



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXII • n. 2 • luglio – dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

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

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

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.

IN PRIMO PIANO

3 La vita inospitale
di Giannelli A.

17 Neuroscienze e psichiatria: quali relazioni?
di Borgna E.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

22 "Houston, we've had a problem": la rappresentazione femminile nei contesti formativi psichiatrici
di Gesi C., Cerveri G., Carmassi C., Zanalda E., Merzagora F., Migliarese G., Carpita B., Mencacci C., Dell'Osso L.

32 Servizi psichiatrici e servizi per le dipendenze
Riflessioni sull'integrazione necessaria
di Ballantini M.

36 L'epistemologia freudiana: dal Progetto a L'interpretazione dei sogni
Sull'essenza della psicoanalisi
di Barbarossa M.

44 Un Protocollo Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) interaziendale, tra pubblico e privato, per i disturbi del comportamento alimentare
di Cozzaglio P., Greppo S., Cesena A., Mascheroni A., Tamburelli B.

52 La suicidalità nei servizi territoriali di un grande ospedale metropolitano
Studio descrittivo retrospettivo
di Porcellana M., Morganti C., Giacometti M., Lopes C., Maggioni S., Malagoli M., Martucci M., Papasidero J., Turturiello C., Percudani M.

56 La tossicità comportamentale dell'uso in cronico di farmaci antiepilettici
di Toscano M.

62 Programma Innovativo Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale
di Brenna V., Cauli G., Corbani I., Corno F., Fisogni A., Gozzini C., Grecchi A., Iapichino E., Pari E., Piccinini G., Puzzeni A., Quartieri B. M., Scovazzi P., Valentini G., Mazza U., Percudani E.M., Toscano M., Vergani L.

PSICHIATRIA FORENSE

70 Secondo la corte costituzionali in alcuni casi non è punibile l'aiuto al suicidio
Come può essere coinvolto lo psichiatra?
di Mantovani R.

IN COPERTINA: Alberto Giacometti, *Woman of Venice VII*, 1956
Art Gallery of New South Wales

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Servizi psichiatrici e servizi per le dipendenze

Riflessioni sull'integrazione necessaria

Mario Ballantini*

L'assetto descritto dalle LR 23/2015 e 15/20016 rendono il tema dell'integrazione Dipendenze/Psichiatria di stretta attualità mentre, d'altra parte, molti colleghi (compreso chi scrive) percepiscono la difficoltà di un dialogo e un'integrazione tra questi mondi.

La mia tesi è che la distanza tra la cultura, la storia e la prassi dei due servizi (psichiatria e dipendenze) porti, talvolta, a intendere cose diverse con le medesime parole. Possiamo ad es. promuovere una un'equipe congiunta su un paziente con doppia diagnosi; ma quando gli operatori si mettono intorno al tavolo e iniziano a parlare, parlano una lingua diversa con l'aggravante dell'aspettativa che l'altro capisca perfettamente quello che dico e che io tutto sommato pensi di capire quello che dice lui. Ma spesso non è così e da qui, diffidenza, rinserramenti, accuse e paure. Chi ci rimette sono ovviamente i pazienti.

Per promuovere un dialogo, è importante quindi intenderci sui termini che usiamo. Su alcune cose, credo, una visione comune c'è già. Ad es. credo che tutti siano d'accordo nel ritenere che la maggior parte della gente gestisce i propri problemi emotivi o con le sostanze senza alcun bisogno di chiederci nulla. Sono i soggetti che hanno in sé e nel proprio ambiente le risorse per far fronte alle difficoltà, che utilizzano sostanze o comportamenti in modo gratificante e occasionale. Mantengono insomma un loro equilibrio, forse non troppo sano, ma tutto sommato stabile e sufficientemente integrato. Questo pone problemi etici, giuridici, sociali, familiari ma finché questo equilibrio non salta e c'è una richiesta di aiuto non possiamo definirlo come problema "clinico". Magari i servizi (CPS e Sert) possono porsi l'obiettivo di configurarsi maggiormente attrattivi per i casi "di confine", di equilibrio più problematico oppure di prevenzione

generale ma la cosa non ci interroga sui singoli casi. Su altre situazioni, direi le più gravi e problematiche, in cui l'equilibrio non c'è più, forse le visioni sono un po' diverse. Vediamolo dal punto di vista della "psichiatria".

La prima parola su cui dobbiamo intenderci è "volontarietà del trattamento". Ogni trattamento sanitario è volontario. Quindi uno va al sert se ha un problema di dipendenza e se ci vuole andare, altrimenti no. Al servizio "contratti" (cioè: gli operatori ti propongono cosa potresti fare e tu scegli e decidi se e cosa ti va bene) e poi sei aiutato dagli operatori a percorrere la strada e tenervi fede. Questo sembra perfino banale. L'articolo 32 della costituzione, la legge 219/2017 non lasciano dubbi: ognuno decide se curarsi o meno e ha diritto ad essere informato e scegliere tra le opzioni proposte.

Ma almeno per la nostra prassi e sensibilità le cose stanno in modo più articolato. Il principio di legge non descrive necessariamente la realtà clinica. Da noi la regola sono le aree grigie, non il bianco o nero. Il paziente vuole davvero curarsi o no? A volte lo sa chiaramente, a volte non lo sa neanche lui. Fa cose che vanno in una direzione e altre che vanno nella direzione opposta. Prima di dire che è nero (cioè chiudere la cartella o non ritenere un nostro problema quel che capita al paziente) c'è un processo e un ragionamento complesso.

L'imputato era capace di intendere e volere al momento dei fatti? certo che il giudice vuol sapere se sì o no (in Italia esiste anche il "ni", in Germania è sì o no), ma tutti i periti sanno che la perizia molto spesso "forza" la realtà clinica.

L'ambivalenza è universale, lo si sa quando si è innamorati della persona sbagliata, se ci si vuole mettere a dieta o smettere di fumare... lo è anche per uscire da una dipendenza o curarsi. Un paziente che salta un appuntamento, che non è compliant alla terapia non è un semplice dato (lo è per l'amministrazione, per i carabinieri ecc.) ma è un segno di un processo che riguarda la cura, è "dentro" la cura. E se è dentro la cura, come tutte le cose che sono dentro la cura richiedono una "analisi". Per cui per certi pazienti che non vengono, "analizzo" e concludo che

sono affari loro, per altri questo non è accettabile. Se un paziente psicotico viene dimesso dall' SPDC e deve fare un LAI neurolettico, se non viene ed è "perso di vista" per noi è indicatore negativo di come funzioniamo. Da noi esiste un costrutto e una pratica che è l'assertive outreach che si pone proprio l'obiettivo di andare a cercare assertivamente coloro che hanno bisogno e non si trovano nelle condizioni di poter accettare l'aiuto o addirittura formulare una richiesta per tutta una serie di motivi. Attenzione: qui non siamo al TSO, siamo a decidere se per questo paziente che non viene si chiude cartella o si va a casa a vedere perchè, si motiva ecc. Insomma, se questo resta un nostro paziente o no.

Perchè questo è giusto? perchè ci sono pazienti in cui il funzionamento personale è deteriorato a tal punto che la loro capacità di decidere per il loro bene è compromessa. Il punto è: il loro ingaggio, reclutamento, ritenzione nel percorso di cura è un problema del servizio oppure no? Aldilà se possiamo davvero fare qualcosa, il loro deterioramento e la loro morte è problema loro o anche nostro? e più in generale, come siamo configurati, le risposte che diamo, il modo con cui le diamo incidono o no sulla probabilità che questo tipo di paziente possa ricevere o non ricevere aiuto?

Il funzionamento personale è un altro termine importante, perchè se io faccio un contratto, come si dice nei sert, riconosco all'altro una capacità contrattuale e lo responsabilizzo su questo. Ma questa capacità non è un tutto o nulla. È pacifico che in un paziente con grave eccitamento maniacale, depressione delirante o crisi psicotica l'esame di realtà possa essere compromesso e di conseguenza anche la loro capacità di scegliere un trattamento o rifiutarlo non sia efficiente (sono poi questi i casi che possono arrivare ad un TSO). Ma io ho conosciuto persone che avevano un rapporto con l'alcol così complicato da rendere loro obiettivamente impossibile l'astinenza (non sto parlando ovviamente della dipendenza metabolica che è l'ultimo dei problemi). Abbiamo trovato persone che in reparto si sono bevuti

il dopobarba. Abbiamo avuto persone (ne ricordo una) deceduta dopo il terzo accesso in PS in due giorni in stato di intossicazione alcolica e mandato via perchè non era della psichiatria perchè era un "semplice alcolista", non era della medicina perchè firmava e il sert aveva la cartella chiusa perchè "non andava più". Cavoli suoi insomma, ma io mi chiedo se la capacità di controllo sulla propria vita di questo soggetto era poi così diversa da quella di uno psicotico. Se non si arriva a confrontarsi su questi temi i protocolli restano lettera morta.

Quindi come trattare l'ambivalenza e i pazienti con scarso funzionamento sono due temi di dialogo importante.

Il terzo che vorrei portare alla vostra attenzione è la concezione di un disturbo. La mia opinione è questa: paradossalmente il Sert non è un posto dove lavorano o lavoravano medici specialisti in psichiatria, bensì con altre specialità (infettivologia, tossicologia o altro ancora). Eppure nel trattamento dei pazienti non si riconosce un modello medico.

Come funziona un modello medico? Di fronte ad una manifestazione disfunzionale dell'organismo (in psichiatria è un comportamento, una emozione o un pensiero) si ipotizza o verifica una disfunzione sottostante (fisica o psicologica) e si tenta di intervenire sulla base di evidenze scientificamente validate.

Fuori da questo modello invece il comportamento è preso per quello che è, come espressione di una determinazione del soggetto, al più influenzato da determinanti sociali o anche della sua storia personale ma, ultimamente, la decisione se emettere o meno un certo tipo di comportamento è in mano sua. Se vuoi continuare a bere o vuoi smettere dipende da te. Poi se lo vuoi ti aiutiamo, anche farmacologicamente.

La mia opinione è che questo secondo modello che ho definito "non medico" derivino alcune implicazioni molto presenti nel senso comune ed forse anche nella pratica dei servizi. Sono implicazioni che rischiano di trascurare il paziente e i suoi reali bisogni, quello che lui realmente è.

Facciamo qualche esempio:

1. Uno dei problemi più gravi relativamente alle dipendenze è la stigmatizzazione (e auto-stigmatizzazione) del tossicodipendente, spesso amplificata dalla marginalizzazione sociale. Ultimamente i tossici se la sono cercata e sono persone “deboli di carattere”. Questa è la vulgata. Ma non può essere ignorato che nelle addiction si sviluppano una serie di alterazioni, ben documentate, che limitano la persona nel suo autodeterminarsi. Il craving, l'appetizione compulsiva per le sostanze non può essere interpretato come una “mancanza di volontà, irresponsabilità” ecc. Anche il cambiamento, evidentissimo, dei modi di percepire, elaborare le informazioni, pianificare le scelte è determinato dalla condizione che si sviluppa nella dipendenza. È appena il caso di precisare che questo non significa che non ci siano degli spazi residui di possibilità di autodeterminazione (su cui è vitale lavorare) ma che obiettivamente vanno considerati sotto una luce diversa dal concetto di scelta del senso comune (e questo ben oltre la dipendenza metabolica).
2. La “ricaduta” è un fallimento, il segno che una volontà non è matura, che non riesci a mantenerti astinente. Molte volte, invece, la ricaduta fa parte di un modello di malattia cronica recidivante, in cui la ricaduta (lungi ovviamente dall'essere “desiderabile”) è quanto meno vissuta come una fase. Ad es. nel d. Bipolare sappiamo che l'alternarsi di fasi e intervalli liberi è solo in parte influenzato dalle terapie stabilizzatrici. A nessuno verrebbe in mente di pensare “hai fallito” davanti a un bipolare che rientra in fase eccitativa, anche se è stato “poco compliant” ai sali di litio. Abbiamo lo stesso vissuto davanti ad un alcolista che dopo un periodo astinente si ripresenta in PS ubriaco?
3. Il comportamento riguardo l'assunzione della sostanza definiscono la malattia ma questa comprende anche aspetti che non riguardano strettamente questa assunzione. Come notato il modello di malattia è quello di una condizione “cronica recidivante” di

cui l'assunzione di sostanze è una manifestazione ma non la sola. L'astinenza allora non definisce la risoluzione del problema (ad es. urine negative per 3 mesi = si chiude cartella), il paziente astinente è un “malato” a tutti gli effetti come lo è, continuando l'analogia, un paziente bipolare. Come medico non posso colludere col paziente bipolare che sta bene e dice “sono guarito, adesso non faccio più nulla”. Andrebbe contro un'evidenza, non terrebbe conto del suo reale bisogno. Certo, la scelta è in mano a lui, ma io tengo spalancata la disponibilità, l'offerta di cura, cercherò ogni strategia per riportarlo ad una visione realistica della sua condizione. La chiusura della cartella non è solo un gesto amministrativo, ha molti significati... sarebbe interessante capire come viene giocato questo atto nei servizi per le dipendenze. In psichiatria il drop out del paziente, come accennato, è un evento carico di problematicità e di riflessione, sarebbe interessante condividere questo punto.

Vorrei infine proporvi la definizione sintetica dell'addiction della Società Scientifica di Medicina delle Dipendenze Americana e che, se vera, dovrebbe guidare la pratica e l'organizzazione dell'assistenza a queste persone.

Secondo la Società Americana di Medicina della dipendenza, l'addiction “è una malattia primaria del cervello cronica che altera i sistemi di ricompensa, memoria e motivazione e sistemi correlati. La disfunzione di questi sistemi conduce a manifestazioni caratteristiche sul piano Biologico Psicologico, Sociale e Spirituale. Queste manifestazioni si evidenziano nella ricerca patologica di gratificazione o sollievo nell'assunzione di una sostanza e in altri comportamenti (ad es. il gioco d'azzardo). La dipendenza è quindi caratterizzata da:

- incapacità a mantenersi astinenti
- insufficiente autocontrollo comportamentale
- desiderio compulsivo della sostanza (“craving”)
- difficoltà a riconoscere l'impatto del proprio comportamento sui propri problemi e le relazioni
- risposte emotive disfunzionali

Come molte altre malattie croniche, nelle dipendenze spesso ci sono cicli di remissione e ricadute. In assenza di trattamento o di un coinvolgimento in un percorso di cura la malattia è progressiva e può esitare in disabilità significativa e morte precoce”. Fine della citazione.

Io credo che un dialogo utile lo si dovrebbe giocare intorno a questi temi dove, senza presunzione, ognuno declina le proprie visioni alla ricerca di punti di incontro per iniziare a costruire una integrazione che non sia solo la giustapposizione di interventi ma che cosa fa uno dipende anche da come si muove l'altro.

*Intervento proposto ad una giornata di formazione sul tema presso
ASST-VAL*

AFFARENZA DELL'AUTORE

** Psichiatra, Direttore DSMD ASST Valtellina e Alto Lario*

CORRISPONDENZA A:

[*mario.ballantini@asst-val.it*](mailto:mario.ballantini@asst-val.it)

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

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

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni