PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXXII • n. 2 • luglio–dicembre 2019 Rivista fondata e diretta da Alberto Giannelli *Semestrale*

SOMMARIO

AnnoXXXII • n. 2 • luglio – dicembre

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., Piccinici G., Puzzini 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 puo essere coinvolto lo psichiatra?
di Mantovani R.

In copertina: *Alberto Giacometti, Woman of Venice VII, 1956*
Art Gallery of New South Wales

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

La suicidalità nei servizi territoriali di un grande ospedale metropolitano

Studio descrittivo retrospettivo

Porcellana Matteo, Morganti Carla, Giacometti Marta, Lopes Carmelo, Maggioni Selma, Malagoli Marina, Martucci Massimo, Papasidero Jessica, Turturiello Cristian, Percudani Mauro

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera il suicidio come un problema complesso, non ascrivibile ad una sola causa o ad un motivo preciso, ma derivante piuttosto dall'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali.

Il tasso di mortalità per suicidio in Italia è pari al 6/100.000 abitanti, con una media Europea del 11/100.000.

A livello mondiale, costituisce la causa di circa un milione di morti ogni anno ed è attualmente tra le prime tre cause di morte nella fascia d'età 15-34, mentre i tentativi di suicidi (TS) sono 10-20 volte maggiori con costi sociali stimabili in milioni di euro.

Se l'incidenza del suicidio cresce con l'aumentare dell'età, la tendenza dei TS è opposta. Oltre ad essere sporadici, i TS negli anziani sono molto più seri, sia in termini fisici che psicologici (Yeates e Thompson, 2008).

È opinione condivisa che il suicidio potrebbe essere in gran parte prevenuto.

Si calcola che ogni medico, mediamente, possa entrare in contatto con almeno tre pazienti gravemente suicidari ogni anno e con pazienti che riportano spontaneamente ideazione suicidaria in un numero almeno cinque volte maggiore. Inoltre, circa la metà delle persone che compiono un suicidio si sono rivolte ad un medico nel mese precedente il decesso.

La sfida della prevenzione non riguarda quindi soltanto la Salute mentale, ma coinvolge anche i Medici di Medicina Generale e tutti gli operatori sanitari che entrano in contatto con la popolazione.

Capisaldi sono la corretta valutazione del rischio di suicidio, attraverso la conoscenza dei principali fattori predisponenti e protettivi, e la conseguente gestione degli individui che in base a tale valutazione possono essere considerati "a rischio" (Pompili, 2013).

MATERIALI E METODI

Sono stati considerati tutti i decessi avvenuti per suicidio tra gli utenti in carico a tre CPS del DSMD dell'ASST GOM Niguarda nel periodo dal settembre 2009 al settembre 2019.

In modo retrospettivo, si sono quindi considerate le variabili socio-demografiche e cliniche.

RISULTATI

Il bacino d'utenza dei tre CPS considerati è attualmente di 350.977 abitanti.

Nel 2018 sono stati visitati 4472 pazienti per un totale di 40426 prestazioni.

Nel decennio considerato (2009-2019), i pazienti deceduti per suicidio sono stati 26 con un'età media di 45.73 aa (ds 12.99, range 26-75 anni).

Soprattutto di sesso maschile (n=20; 76.9%) e non coniugati (n=23; 88.5%); la scolarità è così distribuita: 12 (46.2%) con licenza media, 7 (26.9%) con diploma superiore e 9 (34.6%) laureati.

Sul piano clinico, la diagnosi sono le seguenti: Schizofrenia e Disturbi dello spettro schizofrenico in 13 casi (50%), Disturbo Affettivo in 4 (15.4%): un paziente con Disturbo Bipolare, tre con Depressione Maggiore ricorrente; Disturbo dell'adattamento in 3 (11.5%).

Un Disturbo di Personalità è la diagnosi principale in 6 (23.1%) pazienti, diagnosi secondaria in 4 (15.4%); 4 (15.4%) presentavano un concomitante abuso di alcool o sostanze.

Rispetto al rapporto coi Servizi, 2 (7.7%) erano in

carico da meno di 1 anno; 6 (23.1%) da 1-5 aa; 9 (34.6%) da 5-10 aa e 9 (34.6%) da oltre 10 anni.

Riguardo al percorso di cura, 16 (61.5%) erano presi in carico, 9 (34.6%) assunti in cura, uno in consulenza (3.8%).

7 (26.9%) erano ospiti di Strutture Residenziali: due in CPM (7.7%), CRA ed RL; uno in CPA (3.8%).

Le modalità suicidarie sono state: 13 (49.9%) precipitazione; 6 (23.0%) impiccagione, 5 (19.2%) farmaci, 1 (3.8%) arma da taglio, 1 (3.8%) annegamento.

Per quanto riguarda la stagionalità, 6 (23.1%) sono deceduti nel mese di giugno, 3 (11.5%) a gennaio, marzo, luglio e dicembre.

Valutando i principali fattori di rischio, 11 (42.3%) avevano pregressi Tentativi di Suicidio in anamnesi, 7 (26.9%) una familiarità per suicidio.

Per 10 (38.5%) è stato individuato un evento scatenante: 3 di natura economica, 3 sentimentale, 2 lavorativo, uno giudiziario, uno clinico (dolore cronico).

Infine, 5 (19.2%) erano stati dimessi dal SPDC nell'ultimo mese, 9 (34.6%) erano stati visitati la settimana precedente e 3 avevano esplicitato propositi autolesivi all'ultima visita.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Maurizio Pompili (2013), il più grande suicidologo italiano, cita alcuni "miti da sfatare": il suicidio sorprende solo gli osservatori poco attenti, il suicida non è necessariamente un malato mentale e la discussione aperta dell'argomento aiuta la persona in crisi a capire meglio i propri problemi e le possibili soluzioni e spesso dà sollievo.

La prevelanza di suicidio nel nostro campione è di circa lo 0.05%, una percentuale senz'altro bassa che conferma il dato che — in realtà — la maggioranza dei decessi per suicidio riguarda persone sconosciute ai Servizi di Salute mentale.

Andrebbe quindi rafforzata la prevenzione primaria, aumentando le iniziative rivolte ai Medici di Medicina Generale ed alla popolazione fornendo informazioni adeguate sulle risorse disponibili per il trattamento e la prevenzione del comportamento suicidario.

Da parte nostra, particolare attenzione va posta all'accessibilità dei Servizi aumentandone la capacità di accoglienza, soprattutto tra i più giovani.

Al contempo, risulta fondamentale conoscere i principali fattori di rischio associati alle condotte suicidarie ed indagare sempre la presenza dell'ideazione autolesiva (Bressi et al., 2017).

Il maggiore predittore di suicidio è una anamnesi positiva per TS, con un aumento del rischio relativo di 42 volte rispetto alla popolazione generale. Il 16-25% dei soggetti ripete il tentativo entro il primo anno e di questi l'1-6% muore per suicidio (Owens et al., 2002). Dai nostri dati, il 42.3% dei pazienti aveva pregressi TS e (26.9%) presentavano una familiarità; del resto, la presenza di condotte suicidarie nei parenti di primo grado aumenta il rischio di 2-4 volte (McGuffin et al., 2001).

Sul piano diagnostico, la maggioranza (50%) dei nostri pazienti deceduti aveva una diagnosi di psicosi. In generale, la mortalità lifetime per suicidio è in media del 10-15% nella schizofrenia, del 20% nel disturbo bipolare, del 15% in soggetti con depressione unipolare, del 18% nell'alcolismo e del 5-10% in pazienti con disturbo di personalità borderline ed antisociale (Mann, 2002). È stato osservato che il numero di disturbi in comorbilità aumenta in maniera lineare la probabilità di TS e rappresenta il principale fattore predittivo della sua letalità.

Negli schizofrenici il suicidio avviene poi più frequentemente in fase di remissione dei sintomi floridi, come notato nel nostro campione.

Rispetto ai risultati del nostro studio, merita una riflessione il dato che il 19.2% dei pazienti erano stati dimessi dal SPDC nell'ultimo mese.

La letteratura conferma che il rischio suicidario è particolarmente elevato nei pazienti dopo la dimissione da un ricovero ospedaliero, in particolare entro i primi 28 giorni (Qin et al., 2005).

La dimissione dei pazienti con suicidalità è sempre

un momento delicato, da gestire in modo coordinato tra équipe ospedaliera e territoriale garantendo la necessaria continuità di cura ed un contatto in CPS in tempi brevi.

Merita ancor più attenzione il fatto che 9 pazienti (34.6%) erano stati visitati la settimana precedente l'agito suicidario.

In questi casi, è fortemente consigliato un momento di de-briefing e riflessione in èquipe sui singoli casi con l'ausilio delle tecniche proprie del risk-assessment e management in un'ottica di supervisione e sostegno.

È certo un'esperienza dolorosa per il curante che è a sua volta a rischio di burn-out e disturbi reattivi e deve essere sostenuto ed incoraggiato.

In conclusione, sempre citando Pompili (2013), nella relazione con il paziente suicidario diventa fondamentale comprendere lo stato soggettivo della persona, la sua storia, l'esperienza affettiva, le risorse esterne, le credenze sul suicidio e le fantasie di morte.

Bisogna ascoltare efficacemente, con un approccio calmo, empatico, avulso da giudizi e volto all'accoglienza. Bisogna verificare se sussiste una pianificazione e valutare la presenza di *psychache*, quel dolore psicologico insopportabile, motore primario dell'agito suicidario secondo Edwin Shneidman (1993) e di *hopelessness*, la disperazione, nel senso di mancanza di aspettative future.

Spesso il paziente a rischio presenta un restringimento delle capacità cognitive e di autoregolazione relative al problem solving, si ritiene "inaiutabile" e considera il suo dolore "unico". Non vorrebbe morire, bensì liberarsi dal tormento psichico che lo affligge in un'equilibrio precario tra vita e morte.

È quindi essenziale proporre una visione del suicidio incentrata sulla comprensione del dramma interiore dell'individuo rafforzando quegli aspetti che ancora ardono di voglia di vivere.

Afferenza degli autori

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Corrispondenza a:

matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. Bressi C., Porcellana M., Nocito E.P., *Suicidio. In Psichiatria e Psicologia Clinica*. McGraw Hill Ed. Milano, 2017:491–500.
2. Mann J.J., *A current perspective of suicide and attempted suicide*. Annals of Internal Medicine, 2002; 136(4):302-311.
3. McGuffin P., Marusic A., Farmer A., *What can psychiatric genetics offer suicidology?* The Journal of Crisis Intervention and Suicide Program, 2001; 22(2): 61.
4. Owens D., Horrocks J., House A., *Fatal and non-fatal repetition of self-harm systematic review*. Br J Psychiatry, 2002; 181:193–199.
5. Pompili M. *La prevenzione del suicidio*. Il Mulino Ed. Bologna, 2013.
6. Qin P., Norderntoft M., *Suicide risk in realtion to psychiatric Hospitalization: evidenzce based on longitudinal registers*. Arch Gen Psychiatry 2005, 62:427–32
7. Shneidman E.S., *Suicide as psychache*. The Journal of Nerv and Ment Dis, 1993; 181: 145–147.
8. Yates C., Thompson C., *Suicidal behavior in elders*. Psychiatric Clin North Am, 2008; 31(2): 333–356.

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 Lombarda
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