



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 1 • gennaio–giugno

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

**Fondata e Diretta da:**  
Alberto Giannelli

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

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

**Segreteria di Direzione:**  
Giancarlo Cerveri

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**3** **Psichiatria ai tempi di sars-cov-2: il caso di Codogno**  
di Paletta S., Grassi S., Bertorello A., Bonizzoni M., Grasso F., Cerveri G.

### PARERI

**11** **Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?**  
*Possibilità e limiti di un approccio ad una "doppia diagnosi" che cambia sempre più velocemente*  
di Clerici M.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**20** **Interventi psichiatrici di consulenza e collegamento nei reparti COVID-19**  
*L'esperienza lariana*  
di Alamia A., Casolaro I., Guanella E., Banfi F., Ferrari R., Fraticelli C.

**30** **Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla npia alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione**  
di Carnevali C., Meiattini R., Montrasio C., Durbano F.

**40** **I Disturbi da Stress nel personale sanitario**  
*Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi*  
di Cibra C., Marasco M., Grossi C., Diadema E., Carmassi C., Gesi C., Dell'Osso L., Paglia S., Cerveri G.

**48** **Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto**  
di Crespi G., Tringali A., Anguilano L., Viganò F., Limonta M., Clerici M.

**57** **¡VAMOS!**  
*Un progetto terapeutico-riabilitativo per una psichiatria oltre i confini*  
De Adamich B.M., Parabiaghi A.

**64** **Impatto di covid-19 sui servizi psichiatrici d'urgenza**  
*L'esperienza milanese del Fatebenefratelli-Sacco*  
di Dragogna F., Russo S., Mencacci C.

**71** **Il servizio per l'ADHD dell'adulto durante la pandemia da COVID-19**  
*Tra riorganizzazione e individualizzazione degli interventi*  
di Uccello M., Meola L., Fraticelli C.

### PSICHIATRIA FORENSE

**76** **Uso di misure contenitive e responsabilità dello psichiatra**  
di Mantovani R.

**78** **Dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 99 del 2019 al bilanciamento tra il diritto alla salute dell'individuo affetto da patologie psichiatriche entrato nel circuito penale, il diritto alla sicurezza della collettività e le responsabilità e le risorse della psichiatria territoriale: i Dipartimenti di Salute Mentale come "vittime" o come attori protagonisti?**  
di Amatulli A.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)



# PARERI

*Il contributo che segue è una risposta all'articolo pubblicato nel numero precedente della rivista psichiatríaoggi a firma di Mario Ballantini, reperibile al [seguito indirizzo](#).*

## **Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?**

*Possibilità e limiti di un approccio ad una “doppia diagnosi” che cambia sempre più velocemente*

*Massimo Clerici*

---

**C**aro Mario, ho letto con interesse e condiviso i contenuti del tuo stimolante contributo alla nostra Rivista: le riflessioni che seguono sono un tentativo di aprire un dibattito o, meglio, di “allargare” quel dibattito che la nostra Società scientifica – la Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze – sta animando da oltre trent’anni come sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria attraverso un “percorso” di sensibilizzazione clinica degli psichiatri su questo tema. È vero: l’utilizzo di sostanze ha subito, negli ultimi 20 anni, un incremento straordinario. L’età dei consumatori si è notevolmente abbassata andando ad interessare popolazioni particolarmente esposte ai danni provocati dall’uso di droghe sul sistema nervoso centrale (SNC). Nei fatti si è verificato un cambiamento radicale, direi epocale: nella tipologia del prodotto e negli stili/modalità di assunzione delle sostanze.

Le cosiddette “nuove” sostanze psicoattive (NSP) sono perlopiù sconosciute e costituiscono una costellazione di molecole il cui potere patoplastico, per quanto riguarda appunto il SNC, è accertato ma non offre ancora possibilità di rapido riscontro. Ce lo dicono i tossicologi costantemente... Il poli-uso è oggi generalizzato e lo spostamento del mercato dalle condotte devianti al

bene di consumo ha avuto due ricadute principali: in primo luogo sposta l’attenzione dell’opinione pubblica dall’obiettivo del contrasto all’uso a quello della tutela del consumatore. L’uso è riconosciuto come accettabile e l’idea che ne deriva è ormai – come in altri campi, ad esempio quello agro-alimentare – che, in fondo, dobbiamo stare solo attenti a consumare il prodotto migliore, quello “pulito”, biologico, naturale... un ampio dibattito sulla letteratura giornalistica sta a dimostrarlo da almeno cinque anni... Tutto ciò ha spazzato via dalla discussione nell’opinione pubblica il vetusto confronto tra liberalizzazione e proibizionismo...

Il secondo elemento ha ricadute non indifferenti per noi operatori: ha ancora un senso curare la tossicodipendenza o ha senso curare solo la cosiddetta “doppia diagnosi”, cioè le implicazioni psicopatologiche dell’uso? Ciò, a sua volta, condiziona il tipo di trattamento e le sue opzioni: se la terapia è uscita totalmente dallo spettro dicotomico sostituzione farmacologica vs comunità terapeutica, il sistema dei Servizi esistente si rivela ancora rispondente a quello che vediamo e dobbiamo/dovremmo curare? Se l’uso è ampiamente ricreazionale, ma non sempre continuativo nel corso della vita, a cosa servono ancora i Servizi per le Tossicodipendenze usciti dalla Legge

309 esattamente trent'anni fa come noi siano usciti dalla Legge 180 un po' prima ancora? Se gli effetti richiesti alla sostanza sono, sempre più frequentemente, a supporto di una "dimensione" narcisistica e antidepressiva dell'esistenza, a cosa servono mai Servizi che propongono ancora – o sono tarati, perlopiù organizzativamente – sul trattamento dell'eroinopatia e dell'alcoldipendenza? Potremmo dire che, se proprio vogliamo cercare un punto di ancoraggio con la realtà delle cosiddette "nuove" dipendenze o dipendenze "patologiche", lo dobbiamo cercare nella stretta correlazione che queste hanno con il discontrollo degli impulsi... Ciò è ampiamente dimostrato sia dalle ricerche epidemiologiche sull'importanza e sulla diffusione del rapporto violenza (auto/eterodiretta)/impiego di droghe nella società attuale, sia da tutti gli studi neurobiologici e clinici che hanno identificato, in corso d'uso, queste importanti modificazioni a livello della psicopatologia come correlate all'incremento dell'aggressività.

Nella popolazione eminentemente psichiatrica infine, potremmo dire quella di una volta, l'utilizzo di sostanze ha generato ormai una sottopopolazione comorbile – vogliamo ancora chiamarli "doppia diagnosi"... non saprei proprio... – che presenta caratteristiche peculiari in grado di differenziarla dalla popolazione psichiatrica "tradizionale", almeno per come l'abbiamo sempre vista stabilmente negli anni? Dai dati epidemiologici a disposizione si identificano, infatti, sia una sempre più marcata espansione "epidemica" del fenomeno degli esordi psicopatologici correlati all'uso, sia una crescita progressiva di quella che alcuni autori hanno chiamato "terza malattia": una condizione psicopatologica, cioè, che è certo l'espressione di una vulnerabilità biopsicosociale a contatto, più o meno prolungato, con le sostanze ma anche di un effetto patoplastico indipendente delle stesse sulle condizioni psichiatriche maggiormente interessate dalla comorbidità. Una sorta di evoluzione autonoma, diversa dall'atteso e ricca di varianti imprevedibili: l'esempio delle forme virali che generano imprevedibili mutazioni – in tempi di COVID-19 – sembra venire immediatamente alla mente...

## LE SOSTANZE OGGI

Questa iniziale storicizzazione del problema sostanze può aprire dunque a riflessioni importanti per noi e per i nostri Servizi: questo sia in relazione ai modelli e ai luoghi della cura dove può essere attuata una qualche forma di terapia *ebm* per la tipologia dei pazienti di cui stiamo parlando (i DSMD in Lombardia e altrove, specularmente, la costellazione del terzo Settore con le comunità terapeutiche in testa o, ancora, carceri e REMS...), sia sulle potenziali implicazioni trattamentali in termini di "coazione alla cura". Parola brutta, parola che agli psichiatri fa ancora paura e alla quale cercherò di dare una migliore definizione in conclusione al mio intervento

Se dunque l'età dei consumatori si è notevolmente abbassata andando ad interessare popolazioni particolarmente esposte ai danni provocati dall'uso di droghe, il primo problema da affrontare è quello dei rapporti tra neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e psichiatria adulti. Ma queste due discipline, costruite come settori scientifico-disciplinari diversi dalla programmazione universitaria, hanno ancora motivo di esistere separate?

Se quindi il consumo di sostanze è riconosciuto come socialmente accettabile, impatta come "bene di consumo" nella società attuale e quello che rimane è – certo con una provocazione forte – solo la comorbidità, il secondo problema da affrontare non è quello dei rapporti tra Servizi psichiatrici, della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e SerT. Ma queste aree della clinica, costruite separatamente come tali dalla programmazione sanitaria, hanno ancora motivo di esistere scisse?

Ancora una volta la storicizzazione di questi temi e dei problemi che ne conseguono ci può essere utile...

L'utilizzo di sostanze come rito collettivo "alternativo" ha generato (o richiesto), negli anni Ottanta, una forma di isolamento sociale che – ricercata per compiere "il viaggio" in solitudine o in gruppo – comportava, perlopiù, situazioni di emarginazione, devianza e, più sinteticamente, di fuga dalle relazioni collettive. Contrariamente,

negli ultimi due decenni, si assiste ad una modificazione profonda di tali pervasive dinamiche sociali: le droghe, che la società oggi sembra in qualche misura pienamente legittimare, sono diventate sostegno costante per chi è alla ricerca di una condivisione ludica che non rompa la realtà e non condizioni la performance narcisistica; ciò che appare costantemente – e si declina come sgravato dal vetusto peso auto-terapeutico della risposta alle difficoltà quotidiane ed alla sofferenza individuale di storica memoria eroinomaica – è l'estrema semplificazione della nozione di uso (Amendt, 2004).

Semplificando ulteriormente e in maniera radicale, si può ricordare come i dati epidemiologici – dell'Osservatorio Europeo di Lisbona (emcdda.europa.eu) e di tante altre fonti internazionali (Regier, 1990; Kuhn, 1998; Alexander, 2008) – abbiano ormai da anni evidenziato che almeno il 20% dei cittadini europei ha fatto o farà uso di sostanze almeno una volta nella vita e che – a cascata – il 20% delle persone che hanno fatto uso di sostanze almeno una volta nella vita possono sviluppare, sempre nell'arco della vita, un qualche tipo di disturbo mentale legato all'uso. Questi dati, ormai da tempo stabilizzati, dovrebbero essere considerati allarmanti, tanto più che l'età di utilizzo sta andando ad interessare una fascia d'età (oggi la pre-adolescenza) che vede soggetti esposti inequivocabilmente a danni fisici, psicologici e sociali che possono minare inevitabilmente e per sempre il loro sviluppo psichico.

Per quanto riguarda invece la qualità degli aspetti più squisitamente psicopatologici correlati all'uso di sostanze – e che interessano maggiormente gli operatori del nostro settore – risulta utile citare ancora una volta i tre storici studi americani che, per la prima volta, hanno misurato la diffusione del fenomeno: l'Epidemiological Catchment Area Study (ECA; Regier, 1990), il National Comorbidity Study (NCS; Kessler, 1997) ed il National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Study (NLAES; Grant, 1996). Dal primo è emersa la consapevolezza, mai più contestata, che – nella popolazione generale – la prevalenza ad un

anno di qualsiasi disturbo mentale (pari al 22%) ne vede associata un'altra (i disturbi correlati all'uso di sostanze) del 9,5%: di questi soggetti il 3,3% risultava – già negli anni ottanta – avere una doppia diagnosi (Zimberg, 1993). La percentuale degli alcool-dipendenti e dei dipendenti da altre sostanze con comorbidità per disturbo mentale variava a seconda che i soggetti fossero o meno sottoposti a trattamento, con una percentuale considerevolmente maggiore appunto per i soggetti in trattamento: i disturbi più frequentemente legati all'uso di sostanze risultavano essere il disturbo bipolare (60%), la schizofrenia (47%), il DAP (36%), il DOC (33%), i disturbi dell'umore (tranne i bipolari) (32%) e, infine, gli altri disturbi d'ansia (14,7%). Nei soggetti in cui la diagnosi principale era quella di Disturbo della Personalità, il più frequentemente riscontrato era l'Antisociale. Lo studio NCS e lo studio NLAES hanno, in gran parte, confermato i dati descritti nello studio ECA con un 52% dei soggetti consumatori di alcool che avevano una diagnosi di altro disturbo psichico ed il 59% un contemporaneo disturbo correlato all'uso di sostanze. Da queste ricerche emergeva una forte associazione tra disturbi depressivi maggiori e disturbi correlati all'uso di sostanze mettendo anche in evidenza, già in quegli anni, la presenza di un'altrettanto forte associazione diagnostica tra “qualunque” disturbo da uso di sostanze e “qualunque” disturbo mentale con una importante variabilità in rapporto al tipo di sostanza e al tipo di disturbo psichico. La percentuale di pazienti affetta da “doppia diagnosi” all'interno dei servizi psichiatrici era dunque stimata intorno al 20–30% a livello territoriale e al 50% a livello ospedaliero<sup>1</sup>: le categorie più rappresentate erano i pazienti schizofrenici e quelli con disturbi dell'umore, dal cui profilo emergeva una maggiore problematicità legata a scarsa compliance farmacologica, atti di violenza (Cuffel, 1994) e loro recidività nonché, di conseguenza, necessità di ricoveri più lunghi (Haywood, 1995).

In Italia gli studi condotti al riguardo sono molto meno numerosi e, solo negli ultimi trent'anni (Clerici,

1989; Carrà, 2015; Carrà, 2017), si è cercato di delineare un profilo della popolazione con “doppia diagnosi” presente sul territorio nazionale. I risultati dello studio PADDI-DSM e PADDI-CT mostrano, comunque, una forte presenza di soggetti in comorbilità sia all’interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, che dei Servizi per le Tossicodipendenze che nelle Comunità Terapeutiche con un’alta percentuale di disturbi di personalità (37%), di psicosi schizofreniche (31%) e di psicosi affettive (19%). Molti sono comunque gli aspetti ancora da indagare per una conoscenza più approfondita della situazione italiana.

Sicuramente, un grande impulso ad una diffusione così massiva e pericolosa di questi disturbi è l’effetto dell’incredibile diversificazione del mercato operata negli ultimi venti anni: è ormai presente, in modo stabile, una gamma così vasta di sostanze e di nuovi principi attivi facilmente disponibili su internet, che la possibilità di scelta per modulare ora il divertimento, ora la ricerca di “sensazioni” nuove, ora il proprio legame con la realtà, risulta alla portata di tutti. Questo aspetto è un ulteriore “punto di rottura” rispetto alla situazione vissuta fino a non molti anni fa. Oggi, infatti, il consumatore vive – neanche troppo consapevolmente – una forte spinta all’auto-responsabilizzazione nella scelta e nell’utilizzo della sostanza, elemento questo reso possibile – ancora più agevolmente – dal bagaglio di informazioni che mass-media e social media mettono a disposizione di tutti. Da quando il primato dell’eroina è stato incrinato e scalzato da cannabis e cocaina, da quando il poli-uso è comparso come fenomeno di massa alimentato dalla facilitazione al reperimento di ogni molecola psicoattiva, sempre più la direzione dell’onda sulla quale si producono e si introducono sul mercato le sostanze può portare, a piacimento, ora all’obiettivo della modulazione dell’umore e delle emozioni, ora allo sviluppo della ricerca di momentanei piaceri per l’evasione di una sera, ora al miglioramento apparente della spinta prestazionale.

Si tratta dunque, in tema di droghe, di un vero cambiamento epocale: lo stigma della tossicodipendenza, il

suo habitus sociale deviante o, addirittura, degradato, si riposiziona in una traiettoria che non permette, più di tanto, di mostrarsi deboli, sofferenti, fragili, emarginati ma, piuttosto, necessariamente legati ad una caratterizzazione narcisistica del consumo che, in caso di fallimento, richiede un’assoluta privatizzazione dei problemi.

## **IL RUOLO DELLE SOSTANZE NEL DISCONTROLLO DEGLI IMPULSI**

Questo fallimento, quando si riscontra, si manifesta al meglio delle proprie apparenze in relazione ai risvolti psicopatologici più superficiali ma estremamente diffusi causati dall’utilizzo di droghe, di cui le manifestazioni di impulsività o di violenza non sono altro che la parte superficiale e più manifesta al grande pubblico. In realtà non siamo ancora in grado di dire se quello che vediamo in termini di correlazione tra disturbi ed epifenomeni comportamentali vada valutato a partire dall’una o dall’altra faccia del problema: cioè, semplificatoriamente, di quali siano gli elementi preesistenti e quali successivi all’uso di sostanze.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene da anni che i disturbi correlati a sostanze debbano, ormai inevitabilmente, essere considerati un disturbo del cervello quanto ogni altro disturbo mentale: quindi, almeno nei Servizi non dovremmo più trovarci, ormai da tempo, ancora a scavalco di una dimensione riduttivamente pseudo-sociologica del tema ma, piuttosto, collocarci all’interno di una dimensione fortemente clinica embricata alla patologia e, tra quelle comunemente diagnosticabili, in particolare alla malattia mentale. Patologie, queste (la “terza malattia” di cui si parlava prima), che però hanno come elemento caratterizzante una forma di “apprendimento anormale” progressivo che si associa al danno primariamente biologico ma che si disregola, evolutivamente, pesando sulle capacità di controllo del comportamento e che lascia tracce pesantissime e spesso irreversibili nel tempo. Si tratta di passare, certo, attraverso il tradizionale “rinforzo” tossicomano fino ad arrivare però, nella dimensione attuale del feno-

meno, ad un “rinforzo” ambientale positivo che inverte oggi – solo o prevalentemente – gli aspetti “negativi” di una condizione precedentemente caratterizzata, in modo chiaro e inevitabile, dagli effetti della devianza e dell’emarginazione. La “memoria dell’addiction” (Heyne, 2000), già difficile da spegnere in termini terapeutici, lo è ancora di più se accompagnata – lo ripeto, solo o prevalentemente – da quel rinforzo ambientale “positivo” che testimonia la modificazione profonda avvenuta nella nostra lettura del valore delle sostanze fattasi strada oggi.

Sarà allora solo la sottolineatura dell’effetto collaterale “negativo” del danno biologico da uso, delle implicazioni psicopatologiche indotte nel nostro cervello dall’utilizzo di droghe, dal loro disvelarsi esplicito agli occhi del consumatore a salvarci? Può darsi! Dobbiamo augurarci che dal piacere dopamino-correlato (Volkow, 2001) si debba inevitabilmente arrivare al danno biologico per potersi curare e, nei limiti del possibile, cercare di cambiare? Può darsi!

Ma se la corteccia frontale, area dedicata all’integrazione delle informazioni e alla capacità di decidere, cioè di selezionare e scegliere a partire dal riconoscimento delle conseguenze del nostro comportamento (Bechara, 2001), non è più in grado di identificare il danno biologico e il cambiamento radicale intervenuto nel comportamento, come si può agire in chiave terapeutica, come si può amplificare la percezione del bisogno di cura e, in sequenza, la compliance al trattamento?

Proprio a questo proposito si è evidenziata e amplificata, negli anni, la notevole capacità che hanno le “nuove” sostanze – in particolare quella ad effetto stimolante – di diversificare le risposte del singolo agli effetti della droga e di inficiarne, in termini previsionali, la comprensione della loro evoluzione e dei rischi connessi. Mentre era facile che un tempo il tossicomane – come si diceva nel linguaggio comune degli operatori – accettasse la cura e, in particolare, la comunità terapeutica per consapevolezza di “aver toccato il fondo”, oggi i consumatori, anche con danno biologico accertato, spesso non hanno purtroppo

la capacità di percepire soluzioni valide al danno accertato, pur a partire da abilità compromesse e, quindi, di prevedere le conseguenze di quello che fanno e di quello che succederà in loro nel tempo. Sappremo ricondizionarli con nuovi farmaci o nuove terapie?

Purtroppo, sempre nella realtà attuale, sembrano ridursi non solo gli accessi ai Servizi dei “nuovi” tossicomani ma anche la percezione del valore dei trattamenti e delle scelte messe a loro disposizione, il tutto conseguentemente ad una evidente riduzione delle capacità di comprensione e di lettura di quanto sta accadendo nelle loro teste... Questa differenziazione tra utilizzatori di sostanze, passati e odierni, è un dato molto interessante della nostra quotidianità di operatori ora dal punto di vista delle possibilità di controllo del danno biologico, del suo epifenomeno impulsività o di tutto quanto osserviamo in seguito all’assunzione di droghe, ora del necessario *insight* sui bisogni di cura, sia in corso di intossicazione che di deprivazione da sostanze.

Guardando al fenomeno dall’angolazione clinica che più ci interessa, tale differenziazione tra le risposte dell’utenza lascia pur sempre aperto uno spiraglio di ottimismo sulle possibilità di intervenire: non ci permette però, ancora, una capacità previsionale sulle possibili risposte del singolo consumatore. Non ci permette, infatti, di avere criteri utili per poter individuare chi vada avviato al trattamento sulla base di un’adesione spontanea all’offerta di cura e di chi debba, inevitabilmente, essere “costretto” alla cura. Si può rilevare al proposito come da tempo – proprio grazie agli studi di carattere epidemiologico – anche il tema della stretta correlazione tra violenza e disturbi mentali abbia effettuato lo stesso percorso (Rice, 1995; Scott, 1998) e veda ancora irrisolta la ricerca di indicatori sufficientemente predittivi.

## **LUOGHI DI TERAPIA O DI COERCIZIONE E CONTENIMENTO?**

La necessità di rispondere all’incremento dei disturbi mentali indotti dall’uso di sostanze e di contenere la diffusione della violenza droga-correlata è oggi un *unmet*

*need*, un bisogno irrisolto espresso però fortemente dalla nostra società, in primis dal suo elemento fondante – la famiglia – che, nella maggior parte dei casi, è il luogo dove essa si manifesta e viene malamente contenuta. Anche nella scuola, a causa delle manifestazioni di impulsività e di bullismo sempre più diffuse e in genere correlate all'utilizzo di sostanze, la richiesta di un maggior controllo e di una precocità d'intervento in termini di prevenzione all'uso si fa sentire dagli educatori o dovrebbe essere rilanciata a gran voce. La psicopatologia riscontrata nei Servizi segue, inevitabilmente, questi trend generali mostrando nuove forme di disturbo (in particolare i disturbi di personalità) che, in quanto sempre più incentrate sulla mancanza di controllo, generano a loro volta, purtroppo, nuove necessità di contenimento sociale che riverberano inevitabilmente sui Servizi di Salute Mentale.

Le patologie da discontrollo degli impulsi hanno indotto – e inducono sempre di più – preoccupazione sociale a causa delle azioni violente, cioè di forme diversificate di aggressività auto o etero-dirette spesso imprevedibili che sollecitano, ora più che mai, la necessità di cure “in acuto” con trattamenti volti a limitare i danni (Carrà, 2015). Tra questi, i trattamenti che, per semplificare, potremmo chiamare “coercitivi”: degenze in reparto psichiatrico (SPDC), ASO e TSO o la necessità di utilizzare, con sempre maggiore frequenza, farmaci o strumenti contenitivi per sedare stati di forte agitazione psicomotoria e rischio di violenza che interessano ampiamente i pazienti che si rivolgono oggi ai Servizi. Questa situazione è facilmente sperimentabile soprattutto da chi (Clerici, 2018) opera in Pronto Soccorso e nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), luoghi che – in ambito medico – accolgono buona parte dei soggetti che fanno uso di droghe. Si è ormai arrivati ad un punto di non ritorno in cui i pazienti con queste caratteristiche (che purtroppo non di rado non si sentono tali) giungono all'osservazione solo – o prevalentemente – nel momento della “vera crisi”, quella esplicita nutrita dal discontrollo: Ciò induce ricadute frequenti, non di rado ingravescenti non solo dal punto

di vista della possibilità di trovare soluzioni ai problemi osservati ma anche, più in generale, dal punto di vista motivazionale. E per motivazionale ci si può riferire non solo alla motivazione alla cura (per quanto riguarda gli utenti), ma alla motivazione, spesso ampiamente lesa, degli operatori rispetto alla dignità ed alla *mission* del proprio lavoro, elementi entrambi assolutamente indissolubili.

Bisogna sottolineare, in sede di conclusioni, come i consumatori di sostanze di cui abbiamo parlato finiscano per richiedere aiuto perlopiù solo in situazioni di esplicito scompenso, nella maggior parte dei casi molto limitato nel tempo e, quindi, generalmente recuperabile nel giro di poche ore o pochi giorni attraverso l'intervento farmacologico o attraverso una breve ospedalizzazione. Se non esiste o non viene riconosciuta esplicitamente una “doppia diagnosi” – cioè la condizione comorbile grave – al momento della dimissione essi difficilmente rimangono collegati ai Servizi permettendo ai clinici di costruire quella progettazione terapeutica “globale” (*comprehensive*) centrata, come necessario, sulla individuazione della complessità dei loro problemi (*multidisciplinary integrative approach*).

Questo tipo di utenza, però, può venire a contatto, spesso casualmente, anche con due altre istituzioni che svolgono, entrambe, un ruolo di controllo sociale: i SerT e le carceri. Se i SerT, attraverso i trattamenti abitualmente offerti, tendevano a limitare la diffusione della criminalità e gli episodi di violenza (in questa prospettiva, i trattamenti sostitutivi hanno sempre svolto funzioni di contenimento indiretta, prevenendo l'astinenza e la conseguente ricerca di denaro che spingeva l'eroinomane alla ricaduta nel danno sociale della tossicodipendenza), oggi vedono perlopiù disattivato questo obiettivo. Proprio rispetto al poli-uso ed alle “nuove” sostanze tale obiettivo diventa irrilevante e i Servizi per le Tossicodipendenze si trovano ad offrire programmi che, nella stragrande maggioranza dei casi, sono tarati solo sulle popolazioni complianti da loro già conosciute. Non sarà un caso tutto l'inter-

se manifestato, fino alla parziale riconversione, sulle dipendenze comportamentali e sul gioco d'azzardo... Questi Servizi quindi, nei fatti, non sono più in grado di garantire un intervento "globale" e "integrato" ad un nuovo tipo di utenza che afferisce ai più diversi Servizi oggi residualmente esistenti attraverso percorsi tossicomanici differenti e, in buona parte dei casi, scarsamente controllabili dal punto di vista della prevenzione del danno biologico prima che sociale.

Per quanto riguarda invece l'istituzione carceraria (Fazel, 2016), luogo ultimo di contenzione del danno sociale, essa si identifica ormai in una situazione altrettanto insoddisfacente e, per molti operatori psicosociali, ancora inesplorata: il 3,7% della popolazione carceraria maschile ed il 4% di quella femminile è affetta da disturbi psicotici, il 10% degli uomini ed il 12% delle donne presentano diagnosi di disturbo depressivo maggiore, mentre le cifre sono ancora più alte se si prendono in considerazione i disturbi di personalità. Il 47% dei soggetti di sesso maschile presenta un disturbo di personalità antisociale, mentre per le donne si stima una prevalenza intorno al 21%. Nel 25% dei casi viene fatta diagnosi di disturbo borderline di personalità. Ne risulta come – rispetto alla popolazione generale, almeno quella inglese o americana – la popolazione carceraria ha un rischio da due a quattro volte maggiore di presentare una psicosi o un disturbo depressivo maggiore e addirittura dieci volte maggiore per un disturbo di personalità antisociale. Quasi  $\frac{3}{4}$  delle donne con disturbi mentali gravi hanno anche un disturbo da uso di sostanze, il 21,6% utilizzano sia alcool che droghe. Soprattutto i detenuti di sesso femminile con disturbi mentali hanno un rischio da 1,5 a 4,9 maggiore di sviluppare un disturbo da uso di sostanze. A dimostrazione che il carcere non riesce comunque ad essere luogo di cura adeguata per la malattia mentale comorbile possiamo citare la percentuale di suicidi che si registra al suo interno con percentuali dalle nove alle quattordici volte più alte rispetto a quelle della

popolazione generale o il fatto che, mediamente, un detenuto con disturbi psichiatrici presenta un periodo di reclusione più lungo rispetto agli altri carcerati e che, una volta lasciato il carcere, ha un rischio più alto di commettere reati simili a quelli per cui è già stato accusato. Tra gli individui che hanno commesso un crimine violento il 26% degli uomini ed il 23% delle donne all'uscita dal carcere avranno comportamenti recidivanti.

I fenomeni descritti hanno sempre più, come conseguenza, il rischio di "rimbalzo" – per questa utenza – dai Servizi psichiatrici, ai Servizi per le Tossicodipendenze alle strutture carcerarie e ora alle REMS, andando a creare un circolo vizioso da cui risulta veramente difficile uscire.

## CONCLUSIONI

Caro Mario, alcuni dei miei spunti vanno verso una conclusione molto precisa. Fusione e rimodulazione dei Servizi prescindendo dalle "barriere" culturali ed organizzative... Nuovi obiettivi clinici ed incentivazione di programmi alternativi per trasformare i nostri Dipartimenti e rispondere a nuovi bisogni od all'incremento di sottopopolazioni diagnostiche per troppo tempo trascurate... Innovazione nella formazione degli operatori – a tutti i livelli dei "percorsi" didattici e delle figure professionali – nonché immissione di giovani più permeabili e più flessibili nella risposta alla nuova *vision e mission* dei Servizi... Antagonizzazione delle resistenze conservatrici di una generazione che ha fatto della de-istituzionalizzazione il proprio cavallo di battaglia ma non sembra più pronta a darsi nuovi obiettivi a partire dai mutevoli cambiamenti quotidiani... Implementazione dell'impiego di strumenti diagnostici e terapeutico-riabilitativi in grado di favorire il raggiungimento di questi nuovi obiettivi...

Tra questi dovrà essere affrontato e, possibilmente, risolto, il problema della "coercizione alla cura": tema crudo, tabù intoccabile dei nostri Servizi, ma neces-

---

sariamente legato a tutto quanto discusso finora. Se la coercizione alla cura – nelle sue più diverse e innovative opzioni – non è più figlia del manicomio forse può essere di aiuto alla società nelle sue ambivalenti ed ondivaghe richieste di controllo ma, soprattutto per noi, giovare alla ricostruzione di un'identità professionale così piagata oggi dalle responsabilità medico-legali e da una medicina difensiva dalla quale sembra difficile, in prospettiva, uscire integri.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Professore Ordinario di Psichiatria, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano – Bicocca*

*Presidente Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze (Sip. Dip), sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria (SIP)*

*Presidente Eletto Società Lombarda di Psichiatria (SIP-Lo)*

CORRISPONDENZA A:

*mail [massimo.clerici@unimib.it](mailto:massimo.clerici@unimib.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Amendt G., *No drugs, no future. Le droghe nell'età dell'ansia sociale*, Milano, Feltrinelli, 2004
2. www.emcdda.europa.eu, 2020
3. Regier DA, et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. J Med Assoc, 1990, 264:2511-2518.
4. Kuhn C., Swartzwelder S., Wilson W., *Buzzed. The straight facts about the most used and abused drugs from alcohol to ecstasy*. NY, Norton, 1998
5. Alexander B.K., *The globalization of addiction. A study in poverty of the spirit*. Oxford, Oxford University Press, 2008
6. Kessler R.C., et al., *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity (NC) Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1997, 54:313-321.
7. Grant F.B., *Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic (NLAE) Survey*. J Subst Abuse, 1996, 8:195-210
8. Zimberg S., *Introduction and general concepts of dual diagnosis*. In Plenum Publishing Corporation: Dual Diagnosis: Evaluation, Treatment, Training and Program Development, New York, Plenum/Medical/Book Company, 1993, pp 3-21.
9. Cuffel B.J., et al., *A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia*. Hosp Comm Psychiatry, 1994, 44:247-251.
10. Haywood T.W., et al., *Predicting the 'revolving door' phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders*. Am J Psychiatry, 1995, 52:856-861.
11. Clerici M., Carta I., Cazzullo C.L., *Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1989, 24:219-226
12. Carrà G., et al., *Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders: Findings from the "psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI)" Study*. Compr Psychiatry, 2015, 58:152-159
13. Carrà G, et al., *Area-level deprivation and adverse consequences in people with Substance Use Disorders. Findings from the Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI) Study*. Subst Use & Misuse, 2017, 52: 451-458
14. Heyne A., et al., *Persisting consequences of drug intake: towards a memory of addiction*. J Neural Trasm, 2000, 107(6):613-638
15. Volkow N.D., et al., *Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex*. Am J Psychiatry, 2001, 158(12):2015-2021
16. Bechara A., Dolan S., Denburg N., Hinds A., Anderson S.W., Nathan P.E., *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. Neuropsychology, 2001, 39(4):376-389
17. Rice M.E., Harris T., *Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse and violent recidivism*. Int J Law Psychiatry, 1995, 18:333-342
18. Scott H., Johnson S., Menezes P. et al., *Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill*. Br J Psychiatry, 1998, 172:345-350
19. Carrà G., et al., *Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review*. Subst Abuse, 2015, 36:75-81
20. Clerici M., et al., *Patterns of management of patients with dual disorder (psychosis) in Italy: a survey of psychiatrists and other physicians focusing on clinical practice*. Front Psychiatry, 2018, 9: 575-86
21. Fazel S., et al., *Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions*. Lancet Psychiatry, 2016, 3:871-881

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

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

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

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



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **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