PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXVIII • n. 1 • gennaio - giugno 2015 Rivista fondata e diretta da Alberto Giannelli *Semestrale*

SOMMARIO

AnnoXXVIII • n. 1 • gennaio - giugno

IN PRIMO PIANO

3 **Dalle delusioni della mente alle tecniche digitali**
di Giannelli A.

8 **Gli snodi critici della psicopatologia forense**
di Volterra V.

20 **Angelo Cocchi – in memoria**
di Erlicher A.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

22 **Il tempo nella malattia, nella cura e nella relazione**
di Bignamini S., Rabboni M.

32 **La predittività dei comportamenti dannosi in psichiatria**
di Spinogatti F.

49 **Gruppo sulla gestione dell'ansia**
Esperienza in un servizio di salute mentale
di Tedeschi I., Tricarico V., Cerveri G., Mencacci C.

54 **Giovani e salute mentale**
Un profilo sintetico di due Programmi innovativi (2012–2013)
di De Isabella G., Di Tucci A., Biffi G.

PSICHIATRIA FORENSE

62 **La posizione di garanzia dello psichiatra, le linee guida e la colpa professionale per malpractice**
di Mantovani R.

In copertina: *Head No.2*
Naum Gabo, 1916
Tate collection

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.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 -24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
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

Dalle delusioni della mente alle tecniche digitali

Alberto Giannelli

Basta che lei si metta a gridare in faccia a tutti la verità, nessuno ci crede e tutti la prenderanno per pazzo.
L. Pirandello, *Il berretto a sonagli*

PREMESSA

Parto dall'assunto che la mente c'è. Altrimenti non sarei qui a scriverne, nella veste di medico della mente o, se si preferisce, della *psiche* (due termini usati come sinonimi, anche se psiche evoca un contiguo concetto di anima e spirito della psicologia pre-scientifica). Non entro nel merito se la mente sia una monade a sé stante, o una relazione aperta al mondo o un ente che, superati questi dualismi, attenda nuove categorie ermeneutiche per svelare i suoi misteri, o vada identificata con il cervello. L'assunto, quindi, è che la mente, pur invisibile e impalpabile, c'è e si sostanzia in quello che privilegia l'uomo rispetto agli altri esseri viventi, vale a dire in essa dimorano il pensiero, la coscienza e l'autocoscienza che fanno della nostra personalità un ente unico e irripetibile, vissuto in un tempo e in uno spazio che il caso o una volontà imperscrutabile gli hanno assegnato. Ma la mente, fonte di ogni umana creatività, è capace anche di illudere l'uomo o di deluderlo. È su quest'ultima eventualità che intendo riflettere in questa sede, parlando di almeno quattro delle delusioni di cui la mente è stata capace nel corso della storia o è, ancora oggi, capace. E, alla fine, mi chiedo quale il suo prossimo destino nell'era delle tecniche digitali.

Qui considero la mente come *l'architrave ontologica della condizione umana*. Quando l'architrave crolla sotto il peso delle esperienze personali o delle determinanti genetiche o della casualità, *allora cessa la nostra presenza*. Ma al di qua di questa situazione estrema stanno *le fragilità della mente*: l'architrave vacilla senza crollare. Ed è in questi casi che *la mente ci delude perché ci pone al margine dell'assenza, ci fa correre il rischio della caduta dalla scena del mondo*. Ci delude perché non allerta le necessarie difese e non ci adatta con la dovuta tempestività alle nuove esigenze e conoscenze che il mondo ci propone e che, volenti o nolenti, dobbiamo accettare non per sopravvivere, ma per continuare a vivere.

LA PRIMA DELUSIONE

La mente mente, può mentire. Spesso lo fa intenzionalmente (come nelle false testimonianze), ora senza consapevolezza (come nei falsi ricordi). Ma lo fa. Sembra un gioco di parole, ma non lo è. Mente deriva dal latino *mens*, che a sua volta dà origine al verbo *mentior*, infinito *mentiri*. *Una assonanza, quella tra mente e menzogna, che è significativa, oltre che suggestiva* (Mancuso V., *La vita autentica*, R. Cortina, Milano, 2009). È una prerogativa dell'uomo quella di mentire. Gli animali, le piante, la realtà fisica non mentono. Forse anche gli animali hanno una mente: non dimentichiamo che il macaco reso ha il 98% del suo genoma analogo al nostro. Ma non ha un linguaggio articolato come lo abbuiamo noi. *Un'altra prerogativa* che ci distingue dagli animali *è quella di ridere*. Noi ridiamo, possiamo ridere, loro no. Anche se oggi abbiamo ben poco di cui ridere: forse più che di satira avremmo bisogno di

ironia. Ma questo è un altro discorso.

Se è vero, come è vero, che nella mente soggetto e oggetto si identificano, cioè la mente studia se stessa e su stessa riflette, quando smarrisce il controllo dell'oggetto della sua identificazione *ne deriva la perdita dell'autenticità della nostra presenza*, del nostro Da-sein. Noi siamo autentici nella misura in cui restiamo fedeli a noi stessi. Se inganniamo anziché difendere la verità, mettiamo a rischio la nostra stessa soggettività.

Ma che cosa è la verità? Durante il processo, Ponzio Pilato, governatore romano della Giudea, lo chiede a Gesù, ma Lui non risponde. Forse non ha il tempo di rispondere. O il governatore non vuole sentire la risposta. Dice *Giovanni nel suo Vangelo* (18,38): "Ma appena fatta la domanda Ponzio Pilato uscì di nuovo tra i giudei per dir loro: io non trovo in lui nessuna colpa". Su questo episodio e su quello che successe dopo, quando il governatore fu chiamato a Roma dall'imperatore Tiberio che voleva chiarimenti su come quel processo fosse veramente andato, c'è un bel saggio di André Gide, purtroppo oggi difficilmente reperibile.

Sempre a proposito di verità. Guardate questo splendido Caravaggio, dal titolo *La buona ventura*, dipinto a Roma sul finire degli anni 90 del cinquecento e che si trova ai Musei Capitolini. Di fronte a un quadro come questo, nel quale la veggente dal fascino esotico anziché leggere la mano del giovane, lo fissa negli occhi per ammaliarlo e intanto gli sfila la fede dall'anulare della mano destra, viene da chiedersi: chi è il più abile incantatore? La donna maliarda o il pittore che l'ha dipinta? E che dire del giovane che porta la fede all'anulare della mano destra anziché della sinistra? Qualcuno ha detto che, in fondo, l'infedeltà al vincolo matrimoniale del giovane caduto in tentazione viene punita con l'ingannevole furto. Meno maliziosamente si può pensare che Caravaggio riproduca la scena riflessa in uno specchio, come spesso faceva (D'Orazio C., *Caravaggio segreto*, Sperling&Kupfer, 2013).

Caravaggio, La buona ventura

Che cos'è, dunque la verità, dove sta? Domanda spesso senza risposta. Bauman richiama l'intuizione teorica di Lessing, pioniere dell'illuminismo tedesco, quando afferma che non può esserci una verità unica nel mondo umano, anzi non ne esiste nessuna e per questo il dialogo tra gli uomini sarà infinito e continuerà fin quando esisteranno uomini (Bauman Z. e Obirek S., *Conversazioni su Dio e sull'uomo*, Laterza, Bari, 2013).

A volte la mente tenta di smentire la realtà, nel tentativo illusorio di crearne un'altra: quando si vuole evadere da una realtà che ci è divenuta insopportabile, oppure quando tentiamo di evadere da un corpo malato tramite un delirio di negazione o, ancora, quando, per assumere il ruolo di malati, ci serviamo del corpo dando vita a disturbi fittizi con tutti i problemi che comportano di differenziazione dalla simulazione e da quelli isterici di conversione.

Ma la menzogna come evasione quasi sempre si rivela una trappola. Insomma, quando mente, *la mente delude perché ci impedisce di aderire al presente e di leggerlo, onestamente, per quello che è, e così facendo mette in crisi la nostra autenticità.*

LA SECONDA DELUSIONE

L'état c'est moi.
Luigi XIV

Mi chiedo se oggi siamo più felici di quanto avremmo potuto esserlo qualche secolo fa. Mi riferisco alle umiliazioni che negli ultimi secoli sono state inflitte all'ingenuo amore dell'umanità per se stessa. *Sono quattro queste umiliazioni*: la rivoluzione copernicana, l'evoluzionismo darwiniano, la rivelazione dell'inconscio e l'identificazione della mente con il cervello. *La mente ci ha deluso quando è stata demolita la visione antropocentrica*, quella per cui soltanto pochi decenni fa Sartre ancora sosteneva che l'uomo è al di sopra di tutto, è libertà assoluta, intervenendo così nel dibattito che andava da Agostino a Spinoza, passando per Erasmo, Lutero e Calvino, dibattito peraltro tutt'altro che concluso (Sartre P., *L'Etre et le néant*, Gallimard, Paris, 1943).

Prendiamo l'esempio del *cosmo*, la cui storia scientifica comincia ventisei secoli fa con un filosofo presocratico, Anassimandro, che è stato il primo cartografo. Dal geocentrismo tolemaico, siamo passati all'eliocentrismo copernicano, al galattocentrismo (i più potenti telescopi di cui oggi disponiamo riescono a vedere centinaia di miliardi di galassie), insomma dall'universo al multiverso: oggi si parla di innumerevoli universi e non si riesce più a considerare il cosmo come qualcosa di decorato e bello (*come imporrebbe l'etimologia della parola: medesima radice di cosmesi*). Lo pensiamo come un infinito senza centro, informe, per alcuni addirittura spaventoso. Ricordo che già Giordano Bruno sulla scia del *naturalismo rinascimentale* aveva previsto la presenza di molti universi e anche per questo la Chiesa, dopo sei anni di carcere, lo ha condannato al rogo, nel 1600 in Campo dei Fiori, a Roma.

Possiamo chiederci quale delusione più grande possa esserci di questa, per cui il pensiero scientifico, prodotto genuino della mente, da un lato ha *spostato l'uomo dal centro alla periferia rendendolo cosmicamente del tutto irrilevante*, e dall'altro sta *sminuendo di significato la distinzione tra intenzionalità e corporeità, in funzione del riduzionismo neuro-scientifico*. Più che deludente, la mente appare delusa nel suo plurisecolare, ma fallito sostegno alla megalomania dell'uomo, dell'homo sapiens sapiens.

E, ancora, quale delusione maggiore ci può essere di quella, ormai prossima, delle *tecniche digitali che soppianteranno molte delle funzioni oggi riservate alla mente?* A questo proposito segnalo che nel 2014 a Parigi alla XIII Conferenza su Agenti e Intelligenza Artificiale è stato mostrato che i militari americani traumatizzati in battaglia si aprivano molto di più con Ellie, una psicologa artificiale, come già raccontato in un film fantascientifico del 2013, che non con una psicologa in carne e ossa (Legrenzi P. e Umiltà C., *Perché abbiamo bisogno dell'anima*, il Mulino ed., Bologna, 2014). Peraltro, sempre a proposito delle tecniche digitali, ormai da molti anni *nell'ambito degli statuti della nosologia, dominante è quello numerico o digitale*, indispensabile per l'informatica e per il quale alla parola si sostituisce il numero. Con un rischio, però: quello di *reificare la diagnosi e di penalizzarne la dimensione linguistica e narrativa*.

LA TERZA DELUSIONE

La mente può ammalarsi (e questa è un'altra prerogativa dell'uomo: *nel regno animale non c'è la follia*). Qui per malattia intendo la *paranoia*. È una malattia altamente contagiosa, che da individuale si fa spesso collettiva, da quella di un singolo leader diventa quella del popolo, e Nietzsche l'aveva già detto. La paranoia ha fatto la storia del novecento, ma, anche se nessuno ne parla, continua a farla ai nostri giorni, rendendo incandescenti molte parti del mondo e dando vita a crimini inenarrabili, come quelli dei *bambini fatti diventare killer*, piccoli martiri espropriati della loro infanzia innocente dalla volontà omicida dei padri. Del resto, si sa che la follia ha fatto più morti delle epidemie di peste e massacrato e umiliato

più uomini che la stessa collera di Dio (L. Zoja: Paranoia, la follia che fa la storia, Bollati Boringhieri, Torino, 2011). Di quel Dio, in nome del quale si sono commessi e si commettono delitti incredibili, a prescindere da quale dei tre monoteismi abramitici si voglia chiamare in causa. Già la tragedia greca chiamava in causa le divinità: Apollo guida la freccia scoccata da Paride che uccide Achille trafiggendolo proprio al tallone destro, l'unica parte vulnerabile del suo corpo; la dea Athena sconvolge la mente di Aiace a cui sono negate le armi di Achille e ne fa il re della vergogna, come Edipo sarà quello della colpa. Ma si trattava di conflitti personalizzati, sublimati in versi di lirica grandezza.

La paranoia è una follia lucida e delirante, impermeabile alla critica, *non conosce il dubbio, è assiomatica e definitiva*, fino al sacrificio, non solo delle vittime quasi sempre incolpevoli, ma anche di coloro che si immolano in funzione di una ideologia che devasta una parte, ma non tutta la mente. La mente del paranoico resta in parte aderente alla realtà, *fa parte di un uomo spesso banale*, succube di ordini ai quali non sa o non può o non vuole disubbidire, *e proprio qui sta la delusione della mente, della sua parte rimasta pressoché inviolata*, perché non si mobilita, *non appresta difese adeguate, si piega alla cieca volontà del male*. E ne deve rispondere: *essere paranoici non significa necessariamente essere destituiti di responsabilità*. È ora che si parli anche di questo specifico problema e di come affrontarlo: la paranoia non è estranea a ciò che accade nel mondo, anche alle porte di casa nostra. Tenerne conto contribuirà a *capire come la laicità di questa società ancora fondata sull'illuminismo non riesca a conciliarsi con il proselitismo da qualsiasi religione provenga*. Per quanto utopico possa sembrare, *bisogna che mondi diversi tra loro si muovano alla ricerca di comuni orizzonti di senso*. Perché, come ha detto Bauman, il paradosso di questa umanità è proprio quello di essere condannata a un destino unico e al tempo stesso a una varietà di modi di vederlo e viverlo.

Anche la follia merita il suo applauso.
Alda Merini

Il mondo è stato fatto dai pazzi perché i saggi vi possano vivere.
Oscar Wilde

LA QUARTA DELUSIONE

La mente è come il teatro, e *il sogno è un teatro nel teatro della mente*, in cui possono mancare attori sulla scena e spettatori in platea. Ma l'autore siamo noi, e non ce ne accorgiamo se non quando da svegli ricordiamo il sogno o alcune tracce da lui lasciate nella nostra memoria. *I sogni sono i folli diversivi che ogni notte si concede la mente* — e qui il riferimento a Freud e a Schopenhauer è inevitabile —, una sorta di pausa nel fluire degli eventi con cui deve confrontarsi e da cui spesso difendersi. *La mente che sogna però ci delude quando, al risveglio, dei sogni non ci rimane nulla, nemmeno labili tracce del loro passaggio* che, sfuggendo alle regole del tempo, capovolge e confonde passato e presente, finzione e realtà. *In questi casi la mente ci delude perché non ci rende partecipi dei suoi diversivi, li tiene in segreto per sé*, e così facendo *ci impedisce di sondare i fondali della nostra esistenza*. E questo pone qualche difficoltà a chi esercita la psicoterapia. Sono tanti i motivi per cui i sogni non giungono nella stanza del terapeuta, per cui non prendono parte alla scena che in ogni seduta si rappresenta, ma

La vita e i sogni sono i fogli di uno stesso libro. Leggerli in ordine è vivere, sfogliarli a caso è sognare.
A. Schopenhauer

forse con regole e rituali che ai sogni sono indigesti, per non dire intollerabili.

Nel futuro la ricchezza non sarà più determinata dai "beni" ma dagli "strumenti", perché i beni si consumano mentre gli strumenti sono in grado di costruire nuovi beni.
G.W.F. Hegel, *Wissenschaft deLogik*, 1812–16

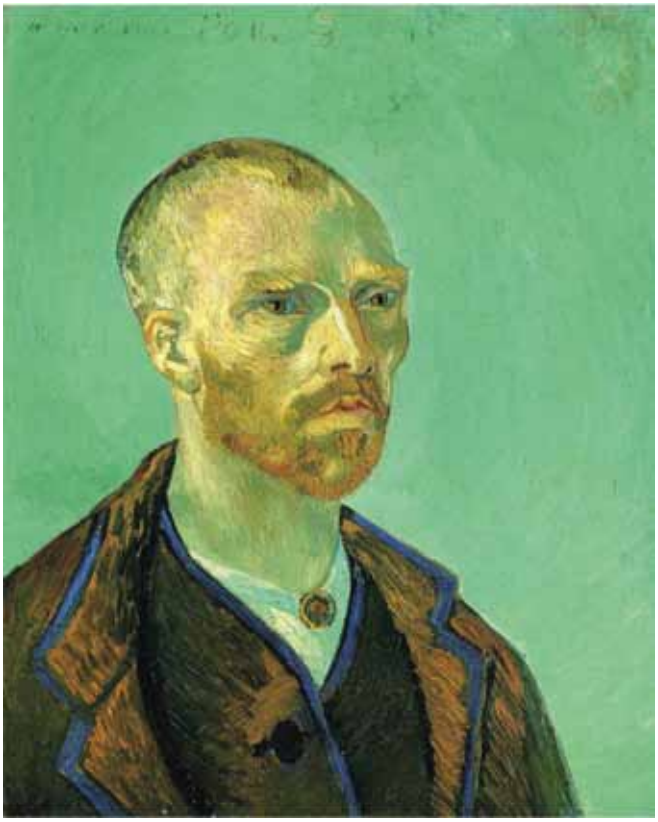
UN'ULTIMA RIFLESSIONE

Sono quelle appena citate alcune delle delusioni di cui è o è stata capace la mente, questa architrave ontologica della condizione umana, o, se si preferisce, questa centralina elettronica da cui dipendono i complessi ingranaggi che regolano la nostra esistenza. *Oggi viviamo nell'era della tecnica* che ha stretto un forte legame con la vita e che designa le forme di vita che ci è concesso di vivere. *Ma la tecnica è il prodotto dell'instancabile lavoro della mente umana. Il rischio, però, è che la mente deleghi troppe delle sue funzioni agli oggetti che pur essa stessa produce*, quegli oggetti che stanno cambiando le abitudini, il come e addirittura il senso stesso della nostra esistenza. *Il rischio è che la mente si consumi, si logori, proprio nelle opere che crea.*

A proposito di questo ultimo autoritratto di Van Gogh (dipinto ad Arles, in Provenza, nel 1888, poco prima che si scatenasse la grande crisi psicotica, alla vigilia di Natale e in coincidenza alla rottura del sodalizio umano e artistico con Gauguin), Jaspers, stupito dal volto asciutto e consunto dell'artista e dal suo sguardo *figé*, ha scritto che il *creatore finisce per consumarsi nell'opera*, nella stessa sua opera (cit. da Recalcati M., *Melanconia e creazione in Vincent Van Gogh*, Bollati Boringhieri, Torino, 2014).

Azzardo un'ipotesi dal tenore fantascientifico, ma nemmeno troppo: se domani la mente arrivasse addirittura a *cedere il suo posto a un robot,* sarebbe per noi l'ultima, la più grande delle sue delusioni, e ci costringerebbe a fare un impensabile, definitivo, balzo all'indietro.

Ma c'è una speranza: che dalla collaborazione tra neuroscienze, matematica e fisica (soprattutto quantistica) si arrivi a chiarire quali sono i veri rapporti che intercorrono tra mente e cervello e si possano riconoscere illusioni e delusioni non dell'una o dell'altro, bensì dell'intero sistema che rappresentano. La collaborazione tra questi tre filoni della ricerca contemporanea è di basilare importanza. *Ognuno di essi deve rinunciare all'ambiziosa pretesa di raggiungere da solo la verità*, quella scientifica naturalmente. Sarebbe un serio problema se per ognuno di loro valesse quel pezzo della bella canzone di Chesterton che dice: *"non mi importa dove va a finire l'acqua purché non vada a finire nel mio vino"*. Peggio ancora, nella botte dove si fa il mio vino.



Vincent Van gogh, Autoritratto (dedicato a Paul Gaugin), 1888

Gli snodi critici della psicopatologia forense

Vittorio Volterra (Bologna)

PREMESSA

Sebbene sia noto che il DSM è un manuale statistico-diagnostico, da non utilizzare in psichiatria forense, o come un testo di psicopatologia (come da introduzione), è però vero che la maggior parte dei Magistrati tiene sulla sua scrivania, oltre il codice, il DSM, che in genere conosce molto meglio di tanti psichiatri. Il DSM 5, concepito dopo un lungo travaglio, restando comunque un testo di riferimento, ha certamente sciolto alcuni snodi, ma ne ha lasciati alcuni invariati e ne ha creati parecchi altri non facilmente affrontabili e piuttosto critici. In primis, non si sa perché, l'abolizione dei cinque assi.

Vecchi snodi critici

- Le parafilie e le disforie di genere (anche se con qualche distinzione o precisazione) e le disfunzioni sessuali.
- Le sindromi schizoaffettive.
- Le disforie premestruali.
- Altre condizioni che possono essere degne di attenzione clinica, con il rischio, però, di una psichiatrizzazione dell'esistenza, tenuto conto delle eventualità relazionali.

Nuovi snodi critici

- I disordini di personalità e il loro modello alternativo.
- La formulazione culturale nella definizione di eventuali problemi psichiatrici, delle cause e del contesto in cui emergono, degli stressors, delle particolari modalità e del tipo d'intervista da attivare nel rapporto con i pazienti, delle possibilità di supporto a chi cerca aiuto e delle barriere che invece rendono difficile ogni intervento, dell'individuazione di ogni valida alternativa utile a superare disagi che incidono sulla vita psichica e fisica della persona.
- L'eccessiva formulazione degli "addictive disorders", con l'aggiunta del gioco d'azzardo patologico, ma non della dipendenza da internet (accennata in appendice per i giochi), o da cellulare.
- Lo spezzettamento dei disordini bipolari e delle depressioni.
- L'introduzione di un paragrafo sulle reazioni avverse da farmaci.
- La complicata estensione dei "trauma and stressor related-disorders".

Nodi critici sciolti

- La scomparsa della PAS, come sindrome.
- L'*assessment* di misure di gradazione sull'intensità dei sintomi e sulla disabilità.
- Le specificazioni dei disordini dello sviluppo e neurocognitivi.
- L'inclusione, come spectrum, della schizofrenia e dell'autismo.
- La ristretta definizione dei disordini della condotta e del discontrollo degli impulsi.

SNODI PROCESSUALI

Il periziando

- Può non avere un'infermità, non riconoscere di averla, o vuole invece che gli sia riconosciuta.

- Ha precise aspettative e scopi correlati al motivo che lo vede in causa.
- Può offrire scarsa collaborazione in un clima di sospetto e di difesa.
- Può svolgere l'esame (da lui non richiesto) con diffidenza, manipolazione, ostilità ed aggressività verso l'esaminatore.
- La relazione diadica esclusiva (e terapeutica) non ha mai luogo. L'esame (anche se audio o videoregistrato) può avvenire davanti a CTP e, talora, ad avvocati e Magistrati.

Simulazione e dissimulazione

- Per simulazione s'intende la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi, o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni.
- La dissimulazione consiste invece in una ostentata dichiarazione di sanità mentale da parte di una persona affetta da disturbi psicopatologici di vario tipo. Essa è finalizzata ad ottenere vantaggi di diverso genere (dimissione dall'ospedale; sospensione delle cure; rilascio del porto d'armi o della patente; ecc...)

Elementi sospetti di simulazione

I procedimenti legali, sia in ambito penale che civile, trovano i più aspri contenziosi nell'affrontamento di persone con disturbi dissociativi, somatoformi, fittizi, dismnesici (rievocazione tardiva o filtrata di ricordi, confabulazioni, autoinganni, ecc.), pseudodemenziali (insorgenza improvvisa dei sintomi, mancanza di riferimento ad una patologia organica, assenza di tentativi di comunicazione, reattività adeguata agli stimoli e all'ambiente, ostentazione di mutismo e sordità, ecc.), o con disturbi di personalità borderline o istrionica narcisistica, o con PTSD, soprattutto laddove possono entrare in gioco anche elementi simulatori atti a favorire risarcimenti, o sconti di pena.

Capacità ed attendibilità di testimonianze e denunce

- La testimonianza e la denuncia, anche quando prendono le mosse dalla percezione diretta di fatti agiti, subiti, visti, o sentiti raccontare è sempre il risultato dell'elaborazione di tale percezione, tanto meno precisa quanto più risalente ad un lontano passato. Esse subiscono inevitabilmente influenze affettive culturali ed ambientali che assumono un loro significato solo se rapportate al contesto del singolo individuo e alla sua struttura di personalità, normale o patologica che sia, o alla sua posizione nel contenzioso giudiziario.
- È comunque compito esclusivo del Magistrato sancire la verità processuale, tenuto conto che anche un malato di mente, come qualsiasi persona, può dire bugie o verità.

Vero e falso in psichiatria forense

- In alcune persone vi è l'impossibilità di distinguere chiaramente quanto appartenga alla realtà da quanto sia espressione fantasmatica di bisogni inconsci inappagati; quanto sia concretamente accaduto da quanto inconsciamente desiderato, o temuto.
- La distorsione della realtà, iniziata, forse, con un certo grado di consapevolezza, può permanere successivamente per impossibilità o incapacità del soggetto di ritirarsi dalla condizione realizzata.
- Nell'analisi dei complicati rapporti tra verità e bugia, tra sincerità e falsità,si devono distinguere:
- La menzogna, manifestazione cosciente e utilitaristica di un pensiero,o resoconto di fatti non rispondenti al vero, di cui il soggetto è perfettamente consapevole,
- La pseudomenzogna, inconsapevole e non strumentale tendenza a confondere fantasia con realtà, soggettivo con oggettivo,
- La mitomania, disposizione sistematica e non problematizzata alla menzogna, alla simulazione, o all'invenzione di fatti ed eventi,

- La pseudologia fantastica, sostituzione più o meno cosciente di una realtà interna od esterna insopportabile, con una fittizia autoingannante.
- La sincerità è raramente un requisito esplicito nelle relazioni interpersonali, per cui la verità non è un mondo subìto riconoscibile ed integrabile, ma un mondo da decifrare e da scoprire non come apparenza, ma come significato all'interno di ogni individuo.
- Binswanger, Sartre e Heidegger definiscono la situazione dell'uomo come essenzialmente inautentica, perennemente oscillante nella sua artificiosità.
- La verità umana non è assimilabile a quella scientifica, che non ha a che fare con l'altro e non s'indirizza a qualcuno. Essa è concepibile solo in una dialettica implicante il presupposto della sincerità.
- La verità non può quindi esprimersi che in condizioni di sincerità, mentre la sincerità può passare per la verità senza esserne corrispondente. La verità totale è comunque inafferrabile ed inquinata da molti fattori e, come significato della realtà, non è colta dall'uomo se non per quella parte che è contenuta nelle cose e nei rapporti sociali. Spesso accade, inoltre, che un individuo tenda ad apparire ciò che non è, o ad essere non come appare
- Minkowski ricorda che qualsiasi menzogna contiene una riserva di verità e ogni uomo teme di rivestire un ruolo senza significato per cui tende a costruire un immagine di sé conforme alla figura verosimile che vorrebbe incarnare e che gli può procurare vantaggi e, in seguito, convincersi e convincere gli altri del suo personaggio

Testimonianze e denunce di minori

- Particolare rilievo devono avere le valutazioni fatte da minori o soggetti con handicap psichico di tipo evolutivo in riferimento soprattutto alle accuse di abuso sessuale (falsa accusa; falsa negazione; accusa parziale; spostata; minimale; tendenziosa; omessa; ritardata; ritrattata; ecc.). Nei minori gioca un notevole peso l'accertamento di un eventuale immaturità del soggetto, aspetto di definizione complessa e controversa, concernente la sfera biologica, affettiva, intellettiva e sociale riguardante quindi non solo deficit organici maturativi, ma anche situazioni di carenza, deprivazione, disagio, conflitto, ecc., connesse a cause sociali di vario genere. Inoltre, nei minori, in modo particolare, devono essere chiaramente esplicitati in ambito peritale:
  1. i criteri di valutazione della credibiò lità clinica e dei processi sug gestivi;
  2. i modelli di accertamento della maturità;
  3. la validità e l'affidabilità degli indicatori d'abuso (Carta di Noto, aggiornata ; Documento della SINPIA; Carta di Civitanova Marche; Dichiarazione di consenso della CISMAI; ecc).

  Un minore può essere maturo e sincero, ma non attendibile. Il giudizio di attendibilità deve essere lasciato al Magistrato
- Varie raccomandazioni sono suggerite per l'accertamento della validità di una testimonianza, secondo metodologie confrontabili (Statement Validity Analysis; CBCA; Checklist di validità; Child Sexual Behavior Inventory; ecc. Ulteriori criteri di credibilità ed attendibilità ed indagini su aspetti contestuali e motivazionali sono utilizzati per individuare i falsi positivi.

ESAMI PSICODIAGNOSTICI

I test mentali in psichiatria forense

- La rassegna dei principali strumenti di valutazione dei disturbi psichici o di personalità è sempre ben lontana dall'essere completa. Il loro numero ed il loro uso sono così variamente articolati che é impossibile

tener conto di tutti. Ancora discussa e controversa è la loro applicazione in campo forense, non tanto in civile, quanto in ambito penale e criminologico, dove le ricerche dedicate sono molto scarse, settoriali e spesso aneddotiche.

- Tuttavia, oggi, nelle perizie, vi è spesso un impiego esagerato, quando non anche improprio, di test mentali, tra l'altro, per lo più non tarati per un'applicazione attendibile in questo campo. Molti non hanno neppure una validazione clinica uniforme e condivisa e frequentemente la loro lettura" è inficiata da terminologie azzardate rispecchianti più il "background" culturale dell'esaminatore, che le caratteristiche del soggetto esaminato.
- Esistono pochi riferimenti riguardanti l'ammissibilità in ambito forense dei test mentali, in particolare di quelli proiettivi .Inoltre vi è sempre un interesse specifico per ottenere un certo risultato in chi viene valutato, quando inserito in un procedimento civile o penale.
- Diverso è il peso di un test applicato con finalità cliniche al fine di migliorare diagnosi e terapia e quello che può favorire o proporre ad un Giudice un parere con cui viene ad emettere una sentenza. Molto più frequenti che in ambito clinico sono in criminologia i tentativi di simulazione o di dissimulazione.
- Per tali motivi gli esami psicodiagnostici devono essere impiegati con cautela nel forense, conoscendone i limiti, onde evitare grossolani e pericolosi errori di valutazione.

Test "numerici" e test proiettivi

- Le Interviste diagnostiche standardizzate e le Scale di valutazione della psicopatologia globale, o di particolari sintomi clinici, o sul funzionamento intellettivo, purché eterosomministrate e non in forma ridotta, consentono di raccogliere informazioni discretamente attendibili se un programma computerizzato gestisce i dati raccolti, svela tentativi di simulazione e formula i risultati in termini numerici, relativi anche a tipo e gravità di eventuali disturbi clinici o di personalità.
- In campo criminologico, la misura di un disturbo di personalità ritenuta più valida è quella fornita dalla Psychopathy Checklist (PCL) di Hare, rivista da Cerretti.
- I test proiettivi possono esser suddivisi in tre gruppi in base a metodi:
  1. costitutivi-associativi, in cui il soggetto deve dare struttura ad un materiale poco comprensibile (Rorschach);
  2. tematici, in cui il soggetto, partendo da un materiale predefinito dotato di senso, deve creare strutture più ampie (TAT, Favole di Duss, ecc.);
  3. espressivi, per cui il soggetto deve produrre o costruire disegni o forme.

  I test tematici ed espressivi sono da considerare poco attendibili per valutazioni criminologiche (Ferracuti).

- Secondo l'Helbrund Standard, 1992, il test, inambito forense, deve:
  - essere commercialmente disponibile, documentato da un manuale e periodicamente revisionato da esperti;
  - avere un'affidabilità con un coefficiente almeno di 0,80;
  - essere di apporto rilevante per l'affrontamento di un problema legale, o per i costrutti psicologici sottostanti;
  - avere un metodo standard di somministrazione;
  - essere applicabile alla popolazione e agli scopi per i quali è abitualmente usato e ai dati attuariali;
  - possedere un metodo di valutazione all'interno del contesto e dello stile di risposta individuale.

- Secondo il Daubert Standard (1993):

- Le tecniche e le teorie utilizzate dall'esperto forense devono essere costituite da conoscenza scientifica sottoponibile a prova e, quindi, a falsificazione.
- La teoria e la tecnica dell'esperto forense devono aver superato la revisione di pari con pubblicazioni scientifiche.
- Deve essere chiaramente evidenziato il potenziale d'errore.
- La teoria e la tecnica devono essere generalmente accettate nella cultura di appartenenza.

- Per quanto riguarda la valutazione cognitiva, le Progressive Matrici di Raven misurano l'intelligenza non verbale durante tutto l'arco dello sviluppo intellettivo, dall'infanzia alla maturità, indipendentemente dal substrato culturale, e costituiscono uno degli strumenti più validi per la misurazione dell'intelligenza "fluida" e richiedono di analizzare, costruire ed integrare tra loro una serie di concetti in modo diretto, senza ricorrere a sottoscale o sommatorie di fattori secondari, come accade per la WAIS III-R, molto utilizzata per accertare il Q.I. od eventuali deterioramenti da danni cerebrali, ma con limiti di esattezza e di possibile manipolazione da parte dell'esaminato. Il livello di funzionamento cognitivo generale rende accettabili, o meno, i risultati di una successiva valutazione neuropsicologica.
- Secondo Lally, in riferimento all'uso dei disegni in ambito forense, in base alle sette linee guida proposte da Heilbrun, questi metodi possono avere un posto nella clinica, in particolare nella valutazione di minori, ma non si possono ritenere "spendibili" in un'aula di Tribunale. Anche per soggetti analfabeti, o di culture diverse, i disegni non costituiscono validi indicatori di personalità o di categorie diagnostiche (Groth-Marnat).
- I test sono sempre e comunque degli strumenti che di per sé non sono né buoni, né cattivi; buono o cattivo può essere solo l'uso che se ne fa.Il giudizio di un esaminatore, che sia espresso con parole o con numeri non cambia. Se è basato su informazioni scorrette o se il testista non ha un'esperienza adeguata, il giudizio non avrà valore. Le ulteriori analisi possono impressionare soltanto coloro che non comprendono o non vogliono comprendere queste cose. (M: Hamilton).

CONTRIBUTO DELLE NEUROSCIENZE

Le neuroscienze comprendono discipline volte a studiare come il cervello renda possibili i fenomeni mentali ed i comportamenti umani. La conoscenza sempre più approfondita dei meccanismi neurobiologici e della genetica alla base delle condotte normali, patologiche e criminali tende a cambiare profondamente il rapporto tra neuroscienze ed ermeneutica giuridica in alcuni settori applicativi (imputabilità, danno alla persona, testimonianza, capacità, competenza, attendibilità, possibilità e limiti d'autodeterminazione, pericolosità sociale,ecc.). L'apporto delle neuroscienze alla criminologia può quindi conferire valore probatorio, probabilistico, o indiziario di predisposizione e vulnerabilità a comportamenti dissociali.

Acquisizione della prova scientifica nell'indagine psichiatrico-forense

- Rilevanza dell'idoneità della prova da valutarsi secondo i criteri dell'art. 190 c.p.p.
- Il Giudice deve esprimersi sul metodo proposto e sulla forza persuasiva del suo esito per la ricostruzione del fatto e la valutazione dell'indagato.
- Le parti hanno diritto alla prova, assicurando il contraddittorio degli esperti sull'esame.
- Il Giudice è tenuto a disporre la perizia nei casi previsti dall'art. 220, comma 1 c.p.p.
- È necessario garantire la specifica competenza del perito che dovrebbe essere, se possibile, certificata.
- La prova scientifica non può prescindere da argo-

mentazioni razionali e da concatenazioni logiche, atte a corroborare un'ipotesi, se possibile, oltre ogni ragionevole dubbio.
- La rilevanza probatoria di una prova è data dal consenso della comunità scientifica di riferimento.
- Le argomentazioni controfattuali, acquisite con strumenti rigorosi, hanno un ruolo importante nel riconoscimento delle relazioni causali e nell'eliminazione delle correlazioni spurie.
- È auspicabile che i risultati scientifici condivisi della ricerca internazionale vengano sempre più recepiti in campo psichiatrico-forense.

Le neuroscienze possono portare un contributo decisivo nei seguenti casi:
- Epilessia temporale
- Abuso di alcol o di droghe
- Stati crepuscolari
- Atti auto ed eterolesivi post partum
- Stati confusionali di varia origine
- Traumi cranici commotivi
- Agiti ipnici
- Amnesie postomicidarie od elettive
- Simulazione o dissimulazione
- Attendibilità di denunce e testimonianze.

Principali test diagnostici
- Neuroimaging microstrutturale e morfometrica (Voxed-Based-Morphometry VBM; fMRI);
- Tests di simulazione (MMPI-2; Tomm; Sims);
- Potenziali evocati; riflesso psico-galvanico;
- Tecniche poligrafiche di "lie detection";
- Narcoanalisi; Weckanalysis;
- Indagini genetiche e sui polimorfismi genetici gnificativi;
- Indagini biochimiche, farmacologiche e tossicologiche;
- Studio dell'attivazione dei neuroni specchio.

PRESENTAZIONE DI ALCUNI QUADRI CLINICI PROBLEMATICI

Si vogliono ora presentare alcuni casi discutibili nei quali, al di là di ogni accertamento peritale, è comunque compito di esclusiva pertinenza del Magistrato sancire la verità processuale, tenuto conto che anche un malato di mente, come qualsiasi persona, può dire bugie o verità, presentare o accusare disturbi sinceramente o simularli, tenendo conto che in certi casi la simulazione di malattia mentale può essere considerata,qualche volta, una malattia mentale sui generis.

L'epilessia

G. Luciano, di anni 36, idraulico, si trova in auto fermo, in una lunghissima fila di macchine. Ad un certo punto fa partire improvvisamente l'auto e, saltato a destra su u marciapiede, travolge due donne uccidendole e ne ferisce una terza, andando a sbattere contro il muro di una casa. Estratto in stato di incoscienza dalle lamiere contorte, viene quasi linciato dagli astanti. Si "risveglia" nel P. S. dell'Ospedale, senza ricordare nulla dell'accaduto e meravigliandosi di trovarsi lì. Le indagini EEG, con riproduzione artificiale della crisi, hanno provato con alta probabilità che il conducente, da molti anni in cura per epilessia temporale, al momento del fatto aveva avuto una crisi psicomotoria.

L'alcolismo

G. Stefano, di anni 54, operaio, alcolista, più volte ricoverato in Ospedale per disintossicarsi, senza successo. Una sera viene scacciato da un bar insieme ad un amico, in quanto, notevolmente alticci, molestavano gli altri avventori. Il mattino dopo viene trovato addormentato su un prato vicino, con accanto l'amico morto accoltellato, in un lago di sangue. Nega di ricordare quanto accaduto dopo la discussione nel bar, pur riconoscendo come suo il coltello piantato nell'addome del compagno.

L'alto tasso di alcolemia riscontrato a distanza di ore dal fatto, l'enorme atrofia cerebrale evidenziata con tecniche di neuroimaging e il grave decadimento psichico rilevato dai test psicodiagnostici hanno permesso di definire il soggetto "alcolista cronico" con capacità d'intendere e di volere grandemente scemate al momento del fatto. Gli è stata però riconosciuta la pericolosità sociale.

Il post partum

R. Maria, di anni 19, commessa in una tabaccheria familiare, timida ed introversa. Una notte, svegliatasi in preda a forti dolori addominali, va in bagno dove partorisce una bambina che uccide immediatamente con un paio di forbici. I genitori, svegliati dai rumori, ignari della sua gravidanza, la trovano svenuta sul pavimento con accanto il cadaverino. Trasportata in Ospedale, si riprende da uno stato di torpore confusivo dopo 24 ore, e, appreso l'accaduto, si dispera e giura di non essersi mai accorta di essere incinta (anche per rassicurazioni iatrogene) e di non ricordare nulla dell'accaduto in quella notte.

La ragazza, in base ad analoghe situazioni riportate in letteratura, alla definizione della personalità (immatura) ed alla convinzione del Magistrato sull'assenza del vissuto di gravidanza (come le anoressiche per il loro dismorfismo corporeo), senza ulteriori accertamenti, ha avuto riconosciute capacità d'intendere e di volere grandemente scemate, per uno stato crepuscolare dissociativo al momento del fatto.

L'agito ipnico

B. Sandro, di anni 34, commesso. Ha sofferto nell'infanzia di pavor nocturnus e sonnambulismo. Convive in buona armonia da cinque anni con una maestra elementare di 28 anni. Una sera la ragazza gli comunica di essere incinta, cosa che lo turba non poco. Dopo un sonno agitato travagliato da incubi che non ricorda—questo è il suo racconto—si sveglia al mattino trovando la compagna con la testa fracassata da una bottigliata. Sconvolto, si taglia le vene ed incendia il letto, aspettando la morte. Viene salvato a stento dai pompieri chiamati dai coinquilini. Il soggetto viene considerato imputabile e condannato con alcune attenuanti.

La personalità borderline

F. Sergio, di anni 20, studente. Abbandonato a tre anni dal padre, viene allevato con fatica e stenti dalla madre che spesso non riceve neppure la somma di mantenimento dopo la separazione. Fin dall'adolescenza, spesso in giro con sbandati e tossici, va talora a casa del padre, che nel frattempo si è risposato, e ha con lui liti furibonde. Un giorno piovoso, dopo aver assunto eroina e flunitrazepam, si reca da lui per chiedere denaro. Sergio, dopo averlo stordito con un'ombrellata, lo finisce spaccandogli la testa con numerosi colpi. Viene trovato in stato confusionale dalla compagna del padre, rientrata a casa. Messo agli arresti in un S.P.D.C., ripresosi dopo qualche giorno di cura, afferma di non ricordare nulla del delitto commesso Il ragazzo viene riconosciuto imputabile e condannato con alcune attenuanti (l'assunzione di droghe non viene considerata un'aggravante, data la sua abitualità).

Trauma cranico

D.G. Luciano, di anni 48, venditore ambulante. Pochi giorni dopo un incidente d'auto (è uscito di strada da solo, finendo in un fosso, riportando un trauma cranico contusivo-commotivo), uccide a coltellate un ambulante concorrente, con cui aveva avuto da dire alcune volte, per rivalità nel lavoro e per questioni di donne. Arrestato il giorno dopo, mescola continuamente fatti reali del passato con episodi immaginari, negando comunque ogni partecipazione al delitto di cui è imputato. In un secondo incontro, si esprime con poche parole, dando risposte "a coté," ripetendo cantilenando di essere stato picchiato dai poliziotti. D'allora, nonostante numerosi

accertamenti neurologici (tutti negativi) e due ricoveri in reparti specialistici, tale situazione non si modifica. Due anni dopo, agli arresti domiciliari, si presenta apatico, abulico, non comunica se non a monosillabi, anche se appare inserito nell'ambiente domestico. Non guarda la tv e passa la maggior parte della giornata a letto. Il processo è sospeso per "sindrome di Ganser".

L'amnesia elettiva

G. Luisa, di anni 54, casalinga, coniugata con un notaio, ha tre figli adulti che vivono fuori casa. Va a trovare ogni mese la madre vedova, con cui ha un ottimo rapporto, che vive sola in una casa di campagna a circa cinquanta chilometri dalla sua abitazione e si ferma da lei due-tre giorni. Un mattino, il marito è svegliato dalla donna che gli comunica, disperata, di aver trovato la madre morta accoltellata e che, non essendoci nessun altro in casa, l'assassinio non può essere stato commesso che da lei. Ciò nonostante non ricorda nulla di come questo delitto sia potuto accadere. La donna, in base anche ad alcuni accertamenti psicodiagnostici, viene considerata, incapace d'intendere e di volere al momento del fatto, per uno stato crepuscolare dissociativo.

L'amnesia delirante

B. Giacomo, di anni 48, internato per uxoricidio e per un quadro delirante allucinatorio con tematiche d'influenzamento senza ricordo del delitto commesso.

> "La controvolontà è una cosa terribile ed io posso parlarne purtroppo con esperienza, poiché mi ha rapito al mondo ogni compiacenza e m'ha cambiato la vita dolce e soddisfacente di prima in un peso amaro e tormentoso con impossibilità di operare ed agire come se una forza materiale mi legasse. Io non ho impero su me stesso e il mio cervello si rifiuta di procedere come per il passato. Ecco di che si tratta. D'improvviso non potei pensare liberamente al fatto mio e ne nacque appunto la controvolontà, ossia l'inceppamento alla volontà naturale, l'impossibilità di operare ed agire come se una forza materiale mi legasse. Io non ho impero sufficiente su me stesso per dare la direzione che vorrei alle mie azioni; da ciò nasce lo sgomento, il crepacuore e il tedio della vita... Se ho fatto qualche stranezza ciò dipende dalla fatalità cui sono andato soggetto, non già dal mio carattere che è sempre stato ottimo..."

(Dal diario dell'Ospizio di san Benedetto in Pesaro, fondato nel 1872 da Cesare Lombroso)

Caratteristiche della memoria

- Memoria episodica (chi, che cosa, dove, quando)
- Memoria semantica (significato del ricordo)
- Memoria autobiografica (appartenenza al proprio sé)
- Memoria affettiva (risonanza e partecipazione emotiva)
- Memoria ricostruttiva (riconoscimento della fonte dell'informazione in cui però si possono inserire elementi che appartengono ad altri eventi o a momenti diversi).

L'omicida e le amnesie

- Il soggetto ammette la sua responsabilità, ma non si sente colpevole dell'accaduto.
- La persona non riesce a capacitarsi del fatto, per lui del tutto egodistonico e assurdo.
- Negli stati crepuscolari o confusionali, la trasformazione fenomenica della coscienza implica una modificazione dell'attività neurale sottogiacente che può giustificare ogni efficacia causale (Edelman).
- Frammenti commisti di fantasia e realtà emergono durante gli interrogatori.
- Il soggetto denota gravi sintomi di malattia mentale.
- Sono spesso di difficile definizione le denunce o le affermazioni di autori di reato o testimoni, nei quali

sono da accertare la verità dei loro racconti, o i pregressi disturbi di coscienza (non classificati in sé e per sé nel DSM V. e nell'ICD 10), e l'autenticità di segni di decadimento psichico o di disturbi psicopatologici.

L'amnesia focale

L'amnesia elettiva e focale non è sempre costituita da una vera perdita di ricordi, ma può costituire un rifiuto inconscio della loro rievocazione..La raggiunta autonomia di questo sintomo, il suo automatizzarsi, il suo distacco dal piano della consapevolezza, il decorso indipendente da ogni aspetto cosciente e volitivo, possono costituirne un fenomeno durevole. La carica affettiva che accompagna l'esperienza; i significati, le suggestioni e le interferenze con l'immaginario possono impedire o disturbare la fissazione del ricordo e la sua rievocazione.

Difficoltà di definizione di coscienza

- Molteplicità di interpretazioni del concetto di "coscienza" e sua indeterminatezza
- Diversità dei riferimenti (psicologici, neurologici, filosofici, etici, religiosi, ecc.)
- Frequente, se non costante, connessione a limiti non definibili, con disturbi dell'attenzione, della memoria, della percezione, dell'ideazione, ecc.

Disturbi di coscienza

La psichiatria forense tiene in grande considerazione i disturbi di coscienza, intesa come:

1. vigilanza;
2. campo e substrato qualitativo e quantitativo dell'attività psichica;
3. espressione della continuità temporale dell'Io; del suo limite con l'altro ed il mondo esterno; della tonalità egoica di ogni pensiero ed azione; dell'unità psicosomatica dell'individuo.

I disturbi di coscienza, nelle tre diverse esplicitazioni, comportano:

- Stati di obnubilamento e coma a vari livelli, o di attivazione (reazioni di allarme);
- Stati ipnoidi, crepuscolari, onirici e oniroidi-confusionali;
- Stati di derealizzazione e di depersonalizzazione.

I disturbi di coscienza intesa come vigilanza possono essere dovuti a:

- Assunzione a fini illeciti di psicofarmaci (doping positivo o negativo); abuso di alcol o di stupefacenti (ai fini, o nel corso della commissione di un reato; durante la guida di autoveicoli, ecc.); induzione da ipnosi;
- Narcoanalisi; prova del "siero della verità", ecc.
- I disturbi di coscienza dovuti a modificazione del campo possono essere dovuti ad alterazioni di ordine:
  a. quantitativo, con restringimento del campo, ma possibilità residuale di compiere azioni finalizzate pseudointenzionali;
  b. qualitativo, con allentamento dei rapporti tra le varie funzioni psichiche con comportamenti incongrui acritici effettuati in una sorta di stato sognante;
  c. quantitativo-qualitativo, con insorgenza di gravissimi stati confusionali che rischiano di attivare anche atti dissociali di estrema gravità

Nell'eventualità di una causa (organica, o psichica); si devono indagare espressione clinica; gravità e durata; insorgenza ictale o graduale; memoria postepisodica; ecc. che sono alla base del giudizio d'imputabilità per gli autori di reato.

La giurisprudenza, nei casi di sospetto stato di coscienza crepuscolare al momento dei fatti, risulta notevolmente discordante, non essendo sempre facile, in tali riscontri, la diagnosi differenziale con la simulazione.

Disturbi fittizi e dissociativi

- I disturbi fittizi sono rappresentati da sintomi sia di tipo fisico che psichico, prodotti intenzionalmente senza

un apparente incentivo o vantaggio ben identificabile.
- I quadri dissociativi sono caratterizzati da una serie di alterazioni, ad insorgenza graduale o improvvisa, transitorie o croniche, riguardanti la coscienza, le funzioni mnesiche/percettive, l'identità, fra questi i più importanti sono: l'amnesia d., o psicogena; la fuga d., o psicogena; il disturbo dissociativo dell'identità (disturbo di personalità multipla); il disturbo di depersonalizzazione; i disturbi di n.a.s. Questi quadri clinici, spesso tra loro intrecciati, sono determinati in genere da traumi o stress di marcata entità. Possono presentarsi con segni predominanti psichici, fisici, o combinati.

DETERMINISMO E/O LIBERO ARBITRIO

- In base agli apporti delle neuroscienze, questo antico dilemma, che ha nella tradizione filosofica e religiosa, la sua sede di riferimento, è oggi affrontato anche nell'ambito della psicologia della personalità, della psicopatologia forense e della criminologia e qui cadenzato a due livelli:
  1. assenza di costrizioni o di impedimenti (libertà da...);
  2. capacità di determinarsi secondo un'autonoma scelta in vista di precisi fini, con mezzi adeguati (libertà per...).

  In entrambe le accezioni, non si tratta mai di una libertà assoluta, ma sempre condizionata da limiti esterni (ambiente, contesto) ed interni (pulsioni).
- Si è soliti distinguere la libertà dall'autonomia, iscrivendo la libertà nell'ambito dell'essere e l'autonomia nel campo delle relazioni, ed inoltre, dalla spontaneità che é un immediato presentarsi di un'idea o di un sentimento, o il passaggio all'atto di un'intenzione senza la capacità di sospendere i processi e le decisioni conseguenti con la riflessione e la critica.
- Per il determinismo, tutti i fenomeni naturali sono soggetti al principio di causalità per cui ogni stato od atto psichico è la necessaria conseguenza di antecedenti psicologici o fisiologici.
- Nella civiltà classica, dagli stoici ai presocratici, l'*amor fati* (*tyké, moira*) è affermato con il concetto che ogni cosa è regolata da una serie di cause concatenate. La realtà è predeterminata (destino) per cui gli uomini non possono fare libere scelte (*servo arbitrio*). Esiste quindi una forza oscura, sovrana, imponderabile che regge i destini umani secondo un ignoto disegno.
- Il fato *(ananke)* che designa la necessità inconoscibile che regola l'accadere degli eventi secondo un ordine non alterabile, si differenzia sia dal destino (che riguarda le sorti umane cui si concede di essere modificabile), sia dal determinismo (che suppone una connessione necessaria, assoluta, ma immanente delle cause, tale da poter essere decifrata razionalmente). Vi è sempre stata comunque una disputa accesa fra i filosofi della scienza (causalisti) e quelli della coscienza (indeterministi). Già nella fisica epicurea, ripresa da Lucrezio, si parla di una deviazione spontanea degli atomi nel corso della loro caduta nel vuoto (*clinamen*), che spezza la necessità del mondo e apre una prospettiva in cui l'agire umano trova un margine di libertà tale da rendere possibile un'etica. È ciò che sostiene Cicerone, e con lui Seneca, per il quale il principio di causalità è plausibile per il mondo naturale, ma solo in parte per l'uomo.
- L'uomo, anche se condizionato nella sua natura psicofisica dal luogo, dal clima e dalla posizione degli astri al momento della nascita, ha la facoltà di determinare in modo libero le sue scelte e controllare le sue inclinazioni, grazie alla voluntas, allo studium e alla disciplina; altrimenti si relega allo stato di ignavus e di iners. Tutto ciò lo costringe ad assumere il senso di responsabilità attraverso un impegno morale e sociale.
- In epoca più recente, le teorie dei quanti e della

relatività hanno rigettato il concetto del determinismo assoluto per affermare quello della connessione condizionante e della previsione probabile. Nella filosofia morale, le posizioni sulla libertà delle nostre scelte tra un mondo determinato od indeterminato si sono così schematizzate in:

a) incompatibilismo

b) compatibilismo.

- Se al determinismo é rimesso sia il destino umano che il corso della natura, la concezione cristiana oppone al fato la provvidenza e la grazia inserite in un disegno divino che non esclude l'intervento morale dell'uomo.
- Il libero arbitrio, in campo religioso, implica quindi che la divinità, per quanto onnipotente, scelga di non utilizzare il proprio potere per condizionare le scelte delle persone e, in ambito scientifico, consenta un'indipendenza del pensiero dalla pura causalità.
- La legge, a sua volta, salvo precise eccezioni, considera l'uomo un agente razionale libero di scegliere autonomamente sulla base di credenze, desideri ed intenzioni ed in grado di comprendere il disvalore etico e sociale delle proprie azioni. In contraddizione, però, con quanto citato, reintroduce il determinismo lombrosiano con il concetto di pericolosità sociale e l'applicazione di misure di sicurezza e di prevenzione.
- C'è da chiedersi quindi se il determinismo è vero, o il libero arbitrio è vero. Inoltre queste due posizioni radicali esauriscono le possibilità logiche da contemplare? Nel primo caso, non siamo liberi; nel secondo, siamo responsabili delle nostre azioni.
- Tale dilemma, molto dibattuto in ambito religioso (nel cattolicesimo il libero arbitrio, secondo Sant'Agostino, San Tommaso, Erasmo da Rotterdam versus il determinismo del luteranesimo e del calvinismo) è lungi da una soluzione condivisa e da opinioni concordanti.
- La libertà della scelta o del volere umano, già riconosciuta da Platone ed Aristotele come base della responsabilità morale, si é mantenuta nel pensiero occidentale fino ad oggi a fondamento dell'etica, nonostante i dibattiti tra agostiniani e pelagisti, molinisti e giansenisti , arminiani e gomaristi e l'opposizione di Hume, Hobbes e Spinoza.
- Kant differenzia il mondo fenomenico, nel quale vige il determinismo più stretto, e il mondo intelleggibile nel quale è possibile l'iniziativa autonoma dell'uomo. Tale alternativa é ancora presente nel dibattito filosofico, teologico, giuridico e scientifico attuale, anche se con una serie di "distinguo". Su tale argomento si sono cimentati infatti molti pensatori (Schelling, Leibniz, Hamman, Jacobi, Tolstoi, Durkheim, Tarde, Heghel, Freud, Brentano, Nietzche, ecc.) tra i quali alcuni (Kirkegaard, Schopenhauer, Wells, Demski, Meyer) sostengono che il mondo è retto da un "pensiero intelligente", per cui scienza e fede non sono in contrasto, e fede e religione possono spiegare ciò che la scienza non può; altri hanno ipotizzato teorie sociologiche, ecologiche, strutturali, funzionaliste, radicali, critiche, psicoanalitiche, o riguardanti conflitti culturali o sottoculturali, la disorganizzazione sociale, l'associazionismo differenziale; altri infine, si sono concentrati sui fini e gli obiettivi di un'azione, la cui conoscenza ne permette una corretta valutazione.
- Non è questa però la sede per dilungarsi su una materia così complessa.

CONCLUSIONI

- L'applicazione delle neuroscienze alla criminologia ed alla psichiatria forense, nonostante gli enormi progressi degli ultimi anni, appare lontana dalla possibilità di fornire dati conclusivi assoluti. L'eccessivo entusiasmo per alcune scoperte fa talora dimenticare un principio fondamentale sia in campo giuridico che

scientifico, e cioè che post hoc non significa necessariamente propter hoc. Il libero arbitrio é una questione di misura, condizioni e limiti situata nel reale, sotto condizione e relativa; è una possibilità di scelta (Abbagnano). Perciò, in psichiatria forense, s'impone lo studio dei limiti e delle condizioni psicorganiche e contestuali, in una situazione determinata, possono rendere effettiva ed efficace, o meno, la possibilità di scelta della persona.

- L'utilizzazione delle neuroscienze alla criminologia non deve perciò configurarsi come un neolombrosianesimo con diverse metodologie d'individuazione delle stigmate del criminale, perchè in molti casi permette di avere informazioni generiche non significative.Per esempio, lo stesso circuito neurale (amigdala, ippocampo, insula sinistra anteroventrale, corteccia prefrontale ventromediale ed orbitofrontale) risulta essere coinvolto, allo stato dell'arte, sia per un comportamento sociale adeguato che inadeguato, sia in alcune e diverse malattie mentali. La prova della disfunzione o di un'alterazione cerebrale può comunque conferire un significato correlazionale, non necessariamente causale, al rapporto tra cervello e comportamento dissociale, ma non può cogliere il come ed il perché di tale comportamento.
- Ora, come la psicoanalisi ha ristretto il suo ruolo, pur importante, nell'ambito della psichiatria, con lo sviluppo delle neuroscienze (sorte già, d'altronde, prefigurata da Freud), così, per lo stesso motivo, in criminologia, gli ambiti del libero arbitrio verranno in futuro ridimensionati a favore di un più o meno assoluto, o relativo, determinismo biologico.Tuttavia, se si affronterà il comportamento dissociale tramite una conoscenza che non si arroghi il diritto di avere una funzione esplicativa totalizzante, ma che si avvalga, com'è indispensabile in ogni relazione umana, anche della comprensione e del significato dell'agire di una persona in un determinato contesto socioecologico, il libero arbitrio.

Angelo Cocchi – in memoria

Scrivo questo breve ricordo di Angelo Cocchi, che così repentinamente ci ha lasciati, in ragione della lunga conoscenza e consuetudine che ho avuto con lui, uniti dalla comune militanza nei servizi pubblici di salute mentale.

Questa consuetudine e questa conoscenza, quarantennale, dai tempi del comune impegno riformatore all'O.P. di Parabiago, accomuna altri colleghi della mia generazione un po' più giovani di lui, ma solo un po', che non potranno vivere la perdita di Angelo Cocchi che come una perdita di una parte di sé, in nome di una comune avventura professionale che, insieme, abbiamo avuto la fortuna di vivere, con la consapevolezza di partecipare e, con la dovuta modestia, di contribuire, a un cambiamento radicale, a volte tumultuoso, della nostra disciplina e dei nostri servizi.

La formazione alla Clinica Universitaria di Milano, l'O.P. di Varese, poi quello di Parabiago, dove l'ho conosciuto, infine, dopo la riforma del 1978, i servizi territoriali, in successione, di Magenta, Rho e Milano, prima all'Ospedale Sacco, poi a Niguarda. Questa, in estrema sintesi, è stata la traiettoria professionale di Angelo Cocchi nella salute mentale lombarda.

Oltre il percorso istituzionale, Angelo Cocchi ha fondato lui stesso o contribuito a fondare l'Associazione dei Centri Diurni di Salute Mentale e l'Associazione Italiana per gli Interventi Precoci nelle Psicosi, cui ha dedicato le più grandi energie negli ultimi 15 anni di attività professionale. È stato Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica e viene anche da pensare alla recente scomparsa di Michele Tansella. Si tratta di due perdite che hanno privato quasi contemporaneamente la psichiatria italiana di due protagonisti della riforma.

Ma questa sintetica descrizione sarebbe del tutto riduttiva se non si ricordasse che negli anni, ovunque si trovasse a operare, Angelo Cocchi partecipò sempre in maniera attiva, costruttiva e responsabile, originale e critica alla costruzione del nuovo assetto istituzionale della salute mentale nata dalla riforma sanitaria del 1978.

Questa partecipazione attiva non gli ha impedito di sviluppare una critica dell'attuale assetto dell'organizzazione dei servizi di salute mentale e della cultura sottesa e di proporne una visione riformatrice. Ma questa visione critica, apparentemente in contraddizione verso un assetto e delle pratiche che lui stesso aveva contribuito a fondare e costruire, è del tutto coerente con il suo spirito laico, lontano da appartenenze ideologiche, che esprimeva concretamente con la ricerca e la sperimentazione di pratiche innovative per il miglioramento delle cure alle persone malate di mente.

Ricordo, in particolare, Angelo Cocchi nei suoi anni al Dipartimento di Niguarda, dove ha raggiunto i suoi vertici professionali e dove ha sviluppato e sperimentato quelle innovazioni, che lo hanno reso il punto di riferimento nazionale, nel campo degli interventi precoci in salute mentale. Ricerca e sperimentazione che ha continuato anche dopo un "fittizio collocamento a riposo" per limiti di età. Per il Dipartimento Angelo Cocchi ha continuato a essere una presenza di stimolo, talvolta anche scomoda, perché impediva di riposare sugli allori dei risultati raggiunti e costringeva tutti a fare i conti con visioni diverse e alternative della malattia mentale.

Di Angelo Cocchi voglio ricordare la sua tensione perché le esperienze di cambiamento e di miglioramento mantenessero continuità, oltre le persone che li avevano promossi e favoriti, oltre la sua stessa persona. La sua preoccupazione, in particolare, che il suo lavoro rivolto alla tutela della salute mentale dei giovani potesse continuare nel tempo, oltre alla possibilità del suo personale impegno.

E questo momento, in maniera crudele e improvvisa, è venuto. A coloro che continuano il suo lavoro la responsabilità di proseguire e continuare la strada della ricerca, della sperimentazione e dell'innovazione.

Auguro a tutti noi di continuare ad avvertire, anche senza il suo aiuto, l'insofferenza per le nostre certezze professionali, l'insoddisfazione per i nostri risultati per cercarne di migliori. Perché in questo Angelo ci aiutava con la sua ironia tagliente e il suo carattere, a volte, non facile.

Con riconoscenza ti salutano i tuoi colleghi e anche con affetto ti salutano quanti ti erano amici. Oso annoverarmi tra questi.

Ciao Angelo
Arcadio Erlicher

Milano, 11 maggio 2012

Sezione Clinico-Scientifica

Il tempo nella malattia, nella cura e nella relazione

Sara Bignamini, Massimo Rabboni

PREMESSA

Vita = f(tempo). Ovvero la vita deve gran parte delle sue sfumature al tempo, che funziona come regolatore, macchinista, operaio e illusionista di tutto ciò che ci sembra di godere o di subire. Il tempo è un'entità estrema, portante nella vita comune, e lo è ancora di più nelle vite straordinarie, talvolta dette patologiche, di persone che hanno votato il vuoto come loro leader. In queste vite il tempo ferisce, aggredisce il soggetto, creando intorno a lui una pianura verdeggiante ma solitaria, nascondendo l'allacciamento alla civiltà nel bosco, posto di cui la tradizione insegna ad avere paura per l'esistenza di fate e mostri malvagi, pronti a strapparti le ali.

Se anche si riuscisse a camminare si rimarrebbe esclusi perché non si potrebbe che finire a camminare in tondo, rimuginando sul numero di armature e armi necessarie per sorvolare la palude della normalità, dell'ordinario, senza rimanerci invischiati. È dentro di noi l'unico oggetto magico di cui possiamo servirci, l'unico aiutante che mai potremo trovare, rilegato in idee del tutto inesplorate. La personalità psichiatrica è diffidente verso la civiltà, la comunità, perché ha paura di un contagio, ha paura di acquisire quella magia oscura che lo rende speciale, che lo fa risaltare sugli altri così da essere additato. Teme il giorno in cui si ricorderanno di lui per farlo sentire un peso, un qualcosa di inferiore, di marchiato. Lo stigma dilaga, negli esterni ma anche negli interni: sono loro i primi a spogliarsi completamente davanti agli altri così che li vedano nella malattia. Non hanno pudore di mostrare chi sono, di mostrare il loro passato attuale. Sono schietti, remoti. Interpretano la parte che gli è stata data e si perdono nella minuziosità della definizione. Il loro è un tempo stirato, disteso, gelatinoso, flaccido, nebuloso, fumoso; e per modificare la loro vita serve come prima cosa addensarlo quanto basta.

Allo stesso modo il tempo residuo della patologia permette di diventare reietti ed alieni, permette rispetto, permette cure, permette vizi.

È sottile la linea che separa l'appagamento dalla sofferenza, la consapevolezza dall'abbandono, lo stacanovismo dall'assistenzialismo.

Quello che appare chiaro è la poca forza di chi si trova al centro della pianura, forza necessaria per varcare il confine, per tagliare l'erba almeno una volta all'anno, per raccogliere i fiori, per parlare con le piante, per attirare i piccoli animali selvatici. Forza che necessita di vigore, da estrapolare, succhiare dal riabilitatore, ovvero da quel percorso sudato ed espiato che per avviarsi ha bisogno di una stretta di mano. Così da dire "non ti lascio, non ti lascio" e poi non lasciarti davvero. È tutta una questione di energie, di forze, di contrappeso, di leve, utili, necessarie per alzarsi talmente in alto da vedere il luogo verso cui si corre, cammina, striscia. Mai da soli. Si è stati isolati già troppo a lungo. Ora serve qualcuno che partecipi alla nostra rivalsa. Qualcuno che si prenda cura dell'altro senza chiedere troppo tempo. Tempo per pensare, tempo per svuotarsi.

Le vite straordinarie vivono troppo spesso nel ricordo della azioni straordinarie che hanno compiuto: nel nostro caso l'ammalarsi. Evento epico su cui scrivere libri e cantare storie intorno al fuoco per spaventare chi mai avesse il desiderio di emulare. Racconti che parlano di passato e come tali si modificano ogni volta, rendendo la realtà dei fatti sempre più inverosimile, sempre più particolareggiata, eclatante. Perché non raccontare anche le storie di chi ce l'ha fatta? Di chi ha affrontato, patito le stesse pene, con risultati diversi?. Così da far capire che è possibile rialzarsi, è possibile combattere anche contro ciò che non si vede, è possibile rialzarsi fieri, disciplinati nel mostrare le cicatrici a chi realmente ascolta. Battersi e non farsi battere.

IL TEMPO PERSONALE-PSICOPATOLOGICO

Il tempo che un individuo vive in una giornata è suo. O forse no. Quando la patologia subentra tirannica nel tuo tempo quotidiano, non sembra chiedere il permesso di spostare i mobili che erano sempre stati in quel punto. Lascia indisturbata le sagome che emergono dalla polvere sul pavimento. Lascia i graffi sul legno fresco, graffi difficilmente riparabili. La patologia toglie sicurezza, soprattutto quando è passata. Porta con sé la paura del ritorno, della ricaduta. E porta con sé la vergogna di quello che si è fatto, di quello che si è stati. Così, in un continuo tentativo di riscatto e rimozione del passato, non ci si riesce a staccare da esso.

Il tempo personale, e ancor di più quello patologico, risentono dell'influsso della colpa. La colpa più grande d'un tratto è non essere più come gli altri. Ma essersi trasformati in qualcosa d'altro.

> «La colpa che rigalleggia dal passato è una colpa commessa, o mai commessa ma è in ogni caso una colpa acuta, aspra, talora atroce, distruttiva e autodistruttiva: una colpa che sembra pietrificarsi nell'immobilità e nell' inerzialità: indifferente ad ogni parola di aiuto e di speranza: nel deserto della speranza e nella dissolvenza dell'attesa: di ogni attesa psicologica e umana, di ogni attesa metafisica. Non sembra più possibile vivere: si è già vissuto e si è già oltre ogni orizzonte: nella infinitudine della sofferenza.»(1).

Il ricordo del passato diventa doloroso quando consiste nel contrasto tra la presenza reale endopsichica del passato e la sua irrimediabile inesistenza oggettiva.

> «È il rimorso che ci rende plausibile la retrospezione della vita. Poi la retrospezione, dimentica delle sue origini, dimentica anche della propulsione che primitivamente genera, si emancipa fino a diventare un attitudine autonoma. Essa ci porta verso il passato dell'oblio, o anche verso il passato semplicemente. Quando guardiamo dietro a noi, scopriamo prima di tutto la forma generale del passato nella sua tonalità particolare, il regno delle ombre, dell'oblio e del silenzio. In esso ci smarriamo, perché è buio. Qui non c'è chiarezza, non c'è orizzonte, tutt'al più una prospettiva che va a perdersi nelle tenebre dell'infinito. Sembra quasi che le tenebre crescano nella misura in cui tentiamo di squarciarle: nebbia leggera dapprima, diventano alla fine notte impenetrabile; lo sguardo vi affonda come in una massa solida, ma non vi scopre nulla.» (2).

Una spinta nel percorso temporale permette la creazione di un qualcosa che è al di là dell'adesso, di qualcosa che viene, ed è quindi ad ora distante da noi sia spazialmente che temporalmente. La distanza allora sarà la protagonista di uno slancio verso qualcosa. Distanza che portata all'estremo può essere fusione o, cosa per noi più importante, isolamento. La velocità rappresenta forse una delle problematiche più scottanti nel disagio. Disagio che quando è psichico non è solo psichico ma soprattutto fisico. Il paziente sente di non riuscire a muoversi, di essere impossibilitato fisicamente, si nasconde dietro al corpo, perché quello si presta ad essere insultato mentre la mente può nascondersi dietro la sua non palpabilità. Un corpo fermo, che non ha velocità e che quindi non ha avvenire, perché

per raggiungere qualcosa bisogna tendere verso questo qualcosa, e di sicuro agognare la collisione con quello che stiamo aspettando non è un'alternativa riuscita. Il punto focale della questione è rappresentato dal momento in cui lo slancio vitale ci attraversa e acquista un'identità. Le sue connotazioni non cambiano ma si parla ora di slancio personale. Tutto quello che si muoveva, si muove ora per noi, tutto quello verso cui si tendeva , siamo noi a tentare di raggiungerlo. Questo cambio di prospettiva non è per nulla banale perché è il solo che permette il movimento, il proseguire.

> «L'accento che mettiamo sull' "io" e sulla "cosa realizzata" ci permette apparentemente di disgiungerli; lo slancio sembra ora andare dall'io alla cosa realizzata e legare l'uno all'altra: l'io è interamente nello slancio e così pure la cosa realizzata non emerge ad un dato momento, ma vi si crea e vi si prepara durante tutto il suo cammino in avanti.»(2).

Si introduce qui il concetto di creazione, di realizzazione di qualcosa, necessario per attribuire senso ad un'azione. Se nel mio movimento non vi è motivazione, mi muoverò maldestro, distratto, lento.

Nel momento in cui lo slancio vitale riprende fiato, subentra a dargli il cambio il contatto vitale. Dopo il moto subentra il rilassamento, dopo lo sforzo la distensione. Il contatto vitale è quindi una stasi attiva, un guardarsi attorno dopo la corsa per capire dove si è, per riprendere i punti di riferimento, per prepararsi per il prossimo percorso. E il compagno della nostra corsa è il tempo. Lo vediamo davanti a noi, svoltiamo l'angolo subito dopo che l'ha fatto lui. Ci prefissiamo tutte le volte di raggiungerlo. Arrivare là dove è lui è il nostro obiettivo, inseguiamo il divenire, e quello che nel divenire speriamo di trovare, desideriamo di trovare. Ma nel momento in cui decidiamo di fermarci, ci fermiamo insieme. Aderiamo l'uno all'altro. Osserviamo gli stessi paesaggi. Siamo pari.

La dimensione del presente si dilata, facendoci vedere tutto ciò che abbiamo intorno a noi. Stimola la nostra curiosità verso la realtà circostante. Ci permette di sentirci una parte del tutto, di sentirci inseriti in un tessuto che comprende tutto ciò che abbiamo intorno. Il contatto fornisce una qualità al presente, lo rende vitale, reale.

> «La sintonia concerne il principio che ci permette di vibrare all'unisono con l'ambiente, la schizoidia al contrario designa la facoltà di staccarci da questo stesso ambiente. D'altra parte questi due principi, malgrado il loro carattere apparentemente contraddittorio, non si escludono; indispensabili, sia l'uno che l'altro, hanno ciascuno una parte da compiere ed è alla loro armoniosa coesistenza che sembra dovuto il massimo di equilibrio, di felicità e di rendimento, al quale crediamo di avere il diritto di aspirare. Essi cioè, lungi dal comportarsi come forze contrarie, riguardano due lati differenti del nostro essere, ma altrettanto essenziali.»(2).

La schizoidia ci permette di avanzare, ignorare per un attimo ciò che abbiamo intorno e avanzare. Quando ne abusiamo, perdiamo il contatto con la realtà, ignoriamo completamente il contesto e lo facciamo diventare inutile, anodino. Così l'uomo opererà da solo, combatterà da solo, conquisterà da solo. Volevo però considerare un caso estremo: quando c'è un assenza di slancio personale ma non vi è presenza neanche di un contatto con ciò che ci è di sfondo. In questo caso si può parlare realmente di una vita ripiegata su stessa, concentrata su se stessa e relegata in un tempo non reale, non presente. Questo è il caso di chi si rifugia nel passato. Questo preclude l'attivazione del soggetto verso ciò che al di fuori di lui si sta muovendo. Dipende tutto da dove la persona sta guardando. Se guarda l'orizzonte allora attiva uno slancio vitale. Se si guarda intorno allora agisce un contatto vitale con la realtà esterna. Se guarda dentro di sé cercando di ricamare su quello che già indossa allora non apparterrà a una dimensione avvicinabile dagli altri.

Nell'arco di una vita, ripensando a tutti i tempi di cui una persona è protagonista, si può fare l'errore di dimenticare il tempo di malattia. Magari perché in quel momento il

soggetto non è protagonista ma piuttosto subisce. Magari perché il tempo di malattia non è neanche un tempo vivo, è solo una sospensione. Forse perché è un tempo che si rimpiange e si rivanga con molto dolore. Oppure la malattia, per il tempo in cui rimane in vigore, estromette l'uomo dal contesto, dagli altri; lo allontana dal cerchio di cose che può raggiungere, lo isola. Questo per qualsiasi malattia. Per la psichiatria, nel dettaglio, è impossibile ignorare questo tempo. Gran parte del tempo che ha tra le mani è tempo di malattia. Tempo da strappare all'ozio e allo stigma per ricollocarlo legittimamente in un tempo di malattia. Spesso invalidante.

Durante il tempo della malattia, soprattutto se questa è portante nella biografia del soggetto, gli viene attribuito, o decide lui di impersonare, il ruolo del malato. La società ti identifica con la malattia di cui sei portatore? Quando il paziente interpreta il ruolo del malato anche nel retroscena è perché il suo ruolo è autentico, perché si è abituato o perché la società lo fa sentire tale? Esiste quindi un confine attraversato il quale il ruolo del malato diventa un lavoro che non lascia spazio ad altro?

E se il modo in cui li vede la gente fosse il modo in cui si vedono anche loro? Abituati ad essere additati secondo alcune definizioni chi ci dice che alla fine non abbiamo deciso di entrare nella parte. Di fare dell'attore il loro principale lavoro. E gestire il loro tempo come solo un ripudiato può fare. Troppo intenti a recitare una parte, dimenticano di togliersi i vestiti quando sono a casa, e continuano così con la messa in scena di quello che a tutti sembra la realtà dei fatti. Ma perché non rompere questi schemi? Perché non dimostrare che anche loro hanno solo voglia di riscatto, voglia di trovare da sé il loro posto, di trovare ognuno le sue regole? Ammettere che siamo noi che li costringiamo dentro ruoli in cui loro si adagiano. Loro vogliono vivere. Voglio fare parte della società. Vogliono uscire di casa. Vogliono avere amici. Vogliono qualcosa. Non gli basta quello che hanno. Oppure vogliono sì tutte queste cose ma le vogliono come riflesso di una società che le vuole? Per poi non riuscire ad ammettere di non sostenerle? È talmente forte il desiderio di inclusione da proferire falsi positivi.

IL TEMPO SOCIALE

Il fuoco, per una visione completa del tempo sociale, è il significato che viene attribuito alla convenzione del tempo "oggettivo". Significato attribuito sia collettivamente che individualmente. L'orologio ci permette di essere tutti sincronizzati ma i tempi personali sono differenti quindi il passare del tempo così unico ci divide perché ognuno raggiunge un dato tempo con la sua velocità anche se quell'ora è scattata per tutti contemporaneamente.

> «È il tempo ad assumere nella cultura occidentale, che lo ha reso astratto e l'ha concepito in termini eminentemente quantitativi, il significato di un "oggetto desiderato", insieme pregevole e pericoloso. Il tempo sembra concepito come un bene la cui preziosità confina con la fragilità e la caducità, un valore che è a disposizione dell'individuo per le sue esigenze corporali e spirituali ma che per non capovolgersi in disvalore va perseguito e conquistato con assiduità, tenacia ed intelligenza. E in effetti il tempo che non si utilizza è perso, al punto tale che non si può più neppure considerarlo come un attributo dell'individuo.»(3).

> «Nella nostra percezione individuale e collettiva, e in particolare nella cultura temporale dei sistemi contemporanei, il nesso tra tempo e quantità è immediato. Il tempo ci si presenta anzitutto come una realtà governata dalla quantità e come una risorsa soggetta all'esaurimento progressivo. Questa visione quantitativa, concepisce il tempo come un'entità continua, omogenea e lineare; un'entità assoluta, universale, neutra e lineare che scorre in modo uniforme, continuo e irreversibile.» (4).

> «Ma ciò che rende estremamente complesso il fenomeno tempo è che proprio all'interno del tempo

fisico-matematico si sviluppa un immagine del tempo e si svolgono processi di creazione dei tempi individuali e dei tempi collettivi, che danno un significato particolare ai rapporti di interazione che costituiscono società e che finisco per coinvolgere in una catena di significati anche il tempo fisico-matematico che di per sé non ne avrebbe. Paradossalmente il tempo fisico-matematico acquista una rilevanza "riflesso" , proprio a causa dei valori significativi dei tempi che gli uomini creano al suo interno.» (6).

«La dimensione qualitativa ha legami e corrispondenze con una figura del tempo che i greci esprimevano con kairòs per distinguerla da chronos, corrispondente alla nostra rappresentazione cronologica di un tempo come quantità che succede continuamente a se stesso. Il *kairòs* è invece *"il tempo per"*, il tempo opportuno, il tempo adatto per una certa attività od operazione, o per il verificarsi di un certo evento, religioso o profano che sia; e i Romani distinguevano tra giorni opportuni e non opportuni, fausti ed infausti, facendo attenzione soprattutto a non compiere determinate azioni nei giorni ritenuti infausti.» (4).

Circoscrivendo le riflessioni il tempo sociale nella patologia è altamente rappresentato dal tempo riabilitativo, tempo in cui una persona cerca di prendersi cura di un'altra persona tessendo con lei rapporti di fiducia e di sostegno. Non è da specificare il nome delle diverse parti poiché quella che si crea è una comunanza di significato, utile al movimento focalizzato e non dispersivo delle energie in vista della prossima battaglia.

«Come è difficile decifrare le tracce di un volto quando il dolore abbia a graffiarlo e a segnarlo; ma cercare di leggere un volto nel suo silenzio e nel suo mistero è possibile solo se, nell'altro, si riesca a intravedere e a cogliere il suo segreto e solo se, nel fare questo, si riesca per un attimo a creare una comunità di destino.» (1).

Poeticamente si crea con l'altro una comunità di destino, razionalmente il nostro obiettivo è creare una comunità, un'assonanza con il tempo dell'altro, e quindi lavorare con lui ad un progetto nel modo in cui lui può sporgersi verso questo progetto. Muoverci con lui e soprattutto alla stessa velocità. Essere proprio quell'avvenire che è sempre un passo avanti così da stimolare il movimento, ma pronto a farsi raggiungere appena ne scorge il bisogno, appena scorge la necessità di riprendere fiato. Fargli dimenticare per un attimo il passato per concentrarsi sull'azione che sta facendo adesso. Riappropriarsi del proprio corpo nel giusto tempo: il tempo presente, sufficiente e necessario per creare ragnatele sociali, per rendersi conto di quello che noi «sassolino» provochiamo nell' «acqua» con il nostro movimento. Quindi la riconquista di un tempo attivo, variabilmente attivo ma pur sempre, anche minimamente, attivo, per non lasciare che la noia trasudi nel soggetto, per non lasciare che i colori si mescolino e diventino tutti un ammasso scuro e opaco. Viaggiare assieme indiscutibilmente prevede anche di sostare assieme a ogni fermata per il tempo necessario a ripartire. Il tempo di cambiamento, in ogni luogo lo si osservi, è dilatato, spetta a noi non dilaniarlo e non lasciare che si dilani. I tempi lenti non devono assolutamente diventare tempi vuoti o tempi persi, arrestarsi, pena la perdita del senso del percorso, sia per il paziente, che per la famiglia, che per l'operatore. Emerge che assolutamente non hanno bisogno di più tempo, perché quello che hanno è già abbastanza per farli sentire schiacciati da esso, con la sua imperiosa cadenza. Serve organizzarlo, restituendo a una dimensione di collegamento i tempi di fenditura, accentuando la dignità di ciò che collegano.

PERCEZIONE SOGGETTIVA: LA PATOLOGIA VISTA DALL'INTERNO

La nostra percezione, quella soggettiva, è legata all'esperienza, quella personale. L'esperienza è in un qualche modo l'espiazione del senso comune, che sospende il dubbio. È di questo che noi ora parleremo.

«La parola "esperienza" deriva dal latino *ex·per·ire*: intende un "venire da" e un "passare attraverso". L'esperienza è dunque ciò che io attraverso, ciò per cui passo.»(7)

L'intimità tra l'esperienza e il tempo trova qui il modo di essere resa pubblica. Se il tempo passa vuole dire che noi passiamo, che troppo intenti a fare qualcosa ci siamo dimenticati di misurare quanto è durato. Se il tempo non passa e riusciamo a definirne i contorni vuole dire che non stiamo andando in nessun luogo, che aspettiamo quello che accadrà dopo, più con passività che con curiosità. Ed oltre al fatto che non stiamo facendo niente, oltre al lasciarci scorrere, non stiamo neanche elaborando ciò che abbiamo già fatto, per capirlo, farlo nostro oppure scartarlo se ci è d'impedimento nel percorso. Come vedremo poi, diamo per assodato quello che è successo senza chiederci quanto ci sia di coerente rispetto a dove vogliamo andare. È per abitudine che non osiamo mettere in discussione il nostro tempo e ciò che in esso abbiamo fatto o stiamo facendo o faremo. L'esperienza ha un legame: sia con il passato, *"Per molti versi, l'esperienza è intesa come una memoria: ma una memoria, per così dire, progettuale, una memoria che si trasforma in ipotesi d'azione. In essa, gli eventi si condensano, e si genera una rete di disposizioni che delimitano il campo del possibile."*(7), che con il presente, "*L'esperienza mi sembra risolversi in questo: un ripetuto, intermittente, rivolgersi del soggetto sui materiali della propria esistenza, nel tentativo di decifrare il senso che hanno, di dominarli e di conciliare con essi la propria coscienza.*"(7), che con il futuro *"Nell'idea di esperienza vi è effettivamente un aspetto per cui il passato viene "conservato", ma se questo si impone sul futuro, o diventa il paravento per non confrontarsi con tutto ciò che non gli somiglia, non si tratta più di esperienza, ma dell'imposizione autoritaria di una tradizione."(7).*

E la spassionata accettazione di ciò che abbiamo intorno, della tradizione, non è così simile all'indifferenza? Alla passività? All'inazione?

«Nel momento in cui diamo qualcosa per scontato, quasi non lo vediamo: è come se fossimo immersi, rispetto a tutto ciò, in un atteggiamento che scarta il dubbio che le cose potrebbero anche stare altrimenti da come "è ovvio" che stiano. Il soggetto di questo "pensiero" è in qualche modo anonimo: io penso come si pensa, dico quello che si dice, faccio quello che si fa. Il soggetto non sono "io": è si.»(6)

Se non ci sono dubbi, si potrebbe affermare di aver trovato la verità. Ma la verità per chi? Per chi crede, per chi è convinto che sia così. Ma già poco più in là si potrebbe trovare qualcuno che crede qualcosa di diverso, e che quindi ha più di un dubbio su ciò che tu affermi. La strategia da adottare è l'essere curiosi, cercare l'inaspettato, cercare qualcos'altro, dell'altro, l'altro.

«Va detto che ci sono molti individui che credono sinceramente che la definizione della situazione che essi abitualmente proiettano sia la vera realtà.»(8).

Facendo questo, sospendono il dubbio su ciò che loro credono, dandolo per scontato, auto affermandosi. E nel fare questo non si chiede il parere degli altri, perché non serve, sono già stati cacciati in un'altra stanza dallo stesso soggetto, per differenze inconciliabili. Il soggetto auto evidente non è capace di ascoltare, di scambiare opinioni, di creare discorsi, di immaginare. Tiene tutto quello che ha passato la sua revisione con avidità, con sospetto. Il nemico diventa colui che può offrire un parere diverso, un parere che non esiste per il soggetto autistico, un parere che potrebbe forse salvarlo. Tutto ciò che fa paura è tenuto all'esterno, allontanato, nella speranza che ciò che ci possa salvare arrivi benevolo. Ma facendo partire ciò che ci minaccia, abbiamo fatto partire anche la possibilità di salvarci. Quindi continueremo ad aspettare qualcuno che bussi alla nostra porta, e per non farci trovare impreparati resteremo sempre pronti, immobili, incapaci di fare rumore. Di nuovo timorosi di qualcosa.

Per tornare a respirare, a far scorrere l'acqua sul corpo, a rompere un bicchiere senza andare in frantumi, serve l'esperienza. Il paziente è perso in una non esperienza, non si pone domande perché si fida del suo ovvio, del senso comune in cui è immerso. Non si scuce per arricchire le sue esperienze, per espandere l'orizzonte delle cose che sa. Preferisce, o forse gli riesce solo meglio, stare fermo in quello che già conosce e che si è dipinto addosso, ma di cui si lamenta sempre, perché non soddisfatto, perché minacciato dalle possibilità di esperienza e di movimento che ha al suo esterno. Nel mondo vero. In cui devi fare. Sperimentare. Sbagliare.

Evidenze emerse dal lavoro sul paziente: aspettano sempre qualcosa che, dopo, arriverà a salvarli. Come se la salvezza non dipendesse da loro, così come la situazione in cui sono. La loro completa esistenza è un burattino finito nelle mani di quella che loro definiscono come la "malattia", questo essere immondo, che visto che li ha severamente puniti, deve tornare a salvarli. Intanto loro aspettano, pazienti, che il tempo si muova.

Sono frequenti le contraddizioni nel definire la stessa situazione. Oltre che tra diverse persone, le differenze si scorgono anche all'interno dello stesso paziente. Si può ben cogliere, ascoltando, la differenza di quantità: pieno-vuoto; e di movimento: idea-azione. Sembrano quasi vite diverse, racconti lontani uno dall'altro. Qui non c'è niente, mentre là, dove un giorno devo essere portato, c'è tutto. Credono che l'appoggio venga dall'esterno e che questo viaggio non abbia bisogno di lunghe camminate ed estremi sforzi. La loro idea è pura, ma spesso viziata. Il tempo necessita di concretezza per realizzare davvero qualcosa. Deve esistere così come la cosa che si va a creare.

È come se chi s'è arreso necessiti di un paragone con il passato, mentre chi porta dentro di sé la forza per combattere, utilizzata oppure no, riesce anche a concepirsi nel presente, adesso. La potenzialità più grande è riuscire ad esserci in questo tempo, esistere adesso.

Spesso sanno cosa l'altro pensa ma non fanno niente per cambiare. Lo accettano, sono d'accordo con l'altro, gli danno ragione. Ve bene così, è tutto al suo posto. Cosa dovrebbe cambiare? Sono loro i primi a svalutarsi, a non credersi.

PERCEZIONE SOCIALE: LA PATOLOGIA VISTA DALL'ESTERNO

Ribadendo che il nostro esterno non si riferisce alla totalità della società ma ad un contesto circoscritto ed informato, possiamo comunque parlare di stigma.

> «L'osservatore è indotto a dare rilievo alle somiglianze che esistono in astratto. Questo costituisce un grande vantaggio per lui anche se a volte può essere fuorviante. Anziché riservare un modello di aspettative e di trattamento differenziati per ogni attore e rappresentazione leggermente diversi, egli può collocare la situazione entro una vasta categoria intorno a cui gli risulta facile organizzare la sua passata esperienza e un modo di pensare stereotipato. Un sistema di parentela "descrittivo", che cioè assegni ogni persona ad un unico posto, può funzionare solo in una piccolissima comunità, ma aumentando il numero degli individui, la segmentazione del clan diventa necessaria come strumento per fornire un sistema di identificazione e trattamento meno complicati.» (8).

Quindi un sistema minuzioso, in cui ognuno ha la sua parte, è possibile solo all'interno della famiglia.

Andando poco più in là, dove si trovano gli operatori, pur sempre aderenti al paziente, e ad esso votati, questa distinzione inizia a cedere. Tutto il sapere viene compresso in ogni persona, che non ha più solo un ruolo ma ha anche un'etichetta. Con questo non si vuole dire che l'operatore sbagli, ma che il suo ruolo di esperto deve necessariamente tenere conto di un'istituzione che definisce il soggetto attraverso regole ottenute dall'e-

sperienza. Anzi alle volte è proprio grazie ad un'analisi dall'esterno che si riesce in una visione reale del problema, non fuorviata dall'emotività. Nel momento in cui una persona esce di casa, smette di essere qualcuno e si disperde in tutte le definizioni che gli altri danno di lui, che per convenienza gli vengono attribuite. È così, è banale, e non è fatto con cattiveria. Ma questo accade anche per le minoranze, che quando escono di casa, ricevono una sola etichetta, marmorea, marziale. E devono, il più delle volte, arrendersi ad essa. La minoranza che noi andiamo ad analizzare però non ha la pelle di un altro colore, non ha un'età precisa, non ha malformazioni evidenti, eppure si sente sempre come osservato, come se tutti potessero captare la sua energia inusuale. Molte volte non è così. E parlando di stigma, lo applichiamo alla minoranza psichiatrica, da parte di se stessa. Sono loro i primi che si stigmatizzano, che si presentano al mondo scoprendo i punti deboli, e rimarcando la loro incapacità di stare al passo con tutto quello che accade sotto i loro occhi. Sono loro, che per convenienza, non hanno mai cercato altre definizioni di se stessi e si sono soffermati alla prima. Il primo passo da parte del rado circuito sociale attorno al soggetto è lottare, anche per lui, al fine di ottenere altri cartellini da appendere alla giacca che non diano così nell'occhio, ma che soprattutto facciano apparire normale chi li indossa, lo facciano passare inosservato, quasi dimenticato. Forse è questo il punto: pur di essere notati, di essere qualcuno, va bene anche portare un segno, un'evidenza della punizione. Perché cosa succederebbe se non avessimo più qualcuno che tutti i giorni, attento, ci chiede "Come stai oggi? Vuoi parlarne?" Nel momento in cui la nostra nuova etichetta non lo prevede più da "contratto", dovremmo guadagnarcelo quel qualcuno che si interessa a noi. Dovremmo "prendere in carico" noi stessi e lavorare (5).

CONCLUSIONI

Se dovessimo inoltrarci più a fondo nell'attuale situazione del paziente, non potremmo fare a meno di accorgerci che un passato c'è, anche se loro non lo nominassero mai e facessero come se non fosse mai esistito. Anche senza un documento o una testimonianza che segnala la sua presenza l'osservatore riuscirebbe a scorgerlo. Oltre al fatto ovvio che tutti hanno un passato, un trascorso che non può non esistere, alcune volte ci capita parlando con una persona di non percepire altro se non quello che è adesso. Con il paziente non può essere così. Rimane un'ombra nel suo adesso che ci fa continuamente tornare a chiederci quale sia la sua storia, piuttosto che dove lui stia andando.

Questo perché nel tessuto temporale e personale del soggetto psichiatrico notiamo uno strappo che ha portato a una mutazione. La mu·ta·zió·ne è un sostantivo femminile che indica un «*Cambiamento rispetto al quale il concetto di "variazione" si accompagna a quello di "sostituzione*»(8). Si fondono queste due nozioni il cui legame non è sempre così scontato. All'idea di variazione: «*Modificazione apportata a qualcosa di prestabilito o consueto*»(8) si accompagna l'idea di sostituzione, più potente: «*In chimica, reazione mediante la quale uno o più atomi o gruppi di una molecola (gruppi uscenti) vengono sostituiti da altrettanti atomi o gruppi diversi (gruppi entranti o sostituenti)*»(9). Nella sostituzione, quello che c'era prima, non è solo cambiato, ma non esiste più, esiste qualcos'altro che ha preso il suo posto. Il gruppo entrante erige un nuovo governo che mal si accosta a tutto quello che si è professato prima. E il gruppo uscente, il passato, per quanto lo si voglia ritrovare non esiste più. Anche il ricordo di esso, così labile, è stato cancellato, poiché tutto ciò che viviamo adesso mentre siamo mutati inficia la purezza di ciò che è stato, rendendolo meno limpido. Ma la mutazione di cui stiamo parlando quando avviene? Per i familiari mai, poiché quello che c'è, è la conseguenza o il prolungamento di ciò che vedevano in passato. Per i pazienti nel momento esatto in cui si sono ammalati. C'è qualcosa che cambia e lascia o fa perdurare un segno del suo passaggio. Questo segno è ciò che rammenta al soggetto di essere malato, ciò che fa vedere dall'esterno

un'incapacità ad adeguarsi. Questo segno potremmo scovarlo nel tempo del soggetto, che ha subìto un drastico ridimensionamento, nel momento in cui è stato rifiutato o non ha saputo adeguarsi a una definizione culturalmente accettata. Si sono isolati, distanziati, svuotati, sia il tempo che la persona, decidendo come momento fatale il momento in cui qualcuno gli ha detto che il modo in cui lui agiva e pensava era patologico. In quel momento qualsiasi costruzione è crollata. Tutto è cambiato. E ancora oggi il ricordo della mutazione resta perché non è reversibile, è minimizzabile ma non reversibile.

Detto questo non ci resta che concludere ma se leggendo questo scritto il lettore o l'ascoltatore contava di ottenere delle risposte, a questo punto sarà deluso. Il lavoro qui descritto vuole essere un'indagine tremendamente incompleta della variabile tempo. Tutto potrebbe essere indagato meglio da mani più esperte e da menti più aperte. Ci sono talmente tante variabili da considerare che trovare la risposta ad alcune domande non era l'obiettivo principale. Il fuoco era porsi queste domande e fare in modo che anche altri, durante lo svolgimento del loro lavoro, se le ponessero per aprire un dibattito forse infinito o forse troppo generale per i singoli casi che si vivono. Non ci sono risposte, solo osservazioni che posso suscitare riflessioni che possono sfociare in illuminazioni che possono portare alla creazione di una migliore applicazione della professione del riabilitatore.

Prima di tutto parlando del tempo si finisce per perdere la retta via e parlare dell'intera persona, forse perché le due cose sono talmente inscindibili che senza una non c'è l'altra e quando se ne parla si "tirano in ballo" entrambe. E allora balliamo. Ma non limitiamoci a seguire la musica per creare il nostro ballo. Danziamo sul suono, o sul rumore, della nostra voce, con tutto intorno il silenzio. È così che sarà finalmente possibile trovare un gesto, ascoltarci, andare a tempo con il nostro tempo. Non sarà possibile sbagliare dal momento che siamo noi gli unici. Teniamo il nostro passo, definiamo noi il ritmo necessario per muoverci e riserviamoci il privilegio di cambiarlo quando ne abbiamo bisogno. Dobbiamo muoverci su noi stessi, sentire il tempo, rubarlo alle convenzioni, agli altri.

Parliamo con chi ci raccoglie, potente, ed è solo di un passo avanti a noi. Seguiamolo. Seguiamo la direzione e il tempo che vogliamo prendere. Coraggiosi, impavidi, liquidi. Continuiamo anche se siamo su un palcoscenico con il pubblico che si aspetta qualcosa. Rimaniamo in scena, vestiti solo di noi stessi, per il tempo che ci è necessario per andare da una quinta, il passato, all'altra, opposta, futura. Non perdiamo la concentrazione, ignoriamo i sussurri in sala, smettiamo di aspettare l'applauso.

Ciò che si contende è il tempo: la morte viene per fermarlo, l'uomo farebbe di tutto per tenerselo. E quando la morte reclama, l'unico modo per sconfiggerla è toglierle il suo potere, toglierle il tempo, renderla mortale. Se ciò che può sconfiggerti, fermarti, danza insieme a te, secondo le tue regole, diventi tu il sovrano. Con tutto ciò che ne comporta. Arriva la vita, la conquista, la riconquista. Un ritorno che permette l'azione. Adesso puoi. Il tempo insano della perdita, della morte, deve trascorrere ed essere sostituito da ciò in cui vogliamo credere ora. Un tempo giusto, sottomesso ai nostri valori, utile alla nostra causa, creativo, flessibile. Ma come arrivare a questo?

Quando non si ha altro all'esterno, si rimane invischiati all'interno. Quando non si hanno alternative, ci si rassegna alla dipendenza da ciò che per un periodo ci ha nutrito perché fossimo autonomi. Se non riusciamo a fare nostra quest'autonomia, pendiamo dalle labbra di chi ci aiuta, o meglio in passato ci aiutava. Se non riusciamo a camminare con le nostre gambe, finiamo per attaccarci a uno dei carri che ci passano accanto e fare l'intrattenitore del guidatore, che ci terrà fino a che non saremo diventati troppo vecchi per divertirlo, e allora ci scaricherà.

L'obiettivo primario è l'apertura. Con tutte le forze

bisogna cercare di aprire il paziente, scardinalo. Farlo vedere anche agli altri cercando qualcuno che possa accettarlo per quello che è ed essergli amico. Anche loro hanno qualcosa da dire, è necessario solo che qualcuno li ascolti, prima che sia troppo tardi, prima che per il troppo parlare con se stessi, si siano convinti di essere unici e soli. Bisogna trasportare il paziente all'aperto, bisogna farlo scontrare con altre persone, bisogna renderlo vivo, e non credere a lui quando dice di essere a posto così, felice così. La sua passione non è dormire. Ma dormire gli serve per far passare il tempo. Per non pensare a niente, per non vivere. Bisogna combattere la loro ritirata anche a costo di essere insensibili facendogli sapere che così non è felice, che così non va bene.

L'inesistenza non è esistenza. Quindi lasciare che ci arrivino con i loro tempi ma non da soli. Hanno bisogno di qualcuno che gli ricordi cosa sono qui a fare. Qualcuno che gli ricordi che, anche se piano, stanno andando da qualche parte. Il luogo da raggiungere deve essere reale, e grande abbastanza da non contenere solo il paziente, ma anche chi lui ha trovato sul suo cammino. Perché è necessario trovare qualcuno. Ma questo è da fare subito. Prima che gli abiti siano troppo stretti, prima che i bottoni vengano incollati e le cerniere incrostate. Prima della resa c'è il giusto spazio per combattere. E se la prima volta non funziona, flessibilmente declinare l'avvenuto, costruendo altri piani di attacco.

Mai sedersi per troppo tempo sulla stessa sedia, perché quando poi ce ne indicano altre, rischiamo di non volerci più alzare, consapevoli che sarà fredda come la nostra quando ci siamo arrivati, e dovremo scaldarla un'altra volta da capo.

Bibliografia

1. Borgna E., *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano, 2005.
2. Minkowski E., *Il tempo vissuto*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2004.
3. Gasparini G., *La dimensione sociale del tempo*, FrancoAngeli, Milano, 2000.
4. Gasparini G., *Tempo e vita quotidiana*, Laterza, Roma, 2001.
5. Giannelli A., *Follia e psichiatria: crisi di una relazione,* FrancoAngeli, Milano, 2007
6. Tabboni S., *La rappresentazione sociale del tempo*, FrancoAngeli, Milano, 1991.
7. Jedlowski P., *Il sapere dell'esperienza*, Carocci Editore, Roma, 2008.
8. Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna, 1997.
9. Enciclopedia Treccani

La predittività dei comportamenti dannosi in psichiatria

*Franco Spinogatti**

«The most effective response to the risk of dangerous behaviour in the mentally ill is not to return to policies of greater control and containment but to improve the care, support and treatment delivered to patients in the community. Those at high risk need to be target for priority follow-up and intensive support. We need, as a profession, to became as aware of the risk in our patients of violence toward other as we currently are of the risk of suicidal behaviour. We also need to develop responses witch effective manage such patients, to their benefit and ultimately to the benefit of potential victims.» (1)

INTRODUZIONE

La valutazione e gestione clinica del rischio di comportamenti dannosi o potenzialmente tali connessi ai disturbi mentali è sempre di più divenuta parte integrante della pratica clinica in cui è centrale il riconoscimento, la prevenzione e gestione sicura di ogni forma di violenza nei diversi contesti dell'assistenza psichiatrica (2)(3). Negli ultimi anni sono stati introdotti numerosi strumenti e procedure di valutazione al fine di valutare nella maniera più corretta possibile la probabilità di eventi aggressivi. Il fine è quello di predisporre trattamenti, strategie e provvedimenti da mettere in campo per gli utenti che presentano un rischio distinguendoli dagli utenti che non sono a rischio e non necessitano di programmi specifici. Complessivamente la validità di una valutazione del rischio è riferibile a due componenti, la calibrazione e la discriminazione. La prima ha a che fare con il livello di concordanza esistente tra quanto valutato e quanto riscontrato nella realtà, l seconda riguarda la capacità di distinguere tra gli utenti positivi alla valutazione e quelli realmente positivi (4)(5).

Negli ultimi anni la valutazione di potenziali comportamenti dannosi costituisce spesso la base per decisioni di tipo clinico ad esempio ricoverare o dimettere un paziente oppure quando si decide per il livello di assistenza di cui il paziente necessita anche al fine di garantire un ambiente sicuro e sereno per il paziente, la famiglia e le persone che gli stanno vicino. Se negli anni passati, concordemente a un modello assistenziale ospedalocentrico, la decisione del rischio era relativa alla dimissibilità del paziente o al massimo ai suoi comportamenti all'interno delle istituzioni psichiatrico, attualmente il contesto di valutazione si è ampliato a situazioni estremamente diversificate con un progressivo rafforzamento di un mandato sociale di controllo verso la psichiatria. La sfida degli inizi di questo secolo è quella di rispondere a questo mandato continuando a garantire il benessere dei pazienti (6). Nel percorso di autonomia dei pazienti la valutazione e gestione del rischio deve trovare una sua collocazione nei piani di trattamento in quanto la sicurezza del paziente e quella sociale sono fattori cruciali e condizionano la riuscita o meno dei percorsi terapeutici.

Se lo stigma costituisce una barriera d'accesso ai servizi psichiatrici ritardando le cure e costruendo dei stereotipi negativi sulle persone affette da disturbi mentali, esso si alimenta e amplifica a causa di episodi di violenza commessi da persone affette da disturbi mentali che pur essendo statisticamente rari hanno spesso grande risonanza. Il rischio potenziale di violenza, anche se limitato a gruppi di pazienti affetti da disturbi gravi e persistenti, spesso non trattati, suscita paure nell'opinione pubblica, ostacola l'accettazione e l'inserimento sociale delle persone affette da disabilità psichiatriche e limita l'efficacia dell'intervento dei servizi di salute mentale(7).

La pericolosità e l'imprevedibilità, sono i preconcetti prevalenti che condizionano il giudizio collettivo sulle persone affette da malattia mentale, determinando le ben note reazioni di paura, allontanamento ed emarginazione.

È paradossale che con il consolidarsi delle evidenze scientifiche che spezzano l'equazione diretta malattia mentale uguale violenza (8)(3) (9), si siano rafforzati nell'opinione pubblica il pregiudizio e i timori sulla pericolosità dei malati di mente, indipendentemente dalla diagnosi, sia questa di depressione che di psicosi. I fatti di cronaca violenti e la loro risonanza sui media, l'uso inappropriato e diffuso di termini psichiatrici (paranoia, psicosi, ecc.) lasciano un alone che rafforza lo stigma verso queste persone e alimenta la credenza popolare sulla loro pericolosità e imprevedibilità. Proprio questi elementi, associati spesso alla mancanza di motivazioni per i delitti più efferati, allertano l'opinione pubblica che ritiene più "accettabile" o meglio si potrebbe dire più comprensibile, un omicidio per furto o conseguente ad una lite, che un omicidio ad opera di un malato di mente.

Lo scalpore suscitato nell'opinione pubblica a seguito di fatti di cronaca violenti che hanno coinvolto persone affette da disturbi mentali si traduce da un lato in un rafforzamento degli stereotipi negativi e dall'altro in una maggiore aspettativa di sistemi in grado di controllare il rischio di violenza connesso alle malattie mentali. Non bisogna dimenticare a tal proposito i ben noti meccanismi difensivi di massa che portano ad allontanare da sé la possibile identificazione con l'autore di un reato violento non altrimenti giustificabile: solo se il gesto commesso è dettato dalla follia, fosse anche solo il famoso "raptus" che tanto piace alla stampa, se ne può prendere la distanza e uscirne rassicurati. Il bisogno di un capro espiatorio facilmente identificabile, diverso da sé perché malato o folle, permette alla società di non mettersi in discussione nel suo assetto, fornisce una facile giustificazione agli eventi più critici e problematici e conferma la salute e la bontà del sistema. Il problema da sociale diventa di pertinenza di un settore specifico al quale viene demandato il compito di controllo e vigilanza (10).

Se l'equazione malattia mentale violenza rappresenta un dato storico per la psichiatria, meno lo sono importanti modifiche legislative con ripercussioni sull'agire quotidiano di chi opera nei servizi psichiatrici.

Uno di questi cambiamenti è la dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari più volte annunciata e ormai operativa, la conseguenza presa in carico di pazienti autori di reato assieme alla definizione giuridica della posizione di garanzia degli operatori psichiatrici, fa si che la questione della sicurezza, sempre meno delegabile, esige risposte competenti. Ed esige anche che le risposte date siano ben documentate oltre che nel merito anche nel metodo perseguito.

Altro elemento da considerare è quello relativo alla sicurezza degli operatori dei servizi di salute mentale che non può essere disgiunta da quella dei pazienti.

Una valutazione serena e un intervento efficace, specie in condizioni di emergenza, hanno come requisito la sicurezza dell'operatore. Un operatore che non si sente sicuro aumenta i rischi e la sicurezza degli operatori non deriva solo dall'esperienza, ma dall'adozione di precise strategie formative e percorsi strutturati di valutazione.

La gestione del rischio di comportamenti dannosi non si limita alle condotte autolesive e si estende al rischio di suicidio e alla prevenzione delle condotte di grave abbandono e trascuratezza. L'utilizzo di strumenti di valutazione strutturati anche per una chiara documentazione di quanto fatto rappresenta un mezzo di adesione alle pratiche di valutazione basate su evidenze scientifiche ma anche, al di la di eccessi di medicina difensiva, uno scudo alle accuse di imprudenza, imperizia e negligenza che possono sollevarsi verso psichiatri che non sono stati in grado di anticipare episodi di violenza agiti da utenti dei servizi. Nella pratica clinica quotidiana non è comunque sostenibile un atteggiamento di evitamento del rischio e non costituisce una buona pratica un atteggiamento eccessivamente difensivo che frena le prospettive di autonomia e di emancipazione sul medio/

lungo termine. Differire la messa in atto di strategie per affrontare un determinato problema spesso significa ingrandirlo, cronicizzarlo oppure innescare a catena altri problemi. Evitare i possibili rischi può produrre maggiori danni che affrontarli e le decisioni relative al rischio se basate su una approfondita valutazione della persona e del contesto familiare e sociale, sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, agite con una corretta informazione di tutte le persone coinvolte e sostenute da un giudizio clinico ben documentato costituiscono presupposti per una pratica più che accettabile.

La valutazione del rischio quindi sarà sempre di più un processo destinato a diventare sistematizzato sia a livello di singolo professionista che del servizio e sempre di più inserita nella pratica routinaria.

Infine, la necessità di strategie volte alla minimizzazione del rischio ai fini della sicurezza sul posto di lavoro è sottolineato dall'approccio legislativo nazionale ed europeo, volto alla prevenzione piuttosto che alla protezione dei possibili incidenti che si possono verificare sul luogo di lavoro.

Occorre quindi un cambiamento che porti a considerare la valutazione del rischio come parte integrante di una buona pratica clinica lontana dai dogmi dell'assenza di pericolosità o dalla stigmatizzazione derivante dall'equivalenza malattia mentale uguale violenza. Una buona valutazione del rischio è indispensabile così come lo è una buona relazione terapeutica (6).

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Nella realtà operativa dei servizi di salute mentale, il concetto di "valutazione del rischio" (*risk assessment*) si presta a diverse modalità di concettualizzazione. Schematicamente, ad un estremo si pone una concezione ristretta riferibile al percorso di previsione di comportamenti dannosi e alle strategie volte a migliorare tale predittività, all'altro una più ampia concezione in cui al accanto alla predittività l'attenzione si focalizza sulle iniziative di "gestione del rischio" (*risk management*) volte a ridurre la possibilità di comportamenti dannosi.

La connessione tra valutazione e gestione rappresenta il punto cruciale giacché la valutazione ha senso se concepita ai fini della gestione, almeno nel contesto clinico.

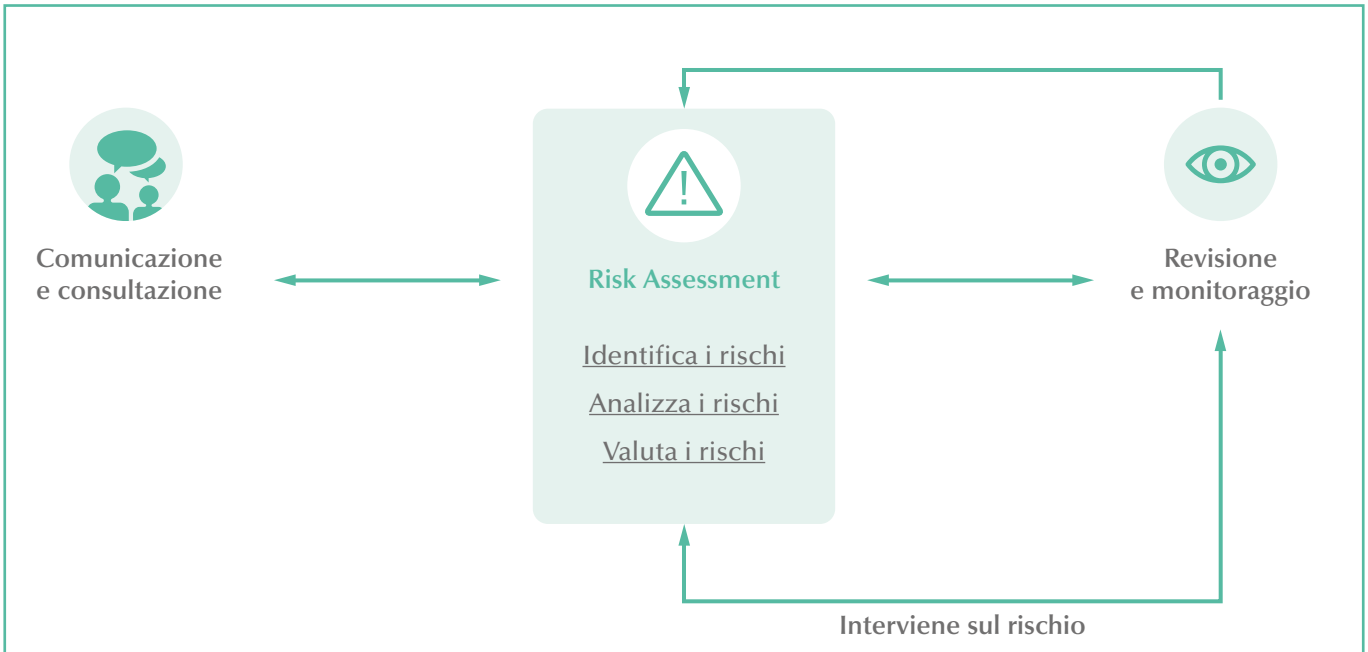


Figura 1 - Il Processo del Risk Management

Ancora, un altro importante concetto è quello della comunicazione intesa sia come scambio di informazioni tra gli attori coinvolti nel processo che come verifica e revisione di quanto messo in atto (*risk comunication*, *monitoring e review*). Il deficit di informazione rappresenta un fattore molto frequente di errata gestione delle situazioni di rischio. Infine non può essere sottovalutata la valutazione consapevole del contesto in cui viene eseguita la valutazione del rischio (*esthabilish context*) non essendo secondarie le differenze e finalità tra un contesto forense, ospedaliero per acuti o comunitario.

Comunque concepita la valutazione del rischio si muove su diversi assi che ne fanno un processo circolare e integrato.

Il collegamento tra la valutazione e misure di gestione e assistenza non è ovviamente un processo automatico ma richiede competenza, esperienza dovendo coniugare con un percorso logico un bisogno/problema rilevato a una determinata strategia terapeutica e assistenziale sulla base di evidenze scientifiche. In questo senso si produce un collegamento tra "*risk assessment*" e "*risk management*". Tale percorso di connessione motivata può essere facilitato dall'utilizzo di specifici riferimenti che hanno la funzione di semplificare, concettualizzandolo, il ragionamento clinico.

Diversi possono essere i percorsi. Una volta identificati e definiti i bisogni, la tipologia delle prestazioni erogate può far riferimento a raggruppamenti o pacchetti di prestazioni tra di loro omogenei.

Esempio di tale operazione è il "*Level Of Care Utilizzation System* (LOCUS)" (11) che si basa sulla valutazione di sei parametri o dimensioni che vanno dal rischio di comportamenti dannosi alla valutazione del livello di supporto ambientali e di quattro livelli di cura sulla base di un continuum di variabili riferibili al

Level of care / Dimensions	Recovery Maintenance Health Management **Level 1**	Low Intensity Community Based Services **Level 2**	High Intensity Community Based Services **Level 3**	Medically Monitored Non-Residential Services **Level 4**	Medically Monitored Residential Services **Level 5**	Medically Managed Residential Services **Level 6**
1. Risk of Harm	2 or less	2 or less	3 or less	3 or less	④ 3	⑤ 4
2. Functional Status	2 or less	2 or less	3 or less	3 or less	④* 3	⑤ 4
3. Co-Morbidity	2 or less	2 or less	3 or less	3 or less	④* 3	⑤ 4
4a. Recovery Evironment "Stress"	*Sum of 4a + 4b* is 4 or less	*Sum of 4a + 4b* is 5 or less	*Sum of 4a + 4b* is 5 or less	3 or 4	4 or more	4 or more
4b. Recovery Evironment "Support"				3 or less	4 or more	4 or more
5. Treatment & Recovery History	2 or less	2 or less	3 or less	3 or 4	3 or more	4 or more
6. Engagement	2 or less	2 or less	3 or less	3 or 4	3 or more	4 or more
Composite Rating	10 to 13	14 to 16	17 to 19	20 to 22	23 to 27	28 or more

◯ *Indicates independent criteria - requires admission to this level regardless of composite score*

** Unless sum of 4a + 4b equals 2*

Figura 2 - LOCUS Level Of Care Utilizzation System

livello di assistenza, alle prestazioni di tipo clinico e di supporto e agli interventi di crisi.

Il sistema si propone come supporto alle decisioni cliniche e non sostituisce certamente il giudizio clinico ma è utile in quanto evidenzia la necessità di procedere al risk management non solo scorta della valutazione del rischio di comportamenti dannosi ma tenendo conto di tutte i bisogni e delle risorse individuali e ambientali.

Il processo di valutazione del rischio è un processo dinamico in continua evoluzione nel senso che sono dinamici i bisogni del paziente. È quindi un percorso circolare riformulato nel tempo sulla base dei bisogni e dei risultati ottenuti.

GLI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il panorama degli strumenti di valutazione del rischio è molto complesso e una rassegna sistematizzata non è agevole. Alcuni di questi strumenti hanno la loro origine e applicazione in setting di tipo forense, altri di essi hanno caratteristiche esclusivamente di tipo predittivo e altri ancora sono dichiaratamente finalizzati ad aiutare l'operatore nelle decisioni di tipo clinico. È importante evidenziare due elementi come aspetto distintivo dei vari strumenti di valutazione ossia la capacità di cogliere la probabilità con cui un determinato evento possa verificarsi (espresso anche come rischio relativo) e l'arco di tempo in cui questo si può verificare (imminente, breve, ecc.). Non secondaria è anche la distinzione tra i diversi tipi di rischio rivelati. In alcuni di questi strumenti la valutazione è limitata al solo il rischio di violenza, in altri anche quello di suicidio, o di grave abbandono.

Altri strumenti infine si prestano soprattutto per uno screening dei casi al fine di rilevare gli utenti che necessitano di un approfondimento valutativo e per i quali la gestione del rischio è una parte integrata se non prioritaria nel piano di trattamenti individualizzato.

I fattori generalmente rilevati nella valutazione del rischio sono distinguibili in statici e dinamici. Sono statici tutti quei fattori che non sono soggetti a modifiche, ad esempio essere stato vittima di violenza durante l'infanzia o i precedenti comportamenti violenti. Sono dinamici i fattori che potenzialmente possono modificarsi e fanno riferimento all'individuo e al suo ambiente e contesto socio familiare, ad esempio l'abuso di alcol. Tale distinzione è fondamentale nella elaborazione delle strategie di gestione del rischio in quanto si agisce innanzitutto sui fattori dinamici e sugli elementi che li influenzano.

Tipo di rischio valutato	Setting	Predittività nel tempo	Capacità predittive	Finalità	Tipo di fattori considerati
Violenza	Forense	Imminente	Sensibilità	Screening	Statici
Suicidio/ autolesione	Medico legale	A breve termine	Specificità	Definizione dei programmi di gestione	Dinamici
Stato di abbandono	Clinico ospedaliero	A medico termine			A lenta evoluzione
	Clinico comunitario	A lungo termine			

Tabella 1 - variabili distintive tra gli strumenti di valutazione del rischio

Alcuni fattori dinamici infatti, possono modificarsi in tempi relativamente brevi e sono per questo definiti acuti o trigger, oppure possono essere stabili e modificarsi solo lentamente e sono quindi definiti fattori di rischio stabili o cronici.

Nella *tabella 1* sono riportate le principali variabili distintive tra i diversi strumenti di valutazione.

SENSIBILITÀ E SPECIFICITÀ

Una valutazione ideale sarebbe quella in cui abbiamo un'alta sensibilità (tutti quelli che sono realmente violenti sono individuati dalla valutazione – Veri Positivi) e un'alta specificità (tutti quelli che non sono violenti sono identificati dalla valutazione Veri Negativi) ossia che dalla valutazione scaturiscano pochi pazienti giudicati potenzialmente violenti ma in realtà non lo saranno (Falsi Positivi) e pochi pazienti giudicati come non violenti che invece avranno condotte violente (Falsi Negativi). Una valutazione con una scarsa sensibilità implica che solo pochi pazienti violenti vengono individuati mentre è elevato il numero di pazienti individuati come non violenti che di fatto sono violenti (*figura 3*). In termini generali questo si avvicina alla percezione che la società ha della violenza nella malattia mentale. Una valutazione con una scarsa specificità implica che molti pazienti che non sono violenti alla valutazione lo saranno nella realtà.

		Non Violenti	**Violenti**
Predittività	Basso Rischio	VN	FN
	Alto Rischio	FP	VP
Sensibilità	$\frac{VP}{VP + FP}$		
Specificità	$\frac{VN}{VN + FN}$		

Figura 3: Sensibilità e specificità

Il limite di giudicare le capacità predittive di uno strumento di valutazione sulla sola base della sensibilità e specificità è legato a due ostacoli. Il primo consiste nel fatto che è vero che tanto più la valutazione è affidabile tanto più riesce a riconoscere i positivi ma questo dipende dalla prevalenza di base, ossia dalla frequenza dei comportamenti aggressivi pur non avendo un collegamento diretto. Il altre parole uno strumento con una buona sensibilità funziona bene nel caso di una prevalenza della violenza elevata, meno nel caso di una prevalenza della violenza bassa. L'altro punto riguarda la questione che molti strumenti di valutazione non utilizzano una singola soglia di cut-off ossia rischio presente o assente, difficilmente riconducibili a variabili non dicotomiche.

IL VALORE PREDITTIVO POSITIVO E NEGATIVO

Una volta acquisito che una determinata procedura di valutazione ha specifiche caratteristiche di sensibilità e specificità può essere considerata la popolazione a cui il test è applicato con il valore predittivo positivo e negativo. Il Valore Predittivo Positivo (VPP) è dato dal rapporto tra il numero di pazienti veramente positivi e tutti quelli positivi alla valutazione, ossia dal rapporto tra Veri Positivi e Veri Positivi + Falsi Positivi mentre il Valore Predittivo Negativo (VPN) dal rapporto tra i pazienti Veri Negativi e tutti quelli che sono negativi alla valutazione ossia tra Veri Negativi e Veri Negativi + Falsi Negativi. Sia il valore predittivo positivo che quello negativo dipendono dalla prevalenza del fenomeno che andiamo a misurare.

Per una prevalenza della violenza del 20% un buon strumento di valutazione sbaglierebbe 6 volte su 10 (*figura 3*). Per una prevalenza della violenza del 6% sbaglierebbe 9 volte su 10 (*figura 4*). Per la prevalenza della violenza dell' 1% l'errore sarebbe di 97 volte su 100, ecc.

Immaginiamo quindi una situazione, come potrebbe essere quella di un servizio psichiatrico per acuti ove il tasso di violenza potrebbe aggirarsi intorno al 6%. Questo

vuol dire che 9 volte su 10 considereremo violento un paziente che in realtà non lo sarà. Se invece prendo in considerazione una situazione come quella dei servizi psichiatrici comunitari in cui il tasso di violenza ipoteticamente si potrebbe aggirare intorno all'1% questo si traduce nel fatto che 99 volte su 100 considero violento un paziente che non lo sarà, con tutte le ripercussioni che questo potrà avere.

I limiti dell'utilizzo del VVP e VPN sono legati al fatto che, risentendo della popolazione oggetto dello studio che cambia nel contesto e nel tempo non è possibile applicarli in studi di confronto. Inoltre, come per i precedenti, sono applicabili solo a strumenti di valutazione con un singolo cut-off (5). Il VPP in situazioni in cui la frequenza delle condotte violente è molto bassa crea una situazione per cui l'applicazione di strumenti di valutazione del rischio routinari rischia di essere discriminatoria vista l'elevata frequenza di falsi positivi (12).

NUMBER NEEDET TO DETAIN (NND) E IL NUMBER SAFELY DISCHARGED (NSD).

Altri due importanti indicatori di calibrazione delle performance di uno strumento di valutazione sono il Number Needet to Detain (NND) e il Number Safely

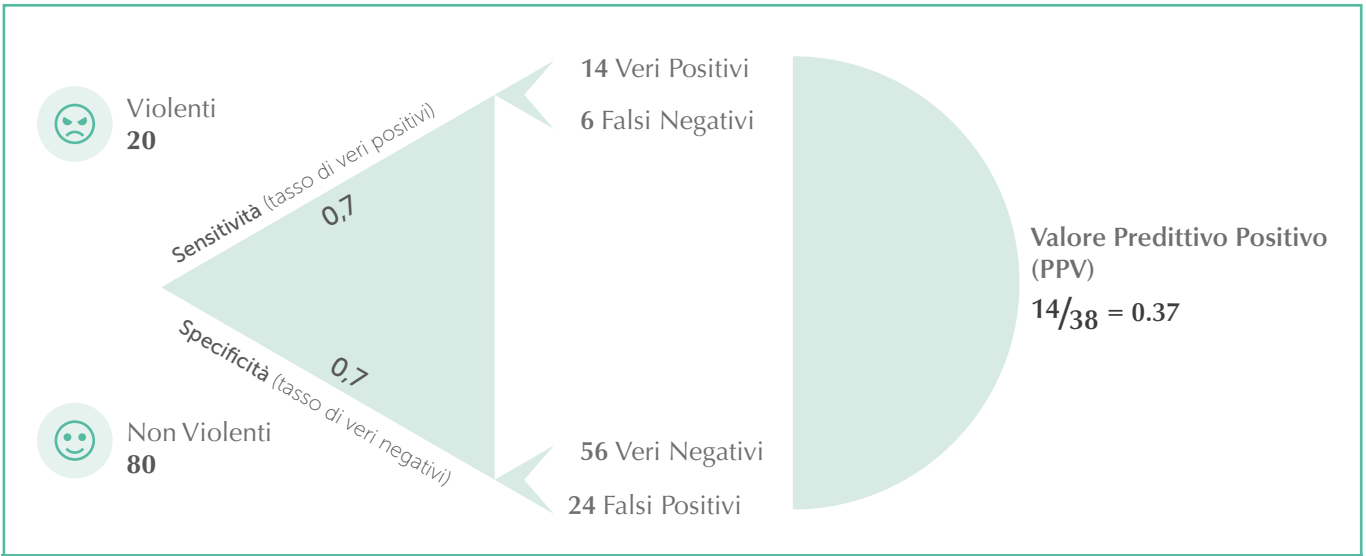


Figura 4 - Valore Predittivo Positivo con frequenza della violenza del 20%

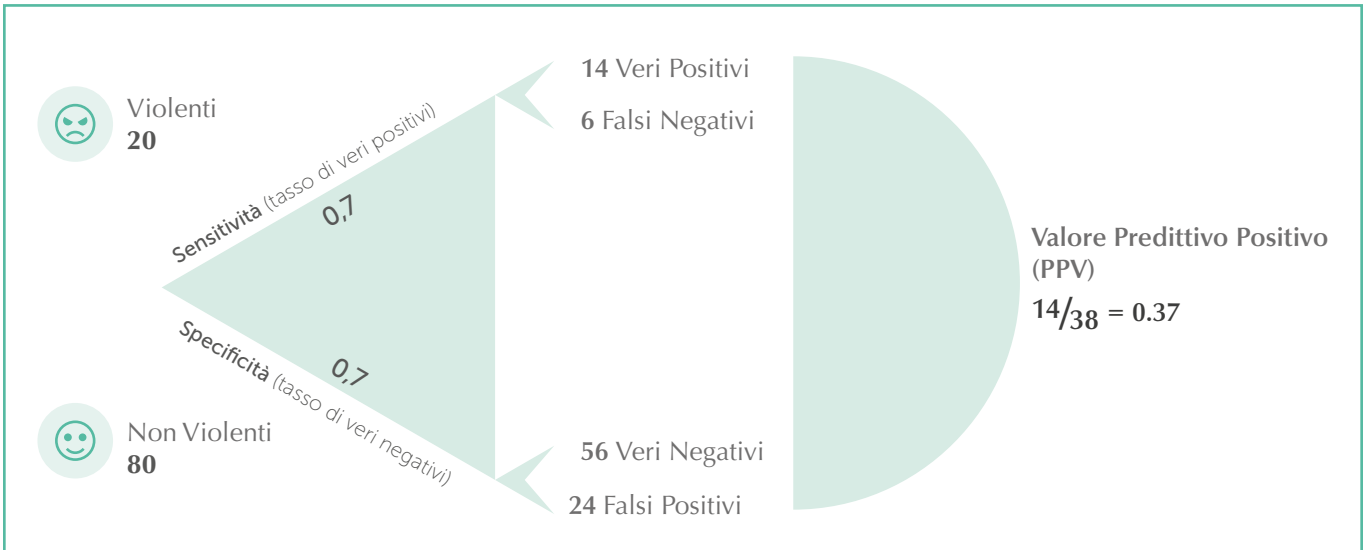


Figura 5 - Valore Predittivo Positivo con frequenza della violenza del 6%

Discharged (NSD).

Il NND (13) è il numero di pazienti che sulla base della valutazione eseguita sono ad alto rischio di commettere atti violenti che necessitano di non essere dimessi per prevenire un singolo episodio di violenza nella comunità.

Il NSD (14) è il numero di pazienti a basso rischio di violenza che possono essere dimessi prima di determinare un singolo episodio di violenza nella comunità.

In NND, all'opposto del VPP e analogamente al Number Number to Treat (NNT) quantifica una situazione molto specifica, ossia utilizzando un preciso strumento di valutazione, quanti pazienti dovrò non dimettere da un reparto psichiatrico entro un determinato arco di tempo per prevenire un agito violento? È quindi un indicatore che si adatta alla situazione clinica reale e ci dice quante sono le degenze non necessarie o le dimissioni inopportune. Il loro calcolo avviene tramite una tavola di contingenza 2x2 facilmente calcolabili manualmente (15).

Il limiti del NND e NSD in parte sono sovrapponibili a quelli del VVP e del VPN in quanto sono dipendenti dalla frequenza del fenomeno della violenza in un determinato contesto, hanno un cut off ben definito che non considera l'entità del rischio ma solo la presenza o l'assenza e, in aggiunta, oltre a problematiche di tipo etico, trovano scarso utilizzo nei percorsi di tipo clinico (5).

Nella *figura 5* viene riportato il rapporto tra NND e Prevalenza per uno strumento. Per una frequenza della violenza del 10%, per prevenire un episodio di violenza dovrò non dimettere 5 pazienti.

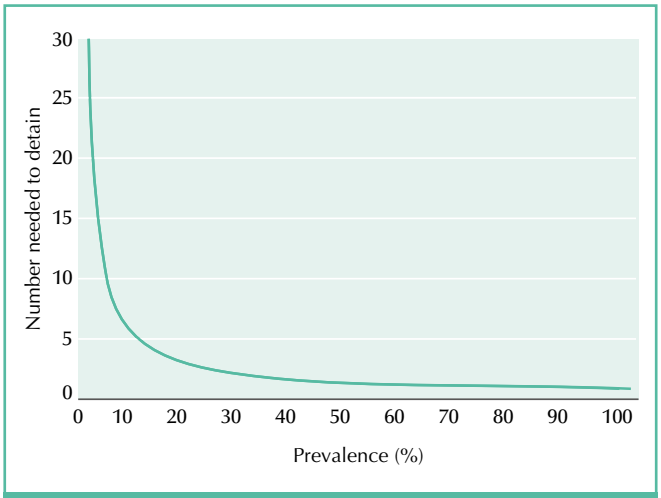


Figura 6 - Rapporto tra NND e Prevalenza a una Sensibilità (0.73) e Specificità (0.63) fissa (6)

DIAGNOSTIC AND LOGISTIC ODDS RATIOS (DOR, LOGISTIC OR)

Sono entrambi indici di classificazione globale. IL DOR esprime il rapporto tra gli odds dei classificati come positivi nel gruppo dei violenti (odds dei veri positivi) e l'odds dei non positivi classificati nel gruppo dei non violenti (odds dei falsi positivi) (16). L'odds può essere ovviamente aggiustato per le variabili di confondimento, avere un punteggio continuo piuttosto che dicotomico mentre nella regressione logistica degli ODs le valriabili aggiustabili possono essere quelle che hanno un maggior peso quali l'età, il sesso o la precedente storia criminale. Entrambe si prestano a un calcolo statistico tramite strumenti specifici (es. SPSS).

I limiti dei due menzionati indicatori sono molteplici e in parte risentono del della numerosità dei falsi positivi e dei falsi negativi (affidabilità minore quanto i predetti numeri non sono elevati) e vi sono diverse soglie. La regressione logistica invece non è in grado di distinguere tra i gruppi con un elevato numero di falsi positivi tra un gruppo con un elevato numero di falsi negativi (5).

AREA UNDER THE CURVE (AUC)

L'AUC costituisce la capacità discriminante di un test, ossia la sua attitudine a separare propriamente la popolazione in studio in "malati" e "sani" è proporzionale all'estensione dell'area sottesa alla curva ROC (Receiver Operating Characteristic o Relative Operating Characteristic) ed equivale alla probabilità che il risultato di un test su un individuo estratto a caso dal gruppo dei malati sia superiore a quello di uno estratto a caso dal gruppo dei non malati (17). L'analisi ROC viene effettuata attraverso lo studio della funzione che, in un test quantitativo, lega la probabilità di ottenere un risultato vero-positivo nella classe dei malati-veri (ossia la sensibilità) alla probabilità

di ottenere un risultato falso-positivo nella classe dei non-malati (ossia 1-specificità). In altre parole, vengono studiati i rapporti fra allarmi veri (hit rate) e falsi allarmi. La relazione tra i suddetti parametri può venire raffigurata attraverso una linea che si ottiene riportando, in un sistema di assi cartesiani e per ogni possibile valore di cut off, la proporzione di veri positivi in ordinata e la proporzione di falsi positivi in ascissa. Se il risultato del test è riportato su scala continua, si possono calcolare i valori di sensibilità e 1-specificità per ogni valore registrato (oppure, in modo del tutto equivalente, utilizzando la media tra ogni valore e quello precedente).

In sintesi l'AUC è la misura dell'accuratezza predittiva di un test di screening. L'AUC varia da 0.5 a 1 ed esprime la possibilità che un individuo violento, selezionato in maniera random, avrà un punteggio più elevato di un individuo non violento selezionato in maniera random. Quindi nel caso di un test perfetto, senza falsi positivi e falsi negativi (capacità discriminante 100%), avremo il valore di AUC uguale a 1. In realtà il valore AUC di 1 non significa che le capacità predittive sono assolute ma che è in grado di eseguire una perfetta discriminazione tra positivi e negativi e quindi un valore significativo AUC non si traduce necessariamente in una buona capacità predittiva (5). L'AUC ha quindi buone capacità di discriminazione ma non di calibrazione. Vi è infine un'altra questione che, ponendosi nella routine dei servizi, spinge il clinico a rispondere alla domanda "la previsione da me fatta oggi, sarà valida anche nel futuro?" ma anche alla domanda "potrebbe un evento avverso che si è già verificato essere stato predetto". Se alla prima domanda posso rispondere riferendomi alle sensibilità e alla specificità per un determinato obbiettivo, alla secondo posso rispondere solo prendendo in considerazione la frequenza della violenza nella popolazione generale. Ossia se utilizzo il test in un'area ove la popolazione ha un tasso di violenza elevatissima non è la stessa cosa se lo stesso test è utilizzato in un'area ove la popolazione residente ha un tasso di violenza assente. Questo ha a

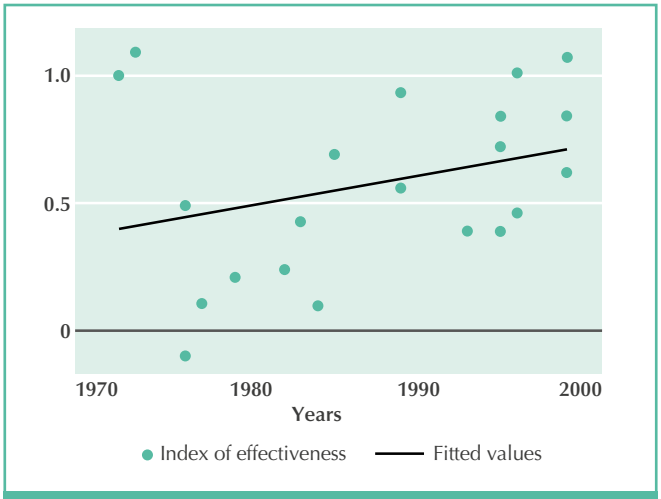


Figura 7 - Indice di efficacia (Index of Effectivenes) degli studi di predittività strutturati, 1970–2000 (18)(19)

che fare con una variabile non secondaria, ossia gli eventi non prevedibili dal clinico, specie se lo strumento di screening viene utilizzato per la predittività di ampie popolazioni. Altri numerosi rilievi sono stati evidenziati circa l'utilizzo dell'AUC (5) che rimane comunque una sorta di benchmarking.

GLI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Classicamente gli strumenti per la valutazione del rischi sono distinti in strumenti di tipo clinico o professionale, attuariali e clinici strutturati (20) (21) (22). Si ritiene di mantenere tale distinzione ai fini esplicativi anche si negli ultimi anni si vanno sempre più affermando strumenti e modelli non classificabili in nessuno dei gruppi precedenti.

IL GIUDIZIO CLINICO NELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Storicamente la valutazione del rischio si basava sul giudizio clinico non strutturato. Questo approccio, fondato sull'esperienza, riconosceva la più completa discrezione sulle informazioni su cui basarsi e non vi era alcuna guida sulle informazioni su cui accedere al fine di prendere le opportune decisioni. Tale approccio è altamente gravato dalla possibilità di errori in quanto le informazioni dipendono dall'intervista, dal tipo di osservazione e self report

e quindi la validità predittiva e riproducibilià è discutibile.

Non è aneddotico, al fine di evidenziare la discutibilità del metodo, citare il caso Baxtrom. Johnny Baxtrom, cittadino americano di origini svedesi, alla fine degli anni '60 era istituzionalizzato presso l'ospedale statale di Danemora nello stato di New York in quanto legalmente considerato pericoloso per 'psicopatia'. Dopo una battaglia politica che ha coinvolto l'opinione pubblica l'Alta Corte stabilì nel 1966 che l'istituzionalizzazione era illegale in quanto non dimostrabile scientificamente che le persone detenute avrebbero nel futuro presentato delle condotte violente. Così, poco meno di 1000 'pericolosi psicopatici' vennero dimessi da un giorno all'altro per le strade del New England divenendo occasione per lo studio scientifico della predittività dei comportamenti violenti. Dopo 2-3 anni solo il 2% dei dimessi furono coinvolti in episodi di violenza (23). Nel 1974, Steadman and Cocozza conclusero il loro libro "Careers of the Criminally Insane" (24) affermavano che I clinici tendevano a considerare molto più pericolosi i loro pazienti di quello che in realtà erano. Le critiche non mancarono, sia sul piano giuridico che su quello clinico e della ricerca e si basavano sulla constatazione che i pazienti dimessi avevano una età relativamente avanzata e che avevano dei trascorsi istituzionali molto lunghi per cui erano da considerare ormai stabilizzati. Pochi anni dopo, sulla base di una analoga situazione, il "caso Dixon" nello stato della Pennsylvania, Thornberry e Jacoby (25) giunsero ad analoghi risultati su una popolazione di soggetti di più giovane età.

Si arriva allo storico articolo di Ennis e Littwak (1974)"Psychiatry and the Pesunption of Expertise: Flipping a Coin in the Courtyard"(26) in cui semplicemente si ribadisce che le capacità predittive degli psichiatri non superano il caso (lanciare una moneta in aria).

Il mondo scientifico e, più in generale, l'intera società, permeata da un forte movimento di rivendicazione di diritti civili e le spinte del movimento antipsichiatrico (27) è stata costretta a porsi interrogativi sulla possibilità di una valutazione del rischio basata esclusivamente sul giudizio clinico, tanto che Appelbaum (1997) (28) retoricamente chiede: "è eticamente accettabile una valutazione del rischio basata univocamente sul giudizio clinico?"

IL MODELLO ATTUARIALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

È da Monahan nel 1981(29) che parte l'appello per una "second generation" di ricerche per la predittività dei comportamenti violenti e l'impulso alla nascita di ricerche sulla valutazione attuariale e sulla correlazione tra fattori statici, demografici, storici e future condotte di violenza. Contestualmente si sviluppa la concettualizzazione operativa del concetto di psicopatia (30) (31) (32) e impulsività (33) (34).

Il modello attuariale, definito anche come algoritmico consente al valutatore di arrivare al giudizio basandosi su informazioni statistiche con regole fisse ed esplicite.

Questi metodi si compongono in genere di un certo numero di fattori predittivi ordinati secondo checklist di fattori conosciuti a cui viene attribuito ad ognuno un punteggio. La somma di questi fattori attribuisce un rischio attuariale, graduato alla singola persona.

L'approccio attuariale si basa su fattori di tipo statico che l'analisi statistica ha evidenziato come correlabili a un aumento del rischio. Il rischio viene in genere espresso in un punteggio e fa riferimento a uno specifico periodo, in genere di anni.

Numerosi sono i rilievi e limiti evidenziati per le valutazioni attuariali ad iniziare dai bias metodologici essendo gli indicatori estremamente semplici e facili da misurare piuttosto che complessi, stabili piuttosto che dinamici, relativi al lungo periodo piuttosto che a breve termine. Il modello attuariale è inoltre un approccio ateoretico con indicatori facilmente ottenibili e correlabili con la violenza. Una teorizzazione delle condotte violente è il presupposto per la messa in atto di una strategia e programma di trattamento.

Vi sono poi altre osservazioni di ordine metodologico trattandosi di studi retrospettivi ("black box epidemio-

logy") (35) e non prospettici, relativamente all'utilizzo essendo mirate su popolazioni specifiche e mal si prestano a un utilizzo fuori dal contesto di sviluppo, di ordine operativo in quanto non riconoscono la diversità e la necessità di individualizzare il progetto di gestione del rischio e per la minimizzazione del ruolo dei clinici. Inoltre non c'è praticamente possibilità che per una persona il rischio possa diminuire.

I modelli attuariali pur essendo utili per identificare i sottogruppi ad alto rischio ma non ci aiutano a comprendere i meccanismi che legano le variabili identificate e che condizionano i comportamenti violenti ai diversi livelli di esposizione (6).

In sintesi, secondo il Depatment of Health, non dovrebbero mai essere utilizzati come unici strumenti per la valutazione del rischio legato a uno specifico utente (36).

L'APPROCCIO CLINICO STRUTTURATO ALLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Definiti come *"anchored clinical judgement"* (37) o strumenti *"risk need"* (38) o anche *"aide mémoire assessment"*, è un approccio che si focalizza sul risk management basandosi prevalentemente su fattori di rischio dinamici. Rappresentano quindi una guida che il clinico deve seguire al fine di formulare un giudizio sul rischio. Spesso sono strumenti cui, accanto alla valutazione del rischio di condotte aggressive o violente, vengono considerati anche rischi quali quello suicidiario o di grave abbandono.

L'approccio clinico strutturato si basa invece sulle seguenti basi:

- l'analisi di ben definiti fattori derivanti dalla ricerca scientifica
- l'esperienza e il livello di conoscenza dell'esaminatore
- il coinvolgimento diretto dell'utente e delle persone che gli stanno vicino

A differenza dagli approcci attuariali gli strumenti di valutazione di tipo clinico sono difficili da valutare in termini di esiti predittivi ma resta il dato che i fattori valutati derivano da robuste evidenze scientifiche.

Anche per questi strumenti sono stati evidenziate una serie di limitazioni a cominciare dalla scarsa inter rater reability. Questo approccio, strutturato ma comunque basato su un giudizio clinico, si presta alla medicina difensiva in quanto, comprensibilmente, i clinici preferisco i falsi positivi ai falsi negativi.

RASSEGNA DEGLI STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

In una recente indagine Singh e Fazel (39) hanno preso in considerazione ben 128 strumenti per la valutazione del rischio. Alcuni di essi hanno ormai notorietà e utilizzo internazionale (HCR 20) (40)(41) altri uno sviluppo locale.

Nella *tabella 2* vengono riportati alcuni degli strumenti di valutazione del rischio più diffusi e classificati secondo la loro tipologia, il setting, il tipo di rischio misurato e le evidenze disponibili.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Il trasferimento della ricerca scientifica nel 'real world' dei servizi deve tener conto di numerosi fattori. L'attitudine dei singoli operatori non è un dato scontato ma è collegabile a diverse variabili e motivazioni come ad esempio l'aver seguito percorsi formativi specifici, il carico di lavoro e le conseguenti carenze di tempo. È importante sottolineare che il contributo di ogni singolo operatore è importante nel miglioramento della strategia di valutazione e di gestione, infatti elementi per una buona riuscita sono il lavoro di gruppo, una supervisione individuale, e una chiara e diffusa comunicazione.

Un cenno a parte meritano le procedure di audit. I programmi intrapresi possono avere un esito negativo o andare in una direzione diversa da quella desiderata anche quando tutto è stato messo in atto nella maniera migliore. È proprio da queste situazioni che si possono

Tabella 2 - rassegna degli strumenti per la valutazione del rischio più diffusi

Nome	Tipologia	Setting	Tipo di rischio	Evidenze
Clinical Risk Management Tool/Working with Risk CRMT	Clinico	Tutti	V, S, A	Non disponibili
Funtional Analysis of Care Enviroiment	Clinico	Tutti	V, S, A	Buone
Risk Assessment Management and Audit System RAMS	Clinico	Tutti	Tutti	Modeste
Generic Integrated Risk Ass. for Forensic Env. GIRAFE	Clinico	F	Tutti	Non disponibili
Classification of Violent Risk COVR	Attuariale	F	V	Buone
Short Term Assessment of Risk and Treatibility START	Clinico	Tutti	V, S, A	Buone
Historical Clinical Risk 20 HCR 20	Clinico	Tutti	V	Molto buone
Psycopaty Checklist Revisited PCL R	Attuariale	Tutti	A	Molto buone
Static 99	Attuariale	F	S	Modeste
Sexual Violence Risk 20 SVR 20	Clinico	F	S	Buone
Violence Risk Appraisal Guide VRAG	Attuariale	F	V	Molto buone
Interactive Classification Tree	Attuariale	F	V	Buone

generare riflessioni ed evidenziare errori altrimenti non visibili che contribuiscono alla crescita professionale dell'intera équipe. Particolare interesse meritano i 'near miss', ossia le situazioni in cui si sono rischiati esiti negativi. Se è vero che un importante contributo formativo può derivare dalla revisione a posteriori degli eventi negativi, anche dalle buone pratiche cliniche possono dare un contributo importante. Se gli operatori nella loro pratica riescono a evitare eventi negativi prendendo le giuste decisioni è bene che le procedure messe in atto siano condivise a livello di équipe e vi sia una revisione multidisciplinare tra pari.

Significativo, a tal proposito, è l'integrazione del piano di valutazione e gestione del rischio nella valutazione complessiva degli esiti. Sono strumenti che integrano strategie di intervento e monitoraggio sistematizzate alla valutazione di un'ampia gamma di fattori di rischio prima non valutati e altri fattori di personali importanti per la terapia (42)

A titolo esemplificativo viene riportata la Funtional Analisis of Core Envioiment (FACE) Risk Assessment (44).

Il pacchetto valutativo si basa su una valutazione multiprofessionale dei bisogni, alla promozione delle strategie di recovery, rende agevole il reporting, comprende una valutazione degli esiti, della soddisfazione degli utenti e della qualità della vita e un sistema di triage.

La parte riservata alla valutazione del rischio è una sorta di traccia, di aiuto alla memoria, che il clinico deve compiere per arrivare a una valutazione del livello di rischio. Tale valutazione ha una connotazione operativa, ossia dovrebbe rispondere alla domanda: cosa dovrebbe essere messo in atto per una persona che ha un determinato livello di rischio?

Nella figura 8 vengono riportati i livelli di rischio della valutazione. Ad esempio un livello 2 di rischio per un utente potrebbe essere quello per cui fin tanto che assume regolarmente la terapia il rischio è molto basso ma se il paziente sospende la terapia farmacologica il rischio aumenta. In questo caso il piano di gestione del rischio potrebbe essere quello di avere un familiare o un operatore che si preoccupa di somministrare o verificare la regolare assunzione delle cure.

Altro punto interessante della FACE Risk Assessment è l'annotazione puntuale del passaggio di informazioni, essendo la comunicazione, come precedentemente ribadito, una dei pilastri nella gestione del rischio.

11 Rischio attuale

Utilizzare la seguente scala:

0 = Nessun rischio apparente
Nessuna storia o segno premonitore di rischio.

1 = Rischio apparente lieve
Non vi sono attualmente comportamenti indicativi di rischio ma la storia del paziente o segni premonitori indicano un rischio probabile. Il trattamento standard assicura la necessaria vigilanza o controllo.
Non sono previsti piani specifici o misure di prevenzione del rischio.

2 = Rischio apparente significativo
La storia e le condizioni del paziente indicano òa presenza di riscio e questo è considerato un problema importante. È necessario mettere a punto un piano specifico in aggiunta al progetto di trattamento.

3 = Rischio apparente grave
Le circostanze sono tali da mettere a punto e atutare un piano di gestione del rischio.

4 = Rischi apparente grave e imminente
La storia e le condizioni del paziente indicano la presenza di rischio, ad es. il paziente prepara l'atto. Il piano di prevenzione del rischio ha la massima priorità.

Figura 8 - FACE risk assessment

Altro concetto valutativo di grande interesse è quello di focalizzare la valutazione non solo sui rischi ma anche sulle risorse cui fare riferimento. Concetto che viene sviluppato nella Short-Term Assessment of Risk and Treatability (45) in cui 20 fattori di rischio e di forza sono riportati con un punteggio di 0. 1 o 2 di cui si allega la traduzione italiana (Figura 9).

A questi principi devono essere aggiunto un altro elemento che non ha solo il valore formale ma interessa la sostanza concreta, ossia la necessità di documentare quanto fatto, prendendo cura di rilevare i segni premonitori, il modo con cui vengono condivise le informazioni e il piano dettagliato di intervento in quanto, non documentare quello che viene fatto equivale, sul piano legale, a non averlo fatto.

CONCLUSIONE

Il processo di valutazione del rischio deve essere visto in una logica di emancipazione e recovery della persona e non in un'ottica esclusivamente difensiva degli operatori. Molto utile è la concezione di valutazione positiva del rischio (46) che si articola sui seguenti principi:

- prendere decisioni sulla base della conoscenza delle evidenze della ricerca, degli utenti, del loro contesto sociale, dei servizi disponibili e del giudizio clinico
- competenze nella valutazione del rischio sono richieste a tutti gli operatori della salute mentale
- la valutazione del rischio deve essere condotto con spirito di collaborazione in un clima di maggior fiducia possibile fra operatori e utenti
- la gestione del rischio deve puntare al recupero della persona
- richiede strategie organizzative e grande impegno degli operatori
- richiede lo sviluppo di strategie flessibili per prevenire ogni evento negativo e/o minimizzare gli effetti negativi
- deve contemplare sia il rischio generale che quello specifico
- la conoscenza delle leggi e procedure sulla Salute Mentale è importante per la gestione del rischi
- un buon piano di gestione del rischio deve contenere tutti i fattori di rischio identificati, le situazioni a questi collegate e le azioni da mettere in pratica in risposta al manifestarsi della crisi

START Sommario

Nome Cognome_____ Nome _____ Codice Psiche_

M ☐ F ☐ Data Nascita (gg/mm/aa)_____

Diagnosi DSMIV TR ☐ ICD-10 ☐ 1 2 3

SATUS

- ☐ Dimissione in prova dal…
- ☐ Misura di sicurezza in Comunità dal…
- ☐ Misura di sicurezza al domicilio dal…
- ☐ libertà vigilata dal…
- ☐ affidato ai servizi dopo misura di sicurezza (spec. mesi…..)

DOMICILIO/SR:

OPERATORE DI RIFERIMENTO:

PSICHIATRA

TIPO DI VALUTAZIONE Iniziale ☐ Rervsione ☐ Altro ☐

Item chiave	Risorse			START item	Vulnerabilità			Item chiave
O	2	1	0	1.Abilità sociali	2	1	0	O
O	☐	☐	☐	2.Realazioni interpersonali	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	3.Occupazione	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	4.Attività ricreative	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	5.Cura di sé	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	6.Stato psichico	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	7.Stato emotivo	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	8.Abuso di sostanze	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	9.Controllo degli impulsi	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	10.Fattori scatenanti esterni	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	11.Supporto sociale	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	12.Risorse materiali	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	13.Attitudini	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	14.Aderenza alla terapie	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	15.Condotta			☐	O
O	☐	☐	☐	16.Consapevolezza	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	17.Programmi	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	18.Trattabilità	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	19.Item specifici	☐	☐	☐	O
O	☐	☐	☐	20.Item specifici	☐	☐	☐	O

SEGNI PREMONITORI

VALUTAZIONE DI RISCHI SPECIFICI

I	RISCHIO	R.I.A.D.		↓	← →
O	Violenza	No ☐	Si ☐	☐	☐
O	Autolesione	No ☐	Si ☐	☐	☐
O	Suicidio	No ☐	SI ☐	☐	☐
O	Abbandono del programma			☐	☐
O	Trascuratezza			☐	☐
O	Vittimizzazione			☐	☐
O	Rischi specifici:___			☐	☐

MISURE DI GESTIONE ATTUALI

Piano di gestione attuale

Stato di salute/test medici

Formulazione del rischio: fattori/predittività spiegazione/persone coinvolte/Quali agiti/quando

Compilato da data

- la valutazione del rischio dovrebbe essere sempre effettuata con strumenti specifici e validati
- tutti gli operatori coinvolti devono mostrare sensibilità e competenze in relazione alla diversità della razza, fede, età, sesso, disabilità e orientamento sessuale
- la gestione del rischio deve avere la consapevolezza che il livello di rischio cambia nel tempo, è sempre necessario un approccio attento e personalizzato
- i piani corretti di gestione del rischio richiedono l'intervento di team multiprofessionali
- tutto il personale coinvolto deve ricevere un apposito e specifico training formativo almeno ogni tre anni
- un piano di gestione è valido ed efficace se coinvolge tutti gli attori
- il piano di gestione del rischio è volto alla ricerca di un equilibrio tra gli estremi di una posizione iperprotettiva e di una abbandonica
- la valutazione del rischio, delle possibili conseguenze e le decisioni da prendere devono essere negoziate con il paziente e chiaramente comprese da tutte le persone coinvolte nel processo.
- la valutazione e gestione del rischio è parte integrante del piano terapeutico della persona.

** Responsabile del Centro Psico Sociale di Cremone e del Centro Psico Sociale di Soresina, Azienda Ospedaliera di Cremona*

Bibliografia

1. Mullen P.E., *A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry [Internet]. 1997 Jan 1 [cited 2013 Jul 16];31(1):3–11. Available from: *http://anp.sagepub.com/content/31/1/3.short*
2. Allen M.H., Hughes D.H., Docherty J.P., Ross D.R., Ross D., Editorial R., *Treatment of Behavioral Emergencies The Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies*. A Postgraduate Medicine Special Report. 2001;(May 2001).
3. Appleby L., *Safer services: conclusions from the report of the National Confidential Inquiry*. Advances in Psychiatric Treatment [Internet]. 2000 Jan 1;6(1):5–15. Available from: *http://apt.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/apt.6.1.5*
4. Cook N.R., *Use and misuse of the receiver operating characteristic curve in risk prediction*. Circulation [Internet]. 2007 Feb 20 [cited 2013 Sep 8];115(7):928–35. Available from: *http://circ.ahajournals.org/content/115/7/928.full*
5. Singh J.P., Ph D, *Predictive Validity Performance Indicators in Violence Risk Assessment.* A Methodological Primer. 2013;22(February):8–22.
6. Buchanan A., Binder R., Norko M., Swartz M., *Resource Document on Psychiatric Violence Risk Assessment*. American Journal of Psychiatry. 2012;169(March):1–10.
7. *Stigma e violenza lo spettro del pregiudizio*.
8. *Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain public health implications* -- Coid et al_ 189 (1) 12 -- The British Journal of Psychiatry.
9. Fazel S., GRann M., Carlström E., Sc M., Lichtenstein P., PhD, et al., *Risk Factors for Violent Crime in Schizophrenia*. Journal of Clinical Psychiatry. 2009;70(March):362–9.
10. Spinogatti F., Agrimi E., Poli R., *Stigma e violenza: lo spettro del pregiudizio*. In: Tonioli E., Grossi A., editors. Oltre lo stigma. Strategie di prevenzione in psichiatria [Internet]. Centro Sci. Torino; [cited 2013 Jul 23]. p. 71–82. Available from: *http://www.psychomedia.it/pm-revs/books/toniolo-grossi.htm*
11. Association association of Community Psychiatrist., *LOCUS*

Level Of Care Utilizzatio System [Internet]. 2010. Available from: *www.communitypsychiatry.org/publications/clinical_and_administrative_tools_guidelines/LOCUS Instrument 2010.pdf*

12. Szmukler G., *Risk Assessment: "numbers" and "values"*. Psychiatric Bulletin. 2003;(2003):205–7.
13. Fleminger S., *Number needed to detain*. British Journal of Psychiatry. 1997;(171):287.
14. Seena F., Singh J.P., Doll H., Grann M., *Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis*. BMJ. 2012;345(e4692).
15. Altman D.G., Andersen P.K., *Calculating the number needed to treat for trials where the outcome is time to an event*. BMJ [Internet]. 1999 Dec 4 [cited 2013 Sep 15];319(7223):1492–5. Available from: *www.bmj.com/content/319/7223/1492?ijkey=929ddd18ddec30891odeac8dcd9e03fdf7e3e8d2&keytype2=tf_ipsecsha*
16. Glas A.S., Lijmer J.G., Prins M.H., Bonsel G.J., Bossuyt P.M.M., *The diagnostic odds ratio: a single indicator of test performance*. Journal of Clinical Epidemiology [Internet]. 2003 Nov [cited 2013 Sep 15];56(11):1129–35. Available from: *dx.doi.org/10.1016/0895-4356(03)00177-X*
17. Ezio B., Stefano P., *Un approccio per la valutazione della validità dei test diagnostici: le curve R.O.C. (Receiver Operating Characteristic)*. Ann. Fac. Medic. Vet. di Parma. 2003;XXIII:49–68.
18. Buchanan A., Leese M., *Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review*. The Lancet [Internet]. 2001 [cited 2013 Sep 21];358:1955–9. Available from: *www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601069628*
19. Buchanan A., Binder R., Norko M., Swartz M., *Psychiatric Violence Risk Assessment*. American Journal of Psychiatry. 2012;169(3):340.
20. Buchanan A., *Risk of violence by psychiatric patients: beyond the actuarial versus clinical assessment debate*. Psychiatric Services [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 15];59(2). Available from: *www.dsm.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=99106&RelatedWidgetArticles=true*
21. Doctor R., *Psychodynamic lessons in risk assessment and management*. Advances in Psychiatric Treatment [Internet]. 2004 Jul 1;10(4):267–76. Available from: *http://apt.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/apt.10.4.267*
22. Royal College Psychiatrist. *Rethinking risk to others in mental health services* [Internet]. 2008. Available from: *http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr150.pdf*
23. Webster C. D., & Bailes G., *Assessing violence risk in mentally and personality disordered individuals*. In Handbook of Offender Assessment. In: R H, editor. 2001.
24. Steadman H.J., Cocozza J., *Careers of the Criminally Insane*. Lexinton M. 1974.
25. Terence T., Joshep J., *The Criminally Insane*. Justice S in C and, editor. 1979.
26. B J E, E LT., *Psychiatry and the Pesunption of Expertise: Flipping a Coin in the Courtyard*. Cal L Rev. 1974;693–752.
27. T S., *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct, (Rev. ed.)*. Row H&, editor. New York; 1974.
28. Appelbaum P.S., *Ethics in evolution: the incompatibility of clinical and forensic functions*. American Journal of Psychiatry. 1997;154(4):445–6.
29. Monahan J., *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. CA: Sage. Beverly Hills; 1981.
30. Hare R., *The Hare psychopathy checklist—Revised*. Multi-Health Systems, editor. The Hare psychopathy checklist—Revised. Toronto, Ontario, Canada; 1991.
31. Hare R., *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. 2nd edition. Systems. MH, editor. Toronto, Ontario; 2003.
32. Hart S. D., Cox D. N., Hare R.D., *Manual for the screening version of the Hare Psychopathy Checklist- revised* (PCL:SV). Systems. MH, editor. Toronto, Canada; 1995.
33. Barrat E.S., *Impulsiveness and aggression*. In: Press. U of C, Baxter, editors. In Monahan J., & Steadman H. (Eds.), Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. Chicago; 1994.
34. Webster C. D., Jackson M., *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. Guilford, editor. New York; 1997.
35. *Dernevik M., Structured clinical assessment and management*

of risk of violent recidivism in mentally disordered offenders [Internet]. 2004. Available from: *http://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/39264*

36. Department of health, *Best Practice in Managing Risk*. 2007.
37. Quinsey V.L., Rice, M.E., Harris GT., *Actuarial prediction of sexual recidivism*. Journal of Interpersonal Violence. 1995;10:85–105.
38. Bonta J., Canada P.S., Andrews D.A., *Risk Need Responsivity Model for Offender Assessment and Reahanilitation* [Internet]. 2007. Available from: *www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/rsk-nd-rspnsvty-eng.pdf*
39. Singh J.P., Fazel S., *Forensic Risk Assessment a Metareview*. Criminal Justice and Behavior. 2010;67:965–8.
40. Michel S.F., Riaz M., Webster C., Hart S.D., *International Journal of Forensic Mental Health Using the HCR-20 to Predict Aggressive Behavior among Men with Schizophrenia Living in the Community: Accuracy of Prediction*, General and Forensic Settings, and Dynamic Risk Factors. 2013;(February):1–13.
41. Webster C.D., Eaves D., Douglas K.S. W.A., *The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and RiskVersion 1*. Burnaby, BC: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 1995.
42. Andrews D.A., Bonta J., Stephen W., *The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment*. Crime & Delinquency [Internet]. 2006 Jan 1 [cited 2013 Sep 21];52(1):7–27. Available from: *http://cad.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0011128705281756*
43. Clifford P.I., *The FACE Recording and Measurement System: a scientific approach to person-based information. Bulletin of the Menninger Clinic* [Internet]. 1999 Jan [cited 2013 Sep 21]; 63(3):305–31. Available from: *http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10452193*
44. Nicholls T.L., Ph D, Webster C., Martin M., Brink J., *START: Research Evidence, Implementation Successes & Future Directions Acknowledgments*.
45. NHS S., *Positive Clinical Risk Management Policy* [Internet]. 2010 p. 1–13. Available from: *http://www.smhp.nhs.uk/LinkClick.aspx?fileticket=XeKjrTa8axo=&tabid=165&mid=746*

Gruppo sulla gestione dell'ansia

Esperienza in un servizio di salute mentale

Ilaria Tedeschi, Vincenzo Tricarico*, Giancarlo Cerveri*, Claudio Mencacci**

L'ANSIA E I DISTURBI PSICOTICI

L'ansia è un normale fenomeno della vita psichica, avente un significato protettivo e legato alla sopravvivenza: ci permette infatti di allertarci e attivarci di fronte ad un potenziale pericolo. In alcuni casi l'intensità di questa emozione diventa tale da interferire notevolemente nella vita quotidiana della persona causando numerose limitazioni.

In Italia la prevalenza life time dei disturbi d'ansia è del 5.5% per gli uomini e del 16.2% per le donne. Nello specifico il disturbo più frequente è la Fobia Specifica, con una prevalenza lifetime del 5.7%, seguito dal Disturbo Post Traumatico da Stress (2.3%), dalla Fobia Sociale (2.1%) e dall'Ansia Generalizzata (1.9%) (4).

In letteratura è stata inoltre riportata una maggior prevalenza di problematiche ansiose e depressive nei pazienti affetti da psicosi rispetto alla popolazione generale (Waller, 2014; Buckley 2008). È stata però riscontrata una notevole etereogeneità nelle stime di prevalenza tra i vari studi, nonostante ciò queste differiscono in modo significativo dalle pravalenze nella popolazione generale (Achim, 2011).

Il disturbo di Panico sembrebbe avere una prevalenza dal 3.3 al 29.5% nei pazienti affetti da Schizofrenia, il Disturbo Post Traumatico da Stress del 29% e il Disturbo Ossessivo Compulsivo del 23% (3; 12).

Gli attacchi di panico sembrerebbero essere più frequenti nei pazienti affetti da Schizofrenia di tipo paranoide; la presenza di Disturbo Post Traumatico da Stress sembrerebbe invece essere associata a maggior gravità clinica, maggior presenza di ideazione suicidaria e maggior numero di ospedalizzazioni (3).

Per quanto riguarda la Fobia Sociale, anch'essa sembrerebbe essere spesso presente in comorbilità con le psicosi, con una prevalenza riscontrata tra l'8 e il 36%. La Fobia Sociale è inoltre spesso accompagnata da alti livelli di depressione, una ridotta qualità di vita, disabilità sociale e una prognosi peggiore.

È stato ipotizzato che la Fobia Sociale possa essere legata ai sintomi positivi, e in particolar modo alla paranoia, attraverso modalità differenti (10):

- la Fobia Sociale potrebbe precedere l'esordio della paranoia e mantenere le credenze persecutorie;
- Fobia Sociale e paranoia potrebbero esordire e svilupparsi di pari passo;
- la Fobia Sociale potrebbe essere conseguenza delle credenze persecutorie;
- la Fobia Sociale potrebbe emergere in risposta alla vergogna e allo stigma sociale legato alla malattia.

Le problematiche di tipo ansioso, quando presenti, comportano un impatto notevole nella vita quotidiana dei pazienti, creando evitamenti e rendendo più difficoltosa la partecipazione ad attività di tipo sociale, ricreativo o riabilitativo.

In particolar modo, dai dati presenti in letteratura sembrerebbe che nei pazienti affetti da Schizofrenia, la presenza di un disturbo ansioso in comorbilità comporti maggiori difficoltà nel processo di cura, un più elevato rischio di ricadute ed una ridotta qualità di vita percepita (1; 9).

Si evince quindi l'importanza di non sottovalutare le problematiche di tipo ansioso in questi pazienti e di fornire un adeguato trattamento per migliorare la qualità di vita degli stessi e anche l'outcome terapeutico (1).

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANSIA E NEI DISTURBI PSICOTICI

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) è stata indicata dalle linee guida inglesi del National Institute of Care and Health Excellence (NICE) e dall'American Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) come terapia che andrebbe offerta a tutti i pazienti affetti da psicosi o schizofrenia (11).

Numerosi studi hanno infatti rilevato l'efficacia di questo tipo di trattamento, affiancato alla terapia antipsicotica, nella riduzione dei sintomi e del numero di ospedalizzazioni.

La maggior parte degli interventi di CBT che vengono proposti a questo tipo di pazienti, e quindi anche la maggior parte degli studi di efficacia presenti in letteratura, riguardano la riduzione dei sintomi psicotici, ovvero si focalizzano sulle credenze deliranti e sulla gestione degli aspetti allucinatori; numerosi sono anche gli interventi volti al miglioramento dei deficit cognitivi.

Meno diffusi sono gli studi che hanno valutato l'efficacia di interventi volti alla riduzione dei sintomi ansiosi o depressivi nella popolazione psicotica (10), nonostante questi siano molto spesso concomitanti.

La tradizione della CBT nella cura dei disturbi d'ansia è invece ben radicata e di lunga data.

La CBT è infatti indicata come l'intervento di prima scelta nel trattamento di questa categoria di disturbi, nei quali ne è stata ampiamente dimostrata l'efficacia (5).

In particolar modo, sono stati sviluppati dei protocolli di intervento specifici per ogni particolare disturbo d'ansia, il cui utilizzo si sta ultimamente diffondendo anche nel territorio italiano (2; 7).

L'ESIGENZA DI UN GRUPPO SULL'ANSIA IN UN SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE

Vista la notevole frequenza di comorbilità dei disturbi ansiosi in pazienti affetti da psicosi e il notevole impatto di quest'ultima nella vita quotidiana dei pazienti, all'interno di un Centro Psicosociale è nata l'esigenza di fornire un intervento di gruppo che potesse affrontare in modo privilegiato queste problematiche.

Numerosi interventi di gruppo di tipo terapeutico, riabilitativo e di sostegno vengono tipicamente proposti ai pazienti afferenti al CPS e al Centro Diurno, ma la sfera ansiosa non era ancora stata presa come target specifico di questi interventi.

È stato quindi strutturato un intervento avente come obiettivo la gestione dei sintomi ansiosi in pazienti affetti da disturbi della sfera psicotica.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

L'intervento è stato inizialmente presentato all'equipe di specialisti prestanti servizio presso la struttura, in modo da coinvolgere ognuno rispetto alla segnalazione di potenziali utenti che avrebbero potuto trarre benefici da questo tipo di progetto terapeutico.

I pazienti coinvolti sono stati quindi segnalati ai conduttori del gruppo dagli operatori stessi.

Ogni paziente è stato poi contattato telefonicamente e se interessato, invitato a effettuare un primo colloquio conoscitivo e valutativo con la psicologa e l'infermiere professionale che hanno gestito il gruppo.

In sede di primo colloquio, ai pazienti è stato presentato l'intervento, gli obiettivi, le caratteristiche e le metodologie utilizzate, così come sono state raccolte le impressioni, domande e timori eventualmente presenti. Ottenuto il consenso alla partecipazione al gruppo, è stato condotto un colloquio di approfondimento delle problematiche ansiose e della loro entità; inoltre, sono stati somministrati, con il medesimo scopo, il State-Trait Anxiety Inventory (STAI), la Symptom Checklist 90 (SCL-90) e la WHOQOL-BREF per valutare la qualità di vita percepita. L'utilizzo di questi questionari è avvenuto sia per approfondire lo specifico caso di ogni paziente, sia per avere dei criteri oggettivi per valutare l'efficacia dell'intervento di gruppo in termini di cambiamento

della sintomatologia ansiosa nel tempo.

L'intervento è stato proposto inizialmente a 13 pazienti in carico presso il CPS, segnalati dai propri medici curanti; di questi 12, 3 pazienti hanno rifiutato a priori di partecipare e 2 pazienti hanno droppato dopo pochi incontri.

CARATTERISTICHE E STRUTTURA DELL'INTERVENTO DI GRUPPO

Il gruppo è stato rivolto a 8 pazienti, eterogenei per sesso, età e tipologia di diagnosi primaria, ma accomunati dalla presenza di una forte sintomatologia asiosa.

Il gruppo è stato condotto da una psicoterapeuta cognitivo comportamentale e da un infermiere professionale, con la partecipazione di una tirocinante di Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica.

Sono previsti 25 incontri, dalla durata di un'ora ciascuno e a cadenza settimanale, aventi luogo da Giugno 2014 a Febbraio 2015.

Obiettivo dell'intervento è migliorare la capacità dei partecipanti di gestire la propria ansia nei momenti di difficoltà, imparando a riconoscerla come emozione e ad utilizzare degli strumenti pratici per poterla affrontare.

Tale intervento è stato orientato ai protocolli di Andrews per il trattamento in gruppo dei disturbi d'ansia; tali protocolli sono stati adattati e modificati tenendo in considerazione la particolare tipologia dell'utenza e soprattutto l'etereogenità diagnostica presente all'interno del gruppo.

Non essendo il gruppo composto da pazienti con la stessa diagnosi d'ansia, il gruppo è stato condotto utilizzando quelle tecniche ritenute facilmente applicabili ed efficaci in svariate problematiche ansiose.

L'intervento è stato strutturato in modo modulare: sono previsti due macro moduli, ognuno composto da micromoduli.

I° macromodulo: approfondimento dell'ansia e apprendimento delle tecniche comportamentali.

Composto da 4 micromoduli:

- Psicoeducazione dell'ansia;
- Respirazione lenta;
- Rilassamento muscolare isometrico;
- Rilassamento muscolare progressivo.

II° macromodulo: approfondimento della sfera cognitiva dell'ansia.

Composto da 3 micromoduli:

- Gestione del rimuginio;
- Problem solving;
- Credenze disfunzionali.

Il gruppo è semi-aperto: è possibile che nuovi partecipanti vengano inseriti all'inizio di ogni nuovo modulo.

TECNICHE UTILIZZATE

- *Psicoeducazione dell'ansia:* insieme ai pazienti è stato affrontato in dettaglio ciò che accade quando si entra in ansia, la spiegazione di ogni sintomo in base alla risposta di attacco-fuga, l'ansia come valutazione di una minaccia e i comportamenti funzionali o disfunzionali che tendono a essere messi in atto in quei momenti. Questa fase è stata reputata dai pazienti stessi utile fin da subito; infatti familiarizzare con questi aspetti decatastrofizza l'esperienza in sé, rendendola più comprensibile e meno fonte di paura.

- *Tecnica della respirazione lenta:* è stata insegnata ai pazienti per ridurre i sintomi di iperventilazione. La messa in atto di questa tecnica permette di respirare con cicli di 6 secondi per respiro e di contrastare l'iperventilazione che automaticamente subentra nei momenti di ansia. Questa tecnica è stata ben accolta dai pazienti, e fin da subito integrata nella vita quotidiana dalla maggior parte di loro.

- *Tecnica del rilassamento isometrico:* questa tecnica è composta da una serie di esercizi che possono essere di volta in volta scelti dal paziente, e che comportano

un rilassamento dei vari distretti muscolari attraverso la contrazione di forze opposte. Ai pazienti viene chiesto di metterla in atto nella loro quotidianità, scegliendo gli esercizi aventi come target quei muscoli che per colpa dell'ansia tendono a essere eccessivamente tesi; una costante pratica di questi esercizi migliora il generale stato di rilassamento della persona.

- *Tecnica del rilassamento progressivo di Jacobson:* al paziente viene chiesto di mettere in atto una sequenza di esercizi che rilassano in maniera progressiva tutti i distretti muscolari. I pazienti sono stati poi invitati a utilizzare questa tenica a casa, prima di esporsi a situazioni potenzialmente fonte di ansia.

- *Homework:* È stato inoltre richiesto ai pazienti di applicare tale tecniche nella loro vita quotidiana, compilando i diari di monitoraggio. Il riscontro avuto rispetto all'applicazione degli homework è stato più che positivo; la maggior parte dei pazienti ha messo in atto in maniera continuativa e costante gli esercizi richiesti. Per agevolare lo svolgimento degli homework, abbiamo utilizzato dei supporti audio con le registrazioni delle varie tecniche di rilassamento spiegate dai conduttori del gruppo, che sono poi stati distribuiti ad ogni partecipante.

- *Gestione del rimuginio*: approfondiremo e riconosceremo il rimuginio, quando presente; rifletteremo sui pro e i contro di questo tipo di attività mentale e sulla sua gestione.

- *Tecnica del problem solving:* affronteremo il metodo strutturato di soluzione dei problemi per fornire ai pazienti uno strumento pratico e semplice da attuare nei momenti in cui si sentono sopraffatti dai problemi.

- *Credenze disfunzionali:* lavoreremo sulle quelle credenze disfunzionali che sono emerse nel corso dell'intervento di gruppo, stimolando i pazienti a riconoscerne il loro impatto e a metterle in discussione; inoltre li alleneremo nella ricerca di pensieri alternativi più flessibili e meno fonte di ansia.

CONSIDERAZIONI E DIFFICOLTÀ

Questo tipo di intervento si configura come una novità all'interno del nostro servizio di salute mentale.

In generale, se tipicamente gli interventi a orientamento cognitivo comportamentale sulla gestione dell'ansia sono rivolti a pazienti con diagnosi primaria di disturbo d'ansia e che vengono collocati in gruppi omogenei per diagnosi, la principale novità di questo intervento risiede proprio nella disomogenità diagnostica e nell'utilizzo di queste tecniche in pazienti con problematiche della sfera psicotica.

Bisognerà attendere il termine del gruppo per avere dati oggettivi rispetto all'efficacia, ma i segnali e le impressioni che fin adesso abbiamo raccolto dai partecipanti sono positivi.

Gli interventi proposti sono stati ben tollerati dai pazienti, e accettati con un generale entusiasmo; la frequenza dei partecipanti è stata buona, così come la loro risposta all'utilizzo delle tecniche di rilassamento. La tecnica che apparentemente ha riscosso maggior successo, in termini di riduzione percepita dell'ansia e facilità di applicazione, sembrerebbe essere il rilassamento muscolare progressivo di Jacobson.

La disomogenità diagnostica è apparsa essere in alcuni momenti del percorso grande fonte di arricchimento e stimolo di condivisione e supporto tra i vari membri. È stato però fonte di drop out per una paziente che, per problematiche personali, faticava a tollerare il disagio psichico riportato da alcuni pazienti con un funziomento maggiormente compromesso.

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

Bibliografia

1. Achim A.M., Maziade M., Raymond E., Olivier D., Merette C., Roy M.A., *How prevalent are anxiety disorders in Schizophrenia? A Meta-analysisand critical review on a Significant Association*. Schizphrenia Bullettin vol 37(4): 811-821, 2011.
2. Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A., *Trattamento dei disturbi d'ansia: Guide per il clinico e manuale per chi soffre del disturbo*. Centro Scientifico Editore, 2003.
3. Buckely P.F., Miller B.J., Lehrer D.S., Castel D.J., *Psychiatric comorbidities and Schizphrenia*. Schizophrenia Bullettin Vol. 35(2): 383-402, 2009.
4. De Girolamo G., Polidori G., Morosini P., Mazzi F., Serra G., Visonà G., Falsirollo F., Rossi A., Scarpino V., Reda V., *La prevalenza dei disturbi mentali in Italia: il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi*. Disponibile online: *www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf*.
5. Hofmann F.G., Asnaani A., Vonk I.J., Sawyer A.T. Fang A., *The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: a review of meta-analysis*. Cognit Ther Res, 36(5):427-440, 2012.
6. Leahy R., *Sette mosse per liberarsi dall'ansia*. Raffaello Cortina editore, 2007.
7. Leveni D., *Attuazione pratica della terapia cognitivo comportamentale per i disturbi d'ansia in un servizio di salute mentale: aspetti clinici e organizzativi*; in Trattamento dei disturbi d'ansia: Guide per il clinico e manuale per chi soffre del disturbo. Centro Scientifico Editore, 2003.
8. Lorenzini R., Sassaroli S., *La mente prigioniera – Strategie di terapia cognitiva*. Raffaello Cortina Editore, 2000.
9. Makara-Studzinksa M., Wolyniak M., Krys K., *Influence of anxiety and depression on quality of life of people with schizophrenia in the eastern region of Poland*. International Scholarity Reserach Network, 2012.
10. Michail M., Birchwood M., Tait L., *Protocol for a systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in psychosis*, Systematic Reviews, 3:62, 2014.
11. Nordentoft M., Austin S., *CBT for psychotic disorders: beyond meta-analysis and guidelines – it's time to implement!* World Psychiatry 13:3, Oct 2014.
12. Pallanti S., Cantisani A., Grassi G.; *Anxiety as a core aspect of Schizophrenia*. Curr Psychiatry Rep, 15:354, 2013.
13. Prinz U., Nutzinger D.O., Schulz H., Petermann F., Braukhaus C., Andreas S., *Comparative Psychometric analysis of the SCL 90 and its short versions in patients with affective disorders*. BMC Psychiatry 2013, Mar 28; 13-104.
14. Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M., *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*. Raffaello Cortina Editore, 2006.
15. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A., *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group*. Qual Life Res 2004, Mar, 13(2): 299-310.
16. Waller H., Craig T., Landau S., Fornells-Ambrojo M., Hassanali N., Iredale C., Jolley S., McCrone P., Garety P., *The effects of a brief CBT intervention, delivered by frontline mental health staff, to promote recovery in people with psychosis and comorbid anxiety or depression (GOALS Studies): Study protocol for a randomized controlled trial*. Trials 15:255, 2014.
17. Wykes T., Steel C., Everitt B., Tarrier N., *Cognitive Behavioral Therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor*. Schizoprhenia Bullettin 34(3):523-537, 2008.

Giovani e salute mentale

Un profilo sintetico di due Programmi innovativi (2012–2013)

Giorgio De Isabella, Antonio Di Tucci**, Giuseppe Biffi****

IL CONTESTO CLINICO-ORGANIZZATIVO E I PROGRAMMI INNOVATIVI

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" (AOSCB) di Milano partecipa, in due ambiti territoriali —quello dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Milano e quello, confinante, dell'ASL di Milano 1 (una vasta area ad ovest di Milano di circa un milione di abitanti) —alle attività innovative di salute mentale promosse dalla Regione Lombardia.

L'area di diretta competenza del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'AOSCB è quella delle Zone 6 e 7 del decentramento della città di Milano e i sei comuni attigui afferenti al Distretto di Corsico (complessivamente circa 438.447 abitanti al 31/12/2013). La composizione sociale dell'ambito interessato è varia ma si segnalano nell'utenza dei Centri di salute mentale (CPS) situazioni multiproblematiche nelle quali è ampiamente rappresentata l'associazione tra disagio sociale e sofferenza psicologica. Tra l'utenza è da segnalare la popolazione giovanile (14–21 anni), di tutta la Lombardia, sottoposta a procedimento penale che la Regione, nel 2008, ha assegnato all'AOSCB. Si tratta sia dei giovani ristretti in carcere (Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria"), sia quelli impegnati in percorsi alternativi, per gestire i quali viene attivata la collaborazione con le strutture territoriali di salute mentale.

Due dei Programmi Innovativi (PI) assegnati all'AOSCB nel 2012 sono dedicati agli interventi precoci nella sofferenza psicologica: "Prevenzione individuazione e trattamento dei disturbi psichici gravi in età giovanile" (TR 43; ASL Milano 1) e "Riconoscimento e trattamento dei disturbi psicologici in adolescenti e giovani adulti (14–24 anni)" (TR 86; ASL Milano). La direzione scientifica (progettazione e gestione) degli stessi è stata assegnata all'Unita Operativa Complessa (UOC) di Psicologia Clinica che insieme all'UOC di Psichiatria degli adulti e all'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) di Psichiatria dei minori fa parte del DSM.

I due Programmi, avviati nell'aprile dell'anno 2012 e rinnovati nel 2013, hanno caratteri sostanzialmente identici e si propongono di contribuire al superamento delle criticità specifiche della fase di vita considerate e di quelle presenti nel sistema assistenziale.

LE EMERGENZE CLINICHE NEGLI ADOLESCENTI E NEI GIOVANI ADULTI

È ormai ampiamente condiviso dalla comunità scientifica internazionale che la fascia d'età tra i 14 ed i 24 anni è il periodo del ciclo di vita in cui esordiscono la maggior parte dei disturbi mentali. In primo luogo le psicosi che sono state oggetto di studi approfonditi in ogni singolo stadio del loro decorso. Oltre alle psicosi, l'insorgenza di disturbi mentali seri riguarda anche altre tre aree psicopatologie specifiche.

Nelle giovani è la fase della vita nella quale compaiono l'anoressia, la bulimia, e l'alimentazione incontrollata. Questi disturbi appaiono particolarmente complessi perché esprimono dei caratteri patologici che alterano tanto aspetti del funzionamento fisico dell'organismo, quanto aspetti di quello mentale, entrambi i quali compromettono l'adattamento complessivo dell'individuo all'ambiente.

L'adolescenza e la prima età adulta costituiscono il periodo d'insorgenza anche dei disturbi dell'umore e d'ansia con caratteristiche comuni ad altre fasi del ciclo di vita, ma che trovano nei mutamenti fisici, cognitivi e sociali che caratterizzano questa fascia d'età, il fattore che li innesca in maniera specifica.

Infine, la fascia d'età tra i 14 ed i 24 anni, si caratterizza per l'insorgenza dei disturbi di personalità, in particolare quelli relativi al gruppo B (prevalentemente, Disturbo bordeline e Disturbo narcisistico), la cui espressione sintomatologica appare, in questo momento della vita dell'uomo, particolarmente impressionante. I clinici si devono infatti confrontare con le urgenze relative ai tentativi di suicidio, agli atti autolesivi, all'uso di sostanze stupefacenti, alle condotte devianti (commissioni di reati).

L'insieme di queste patologie appare particolarmente gravoso in quanto colpisce soggetti in età giovanile, impegnati nella costruzione di progetti di vita che vengono compromessi o arrestati dalle conseguenze delle patologie prima descritte, con elevatissimi costi personali e sociali.

LE CRITICITÀ ORGANIZZATIVE DELL'ATTUALE ASSETTO DEI SERVIZI

A fronte della "emergenza adolescenza" si presenta una preoccupante carenza di "presa in carico" (da intendere in tutte le forme possibili) dei giovani presso i servizi dedicati alla salute mentale. Di fatto, i dati rilevati dai sistemi informativi mostrano che la fascia d'età 18-24 è sotto-rappresentata nell'utenza psichiatrica dei CPS, dove invece prevale la numerosità dei pazienti che si collocano nel quarto-quinto decennio di vita, pazienti spesso cronicizzati. La situazione non si presenta tanto diversa per quel che riguarda la fascia 14–18 anni. La psichiatria infantile appare infatti altrettanto carente: i dati mostrano che le prese in carico intorno ai 14 anni cominciano a decrescere, segno che tale servizio non riesce a porsi come punto di riferimento del disagio psichico adolescenziale.

Ci si trova, quindi, a dover constatare che i Servizi psichiatrici per la salute mentale dei minori e degli adulti sono gravemente carenti nella loro azione nei confronti dell'esordio dei disturbi - quando ancora è possibile curarli con successo, risolvendoli o contenendone l'espressione e le conseguenze - consentendo che si determinino gravi effetti a livello personale e sociale che verranno trattati molto più tardi, quando ormai la sofferenza si sarà installata stabilmente nell'esistenza della persona e i disturbi si saranno consolidati. Ciò avviene nonostante, ormai da tempo una vasta letteratura scientifica concordi sulla necessità di intervenire entro i primi mesi dopo l'insorgenza del disturbo, in quanto gli interventi precoci appaiono decisivi per evitare la cronicizzazione del paziente, migliorando la sua capacità di adattamento all'ambiente e la qualità della sua vita.

Il fatto che gli attuali Servizi non siano in grado di cogliere il bisogno di cura dei giovani—non facilitino/sollecitino l'accesso alle cure riconoscendo e accogliendo la richiesta di aiuto—determina un accesso limitato e, talvolta, con caratteri di "emergenza-urgenza" (non solo dal Pronto soccorso) ovvero in condizioni cognitive ed emotive notevolmente alterate, spesso estremamente difficili da trattare, soprattutto se ormai consolidate.

Va aggiunto che l'attuale assetto dei Servizi psichiatrici— con una frattura al diciottesimo anno, nel mezzo, nel cuore della fase critica dell'adolescenza—amplifica le difficoltà di conservare la necessaria continuità della cura nei casi, peraltro non frequenti, in cui questa è stata istituita.

In conclusione, sembra che alcuni aspetti fondanti della storia, della cultura e dell'organizzazione dei Servizi psichiatrici non siano attrattivi per i giovani, non corrispondano al profilo delle loro attese di cura, della rappresentazione che hanno delle loro necessità di salute e degli interlocutori tecnici che possano soddisfarle.

GLI ATTEGGIAMENTI SPECIFICI DELL'ADOLESCENTE/GIOVANE ADULTO RISPETTO AL CHIEDERE AIUTO/CURE

Un aspetto che caratterizza marcatamente la fascia d'età giovanile è l'atteggiamento rispetto alla ricerca d'aiuto.

Innanzitutto, il giovane non è disponibile ad accettare l'idea di dover essere aiutato per superare il disagio di cui è portatore; teme infatti, di perdere il senso di adeguatezza/onnipotenza che sperimenta con il conseguimento

delle nuove capacità cognitive, relazionali e sociali tipiche dell'adolescenza.

In secondo luogo, ha bisogno di confermare comunque il senso della propria identità adolescenziale. Ciò comporta che il mantenersi all'interno della propria rete relazionale ed amicale non costituisce solo un obiettivo della cura, ma ne è anche il presupposto. La richiesta di aiuto, quando anche formalmente si esprime attraverso una domanda individuale, è mediata da una condivisione con il gruppo d'appartenenza il quale funziona come elemento di supporto che, garantendo il mantenimento dello status (inteso in senso sociologico), si fa garante della accettabilità del percorso terapeutico. In questa prospettiva di lettura, le reti informali tra giovani costituiscono un potente fattore d'invio. Ne sono prova i numerosi "accompagnamenti" di amici con problematiche psicologiche da parte di giovani che stavano già sperimentando il trattamento psicologico. Si può concludere che la ricerca di aiuto, in età giovanile, è spesso frutto di una decisione condivisa, socializzata, "autorizzata" dal gruppo di appartenenza dei pari.

Parallelamente all'importanza del gruppo di riferimento dei coetanei, da cui il giovane "dipende", si pone al giovane la necessità di non perdere il senso di autonomia rispetto alla famiglia di origine, appena e solo parzialmente, conquistato e ancora percepito come instabile. La richiesta di cure viene infatti mediata e attuata—ovvero, almeno per tutti i minori, "interferita"—dalla famiglia ed è quindi intrinsecamente in conflitto con l'autonomia valutativa e decisionale del giovane; ciò al di là della presenza di una maggiore o minore conflittualità relazionale all'interno del nucleo familiare.

Spesso, la richiesta di cure—ovvero la sua formulazione genitoriale— non è affatto condivisa dal giovane e, conseguentemente, il suo impegno nella cura diviene altalenante ed esita nella squalifica della relazione terapeutica. In questi casi, si può dire che se l'adolescente percepisce la presenza di un'alleanza aperta/incondizionata del curante con la famiglia, le probabilità di boicottaggio del rapporto di cura si elevano sino all'abbandono del trattamento. Questo accade soprattutto per quei "gruppi familiari sofferenti" che eleggono il giovane a rappresentare integralmente tale sofferenza come "paziente designato". Occorre quindi predisporre un contesto di cura in grado di "gestire" specificatamente la complessità della condizione adolescenziale.

LE LINEE ESSENZIALI DELLA CAPACITÀ DEI SERVIZI DI RECEPIRE LA RICHIESTA DI AIUTO/CURE

La capacità di recepire la richiesta di aiuto rimanda ad aspetti relativi alla cultura dei Servizi, alla loro possibilità/capacità di costruire un "contesto relazionale di cura" in grado di accogliere la domanda giovanile spesso, esitante e incerta.

Un contesto che abbia come costante punto di riferimento il consenso del paziente alla cura, cura le cui modalità e finalità possano essere "contrattate" anche allo scopo di salvaguardare gli altri aspetti della vita del giovane. Ciò richiede, nella concretezza dell'articolazione organizzativa, di modulare l'intervento in funzione del momento di vita del giovane e di fargli sentire l'intervento stesso sempre come opportunità e mai come obbligo.

Quindi un "luogo relazionale" che si definisca come snodo sanitario di una rete in cui confluiscano le istituzioni scolastiche, i servizi sociali, le associazioni culturali e sportive, i gruppi di volontariato etc. Che colga il "senso sociale" della richiesta di cura e sappia predisporre un intervento in cui la necessità della terapia non si scontri con il senso dell'appartenenza adolescenziale. Ovvero che si rivolga agli ambiti interpersonali dove si svolge la vita dei giovani per aiutarli a dare un senso al proprio disagio psichico ed indichi una possibilità di cura.

Un luogo di cura che colga, insieme alla dimensione sociale più allargata, anche quella familiare della sofferenza psicologica. Quindi in grado di rivolgersi anche ai componenti del nucleo familiare del paziente aiutandoli a riconoscere come le modalità comunicative e relazionali

intrafamiliari possano costituire un fattore di disagio per tutti i suoi membri, anche se si può esprimere maggiormente in uno di loro.

È in questa prospettiva che si sono mossi i due Programmi innovativi dedicati alla cura dei giovani, a cominciare dalla costruzione di una vasta rete di punti di accesso ai Programmi stessi fruibili dai giovani e di un sistema di collaborazioni tra soggetti operativi non solo nel campo della salute, ma anche in quello sociale ed educativo.

LA RETE DELLE RISORSE ATTIVATE DAI PROGRAMMI INNOVATIVI

I Programmi innovativi - dedicati alla fascia d'età 14–24 anni - si sono avvalsi di risorse proprie e di risorse che, coerentemente con la strategia di rete che li anima, hanno acquisito da strutture e realtà sociali e sanitarie del territorio.

Le risorse proprie sono state costituite da sei consulenti tra psicologi e psicologi-psicoterapeuti, che hanno assicurato gli interventi ambulatoriali di valutazione diagnostica, di terapia di gruppo e anche di intervento nel Pronto soccorso. Il coordinamento di questo complesso di attività è stato assicurato oltre che dal Responsabile scientifico (il Direttore dell'UOC di Psicologia clinica) da un Responsabile clinico (appartenente alla medesima UOC). L'intervento di altri specialisti medici, come lo psichiatra e il neuropsichiatra infantile è affidato a delle richieste di consulenza da parte dello psicologo che è titolare del caso. Si deve aggiungere a questo che per la realizzazione dei Programmi è stata acquisita anche una Dietologa consulente (fatta afferire all'UOS di Dietologia dell'AOSCB).

L'utilizzo delle risorse esterne è stata assicurata dalla stipula di specifici Protocolli (Accordi operativi) che hanno definito le modalità di collaborazione con ciascun soggetto sociale, sanitario ed educativo coinvolto nella costruzione di interventi caratterizzati dalla flessibilità e dall'aderenza alle specifiche problematiche presentate dai singoli giovani.

Va segnalato che i Programmi innovativi hanno sottoscritto un Accordo operativo con la UOS—dell'UOC di Psicologia clinica—che svolge Interventi sanitari a favore di minorenni sottoposti a procedimenti penali, presso le strutture del Centro Giustizia Minorile di Milano (compreso l'IPM "C. Beccaria"). È un nodo della rete sanitaria che ha come principale campo di intervento l'antisocialità—e la sua correlazione con l'insorgere dei disturbi di personalità, gli stati depressivi e inoltre i correlati personologici e comportamentali dei disturbi ad insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza (come il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività).

Sono anche stati stipulati Accordi operativi con varie UO della AOSCB a partire da quelle che insieme alla Psicologia clinica fanno parte del DSM (UOC di Psichiatria e UOSD di Neuropsichiatria Infantile).

È stato utile istituire accordi formali con la psichiatria degli adulti in quanto i CPS hanno rappresentato un nodo della rete con cui si sono potute costruire sinergie d'azione. Lo stesso per quanto riguarda il Progetto autonomie (sostenuto dal Comune di Milano). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), oltre a favorire il contatto tra giovani pazienti ricoverati e i Programmi innovativi, ha offerto la disponibilità per un tempestivo ricovero di pazienti in fase di scompenso acuto provenienti dai due Programmi.

Ugualmente, con la psichiatria dei minori gli Accordi hanno consentito di intercettare i giovani adolescenti che hanno avuto un percorso di cura precoce legato a difficoltà insorte fin dall'infanzia.

Poiché, peraltro, il disagio giovanile assume forme estremamente diversificate, che possono esprimersi in aspetti sintomatologici che ricadono sotto l'azione di diverse branche sanitarie specialistiche, sono stati costruiti Accordi operativi anche con varie UO ospedaliere: Dietologia, Pediatria, Medicina, Pronto Soccorso per gli adulti e per i minori.

Per lo stesso motivo, l'ambito delle collaborazioni che hanno portato alla stipula di Accordi, ha interessato

i Servizi sanitari che si collocano all'esterno dell'Azienda Ospedaliera come i Sert, i Consultori dell'area milanese e di quella del Distretto di Corsico.

Sulla base della constatazione che la patologia, in ambito psichico, è spesso espressione, causa e conseguenza, di disagio e precarietà sociale che interessano il giovane ed il suo nucleo familiare, è stata rilevata la necessità di stabilire una collaborazione formale con i Servizi Sociali del Comune di Milano. Peraltro è noto che la commistione di disagio psichico e sociale, diviene un potente fattore di mantenimento della patologia e di difficoltà da parte dei giovani ad accettare una prospettiva di "lavoro terapeutico" sulle proprie difficoltà.

Per completare la rete, è sembrato importante stabilire un contatto, utilizzando specifici incontri, con alcune realtà scolastiche di Milano e del corsichese: le Scuole Medie Superiori costituiscono il luogo principale in cui si svolge la vita quotidiana, si costruisce l'identità dei giovani e si manifestano, in varie forme, le difficoltà psicologiche.

Infine, per l'esiguo—ma significativo per rilevanza clinica della condizione psicopatologica— gruppo di giovani ad elevato rischio di sviluppare un disturbo psicotico o in fase di esordio, è stato stabilito un contatto con il "Programma 2000" dell'AO di Niguarda e per quelli non corrispondenti ai criteri di ammissione a tale programma realizzato un tempestivo invio ai CPS di zona.

La risposta da parte di giovani è stata, dall'istituzione di questa rete, significativa e meritevole di ulteriori riflessioni.

IL PROFILO SINTETICO DELL'UTENZA DEI PROGRAMMI INNOVATIVI DEDICATI AI GIOVANI

I giovani giunti all'attenzione dei due Programmi innovativi per la valutazione sono stati, nel secondo anno di attività (2013), complessivamente 207 (98 soggetti dell'area corsichese, 109 da quella milanese).

Rispetto al genere, vi è una netta prevalenza di quello femminile. In particolare, nell'ambito della ASL Milano 1 il 76% sono femmine, mentre in quello dell'ASL di Milano sono il 61%.

Per quanto riguarda le fasce d'età, la moda nell'ambito dei soggetti di fuori città di Milano è il 17° anno d'età, che si sposta al 19° nella città di Milano. Da notare che nella fascia d'età 14-17 anni si colloca il 57% di tutti gli utenti del territorio di Corsico e il 47% di quello di Milano.

Questo dato conferma quanto è stato ipotizzato: una parte rilevante del bisogno sanitario degli adolescenti minorenni non viene accolto dalle strutture della psichiatria dei minori e quindi, il problema della presa in carico degli adolescenti nelle strutture della salute mentale non si pone tanto nei termini della continuità, ma soprattutto nei termini di garantire le condizioni per cui questi soggetti e le loro famiglie vedano nei Servizi le strutture idonee a dare una risposta ai loro bisogni sanitari.

Per quanto riguarda le tipologie di disturbi presentati, i dati mostrano che nell'ambito territoriale del Distretto di Corsico, vi è una netta prevalenza dei disturbi di personalità (43%) e che risultano ugualmente molto rappresentati, anche se in misura minore, i disturbi di ansia (28%) e i disturbi alimentari (25%). La ripartizione dei disturbi presi in carico a Milano conferma l'ordine di prevalenza, mentre cambiano le percentuali di presenza: i disturbi di personalità raggiungono il 62%, i disturbi d'ansia si mantengono al 23%, mentre quelli alimentari si riducono al 4%.

L'insieme dei dati illustrati mostra che l'offerta sanitaria dei Programmi ha motivato all'accesso anche utenti con caratteristiche diversificate, ovvero i Programmi sono stati in grado di rendersi "appetibili" a tipologie diversificate della popolazione giovanile.

Si può altresì notare che i dati della letteratura scientifica sull'insorgenza dei disturbi di personalità non solo sono confermati, ma che è possibile anticipare l'età in cui si possono osservare le prime manifestazioni sintomatologiche di questo disturbo. I dati raccolti evidenziano la presenza di bisogni specifici emergenti nei due territori:

quello del trattamento dei disturbi di personalità per quanto riguarda Milano e quello dei disturbi alimentari per Corsico. In ambedue i contesti peraltro, si evidenzia la necessità di porre l'attenzione sulle varie forme di disturbi d'ansia, che spesso vengono sottovalutate nei loro effetti invalidanti.

Infine, occorre sottolineare che, come già in parte evidenziato, l'invio dei pazienti avviene soprattutto a partire dal costituirsi di una rete—sociale, sanitaria ed educativa—formale ed informale, sul territorio. Dunque, quando l'accesso non è spontaneo, gli invianti sono i servizi sociali comunali, i consultori, i medici di medicina generale, le strutture sanitarie dedicate all'area penale minorile, i pediatri ecc. Per quanto riguarda, il DSM dell'AOSCB, è da notare che mentre i CPS hanno "fornito" ai Programmi 25 soggetti, l'UOSD di neuropsichiatria ne hanno inviati solo 4.

IL PROFILO SINTETICO DEI PERCORSI DI VALUTAZIONE E DI TRATTAMENTO

Per quanto riguarda i caratteri clinici degli interventi dei Programmi innovativi, occorre premettere che i criteri di esclusione dal trattamento hanno riguardato non solo i pazienti con disturbo psicotico, ma anche quelli portatori di ritardo mentale o di abuso di sostanze (se questi ultimi due aspetti risultano alla valutazione clinica quelli caratterizzanti/prevalenti). In ogni caso, i Programmi hanno valutato tutte le richieste che sono pervenute, proponendo per i pazienti non ammessi al trattamento, l'invio presso le strutture sanitarie più idonee.

L'intervento clinico dei Programmi innovativi è stato articolato in due distinte fasi: valutazione e trattamento.

La prima fase si propone soprattutto l'obiettivo di "dare un nome" al disagio. Questo aspetto coglie due difficoltà dell'intervento con pazienti giovani. Il primo è di carattere clinico: spesso i quadri sintomatici di questi soggetti appaiono confusi, sfaccettati rispetto alla possibile collocazione diagnostica. Soprattutto se ci si trova di fronte ad un quadro di disturbo della personalità. Il secondo aspetto riguarda la difficoltà del paziente e della famiglia a dare un nome alla sofferenza, cioè a riconoscerla in quanto tale e coglierne gli elementi potenzialmente invalidanti e tali da bloccare lo sviluppo della persona. Sotto quest'ultimo aspetto, particolare importanza rivestono i comportamenti e gli atteggiamenti volti a "confinare" la patologia nel "paziente designato", disconoscendo la matrice familiare della sofferenza.

Si comprende che, nel contesto così delineato, il compito dello psicologo è soprattutto di istituire un momento di riflessione che consenta l'inizio della cura e che questo avvenga a partire dai "materiali" forniti dal paziente e dai familiari. "Materiali" che devono divenire intellegibili per sollecitare una motivazione alla cura e che devono quindi essere unificati da una matrice comune che contenga: fattori di vulnerabilità personale, fattori ambientali scatenanti, ruolo che il paziente ed i diversi componenti della famiglia hanno nel perpetuare la patologia.

Si tratta quindi di arrivare ad una formulazione diagnostica che non riguardi tanto la collocazione del paziente all'interno di una categoria nosografica, quanto piuttosto l'individuazione di variabili personologiche la cui attivazione, sotto l'azione di fattori ambientali, rende ragione dell'insorgenza del disturbo. Occorre giungere ad una diagnosi dimensionale che renda possibile una successiva fase di restituzione la cui funzione è il rispecchiamento del paziente in una relazione che riassume gli elementi sopracitati e che, se accolta, lo motivi alla cura, indicandogli anche chiaramente il terreno su cui avverrà il lavoro terapeutico.

In questa fase di diagnosi e di restituzione, l'intervento è affidato ad un singolo psicologo, che svolge i colloqui, la somministrazione dei test e provvede alla restituzione. Il suo compito è anche quello di stabilire una solida relazione terapeutica col paziente per costituire una "base sicura" che lo accompagni nella esplorazione di contenuti cognitivi e soprattutto emotivi fortemente ansiogeni.

Il momento della terapia è strettamente conseguente a quello della diagnosi. Ha il compito di modificare quelle dimensioni psicologiche individuate nella fase diagnostica. Ha quindi i caratteri della modularità, nel senso che prevede step predefiniti nei loro contenuti e nella loro successione e che sono caratterizzati dalle dimensioni psicologiche individuate nella fase valutativa.

Pensare ad una terapia su base modulare ha il senso di sviluppare una terapia sostenuta interamente da strumenti psicologici. Nel contesto giovanile consente il controllo del paziente su i passi che, di volta in volta, si mettono in atto. Gli consente di farsi protagonista responsabile del proprio disagio psicologico, evitando fughe in meccanismi di idealizzazione/svalutazione del terapeuta, frequenti in questa fascia d'età, e di ampliare il piano di lavoro proposto in seduta, con la prescrizione di compiti terapeutici da svolgere tra la seduta in cui vengono assegnati e quella successiva. Consente, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse disponibili, di poter massimizzare il loro utilizzo su di un ampio numero di soggetti, potendosi predeterminare il termine delle terapie e quindi, la programmazione delle stesse nel tempo.

Da gennaio 2013 il lavoro terapeutico è stato svolto prevalentemente con gruppi costituiti da soggetti accomunati dalle stesse dimensioni psicologiche di vulnerabilità personologica. Tale decisione è stata resa necessaria in primo luogo dall'affluenza numerosa dei pazienti, fatto che non rendeva più praticabile la terapia individuale. È stata una decisione presa però soprattutto perché si è visto che, come dimostra la letteratura scientifica, il gruppo costituisce il fattore di elezione nella terapia dei giovani perché consente: una maggiore responsabilizzazione nel processo terapeutico, mantiene il giovane ancorato al proprio contesto di appartenenza gruppale, consente un'osservazione più realistica dei processi di interazione con gli altri.

Parallelamente all'intervento di gruppo con i pazienti, avviene quello con loro genitori, che mira a rompere i circoli ricorsivi che, nella relazione familiare, determinano l'affermarsi dei fattori di cronicità. Quello dei gruppi di familiari non è quindi un contesto in cui si parla dei figli con i loro genitori, ma piuttosto la fase in cui si mettono al centro dell'attenzione proprio i genitori ed il loro modo di accogliere la sofferenza del figlio.

Nel caso in cui il paziente sia impossibilitato a fare parte dei gruppi, viene inviato all'attività della routine della UOC di Psicologia Clinica o, se il caso, ad altre UO, anche di altre Aziende Ospedaliere, che hanno istituito servizi analoghi dedicati ai giovani.

PROSPETTIVE DI SVILUPPO/ SUPERAMENTO DEI PROGRAMMI INNOVATIVI

Le azioni prioritarie per lo sviluppo e il superamento della precarietà/provvisorietà nel biennio 2014-2015 dei due Programmi dedicati ai giovani sono riassumibili nei seguenti punti:

- "manutenzione" della rete delle risorse, per garantire la sua funzionalità nel tempo, sia rispetto ai nodi già individuati, che per consentire l'inserimento di altre realtà;
- implementazione/riversamento delle modalità di lavoro dei Programmi innovativi—centrati sui concetti/metodi della psicologia clinica—in quelle della routine della UOC di Psicologia clinica—già organizzata per fasi del ciclo di vita (sino a 13 anni, dai 14 ai 24, dai 25 ai 59, dai 60 in poi)—e più in generale del DSM.
- Non va dimenticato che il senso dei Programmi innovativi è proprio quello di sperimentare aspetti clinico-organizzativi che non sono compresi nell'attuale attività di routine. Pertanto non conseguirebbero il loro scopo se le nuove prassi non venissero poi riversate nella pratica clinica ordinaria, opportunamente predisposta ad accoglierle;
- precisazione/attivazione di percorsi clinici modularizzati di trattamento, derivanti dalle valutazioni sia dimensionali che categoriali, delle diverse condizioni psicopatologiche rilevate;

- predisposizione di più accurate valutazioni di esito clinico;
- capitalizzazione, in tutte le forme possibili, dell'esperienza clinica del personale, consulente e dipendente, che ha maturato competenze specifiche nell'area del trattamento dei giovani ai fini della diffusione delle conoscenze sia tra le diverse componenti dell'area della salute mentale dell'AOSCB che nella rete Aziende Ospedaliere limitrofe e delle ASL di appartenenza.

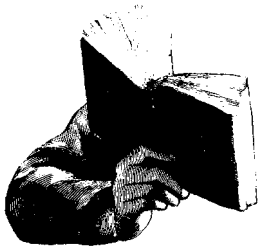
* *Direttore, UOC di Psicologia Clinica, AO "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano*

** *Dirigente Psicologo, UOC di Psicologia Clinica, AO "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano*

*** *Direttore, UOC di Psichiatria e DSM, AO "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano*

Bibliografia

1. Bertamini D., De Isabella G., *Interventi precoci*, in Biffi G., De Isabella G., *Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative*. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (67-72).
2. Biffi G., De Isabella G., *Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative*. Maggioli, Rimini, 2013
3. Cocchi A. Meneghelli A., (a cura di), *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale d'intervento precoce*. Edi Hermes, 2013.
4. De Isabella G., Mazza U., Vergani L., (2013), *Il contributo della psicologia clinica all'innovazione dei percorsi di cura previsti dal PRSM*, in Cerati G., Percudani M., Vita A., (a cura di), La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale di Salute Mentale lombardo (PRSM) e le sue linee di attuazione (2004-2012). McGraw-Hill, Milano.
5. Di Tucci A., Bertamini D., De Isabella G., *Diagnosi categoriale e diagnosi dimensionale,* in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (43-49).
6. Frigerio A., Rucci P., Goodman R., Ammaniti M., Carlet O., Cavolina P., De Girolamo G., Lenti C., Lucarelli L., Mani E., Martinuzzi A., Micali N., Milone A., Morosini P., Muratori F., Nardocci F., Pastore V., Polidori G., Tullini A., Vanzin L., Villa L., Walder M., Zuddas A., Molteni M., *Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA Study*. European Child Adolescent Psychiatry, (2009) 18:217–226.
7. Morandi S., Pagani S., Colombo A., D'Avanzo B., Pasqua M., Biffi G., *Comportamenti autolesivi*, in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (147-151).
8. Miola F., Bonomo C., Saibene A., Porta S., Maresca G., No è D., Nicolai E., Rizzato G., Cristinelli S., De Isabella G., *Disturbi alimentari*, in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (163-171).
9. Valentini T., Benassi F., Di Tucci A., De Isabella G., *Giovani. Iniziative per la fascia di età 14–24 anni*, in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (213-219).



PSICHIATRIA FORENSE

La posizione di garanzia dello psichiatra, le linee guida e la colpa professionale per malpractice

Renato Mantovani

La Corte di Cassazione, che come noto si occupa di verificare la legittimità delle motivazioni delle sentenze emesse dai Giudici di merito (Tribunali e Corti d'Appello) da tempo afferma in modo sostanzialmente univoco che il medico, nel praticare la propria specifica attività professionale, ha il preciso ed inderogabile dovere di perseguire come unico fine quello della cura del malato.

Fine da raggiungere agendo, come per ogni attività di carattere intellettuale, adoperandosi con scienza e coscienza e utilizzando tutti quei presidi diagnostici e terapeutici che la scienza medica del tempo dispone, senza però farsi condizionare da eventuali disposizioni o direttive che non siano pertinenti ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità.

Questa considerazione vale, in particolare, per quelle "linee guida" dettate dall'amministrazione sanitaria di appartenenza con lo specifico fine di garantire l'economicità della struttura ospedaliera (in ipotesi, per accelerare le dimissioni dall'ospedale non appena si ritiene sia raggiunga la stabilizzazione del quadro clinico del paziente).

L'orientamento giurisprudenziale della Corte di Cassazione al riguardo è chiaro e afferma che il medico, che ha il dovere anche deontologico di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza, si pone rispetto a questo in una precisa posizione di garanzia in relazione alla quale non sarebbe tenuto al rispetto di direttive che possano portarlo a deviare da un tale preciso dovere laddove queste risultino in qualche modo in contrasto con le specifiche esigenze di cura del paziente.

Pertanto un clinico non potrebbe andare esente da colpa se si lascia condizionare da indicazioni aziendali che nel caso di specie siano in contrasto a quanto lo stesso ritenga corretto adottare al fine di porre in essere la più opportuna tutela della salute del paziente.

In relazione a quanto appena esposto si deve quindi ritenere che non vi potrà essere una esenzione da responsabilità invocando il fatto che siano state seguite specifiche linee guida o siano stati rispettati determinati protocolli ogni qualvolta il sanitario abbia nella pratica compiuto colposamente (non essendosi adoperato secondo una corretta interpretazione della scienza medica più attuale) una scelta che in concreto non si rendeva secondo coscienza come necessaria o comunque correttamente applicabile al paziente in cura.

Ciò soprattutto allorquando le linee guide pedissequamente eseguite si dimostrino obiettivamente ispirate a

soddisfare, come già detto, solo ad esigenze di "economia gestionale" ovvero allorquando queste siano palesemente ed obiettivamente vetuste o peggio ancora controverse in relazione alla buona pratica clinica.

Ne consegue che in caso di un evento avverso e la presunta malpractice del medico venga sottoposta al veglio del Giudice penale in relazione al reato di lesioni colpose (art. 590 del Codice penale) o di omicidio colposo (art. 589) il giudicante dovrà valutare la condotta del medico alla luce di uno specifico parametro interpretativo, quello del cosiddetto agente modello, ovvero verificare se l'atto medico incolpato sia stato conforme o meno a quello che un ipotetico sanitario in possesso delle stesse competenze, che il medico interessato si presume debba avere in relazione alla specialità professionale che gli è attribuita, avrebbe correttamente e dovutamente compiuto in eguali condizioni.

Concludendo si deve ritenere che solo nel caso di linee guida conformi alle regole della migliore scienza medica sarà poi possibile utilizzarle come parametro per l'accertamento dei profili di una eventuale colpa ravvisabile nella condotta del medico portato in giudizio e solo attraverso le indicazioni ricavabili dalle stesse linee sarà possibile per il Giudice—anche, come spesso necessario, attraverso l'ausilio di consulenze medicolegali rivolte a verificare eventuali specifiche particolarità riferibili al caso concreto, che avrebbero potuto imporre o consigliare un percorso diagnostico-terapeutico alternativo —individuare se esistono nel caso da esaminare possibili condotte censurabili.

Venendo alla specificità professionale dello psichiatra, da una abbastanza recente sentenza della Cassazione penale (la n. 16237 del 09/04/2013 - Sez. IV) si ricava che la colpa del terapeuta ed in genere dell'esercente una professione di elevata qualificazione va parametrata alla difficoltà tecnico-scientifica dell'intervento che gli viene richiesto ed al contesto nel quale questo viene svolto.

Il principio viene evidenziato in uno specifico caso nel quale si discute sulla eventuale responsabilità contestata ad uno psichiatra che operava in una casa di cura dove era ricoverato da tempo un paziente affetto da una grave patologia psichiatrica e che è poi deceduto realizzando un intento suicidiario defenestrandosi.

La Corte ha considerato che vi sono contesti, come quello psichiatrico, nei quali esiste una ineliminabile misura di rischio consentito; e che la linea di confine tra il lecito e l'illecito è spesso incerta, pertanto la valutazione della possibile colpa professionale non può prescindere dalla considerazione di tale contingenza.

La psichiatria, rileva la Corte, si occupa di patologie che non di rado sono difficilmente controllabili completamente. Tale situazione è, sempre secondo la Corte, in gran parte connessa all'abbandono da tempo di deprecate pratiche di isolamento e segregazione dei pazienti più gravi.

In breve l'attuale attività di cura psichiatrica è tesa a proteggere il paziente con terapie rispettose della sua dignità ma che, tuttavia, non sono certo in grado eliminare del tutto il rischio di condotte inconsulte di alcuni soggetti. Il rischio è pertanto insuperabile e come tale può essere accettato dalla scienza medica e dalla società.

Secondo questa logica interpretativa esso è dunque in qualche modo "consentito".

Di tale situazione la Corte ritiene che occorra consapevolmente prendere atto nel valutare una eventuale contestazione di colpa professionale: l'esistenza di una posizione di garanzia non basterà conseguentemente, da sola, a fondare una reale imputazione di colpevolezza, dovendo doverosamente tenere conto dei fisiologici margini d'incertezza connessi all'individuazione dell'area di rischio socialmente accettato.

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*

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: 1.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* 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 Lombarda
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 *(Somdrio)*
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