverse fasi con gli interventi più consoni, suggeriti dalle evidenze scientifiche disponibili. Presupposto teorico dell’utilità dell’intervento precoce è l’evidenza descritta in letteratura dell’assenza nelle prime fasi del disturbo bipolare di danni strutturali a livello del SNC, come invece evi-

Tabella 1 - Manifestazioni prodromiche dell’episodio maniaco

Autore	Sintomi affettivi	Ritmo sonno veglia	Comportamento o altro
Egeland et al.(23)	Oscillazioni dell’umore	Diminuito bisogno di sonno	Aggressività, irritabilità, disturbi della condotta, iperattività
Thompson et al.(24)	Oscillazioni dell’umore	Sonno disturbato	Tachipsichismo, iperattività, cambiamenti nelle sensopercezioni
Hirschfeld et al.(9)	Fluttuazioni dell’umore (Depressione, perdita di speranza, ipomania)	Insonnia	Irritabilità, accessi di rabbia, deficit del funzionamento, difficoltà di concentrazione, tachipsichismo, stanchezza o iperattività
Findling et al.(10)	“ciclotassia” (umore elevato con irritabilità e rapide fluttuazioni)	Diminuito bisogno di sonno	impulsività, comportamenti a rischio o pericolosi, disinibizione, ansia, rimuginazioni
Homish et al. (25)	Euforia		Irritabilità, difficoltà di concentrazione, tachipsichismo, iperattività
Zeschel et al. (8)	Labilità emotiva	Diminuito bisogno di sonno	Iperattività, tachipsichismo, agitazione, logorrea

**Tabella 2 - Fasi nello sviluppo del disturbo bipolare**

Fase 0	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Presenza di Fattori di Rischio riconosciuti	Manifestazioni cliniche prodromiche (spesso in età infantile)	Esordio Maniacale o ipomaniacale	Ricorrenze	Resistenza al trattamento
Familiarità primo grado	ADHD Dist.pervasivo dello sviluppo Abuso di sostanze	Diagnosi di disturbo bipolare tipo I o II	Comprende ricorrenze sottosoglia e forme a Cicli Rapidi	
Abusi fisici / sessuali Abuso di sostanze Farmaci "psicoattivi" Deficit di Omega 3	Depressione unipolare Ipomania Rabbia/irritabilità Ansia			
<b>Aspetti critici delle varie fasi</b>				
	Aspecificità dei sintomi Definizione spettro bipolare nel caso di primo episodio depressivo (Rating Scales specifiche)	Utilizzo scale di gravità (YMRS) Riconoscimento episodi ipomaniacali	Rischio di riduzione progressiva della durata delle fasi intercritiche	
<b>Trattamento</b>				
Omega 3?	Omega 3?	Omega 3?	Omega 3?	Trattamenti più aggressivi
Vitaminici?	Stabilizzanti	Stabilizzanti	Stabilizzanti	Combinazioni di più stabilizzanti
Indicazioni su stili di vita	AD con estrema cautela Ansiolitici?	Antipsicotici SGA	Antipsicotici SGA	Clozapina ECT?
Interventi psicosociali	Interventi psicosociali	Interventi psicosociali	Interventi psicosociali	

*Modificata da Mc Namara et al. (12; 13)*

denziato nel corso di schizofrenia. In sostanza, le lesioni si instaurerebbero nel tempo, soprattutto nei casi a cicli rapidi e frequenti ricorrenze, con seguente resistenza ai trattamenti. Questi dati sosterranno un andamento progressivo del disturbo bipolare nel corso degli anni, supportando ulteriormente il modello proposta di stadiazione del disturbo.

L'intervento precoce potrebbe dunque modificare l'andamento a lungo termine, determinando una maggior stabilità clinica fin dall'esordio, agendo un effetto "neuroprotettivo". Berk et al. (13) hanno dimostrato che intervenire nelle diverse fasi del disturbo bipolare ha un preciso impatto sull'efficacia dei trattamenti: i tassi di risposta negli episodi maniacali risultavano del 52-69% negli individui con 1-5 episodi precedenti e soltanto del

11-59% nei pazienti con più di 5 episodi.

Molta cautela va posta nell'uso di antidepressivi, per cui è opportuno sensibilizzare i clinici oltre che sulla definizione e miglior riconoscimento della fase prodromica, ad attuare un precoce riconoscimento della presenza nel paziente affetto da episodi depressivi di sintomi e caratteristiche dello spettro bipolare, avvalendosi di rating scales validate allo scopo. Diversi autori hanno descritto le differenze fenomenologiche tra depressione unipolare e bipolare citando alcuni aspetti distintivi di quest'ultima quali ipersonnia, iperfagia, pesantezza agli arti (catatonìa), sintomi psicotici, senso di colpa patologico, rallentamento psicomotorio, appiattimento affettivo, comparsa repentina dei sintomi, onset nel post-partum, stagionalità, labilità emotiva, irritabilità, sintomi mania-

**Tabella 3 - terapie farmacologiche nei prodromi**

Trattamento	Studio	Metodologia	Risultati
<b>Litio</b>	Geller et al. (3)	- RCT doppio cieco - 30 pz con diagnosi di DM, età media 10.7 +/- 1.2 anni, Fpos; trattati con Li vs PLA per 6 settimane	- Differenze non statisticamente significative
<b>Valproato</b>	Chang et al. (15)	- Osservazionale prospettico - 24 pz con diagnosi di DM, distimia o ADHD; sintomi affettivi moderati, età media 11.3 anni, Fpos; trattati con VPA (dose mesi 821 mg/d) per 12 settimane	- Miglioramento significativo della sintomatologia
<b>Valproato</b>	Findling et al. (10)	- RCT doppio cieco - 56 pz con diagnosi di DB NAS o ciclotimia, età media 10.7 +/- 3.1 anni, Fpos; trattati con VPA vs PLA seguiti in follow-up fino a 5 anni	- Differenze non statisticamente significative
<b>Quetiapina</b>	DelBello et al. (16)	- Osservazionale Prospettico - 20 pz con sintomi affettivi sottosoglia, età 12-18 anni, Fpos; trattati con QUE (dose 460 +/- 88 mg/d) per 12 settimane	- Miglioramento significativo della sintomatologia

DM = Depressione Maggiore; Fpos = familiarità positiva per disturbo bipolare; PLA = Placebo; Li = Litio; VPA = Valproato; QUE = Quetiapina; DB NAS = Disturbo Bipolare non altrimenti specificato

cali sottosoglia, e familiarità per disturbo bipolare (5).

Oltre alla sintomatologia, in ogni fase del disturbo andranno sempre considerate le variabili psicosociali, gli eventi stressanti e gli stili cognitivi mal adattivi. Sarà necessario favorire in ogni momento una partecipazione attiva del paziente, con tecniche psicoeducative (14) e/o psicoterapiche (psicoterapia cognitiva, interpersonale, familiare), volte a migliorarne il funzionamento sociale, aiutarlo ad accettare e capire la patologia, prevenendo e riducendo l'incidenza delle recidive e delle ricorrenze.

Stabilizzanti dell'umore e antipsicotici di seconda generazione sono i farmaci d'elezione nel disturbo bipolare ma, considerato il loro spettro di effetti collaterali, non sono indicati per un trattamento preventivo, ma soltanto nelle fasi acute e di mantenimento. Del resto, il loro utilizzo in fase prodromica è stato indagato solamente in 4 studi condotti su bambini ed adolescenti, come riassunto in *Tabella 3*, con risultati contrastanti. I due studi randomizzati in doppio cieco verso placebo (3; 10) non hanno evidenziato differenze statisticamente significative per la terapia,

rispettivamente, con Litio e Valproato, mentre le evidenze positive ottenute sempre per Valproato (15) e quetiapina (16) sono limitate dall'esiguità del campione (rispettivamente 24 e 27 pazienti) e dal disegno naturalistico degli studi.

In conclusione, nell'attualità non vi sono ancora dati definitivi a sostegno di specifiche strategie per il riconoscimento ed il trattamento delle fasi prodromiche nel disturbo bipolare che risultano proteiformi ed aspecifiche. Si suggerisce quindi l'utilità di un approccio "multimodale" per riconoscere i soggetti a maggior rischio e per trattare le diverse fasi con gli interventi più consoni, suggeriti dalle evidenze scientifiche disponibili.

Inoltre, si sensibilizzano i clinici ad essere consapevoli delle difficoltà diagnostiche per cui sembra vantaggioso avvalersi di rating scales validate.

Obiettivo prioritario resta quello di riuscire a trattare i disturbi dello spettro bipolare precocemente sia nell'adolescente sia nell'adulto riducendo i tempi della DUI, al fine di massimizzare i risultati terapeutici e migliorare la prognosi a lungo termine.

**Tabella 4 - terapie “naturali”**

<b>Trattamento</b>	<b>Studio</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Risultati</b>
<b>Omega 3</b>	Stoll et al. (21)	- RCT doppio cieco - 30 pz trattati con STZ ed aggiunta di EPA/DHA vs PLA per 16 settimane	- Miglioramento statisticamente significativo globale, dei sintomi depressivi e della durata di remissione - Non effetti sulla mania
	Keck et al. (26)	- RCT doppio cieco - 59 pz con depressione bipolare e 62 a cicli-rapidi trattati con STZ per 4 mesi con aggiunta di EPA 6 g/d vs PLA	- Differenze non statisticamente significative
	Frangou et al. (22)	- RCT doppio cieco - 75 pz con depressione bipolare trattati con STZ per 12 settimane con aggiunta di EPA 1 g/d vs EPA 2 g/d vs PLA	- Maggior miglioramento dei sintomi depressivi e della gravità con EPA - Non effetti sulla mania - Non differenze rispetto alle dosi
	Gracious et al. (27)	- RCT doppio cieco - 51 pz con età 6 – 17 anni trattati per 16 settimane con aggiunta di SLI vs PLA	- Differenze non statisticamente significative
<b>N-Acetil Cisteina (NAC)</b>	Berk et al. (28)	- RCT doppio cieco - 75 pz trattati con STZ ed aggiunta di NAC vs PLA per 24 settimane	- Miglioramento significativo dei sintomi depressivi a 20 settimane - Non effetti sulla mania
<b>Colina</b>	Brown et al. (29)	- RCT 12 settimane - 44 pz ambulatoriali con storia di mania o ipomania e dipendenza da cocaina trattati con STZ on aggiunta di COL vs PLA	- Miglioramento cognitivo e riduzione dell’uso di cocaina - non differenze significative rispetto alla sintomatologia affettiva
<b>Magnesio</b>	Giannini et al. (30)	- RCT doppio cieco - 20 pz pretrattati con Verapamil con aggiunta MG vs PLA per 18 settimane	- Miglioramento significativo della mania
<b>Acido folico</b>	Behzadi et al. (31)	- RCT 88 pz con mania acuta trattati con VPA con aggiunta di FOL vs PLA per 3 settimane	- Miglioramento statisticamente significativo a 3 settimane
<b>Inositolo</b>	Chengappa et al. (32)	- RCT doppio cieco - 24 pz con depressione bipolare trattati con STZ per 6 settimane con aggiunta di INO (12 g) vs PLA	- Maggior miglioramento globale e del 50% dei sintomi depressivi tra i pz trattati con inositolo
	Nierenberg et al. (33)	- RCT - 66 pz con depressione bipolare resistente trattati con: LAM vs INO + STZ vs RIS + STZ	- Percentuali di recovery: 23.8% vs 17.4% vs 4.6% - Differenza non statisticamente significativa
<b>Aminoacidi ramificati (AAR)</b>	Scarna et al. (34)	- RCT 25 pz con mania trattati con STZ con aggiunta di AAR vs PLA per 1 settimana	- Miglioramento statisticamente significativo della mania

STZ = Stabilizzante; EPA = acido eicosapentaenoico; DHA = acido docosaesaenoico; PLA = Placebo; SLI = Olio di semi di lino; COL = Colina; MG = Magnesio; FOL = Acido Folico; LAM = Lamotrigina; INO = Inositolo; RIS = Risperidone; Li = Litio; VPA = Acido Valproico.

## TERAPIE “NATURALI”

La cronicità del disturbo bipolare e la disabilità che esso comporta, con un alto tasso di recidiva nonostante la terapia farmacologica, inducono molti pazienti ad utilizzare trattamenti complementari o alternativi (complementary and alternative medicine = CAM) i

cui effetti farmacodinamici sono oggetto di crescente attenzione da parte della letteratura internazionale.

A partire dall’alimentazione, diversi studi hanno evidenziato l’importanza di una dieta ricca di sali minerali e vitamine, spesso carenti nelle abitudini alimentari dei pazienti bipolari. Eppure, la vitamina B6 è essenziale

nella conversione del triptofano a serotonina, così come ridotti livelli di folati e vitamine D e B12 sono risultati associati ad una maggiore incidenza di depressione. I composti naturali possono essere assunti in combinazione, fin dall'inizio della terapia farmacologica, oppure in augmentation con lo scopo di aumentarne l'efficacia riducendo gli effetti collaterali.

In *Tabella 4* sono riportati tutti gli studi randomizzati in doppio cieco, controllati con placebo e con una casistica di almeno 20 pazienti (17; 18).

L'azione dei vari composti è diversificata: la N-AcetilCisteina (NAC) è un antiossidante; la colina un elemento essenziale per l'integrità della membrana cellulare; il magnesio, secondo soltanto al potassio a livello intracellulare, regola i canali del calcio ed il livello d'attività dei recettori NMDA e del glutammato; l'inositolo è un componente del sistema dei secondi messaggeri intracellulari, mentre gli amminoacidi ramificati (AAR) risultano implicati nella sintesi della dopamina.

In particolare, in letteratura stanno aumentando le evidenze a favore dell'uso di integratori Omega 3, dotati di proprietà neurotrofiche e neuro protettive, oltre che di un vantaggioso ed indiscusso profilo di sicurezza e tollerabilità. E' bene ricordare che gli Omega 3 sono un tipo di acidi grassi polinsaturi presenti in natura in pesci come salmone e tonno, frutti di mare ed in alimenti vegetali come semi di lino e noci. I tre principali tipi di Omega 3 sono l'acido eicosapentaenoico (EPA), l'acido docosaesaenoico (DHA) e l'acido alfa-linolenico (ALA), quest'ultimo però privo di una funzione terapeutica diretta. In Italia, il SSN riconosce come "farmaco" esclusivamente gli esteri etilici di acidi grassi polinsaturi con un contenuto in EPA e DHA non inferiore all'85% ed in rapporto tra loro di 0.9-1.5. Le prime suggestioni sono derivate da studi epidemiologici condotti in diverse Nazioni che hanno evidenziato quanto diete alimentari con maggiori introiti di Omega 3 fossero associate ad una ridotta prevalenza di disturbo bipolare e depressione maggiore (19). Tuttavia resta ancora non chiaro

se il deficit di grassi polinsaturi Omega 3 descritto sia dovuto ad un ridotto apporto alimentare o sottenda un problema genetico. A livello biochimico, agirebbero come modulatori della trasduzione del segnale neuronale, con modalità simili a litio e valproato, regolando inoltre la fluidità delle membrane cellulari. Avrebbero inoltre un'azione anti-infiammatoria influenzando sul sistema delle citochine e di inibizione sul reuptake di serotonina e dopamina, attraverso la modulazione dei secondi messaggeri intracellulari (17). Nonostante i modelli sperimentali, ad oggi non vi sono dati certi di efficacia e dalle tre revisioni presenti in letteratura (17; 18; 20) emergono soltanto 2 studi randomizzati in doppio cieco, controllati con placebo che dimostrino un'efficacia clinica di EPA come adiuvante nel trattamento dei sintomi depressivi, ma non sulla mania (21; 22).

In conclusione, le evidenze in termini di efficacia clinica rispetto all'uso di composti naturali nel trattamento del disturbo bipolare sono ancora da considerarsi preliminari e parziali e sono riassumibili in un'azione adiuvante antidepressiva per omega 3, NAC, inositolo ed antimaniacale per magnesio, acido folico ed AAR.

*\*Dipartimento di Salute Mentale, AO Ospedale Niguarda  
Ca' Granda - Milano  
matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. Leopold K., Ritter P., Correll C.U., Marz C., Ozgurdal S., Juckel G., Bauer M., Pfennig, *A Risk constellation prior to the development of bipolar disorders. Rationale of a new risk assessment tool*, J Affect Disord. 136: 1000-1010, 2012.
2. Reeves-Maniscalco E., Hamrin V., *Assessment and diagnostic issues in pediatric bipolar disorder*, Arch Psychiatr Nurs. 22 (6): 344-355, 2008.
3. Geller B., Cooper T.B., Zimmerman B., Frazier J., Williams M., Heath J., Warner K., *Lithium for prepubertal depressed children with family history predictors of future bipolarity. A double blind, placebo-controlled study*, J Affect Disord. 51: 165-175, 1998.
4. Akiskal H.S., *Developmental pathways to bipolarity. Are juvenile onset depression pre-bipolar?* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 34: 754-763, 1995.
5. Berk M., Hallam K., Lucas N., Hašty M., McNeil C.A., Conus P., Kader L., McGorry P.D., *Early intervention in bipolar disorders. Opportunities and pitfalls*, M J Aust. 187 (7): 11-14, 2007.
6. McGorry P.D., Hickie I., Yung A.R., Pantelis C., Jackson H.J., *Clinical staging of psychiatric disorders. A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions*, Aust N Z J Psychiatry. 40: 616-622, 2006.
7. Correll C.U., Penzner J.B., Lencz T., Auther A., Smith C.W., Malhotra A.K., Kane J.M., Cornblatt B.A., *Early identification and high-risk strategies for bipolar disorder*, Bipolar Disord. 9 (4): 324-38, 2007.
8. Zeschel E., Correll C.U., Haussleiter I.S., Ozgurdal S., Leopold K., Pfennig A., Bechdolf A., Bauer M., Juckel G., *The bipolar disorder prodrome revisited. Is there a symptomatic pattern?* J Affect Disord. 151: 551-560, 2013.
9. Hirschfeld R.M.A., Lewis L., Vornik L.A., *Perceptions and impact of bipolar disorder. How far have we really come? Results of the National depressive and Manic Depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder*, J Clin Psychiatry. 64: 161-174, 2003.
10. Findling R.L., Frazier T.W., Youngstrom E.A., McNamara N.K., Stansbrey R.J., Gracious B.L., Reed M.D., Demeter C.A., Calabrese J.R., *Double blind, placebo-controlled study of divalproex monotherapy in the treatment of symptomatic youth at high risk for developing bipolar disorder*. J Clin Psychiatry, 68: 781-788, 2007.
11. Howes O.D., Lim S., Theologos G., Yung A.R., Goodwin G.M., McGuire P., *A comprehensive review and model of putative prodromal features of bipolar affective disorder*, Psychol Medicine. 41: 1557-1577, 2011.
12. McNamara R.K., Nandagopal J.J., Strakowski S.M., Del Bello M.P., *Preventive strategies for early-onset bipolar disorder. Toward a Clinical Staging model*, CNS Drugs. 24(12): 983-996, 2010.
13. Berk M., Brnabic A., Dodd S., Kelin K., Tohen M., Malhi G.S., Berk L., Conus P., McGorry P.D., *Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder?. Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention*, Bipolar Disord. 13: 87-98, 2011.
14. Colom F., Vieta E., *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*, Giovanni Fioriti Editore. Roma, 2006.
15. Chang K.D., Dienes K., Blasey C., Adleman N., Ketter T., Steiner H., *Divalproex monotherapy in the treatment of bipolar offspring with mood and behavioral disorders and at least mild affective symptoms*, J Clin Psychiatry. 64: 936-942, 2003.
16. DelBello M.P., Adler C.M., Whitsel R.M., Stanford K.E., Strakowski S.M., *A 12-week single blind trial of quetiapine for the treatment of mood symptoms in adolescents at high risk for developing bipolar I disorder*, J Clin Psychiatry. 68: 789-795, 2007.
17. Sarris J., Mischoulon D., Schweitzer I., *Adjunctive nutraceuticals with standard pharmacotherapies in bipolar disorder. A systematic review of clinical trials*, Bipolar Disord. 13: 454-465, 2011.
18. Sylvia L.G., Peters A.T., Deckersbach T., Nierenbeg A.A., *Nutrient-based therapies for bipolar disorder. A systematic review*, Psychother Psychosom. 82: 10-19, 2013.
19. Colangelo L.A., He K., Whooley M.A., Daviglius M.L., Liu K., *Higher dietary intake of long chain omega-3 polyunsaturated fatty acids is inversely associated with depressive symptoms in women*, Nutrition. 25: 1011-19, 2009.

20. Montgomery P., Richardson A.J., *Omega-3 fatty acid for bipolar disorder*, Cochrane Database of Systematic Reviews. CD005169, 2008.
21. Stoll AL., Severus W.E., Freeman M.P., Reuter S., Zboyan H.A., Diamond E., Cress K.K., Marangell L.B., *Omega-3 fatty acid in bipolar disorder. A preliminary double-blind placebo-controlled trial*, Arch Gen Psychiatry. 56: 407-412, 1999.
22. Frangou S., Lewis M., McCrone P., *Efficacy of ethyl-eicosapentaenoic acid in bipolar depression. Randomised double-blind placebo-controlled study*, Br J Psychiatry. 75(4-5): 315-21, 2006.
23. Egeland J.A., Hostetter A.M., Pauls D.L., Sussex J.N., *Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 68: 781-788, 2000.
24. Thompson K.N., Conus P.O., Ward J.L., Philips L.J., Koutsogiannis J., Leicester S., McGorry P.D., *The initial prodrome to bipolar affective disorder. Prospective case studies*, Journal of Affective Disorders. 77: 79-85, 2003.
25. Homish G.G., Marshall D., Dubovsky S.L., Leonard K., *Predictors of later bipolar disorder in patients with subthreshold symptoms*, J Affect Disord. 144: 129-133, 2013.
26. Keck P.E., Mintz J., McElroy S.L., Freeman M.P., Suppes T., Frye M.A., Altshuler L.L., Kupka R., Nolen W.A., Leverich G.S., Denicoff K.D., Grunze H., Rush A.J., *Post RM Double-blind, randomised, placebo-controlled trials of ethyl-eicosapentaenoate in the treatment of bipolar depression and rapid cycling bipolar disorder*, Biol Psychiatry. 60: 1020-22, 2006.
27. Gracious B.L., Chiriac M.C., Costescu S., Finucane T.L., Youngstrom E.A., Hibbeln J.R., *Randomised, placebo-controlled trial of flax oil in pediatric bipolar disorder*, Bipolar Disord. 12: 142-154, 2010.
28. Berk M., Copolov D.L., Dean O., Lu K., Jeavons S., Schapkaitz I., Anderson-Hunt M., Bush A.I., *N-acetyl cysteine for depressive symptoms in bipolar disorder – a double-blind randomized placebo-controlled trial*, Biolo Psychiatry. 64: 468-475, 2008.
29. Brown E.S., Gorman A.R., Hyman L.A., *A randomized, placebo-controlled trial of citicoline add-on therapy in outpatients with bipolar disorder and cocaine dependence*, J Clin Psychopharmacol. 27: 498-502, 2007.
30. Giannini A.J., Nakonecz A.M., Melemis S.M., Ventresco J., Condon M., *Magnesium oxide augmentation of verapamil maintenance therapy in mania*, Psychiatry Res. 93: 83-87, 2000.
31. Behzadi A.H., Omranil Z., Chalian M., Asadi S., Ghadiri M., *Folic acid efficacy as an alternative drug added to sodium valproate in the treatment of acute phase of mania in bipolar disorder. A double-blind, randomised, controlled trial*, Acta Psychiatr Scand. 120: 441-445, 2009.
32. Chengappa K.N., Levine J., Gershon S., Mallinger A.G., Hardan A., Vagnucci A., Pollock B., Luther J., Buttenfield J., Verfaillie S., Kupfer D.J., *Inositol as an add-on treatment for bipolar depression*, Bipolar Disord. 2: 47-55, 2000.
33. Nierenberg A.A., Ostacher M.J., Calabrese J.R., Ketter T.A., Marangell L.B., Miklowitz D.J., Miyara S., Bauer M.S., Thase S.E., Wisniewski S.R., Sachs G.S *Treatment resistant bipolar depression. A STEP-BD equipose randomized effectiveness trial of antidepressant augmentation with lamotrigine, inositol, or risperidone*, Am J Psychiatry. 163: 210-216, 2006.
34. Scarna A., Gijsman H.J., McTavish S.F., Harmer C.J., Cowen P.J., Goodwin G.M., *Effect of a branched-chain amino acid drink in mania*, Br J Psychiatry. 182: 210-213, 2003.

## La condotta tossicomantica da Freud ad oggi

Antonio La Mogle\*

### **Premessa:**

*In questo lavoro si parte da S. Freud per approdare a considerazioni teoriche più generali sulla condotta tossicomantica. Essa pur essendo notevolmente esposta alle condizioni storiche-circostanziali, si ritiene che la struttura narcisistica di personalità sia fattore di vulnerabilità e di predisposizione all'uso di sostanze stupefacenti o comunque di comportamenti di dipendenza. Ciò in quanto tali soggetti hanno una scarsa tolleranza alle frustrazioni e ai divieti. Il funzionamento interno è regolato dal principio del tutto e subito. E quindi anche quando il quadro clinico appare di tipo depressivo, in realtà spesso si tratta di scacco narcisistico. La personalità narcisistica ha bisogno di "masticare coca", non per sopportare meglio le fatiche del lavoro come le comunità Indio, ma per poter immaginare una vita vissuta alla grande, in cui le difficoltà sono bai-passate e il vuoto e la noia sembrano eclissanti.*

In una lettera a Martha del 21 aprile 1884 Freud accenna alle sue conoscenze sulle foglie di coca "che alcune tribù indio masticano per resistere alle privazioni e alla miseria". Egli sperimentò il prodotto su se stesso e rimase convinto della sua efficacia fortificante e stimolante.

La monografia "Sulla coca" viene pubblicata nel luglio del 1884 e Freud ne segnala gli effetti miracolosi non solo sullo psichismo e l'umore ma anche sul corpo: la coca fa cessare anche certi malesseri corporei come l'asma, i dolori allo stomaco e le affezioni bucco-faringeo (con applicazioni locali), ne segnala, inoltre, le proprietà afrodisiache.

Freud sperimentò la coca anche rispetto al malessere

del vivere: "In occasione della mia ultima grave crisi di depressione ho ripreso della coca e una piccola dose mi ha tirato su magnificamente" (Lettera a Martha del 2 giugno 1884, in E. Jones). Il suo entusiasmo è tale per la cocaina che ne suggerisce l'uso in psichiatria e contro l'intossicazione da morfina. Ben presto Freud si troverà messo sotto accusa dai detrattori della cocaina che ne sottolineano le proprietà tossiche e la definiscono come il terzo flagello dell'umanità, dopo la morfina e l'alcool.

Nell'articolo "Cocainomania e cocainofobia" del luglio 1887 (sempre riportato in E. Jones) continua a difendere le proprie posizioni, ma la difesa appare meno convinta e più cauta: denuncia che l'abuso è proprio delle persone di volontà debole che hanno bisogno di eccitanti.

Se egli progressivamente riuscirà a prendere le distanze dalla cocaina, non riuscirà mai a fare altrettanto dal tabacco: il sigaro gli terrà costantemente compagnia e sarà vissuto come il supporto necessario al buon funzionamento psichico e intellettuale. In qualche modo, dunque, è come se egli stesso dichiarasse la propria debolezza e il proprio bisogno di eccitanti.

In una lettera a Fliess del 12 febbraio 1929 scrive:

"Ho cominciato a fumare a 24 anni, dapprima sigarette, poi, molto presto, soltanto sigari; ancora oggi (a 72 anni e mezzo) continuo a fumare ed ho una grande ripugnanza a privarmi di tale piacere. Tra i trenta e i quaranta ho dovuto smettere di fumare per un anno e mezzo a causa di disturbi cardiaci causati forse dalla nicotina ma che erano probabilmente postumi di una influenza. In seguito sono rimasto fedele a questa abitudine o a questo vizio e penso che devo al sigaro un grande accrescimento della mia capacità di lavoro e una maggiore padronanza di me stesso. In questo il mio modello è stato mio padre che fu un grande fumatore fino all'età di 81 anni".

La responsabilità del suo vizio come la sua difficoltà a controllarlo sembrano spostati sul padre che gli fu da "modello".

Ciò che mi preme sottolineare è che Freud sembra mettere la padronanza di sé e dell'accrescimento delle

proprie capacità lavorative sul tabacco, cioè in qualcosa di materiale che proprio per questo si può trasformare in “tiranno” a cui egli è “asservito corpo e anima” (lettera a Fliess del 25 maggio 1895).

I riferimenti a Freud ci sono utili allo scopo di avvalorare la tesi, secondo la quale a correre il rischio della dipendenza non sono solo particolari individui affetti da significative sindrome psicopatologiche, o da soggetti affettivamente deprivati, o socialmente marginali.

La dipendenza (o tossicodipendenza) può colpire ovunque, anche in “alto”. Mi sembra condivisibile l’opinione di coloro che attribuiscono alle personalità narcisistiche una maggiore suscettibilità alle sostanze stupefacenti. Ciò per due ordini di fattori:

1. La personalità narcisistica non tollera la flessione d’umore e la depressione.
2. Essa non tollera la frustrazione e l’attesa.

La struttura narcisistica si collega all’organizzazione maniacale, che qualora non riesce si ricorre all’artificio tossicomano per conservare una facciata di grandiosità del proprio Io. Mi sembra, però, possibile fare la seguente distinzione tra cocainomani e eroinomani.

- a. I primi ricorrono alla sostanza eccitante per proiettarsi nel mondo alla grande: presentarsi sulla scena sociale sempre vincenti e potenti. Sono eroi che non conoscono sconfitte ed è necessario che non le conoscano mai. Essi, a differenza degli eroinomani, non si drogano per anestetizzarsi dalle difficoltà del mondo esterno, ma per poter scavalcare queste con la baldanza del vero eroe.
- b. I secondi, invece, ricorrono a una sostanza a forte carica sedativa per chiudere le proprie finestre al mondo e ritirarsi a “vita privata”.

Lo scopo è quello di anestetizzare il corpo e la mente per sentirsi come sospesi tra la realtà e la fantasia, o, come forse direbbe W.D. Winnicott, per collocarsi in una sorta di “*spazio intermedio*”. Questo rimanere “*sospesi tra la*

*realtà e la fantasia*” non coincide né con il derealismo psicotico, né tanto meno con il travaglio intrapsichico nevrotico marcato dalla colpa e dalla sofferenza. Esso, invece, coincide con un ritiro narcisistico degli investimenti affettivi dal mondo esterno al proprio sé. Tale ritiro per essere supportato e tutelato ha continuamente bisogno di sostanza anestetizzante. Cioè, di una sostanza capace di non fargli sentire le difficoltà presenti all’esterno.

Lo stesso Freud nel suo saggio del 1914 sul narcisismo spiegava il ritiro degli investimenti dal mondo esterno sul proprio Io come regressione alla condizione narcisistica primaria. Questo può verificarsi, in particolare, nei casi di malattia fisica o anche negli stati parafrenici. Comunque, nei casi in cui viene percepita una fragilità dell’organismo, oppure una vulnerabilità dell’Io nelle proprie funzioni di realtà. Alle tesi di Freud mi sembra possibile affiancare quelle da me sostenute secondo le quali nei soggetti tossicomani assistiamo ad una sorta di incrostazione al narcisismo primario. Cioè, il soggetto rimane saldamente ancorato al narcisismo infantile e quindi a una dimensione ipertrofica del proprio sé, senza che ci sia stata una esperienza di effettiva disillusione. È come se l’accesso al reale non si verificasse mai in tutta la sua interezza e complessità. Le cause di ciò sarebbero sostanzialmente riconducibili ad un sistema socio-familiare e socio-culturale che sempre più, negli ultimi quaranta anni, si è declinato in senso permissivo ed edonistico. Le stesse scienze pedagogiche ed educative hanno dato un particolare rilievo ad approcci non direttivi. Educare comporta necessariamente la somministrazione di frustrazioni, poiché implica privazioni, divieti, regole, e queste sono state internamente sentite dal mondo degli adulti come cose non buone nel promuovere la crescita del bambino o dell’allievo. Il fenomeno è dilagante e i primi ad esserne investiti sono proprio i genitori. Rita Parlani e Carlo Brutti suggeriscono il concetto di “*collasso educativo*”. Essi scrivono efficacemente:

Questa forma generalizzata di “collasso educativo” è espressa fenomenicamente dal disagio crescente che i genitori manife-

---

stano dinanzi al comportamento dei figli fin dalla più tenera età, dal disorientamento circa i criteri guida e di correzione da adottare rispetto ad essi, dalla difficoltà a modulare la loro dipendenza e l'autonomia, la comunicazione con essi quando sono adolescenti e il rispetto per il loro segreto.

Da tutto ciò deriva un disimpegno crescente, addirittura una resa e pertanto una dimissione dal ruolo genitoriale, spesso sofferta profondamente, ma il più delle volte occultata dietro un'attitudine giovanilistica ed un vuoto democratico. È in ragione di ciò che la famiglia cessa progressivamente di essere il principale punto di riferimento per i figli. Su di essi l'influenza dei mass-media e del gruppo dei pari è dominante e la strada e il bar (neppure più la scuola) diventano i luoghi dell'aggregazione e della socializzazione che veicola più incisivamente nuovi valori (o dis-valori) e stili di vita contraddittori rispetto a quelli della tradizione”(9).

Come si può comprendere, la lettura psicoanalitica da sola non ci appare soddisfacente a spiegare un fenomeno che ormai ha assunto rilevanza sociale e non solo privata. La dimensione inconscia, affettiva è continuamente confrontata e correlata ad altre variabili: sociale, culturale, familiare, economica, ecc.

A mio avviso ne deve risultare una lettura multifattoriale del fenomeno capace di intercettare l'attenzione non solo del clinico, ma anche di chi si occupa di problemi sociali e dell'educazione in generale. E anche, e perché no, di chi è alle prese con il difficile e paludoso mestiere di genitore.

La problematica narcisistica (che può anche declinarsi nella forma della condotta tossicomana) una volta che viene asportata da una dimensione intrapsichica e fantasmatica ed innestata funzionalmente a livello contestuale e storico, non è più una vicenda privata che al più può interessare il terapeuta o i familiari del soggetto, ma la collettività nel suo insieme. Ci rivolgiamo per tanto, all'intera società e non solo nella sua variabile educativa e valoriale, ma anche nella sua attrezzatura mass-mediale

e nell'uso che essa ne fa.

Quando Freud, nella lettera a Martha del 21 aprile 1884, fa riferimento a l'uso delle foglie di coca in alcune tribù indio, mette in evidenza che essi lo fanno “per resistere alle privazioni e alla miseria”, in qualche modo è come se egli affermasse che è il livello storico-circostanziale a costringere queste popolazioni a far ricorso alle foglie di coca. Presumibilmente se non ci fossero privazioni e miseria essi non farebbero uso delle foglie di coca. Freud, invece, ne fa uso perché è stato narcisisticamente iper investito dai suoi genitori, e soprattutto da suo padre che ha deposto su di lui forti aspettative che non può deludere. Egli, quindi, non può tollerare cedimenti e depressioni, poiché queste suonerebbero come tradimento al padre. Inoltre, sente, come ebreo, di avere una missione speciale d'assolvere che è quella di emergere gloriosamente nella Vienna aristocratica e cattolica dell'epoca Vittoriana. Rispetto a tali aspettative, si sente continuamente deficitario e soggetto a crolli depressivi, per evitarli fa ricorso dapprima alla coca e poi al sigaro dal quale non riuscirà mai a separarsi. Dunque sia le tribù indio, sia per Freud le decisioni comportamentali vengono prese a livello contestuale. Per Freud, però, non è una questione di sopravvivenza, come per gli indio, ma come mantenere accesa la fiaccola dell'investitura megalomane originariamente ricevuta. Per lui la questione è: come riuscire a sopravvivere alla grande. In tale destino di Freud, mi sembra possibile ravvisare il destino di tanti nostri giovani cresciuti nell'era dell'opulenza e del consumismo.

L'aspetto contestuale, quindi, ha un ruolo decisivo nella determinazione delle condotte umane. E il contesto è sempre e necessariamente costituito dalla coerenza di più fattori (interni ed esterni al soggetto) che sinergicamente coinvolti possono dar luogo a specifiche risposte da parte dell'individuo, le quali possono risultare adattate alla realtà oppure no. Per tanto, a mio avviso, è importante che anche lo psicopatologo riesca a tenere aperte diverse prospettive di lettura nella comprensione

del comportamento umano e che anche il sintomo, pur presentando apparenti collegamenti a cause specifiche, è di fatto quasi sempre “sovradeterminato” come riteneva lo stesso Freud; il quale in “Psicopatologia della vita quotidiana” (4) parla di sovradeterminazione in relazione all’origine delle malattie psichiche e psicosomatiche. E ancor prima W. Wundt, in merito ai disturbi del linguaggio, parla di convergenza di più motivi.

La scienza, di per se stessa, esige un’apertura mentale di cui non sempre ci dimostriamo all’altezza: spesso succede che ci facciamo influenzare eccessivamente da un’unica prospettiva di lettura patogenetica, finendo così col fornire un cattivo servizio sia al paziente che alla scienza. È una trappola in cui molti di noi finiscono quotidianamente e in cui è finito lo stesso Freud nella misura in cui ha cercato di costringere la psicogenesi dei disturbi mentali nel ristretto ambito della vita sessuale. L’idealizzazione della sessualità non gli ha consentito di dare il giusto rilievo ai molti altri fattori che concorrono nella formazione del sintomo; così, per noi, l’idealizzazione di fattori specifici, non ci consente una lettura integrata e di insieme dei disturbi psicopatologici.

La nostra tesi, seguendo l’osservatorio psicoanalitico, collega il fenomeno del moltiplicarsi delle personalità narcisistiche (quindi di soggetti tendenzialmente a rischio tossicomano) a una particolare cultura affettiva, quella materna, la quale renderebbe particolarmente difficile l’accesso al reale e l’assunzione di responsabilità. I nostri figli, in sostanza, sarebbero degli eterni “bambini” incapaci di assumersi le responsabilità, tollerare le frustrazioni e il principio di astinenza. Caratteristiche che assumono una forma conclamata nelle specifiche sindrome tossicomane.

La clinica ci spiega bene perché la personalità del soggetto abbia assunto una configurazione narcisistica e perché ai “valori materni” sia stata possibile la presa del “potere affettivo”. Mi sembra che le motivazioni possano essere così sintetizzate:

1. I grandi cambiamenti avvenuti nella relazione uomo-

donna. Infatti, nella nostra realtà socio-culturale, non solo esiste tra di essi una maggiore parità, ma spesso assistiamo ad una vera e propria inversione di ruoli. Ciò sarebbe all’origine della crisi del ruolo paterno.

2. Si è profondamente modificata la relazione genitori-figli: le differenze non sono più marcate come in passato e il rapporto tra di loro sembra più configurarsi come quello tra coetanei che non come tra genitori e figli.
3. Questo secondo punto ha comportato la perdita di credibilità dell’autorità genitoriale e ha reso difficile, perciò, la trasmissione dei valori sociali ed il senso del dovere.
4. La maggior ricchezza economica, entrata un po’ in tutte le famiglie con il secondo dopo guerra, ha fatto sentire come possibile il mantenimento “della onnipotenza infantile” e ha fatto credere ai genitori (agli adulti nel loro insieme) che fosse possibile offrire ai loro figli un futuro senza sacrifici e senza privazioni.
5. Da questo ne consegue una strutturazione narcisistica della personalità a identità debole e non capace di adattarsi alla realtà esterna. La vita per queste persone deve essere vissuta a 360 gradi e qualsiasi flessione depressiva è mal tollerata.

Tutto questo sappiamo che è tutt’altro che un fenomeno circoscritto e di interesse solo clinico, ma di una portata tale da interessare la società nel suo complesso. È un problema che per essere risolto è necessario che la società sia in grado di ripensare se stessa: nei propri valori (etici e morali), nei propri principi educativi, nella trasmissione alle nuove generazioni del senso del giusto e dell’ingiusto e inoltre nella trasmissione del senso del dovere. Questi intesi non tanto in senso moralistico, ma come principi universali che non solo regolano la convivenza tra gli uomini ma che rendono possibile l’accesso al reale e l’adattamento.

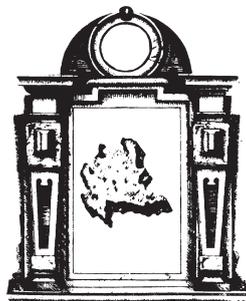
Prima di concludere vorrei riportare l’attenzione sull’importanza che ha anche l’aspetto psicoevolutivo

nell'esordio dell'esperienza tossicomana. È un fatto che essa appare nettamente connessa al periodo adolescenziale, marcato da evidenti trasformazioni psico-biologiche che catapultano il giovane nel mondo degli adulti, pertanto molto forte diventa in lui l'esigenza di dover fare ogni giorno qualcosa che testimoni il passaggio evolutivo: la droga può dunque configurarsi come rito di passaggio. Inoltre in questo periodo il soggetto incomincia a interrogarsi sul proprio destino nel mondo e sul fatto che comunque, prima o poi, dovrà separarsi dai propri genitori e perdere la loro tutela. Ciò preoccupa e la sostanza stupefacente può diventare un antidoto potente e accattivante, utile a bloccare il tempo o a riportarlo illusoriamente in dietro. C'è anche, però, qualcosa di diverso, connaturato biologicamente alla specie umana e peculiare della fase evolutiva adolescenziale: è la curiosità. Essa, in circostanze particolari, può spingere il ragazzo verso territori poco convenzionali, a volte francamente impervi e pericolosi, pertanto può spingerlo a "provare" questo "strano oggetto del desiderio". Magari nella convinzione che lui sarà più forte della droga e che quindi sarà un'esperienza passeggera da annotare nell'agenda degli atti eroici per sentirsi più vivi, per sentirsi più grandi e forti.

*\*Psicologo- psicoterapeuta, Sibari-Corigliano (CS)  
Via Santo Stefano n.44 Corigliano Calabro Scalo  
Tel. 3475016278*

## BIBLIOGRAFIA

1. Bergeret J., Fain M., Badelier M., *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*, Borla, Roma 1983.
2. Cancrini L., *Una tossicomania senza farmaci (prefazione a Doštoevskij, Il giocatore)*, U.P. Roma, 1996.
3. Cancrini L., *Quei temerari sulle macchine volanti*, Nis, Roma 1982.
4. Freud S., (1901), *Psicopatologia della vita quotidiana Bollati-Beringhieri*, Opere Vol. IV Torino 1989.
5. Jones E. (1953), *Vita e opere di Freud*, Il saggiaatore, Milano 1962.
6. La Moglie A., *L'adolescenza tra crescita e crisi*, Ed. La ginestra, Brescia 1994.
7. La Moglie A., *Ambiente e affetti nella dipendenza da gioco d'azzardo*, in "La Rassegna Italiana delle Tossicodipendenze", Foggia aprile 2005.
8. La Moglie A., *Le radici effettive dell'obesità*, in "Rivista Italiana Di Psicoterapia E Psicosomatica". Anno IV, n.3, Cremona, 1983.
9. Parlani, *Brutti*, in "Quaderni DI Psicoterapia Infantile". Marzo 1994, Borla, Roma.
10. Winnicott. D.W. (1958), *Dalla Psichiatria alla Psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1990.



# NOTE DAI CONVEGNI



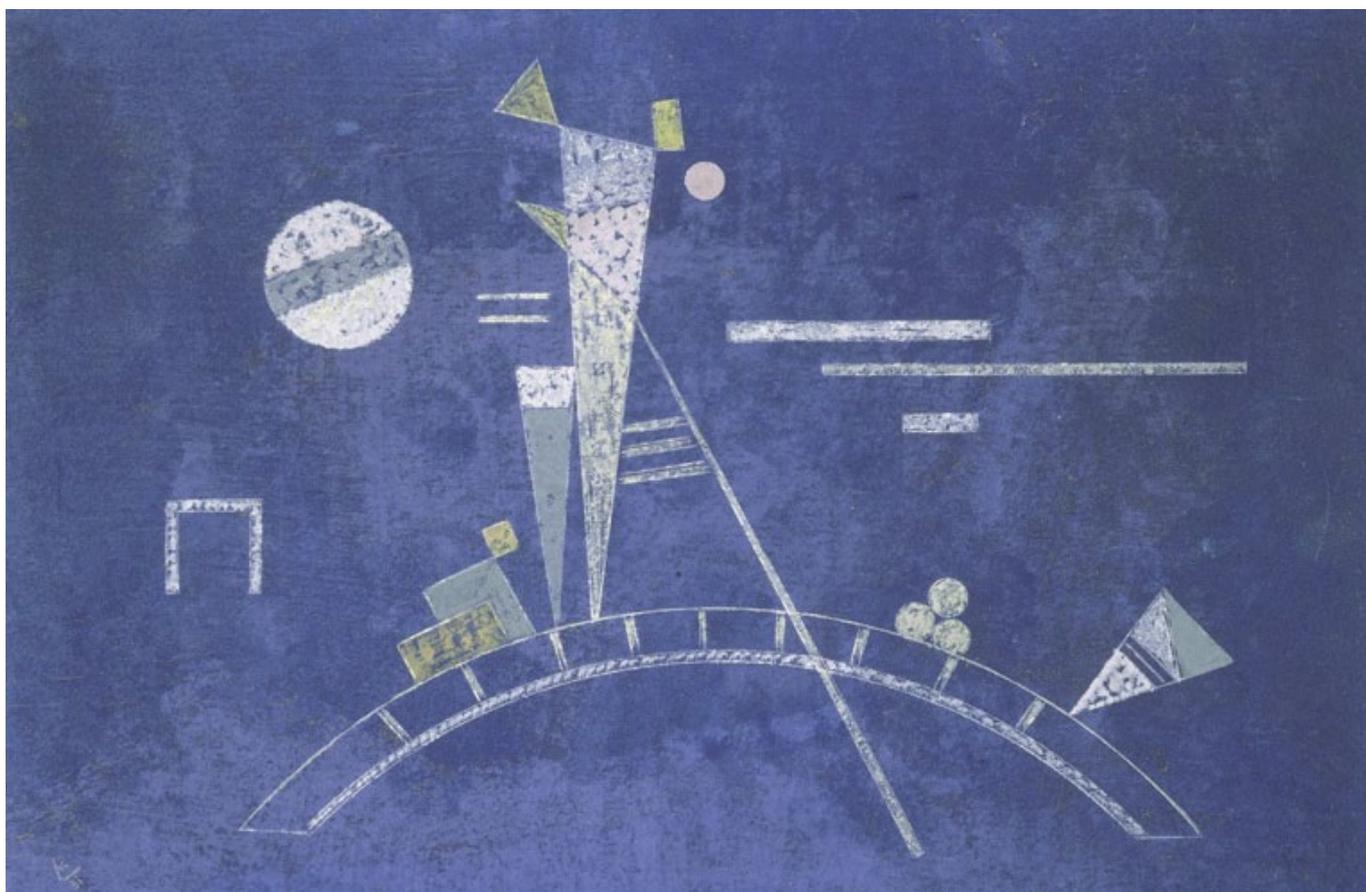
Coordinamento Nazionale  
SPDC

**Il futuro degli SPDC  
tra continuità e innovazione**

*VII Congresso del Coordinamento Nazionale degli SPDC*



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA



**Bergamo, 6-8 novembre 2014**

**SEDE**

Centro Congressi Giovanni XXIII

Viale Papa Giovanni XXIII, 106

24121 BERGAMO

Tel 035/236435

*[www.congresscenter.bg.it](http://www.congresscenter.bg.it)*

*Presidente Onorario Coordinamento**Nazionale SPDC*

Prof. Claudio Mencacci

*Presidente del Congresso*

Dr.ssa Emi Bondi

*Comitato Scientifico*

Dr.ssa Emi Bondi

Dr. Serafino De Giorgi

Dr. Moreno De Rossi

Dr. Giuseppe Ducci

Dr. Carlo Fraticelli

Dr. Massimo Rabboni

Dr. Marco Vaggi

Dr. Vincenzo Villari

*Segreteria Scientifica*

Dr.ssa Emi Bondi

Dr. Massimo Rabboni

A.O. Papa Giovanni XXIII (BG)

Tel. 035 26.73.816

*Segreteria Organizzativa*

Monte Reit Viaggi e Turismo

Dr.ssa Vera Fallini

Via Stelvio, 44

23017 Morbegno (SO)

Tel. 0342 61.46.25

Fax 0342 61.51.62

e-mail: [montereit@alice.it](mailto:montereit@alice.it)

*Provider ECM*

Centro Congressi Giovanni XXIII Srl

---

**PRESENTAZIONE**

---

Nati all'atto stesso dell' approvazione della legge di riforma psichiatrica come necessaria strutturazione di un polo ospedaliero della psichiatria, gli SPDC (unica struttura con denominazione univoca su tutto il territorio nazionale in quanto determinata dal testo di legge) si sono, nel corso di ormai più di trentacinque anni, profondamente evoluti e caratterizzati sul piano clinico e scientifico.

In quanto polo ospedaliero di un' organizzazione complessa, quale il Dipartimento di Salute Mentale, l' SPDC ha rappresentato il momento di raccordo e di incardinamento della psichiatria al servizio sanitario, consentendo ai pazienti di usufruire di tutte le risorse disponibili all' interno di questo; ha così fortemente contribuito a restituire all' intera psichiatria lo statuto clinico e scientifico che le compete all' interno della medicina; è divenuto il luogo di massimo sviluppo delle attività di approfondimento clinico e di ricerca che hanno caratterizzato l' evoluzione della psichiatria nell' ultimo

ventennio; è però anche divenuto il luogo del coagularsi e dell' esprimersi di tutte le contraddizioni e le criticità proprie del lavoro clinico e del doppio incardinamento della psichiatria al sanitario e al sociale.

Struttura dei DSM aperta e ricettiva ogni giorno dell' anno, l' SPDC è stato testimone della complessa evoluzione delle caratteristiche della domanda, come anche del case mix dei pazienti. Ha visto l' emergere oltre che dell' incremento della domanda, di una serie di nuovi bisogni, che hanno imposto a tutta la psichiatria una serie di riflessioni, in particolare sulla definizione dei propri confini e sull' opportunità di mantenere la preclusione, spesso affermata, nei confronti degli adolescenti, degli anziani, delle condizioni di ritardo mentale ...; preclusione di cui si assiste poi al crollo, proprio nelle condizioni di emergenza/urgenza proprie del lavoro in SPDC. Emerge quindi sempre di più la necessità di trovare nuove forme di collaborazione e integrazione con le altre discipline ospedaliere: pronto soccorso (protocolli condivisi sull' ur-

genza), la medicina interna, la neurologia (la gestione degli anziani e degli psicoorganici). Ma anche, negli ultimi anni, nuovi assetti organizzativi e strutturali (i nuovi modelli di organizzazione per intensità di cura).

Il congresso nazionale vuole essere uno spazio comune di incontro e di condivisione fra tutte le categorie di operatori che lavorano nei Servizi di Diagnosi e Cura: dai dirigenti psichiatri agli infermieri, ma anche di tutti gli altri professionisti che svolgono in SPDC parte significativa del loro lavoro come tecnici della riabilitazione, psicologi e assistenti sociali; per la costituzione e/o l'implementazione di un "linguaggio" condiviso sul piano nosografico, terapeutico, organizzativo, fra tutti i servizi che operano sul territorio nazionale, base fondamentale per la costituzione di "quelle buone pratiche cliniche" a cui troppo spesso si fa riferimento prescindendo da quello che è il patrimonio di pratica e conoscenza di chi lavora giornalmente negli SPDC.

Nel congresso si lavorerà per lo sviluppo concettuale dei seguenti argomenti:

1. il ruolo specifico degli SPDC all'interno dei DSM;
2. l'approfondimento scientifico dei temi di maggiore criticità ed attualità sul piano diagnostico e della pratica clinica
3. l'evoluzione dei modelli organizzativi come la costruzione del modello assistenziale per intensità di cura
4. l'evoluzione delle funzioni della psichiatria all'interno dei presidi ospedalieri
5. lo sviluppo di specifici percorsi di ricerca in ambito diagnostico, terapeutico e riabilitativo.
6. aspetti medico legali del ricovero dei minori
7. la sicurezza in reparto

## CALL FOR PAPERS

Il Congresso verrà articolato in sessioni plenarie, ed in numerose sessioni parallele, che avranno il compito di trasferire il sapere scientifico prodotto dalla letteratura internazionale e l'esperienza maturata nei "real word" in un "vocabolario" comune cui accedere e fare riferimento da parte di tutti i servizi.

Ai simposi ed alle tavole rotonde gli operatori dei servizi verranno invitati a portare la loro esperienza con la finalità, laddove sarà possibile, di arrivare a preparare delle linee guida e delle procedure il più possibile condivise e praticabili da diffondere in rete a tutti gli SPDC italiani.

Con lo stesso intento saranno anche previste sessioni poster, per la diffusione di idee e "buone pratiche"

Per questo, tutti i colleghi interessati a presentare i loro contributi sono fin d'ora invitati a prendere contatto con la Segreteria organizzativa, all'indirizzo mail [montereit@alice.it](mailto:montereit@alice.it).

**Tra i relatori interverranno:**

Prof. E. Aguglia - *Past President Società Italiana di Psichiatria - Professore Ordinario Università di Catania*  
 Prof. C.A. Altamura - *Professore Ordinario Policlinico Università di Milano*  
 Prof. M. Amore - *Direttore Clinica Psichiatrica Università di Genova*  
 Prof. M. Balestrieri - *Professore Ordinario Università di Udine*  
 Dr. M. Ballantini - *Direttore Dipartimento di Psichiatria A.O. Valtellina e Valchiavenna*  
 Dr. M. Bassi - *Direttore Psichiatria 2 A.O. Niguarda "Ca' Granda" Milano*  
 Prof. G. Biggio - *Professore Ordinario di Neuropsicofarmacologia Università di Cagliari Presidente SINPF*  
 Dr.ssa E. Bondi - *Direttore U.O. Psichiatria 1 A.O. "Papa Giovanni XXIII" di Bergamo*  
 Dr. S. Calò - *Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce*  
 Dr. G. Cerati - *Direttore D. S. M. A.O. di Legnano - Milano*  
 Dr. G. Cerveri *DSM A.O. Fatebenefratelli di Milano*  
 Prof. M. Clerici - *Professore Associato Università Milano Bicocca*  
 Dr. G. D'Aietti - *Magistrato - Presidente Tribunale di Sondrio*  
 Dr. S. De Giorgi - *Direttore Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce*  
 Dr. L. Degli Esposti - *Economista Sanitario CliCon Srl*  
 Prof. G. Di Sciascio - *Professore A.O.U. "Policlinico" Università di Bari*  
 Prof. A. Erfurth - *Professore Università di Vienna*  
 Prof. S. Ferracuti - *Professore Associato di Psicologia Clinica "Sapienza" Università di Roma*  
 Prof. L. Ferrannini - *Past President SIP - Consulente Agenzia Regionale Sanitaria Regione Liguria*  
 Prof. U. Fornari - *Neuropsichiatra e medico legale già Professore ordinario di Psicopatologia Forense Univ. Torino*  
 Dr. C. Fraticelli - *Direttore UO Psichiatria 8 A.O. "Sant'Anna" di Como*  
 Prof. A. Giannelli - *Primario Emerito di Psichiatria Ospedale Niguarda di Milano*  
 Prof. P. Girardi - *Professore Ordinario Sapienza Università di Roma - Direttore U.O.C. di Psichiatria, Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea" di Roma*  
 Prof.ssa L. Loretto - *Professore Università di Sassari - Presidente Società Italiana di Psichiatria Forense*  
 Prof. G. Maina - *Professore Associato Università degli Studi di Torino*  
 Avv. R. Mantovani - *Avvocato libero professionista*  
 Dr. C. Marcassoli - *Psichiatra e criminologo forense - Consulente tecnico del Tribunale di Sondrio*  
 Prof. M. Mauri - *Direttore UO Psichiatria Universitaria II AOUP - Università di Pisa*  
 Prof. C. Mencacci - *Presidente Società Italiana di Psichiatria - Direttore DSM A.O. Fatebenefratelli di Milano*  
 Prof. D. Micheletti - *Professore Associato Diritto Penale Università di Siena*  
 Prof. G. Nivoli - *Professore Ordinario Università di Sassari*  
 Dr. M.E. Percudani - *Direttore UOP 62 Bollate A.O. "G. Salvini" Garbagnate Milanese*  
 Prof. G.P. Perna - *Direttore Dip. Neuroscienze Clin. Casa di Cura Villa S.Benedetto Albese con Cassano-Como*  
 Prof. P. Pietrini - *Professore Ordinario di Psicologia Clinica Università di Pisa*  
 Dr. P.F. Piras - *Sostituto Procuratore della Repubblica Tribunale di Sassari*  
 Prof. M. Rabboni - *Direttore DSM A.O. "Papa Giovanni XXIII" di Bergamo*  
 Dr. M. Vaggi - *Direttore S.C. ASL n°3 "Genovese" - Genova*  
 Prof. C. Vampini - *DSM Verona - Professore a.c. Università di Udine*  
 Prof. A.Vita - *Professore Ordinario Università di Brescia*  
 Prof. V. Volterra - *Professore Emerito Università di Bologna*

2-4 OTTOBRE 2014  
**XI Congresso Nazionale SIRP**

**La riabilitazione Psicosociale Oggi**  
*Contesti e paradigmi in cambiamento*

*Sala delle Conferenze*

Fondazione EBRIS

Via De Renzi snc - Salerno

e

Grand Hotel Salerno

Lungomare Tafuri, 1 - Salerno

*Presidenti del Congresso*

Giulio Corrivetti, Antonio Vita

*Comitato Scientifico*

Consiglio Direttivo della SIRP

*Comitato Organizzativo*

Francesco Catapano, Giulio Corrivetti,

José Mannu, Rino Monteleone, Enrico Visani,

Umberto Volpe

*Comitato di programma*

Lorenzo Burti, Giulio Corrivetti, José Mannu,

Riccardo Sabatelli, Domenico Semisa, Caterina

Vigano, Enrico Visani, Antonio Vita

*Segreteria Organizzativa*

Consorzio ISMESS

Via Nicola AAversano, 31 - 84122 Salerno

Tel. 089 25.78.642

Fex 089 25.78.122

Mob. 345 133.56.68

Mail: [segreteria@ismess.it](mailto:segreteria@ismess.it)

**2 OTTOBRE 2014**

**Sala delle Conferenze - Fondazione ERBIS**

10:00 - 13:00

Corsi ECM pre-congressuali

13:30 - 14:30

Registrazione dei partecipanti

14:30 - 15:00

Saluti delle Autorità

15:00 - 15:15

Presentazione

15:15 - 15:30

**Introduzione ai lavori**

**SESSIONE I**

15:30 - 18:30

**La riabilitazione psicosociale oggi: contesti  
e paradigmi in cambiamento**

19:00 - 20:00

Cocktail di benvenuto

20:00

Concerto di musica classica a cura del Conservatorio

### 3 OTTOBRE 2014

Grand Hotel Salerno

#### SESSIONE I

09:00 - 11:00

**La riabilitazione psicosociale oggi  
tra organizzazione e cura**

11:00 - 12:00

Comunicazioni libere

12:00 - 13:30

#### **Simposio parallelo I**

La valutazione  
nella RPS:  
dal funzionamento  
personale e sociale  
all'ICF

12:00 - 13:30

#### **Simposio parallelo II**

Farmacoterapia,  
continuità della cura  
e riabilitazione

#### SESSIONE II

14:30 - 16:00

**Nuove sfide della riabilitazione psicosociale  
nelle diverse età della vita**

16:00 - 18:30

#### **Simposio parallelo I**

La RPS nelle doppie  
diagnosi, nei disturbi di  
personalità, nei disturbi  
del comportamento  
alimentare

16:00 - 18:30

#### **Simposio Parallelo II**

*a cura dell'associazione AIPP*  
La riabilitazione  
nelle psicosi

18:45

Assemblea dei soci SIRP e rinnovo delle cariche sociali

### 4 OTTOBRE 2014

Grand Hotel Salerno

#### SESSIONE III

09:00 - 11:00

**Luoghi, contesti e risorse della riabilitazione  
psicosociale**

11:00 - 11:30

Comunicazioni libere

11:30 - 13:00

#### **Simposio parallelo I**

La RPS e la presa  
in carico dei pazienti  
autori di reato

11:30 - 13:00

#### **Simposio parallelo II**

Gli operatori della RPS

13:00 - 13:30

Presentazione e premiazione Poster in plenaria

13:30 Chiusura dei lavori



# RIFLESSIONI

## Sul parlar da soli

*Canto del cigno di uno psichiatra  
in pensione*

**Si dice (vox populi): chi parla da solo è matto.**

Ma non è sempre vero. Fra l'altro, molti comportamenti diversi possono essere interpretati come un "parlar da soli", e in qualche modo gli assomigliano: leggere ad alta o a media voce, ripetere qualcosa per impararlo a memoria, parlare fra sé per mettere a punto un progetto o riassumere il da farsi, recitare una filastrocca o una favola, pregare... insomma, il comportamento va contestualizzato. Anche il cantare, al limite, è spesso un "cantar da soli", ma nessuno lo interpreta come segno di follia.

## LA LETTURA

Nell'antichità, la lettura era compiuta di solito a voce alta. Ancor più comune era ed è la lettura a voce bassa o media, ma comunque percepibile all'esterno. Le persone poco istruite non conoscono altra forma di lettura, ed i semi-analfabeti leggono lentamente a voce alta, "compitando".

Insomma, la lettura "solo mentale" è propria di chi è abituato a leggere tanto (e sono assai pochi).

## IL CANTO

Si può eseguire solo a voce alta, o eventualmente un poco attenuata. La musica "solo pensata" infatti è preclusa ai profani, mentre probabilmente è un esercizio abbastanza semplice per musicisti e cantanti di professione.

## LA PREGHIERA E L'ESTASI.

Spesso la preghiera è compiuta ad alta voce, sia in presenza di altri (ambito pubblico) che quando si è soli (ambito privato). Lo è sempre in situazioni rituali, oppure quando l'enfasi emotiva è grande, e la supplica sorge impetuosa, sotto la spinta di angoscia, speranza, disperazione.

Nell'estasi il contatto è diretto, concreto, coinvolgente: l'interlocutore invisibile si fa visibile, si rivela, agisce, qualche volta anche parla.

## I LINGUAGGI RITUALI

Tutte le forme rituali di linguaggio richiedono la voce alta: invocazione, benedizione, maledizione, profezia. E sembra che il linguaggio primitivo, nelle sue espressioni più arcaiche, avesse proprio questi contenuti. Così anche la proclamazione di leggi, decreti, giudizi.

## LE ESCLAMAZIONI.

Sono compiute per definizione a voce alta: si tratti di rabbia (la bestemmia di chi si pesta il dito col martello, l'imprecazione perché l'auto non parte), di ammirazione (il panorama che suscita il nostro stupore alla curva della strada, la facciata di una splendida chiesa all'ingresso di una piazza, la bellezza di una persona sconosciuta che ci colpisce), o di incredulità.

## IL PENSIERO.

Esso invece è tipicamente originato e custodito all'interno della mente. C'è anzi in noi di solito una gelosia per la sua protezione: nostra dev'essere la decisione di palesarlo, nostra la libertà di dividerlo.

Tuttavia, non è così raro che si pensi ad alta voce. Qualche volta lo si fa con altri, o alla presenza di altri, sicché il pensare è anche immediatamente un comunicare, magari accompagnato dalla formula di cautela: “guarda che sto pensando ad alta voce...è una pura ipotesi...è solo un’idea”, e così via.

Ma lo si fa a volte anche da soli, in alcune particolari circostanze: un compito intellettuale difficile da assolvere; un problema che ci appassiona o ci inquieta; uno stato di eccitamento intellettuale (anche se non si tratta necessariamente di mania o ipomania).

Talvolta poi i contenuti di questo parlare sono piuttosto descrittivi, narrativi o colloquiali, attinenti a fatti della vita quotidiana, a volte completati da considerazioni e giudizi. E già qui molti di noi potranno dissociarsi, altri convenire: “A me questo non succede mai...a me sì, qualche volta”.

Si può notare che il parlar da soli è tanto più frequente quanto più si è, appunto, soli: o per assenza materiale di altre persone in un certo ambito spaziale (il mare, la montagna, il deserto), o per isolamento forzato (la cella di un carcere, la stanza di un manicomio o altro luogo di isolamento), o anche volontario (la celletta della clausura conventuale, la casa in cui si vive soli senza ricevere nessuno); ma anche per una interiore e profonda solitudine pur se si vive in mezzo agli altri, come in certi disturbi mentali o in altre condizioni di sofferenza o isolamento (linguistico, ad esempio).

I personaggi che vengono alla mente sono perciò il viandante (come nella *Winterreise* di Mueller, musicata da Schubert), il marinaio (Ulisse per primo, e poi via via fino ad Achab di Melville, al Vecchio e il Mare di Hemingway), il viaggiatore nel deserto (Lawrence d’Arabia), i tanti carcerati della letteratura, i rinchiusi in manicomio per malattia o persecuzione politica, i frati e le suore di clausura con le loro frequenti rivelazioni ed estasi mistiche.

Poi ci sono i tanti malati mentali visti in lunghi anni

di lavoro; alcuni mi hanno lasciato un ricordo indelebile.

Infine, la novità dell’ultima ora. Oggi per strada, in metrò, ovunque, vediamo una quantità di gente che sembra parlar da sola, ma in realtà si rivolge a qualcuno, o risponde. Hanno un cellulare e un microfono, che però a volte non si vedono. Spesso mi sono chiesto se fossero dei matti, o almeno degli originali; poi ho visto il microfono. Però, anche questo è uno strano parlare: ci si rivolge ad uno solo, ma in modo tale che tutto il mondo ci sente: è una conseguenza non voluta, oppure prevista e desiderata? Tanto più che non di rado veniamo informati (fastidiosamente) dei loro litigi, problemi e casini di ogni genere. Una vera intrusione.

Ma costoro, che non possono mai star zitti, e devono essere costantemente “in contatto”, collegati con qualcuno (al cellulare, al p.c., e con le altre attuali diavolerie), sono poi così diversi da quelli che beatamente parlano da soli?

In fondo, anche questi ultimi, voglio dire gli autori dei soliloqui alla vecchia maniera, hanno bisogno di essere in qualche modo costantemente collegati; è questo almeno il loro desiderio.

### L’ORATORE

Penso al professore che parla dalla cattedra senza cercare alcun dialogo, al luminare che recita una “lectio magistralis”, al politico che tiene alla TV un discorso o una conferenza elettorale. Mi viene alla mente anche il discorso di fine d’anno del Presidente della Repubblica.

Son tutti modi di parlare senza sollecitare e ricevere risposte, senza interventi, senza contraddittorio immediato. Però in questi casi si parla a della gente, e si sa anche (più o meno) di che gente si tratta; la si vuole istruire, esortare o convincere. A volte anzi si anticipano le obiezioni, e vi si risponde.

Altre volte, invece, tutto questo diventa un parlarsi addosso, quasi un vaniloquio o una verbigerazione (termine squisitamente psichiatrico).

Il discorso può diventare impalpabile, tanto personale da essere difficile da condividere. Ricordo le riflessioni

dell'architetto-filosofo su "La polvere del tempo" da Fazio, a "Che tempo che fa". Erano raffinate, potevano anche essere stimolanti, ma...un po' solipsistiche. Sono durate poco.

Ricordo anche le conferenze di Eugenio Borgna. Alla fine quasi nessuno osava interloquire, nel silenzio ammirato, incombente e un po' gelido.

Mussolini invece pretendeva l'interazione, esigeva delle risposte, che dovevano essere precisamente quelle volute dal capo.

Mussolini: "Lo giurate voi?"

La folla: "Siiiiiiiiiii!"

### L'ANALISI

A volte può essere un monologo, specie quando si usa il lettino.

Sui silenzi dell'analista sono stati scritti libri e libri. La spiegazione data, per lo più, è che questo accade quando il paziente parla (anche troppo!) ma divaga, non entra in contatto.

Davide Lopez raccontava di addormentarsi, a volte, come forma di controtransfert, ed era convinto di far bene: era la risposta adeguata alle iterazioni noiose (afose, nel suo linguaggio) di certi pazienti.

Il silenzio prolungato dell'analista (anche quando non è accompagnato dal ronfare) è sicuramente frustrante per chi sta sul lettino, ma certo può essere uno stimolo a riflettere.

Il paziente potrà allora tacere a sua volta, ed entrare poi in una tensione maggiormente interattiva.

Son cose però che richiedono tempi lunghi: quei tempi lunghi che oggi, quando tutto dev'essere "fast", rendono l'analisi più rara e meno frequentata rispetto al secolo scorso.

### DIVERSI MODI DEL PARLAR DA SOLI

I protagonisti dei soliloqui più classici appartengono, come ho detto, a diverse categorie; ma trovo più interessante classificarli a seconda della modalità verbale

dei loro discorsi. Ho notato infatti che nel loro parlare può prevalere l'io, o il tu, o la terza persona (lui, lei o il plurale loro, così comune nelle paranoie).

### PARLO DI ME: MA CHI SONO IO?

Tutti noi parliamo spesso da soli in prima persona.

"Non ho mai visto una cosa simile!"

"Ma che cosa le ho fatto?"

"Lo ammazzerei!"

E fin qui, niente di strano.

Poi ci sono le auto-valutazioni, i giudizi:

"Sono un pidocchio, sì...nient'altro che un pidocchio"

*(Raskolnikov parla di sé, in: Doštojevskij, Delitto e castigo).*

E sempre lui, dopo il duplice omicidio, in uno stato oniroide:

"Meglio fuggire per sempre...lontano...in America, e infischiarne di loro! E prender la cambiale...là mi servirà..."

Loro credono che io sia malato! Non sanno nemmeno che io posso camminare, he-he-he!"

*(Parte II, Cap. III)*

Oppure le auto-descrizioni fantastiche, sogni di desiderio ad occhi aperti:

"Sono un capo-pattuglia delle SS...Sono biondo e fortissimo, nessuno mi può battere. Vado in giro col mio cane-lupo addestrato, e gli ordino di lanciarsi sui miei nemici..."

*(P.P. ricoverato in O.P. a Parabiago per schizofrenia).*

Un altro paziente con la stessa diagnosi andava su e giù per il reparto gridando:

"Io sono un bravo ragazzo...io non sono un pugnattaro!"

Cioè, non faccio a pugni.

"Sola...e abbandonata! Aiutata da nessuno, nessuno, nessuno..."

Parenti serpenti! E lui, il B. (nome del medico) mi curava con le fascette!"

*(Sfoghi gridati spesso ad alta voce da V.S., paziente di mezza età ricoverata in OP da molti anni).*

Parlare da soli in prima persona è, in fondo, poco più che riflettere, o fare delle considerazioni ad alta voce: dire “forte” il contenuto del pensiero, della coscienza, della volontà.

O anche, raccontare la propria vita verbalmente, invece che scrivere un diario; magari raccontandola non com'è, ma come si vorrebbe che fosse.

Sicuramente questo è facilitato da emozioni molto forti, oppure dal bisogno impellente di parlare di sé, di descriversi, di qualificarsi, perché si è stati a lungo isolati, o perché ci si sente malvisti e mal giudicati, o perché non si è ben sicuri della propria identità.

Lo stile può essere quello del diario, dell'autobiografia, dell'autoanalisi, o anche del sogno. Può emergere qualcosa di noi che prima era ignoto, ed ora d'improvviso diventa consapevole a noi stessi; oppure viene affermato (e in fondo svelato) qualcosa di segreto che solo gli altri ignoravano.

### TI PREGO, TI TEMO, TI MALEDICO.

L'interlocutore assente a cui ci si rivolge in seconda persona è qualcuno che ha su di noi un grande o immenso potere.

“Mamma, mamma, dove sei?”

*(Invocazione e domanda universale).*

“Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?”

*(Matteo, 27,46).*

“Kyrie elèison!” (Signore, abbi pietà)

*(dalla liturgia della Messa cattolica).*

“Perché dunque dall'utero mi hai fatto uscire? Sarei morto, né alcun occhio mi avrebbe visto”

*(Giobbe, 10,18).*

I profeti dell'Antico Testamento si rivolgevano a Dio senza pretendere risposte verbali dirette, diciamo che tenevano dei monologhi; la risposta desiderata e sperata era pratica, efficace, vitale: un intervento salvifico nel mondo da parete dell'Onnipotente.

“QuintilioVaro, rendimi le mie legioni!”

*(Augusto, citato da Svetonio, Vita dei Dodici Cesari, XXIII,7)*

Qui ci si rivolge al fantasma del morto, ricordandogli le sue colpe e le sue responsabilità.

“Non è vero, non è vero, dici solo bugie!”

*(risposta di una paziente ad una voce allucinatoria che l'accusava di essere una prostituta).*

L'esperienza coi malati psichiatrici gravi ci insegna che il parlar da soli in seconda persona è frequente, e di solito presuppone voci interne allucinatorie. Di solito “è stata la voce ad incominciare”, e il paziente le risponde. Noi però sentiamo solo una parte del dialogo, cioè le frasi del malato; e non è detto che egli ci racconti l'altra metà.

Queste voci accusatrici hanno spesso contenuti sessuali (prostituzione, impotenza, omosessualità), oppure accusano globalmente di “cattiveria”. In quest'ultimo caso le voci assomigliano a volte a quelle dei genitori: per questo si è parlato di un Super-io crudele e inflessibile.

La risposta del malato, a sua volta, può rinfacciare alla madre (o ad altri) di non averlo amato abbastanza, o di non averlo desiderato. E comunque, se poi devi trattarmi così, a che pro mi hai fatto nascere? (che è poi il discorso di Giobbe al Signore).

Un discorso particolare è quello del sosia. Qui si può pensare ad una scissione dell'io, di cui una parte fatica a riconoscere l'altra, e la tratta come estranea.

Nel “Sosia” di Dostojevskij il protagonista tratta il proprio doppio con un una sorta di cortesia sospettosa e gli dà del Lei, ma la sostanza è la stessa.

Nel “Doppelgänger” di Heine invece il tono è cupo e inquietante:

“Inorridisco nel vedere il volto: la luna mi mostra il mio stesso semblante!

Tu, sosia, pallido compagno: perché scimmio il mio partimento d'amore, che mi tormentò in questo luogo, tante notti in tempi passati?”

## PARLO DEL MIO IDOLO, O DEL MIO NEMICO.

“Quella è una strega, una strega...”

*(D.A., paziente psicotico, parla della madre fra sé e sé).*

“Credeva di esser la più bella...”

*(una paziente riflette su un'amica-nemica).*

“Li sento, sono qua fuori, vengono per uccidermi...Aiuto!”

*(paziente in delirium tremens).*

A volte non si tratta di un persecutore o di un nemico, ma di un personaggio oggetto di forte identificazione, o di un interesse intenso e insistente, o di una passione amorosa, di solito irrealistica e mai comunicata. I discorsi fantastici a volte costruiscono degli interi romanzi.

“Moana mi vuole...mi farà andare a casa sua...lei pensa sempre a me...ora le scrivo...”

*(Un paziente psicotico era perduto innamorado di Moana Pozzi, di cui ignorava o disconosceva la morte, e parlava di lei continuamente).*

In effetti, il personaggio di cui si parla in terza persona può essere oggetto di sentimenti diversi, spesso ambivalenti. Tuttavia, sembrano prevalere le accuse, le recriminazioni, il risentimento persecutorio.

In “Auto da fè” di E.Canetti, non è chiaro se i monologhi di Therese siano solo pensati o detti a voce alta, ma poco importa:

“Lui l'ha sposata per amore. Dov'è, adesso, l'amore? D'accordo, è un assassino, ma di parlare è capace. Serva, lei non se lo lascia dire da nessuno. Fa la governante da trentaquattro anni, e adesso, da quasi un anno ormai, è una rispettabile signora. Dica qualcosa! E presto! Altrimenti lei racconterà il mistero di quell'ora fra le sei e le sette!”

*(Parte seconda, Proprietà privata).*

Oltre a parlar dell'altro, qui si parla anche di sé in terza persona, in una specie di autoscopia, un vedersi dall'esterno.

“Riteneva di essere perseguitato e danneggiato da certe persone, che ricopriva di ingiurie. Tra queste spiccava Flechsig, il suo ex-curante, che egli chiamava “assassino di anime”. Era solito gridare ripetutamente: “Meschino Flechsig!”, mettendo una particolare enfasi sulla prima parola.”

*(S.Freud., Il caso di Schreber, storia clinica).*

Il discorso della paranoia parla tipicamente di “loro”. In questo modo, la persecuzione diventa avvolgente, ripetitiva, un'idra dalle molte teste.

“Pensavano che non mi accorgessi ...sì che sono entrati di nuovo in casa, hanno lasciato le impronte, hanno chiuso la porta della camera che era aperta...credevano di farmela!”

*(discorso ad alta voce e molto animato di un paziente, portato al CPS d'urgenza dai familiari).*

## CONCLUSIONI

Uno dei quesiti di fondo mi pare sia: il parlar da soli è un monologo, o un dialogo?

Uno psicoanalista forse risponderebbe: si tratta di un dialogo intrapsichico fra diverse parti dell'Io, una saggia e una stolta, una infantile e una adulta, una simbiotica e una emancipata.

Io penso più semplicemente che, nella maggior parte dei casi, sia un tentativo di superare l'isolamento.

Tentativo che a noi sembra fallito (nel caso dei malati), ma probabilmente non lo è, se permette al paziente di uscire, almeno in qualche misura, dalla solitudine.

I mistici d'altra parte riescono, in modo sovrumano ed a volte anche furibondo, ad entrare in contatto con quel Dio di cui hanno tanto bisogno, il cui silenzio non riescono a sopportare.

E tutti noi, comuni mortali, parlando da soli ci sentiamo meno soli, ci facciamo compagnia.

Milano, gennaio 2013

Gianfranco Pittini

*Riconosco al collega e amico Pittini una buona dose di pacata (a volte pungente) ironia e condivido molte delle cose che qui ha scritto, tra una apprezzabile conoscenza della semeiotica psicopatologica e una altrettanto apprezzabile cultura umanistica. Ma nel suo canto del cigno di uno psichiatra in pensione dissento da quanto scrive su Eugenio Borgna, a mio avviso il più importante psicopatologo-fenomenologo di cui possiamo vantarci in questo Paese così mal ridotto sul piano di un pensiero forte (non per niente i suoi editori si chiamano Feltrinelli e Einaudi).*

*Pittini dice che al termine delle conferenze di Borgna nessuno osa interloquire (evidentemente perché nessuno è all'altezza di farlo), nel silenzio ammirato, incombente e un po' gelido.*

*Per mia personale esperienza ho sempre sentito applausi assai calorosi e prolungati alla fine delle sue conferenze, cosa che succede di rado ascoltando cattedratici o uomini politici ai quali la correttezza semantica della lingua italiana è spesso sconosciuta.*

*A.G.*

## 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