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*

made in iconomia

Il valore della ricerca.

Avere soluzioni terapeutiche innovative significa migliorare la vita delle persone dal punto di vista umano, sociale ed economico. Ma non sarebbe possibile senza nuove e incoraggianti scoperte in ambito farmaceutico: per questo motivo Janssen sostiene la ricerca globale all'interno dei propri laboratori e collabora con le realtà accademiche, scientifiche, industriali, istituzionali.

Giorno dopo giorno, Janssen affronta sfide sempre più complesse nel campo della medicina, rimanendo al fianco dei pazienti in molte delle principali aree terapeutiche: neuroscienze, infettivologia e vaccini, immunologia, malattie cardiovascolari e metaboliche, oncologia ed ematologia. Al tempo stesso promuove la sostenibilità del sistema salute con modelli innovativi di accesso e programmi di formazione e informazione.

Il valore della ricerca è solo uno dei cardini su cui si basa l'operato di Janssen in Italia: da 40 anni al servizio della ricerca per un mondo più sano.

Janssen. Più vita nella vita.

janssen

Janssen-Cilag SpA
www.janssen.com/italy

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 vita inospitale

Alberto Giannelli

Siamo tutti per poco ospiti della vita,
vivere è solo un'abitudine

Anna Achmatova

Noi siamo ospiti della vita. Ma l'ospitalità ha un limite. A un certo momento l'ospite se ne deve andare e se non se ne va viene pregato, obbligato, indotto ad andarsene. Se non, addirittura, trascinato a forza fuori di casa.

Quando l'ospite decide da solo di andarsene prima, sceglie una strada, quella del suicidio. Cioè quella di uscire volontariamente dalla vita, di attuare quella che si chiama la morte volontaria (*Freitod* nella letteratura tedesca). Del resto, l'unica malattia inesorabilmente mortale è la vita stessa. In uno dei suoi aforismi *Nietzsche* aveva detto che nascere -venire all'essere, diventare qualcosa- è una colpa che si paga con la morte.

Di fronte a una persona che fa questa scelta, dobbiamo astenerci da giudizi etici, da valutazioni giuridiche, finanche religiose. Bisogna, piuttosto, interrogarci su quanto quella vita sia stata inospitale e su quello che abbiamo fatto od omesso di fare per renderla meno intollerabile o meno insopportabile o meno dolorosa, insomma meno inospitale.

Odilon Redon, Armor, 1891

L'inospitalità della vita ora si manifesta fin dai primi tempi della vita stessa, minata da una invincibile, ontologica attrazione per la morte, ora dopo uno scacco, una sconfitta, un distacco affettivo, una violenza sul corpo subita da bambini, una caduta in situazioni di disastro economico con conseguenze irrimediabili, una malattia inguaribile e per di più dolorosa, lo smarrimento di ideali politici o religiosi che di quella vita erano motivi determinanti, ora, infine e paradossalmente, dopo un successo o una vittoria. La vita inospitale umilia o lacera l'umana presenza. Se qualcuno se la toglie deve pur esserci o esserci stata nella sua vita qualche cosa di peggiore della morte. Sovente per uscirne non c'è un unico motivo, ma ce ne sono diversi, non di rado sfuggenti a uno sguardo sia pure attento. Non occorre dire che eventi del genere di quelli citati vengono superati o sopportati o accettati con rassegnazione da buona parte delle persone. Purché dotate della resilienza necessaria. Mi sento di dire che quando

diventano decisivi a porre fine alla vita questo accade perché la vita stessa, fin dal suo costituirsi come consapevole presenza, si rivela inospitale, precaria, fragile. E chi ha più fragilità del poeta o dell'artista che per sopravvivere si alienano in una realtà altra da quella dei comuni mortali?

Penso a una giovane poetessa, *Antonia Pozzi*, nata e vissuta in una famiglia dell'alta borghesia milanese, che ebbe nel corso della sua breve vita riconoscimenti alternati a critiche da personaggi influenti della cultura e della letteratura del suo tempo (siamo nella prima parte del novecento), eppure a soli ventisei anni si gettò nelle acque gelide dell'Olona per alcuni, ingerì una eccessiva dose di barbiturici per altri, logorata da amori non corrisposti o comunque tormentati, a partire da quello per il suo professore di liceo, al quale suo padre si oppose tenacemente. Basta l'incipit di questa sua poesia scritta tempo prima del gesto definitivo:

Se un giorno accadrà che io me ne vada / che cosa resterà di me / se non un'esile scia di silenzio?

per rendersi conto di quanto, malgrado tutto, fragile, precario fosse l'attaccamento alla vita: come una foglia d'autunno al suo albero. Un autunno, a dire il vero, assolutamente precoce. Oppure bastano questi versi disperati:

io sono una nave che cerca / per tutte le rive / un approdo.

Antonia Pozzi, al di là del suo talento poetico, va ricordata per la sua partecipazione e vicinanza alle persone povere e emarginate con cui aveva occasione di incontrarsi, quasi sentisse di essere colpevole degli agi che la sua condizione sociale le permetteva, e visse con angoscia la promulgazione delle leggi razziali e l'atmosfera della imminente seconda guerra mondiale.

In questo senso mi ricorda la figura di quella asceta laica che è stata *Simone Weil*, una straordinaria figura di donna che negli anni quaranta del secolo scorso con la potenza del pensiero e lo stile di vita dedito a condividere le sofferenze di chi viveva nella Francia occupata e martoriata, ha sfidato il buio che era calato sul destino dell'Europa, e non solo. Anche Simone è morta giovane, ma non ha cercato volontariamente la morte: questa è sopraggiunta per l'aggravarsi della malattia (la tbc) che da anni la consumava, trascurando la quale, attraverso le sofferenze che si procurava, ha messo in atto una condotta a dir così suicidarla. Non mi sembra azzardato accostarle, pur appartenendo a un'epoca assai lontana, santa *Teresa di Lisieux*, carmelitana scalza, che è vissuta solo ventiquattro anni, uccisa anche lei dalla tbc. Come Simone, si è bruciata nell'amore per gli altri partecipando con passione alla loro vita (verrà proclamata nel 1997 Dottore della chiesa da Giovanni Paolo II: era anche poetessa e drammaturga) (1).

Vanno naturalmente esclusi da quanto vado dicendo i gesti autosoppressivi conseguenti a condizioni psicopatologiche gravi: crepuscoli epilettici, stati di eccitamento maniacale, fasi confusionali di una psicosi, depressioni farmacoresistenti, tutte condizioni nelle quali la volontarietà e la lucida autodeterminazione a morire non c'erano al momento del salto nel buio o non erano visibili né individuabili perché sepolte sotto il loro spessore. Così come i suicidi imposti da regole o *dictat* inappellabili dei detentori del potere, come, ad esempio, quelli di Socrate e di Seneca e, in epoca a noi più vicina, del Feldmaresciallo *Erwin Rommel*, nella parte finale della II guerra mondiale. Così come la morte dei comandanti delle Marine da Guerra che quando è irrimediabilmente colpita dal nemico si inabissano con la loro nave. O, ancora, il suicidio di *Giuda Iscariota*, enigmatico ancora oggi malgaro le numerose ricerche teologiche, filologiche e storiche che lo hanno indagato da duemila anni a questa parte (2).

Nell'esercizio della sua professione, pubblica o privata che sia, lo psichiatra almeno una volta si imbatte nella tragedia del suicidio di un suo paziente. Previsto o no,

prevedibile o no. È illusorio, anzi sbagliato, fare della depressione l'unica malattia della quale il suicidio sia appannaggio. Di fronte al gesto estremo, lo psichiatra deve preoccuparsi dell'eticità del suo intervento, quindi la sua riflessione deve incentrarsi su quella specifica situazione, ma mirando all'intervento e a chi lo doveva (o avrebbe dovuto) effettuare, non sull'atto e il suo attore. Il suicidio di un paziente è sovente la sconfitta di una relazione, un aiuto richiesto e non avuto, una protesta sottovalutata, una disperazione inascoltata. Sono però del parere che in una buona parte dei casi, la responsabilità sia di entrambi i soggetti della relazione (terapeuta e paziente), che questa non sia mai decollata, non si sia sviluppata sul versante terapeutico, sia comunque fallita per una insufficiente elaborazione delle dinamiche transferali e controtransferali, dei bisogni fusionali e nel tempo stesso emancipativi, nonché per una mancata utilizzazione in termini costruttivi delle potenzialità aggressive.

A volte, però, per fuggire dalla vita inospitale c'è chi si è inoltrato, gradualmente o bruscamente, sul sentiero impervio della follia (qui intesa nella sua accezione più ampia). Ma, a differenza della morte volontaria, la follia non è una scelta, né necessariamente prelude alla morte. *Martin Heidegger* diceva che noi siamo *geworfen*, cioè gettati nella vita. Magari la follia condiziona una vita intera o gran parte di essa, ma lascia spazi alla libera autodeterminazione, alla ripresa pur temporanea del rapporto con la realtà, a volte, ancora, recede del tutto così come recede un sogno: come non ricordare che *Sigmund Freud* definiva il sogno la psicosi dell'uomo normale e, molti anni prima di lui, *Arthur Shopenhauer* diceva che la follia è un lungo sogno e il sogno una breve follia? E come negare che sia il sogno che la follia abbiano sempre una loro creatività, a volte accessibile, a volte no, alla nostra comprensione? Almeno a quella immediata.

A *Lev Tolstoj*, la moglie Sof'ja in Amore colpevole attribuisce questo detto:

> *Il poeta sottrae tutto il bello alla vita e lo trasferisce nella sua scrittura. Ecco perché la poesia è così splendida e la vita così brutta.*

Per meglio capire l'invisibile filo che collega il sogno alla follia non c'e che ricorrere proprio alla poesia, il componimento per eccellenza, prima del romanzo o del saggio o della novella. La follia - come ha detto Clemens Brentano- è la sorella infelice della poesia (3). Come il sogno, la poesia racchiude in un tempo e in uno spazio irriconoscibili dalla coscienza vigile, personaggi, eventi, aspirazioni e desideri, ora confessabili ora no, a volte angosciosi, a volte risibili in tutta la loro (apparente) assurdità. Una sorta di teatro nel teatro della mente. Ci sono dei versi o degli aforismi che contengono verità per dire le quali un narratore impiegherebbe pagine intere. Come, ad esempio, questi di *Salvatore Quasimodo*, una sorta di schiaffo all'antropocentrismo (per non dire al superominismo in attesa dell'*übermensch*, di stampo vagamente nietzschiano):

> *Ciascuno sta solo nel cuore della terra / trafitto da un raggio di sole./ Ed è subito sera*
>
> *Oppure, quelli di Saffo quando dice della forza dirompente dell'amore:*
>
> *Eros mi ha squassato la mente / come il vento del monte / si scaglia sulle querce* (4).

Quando crepe prima e fenditure poi si insinuano nella trama delle esperienze vissute e configurano uno *Stimmung* intonato alla tristezza che in un secondo tempo può farsi depressione, la poesia rivela tutta la sua forza espressiva, come in questa di *Cesare Pavese* che da sempre ha avvertito una inclinazione invincibile, direi ontologica, verso l'uscita volontaria dalla vita:

> *Verrà la morte e avrà i tuoi occhi / questa morte che ci accompagna / da mattino a sera, insonne / sorda,*

come un vecchio rimorso / o un vizio assurdo... (1950)

Pacate, invece, ma chiara richiesta di condivisione se non di aiuto, le parole di Sergio Corazzini:

Voglio dirti in segreto / della dolce follia che mi fa triste

L'invincibile inclinazione di Pavese è testimoniata anche da quanto una volta ebbe a dire:

La morte è il riposo, ma il pensiero della morte è il disturbatore di ogni riposo

In Corazzini è stata la malattia (la tbc) a sancire il momento della sua uscita dal mondo, ad appena ventuno anni. Pavese il progetto lo maturava da anni, anzi da sempre: il passaggio al gesto definitivo coincide con lo smacco definitivo del rapporto d'amore con l'americana Constance Dawling. Ma già cinque anni prima di *Verrà la morte e avrà i tuoi occhi* aveva scritto:

Sei la terra e la morte.
La tua stagione è il buio
e il silenzio. Non vive
cosa che più di te
sia remota dall'alba... (1945)

una spietata accusa alla vita inospitale, forse incarnata a quell'epoca nella donna che stava allontanandosi da lui. Ma accanto e al di là di questa ipotesi, sta il fatto che qualunque cosa pensi l'uomo finisce per farla. E lui pensava sempre alla morte, anche quando stava o ritornava tra le sue Langhe, anche quando scriveva *La luna e i falò* o *La casa in collina*.

Come uno o più disegni o schizzi sulla carta preparano l'opera figurativa alla quale il pittore darà vita anni dopo (a volte molti anni dopo, e talora il disegno è più importante dell'opera finale), così l'intento auto-soppressivo matura lentamente per giungere finalmente, dopo anni, a realizzarsi a causa di un evento che umilia, sconfigge, priva di senso la vita già fragile nella sua precarietà. E colpisce il fatto che Pavese pochi mesi prima avesse vinto il premio Strega con *La bella estate*. È proprio d'estate che a Torino chiude i conti con la vita. Verrà la morte e avrà i tuoi occhi viene trovata pochi giorni dopo sulla sua scrivania all'Einaudi (era stata scritta qualche mese prima). Ma quale sua frase più significativa di questa?:

Non ci si libera di una cosa evitandola, ma attraversandola

A mio avviso quella di Cesare Pavese è l'esistenza che, paradossalmente, non può realizzarsi che nella rinuncia alla vita (5).

Gli occhi, lo sguardo, il volto della persona amata ritornano spesso nella letteratura poetica, dove con poche parole si dice ciò per cui a un esperto di fisiognomica occorrerebbero molte pagine. Basta citare *William Shakespeare*:

Più dolce sarebbe la morte se il mio sguardo avesse come ultimo orizzonte il tuo volto

E, ancora lui, riesce a immaginare la morte come una cerimonia nuziale, esprimendo il trionfo della libido narcisistica attraverso un processo che fa assumere a un evento tragico le sembianze di un evento felice. Persino erotico, precisa *A. Heynal*, mettendo in luce l'ambiguità della percezione della fine della vita. Dice un personaggio di quel dramma:

Se devo morire andrò incontro alla tenebra come a una sposa e la stringerò fra le mie braccia (6).

La tendenza al suicidio è legata al sentimento di colpa, addirittura a quella del solo esistere, dunque al super-Io, ma, come precisa *L. Grinberg*, anche al narcisismo: la ferita di essere infelice spinge il melanconico al suicidio (7).

Gli autori finora citati non hanno vissuto direttamente, in prima persona, l'esperienza della follia, ma due di loro (Pozzi e Pavese) hanno subìto e riversato nei loro versi il fascino (perverso) della morte come loro unico, possibile orizzonte. Sono stati viaggiatori inutilmente alla ricerca di altri approdi. O non hanno trovato altri sentieri su cui incamminarsi. All'inospitalità della vita sono sfuggiti travalicandone i confini. Come quando cercando i confini di un'isola si trovano quelli dell'oceano. A loro non è

mancata la libera autodeterminazione a uscire dalla vita. A un certo momento sono passati dal progetto all'atto. Il momento è stato quello in cui la speranza è crollata, anzi qualsiasi speranza è crollata definitivamente, sia l'*expoire* che l'*experance* degli autori francesi. Del resto, che cos'è la speranza se non il sentimento che permette alla vita di esserci e sospinge l'esistenza verso il futuro? Senza speranza non c'è attesa, senza attesa non c'è futuro. L'attesa è il presente del futuro. Diceva Pavese:

Aspettare è ancora un'operazione, è non aspettare niente che è terribile

Certo, ci sono altri poeti su cui varrebbe la pena di soffermarsi se non ci fossero limitazioni di tempo e di spazio: ad esempio, nel secolo scorso, *Georg Trakl* e *Ingeborg Bachmann*, entrambi sorpresi da una vita infelice e condannati al silenzio, quello definitivo (8).

Chi, invece, il sentiero, su cui incamminarsi per sfuggire a una vita inospitale, l'ha trovato è stato *J. Ch. Friedrich* Hölderlin, ed è stato quello della follia: la schizofrenia, secondo coloro che ne hanno approfondito la cifra stilistica e i contenuti, a partire da *Karl Jaspers* fino a *Mauro Savino*. Questo romantico cantore dell'infelicità umana è uno dei più grandi poeti di ogni tempo. La malattia lo aggredisce quando aveva poco più di trenta anni. I restanti trentasei della sua vita li vive a Tubinga nella torre di un falegname svevo, che avendo letto *Hiperion* decide di prendersi cura di lui. Quella di Hölderlin sarà innocua follia, una sorta di pacifico autismo, anche se prima che si rivelasse aveva avuto episodi di aggressività e di instabilità dell'umore. Una follia che lascia spazi a esternazioni di struggenti lirismi, come questi versi scritti nelle fasi iniziali del suo isolamento nella torre affacciata sul Neckar e poco dopo l'interruzione di un rapporto affettivo, l'unico della sua vita, quando aveva ventisei- ventotto anni:

Poco ho vissuto. Ma spira fredda / già la mia sera.
E cheto, come le ombre / sono già qui e senza ormai più canto / mi dorme in petto il cuore rabbrividito

E più tardi:

Ahimé, e io dove prendo / D'inverno i fiori, e dove / Del sole la luce / E l'ombra della terra? / S'ergon le mura / Mute e fredde, nel vento / Stridon le banderuole

Non a caso questi versi fanno parte della poesia La metà della vita. Nelle fasi più acute della malattia i suoi versi si rivelano ininterpretabili, un miscuglio di parole, in altre il poeta tace, preferisce tacere. Di lui *Martin Heidegger* ha detto: *le poète du poète*.

Un secolo dopo, un altro poeta, questa volta americano, *Robert Lowell*, da fermo o da rinchiuso in case di cura, riesce a esplorare spaventosi abissi mentali. Due volte premio Pulitzer, Lowell è considerato il più importante poeta statutinense del secondo dopoguerra del secolo scorso. Non posso non citarne un altro, *Ezra Pound*, che visse molto in Italia, sul quale *Romolo Rossi* ha scritto un saggio interessante, avendo potuto leggere la cartella clinica di un ricovero, se non ricordo male nella Clinica di Pisa. Pound oggi è citato spesso, qui in Italia, non tanto come poeta, ma purtroppo come nome di cui si è appropriato un settore della destra estrema, approfittando di alcune (peraltro innocue) simpatie che Pound mostrò ad alcune iniziative del regime fascista in tema di politica sociale. Comunque è stato un poeta di rilevante importanza, la cui vita inospitale è contrassegnata anche da molti problemi che ha avuto proprio con le istituzioni del suo paese, gli Stati Uniti. Sminuirne il valore poetico per tali motivi sarebbe come mettere in dubbio la forza del pensiero di Heidegger o la grandezza della musica di Wagner o la profondità della scrittura di Dostoevskij, solo per i loro atteggiamenti anti-semiti. È ancora oggi difficile per filologi e critici letterari separare la sfera creativa da quella della vita (privata o pubblica) di personaggi che comunque sono entrati nella storia del

pensiero, dell'arte, della letteratura, della musica.

Sempre nel secolo scorso si è levata la voce di *Dino Campana*, il poeta folle di Marradi, la cui vita vagabonda ha avuto soste solo nella scrittura, soste di breve durata ma che gli hanno permesso di scrivere un capolavoro quale *Canti Orfici* (9).

Fuori dal coro, cioè dalla inospitalità della vita come unica fonte dell'ispirazione poetica, è *Alda Merini*, che in un'occasione scrisse:

anche la follia merita il suo applauso

smentendo in parte la frase di *Tolstoj* prima citata.

Eppure, chi conosce questa grande poetessa del nostro novecento sa bene quanto inquieta e movimentata sia stata la sua esistenza, scandita da diversi ricoveri in manicomio (siamo in un periodo che precede di poco la rivoluzione di *Franco Basaglia*). C'è nostalgia in alcune delle sue poesie, velate da sottili, a tratti ironiche melanconie, ma a prevalere è l'amore per la vita e le persone che la abitano (a volte con una passione, quale quella che visse, appena sedicenne, per lo scrittore-poeta *Giorgio Manganelli*, che aveva dieci anni più di lei, era sposato e padre di una bambina). Certo, anche in lei non sono mancati periodi di silenzio lungo i quali la vena poetica è apparsa sopraffatta dalla violenza della malattia, per poi riemergere limpida, oserei dire trasparente. Una volta ha detto:

Io nacqui destinata a soffrire. Mi auguravo di morire.
Ma la vita fu feroce. Mi lasciò sopravvivere.

Anche in lei, che mai esplicitò chiare inclinazioni verso la morte volontaria, non sono mancati momenti (anche lunghi) in cui il buio ha preso il sopravvento sulla luce del suo mondo interiore:

Quelle come me guardano avanti anche se il cuore quasi sempre rimane indietro.

E in un'altra occasione:

illumino spesso gli altri ma io rimango sempre al buio.

Chiara allusione alle sue ombre della mente, che oscuravano, senza tacitarlo, il suo talento (9).

Ci sono poi personaggi folli creati da narratori o poeti che folli non sono mai stati: a mò di esempio, *Aiace Telamonio*, *Macbeth*, *Enrico IV*, i cui autori sono rispettivamente Sofocle, Shakespeare, Pirandello, a testimonianza che la follia o segmenti di follia albergano dentro ciascuno di noi, anche se pochi — come gli autori appena citati — hanno avuto il talento di trasferirli nella parola scritta (altri lo hanno fatto nell'arte figurativa o astratta e nella musica).

Due casi di follia a dir così latente mi paiono assai interessanti per noi che esercitiamo la psichiatria e ne conosciamo la storia.

Il primo riguarda la poetessa americana *Emily Dickinson*, vissuta nel XIX secolo, la cui immensa produzione poetica fu pubblicata dopo la sua morte. Non uscì volontariamente dalla vita, né attraversò l'esperienza della follia. Ma ci sono almeno due componimenti nei quali riversò intuizioni straordinarie inerenti alla sofferenza mentale l'uno, al vissuto (celato) della morte l'altro.

L'*incipit* del primo:

La mia mente sentii fendersi – come se il mio cervello si fosse spaccato – Cercai di
ricongiungere i due orli – / ma non riuscivo a farli combaciare

Non c'è chi non veda in questi versi (la poesia intera la riporto nelle *Note*) la corrispondenza temporale con le tesi che *Walter Griesinger* andava sostenendo nello stesso periodo, ma nella lontana Germania, e l'anticipazione di quello che *Eugen Bleuler* introdurrà nella psicopatologia della schizofrenia circa cinquanta anni dopo, anche lui lontano, al di qua dell'oceano. Ma in più c'è un dettaglio interessante di cui dirò, sempre nelle Note.

L'*incipit* del secondo:

L'anno scorso morii di questo tempo. / So che sentivo il grano, / quando mi trasportaron lungo i campi– / aveva già la spiga.

Il secondo caso è quello di un nostro poeta del XX secolo, *Giorgio Caproni*, l'epigono più importante di Eugenio Montale. Anche lui non ha mai avvertito — dal lato clinico — il richiamo dell'uscita volontaria dalla vita né esperito in prima persona la follia. Eppure ci sono molte sue poesie che ineriscono a singolari aspetti della psicopatologia e della semeiotica psichiatrica. Ne cito due, ma ce ne sarebbero molte altre degne di riflessione, sempre a proposito di quella follia, silenziosa ma pronta ad emergere dai fondali dell'umana esistenza. Quella di noi, di ciascuno di noi.

Questa è la prima:

Mi sono risolto. / Mi sono voltato indietro. Ho scorto uno per uno negli occhi / i miei assassini. Hanno – tutti quanti – il mio volto.

la seconda:

Credevo di seguirne i passi. / D'averlo quasi raggiunto. / Inciampai. / La strada / si perdeva tra i sassi.

È quasi spontaneo cogliere in queste poesie, nelle quali l'Io si confonde al Lui, l'assassino all'assassinato, la tensione che porta l'autore sull'orlo del precipizio o alla ricerca (fallita) di una identità. La prima si chiama *Rivelazione*, la seconda *Falsa pista* (10). Titoli che ben corrispondono alla eccellenza delle poesie, scarne e brevi, ma dense di significati che accostano la mente nella sua quotidiana realtà a quella che osa sconfinare nell'inconoscibile, nell'irrazionale. Come non pensare al meccanismo di difesa che *Anna Freud* nel 1936 chiama l'identificazione con l'aggressore o all'identificazione proiettiva, concetto che *Melanie Klein* introduce nel 1946 a designare una forma particolare di identificazione che stabilisce il prototipo di una relazione oggettuale aggressiva ?

Ci sono poi poeti e narratori che hanno trovato nella scrittura una forma di auto-terapia della inospitalità della loro vita. *Ovidio*, *Thomas Mann*, *Wislawa Szymborska* sono alcuni di loro (11). Altri, invece, pur amando la scrittura e facendone l'elemento fondante del loro esserci, si sono piegati alla inesorabilità del destino avverso, come *Marina Cvetaeva* e *Anne Sexton*, ponendo fine alla fatica di vivere (12).

Chi esercita la psichiatria sa che la scrittura (autobiografica o no) è una forma (complementare) di terapia, in quanto suggerendo loro di scrivere (magari tenere un diario) molti malati riescono a dire ciò che a voce non sanno o non possono esprimere. La scrittura di sé porta spesso originali contributi a far conoscere al terapeuta stati d'animo, pensieri, ricordi e desideri che altrimenti gli rimarrebbero sconosciuti. Già *Karl Jaspers* suggeriva questa modalità di approccio o di conduzione di una relazione terapeutica. Alcuni malati lo fanno spontaneamente (13). Attraverso disegni, poesie e diari prefigurano quello che sarà l'approdo finale del loro viaggio su questo pianeta. Un diario, magari nascosto in un cassetto, o una lettera sono sempre *addressed*, cioè indirizzati a qualcuno, e questo qualcuno può essere uno di noi, chiamato all'ascolto o alla lettura, ma purtroppo non sempre ce ne accorgiamo. O non cogliamo in tempo il valore del messaggio. Vale a dire che la lettera o la poesia o il diario o il disegno sono di per se stessi apertura e dialogo e rompono le mura di un'esistenza solitaria: aprono, insomma, verso l'altro, verso un interlocutore. Ora immaginario, ora reale, come, appunto, il terapeuta.

Casimire Delavigne ha detto che i folli negli intervalli di lucidità sono straordinari. *Montaigne*, dopo aver visitato *Torquato Tasso* nelle tenebre del manicomio di Ferrara ha scritto che dalla follia nasce la più sottile saggezza e, in un'altra occasione, che gli uomini compiono le loro più grandi azioni, che più li accostano alla divinità, quando sono fuori di sé e infuriati e dissennati. Saggezza, diceva Montaigne, e non sapienza, come con il suo solito acume ci spiega *Eugenio Borgna*. Tra l'altro, egli cita un filosofo, *Nicola Abbagnano*, il quale dice che, mentre la sapienza è la conoscenza di cose alte e sublimi, remote

dalla comune umanità, la saggezza è la conoscenza delle faccende umane e del miglior modo di condurle. Ma Borgna aggiunge che la conoscenza razionale non è fonte di saggezza se non quando accompagnata dalla conoscenza emozionale: dall'intuizione e dalla immaginazione. Per essere mediatori di saggezza bisogna essere in un dialogo emozionale con gli altri, e con il mondo che ci circonda (14). Un concetto, questo, che non possiamo non condividere pienamente.

C'è una battuta di *Shakespeare* — confesso che non ricordo in quale dei suoi drammi — nella quale la maga Circe dice: "ci sono cose, Ulisse, tra cielo e mare più di quante la tua filosofia non possa immaginare".

Ho già ricordato che la follia per qualcuno è la sorella infelice della poesia e che questa ha preceduto spesso quelle che poi sono state acquisizioni fondamentali della psicopatologia (mi sono limitato a *Emily Dckinson* e a *Giorgio Caproni*, ma potrei citare anche il *sommo Poeta* (v. nelle *Note*, n. 10).

La follia fa parte di ciascuno di noi, del nostro mondo interiore e delle nostre arcane esperienze. Come può una psichiatria, anzi uno psichiatra, ignorare l'immenso patrimonio letterario e artistico che dai greci in poi fa parte della storia del mondo occidentale? Avrebbero potuto *Freud* e *Jung*, l'uno di Leonardo e Michelangelo, l'altro di van Gogh, Strindberg e Hölderlin, rivelarsi illuminati esegeti senza una appassionata conoscenza della storia dell'arte e della poesia che li ha preceduti? Badate bene, non critici o saggisti, ma entrambi psichiatri o, meglio, psicoanalisti, vale a dire nostri antenati nella vita e nella professione.

E ancora, a proposito di sapienza e saggezza. L'inconoscibile, l'irrazionale abitano i fondali della nostra presenza, del nostro *Da-sein*, del nostro Esser-ci. Pronti ad emergere spontaneamente (come nel sogno) o sotto la spinta di una onda inaspettata (un *life-event*, denso di significazioni simboliche o di risonanze eccezionali provenienti dalla vita, dalla vita inospitale). Inoltrandosi sul sentiero della follia o facendosi accompagnare dalla sorella meno infelice, gli autori finora citati hanno sigillato la loro storia. Dice bene *Giulio Giorello*, filosofo, e per di più della scienza: "nel mare tempestose delle passioni quotidiane tutti, sani e malati, abbiamo bisogno di un'imbarcazioni cui affidarci. Ma preferiamo la zattera di Erasmo e di Bosch al transatlantico di una ragione repressiva". (Qualcosa di simile a quello che aveva già detto una poetessa, *Alda Merini*: "anche la follia merita un applauso").

Alla vita inospitale o vissuta come tale — Giacomo Leopardi una volta ha scritto: a me la vita fa male — ci si può sottrarre assecondando una inclinazione oso dire innata che finisce per diventare un ossessivo progetto, quello di uscirne volontariamente. Senza attraversare le lande desolate e desolanti della follia. Suicidio e follia non sono però alternativi l'uno all'altra. C'è piuttosto qualche cosa che hanno in comune: la poesia. Ma con una precisazione: poeti, a mio avviso, si nasce e le poesie sono l'anticipazione, per chi sa leggerle, dell'approdo finale, già da tempo intravisto. Folli si nasce o si diventa, e le poesie sono la testimonianza del loro nomadismo, non anticipano, ma accompagnano.

Ma, sani o malati che si sia, ci vuole il talento per essere poeti. La stessa cosa nel mondo dell'arte e della musica, nonchè della scienza. A proposito di quest'ultima mi balzano alla mente i nomi di Ettore Maiorana, precoce genio della fisica nucleare, e quelli di *Wolfang Pauli*, anche lui fisico e di *John Nash* matematico ed economista.

Senza talento, la sofferenza non si sublima in un'opera d'arte. Il suicidio non è un'opera d'arte, ma opere d'arte ce lo hanno presentato e illustrato. Anche la follia non è un'opera d'arte, ma su di essa hanno creato capolavori artisti del calibro di *Bosch*, *Dürer*, *Grünewald*, *Holbein, Caravaggio, Bernini* e altri. La stessa cosa vale per la poesia. Senza talento non avremmo avuto nessuno dei

poeti di cui ho parlato. Opere d'arte sono, appunto, le loro poesie, non la morte volontaria di alcuni di loro o la follia di altri. Con una precisazione: le poesie non sono scritte su commissione di un mecenate o di un potente o di un mercante. Sono spontanei germogli del mondo emozionale e affettivo. Non ci sono gallerie o musei con le poesie appese al muro. Per di più, la poesia non ha bisogno di mediazioni o di mediatori, ma solo della penna, a volte nemmeno di quella perché per via orale è stato trasmesso ai posteri il poema omerico (saranno loro, i posteri, che lo metteranno sulla carta). Non c'è musica senza mediatori: il compositore ha bisogno del pentagramma, l'esecuzione degli strumenti e dell'orchestra, quest'ultima di un direttore. Non c'è dipinto senza la tela, il pennello, il soggetto o l'ambiente naturale o astratto da ritrarre. La poesia è umile, basta a sé stessa, come la sua infelice sorella, la follia. La follia è così umile e nascosta che può soggiornare anche dentro di noi, anche una vita intera, senza che ne accorgiamo o ne siamo disturbati. Solo quando la vita è o si fa inospitale, se c'è il talento allora si fa sentire, esterna la sua voce, a volte ai contemporanei, a volte postuma, per quelli che verranno (e magari la troveranno nascosta in un cassetto di una scrivania).

Il talento è una cosa naturale, innata, una sorta di attitudine o disposizione che non si impara, ma è un dono, come indica l'origine della parola. Nella Grecia antica e in Palestina i talenti erano unità di misura e di peso, delle monete. Per evoluzione semantica, a partire dalla parabola dei talenti che si trova nel vangelo di Matteo, sono diventatati i doni che il signore faceva ai suoi servi, il che sta a dire i doni del Signore agli uomini. Nella sofferenza mentale il talento non si azzera, non soccombe alla malattia, ma a volte tace, altre volte intercetta quelli che della malattia sono le espressioni, i vissuti, finanche i sintomi. Quasi che la malattia fosse una risorsa o un'occasione per una sua brillante epifania. Del resto, la malattia è un percorso individuale, non un processo (naturale) uguale per tutti. In alcuni poeti il talento tace nelle fasi più importanti del suo decorso per poi riemergere in tutta la sua vitalità. A volte più evidente e palpabile di prima, nelle sue plurime declinazioni.

Dicevo che il talento, senza il quale non nasce un'opera d'arte, è un dono che chi lo possiede se lo ritrova a qualsiasi età della vita, a volte precocemente, e questo vale anche nel campo delle varie forme artistiche, ma anche del pensiero e della scienza. Geni precoci sono stati *Mozart, Giorgione, Pascal, Maiorana, Nash, Pauli* (15). Genio e follia è un tema ricorrente nella storia dell'umanità, ma solo le neuroscienze stanno cercando (e in parte con successo) i nessi tra le più straordinarie produzioni della mente e i processi neuronali che le accompagnano o ne sono addirittura l'origine. Devo dire che, per quanto mi risulta, è sulla pittura, quella astratta in particolare, che più si è impegnata la ricerca neuroscientifica, soprattutto con *Eric R. Kandel*, nel quale le competenze scientifiche si accompagnano a quelle neurologiche e psichiatriche facendone un ricercatore ideale a confrontare le più eccelse creazioni della mente umana con le attività cerebrali (16). Si ripropone il sempre attuale problema se noi siamo il nostro cervello o è lui una parte di ciò che noi siamo. Anche i progressi della neurochirurgia portano un (prezioso) contributo al rapporto tra attività cerebrale e abilità artistiche. Di recente la stampa ci ha informato che è stato operato al cervello per un tumore un pianista che durante l'intervento eseguiva brani jazz (la tecnica messa in atto è quella della *awake surgery*, cioè chirurgia da sveglio). È stato così possibile individuare le aree cerebrali che regolano, tra le altre funzioni cognitive, anche il linguaggio musicale (Corriere 17 nov. 2019, Osp. di Cesena, nch *L.Tosatto*). Anche nella prospettiva di conoscere in quale dei sedicimila geni che, tra i ventiseimila del nostro patrimonio, presiedono alle attività del cervello, si trovi il perché di quella attitudine e predisposizione alla

creatività che chiamiamo talento. Tutti possediamo quel gene, ma in pochi si attiva. È, all'inverso, come l'empatia: tutti nascono empatici, ma molti (purtroppo) si fanno anempatici, prima o dopo, nello scorrere della propria esistenza. Il *mirror system*, la cui scoperta, all'inizio degli anni ottanta, è vanto della ricerca italiana, è chiamato in causa quale spiegazione cerebrale dell'empatia e, per estensione, risponde delle capacità di comunicazione, socialità e creatività, mettendo in discussione i confini tra processi percettivi, cognitivi e motori.

(*G. Rizzolatti* ce lo ha ben spiegato in un brillante seminario alla III edizione del Festival della Mente, a Sarzana nel settembre del 2006).

Per di più, se teniamo conto anche dei progressi di *brain imaging*, potremmo pensare che presto leggeremo la mente nel cervello. Di tutti, quindi anche dei poeti. Il che nulla toglierà alla grandezza delle loro opere: a queste pensa e penserà il loro talento. Altrimenti sarebbe come dire che la scoperta della stampa ha scolorito la grandezza di scrittori e poeti del passato. O che leggendo su uno smartphone una poesia di *Carducci* piuttosto che di *Rimbaud* o di *Mario Luzi* ne apprezzeremmo meno la bellezza. Un buon libro, narrativo o di poesie, lo fa (anche) il lettore. Se leggeranno nella nostra mente, quello che riscontreranno sarà la nostra capacità o meno di godere delle cose belle che la vita, quella ospitale, ci riserva.

I malati che, prima dell'avvento delle terapie di cui disponiamo oggi, esternavano percezioni deliranti o il furto o la lettura del loro pensiero o sentivano voci di ingiurie o minacce, erano i precursori di questa (non del tutto improbabile) possibilità di leggere la mente nel cervello. I loro deliri hanno anticipato le neuroscienze e la tecnologia. Ma la loro umanità di allora è la stessa di oggi. Le poesie, i diari, le lettere che scrivevano spontaneamente o dietro suggerimento dei curanti, e di cui oggi la psicofarmacologia se troppo aggressiva ci depriva, appartengono alla storia e non sarà certo il mondo digitalizzato a farcele dimenticare o apprezzare di meno qualora continuassero a scriverne. Del resto, oggi chi scrive usa il computer e per questo non scrive cose meno belle di quelle di mezzo secolo fa. Diceva Umberto Eco che il computer non è una macchina intelligente che aiuta gli stupidi, ma una macchina stupida che funziona in mano a persone intelligenti.

Non so immaginare se riuscendo a leggere la mente nel cervello si individuerà anche la propensione a uscire volontariamente dalla vita, cosa questa che ci metterebbe in allarme e ci indurrebbe a prendere tutti i provvedimenti per arginarla. La stessa cosa per prevenire la follia.

Mi sembra il caso di riportare quanto, a proposito del suicidio, ha detto *Eugenio Montale*: " Se un giorno vi pensassi, avrei molti dubbi. Sfuggendo al male di quaggiù, avrei il dubbio di entrare in un male ancora peggiore. Se poi pensassi che con il suicidio si entra nel nulla, non so se il nulla sia proprio un bene, vivendo in terra il male può attenuarsi: entrando nel nulla, non si ha più alcuna prospettiva di bene" (17).

Parole queste su cui tutti, credenti o non credenti, dovremmo riflettere. E tenerle presenti quando in un colloquio clinico il paziente, di rado esplicitamente, più spesso con allusioni metaforiche o simboliche (oniriche), lascia trapelare intenzionalità suicidarie, che per umanità o coscienza etica o dovere deontologico siamo tenuti, certo nei limiti delle nostre capacità o possibilità, a rendere inoffensive.

Note e Bibliografia

1. Antonia Pozzi (1912 – Milano –1928). La sua opera (Parole: tutte le poesie) fu pubblicata postuma con prefazione di *Eugenio Montale* da Ancora, 1939. L'inquietudine che da sempre la tormentava, non le ha impedito nelle sua breve vita di studiare, laurearsi con il massimo dei voti e la lode in Filologia moderna, dimostrandosi la più brillanteww allieva di Antonio Banfi, né di amare le montagne, i viaggi, la fotografia (nella quale ricorre spesso Pasturo, un paese ai piedi della Grigna settentrionale, dove ha trascorso parte della sua infanzia e nel cui cimitero è sepolta). Amo molto la sua delicata, ma profonda poesia, e mi stupisce che non abbia il dovuto risalto nella critica letteraria del XX secolo.
   Simone Weil (Parigi 1909 – nel sanatorio di Ashford (GB) 1943). Filosofa, operaia, antifranchista, poi partgiana, ebrea dichiaratasi nel 1938 cristiana, innamorata del poema omerico e della grande tragedia greca. Su di lei *Nadia Fusini* ha scritto cose bellissime in *Hannah e le altre*, Einaudi, 2013. Tra i tanti scritti di Simone Weil ricordo La rivelazione greca, Borla, 1967.
   Teresa di Lisieux, nota come Santa Teresa del Bambino Gesù e del Sacro Volto (Alencon 1873 – Lisieux 1897): *Storia di un'anima* (1897), trd. it., Piemme, 1997, è tra le sue opere una delle più importanti. Oltre che Dottore della Chiesa, è protettrice dei malati di Aids e tbc
2. Corrado Augias, Giovanni Filoramo, *Il grande romanzo dei Vangeli*, Einaudi, 2019
3. Eugenio Borgna, *La follia che è anche in noi*, Einaudi, 2019
4. Salvatore Quasimodo (Modica 1901 – Napoli 1968), premio Nobel 1959
   Saffo, vissuta tra il VII e il VI sec. a.C., nativa dell'isola di Lesbo, poetessa dalla lingua duttile e musicale, apprezzata oltre che da Alceo, suo contemporaneo, anche da poeti latini (Catullo, Orazio, Ovidio), apparteneva a una famiglia aristocratica, ha coltivato il lusso, la danza e la musica e ha cantato l'amore in tutte le sue declinazioni. Secondo alcuni è morta suicida gettandosi da una rupe a causa di un ardente amore non corrisposto da un giovane e bellissimo marinaio di nome Faone, per altri invece è morta per cause naturali in età avanzata. I versi riportati nel testo a proposito dell'amore, in un'altra traduzione suonano così:
   Scuote la mia anima Amore come vento sul monte che irrompe tra le querce.
5. Cesare Pavese (Santo Stefano Belbo 1908 – Roma 1950), poeta, scrittore e traduttore di testi stranieri.
   Indissolubilmente legato alla terra d'origine, le Langhe, antifascista, uomo di sinistra politicamente irrequieto, lavorò prevalentemente all' Einaudi di Torino, fu in rapporti di amicizia e conoscenza con *Leone Ginsburg, Franco Antonicelli, Elio Vittorini, Davide Lajolo, Beppe Fenoglio, Lalla Romano, Massimo Mila, Norberto Bobbio*, alcuni dei quali allievi, come lui, del famoso Liceo d'Azeglio di Torino, dove insegnava *Augusto Monti*, da molti definito "professore di civiltà". Nel 1950 ha vinto il premio Strega con La bella estate e pochi mesi dopo si è tolto la vita, il 27 agosto, nell'albergo Roma a Torino, a pochi passi dalla Stazione Porta Nuova, ingerendo barbiturici.
   Sergio Corazzini (1886 – Roma – 1907), poeta vicino al crepuscolarismo romano, la cui vita è stata inospitale a causa di sfortunate vicende familiari e della tbc, di cui morì a soli ventuno anni.
6. *William Shakespeare Misura per Misura*, III, 1
   A. Haynal Il senso della disperazione, Feltrinelli, 1980
7. L. Grinberg, *Deux sortes de culpabilité*, Rev. Franc. de Psichan. 2/3 191, 1965
8. Georg Trakl (Salzburg 1887 - Cracovia 1914) , morto suicida per abuso di stupefacenti
   Ingeborg Bachmann (Klagenfurt 1926 - Roma 1973), poetessa, giornalista, scrittrice. Del suo suicidio alcuni dubitano e attribuiscono la morte alle conseguenze di un incidente.
9. J. Ch.Friedrich Hölderlin (Lauffen am Neckar 1770 – Tubinga 1843), uno dei più grandi poeti di sempre. Frequentò la Facoltà luterana di Teologia dove incontrò

Hegel e Schelling e fu ammiratore di Goethe e di Schiller. L'inospitalità della sua vita è testimoniata dalla morte del padre quando aveva appena due anni, da un rapporto impossibile e conflittuale con la madre, da difficoltà finanziarie che lo costrinsero a cercare lavoro anche in Francia e in Svizzera fino a che Schiller gli trovò quello di precettore a Francoforte nella casa di un noto banchiere, con la giovane moglie del quale ebbe una ricambiata relazione amorosa, l'unica della sua vita. Allontanato da quella casa a causa della gelosia del marito si verificò la rottura di tale rapporto affettivo, il cui dolore fu aggravato poco dopo dalla morte della giovane amante, che nelle sue liriche chiama *Diotima*. A causa della malattia schizofrenica che lo colse a metà circa della sua vita visse gli altri trenta e più anni nella torre di un falegname di Tubinga che avendo letto *Hiperion* (il suo famoso romanzo epistolare) decise di prendersi cura di lui. Le poesie in parte riportate nel testo sono in *Inni Odi Elegie*, Adelphi, 1977, trad. Sergio Lupi. Lo stesso editore nel 1993 ha pubblicato *Le liriche.*

Tra i contributi più importanti dedicati a questo grande e infelice poeta va citato: Mauro Savino, *Karl Jaspers e la torre di Hölderlin*, Dialegesthai – Rivista telematica di filosofia, anno 13, 2011, un lungo e articolato saggio nel quale l'autore seguendo, ma con spirito anche critico, le tracce jaspersiane (*Genio e follia*, trad. ital. 2001) fornisce interessanti spunti per meglio comprendere il valore del folle ma geniale poeta, servendosi anche della propria indubbia competenza psicopatologica e rivelando per lui una sincera ammirazione. Come ho ricordato nel testo, *Martin Heidegger* lo riteneva le *poète du poetè*, asserendo che nella sua poesia ci fossero cinque parole essenziali pronunciate, *lorsque depuis longtemps la nuit de la folie enlevé sous sa protection*. Se creare non è solo ri-creare (dal fondo delle più precoci esperienze), ma anche correlare tra loro pensieri, sensazioni ed emozioni e, pur nella loro lontananza, attribuire a tale correlazione nuovi significati, è indubbio che anche quella psicotica è - può essere – un'esperienza originale, una sorta di metamorfosi dell'esistenza, al di là e al di sopra, dei suoi (inevitabili) momenti destrutturanti. Sta a noi saper cogliere – saper scegliere – le sue poche parole essenziali. Oggi, come ho detto nel testo, si fanno avanti anche in questo ambito le neuroscienze. La creatività dell'uomo, sano o psicotico che sia, trova una convincente teorizzazione su un piano squisitamente scientifico in quelle ricerche che con il rigore metodologico che lo contraddistingue *Mauro Mancia*, neurofisiologo e psicoanalista, ha condotto nella originale impresa di coniugare i freddi e oggettivi riscontri neurofisiologici con quelli immaginifici e seducenti della psicoanalisi, a testimonianza di come esista una sostanziale unità nella diversificata e complessa totalità della persona.

Martin Heidegger, *Approche de Hölderlin*, Gallimard, 1962
Alberto Giannelli, *Follia e psichiatria: crisi di una relazione*, F. Angeli, 2007
Mauro Mancia, *Sentire le parole*, Bollati Boringhieri, 2004

Robert Lowell (Boston 1917 – New York 1977), principale poeta americano del secondo dopoguerra, fondatore della poesia confessionale, Premio Pulitzer nel 1947 e nel 1974, la cui malattia (Disturbo Bipolare) fu diagnosticata poco dopo la morte del padre.

Ezra Pound (Idaho, USA, 1885 – Venezia 1972: riposa nel Cimitero di San Michele dove si trovano anche *Strawinski* e *Diaghilew*). Nel testo ho accennato a come sia difficile separare nel poeta o nello scrittore o nell'artista o nel musicista la dimensione creativa da quella dell'uomo calato nella realtà politico-sociale del momento. E ho fatto anche riferimento all'antisemitismo di Wagner del quale ancora oggi si parla (soprattutto quando si discute se suonarlo o no in Israele). Ho appreso da Lettura del 24 novembre 2019 che fu proprio Wagner a volere per la prima del Parsifal nel 1882 a Baireuth quale direttore d'orchestra un ebreo, Hermann Levi, figlio di un rabbino (l'articolo è a firma di *Valerio Cappelli*).

Dino Campana (Marradi 1885 – Castel Pulci 1932), ebbe una vita movimentata e viaggiò a lungo in Europa e America

Latina. Tempestosa la relazione con Sibilla Aleramo che sconvolse del tutto la sua mente già malata, fino al ricovero nel manicomio fiorentino di Castel Pulci dove rimase fino alla morte. Il suo capolavoro (Canti Orfici) è stato pubblicato nel 1914 e raccoglie liriche di singolare vigore.

Alda Merini (1931 – Milano – 2009), vincitrice di due Premi (Montale 1993 e Viareggio 1996), si sposò due volte e dal primo marito ebbe quattro figlie. A *Giorgio Manganelli*, suo (impossibile) amore adolescenziale dedicò questi versi:

A te Giorgio / noto istrione della parola / mio oscuro disegno / mio invincibile amore.

La sua vita è stata scandita da passioni amorose, ricoveri a causa di intermittenti disturbi psicotici, ricchezza di liriche che ne hanno fatto la più grande poetessa italiana del secondo dopoguerra, ma alla quale il Comune di Milano finora si è limitato a dedicare un ponte sui "suoi" Navigli. Eppure fu più di una volta candidata al premio Nobel: se ne fosse stata insignita, sarebbe a tutt'oggi la seconda poetessa italiana ad averlo vinto (la prima è Grazia Deledda, nel 1926). Riposa nel Famedio del Cimitero Monumentale di Milano.

Tra i suoi numerosi libri ricordo *Il suono dell'ombra. Poesie e prose* 1953–2009, ed. Mondatori.

10. Emily Dickinson (1830 – Amherst, Mass. USA – 1886), la più grande poetessa di lingua inglese, la cui immensa produzione lirica fu pubblicata postuma per iniziativa della sorella Winnie che la rinvenne nella loro casa-giardino, stipata in cassetti e scaffali, poco dopo la sua morte (dovuta a una malattia renale in atto da tempo). La produzione lirica (ben 1775 poesie) si accompagna a una intensa attività epistolare, con amici e personaggi importanti della cultura del suo tempo, per alcuni dei quali visse un sentimento amoroso. Da quanto si legge in alcune delle tante biografie, fu un amore impossibile quello per il reverendo Charles Wadsworth, già sposato, che segnò una svolta dolorosa nel suo percorso creativo ma anche nella sua vita quotidiana. Da allora si chiuse nella casa-giardino, sempre vestita di bianco, dove visse in una sorta di autismo non imposto, come quello di Hölderlin, dalla malattia, ma frutto di una libera scelta, fino alla morte.

Come ho detto nel testo, una sua poesia allude con impressionante chiarezza a quanto al di là dell'oceano andavano sostenendo due psichiatri, Walter Griesering e, in un secondo momento, *Eugen Bleuler*, circa la patogenesi delle malattie mentali il primo, della schizofrenia il secondo (*Die Spaltung*, in italiano: dissociazione). Impressionante, dicevo, perché nella colta famiglia di Emily non si danno casi di follia né di altri disturbi psichici, né lei stessa ne ha avuto esperienza, pur avendo io parlato di autismo da tenersi però ben distinto da quello bleuleriano. Impressionante, aggiungo, perché in quell'epoca le comunicazioni non erano certo tali da permettere a un americano di essere al corrente di quello che succedeva in Europa in campo medico e per di più strettamente psichiatrico. Coincidenza temporale nel caso di Griensiger, anticipazione in quello di Bleuler? O la poesia, come il sogno, non conosce frontiere, accomuna e non divide, è come un lungo, interminabile ponte transoceanico che permette di pre-sentire in senso rilkiano quello che succede o succederà in ogni umana presenza, in ogni umana sofferenza che non conosce distinzioni quanto a luoghi, tempi, etnie, culture, religioni? E, a proposito di tempi, che dire di Dante, che di molti secoli anticipa la psicoterapia quando scrive: O anime affannate / venite a noi parlar s'altri nol niega (Inferno, V, 80-81)?

Questa è la poesia di Emily:

La mia mente sentii fendersi-/ come se il mio cervello si fosse spaccato-/ Cercai di ricongiungere i due orli- /ma non riuscivo a farli combaciare

Il pensiero anteriore al successivo

tentavo in ogni modo di allacciare- / ma la sequenza era un groviglio muto-/ gomitoli sul pavimento sparsi.

Questa poesia (la 937), al di là quanto detto nel testo, è la rappresentazione scarna, se si vuole emotivamente fredda, di come si possa vivere l'ingresso nella malattia con una impressionante consapevolezza dell'impossibilità di fermarla.

Quei gomitoli sul pavimento sparsi è una splendida immagine dei pensieri liberati dal controllo della ragione, fuoriusciti da un Io in corso di frammentazione e prossimo ormai alla perdita sia della propria identità che del proprio potere progettuale.

Emily Dickinson, *Tutte le poesie*, a cura di Marisa Bulgheroni, Mondatori, 1997

Giorgio Caproni (Livorno 1912 – Roma 1990) *Il franco cacciatore*, Garzanti, 1982

11. Ovidio (Sulmona 43 a C. – Tomi, oggi Costanza, Romania, 18 d C.) scrisse nell'8 d C. Tristia, mentre era in esilio sulle rive del Mar Nero. Duccio Demetrio lo cita quale esempio classico di scrittura auto-terapeutica (nel caso specifico antidepressiva).

    Thomas Mann (Lubecca 1875 – Zurigo 1955), premio Nobel 1929, dovette contare vari suicidi nella sua cerchia familiare (tra cui quello del figlio Klaus) e probabilmente salvò se stesso caricando su molti dei suoi personaggi l'angoscia che li porta a uscire volontariamente dalla vita

    Wislawa Szymborska (Bnin, Polonia, 1923 – Cracovia 2012), premio Nobel 1996. La gioia di scrivere, edito da Adelphi nel 2009 e 2012), contiene tutte le poesie dal 1945 al 2009.

12. Marina Cvetaeva (Mosca 1892 – Elabuga 1941), suicida al suo rientro da Parigi in Unione Sovietica

    Anne Sexton (Newton 1928 – Weston 1974). Su di lei ha scritto cose molto belle Irene di *Cacciamo Dio nella macchina da scrivere*, La nave di Teseo, 2018. Nella quarta di copertina si legge: "*Bisogna che io sia viva. E io lo sono solo se scrivo*".

13. Questa è la poesia spontaneamente scritta da un malato depresso che protesta e si dispera insieme:

    Lasciatemi andare / dove la strada è battuta dal vento...

    Anche al cane si scioglie la catena / Lasciatemi andare / Non fate che mi annulli ancora ogni sera e non permettete che io raggiunga il largo dove non lascia il segno la marea.

    Una poesia come questa non necessita di alcun commento.

14. Eugenio Borgna, *Saggezza*, il Mulino, 2019

15. Psicologi del secolo scorso hanno scritto che buona parte dei grandi scienziati hanno avuto problemi mentali. Non so quanto di vero ci sia in tale affermazione. È certo, comunque, che un genio precoce della fisica, Wolfang Pauli, premio Nobel 1945, sul finire degli anni trenta incontrò *Jung* e rimase per molto tempo in cura da lui. I due continuarono poi a vedersi come amici e insieme scrissero anche un libro.

16. Erich R. Kandel *Arte e neuroscienze. Le due culture a confronto*. R. Cortina, 2017

17. G. Nascimbeni, *Montale*, Longanesi, 1975

Neuroscienze e psichiatria: quali relazioni?

Eugenio Borgna

INTRODUZIONE

La separazione, anche universitaria, fra psichiatria e neurologia sia come teoria sia come formazione personale è forse al tramonto? Il dilagare, e la loro vertiginosa ascesa, delle neuroscienze sta, dunque, divorando la psichiatria che si destituisca della sua autonomia e della sua indipendenza? La farmacologia, la psicofarmacologia, ha segnato così, il crollo della psicopatologia e della clinica, della conoscenza e delle fondazioni epistemologiche in psichiatria?

Non sono domande retoriche, queste, se appena leggiamo i segni del tempo: il dilagare della ricerca farmacologica, la cancellazione (o il rischio della cancellazione) di una psichiatria dell'ascolto e del dialogo sopraffatta da una implacabile psichiatria della oggettivazione, della comportamentalità e della farmacoterapia, sganciata da ogni valutazione degli aspetti psicologici della sofferenza. Il *trend* dominante è davvero questo: e non resta se non adattarsi o uscire dalla modernità: dal corso della storia. Ma anche le minoranze sono portatrici di valori e di riflessioni radicali che sfidano le convenzioni e gli idoli delle maggioranze.

Il celeberrimo assioma di Wilhelm Griesinger (1861), fondatore della psichiatria scientifica, secondo la quale le malattie psichiche *sono* malattie cerebrali, rinasce così con una radicale sovrapposizione ideologica e mitologica: come l'ha definita Karl Jaspers (1959) una volta per tutte.

IL PENSIERO RADICALE DI KURT SCHNEIDER

In un suo lontano lavoro, ancora oggi attualissimo Kurt Schneider ha scritto cose decisive a questo riguardo: "Si è cercato di indagare il cervello come l'organo della vita psichica: si è creduto di avere trovata la via che doveva portare alla fine ad una localizzazione e ad una spiegazione dei disturbi psichici e, di conseguenza, ad una articolazione scientifico-naturale delle malattie psichiche: e si è giunti ai sistemi teorici di un Meynert: e di un Wernicke". Ma egli ha aggiunto: "Nel 1903 Gaupp ha sottolineato la incompatibilità di principio dei processi materiali e dei processi psichici, e ha affermato quello che molti, ancora oggi, si vergognano di dire: la psichiatria non è solo un ramo della medicina scientifico-naturale. L'istologia patologica non potrà mai realizzare qualcosa di essenziale per la comprensione delle manifestazioni psichiche". (Certo, la neurofisiologia e la neurochimica non sono se non articolazioni tecnologiche sofisticate e moderne di quella che è stata, nella prospettiva concettuale della psichiatria dell'inizio del secolo, l'istologia microscopica: con le analoghe tentazioni assolutistiche che si colgono oggi nei postulati teorici e ideologici delle psichiatrie biologiche).

Una ultima citazione dal lavoro di Kurt Schneider: uno dei grandi psichiatri clinici del nostro tempo: "I fenomeni psichici e i fenomeni somatici sono separati da una area infinita di fenomeni sconosciuti. Ciò che è psichico, in quanto tale, deve essere studiato autonomamente e non ammette alcun confronto con ciò che è somatico. Né i fatti psichici possono essere tradotti in fatti anatomici: non c'è un solo processo cerebrale a cui sia correlato in un manifestarsi immediato e parallelo un processo psichico".

Le considerazioni di Kurt Schneidernon hanno un grande significato teorico e astratto: perché esse consentono di rimettere in discussione le rigide tesi biologistiche che, identificando fenomeni psichici e fenomeni cerebrali, disconoscono fatalmente ogni autonomia conoscitiva alla vita psichica, normale e psicotica, e praticamente esauriscono la psichiatria nel contesto delle neuroscienze e la riconducono implacabilmente nell'area della farmacopsichiatria. Le tesi aggiuntive, che la psicoterapia

e la socioterapia abbiano comunque un loro valore nella misura in cui abbiano ad agire biologicamente sulle strutture cerebrali, sembrano davvero *escamotages* (giochi di prestigio): che non possono nascondere la realtà di una psichiatria così teorizzata: quella di una disciplina farmacodipendente e sottratta ad ogni sua dimensione psicologica e umana.

UNA PARENTESI FILOSOFICA

Al di là di ogni loro intenzione, le neuroscienze hanno un *background* di natura filosofica: problematico come ogni discorso filosofico. A questo riguardo, vorrei citare brevemente quello che, a suo tempo, ha scritto Carlo Sini filosofo "laico" di formazione fenomenologica ma aperto ad ogni riflessione culturale, e comunque *non* filosofo metafisico.

Nel contesto di un convegno su "corpo e psiche", egli in particolare così si è espresso: "Abbiamo visto, per esempio, molte diapositive; sempre si vedono molte diapositive quando ci si incontra con i colleghi scienziati, quando si dialoga per esempio con i neurobiologi. Abbiamo ammirato, bisogna sottolinearlo con forza, il loro splendido lavoro, consistente in analisi complicatissime, tecnicamente raffinate, che si riferiscono a quello che possiamo chiamare, per intenderci, apparato cerebrale, neuronale ecc. Tutto questo è di straordinaria rilevanza e non riconoscerlo sarebbe una incomprensibile sciocchezza, per altro commessa in passato talvolta dai filosofi"; e ancora: "Dopo questa mirabile presentazione di come la scienza neuronale progredisca e metta a disposizione di tutti le sue conoscenze, ascoltiamo però frasi di questo genere: "Il pensiero non è che l'espressione dell'attività neuronale". Ecco, questa frase è una pura sciocchezza. Bisogna dirlo con franchezza: questa è una frase che non ha senso alcuno, è una frase destituita di ogni significato".

Ma dal testo di Sini vorrei stralciare una ultima citazione: "Quello che invece dobbiamo paventare è il dogmatismo delle opinioni che vengono fuori dalla scienza. Ciò che non va sono i discorsi confusi che gli scienziati fanno quando frequentano, non la loro pratica e la loro scrittura, attenendosi a quel che davvero fanno, ma quando pretendono, in quanto sono anche essere comuni come tutti noi, di passare a proposizioni di senso generale che sono soltanto superstizioni, dogmatismi intollerabili, cose che bisogna guardarsi dall'allevare milioni e milioni di pappagalli conformisti che credono che la scienza sia fatta da proposizioni insensate del tipo: "Queste sono le sinapsi che presiedono alla memoria ". Le sinapsi "siedono sopra" la memoria? Ma cosa vuole dire? Che senso ha quest'immagine barocca?".

Non si tratta, certo, di aderire alla filosofia di Sini, o alla filosofia positivistica che sta a fondamento delle neuroscienze: ma non si può non avere coscienza della problematicità e della relatività di ogni scienza: delle sue fondazioni epistemologiche.

Cose, queste, che riemergono drasticamente dal discorso di Sini che vorrei citare ancora in sua scansione decisiva. "Per fare un esempio e per comprendere con un'analogia, certo con tutti i difetti di un'analogia, sarebbe come se un essere che viene dallo spazio si trovasse di fronte alla Primavera di Botticelli. Venendo dallo spazio, è un tipo molto diverso da noi, non sa cosa sia la pittura, non conosce l'arte della pittura: però vuole capire cos'è quest'oggetto che gli umani stranamente hanno messo insieme e comincia ostinatamente, tenacemente, ad analizzare la trama della tela, la composizione chimica dei colori e così via"; ma, anche acquisendo dati sterminati su come sia fatta questa tela colora, non giungerà mai alla Primavera di Botticelli che è una *altra* cosa".

Infine: "Per quanto egli assuma conoscenze relative allo stato materiale di questo oggetto, da questo oggetto non caverà mai il suo significato: ma questo non perché il suo significato sia un mistero, spirituale e trascendente: mettere la cosa nei termini del mistero spiritualistico è a sua volta

un tradurre le cose in un altro linguaggio, il quale ha le sue coerenze interne, ma non è poi né la spiegazione della tela e nemmeno la spiegazione della pratica del pittore".

LA QUESTIONE ETICA

Vorrei dire ancora come dalle premesse teoriche delle neuroscienze discendano radicali conseguenze pratiche che si fanno drasticamente evidenti quando ci si confronti con la psichiatria: con i modi concreti di fare-psichiatria.

Cosa fa, allora, chi abbia a pensare che un sentimento sia una secrezione ghiandolare, una attivazione neuronale, un dosaggio neurotrasmettitoriale modificabile e programmabile? Cosa fa chi abbia a pensare questo quando si trova davanti ad un paziente e, più in generale, quando si trova davanti ad una persona umana? Non incontra sguardi, non interpreta significati, non coglie mondi di vita ed esistenze a volte luminose e a volte straziate; ma "constata", nella *climax* ghiacciata che la sua teoria e la sua pratica clinica non può non richiedergli, la presenza di una macchina biologica. La aggiusta se è guasta, la mette a punto se è imperfetta, la abbandona se è, a suo giudizio, inutilizzabile e irrecuperabile.

Una psichiatria, che si riconosca e si esaurisca nei modelli teorici delle neuroscienze, non incontra più volti, e non incontra più storie di vita; facendosi immediatamente estranea al discorso cifrato che i volti, e gli sguardi, continuano a narrare e a rivolgere a chiunque abbia una idea della psichiatria come scienza umana.

Come ribadisce in un suo discorso rigoroso e tagliente Thomas Fuchs, il paradigma naturalistico di conoscenza, che è quello delle neuroscienze, modifica radicalmente l'immagine dell'uomo nel suo mondo: identificandolo, ed esaurendolo, nelle sue funzioni e nelle sue prestazioni biologiche; e riducendolo così alla sua sostanza naturale. Viene, ovviamente, rimesso in discussione il significato, il valore, della persona umana considerata nel contesto di ogni scienza umana come qualcosa di incondizionato e di assoluto.

Il paradigma biologistico di conoscenza, come dice ancora Fuchs, è stato quello dominante nella psichiatria tedesca degli anni fatali del nazionalsocialismo, ed è stato quello che ha fatto riemergere il tema della vita *non* degna di essere vissuta, del nonsenso della vita quando una esperienza psicotica lacera le coscienze e oscura gli orizzonti vitali, e che ha trascinato con sé la giustificazione scientifica (segnata dalla violenza inaudita e dalla cancellazione di ogni umanità) dell'olocausto in psichiatria.

La psichiatria tedesca di oggi ha conosciuto gli orrori della psichiatria tedesca di ieri; ed è questo che la rende così sensibile e così attenta ad ogni tesi che nasca da trionfanti interpretazioni naturalistiche della condizione umana.

I CONFINI ENIGMATICI DELLA PSICHIATRIA

Mettendo-fra-parentesi ogni discorso teorico e filosofico, del resto indispensabile al fine di chiarire le confusioni e anche le mistificazioni possibili, la pratica clinica ci mette di fronte, in psichiatria, *non* a sintomi che, come la febbre, possano essere ricondotti a semplici (unidimensionali) disturbi somatici *ma* a sintomi infinitamente più complessi: a fenomeni, cioè, che non hanno la immobilità e la immediatezza, la costanza e la rispondenza farmacoterapeutica, dei fenomeni somatici.

Ci sono sintomi psicopatologici, anche i più eclatanti come i deliri e le allucinazioni, che cambiano (si attenuano o si accentuano) a seconda dei modi con cui i pazienti, che ne siano portatori, si abbiano a trovare in ambienti accettanti, o in ambienti rifiutanti: in ambienti (psico) terapeutici o anti-terapeutici: e questo al di là del modificarsi delle terapie farmacologiche. I sintomi psicopatologici sono, in fondo, esperienze vissute che nascondono in sé, come loro struttura portante, un disturbo della comunicazione e che hanno una dimensione interiore (soggettiva) e una esteriore (obiettiva): l'una e l'altra essenziali sia al

fine di diagnosticarne la natura sia al fine di orientare e di scegliere le opportune strategie terapeutiche.

Queste non sono mai *solo* farmacoterapeutiche, ma anche, e contestualmente, psicoterapeutiche e socioterapeutiche.

Ovviamente, la conclusione *comune* alle diverse psichiatrie biologiche è quella che la terapia radicale, in psichiatria, è la terapia farmacologica, e che la psichiatria non è se non farmacopsichiatria: inserendosi la psichiatria fra le neuroscienze.

Ora, gli psicofarmaci modificano le infrastrutture emozionali dei disturbi psichici; ma, se si esclude il discorso più problematico e dialettico sulle depressioni unipolari e bipolari, non c'è terapia causale delle schizofrenie nè tanto meno, delle esperienze neurotiche. Nelle une e nelle altre la farmacoterapia neurolettica e ansiolitica ha una azione sintomatica e non causale; nelle une e nelle altre sono la psicoterapia e la socioterapia a svolgere una azione terapeutica che non può essere ignorata; nelle une e nelle altre il decorso è radicalmente influenzato dal contesto sociale e familiare: nel quale ogni paziente abbia a vivere la sua sofferenza psichica.

CONCLUSIONI

La psichiatria insomma quando *non* si riduca ad essere scienza naturale, biologica (neurobiologia) è scienza radicalmente umana che deve essere consapevole della umana incertezza delle proprie stesse fondazioni: dei propri stessi metodi. Così come diffida delle certezze altrui così diffida delle proprie. La psichiatria, e ogni sapere e ogni pratica che sia ad essa adeguata, non può non riconoscersi nella sua dilemmatica significazione di scienza umana e di scienza naturale; e non può non impegnarsi fino in fondo nel pensare, al di fuori di finzioni e di semplificazioni a questo dilemma: alla coesistenza indecifrabile e inesauribile di linguaggi differenti: gli uni irriducibili agli altri.

Questo mio discorso si è solo proposto di delineare alcune possibili riflessioni metodologiche sul tema delle relazioni fra psichiatria e neuroscienze: senza ovviamente disconoscere la straordinaria importanza che esse hanno nella comprensione della vita biologica ma non di quella psichica.

Bibliografia

1. Benedetti F., *La Speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia*. Milano,Mondadori, 2018.
2. Borgna E.,*Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*. Milano, Fetrinelli, 1995.
3. Fuchs T., *'Endlich einmal mit den alten Vorstellungen vom Menschen Schluss machen...'-Wissenschaft und Lebensvernichtung im Nationalsozialismus*, in Mundt C. Hohendorf G. Rozoll M. (edd.), Psychiatrische Forschung und NS-Euthanasie, Heidelberg, Wunderhorn, 2001.
4. Griesinger W., *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart, Krabbe, 1861.
5. Jaspers K., *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin-Goettingen-Heidelberg, Springer, 1959.
6. Kandel E.R., *L'età dell'inconscio*. Milano, Raffaello Cortina, 2012.
7. Schneider K., Reine Psychiatrie, symptomastische Psychiatrie und Neurologie, in Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 57, 1919: pp. 159–166
8. Sini C., *L'immagine del corpo, in Dentone A. (ed.), Corpo e psiche. L'invecchiamento*. Foggia, Bastogi, 1998: pp.171–180

Sezione Clinico-Scientifica

"Houston, we've had a problem": la rappresentazione femminile nei contesti formativi psichiatrici

Camilla Gesi [1,2], *Giancarlo Cerveri* [3], *Claudia Carmassi* [*1], *Enrico Zanalda* [**4], *Francesca Merzagora* [□], *Giovanni Migliarese* [2], *Barbara Carpita* [1], *Claudio Mencacci* [◊2], *Liliana Dell'Osso* [°1]

I termini sesso e genere sono spesso considerati interscambiabili, pur avendo significati diversi. Nel corso del presente lavoro il termine sesso è utilizzato per indicare una stratificazione in femmine e maschi sulla base del sistema riproduttivo e di caratteristiche sessuali secondarie. Il termine genere, invece, è utilizzato con riferimento a ruoli socialmente determinati sulla base del sesso di appartenenza o sulla base della personale identificazione di genere.

INTRODUZIONE

La prospettiva di genere in medicina è un tema di grande interesse espresso tanto in numerose recenti pubblicazioni nella letteratura scientifica quanto in comunicazioni rivolte ai mass media. Questo interesse nasce da diverse riflessioni che riguardano, da una parte, la necessità di fornire trattamenti sempre più orientati ad una valutazione di genere in modo da poter contribuire ad una stratificazione delle risposte cliniche e quindi fornire migliori percorsi di cura. Dall'altra parte, il bisogno di una medicina declinata nel genere giace anche sul versante di chi l'attività sanitaria la pratica, con la necessità di garantire una qualità del lavoro e possibilità di carriera indipendenti da condizionamenti di genere a tutto il personale sanitario. Se la possibilità di fornire una risposta clinica orientata per genere, più attenta e precisa, ha da tempo iniziato ad essere discussa in numerosi contesti clinici, la seconda questione resta un argomento poco trattato e fonte ancora di numerosi fenomeni di reticenza e resistenza. Mentre gran parte dei medici ha ad oggi contezza del fatto che le donne hanno un'epidemiologia, un'espressività fenotipica e una risposta ai trattamenti potenzialmente molto diverse rispetto agli uomini (in ragione di aspetti sia biologici che culturali), allo stesso tempo anche i più attenti e aggiornati mostrano poca consapevolezza di quanto alcuni ruoli nei contesti sanitari siano ancora sostanzialmente preclusi alle donne e di come queste ultime siano fortemente marginalizzate in termini di prospettive di carriera, di salario, di riconoscimento. Tuttavia, i due aspetti della "medicina di genere" — quello clinico e quello occupazionale — sono intrinsecamente collegati: un ambiente maschilista e misogino rischia di produrre solo risposte superficiali al tema complesso di una medicina orientata per genere. D'altra parte, la questione del sessismo è ormai divenuta "senso comune" ed è perlomeno strano che la classe medica, dalla cui formazione — se non addirittura dall'innata attitudine — ci si aspetterebbe sensibilità alle molteplici declinazioni dell'essere umano e alle insidie insite in qualsiasi tipo di disparità, sia ancora poco attenta ad ambienti, ruoli o sistemi che possano rivelarsi equivoci o evidentemente sessisti, siano essi in ambiente pubblico o privato, ospedaliero o accademico.

DISPARITÀ DI GENERE IN AMBITO PROFESSIONALE E MEDICO

La discriminazione sulla base del sesso in contesti lavorativi è stata molto documentata in termini di iniquità di valutazione per l'assunzione, stipendio, riconoscimento di merito e possibilità di carriera, oltre che in tema di esposizione al rischio di subire molestie nell'ambiente professionale (Jena et al., 2015; Mascarenhas et al., 2017; Cooke et al., 2017; Carnes et al., 2017). Lavori sulla disparità di genere in ambito sanitario sono stati pubblicati recentemente nel contesto anglosassone, mutuati da un dibattito ampio e diffuso trasversalmente in ambienti diversi da quello medico. Negli Stati Uniti si è assistito nel corso degli ultimi 20 anni ad un significativo cambiamento di tendenza nel mondo del lavoro in termini di rapporto tra i sessi. Il sesso femminile nell'industria americana ha raggiunto una rappresentazione ai livelli intermedi molto significativa, arrivando nel corso degli ultimi anni a superare in termini di Prodotto Interno Lordo (PIL) la produzione del sesso maschile. Nonostante questo, la predominanza maschile nelle posizioni apicali è risultata scarsamente modificata, evocando un'immagine molto suggestiva e divenuta di grande popolarità che è quella del "glass ceiling" o "soffitto di cristallo", per cui le donne sembrano poter effettuare carriere di successo fino ad un livello medio-alto oltre il quale tutte si arrestano, stante che alle posizioni di comando (i board della grandi compagnie, i ruoli di CEO) l'accesso sembra riservato ai soli maschi che al contrario riescono ad attraversare la barriera di cristallo preclusa all'altra metà del cielo. Questo dibattito è rapidamente avanzato dall'area dell'industria permeando numerosi altri ambiti lavorativi fino anche al mondo della sanità (dove negli Stati Uniti le donne rappresentano il 30% della forza lavoro), con tutti i suoi aspetti specifici legati alla tipologia di lavoro, i turni, i percorsi professionalizzanti, la possibilità di conciliare le esigenze lavorative con quelle familiari.

LA SITUAZIONE ITALIANA E NEL SSN

La situazione italiana appare simile, seppur con alcuni sensibili elementi di "ritardo", se confrontata sia con il contesto statunitense che con quello generale europeo (Pezzini e Lorenzetti, 2018). A fronte di un tasso di occupazione delle donne a livello europeo pari al 65.3% (dati relativi al 2016), in Italia poco più del 50% delle donne hanno un'occupazione, con quasi 20 punti percentuali di differenza con gli uomini e per un contributo al PIL nazionale pari al 41.7%. Uno dei *trend* che ha caratterizzato la composizione del personale sanitario nelle ultime decadi è stato la progressiva femminilizzazione della classe medica, che emerge in maniera molto chiara analizzando i rapporti di sesso per fasce d'età. Sopra i 55 anni le donne sono il 31% del totale dei camici bianchi, quelle tra 50 e 54 anni rappresentano il 50% del corpo medico, che diventano il 60% nella fascia d'età sotto i 50. Complessivamente, secondo dati puntuali relativi all'anno 2017 (fonte CED-FNOMCeO), le donne rappresentano poco meno del 44% della classe medica, percentuale valida sia per i quasi 400.000 medici italiani sia per gli oltre 100.000 camici bianchi impiegati nel SSN.

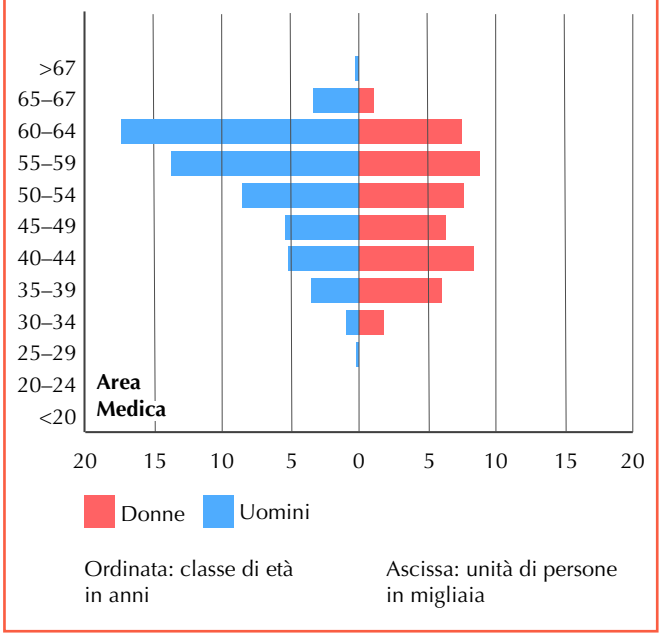
Il sorpasso delle donne, che diverrà nei prossimi anni sempre più di misura, è però ad oggi ancora solo nei numeri. Un indicatore certamente grossolano ma indubbiamente suggestivo del gender gap professionale riguarda i più bassi salari percepiti dalle donne. Relativamente al mondo sanitario italiano, un'indagine EUROSTAT riferita alle retribuzioni dei medici nel 2014 (analizzate senza distinguo fra dipendenti pubblici e medici operanti nel privato) ha evidenziato un differenziale salariale ai danni delle donne di 12.000 euro annui. All'indomani della pubblicazione di questa indagine, il dibattito si è acceso particolarmente in merito a quale fosse l'interpretazione più corretta dei dati e, soprattutto, intorno ad eventuali fattori di confondimento che possono causare una sovrastima del differenziale di salario e indurre erroneamente a sospettare l'esistenza di "gabbie salariali" attorno alle donne medico. L'esistenza di un ghetto retributivo ai

danni delle donne è, per esempio, difficilmente teorizzabile nel settore pubblico, dove al livello contrattuale le regole sono univoche per gli uomini e per le donne. Non di meno, la maggiore anzianità lavorativa e retributiva dei medici uomini, facilmente comprensibile in ragione della già discussa maggiore anzianità anagrafica, può servire a spiegare una parte del differenziale retributivo. D'altra parte, però, è ancora doveroso imputare un'altra parte del differenziale osservato alle maggiori opportunità di progressione nella carriera degli uomini, così come è facile ipotizzare che un'altra parte ancora sia condizionata in modo indiretto dalla necessità delle lavoratrici donne di compendiare contemporaneamente esigenze di lavoro con esigenze familiari, soprattutto connesse alla presenza di figli piccoli. Questa esigenza le spinge verso la ricerca di attività con orari meno disagiati, meglio se diurni e/o a *part-time*, con la conseguenza di una minore retribuzione, cui inoltre contribuiscono, ovviamente, i più frequenti periodi di aspettativa parentale e non.

I dati relativi ai medici impiegati nel SSN non si discostano da quelli disponibili per la classe medica nel suo complesso. La composizione del personale sanitario pubblico in Italia riflette la storia del nostro paese, pur mostrando un tratto comune a numerose altre realtà europee. Il reclutamento massiccio di personale medico tra fine anni '70 e primi anni '80 del secolo scorso, avvenuto in coincidenza con la strutturazione del SSN e supportato da un sistema accademico che laureava grandi quantità di medici e specialisti, seguito dalla brusca riduzione dei percorsi formativi e di assunzione nel corso degli anni '90 ed il primo decennio dell'attuale secolo, ha portato ad una piramide di età con caratteristiche peculiari. Il rapporto Sanità 2019 (https://programmazionesanitaria.it/_progsan/2019/SSNRU-Rapporto.pdf) mostra nel corso degli ultimi anni un'età media dei medici impiegati nel SSN elevata ed in costante crescita, salita dai 50.8 anni del 2010 ai 52 del 2017. Al di là del confermare la tendenza ormai notoria della perdita progressiva di capacità attrattiva del SSN sulle leve più giovani, la curva d'età fornisce ancora importanti informazioni se suddividiamo la popolazione dei medici per sesso. Come si osserva nella *figura 1*, gli uomini sono il sesso più rappresentato tra i medici nella fascia d'età oltre i 50 anni. Il divario numerico, molto pronunciato oltre i 60 anni, si riduce man mano che l'età scende finché, al di sotto dei 50 anni, il numero delle donne supera quello degli uomini. In sintesi, il personale assunto nel SSN, così come tutta la classe medica, è composto soprattutto da maschi più anziani e donne più giovani, essendo andato incontro ad una progressiva ascesa del numero di donne, che continuerà verosimilmente anche nei prossimi anni.

Il sistema sanitario pubblico, d'altra parte, con la sua struttura organizzativa, fornisce un punto di osservazione della disparità uomo/donna ulteriore rispetto alla nuda dimensione salariale, già analizzata poco sopra. A dispetto della crescente percentuale di donne nella forza lavoro del SSN, la possibilità che la militanza nel servizio pubblico si trasformi in un'opportunità di carriera sono per una donna tutt'ora molto basse: solo 1 donna su 50 diventa Direttore di Struttura Complessa e 1 su 13 responsabile

Figura 1 – Personale medico dipendente 2017 per genere e classe di età



di Struttura Semplice. Sempre relativamente al 2017, su 6556 dipartimenti sanitari, solo il 15,8% risultava guidato da una donna, mentre il restante 84.2% era stabilmente sotto l'egida maschile (FNOMCeO). Diversamente dal modo anglosassone, dove il monitoraggio del gender gap in ambito sanitario si è fatto via via sistematico non solo e non tanto nell'ambiente sociologico ma anche e soprattutto in quello clinico-scientifico, nel dibattito italiano non sono ancora emersi, a nostra conoscenza, contributi sistematici su questo argomento, benché alcune indagini condotte a livello sia italiano che europeo abbiano reso pubblici dati piuttosto rappresentativi dell'attuale condizione delle donne occupate nella professione sanitaria in Italia. Si tratta, tuttavia, di contributi sparsi, non ancora in grado di dare forma ad una letteratura completa e ed organica. Ciononostante, numerose realtà sono nate e si sono consolidate anche in Italia (Biancheri e Cervia, 2016; Ermio, 2018), con lo scopo specifico di valorizzare la voce delle donne medico nella comunità scientifica e di promuoverne l'emancipazione e l'*empowerment* professionale, sia mediante il sostegno alla conciliazione lavoro-famiglia sia mediante l'abbattimento dei pregiudizi, ancora ingiustificatamente diffusi nella compagine sanitaria quanto nell'utenza.

LA SITUAZIONE DELLA PSICHIATRIA

Psichiatria, insieme a Pediatria e a Ginecologia ostetricia, rappresenta una delle discipline in cui la quota di donne tra i medici è più alta. Proprio a partire da queste specialità, cui si aggiungono anestesia e igiene, sembra essere avanzato il fronte di femminilizzazione della professione medica dagli anni 50 e 60 in avanti (Spina e Vicarelli, 2015). Secondo i dati elaborati e resi disponibili da CED-FNOMCeO, gli iscritti agli ordini dei medici con specializzazione in psichiatria sono ad oggi 11.148. Di questi, 5314, cioè ben il 48%, sono donne.

Con riferimento al SSN, la dotazione complessiva di psichiatri dipendenti all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche nel 2017 è pari a 3.444 unità, il che significa, sulla base di un'integrazione con i dati FNOMCeO, che circa il 30% degli psichiatri registrati agli albi professionali italiani lavorano nel servizio pubblico, che consta ad oggi di183 Dipartimenti di Salute Mentale distribuiti su tutto il territorio. Benché non siano disponibili dati relativi alla suddivisione per sesso degli psichiatri impiegati nel SSN, una stima conservativa farebbe pensare che, in accordo con i dati relativi all'intera classe medica, almeno il 40% delle psichiatre siano donne, con percentuali ancora più alte e probabilmente maggioritarie se si considerano le fasce d'età al di sotto dei 50 anni. Ciononostante, la presenza femminile nelle posizioni apicali resta anche in questa branca molto bassa. Secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute (http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=62) e aggiornati a novembre 2019, su 237 Strutture complesse di psichiatria distribuite sul territorio italiano solo 50 (21%) sono dirette da donne, con un'età media di 62 anni, in linea con l'età media dei loro omologhi maschi. Solo poco più del 5% dei direttori di struttura complessa ha un'età inferiore ai 50 anni e, fra questi, la rappresentazione femminile è affidata ad un 23% di direttrici, malgrado in questa fascia d'età le donne rappresentino fino al 60% della classe medica assunta nel SSN.

LA RAPPRESENTAZIONE FEMMINILE NEI CONTESTI FORMATIVI

L'esistenza di un soffitto invisibile, sotto il quale la progressione femminile è destinata ad arrestarsi, lasciando che l'accesso a posizioni di rilievo sia un'occorrenza rara se non eccezionale, rappresenta solo una delle ragioni per le quali donne che lavorano, che si aggiornano e che prestano quasi metà dell'opera fornita da tutti i servizi sanitari non risultano visibili alla comunità professionale e a quella scientifica, né alla comunità in senso più ampio. Il secondo fondamentale parametro è dato dall'assenza di una reale possibilità che le donne vengano incluse ed equamente rappresentate nei contesti formativi, siano

essi didattici o educativi, divulgativi o di pertinenza specialistica.

Ben lontana dall'essere un fattore inerte, marginale o formale, la visibilità della rappresentazione dei medici di sesso femminile nei contesti formativi è in rapporto bidirezionale con l'equità di genere: ne è da una parte espressione, nella misura in cui un ambiente veramente attento a non creare disparità fra i due sessi è anche in grado di rendere visibile la componente femminile insieme a quella maschile; ma ne è anche fautrice, dal momento che una maggiore rappresentazione di componenti di sesso femminile in qualunque evenienza pubblica conduce ad una riduzione del *gender bias* nella comunità dove l'evento è rappresentato (Beaman et al., 2009; Hoy et al., 2017). Al contrario, la modesta rappresentazione delle donne costituisce un importante *bias* implicito, che contribuisce a mantenere nel tempo un'attitudine impari verso i due sessi (Cochran et al., 2013; Jagsi, 2018). Più in generale, una cultura che non mostra le donne in posizioni di responsabilità, si pone implicitamente ad esempio per tutta la comunità, sottraendo all'immaginario comune la rappresentazione di un femminile *che ha qualcosa da dire*, e precludendo alle nuove generazioni la possibilità di percepire come *normale* e dunque *realizzabile* questo tipo di immagine.

Esiste una letteratura ormai solida sulla carente rappresentazione femminile negli eventi formativi medici, particolarmente in ambito universitario nel mondo anglosassone. Per i medici inclusi in un percorso professionale accademico i congressi, le conferenze, i corsi di aggiornamento professionale sono un'occasione importante di esposizione e di divulgazione del lavoro di ricerca e dei risultati conseguiti, oltre che uno strumento imprescindibile per l'avanzamento di carriera. Secondo uno studio che ha preso in esame i relatori coinvolti nelle *Grand Round* delle specialità più numerose negli Stati Uniti nel 2014, la percentuale di speaker donne varia dal 20 al 60%, con una mediana del 28% circa. In quello stesso studio, per ogni *Grand Round* esaminata, la percentuale di donne risultava inferiore alla percentuale di donne sia tra gli studenti di medicina, sia fra gli specializzandi e, sovente, anche alla percentuale di donne nei ruoli accademici. Questo significa che l'audience viene tendenzialmente esposta ad una compagine di relatori che non la rappresenta, almeno nei suoi rapporti di sesso, e che raffigura una *leadership* femminile debole, insufficiente ed inefficace: l'opposto dell'*empowerment*. Non stupisce, vista la tipologia di esposizione cui sono sottoposti i futuri medici in formazione, che le carriere accademiche femminili siano in molti paesi occidentali descritte come *leaky pipeline*, una tubatura che perde: le donne entrano in maggior numero rispetto agli uomini nel percorso accademico e ne sono ritenute attraverso il dottorato di ricerca, i percorsi post-doc, fino alle porte dei ruoli da ricercatore, dove immancabilmente abbandonano, lasciando che il numero degli uomini che proseguono nella carriera accademica le uguagli e poi superi (*figura 2*). Se la scarsa visibilità femminile nel ruolo di speaker, da sola, non può forse disincentivare una carriera, che è indubbiamente minata da altri fattori in maniera più diretta (le difficoltà di conciliazione fra ruolo lavorativo e vita familiare, per citarne uno su tutti), è altrettanto vero che nel percorso professionale di una donna questa esercita una pressione negativa e costante, che nutre la disparità di genere e se ne nutre, funzionando infine come una profezia che si autoadempie.

Solo pochi mesi fa, all'indomani della pubblicazione di un documento redatto dalla *National Academy of Sciences, Engineering and Medicine* ("*Sexual harassment of women: climate, culture, and consequence in academic science, engineering, and medicine*"), Francis S. Colllins, direttore del National Institute of Health (N.I.H), ha preso una posizione forte sull'argomento della discriminazione di genere, manifestando il proposito di negare la propria partecipazione a qualsiasi panel che non tenga conto di una pari rappresentazione dei due sessi (panel sarcasticamente noti come *manel*), con la motivazione che l'opposizione agli stereotipi che impediscono alle donne e

ad altri gruppi sottorappresentati di raggiungere la dovuta *leadership* in ambito scientifico deve cominciare dall'alto.

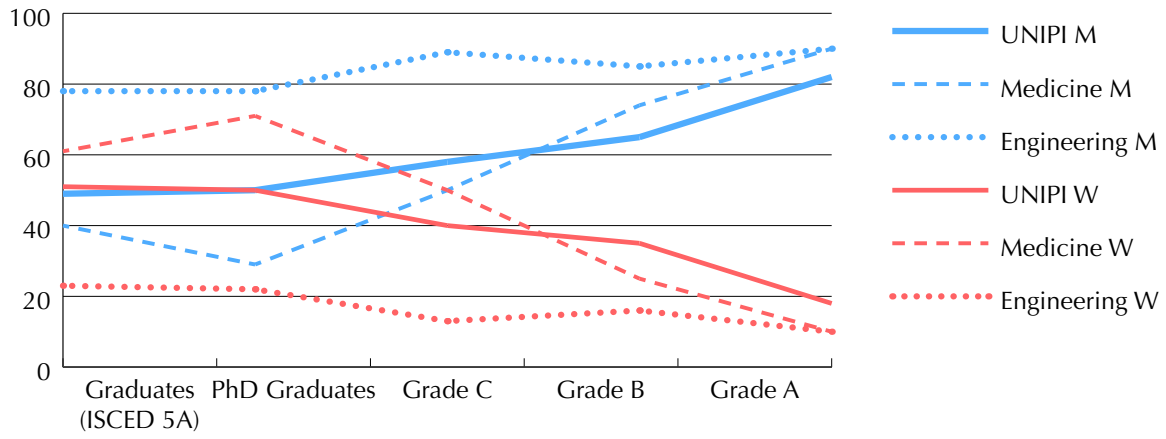
La situazione italiana, ancora, mostra un certo ritardo rispetto a quella americana, benché la disparità di genere sia una delle prime voci nell'agenda della comunità europea sin dai primi anni 2000 e benché alcune iniziative sparse, anche fuori dall'ambito medico, abbiano puntato la loro attenzione proprio sulla scarsa rappresentazione delle donne nei panel scientifici (https://www.cug.unipi.it/item/download/230_cc526d0a1af8a18fef493f6756d6b75a.html). Ad aggravare la situazione italiana concorre la forte femminilizzazione della professione medica cui si è assistito negli ultimi decenni, sensibilmente superiore rispetto a quella statunitense, senza che la quota di donne chiamate a parlare negli eventi formativi sia cresciuta in maniera almeno proporzionale. E se è vero che il messaggio implicito contenuto nella scelta dei relatori è "*questo è un medico che ha qualcosa da insegnare agli altri*" (Boiko et al., 2017), che cosa ci stanno dicendo i panel in cui figurano solo uomini o dove la rappresentanza femminile è affidata a poche, selezionatissime donne?

OBIETTIVI E METODI

L'obiettivo del presente lavoro è valutare la rappresentazione del sesso femminile nei panel dei congressi psichiatrici italiani relativamente all'anno 2019. Al fine di delimitare l'indagine agli eventi di maggiore rilevanza, sono stati selezionati solo i congressi annuali delle Società Scientifiche che hanno ottenuto l'accreditamento in attuazione dell'articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli) e del Decreto ministeriale 2 agosto 2017 (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp), che sono di seguito elencate: Società Italiana di Psichiatria (SIP); Società di Psicopatologia (SOPSI); Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP); Società Italiana di Psichiatria Biologica (SIPB); Società Italiana di Psichiatria Sociale (SIPS); Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP); Società Italiana di Psicopatologia dell'alimentazione (SIPA).

I dati sono stati raccolti scaricando i programmi dei congressi dai rispettivi siti web e verificando manualmente (sulla base dei nomi) l'appartenenza al sesso femminile o maschile. Gli speaker sono stati suddivisi sulla base di quattro attività: moderazione di sessione plenaria, relazione di sessione plenaria, moderazione di simposio parallelo, relazione di simposio parallelo. In aggiunta, dove presenti, sono stati registrati i ruoli di segreteria scientifica e presidenza del congresso. Infine, per ogni congresso è stata valutato l'utilizzo di desinenze femminili per indicare il ruolo professionale e/o il ruolo ricoperto nel corso dell'evento formativo.

Figura 1 – Percentuali di uomini e donne in una carriera accademica tipica (Università di Pisa). Confronto tra medicina, ingegneria e media universitaria. Fonte: DB UNIPI (dati al 31 dicembre 2013). (Biancheri, 2016).



RISULTATI

Sono stati individuati sei eventi nazionali in totale: quattro congressi annuali di altrettante società (rispettivamente SIP, SOPSI, SIPB, SIPA); un congresso annuale congiunto di SIRP e SIPS e una 'riunione scientifica nazionale' SIEP (*Tabella 1*). Tutti gli eventi avevano un presidente o un segretario scientifico di sesso maschile. Nessuna donna figurava nel ruolo di presidente in alcun evento, mentre in un solo caso, uno dei due segretari incaricati era di sesso femminile. In un'occasione, la segreteria scientifica era formata da donne per il 20%. Tutti i congressi presentavano almeno una *Speaker* di sesso femminile per ciascun ruolo analizzato (moderazione/relazione, plenaria/simposi paralleli). Riguardo le sessioni plenarie, tra il 6.7 e il 30% (mediana 11,2) avevano una moderatrice,

Tabella 1 – Rappresentazione femminile e maschile nei congressi annuali delle Società Scientifiche psichiatriche accreditate secondo la Legge Gelli

	Segreteria Scientifica	Presidenza	Moderazione simposi paralleli	Relazione simposi paralleli	Moderazione plenaria	Relazione plenaria	Desinenze femminili
Congresso nazionale SIP (FIRENZE)							
maschi, n(%)	1(100.0)	2(100.0)	50(89.3)	123(87.2)	14(93.3)	24(88.9)	no
femmine, n(%)	0(0.0)	0(0.0)	6(10.7)	18(12.8)	1(6.7)	3(11.1)	
Congresso nazionale SIPB (NAPOLI)							
maschi, n(%)	1(100.0)	—	23(86.2)	80(76.2)	—	11(91.7)	sì
femmine, n(%)	0(0.0)		4(14.8)	25(23.8)		1(8.3)	
Congresso nazionale SOPSI (ROMA)							
maschi, n(%)	—	1(100.0)	130(73.0)	237(71.6)	22(91.7)	28(93.3)	no
femmine, n(%)		0(0.0)	48(27.0)	94(28.4)	2(8.3)	2(6.7)	
Congresso nazionale SIPS/SIRP (CATANZARO)							
maschi, n(%)	12(80)	1(100.0)	—	—	8(88.9)	15(78.9)	sì
femmine, n(%)	3(20)	0(0.0)			1(11.1)	4(21.1)	
Congresso nazionale SIPA (TORINO)							
maschi, n(%)	10(70.0)	1(100.0)	—	—	14(70.0)	16(43.3)	no
femmine, n(%)	3(30.0)	0(0.0)			6(30.0)	14(46.7)	
Riunione scientifica nazionale SIEP (POZZUOLI)							
maschi, n(%)	1(50.0)	1(100.0)	5(83.3)	15(75.0)	5(100.0)	15(88.2)	no
femmine, n(%)	1(50.0)	0(0.0)	1(16.7)	5(25.0)	0(0.0)	2(11.8)	

mentre la percentuale delle relatrici andava dal 6.7 al 46.7% (mediana 17.8). Quattro congressi includevano in aggiunta dei simposi paralleli. Per quanti riguarda questi ultimi, la moderazione era affidata a una donna in una percentuale di casi variabile dal 10.7 al 27% (mediana 17.3), mentre il ruolo di relatrice era ricoperto da una donna in una percentuale compresa fra il 12.8 e il 28.4% (mediana 22.5). Solo due dei sette programmi utilizzavano desinenze femminili per indicare il ruolo ricoperto, mentre gli altri cinque utilizzavano il neutro maschile per designare sia il ruolo maschile che quello femminile.

DISCUSSIONE

Il nostro obiettivo era quello di stimare la rappresentazione del sesso femminile nei *panel* dei congressi psichiatrici italiani nel 2019. Ciò che emerge in maniera chiara è che a fronte di una forza lavoro psichiatrica pressoché equamente distribuita fra maschi e femmine (52% vs 48%), il contesto formativo appare di prevalente appannaggio maschile. Negli eventi formativi analizzati, mediamente, meno di un quarto delle relazioni scientifiche erano fatte da donne e una percentuale ancora inferiore riguardava la possibilità che il ruolo di moderazione della discussione fosse affidato al sesso femminile. È possibile che uno dei motivi sottostanti a questo disavanzo femminile debba essere ricercato nella maggiore anzianità anagrafica dei medici maschi, che potrebbe a sua volta correlare con maggiori anzianità professionale ed esperienza, così da rendere il loro profilo più "appetibile" per i ruoli formativi. Ciononostante, la presenza femminile nei congressi psichiatrici appare inferiore a quanto atteso in base alle proporzioni di sesso della classe medica anche considerando le fasce di età più alte (31% di donne fra i medici sopra i 55 anni, fonte CED-FNOMCeO), a suggerire che anche altri fattori si stagliano a barriera della partecipazione attiva delle donne agli eventi formativi. È possibile, per esempio, che le donne per prime si sottraggano ai ruoli di speaker perché eccessivamente impegnativi e *time-consuming*, soprattutto quando implicano trasferte lontano da casa ed un dispendio di tempo ed energie straordinario, che sottrae risorse agli impegni familiari ed esubera la concreta capacità di conciliazione casa-lavoro. Questa possibile motivazione assolve, per certi versi, la comunità medico-scientifica, spostando la responsabilità dell'esclusione femminile sulle spalle delle istituzioni, non in grado di capitalizzare e valorizzare i talenti delle donne aumentandone la presenza in maniera comprensiva e sostenibile. D'altra parte, però, è lecito ipotizzare anche che l'autoesclusione delle donne dagli eventi congressuali sia effetto e insieme causa della scarsa rappresentazione femminile nei ruoli formativi e che l'assenza di modelli femminili a cui viene data la responsabilità e l'onore di essere *public speake*r (così come di ricoprire altri ruoli visibili) cancelli di fatto alcune possibilità dall'orizzonte delle aspirazioni di molte donne. In questa ottica, la correzione della rappresentazione pubblica delle donne, ancora fortemente asimmetrica rispetto a quella maschile, diventa ben più che una quota rosa finita e fine a se stessa, ma rappresenta un motore di cambiamento della valorizzazione femminile proiettato nel futuro.

Un ulteriore elemento di rilievo nel contesto di questa discussione è la sotto-rappresentazione delle donne nelle posizioni apicali della medicina, per cui può accadere che questi eventi a presenza fortemente maschile tradiscano il modo in cui sono pensati e organizzati, cioè essenzialmente *dagli uomini per gli uomini*, secondo un fenomeno di "endogamia sociale" per cui si prescelgono le affinità, inducendo un circuito cumulativo, che premia esponenzialmente coloro che già si trovano in una posizione di privilegio (Biancheri e Spatari, 2018). Ma la scelta per affinità ha in sé due pericolose insidie. Da una parte, trascurando la reale e consistente presenza delle donne nel mondo delle competenze, non fornisce una rappresentazione fedele alla realtà. Dall'altra, svuota ogni occasione formativa della sua stessa essenza: un confronto di opinioni e un incontro fra individui *diversi*.

La nostra indagine presenta numerosi punti di debolezza, fra cui il fatto di aver preso in considerazione solo

pochi degli eventi formativi a tema psichiatrico che si svolgono annualmente in Italia. Sotto l'egida di ciascuna delle Società scientifiche che abbiamo preso in esame (e di molte altre istituzioni che abbiamo escluso) si realizzano innumerevoli eventi congressuali ogni anno ed è assai probabile che alcune "nicchie virtuose" siano sfuggite a questa indagine, per cui i nostri dati necessitano di essere ampliati e confermati, prima di poter essere generalizzati e discussi in modo più completo.

Cionondimeno, il presente lavoro fornisce un primo, provvisorio affresco del *gender gap* nei contesti formativi psichiatrici, che auspichiamo possa essere strumento di consapevolezza, di riflessione e di cambiamento per tutta la comunità clinico-scientifica. Non si tratta, a nostro avviso, di *regalare qualcosa alle donne*, ma di provare a superare quei *bias* inconsapevoli che ci impediscono di essere coerenti con la reale fotografia dei servizi in cui lavoriamo e della professione di psichiatra, oltre che di provare a cogliere in tempo un cambiamento a cui, per mandato, non dovremmo accettare di essere insensibili.

Afferenza degli autori

[1] *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale-Sezione Psichiatria, Università di Pisa*

[2] *Dipartimento di Salute Mentale ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano*

[3] *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST di Lodi*

[4] *Dipartimento di Salute Mentale ASL Torino 3 & AOU San Luigi Gonzaga*

* *Presidentessa Sezione Toscana della Società Italiana di Psichiatria*

** *Presidente della Società Italiana di Psichiatria*

□ *Presidentessa Fondazione Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Ge-nere (Onda)*

◊ *Past president della Società Italiana di Psichiatria*

° *Presidentessa del Collegio dei professori ordinari di Psichiatria italiani*

Corrispondenza a:

Camilla Gesi, camillagesi@hotmail.com

Bibliografia

1. Beaman L., Chattopadhyay R., Duflo E., Pande R., Topalova P., *Powerful women: does exposure reduce bias?* QJ Econ.124(4):1497-1540. doi:10.1162/qjec.2009.124.4.1497, 2009.
2. Biancheri R., Spatari G., *La situazione italiana a un quarto di secolo dalla Conferenza Mondiale sulle Donne di Pechino. Il gap di genere tra ostacoli nel mondo del lavoro e stereotipi culturali*. Ets, 2018.
3. Biancheri R., Cervia S., *Gendering content in Medicine: the experience of TRIG-GER project in the University of Pisa*. Ital J Gender-Specific Med 2(3):124-126, 2016.
4. Biggs J., Hawley PH., Biernat M., *The academic conference as a chilly climate for women: effects of gender representation on experiences of sexism, coping responses, and career intentions*. Sex Roles. 78:394-408, 2018.
5. Buell D., Hemmelgarn B.R., Straus S.E., *Proportion of women presenters at medical grand rounds at major academic centres in Canada: a retrospective observational study*. BMJ Open. 8(1):e019796, 2018.
6. Carnes M., Bairey Merz C.N., *Women are less likely than men to be full professors in car-diology: why does this happen and how can we fix it?* Circulation. 135(6):518-520, 2017.
7. Cochran A., Hauschild T., Elder W.B., Neumayer L.A., Brasel K.J., Crandall M.L., *Per-ceived gender-based barriers to careers in academic surgery*. Am J Surg. 206(2):263-268, 2013.
8. Cooke M. *Implicit bias in academic medicine: "What A Doctor Looks Like"*. JAMA Intern Med. 177 (5) :657–658, 2017.
9. Ermio C, *L'associazione Italiana Donne Medico.* Ital Gender-Specific Med 2018;4(4):e166
10. Filardo G., daGraca B., Sass D.M., Pollock B.D., Smith E.B., Martinez M.A., *Trends and comparison of female first authorship in high impact medical journals: observational study (1994-2014)*. BMJ. 352:i847, 2016.
11. Hoy K., *Gender imbalance at brain stimulation conferences: we have a problem and it is everyone's problem*. Brain Stimul. 10(1):155–156, 155–156,2017.
12. Jagsi R., *Sexual harassment in medicine—#MeToo*. N Engl J Med. 378(3): 209–211, 2018.
13. Jena A.B., Khullar D., Ho O., Olenski A.R., Blumenthal D.M., *Sex differences in academic rankin US medical schools in 2014*. JAMA 314(11):1149–1158, 2015.
14. Martin J.L., *Ten simple rules to achieve conference speaker gender balance*. PLoS Comput Biol. 10(11): e1003903, 2014.
15. Mascarenhas A., Moore J.E., Tricco A.C.. *Perceptions and experiences of a gender gap at a Canadian research institute and potential strategies to mitigate this gap: a se-quential mixed-methods study*. CMAJ Open.;5(1): E144-E151, 2017.
16. Mehta S., Rose L., Cook D., Herridge M., Owais S., Metaxa V., The speaker gender gap at critical care conferences. Crit Care Med. 46(6):991-996, 201.
17. Pezzini, B., Lorenzetti, *A. 70 anni dopo tra uguaglianza e differenza. Una riflessione sull'impatto del genere nella Costituzione e nel costituzionalismo*. G. Giappichelli Editore, Torino, 2018.
18. *Rapporto Salute Mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)* Anno 2017 www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2731

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 finchè 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 si o no (in Italia esiste anche il "ni", in Germania è si 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 compliante 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 autostigmatizzazione) 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 terapia stabilizzatrici. A nessuno verrebbe in mente di pensare "hai fallito" davanti a un bipolare che rientra in fase eccitativa, anche se è stato "poco compliante" 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 dipendenze, 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

L'epistemologia freudiana: dal Progetto a L'interpretazione dei sogni.

Sull'essenza della psicoanalisi

*Manuela Barbarossa**

Ancora oggi è importante riflettere su ciò che caratterizza il discorso psicoanalitico. Cosa fa essere la psicoanalisi ciò che è. Questo per salvaguardarne la sua assoluta originalità epistemologica. Per riaffermare la sua validità clinica e terapeutica. Per poter comprendere la relazione della psicoanalisi con gli altri saperi. Sono sempre stata dell'idea che la psicoanalisi, e con questo termine intendo quella freudiana, non ne ho viste altre all'orizzonte, è ciò che è, e che l'essenza della psicoanalisi che la qualifica e la fa essere ciò che è, è il suo originarsi dall'interrogarsi in modo affatto singolare, da una angolatura obliqua e innovativa, sul soggetto che si offre al mondo attraverso l'Io e la coscienza che lo abita. Io e coscienza. Due concetti noti universalmente. Tutti ne parlano. A volte ne dicono anche qualche cosa. Anna Freud ne fa il centro delle proprie ricerche, con una rigorosità linguistico e semplificatoria tanto da offrirne una immagine cosificata. Ronald Laing concentra le proprie ricerche sull'Io diviso (The Divided Self) ponendolo anchegli, come Anna Freud, al centro della sua indagine psichiatrica. La coincidenza di colui che pensa e del pensiero, nella coincidenza di soggetto e oggetto, pongono l'Io, ancora una volta, al centro della ricerca filosofica. Gli esempi sarebbero tanti. Ma in verità per la psicoanalisi il soggetto del discorso, non è mai stato l'Io, quel pronome personale singolare della grammatica italiana, quale rappresentante di una struttura psichica organizzata e relativamente stabile. Quell'Io che apre al verbo essere, e che ci inoltra in un "indicativo presente" a tutto tondo: quell'Io sono che sembra dire tutto di sé. Una affermazione che pare determinare la soggettività senza via di scampo. Che cosa poi mai sia questo Io sono, è tutto da vedere. L'Io dell'indicativo presente è quell'Io del sapere che precede le scoperte freudiane, quale principio di identità cosciente, l'Io della filosofia. L'Io della poetica. Cartesianamente è L'Io del cogito ergo sum che coincide con la coscienza. Quell'Io indagato dalle neuroscienze quale principio di unità tra corpo, mente, cervello, coscienza. (Mac Donald). Quell'Io che Freud definirà anch'egli, senza discostarsi poi così tanto fenomenologicamente dal suo significato "storico", se non per la posizione psichico spaziale attribuitagli insieme a delle funzioni meno note, come la difesa psichica. "Non è facile evitare nella psicologia dell'Io ciò che è noto universalmente: più che di nuove scoperte si tratterà di nuovi modi di concepire e di raggruppare", scrive Freud Nell'Introduzione alla psicoanalisi, vol 11, pag 173. Ma l'Io, di Freud non è il soggetto della psicoanalisi. Si parte da lì, ma si arriva altrove. Il vero soggetto della concezione analitica è rappresentato da una sorta di inversione di tendenza, è in verità il Sono Io, con tutta la complessità linguistico, semantica, simbolica, grammaticale, esistenziale, vero principio di soggettività identificativa. E le stesse contraddizioni e coperture e slittamenti che tale principio del Sono Io comporta e dialetticamente innesta. Freud non lo esplicita mai, parla come è noto di tre istanze, Io, Es, Super Io, ma il fantasma del Sono Io aleggia per tutta l'opera, sotterraneamente, e nell'introdurlo esplicito ciò che Freud ha sempre sottointeso. Per comprendere questo passaggio dall'Io sono al Sono Io psichico, ho voluto mettere a confronto il Progetto di una Psicologia (Freud 1895) con L'interpretazione dei sogni (Freud 1900) perchè ritengo questi due scritti particolarmente significativi rispetto ad altri. Intendo dire che nella vasta produzione freudiana vi sono senza dubbio una quantità non indifferente di saggi che meritano una attenzione specifica. Ma questi due saggi hanno una loro sigolarità se posti uno di fronte all'altro. E ci dicono in un certo senso se non già tutto, molto. Il Progetto e L'interpretazione dei sogni li possiamo considerare emblematici della più intima essenza della psicoanalisi. Non la esauriscono tale essenza, sarebbe

riduttivo pensarlo. Tuttavia essi hanno il merito, come vedremo, di esplicitarla: di rendere visibile in forma chiara e distinta ciò che caratterizza il discorso psicoanalitico, ovvero il passaggio dell'Io sono quale principio "cosificato" dell'essere che si origina dalla corporeità oggettivata, per divenire principio di identità sociale e cosciente, al Sono Io che consente la restituzione al soggetto psichico (inconscio) della parola e al corpo la significazione della pulsionalità intesa come corrente vitale. Dalla Fisica alla Metafisica. Di una parola che non è semplice "dire o comunicare qualche cosa", come si potrebbe un po'sbrigativamente intenderla, e che così interpretata farebbe assomigliare la psicoanalisi ad una terapia catartica tout court. Nulla di più errato e fuorviante. La psicoanalisi restituisce, più precisamente, alla complessa psichicità del soggetto la facoltà di esserci, dandole per l'appunto diritto di parola, consentendole di esistere e di dispiegarsi al di là della coscienza e della stessa materia. Se l'inconscio parla, come dice Lacan, ed è strutturato come un linguaggio, dobbiamo intendere che tale linguaggio ancorchè inconscio necessiti comunque di una identità soggettiva per definizione, un Io categoriale, che non è l'Io sono che rimuove, cancella, perimetra, logicizza devia, ma il Sono Io, rappresentante di quell'Io inconscio di cui poco si è definito. La psicoanalisi, parte dell'Io sono, principio di costituzione corperea per giungere a far "parlare" il soggetto psichico per eccellenza, l'anima (dal latino anima, dal greco ànemos, soffio, vento,) che trascende la materia, tanto invisa alla scienza poichè appunto immateriale, (ciò che è immateriale è considerato etereo, vago e vano,forse facendo proprio il detto popolare "occhio non vede, cuore non duole!"), anima che giunge a coincidere con il sono Io della psicoanalisi. Come è mai possibile dare diritto di esistenza all'immateriale? Ma questa è forse una questione di superbia umana rimasta irrisolta. L'immateriale non ha necessità che qualcuno lo faccia esistere, poiché parla e nel suo parlare esiste e produce effetti. Esiste in sé e per sé. La questione è riconoscerlo e dunque offrirgli ri-conoscenza. L'Io sono è quel principio logico categoriale di esistenza, reificazione corporea del verbo essere, che annuncia che Io sono (Io ci sono). Sono Io è il principio dell'essere ciò che sono e affonda le radici altrove, nella storia personale e antropologica dell'essere consegnata nell'inconscio e nella struttura pulsionale. Slittamento del materiale nell'immateriale. Dalla coscienza all'inconscio. Una sorta di "anima est forma corporis" In questo senso confrontare il Progetto (Freud, 1895) con L'interpretazione dei sogni (Freud, 1900), significa riconoscere questi due scritti come quelli inizialmente più rappresentativi dell'evoluzione della ricerca freudiana, ci consente di cogliere alcuni passaggi fondamentali inerenti la costituzione della psicoanalisi e di avvicinarci, di conseguenza, alla sua specificità. Alla sua essenza. Il discorso psicoanalitico è caratterizzato dalla sua posizione assolutamente "eterodossa" in campo psicologico per ciò che concerne il soggetto psichico. E'dunque necessario soffermarsi proprio sullo scritto di Freud del 1895, Progetto di una psicologia, considerato da molti storici della psicoanalisi come un documento che attesterebbe l'esistenza nel pensiero freudiano di una iniziale tendenza meccanicistica e biologico-fisicalistica, connessa ovviamente alla formazione medica di Freud e all'ambiente scientifico dell'epoca nel quale egli, come è noto, matura le proprie innovative concezioni. Tale iniziale tendenza lo avrebbe indotto a porre in essere il proposito di costruire una sorta di mappatura quantitativo-formale riduttiva dei processi psichici e di redigere, conseguentemente, un sistema generale di psicologia intesa come scienza naturale. A ben vedere n on siamo poi così distanti dalle moderne neuroscienze. In altri termini il Progetto rappresenterebbe il tentativo di Freud di spiegare il funzionamento psichico attraverso una fenomenologia esplicativa e sperimentale in parte neurologica e in parte tratta dalla meccanica (P. Gay, 1988. it. p. 72-72). Lo schema generale del Progetto, come è riportato in una oramai nota lettera di Freud inviata all'amico Filiess nel 1895 (Le origini della psicoanalisi, 950, it. p. 102), è quello di evidenziare "quale forma prende la teoria del funzionamento psichico se vi

si introducono considerazioni quantitative", per giungere a costruire "una specie di scienza economica della forza nervosa". Ma se rintracciamo nella speculazione freudiana una tendenza a neurologizzare" i processi psicologici per ridurli a leggi fisico-meccaniche, dobbiamo porci inevitabilmente un quesito: ma che cosa spinge Freud a cambiare direzione e a concepire uno scritto come L'interpretazione dei sogni, dopo aver inizialmente ideato il Progetto? Due scritti agli antipodi. O forse no! Certo è che nel 1895 Freud, giunto ad un punto nodale delle proprie ricerche sui fenomeni isterici – dalla cui indagine aveva preso le mosse per elaborare la teoria delle nevrosi – decide di dedicarsi alla stesura di una psicologia, da lui stesso definita "una psicologia per neurologi", che tuttavia resterà incompiuta. Il Progetto sarà infatti solo abbozzato in forma di appunti. Freud scriverà circa cento cartelle e il testo verrà pubblicato postumo, nel 1950. Ma anche se esso è e resta uno scritto incompiuto, il Progetto rappresenta una pietra miliare nella storia della psicoanalisi e quello che risulta assolutamente illuminante relativamente all'interrogativo che ci siamo posti, è che l'idea di tradurre i processi psichici in processi organici, e dunque di rappresentarli tramite "metafore" meccanicistiche, si affaccia nella mente di Freud nella primavera del 1895, quando cioè, questo va ribadito, le basi teoriche e cliniche del discorso psicoanalitico sono state gettate. Il concetto di inconscio, ad esempio, come quello di rimozione e di difesa, hanno già fatto il loro ingresso nel lessico analitico freudiano, così come l'importanza della sessualità nell'eziologia delle nevrosi era già stata individuata. Anche il metodo di indagine delle associazioni libere aveva oramai sostituito l'ipnosi, Il Progetto che Freud abbozza, mentre contemporaneamente studia e approfondisce il processo di rimozione e la funzione della difesa patologica, e mentre studia e approfondisce la questione della sessualità e della sua relazione con i sintomi nervosi, assume, in questo contesto, un ruolo affatto singolare. Rappresenta, come si è già osservato, una tendenza a ridurre neurologicamente i processi psichici, proprio quando questi ultimi si stanno svelando in tutta la loro portata simbolico-affettiva e conflittuale, difficilmente riducibile a formule meccaniche e dunque difficilmente formalizzabile. È sicuramente importante quello che dichiara al riguardo Ernest Jones, amico e collaboratore di Freud, nonché suo futuro biografo. A suo parere il Progetto non è poi così unilateralmente rappresentativo di un'esigenza di riduzione dei processi psichici in processi quantificabili. Esso, agli occhi di Jones, è, al contrario, il depositario delle due anime di Freud, quella più conservatrice connessa al riduzionismo fisiologico e quella più speculativo-astratto filosofica legata al suo, neppure tanto nascosto, desiderio di fare filosofia. (E.Jones, 1962, vol. 1, it., p. 458). Ma le due anime di Freud identificate da Jones non potrebbero coincidere con il dualismo che da sempre attraversa il sapere? Corpo e anima. Materiale e immateriale. Io sono — Sono Io? Nel Progetto troviamo infatti, a ben vedere, pochi riferimenti alla ricerca empirica, mentre, al contrario, sono presenti molti ragionamenti deduttivi e altrettante ipotesi su possibili, quanto improbabili, costrutti fisicalistici. (E. Hones, 1962, it., p. 459). Tuttavia, se è indiscutibile, come sostiene Jones, che in Freud convivano due anime antitetiche, ciò che lo induce a scrivere il Progetto è forse una motivazione più complessa, e per noi più interessante e illuminante. Il passaggio che non dobbiamo in nessun modo perdere di vista, contiene infatti l'esplicitazione di questa motivazione che a tutt'oggi è rimasta misconosciuta. Disveliamola. Dal tentativo di redigere una psicologia per neurologi, a suggello delle scoperte poste in essere dall'indagine analitica sui fenomeni isterici – e che afferma il primato del quantitativo sul qualitativo, del neurone sull'affetto e sull'emozione, dell'organico sullo psichico, dell'Io sono, riportando la soggettività psichica a quell'origine organico-biologica e grammaticale (dalla quale la stessa soggettività tende ad emanciparsi) Freud giunge a fondare la Psicoanalisi sull'interpretazione dei processi onirici, quale via regia per la comprensione della psichicità inconscia. Giunge cioè ad affermare se non la supremazia, la pari dignità

dello psichico e del somatico, dell'affetto e del neurone, del qualitativo e del quantitativo. Come dirà Ferenczi in una conferenza tenuta alla reale Società di medicina di Budapest nel 1909, l'assunzione da parte della psicoanalisi del Sogno quale momento elettivo di indagine della psichicità, costringe la scienza a riconoscere l'esistenza di un sapere che è sempre stato considerato erroneamente marginale ed inutilizzabile per il progresso della conoscenza. Questo, lo ripeto, diceva Ferenczi del 1909 (S. Ferenczi, 1922, it., pp. 38 e sgg.). Il Sogno, l'importanza che ad esso è conferita dalla psicoanalisi, attraverso il quale la psicoanalisi stessa alla fine dell'ottocento incomincia ad afferrare e ad affermare la propria ragion d'essere, rimette sulla scena della ricerca scientifica l'dea di una misconosciuta complessità dinamica della soggettività, rispetto alla quale l'oggettivazione quantitativo-formale e la reificazione scientifica appaiono oltremodo riduttive e falsificanti. L'Interpretazione dei sogni è del resto considerato lo scritto freudiano che ufficializza la nascita della psicoanalisi. I sogni, nulla di più fantasmatico. Non solo perchè in esso sono contenute le principali intuizioni teorico-cliniche che andranno poi a formare il corpus centrale della concezione analitica. E neppure esclusivamente perchè tali intuizioni sono tematizzate e svolte in una cornice concettuale ben diversa da quella del Progetto e che riconosciamo immediatamente come eminentemente psicoanalitica, ovvero svincolata da una subalternità ad assunti fisicalistico-organici che pure assume e riformula. Ma perchè in quest'opera Freud legittima in presa diretta l'esistenza dell'inconscio e la supremazia del Sono Io (e non qualcun altro) simbolico, rispetto all'Io sono del verbo essere categoriale, razionale e sociale. Analizzare i sogni, riconoscerli come rappresentativi della psichicità profonda, interpretarli ravvisando in essi una logica affatto differente da quella che governa la coscienza, significa innanzi tutto concepire l'idea dell'esistenza di una soggettività altra in divenire, costituita da sfumature e rappresentazioni ad essa stessa estranee e da un linguaggio, quello onirico, che tale soggettività produce per poi estranearsene e percepirlo come altro da sé. Chi sogna è il Sono Io, al risveglio prende il sopravvento l'Io sono. Di una soggettività, dunque, alienata, che non si possiede, che non è presente a se stessa, che si perde nell'inseguire un Io sono sociale, grammaticale, identitario immaginariamente, fuorviante e proprio per questo capace di creare sintomi, linguaggi simbolici che poi rigetta o che, una volta obiettivati, non comprende. In questo senso, la donazione di senso, la malattia nevrotica e la psicosi sono certamente destinate ad assumere un differente significato da quello sino ad allora conferito loro. Stabilito dunque che il Progetto è l'espressione dell'esigenza da parte di Freud di costruire una psicologia per neurologi, mentre L'interpretazione dei sogni ufficializza la nascita del discorso psicoanalitico, potremmo avanzare l'ipotesi che il Progetto rappresenti in questo percorso evolutivo della psicoanalisi una sorta di "autorassicurazione" costituita da quel perimetro riduttivo che ogni formalizzazione genera in virtù dell'ordinamento razionalizzato dei dati che la qualifica. Una sorta di "autorassicurazione" protettiva e consolatoria che assume la funzione di arginare la vastità delle problematiche e delle questioni che l'analisi dei sintomi nervosi aveva portato alla luce facendo intravvedere quell'"anima" tanta invisa alla scienza. Basti al riguardo pensare al ruolo attribuito da Freud all'inconscio nella costituzione della soggettività psichica in un'epoca in cui la gnoseologia tradizionale identificava la soggettività con la coscienza o anche al ruolo attribuito dalla psicoanalisi alla sessualità e al conflitto nella formazione di patologie nervose. Problematiche e questioni che, come dicevo, introducono la ricerca analitica a riflessioni di carattere filosofico-morale, a tratti metafisico, e non esclusivamente o prioritariamente neurologico o meccanico-fisiologico. Come si potrebbe del resto rendere ragione della complessità contenutistico-fenomenologica di un processo come quello della rimozione rappresentandolo, ad esempio, attraverso una formula chimica? Il Progetto, in questa cornice, si svela come una grande

costruzione difensiva nei riguardi di scoperte decisamente scomode, una sorta di "passo indietro" o di "scarto laterale" nel senso di un recupero di quelle categorie scientifiche, rassicuranti, adeguate socialmente, più atte a rappresentare in modo innocuo e schematico un sistema di relazioni che sfugge alla stessa formalizzazione categoriale intesa kantianamente. Una grande costruzione difensiva che tenderebbe a mascherare, attraverso un complesso processo di razionalizzazione, ciò che la psicoanalisi era andata disvelando. È pur vero che nel Progetto troviamo in nuce alcune delle questioni inerenti, ad esempio, il sogno e il processo psichico della rimozione, che saranno in seguito ripresi e riformulati nei vari passaggi che caratterizzano lo sviluppo del pensiero psicoanalaitico. Ma è altrettanto indiscutibile che tali questioni fondamentali nel Progetto non assumono quella carica ideativa eterodossa e gnoseologica che li caratterizza proprio perchè ridotti entrambi i processi a formule quantitativo-fisologiche. Non si può far quadrare il cerchio. E poi perchè mai dovrebbero quadrare. Ritorna alla mente la differenziazione hegeliana tra la logica contenutistica e logica formale. Se infatti è fondamentale la scoperta del fenomeno psichico della rimozione, tale da divenire uno dei temi cardine del discorso psicoanalitico come la stessa interpretazione dei sogni, è altrettanto fondamentale trattare la rimozione o l'interpretazione dei sogni notturni con categorie concettuali adeguate all'oggetto, in grado di comprenderne la complessità soggettiva e di rappresentarne i contenuti, non solo le dinamiche formali e neurologiche che li generano. Freud è colui che scopre l'esistenza e la portata simbolico-fenomenica dell'inconscio e che identifica nel sogno la via regia per l'indagine della psichicità rimossa e misconosciuta. Nel sogno, in quell'attività cerebrale notturna da sempre appannaggio di poeti e filosofi che produce immagini, suoni, colori che al soggetto appaiono come reali, ma che alla fine del 900 apparteneva più all'arte "divinatoria" che alla scienza rifacendosi forse alle teorie di Artemidoro o di Schopenhauer che aveva scritto un Saggio sulla visione degli spiriti, ipotizzando un rapporto tra questi e i contenuti onirici. Attenzione. Freud è colui che nella notte tra il 24 e il 25 luglio del 1895 fa il sogno di Irma, un sogno divenuto famoso nella storia della psiconalaisi che quattro anni più tardi riporterà nell'Interpretazione dei sogni. Freud considera il sogno di Irma assolutamente fondamentale, poiché è il primo sogno che analizza dettagliatamente e che gli svela, nel vero senso della parola, il segreto racchiuso nell'attività immaginifica notturna. Non solo. Il sogno di Irma rappresenta per Freud la dimostrazione che ciò che caratterizza la psichicità è il simbolico, e che nel simbolismo onirico ravvisiamo una produzione psichica che assume anche una funzione di rappresentare per via allucinatoria desideri, paure, parti misconosciute. Talvolta soluzioni. Magia! Ma il sogno di Irma, posteriormente, a mio giudizio, riveste una importanza ancora più centrale anche per un altro motivo. Nel rileggerlo e reinterpretarlo alla luce di quanto sino ad ora detto e di tutte le ulteriori scoperte freudiane che seguiranno e che andranno a formare la concezione metaspicologica, propongo una sua differente interpretazione da quella proposta da Freud, a riprova dell'ipotesi che ho formulato poc'anzi che identifica Il Progetto del 1895 come una grande costruzione difensiva del pensiero ferudiano prodotta dall'Io. Facciamo accomodare Freud sul lettino e ascoltiamo virtualmente il suo racconto del sogno di Irma. Come si diceva Freud fa questo sogno nel luglio del 1895 e poco dopo un mese, a partire dall'agosto dello stesso anno l'idea di scrivere il Progetto che tanto lo aveva entusiasmato, assorbito, a tratti esaltato intellettualmente, certo di avere trovato la giusta strada che lo avrebbe condotto a definire in chiave neurofisiologica la spiegazione dei processi psichici, incomincia a vacillare, per poi arenarsi definitivamente. Il sogno di Irma diviene un vero e proprio ponte. In una lettera inviata in questo stesso periodo all'amico Fliess, Freud scrive infatti di non avere più tanto entusiasmo, di non provare più un grande interesse a continuare a scrivere Il Progetto. E sempre in una lettera a Fliess del

1895 giunge ad affermare che neppure si spiega lo stato mentale in cui ha concepito l'idea di scrivere una psicologia per neurologi che gli appare come una specie di aberrazione. "Non capisco più" — scrive Freud — "lo stato mentale in cui ho concepito la psicologia" (Le origini, 1950, it., p. 115), mentre in un'altra lettera datata 1 gennaio 1896 comunicava ancora all'amico Fliess che aveva osservato che mentre lui tentava "per le vie traverse della medicina" di raggiungere il suo "primo ideale, la comprensione fisiologica dell'uomo", (e dunque afferma il primato dell'io sono). Ma egli nutriva "segretamente la speranza di arrivare per le stesse vie al mio primo obiettivo, la filosofia" (ibidem, it., p. 121). Agli inizi del 1896, qualche mese dopo aver accantonato l'dea di redigere il Progetto, Freud pubblica uno scritto intitolato L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi dove, per la prima volta, si avvale del termine "psicoanalisi" come se tale impiego in questo preciso contesto volesse significare una sorta di cesura, una "nascita" simbolica della nuova disciplina (S. Freud, 1896, it., vol. 2, p. 289), che troverà il suo apogeo affermativo nella pubblicazione della Traumdeutung (L'interpretazione dei sogni). L'abbandono dell'idea di scrivere il Progetto dopo il sogno di Irma, può dunque essere interpretato come il superamento da parte di Freud proprio di quell'impasse difensiva che lo aveva inizialmente indotto a spostare l'attenzione sulla possibilità di "neurologizzare" le scoperte analitiche sui processi psichici, deviandola dallo studio del loro significato simbolico, delle loro qualità e dinamica profonda. Ma vediamo ancora più in dettaglio il sogno di Irma. Nel 1895 Freud ha in cura una giovane donna il cui trattamento analitico incontra solo un successo parziale. Un collega di Freud che aveva avuto occasione di incontrare casualmente questa paziente un'estate in villeggiatura riferisce a Freud che la donna pur stando meglio, non sta propriamente bene. Freud ammette di avere inteso le parole del collega come se fossero state un rimprovero. Così che, nella famosa notte tra il 24 e il 25 luglio, seguente a questo episodio, Freud fa il "sogno di Irma" (Freud, 1900, it. Vol. 3, p. 108 e sgg). Nel sogno Freud incontra Irma che rimprovera poiché, se la donna continua a lamentare dolori (preminenza dell'aspetto corporeo), è solo ed esclusivamente colpa sua in quanto non ha voluto accettare la "soluzione" che le era stata offerta e prospettata, per cui è destinata a soffrire. Irma ha infatti forti dolori allo stomaco e alla gola/bocca; Freud si accorge allora che è davvero molto pallida e gli viene il dubbio di non essere stato abbastanza attento allo status organico della sua paziente. Sempre nel sogno Freud visita Irma più attentamente in particolare nella zona gola/bocca, chiamando a consulto dei colleghi. Egli è preoccupato di non essersi accorto dell'esistenza in Irma di una grave affezione organica(Freud, 1900 it.p.109 e sgg.) Si scopre poi che una iniezione fatta dal dott. Otto con acido proprionico pare essere la causa del malessere di Irma. Vi è un affascinante e ricco simbolismo significante nel sogno di Freud, che meriterebbe una attenta disamina. La centralità dell'Io corporeo 8 quell'Io corporeo è evidente, e Irma, che si lamenta, (e sappiamo quanto il dolore fisico mini la percezione di se stessi,) è colpevole di non avere accettato la soluzione prospettatale. Nel sogno di Irma Freud, infatti, sembra proprio mettere a confronto l'elemento psichico con quello organico, oscillando nel voler identificare ora nell'uno ora nell'altro la causa del malessere lamentato dalla sua paziente. Irma sta male perchè rifiuta la soluzione psichica o perchè è soggetta ad una affezione organica? Tra l'altro Freud, che nel simbolismo onirico del sogno in questione tende a porre in primo piano l'aspetto organico, — fors'anche perchè attribuendo ad esso la "colpa" del malessere di Irma oltre che alla puntura fatta dal dott. Otto, Freud "risponde al "rimprovero" del suo collega — connota quest'ultimo comunque di un'aura immaginifica concentrando i "segni" dell'infezione di Irma nella bocca/gola, organo attraverso il quale i pazienti di Freud parlano e raccontano spontaneamente i loro sogni, i loro segreti e malesseri, indicando la direzione da intraprendere per la comprensione dei dinamismi inconsci. I pazienti, infatti, invitati ad esprimersi libera-

mente e a comunicare tutto ciò che potesse venire loro in mente senza opporre resistenza al flusso delle idee e delle immagini, raccontano a Freud i loro sogni notturni, svelando in tal modo, senza rendersene conto, la loro importanza. Abbandonano l'Io soggetto a regole logiche e razionali lasciano parlare il Sono Io. Il Progetto del 1895 e L'interpretazione dei sogni che in questo contesto rappresentano rispettivamente il versante organico-biologico (L'Io sono) e quello psichico-simbolico, (il Sono Io) si determinano dunque come raffiguranti una posizione gnoseologica ambivalente che troverà comunque in Freud la propria risoluzione attraverso la rinuncia all'uilizzo difensivo dell'impostazione meccanicistica e la pubblicazione dello studio sul lavoro onirico. Irma, non dobbiamo dimenticarlo, nel sogno raccontatoci da Freud, somatizza il proprio malessere mentre è in analisi e lamenta di non stare bene nonostante un miglioramento. E se è vero che attraverso il sogno di Irma Freud rappresenta la propria condizione psicologica, forse il proprio malessere, potremmo anche osservare che Irma sembra voler rifiutare la "soluzione" psicoanalitica convincendosi di soffrire a causa di un'infezione organica. Il saggio di Freud sui sogni sembra così proporsi come una sorta di superamento di una "impasse" e nel contempo come una sintesi dialettica degli aspetti primordiali e biologici della soggettività e di quelli simbolico-razionali, sintesi che, attraverso l'indagine sul lavoro onirico mostra l'emergere del pensiero logico-causale a partire dalle sue premesse pulsionali e inconsce. In questo senso, il rapporto che abbiamo mostrato esserci tra il Progetto e L'interpretazione dei sogni richiama alla mente la relazione che potrebbe esistere tra un testo "scolastico" che "procede per definizioni precise, ciascuna circoscritta nei suoi propri limiti" (De Negri, 1949, it., p. XV) e uno "dialettico" che tende invece a voler mostrare il nesso di tutto con tutto e a disciogliere l'universo materiale" — nel caso specifico quello organico-biologico — e quello "mentale" — ovvero quello razionale — "in una corrente di fluidità" (De Negri, ibidem). Quella fluidità del Sono Io, principio di identità soggettiva connessa alla propria storia depositata nell'inconscio, che confligge con L'Io sono razionalizzato e sociale connesso alla rimozione a all'adeguamento al reale. La potenza simbolica dell'enunciazione Sono Io, decreta il successo del principio di individuazione, in quanto alla complessa domanda "chi sei?" L'unica risposta possibile e credibile è... "Sono Io".

Afferenza dell'autore:

Psicoanalista

Presidente e Fondatrice dell'Accademia di Filosofia PRISMA

Presidente e Fondatrice dell'Associazione A.I.V.I.S.

Bibliografia

1. Freud S., (1895) *Progetto di una psicologia*, O.S.F. Vol.2 Boringhieri, Torino 1968
2. Freud S., (1896) *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi*, O.S.F. Vol. 3 Boringhieri, Torino 1968
3. Freud S., (1900) *L'Interpretazione dei Sogni*, O.S.F. Vol. 3Boringhieri, Torino 1966
4. Freud S., (1914) *Per la storia del movimento psiconalitico*, O.S.F. Vol. 7 Boringhieri, Torino 1975
5. Freud S., (1914) *Introduzione al narcisismo*, O.S.F. Vol. 7 Boringhieri, Torino 1975
6. Freud S., (1917) *Un ricordo di infanzia tratto*. O.S.F. Vol. 9 Boringhieri, Torino 1977
7. Freud S., (1922) *L'Io e L'Es*, O.S.F. Vol. 9 Boringhieri, Torino 1977
8. Freud S., (1926) *Il problema del'analisi condotta da non medici*, O.S.F. Vol. 10 Boringhieri, Torino
9. Freud S., (1929) *Il disagio della civiltà*, O.S.F. Vol. 10 Boringhieri, Torino 1978
10. M. Barbarossa, *Alcune considerazoni sul concetto psicoanalitico di razionalizzazione*, in Rivista Italiana di Psicoterapia e psicosomatica, n° 12, 1999
11. H. Hartmann, *Psicologia dell'Io e problema dell'adttamento*, Boringhieri, Torino 1978
12. Novelletto, *Introduzione al concetto di Sè*, in Neuropsichiatria infantile 1981
13. J. Lacan, *Il Seminario, Libro I, Gli scritti tecnici di Freud*, Einaudi, Torino 1978
14. A. Freud, *L'Io e i meccanismi di difesa*, Martinelli, Firenze 1967
15. E.De Negri, *I principi di Hegel*, La Nuova Italia, Firenze 1949
16. S.Fernczi, (1922) *Elogio della psicoanalisi*, Boronghieri Torino 1981
17. L.Frasconi, *Ideale e reale*, Unicopli, Milano, 1988
18. E. Jones, (1953) *Vita e Opere di S.Freud, vol. II*, Il Saggiatore, Milano, 1982 (1950)
19. Bonaparte M., Freud A., Kris E. (a cura di), *Le origini della psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1961.
20. Marini, *Manuale di Neurolinguistica. Fondamenti teorici, tecniche di indagine, applicazioni*. Carocci, Roma, 2008

Un Protocollo Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) interaziendale, tra pubblico e privato, per i disturbi del comportamento alimentare

Paolo Cozzaglio[1], *Stefania Greppo*[2], *Anna Cesena*[3], *Annalisa Mascheroni*[4], *Barbara Tamburelli*[5]

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, disturbo di alimentazione incontrollata, ecc.) costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche e psicopatologiche complesse caratterizzate da sofferenza fisica e psichica ed alterazione della percezione del proprio corpo con possibili gravi disfunzioni nell'integrazione bio-psico-sociale della persona.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano un problema di salute pubblica in costante crescita nei Paesi Industrializzati: il tasso d'incidenza tende a aumentare e l'età di insorgenza tende sempre più ad abbassarsi. Un esordio precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione (ossa, sistema nervoso centrale). È ampiamente documentato, inoltre, che la prognosi sia influenzata soprattutto dalla precocità e dalla continuità assistenziale e multiprofessionalità dell'intervento.

Da qui nasce l'importanza di un intervento tempestivo e precoce come indicato dalle linee guida internazionali, le indicazioni di *best practice* della Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità Italiana (Rapporto ISTISAN) dell'ottobre 2012.

Dalla recente pubblicazione in Regione Lombardia del "Documento conclusivo del gruppo di approfondimento tecnico regionale sui disturbi del comportamento alimentare" del 18 Aprile 2017, la prevalenza di Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e altri disturbi del comportamento alimentare più o meno aspecifici si approssima - tra gli adolescenti e le donne adulte – rispettivamente intorno allo 0.5-1% per AN (M 5-10%), all'1-3% per BN (M 10-15%) e, nelle forme subcliniche caratterizzate da una minore gravità del quadro, intorno all 6-10% dei soggetti di sesso femminile.

In adolescenza, il rapporto di incidenza di malattia per genere (M:F) per AN è 1:9/10.

Secondo il Ministero della Salute, in Italia, le donne con AN sono circa 25.000, mentre quelle con BN sono circa 100.000.

Nell'Anoressia Nervosa e nella Bulimia Nervosa, l'età di esordio è in genere compresa tra i 15 e i 19 anni, mentre nel Binge Eating Disorder (BED) essa è distribuita in un intervallo più ampio (dall'infanzia alla terza età).

I disturbi del comportamento alimentare sono caratterizzati da una patogenesi multifattoriale e da una clinica complessa e variabile con manifestazioni psichiatriche e mediche. Sono patologie di variabile gravità contraddistinte da: marcata morbilità fisica e psicosociale; decorso protratto e tendenza alla cronicizzazione; elevata comorbilità psichiatrica; aumento del rischio di morte e elevato tasso di mortalità. L'anoressia e la bulimia rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile, dopo gli incidenti stradali.

Alla luce di quanto riportato, è necessario definire un modello di intervento efficace in modo da disporre di un programma terapeutico ed organizzativo strutturato quale condizione indispensabile al raggiungimento di un' efficace operazione di diagnosi e cura.

A tale proposito, a fronte di una collaborazione già esistente tra ente pubblico e privato accreditato nel nostra ASST Melegnano-Martesana del territorio milanese, è stato istituito un gruppo di lavoro interdisciplinare, multidimensionale e pluriprofessionale integrato costituito da medici psichiatri, dietologi, psicologi psicoterapeuti, dietisti formati, infermieri specializzati ed educatori

professionali, che garantisce una condivisione di intenti e obiettivi terapeutici. È stato pertanto redatto un **Piano Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA)** specifico per le patologie in oggetto.

Presso l'ASST di Melegnano e della Martesana è, infatti, attivo da anni un Centro Ambulatoriale per la Diagnosi e Cura dei DCA, nato dalla collaborazione tra il Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica e la U.O.C. Psichiatria che garantisce ai pazienti affetti da DCA un setting di cura a livello ambulatoriale e di ricovero per acuzie e per riabilitazione in subcauto. Una presa in carico completamente efficace necessita però di un ampliamento dei livelli di cura che l'ASST non dispone in toto, da qui è nata la necessità di creare un percorso strutturale completo capace di assicurare il bisogno assistenziale di tali pazienti. La legge regionale 23/2015 relativa alla presa in carico dei pazienti cronici prevede inoltre anche la possibilità di garantire una continuità assistenziale mediante la creazione di percorsi integrati tra pubblico- privato. La collaborazione nel nostro caso avviene tra il Centro Ambulatoriale della ASST di Melegnano e Martesana e il Centro Fatebenefratelli "Sant'Ambrogio" di Cernusco sul Naviglio (Centro di riabilitazione psichiatrica dell'Ordine Fatebenefratelli di San Giovanni di Dio, privato accreditato e contrattualizzato con la Regione Lombardia), per quanto riguarda la cura in residenzialità e semi-residenzialità presso la Comunità Riabilitativa Alta intensità riabilitativa (CRA) e Centro Diurno "Beato Olallo Valdes " agevolato dalla presenza dello stesso nell'ambito territoriale della nostra ASST.

Per gestire in modo completo la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, l'intervento nutrizionale, volto a correggere i quadri di malnutrizione sia per difetto che per eccesso, deve essere supportato da un approccio psicologico che si declina nella valutazione psichiatrica, psicologica e nelle tecniche di intervento psicologico e sociale. È necessario anche tenere conto del fatto che la malnutrizione e le sue complicanze, se presenti, contribuiscono a mantenere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e ostacolano il trattamento psichiatrico/psicoterapeutico; viceversa, se al recupero del peso e all'eliminazione della restrizione dietetica calorica non si associa un miglioramento della psicopatologia ci sono alte probabilità di ricaduta.

Gli obiettivi a breve, medio e lungo termine della cura, possono dunque essere suddivisi per ambito di intervento:

1. Obiettivi medici: stabilizzazione delle condizioni cliniche e dei parametri vitali; stabilizzazione delle condizioni generali; recupero del peso naturale; superamento dei sintomi di controllo e discontrollo; gestione della comorbilità psichiatrica.
2. Obiettivi psicologici: lavoro sulla motivazione alla cura con il fine di acquisire una consapevolezza di malattia e promuovere la collaborazione al trattamento da parte del paziente e, dove possibile, del nucleo familiare; ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali che mantengono la condotta alimentare; attenuazione distorsioni cognitive e disturbo percezione immagine corporea; miglioramento delle relazioni familiari; recupero della funzionalità sociale, lavorativa e scolastica; prevenzione e gestione delle ricadute.
3. Obiettivi nutrizionali: riformulazione del comportamento alimentare che porti il paziente verso il recupero di un peso naturale; riduzione degli episodi di controllo/discontrollo alimentare (restrizione/abbuffate) e le condotte compensatorie (vomito autoindotto, iperattività, uso di lassativi e diuretici); consolidamento dell' autonomia nella gestione del pasto e dei comportamenti disfunzionali; miglioramento della alterazione dell'immagine corporea e della dispercezione di sé; autonomia nella gestione della alimentazione a domicilio; acquisizione di competenze nutrizionali del paziente e della sua famiglia; diminuzione del conflitto con la famiglia in merito al cibo.

L'approccio psicologico e, in particolare, l'approccio psicoterapeutico rappresentano un tassello fondamentale per il trattamento dei DCA. Meno spazio ha il trattamento psicofarmacologico, ove non esistano delle importanti comorbilità psichiatriche. I modelli presenti nel panorama teorico-clinico sono eterogenei e vengono declinati, proposti ed utilizzati in relazione al setting, alla gravità della patologia e alle caratteristiche di personalità del paziente. Un'adeguata motivazione al cambiamento e al trattamento stesso e la stabilizzazione organica dei pazienti (escludendo stati di urgenza medica) sono condizioni necessarie e propedeutiche per intraprendere un efficace percorso psicoterapico. Gli studi randomizzati controllati che valutano l'efficacia delle diverse psicoterapie sono ampiamente eterogenei tra di loro e non giungono a decretare in modo assoluto la superiorità di un trattamento rispetto ad un altro. Alla luce del modello biopsicosociale, gli assunti di riferimento per il programma di cura in oggetto sono riassumibili in: assunti cognitivo-comportamentali; assunti psicoanalitici-psicodinamici; assunti sistemico – relazionali; assunti medico-biologici.

MODALITÀ DI ACCESSO AI PROGRAMMI DI CURA E TRATTAMENTO

Il *setting* terapeutico deve essere flessibile e personalizzato, in funzione dell'età, del tipo di DCA, del livello di rischio fisico e nutrizionale, del decorso e della fase e della eventuale comorbilità'. I livelli di cura definiti secondo la motivazione al trattamento (da buona a molto scarsa) e la gravità degli indicatori medici e/o psichiatrici, sono: 1) Percorso ambulatoriale intensivo (MAC); 2) Percorso semiresidenziale (Centro diurno); 3) Ricovero riabilitativo residenziale (comunità terapeutica); 4) Ospedalizzazione in acuto e/o in subacuto.

I diversi setting di cura devono essere in stretto contatto tra di loro in una sorta di "filiera" assistenziale con interventi appropriati e scalari, che garantiscano la continuità tra un livello assistenziale e l'altro per poter consentire una presa in carico continuativa e duratura del paziente.

Per facilitare la transizione del paziente tra i vari spazi di cure è necessario attuare e mantenere la realizzazione di una rete assistenziale integrata dove i diversi livelli assistenziali coesistano. Questa modalità permette di diminuire il drop out. La definizione del percorso di cura maggiormente idoneo è collegiale e condiviso tra le equipe dei diversi servizi.

1. Ambulatorio

La presa in carico ambulatoriale può avvenire per lo più per segnalazione da parte di altri medici (medico di medicina generale, pediatra, internista o altri specialisti) o direttamente da parte di pazienti o loro familiari. In proporzione minoritaria gli invii avvengono anche da parte dei medici che lavorano nei centri di salute mentale o nei consultori.

Il primo contatto prevede un appuntamento con medico nutrizionista. La valutazione diagnostica delle persone affette da DCA in ambulatorio deve comprendere diversi interventi in successione che hanno come obiettivo finale: diagnosi della tipologia di DCA secondo criteri DSM-5; definizione livello gravità sia dello stato fisico che mentale; valutazione dinamiche comportamentali, familiari, sociali.

La diagnosi internistico-metabolico-nutrizionale è indispensabile per definire le problematiche internistiche e nutrizionali e consente di porre un giudizio medico sulle possibilità di continuare il percorso in ambito ambulatoriale oppure di avviare il paziente ad altri livelli di intensità di cura. L'inquadramento diagnostico è caratterizzato da una valutazione anamnestica, da una valutazione delle condizioni cliniche e nutrizionali del paziente al fine di definire il grado di compromissione e di rischio organico, la possibilità clinica di collaborazione ad un percorso psicologico e la valutazione dei deficit psico-fisici e della competenza sociale presenti nel paziente al momento della diagnosi. In considerazione delle particolari caratteristiche psicopatologiche e di complessità del disturbo appare fondamentale l'importanza del primo contatto con il paziente per stabilire una buona relazione terapeutica e un rapporto di collaborazione e fiducia.

Il primo colloquio di consulenza psicologica ha invece l'obiettivo di esaminare in modo dettagliato il problema o i problemi per cui il paziente si è rivolto al servizio e capire quale sia il percorso migliore per affrontarli. Viene raccolta l'anamnesi fisiologica, familiare e socio-lavorativa del paziente, viene indagata la sua storia clinica, ponendo attenzione all'esordio del disturbo alimentare. Il comportamento alimentare disfunzionale viene indagato attraverso la descrizione della sua evoluzione e soprattutto attraverso il significato che assume per il paziente soprattutto a livello relazionale.

La consulenza termina di regola con una proposta terapeutica e una delle valutazioni che vengono fatte con i pazienti durante la consultazione è quale forma di intervento sia più indicata per il loro caso specifico: una psicoterapia individuale; un coinvolgimento della coppia; in alcuni casi si valuta la possibilità di attivare tutte le risorse includendo, per tutte o per alcune fasi del lavoro terapeutico, i membri della famiglia. Il coinvolgimento della famiglia avviene sempre quando il/la paziente è un/a minore, viene concordato con pazienti maggiorenni ma che vivono e dipendono materialmente ed affettivamente dalla famiglia d'origine e in tutti quei casi in cui tra il paziente e i familiari si genera un paradosso tra l'appartenenza alla propria famiglia d'origine e la necessità di autodefinirsi. L'approccio clinico utilizzato, qualunque sia l'intervento terapeutico concordato,è sistemico-relazionale.

Infine, in caso di sospetto di comorbilità, la consulenza dello psichiatra del servizio pubblico valuta l'assetto psicopatologico del disturbo dell'alimentazione e la presenza o meno di altri disturbi psichiatrici concomitanti (disturbo di personalità, disturbi dell'umore,quadri psicotici).

L'equipe del centro ambulatoriale si incontra settimanalmente per definire i seguenti punti: designare il case manager che si occupa di tenere una visione di insieme del trattamento del paziente e che tiene i contatti con i servizi invianti, la famiglia e i medici invianti; discutere la tipologia del percorso terapeutico (setting terapeutico) idoneo da intraprendere per i nuovi casi presi in carico; discutere dell'andamento dei casi in trattamento.

La fase diagnostica termina con il colloquio di restituzione in occasione del quale il dietologo case manager "restituisce" verbalmente in modo trasparente e con una relazione scritta per il medico inviante, gli aspetti diagnostici emersi dalle valutazioni psichiatriche e dalle valutazioni internistiche, ed illustra il *progetto terapeutico integrato* ritenuto più appropriato per le specifiche esigenze individuali.

La terapia ambulatoriale è considerata l'approccio di elezione per le persone affette da DCA e consente di mantenere in atto il progetto terapeutico senza modificare l'assetto di vita del paziente. È necessario però che tale intervento garantisca un reale approccio integrato che comprenda sia l'aspetto nutrizionale sia quello psicologico. L'intero iter terapeutico prevede un numero di 10 incontri ripetibili interdisciplinari in regime MAC.

2. Percorso semiresidenziale (Centro diurno)

La dimensione semiresidenziale extraospedaliera rappresenta un'opportunità di proseguimento terapeutico in ambiente protetto dopo una degenza ospedaliera resa necessaria dalla presenza di acuzie di tipo organico o anche un'alternativa possibile quando il trattamento ambulatoriale del disturbo sia insufficiente. Subentra qui, come per la successiva residenzialità, la collaborazione con il privato accreditato (Centro diurno "Olallo Valdes") che offre un percorso di cura riabilitativo. L'invio per contatto diretto da parte dell'ambulatorio ospedaliero con l'equipe del CD privato. Viene poi fissata ed effettuata una prima visita con il paziente.

Il colloquio iniziale valuta l'assetto psicopatologico del disturbo dell'alimentazione e l'eventuale disturbo psichiatrico concomitante (per lo più disturbo di personalità, disturbo dell'umore e d'ansia, quadri psicotici). È opportuno verificare che il programma proposto in CD sia idoneo per il paziente e che il disturbo dell'alimentazione non sia sintomatico di quadri clinici che necessitano di un

percorso in strutture più idonee per patologia psichiatrica. Se il paziente è idoneo a tale percorso si rende necessaria la formulazione di una richiesta del CPS di competenza in seguito alla quale il paziente viene inserito nelle liste d'attesa per il CD.

Le indicazioni alle cure in CD è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard e che hanno un ambiente familiare discretamente collaborativo con la terapia. Solitamente le indicazioni prevedono: la mancata risposta alle normali cure ambulatoriali; pazienti sottopeso che provengono da ricovero ospedaliero e devono consolidare o implementare gli obiettivi raggiunti e proseguire il recupero di un corretto approccio all'alimentazione; pazienti non sottopeso con elevata frequenza di episodi di abbuffate e vomito autoindotto o comunque che manifestano un difficile controllo dei sintomi; pazienti con lunga durata di malattia ("poor responders") che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti. In altri casi il trattamento in struttura semiresidenziale può essere indicato come prima forma di cura, se il paziente ha bisogno di un supporto continuativo ai pasti. La terapia riabilitativa semiresidenziale è invece controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave.

La lista d'attesa per il ricovero semiresidenziale, così come per quello residenziale, segue i criteri di gravità che rendono prioritario l'eventuale accoglimento del paziente e lo pongono nei primi posti. Essi sono: ricovero ospedaliero in corso recente, correttivo dello stato di denutrizione, con raggiungimento di una condizione metabolica e un BMI ancora a rischio di rapido peggioramento dopo la dimissione (<14) e necessità di stabilizzazione e riabilitazione intensiva; BMI limite (= 14) in peggioramento che renderebbe inidoneo l'accoglimento riabilitativo o alto rischio di ospedalizzazione; tendenza al rapido peggioramento delle condizioni fisiche: diminuzione di peso corporeo uguale o maggiore a 1 kg/settimana, ipotensione, squilibri idroelettrolitici, squat test patologico; gravi sintomi che rendono problematico il mantenimento delle condizioni metaboliche: grave restrizione alimentare, episodi multipli di vomito giornaliero e/o intenso abuso di lassativi/diuretici, grave iperattività fisica.

Il focus del trattamento semiresidenziale in CD è diretto a: affrontare in modo più intensivo gli specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard; proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psiconutrizionale dopo un ricovero residenziale, come livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale.

Il trattamento semiresidenziale in CD include una combinazione dei seguenti interventi: tre pasti assistiti al giorno; un colloquio psicologico settimanale; una visita psichiatrica settimanale; una visita internistica settimanale; il programma settimanale con la nutrizionista; attività riabilitative di gruppo; attività espressive psico-corporee.

Nelle fasi finali del trattamento semiresidenziale, il paziente deve essere incoraggiato a consumare sempre più pasti al di fuori dalla struttura così da agevolare il passaggio del trattamento al regime ambulatoriale standard. Il trattamento semi-residenziale ha il vantaggio di consentire al paziente di continuare ad affrontare il DA all'interno di una condizione più vicina a quella della vita ordinaria.

3. Ricovero riabilitativo residenziale in comunità terapeutica

Il trattamento riabilitativo dei DCA in Comunità Terapeutica prevede un intervento multidisciplinare integrato ad alta intensità di cura sulle 24 ore. Il contesto è quello della Comunità Terapeutica psichiatrica che prevede la partecipazione attiva del paziente al trattamento, favorendo la relazionalità e il divenire soggetto del proprio percorso di cura. Avviene nel CRA "Olallo Valdes" come struttura privata accreditata.

È indicato e opportuno nelle seguenti circostanze:

– Prosecuzione del trattamento riabilitativo dopo ricovero ospedaliero (passaggio a livello inferiore d'intensità di cure) nei casi in cui il trattamento semiresidenziale

in CD o ambulatoriale siano ancora prematuri sulla base della valutazione clinica integrata (pazienti sottopeso che devono ancora recuperare sufficienti obiettivi psiconutrizionali e aderire a un corretto approccio all'alimentazione).

- Il livello di gravità e comorbilità (disturbi di personalità) è elevato, ma le condizioni metabolico-nutrizionali non richiedono un ricovero ospedaliero (la presenza di rischio fisico derivante da comportamenti inappropriati che rende insufficiente il trattamento ambulatoriale o semiresidenziale).
- L'impatto del DCA sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è importante.
- Il paziente necessita di un opportuno e momentaneo allontanamento dal proprio ambiente di vita per difficoltà psicosociali (ad esempio per detendere l'emotività intrafamigliare o i conflitti).
- Gli interventi da mettere in atto sono numerosi e complessi ed è opportuno, per ragioni sia cliniche che economiche, concentrarli in tempi medio-brevi secondo un progetto coordinato
- Pazienti con lunga durata del DCA ("poor responders") che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti e per cui il trattamento in CD non è sufficiente.
- I precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati attesi e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare.

Gli obiettivi del trattamento residenziale mirano all'incremento dell'indice di massa corporea (da valutare per ogni singolo caso); al mantenimento del peso entro oscillazioni fisiologiche (circa 3 kg) per i pazienti normopeso; alla riduzione delle condotte di compenso; alla riduzione delle abbuffate; al miglioramento della sintomatologia psichiatrica generale.

Gli obiettivi terapeutici vengono raggiunti, in genere, in un periodo di 6 mesi prolungabile di volta in volta e fino ad un massimo di 18 mesi per i casi più gravi sulla base della valutazione clinica e in collaborazione con l'ambulatorio inviante, che autorizza anche le eventuali prosecuzioni ritenute necessarie.

Il percorso terapeutico offerto è analogo a quello del CD, ma più intensivo e continuativo, con la presenza di personale infermieristico ed educativo sulle 24 ore. Anche il percorso psicoterapico, individuale e di gruppo, è più intensivo. Non ultimo è lo "scambio relazionale informale" che avviene con il personale di continuo, al di fuori delle attività riabilitative terapeutiche e strutturate. È noto e validato nella letteratura internazionale come questo scambio relazionale informale contribuisca in modo rilevate alla terapeuticità del percorso comunitario.

Il percorso residenziale dei pazienti trattati e dimessi da un ricovero ospedaliero può prevedere l'accesso in regime di post-acuzie residenziale psichiatrico, per continuare e favorire l'intervento riabilitativo.

Al momento della dimissione dalla CRA Olallo Valdes il paziente viene rinviato al Centro Ambulatoriale per la diagnosi e cura DCA, previa discussione equipe allargata per l'individuazione dell'eventuale prosecuzione dell'intervento terapeutico nutrizionale. Qualora sia possibile la psicoterapia sarà svolta nell'ambito dell'Ambulatorio DCA da psicologi in collaborazione con la psichiatra consulente.

In carenza di figure psicoterapiche stabili all'interno dell'Ambulatorio sono consigliate terapie psicologiche, possibile collaborazione con scuole o associazioni psicoterapiche specializzate nella cura dei DCA.

In casi di acuzie psichiatrica durante il ricovero in residenzialità il paziente viene riaffidato al SPDC di competenza previo accordo con il Centro inviante. Nel caso, invece, di condizioni psichico-metaboliche critiche o peggiorate è indicato il ricovero ospedaliero nel reparto di Dietologia.

4. Ospedalizzazione in acuto o in subacuto

I DCA sono malattie mentali che comportano gravi danni somatici. In alcune situazioni critiche si rende

necessario il ricovero in acuto che ha principalmente lo scopo di risolvere o tamponare una fase critica ad alto rischio per la vita, trattare le complicanze mediche e indirizzare a trattamenti successivi già in corso o da istituire ex novo. La durata del ricovero è protratta solo per il tempo necessario a garantire il superamento della fase acuta.

Il ricovero può essere attuato in reparti internistici per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione grave o in reparti psichiatrici per la gestione del rischio suicidiario e della comorbilità psichiatrica.

Le indicazioni per il ricovero medico riguardano, oltre che un sottopeso grave (BMI < 13), situazioni di gravità metabolica, cardiologica o di disfunzione d'organo (bradicardia grave, aritmia cardiaca o QTc abnormemente allungato, ipotensione ortostatica grave, squilibri elettrolitici, disidratazione grave, ecc.). In alcuni casi selezionati durante il ricovero ospedaliero può essere proposta la nutrizione artificiale tramite sondino naso-gastrico, affiancandola precocemente ad una concomitante alimentazione naturale. In ambito psichiatrico gli indicatori di gravità condizionante l'utilità di un ricovero in SPDC riguardano per lo più il comportamento suicidario, gli atti autolesivi pericolosi e la comorbilità psichiatrica grave.

È fondamentale considerare come l'emergenza internistica dei DCA è spesso anche un'emergenza psichiatrica. Il ricovero deve pertanto essere possibilmente sempre multispecialistico integrato, ovvero in un ambito in cui le due funzioni internistiche e psichiatriche possano essere ben integrate.

Il ricovero ospedaliero può essere proposto anche in caso di sub-acuzie, con lo scopo di creare un alleanza terapeutica col paziente assicurando comprensione, empatia, ascolto, gestire le difficoltà del paziente alla compliance terapeutica, valutare i fattori che perpetuano la malattia e il comportamento alimentare anomalo e migliorare lo stato di nutrizione e metabolico. La durata massima della degenza è di 40 giorni e prevede un intervento dietologico e psicologico/psichiatrico quotidiano.

Conclusioni

Abbiamo illustrato nel dettaglio il PDTA concordato tra le nostre strutture per evidenziare come il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare sia complesso, articolato e necessiti di un approccio multifattoriale e multidisciplinare. Nell'articolare il programma ci siamo imbattuti con alcune criticità che dovranno essere affrontate ulteriormente e che qui accenniamo.

1. I criteri di accreditamento per le strutture psichiatriche sono ancora troppo rigidi e non tengono conto a sufficienza della specificità della cura. Nel caso dei DCA, ad esempio, non è previsto in organico per le attività riabilitative la figura del medico internista (o dietologo o endocrinologo) e del dietista, figure che sono indispensabili al trattamento. Vi è il limite assoluto di accoglimento in comunità psichiatrica a partire dalla maggiore età, quando i dati epidemiologici vedono una progressiva diminuzione dell'età di insorgenza dei DCA e la fascia più rappresentativa tra i 15 e i 22 anni. Il CRA Olallo Valdes sta promuovendo una richiesta di deroga ad hoc presso la Regione Lombardia, con tutte le difficoltà che si possono immaginare nel promuoverla.
2. L'eccessiva territorialità delle cure psichiatriche che impongono una presa in carico dei pazienti che affluiscono agli ambulatori per DCA e alla residenzialità da parte di CPS anche territorialmente distanti. Questo comporta una evidente difficoltà di contatto e di continuità delle cure, oltre che un rallentamento dei tempi di ricovero.
3. La poca sensibilità, a tutt'oggi, dei servizi psichiatrici territoriali alla presa in carico di pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Queste patologie psichiatriche – e ribadiamo: non certo solo mediche – vengono ancora misconosciute nonostante la rilevanza che viene data al fenomeno dai mass-media. Soprattutto sono considerate patologie di ambito eccessivamente specialistico con la conseguente riluttanza alla presa in carico nei servizi pubblici.

Questa considerazione vale anche per la valutazione di questi pazienti quando giungono in Pronto Soccorso o sono ricoverati in reparti di medicina generale o in pediatria.

Afferenza degli autori

1. Primario Area Psichiatrica Centro Sant'Ambrogio FBF Cernusco s/N;

2. Aiuto psichiatra CRA Olallo Valdes;

3. Psichiatra UOC Psichiatria ASST Melegnano e Martesana;

4. Responsabile UOSD Dietologia e Nutrizione Clinica ASST Melegnano e Martesana;

5. Dietista UOSD Dietologia e Nutrizione Clinica ASST Melegnano e Martesana.

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.

La tossicità comportamentale dell'uso in cronico di farmaci antiepilettici

Marco Toscano

INTRODUZIONE

La pratica clinica quotidiana richiede che lo psichiatra debba intervenire su pazienti affetti da patologia organica, in trattamento antiepilettico, per i quali è necessario valutare il possibile impiego di farmaci antidepressivi o antipsicotici. Talvolta la necessità di trattamento psichiatrico sembra essere insorta dopo lo switch tra farmaci antiepilettici, evento questo che richiede di capire se la patologia psichiatrica possa avere una componente iatrogena. In particolare questo lavoro si concentra sugli effetti collaterali di natura psichiatrica e comportamentale che, alcune molecole antiepilettiche più di altre, possono determinare quando usate in cronico, tanto da far sorgere il quesito se si debba procedere alla sospensione del farmaco antiepilettico. Mentre gli effetti collaterali del Fenobarbitale, del Valproato, della Carbamazepina e della Lamotrigina sono oramai ben noti allo psichiatra che sa riconoscerli e trattarli, per altre molecole – come ad es. il Levetiracetam e la Zonisamide – le conoscenze dello psichiatra sono lacunose perché farmaci di impiego esclusivamente epilettologico e/o di recente immissione sul mercato.

SINTOMI PSICHIATRICI E COMPORTAMENTALI NELL'EPILESSIA

La presenza di disturbi psichiatrici nella popolazione epilettica è maggiore rispetto a quanto riscontato nella popolazione generale o in sottopopolazioni di pazienti affetti da disturbi respiratori o cardiovascolari. Una review sull'argomento ha messo in evidenza che il 30% dei nuovi casi di epilessia ed il 50% delle forme resistenti al trattamento è gravata da disordini psichici (Lin, 2012). Le comorbidità psichiatriche si dividono in *peri-ictali*, che solitamente risolvono con il miglioramento del quadro epilettico, e *inter-ictali*, meno marcate e più fugaci rispetto alle prime ma talvolta, in alcuni soggetti, persistenti (Hamad, 2011). In *Tabella 1* vengono riportati i più comuni disturbi psichiatrici associati ad epilessia e la rispettiva prevalenza.

Anche il comportamento aggressivo è un riscontro comune (4.8–50%) rispetto alla popolazione generale e può assumere la forma di episodico discontrollo dell'impulso, indipendente dall'attività ictale, oppure essere associato ad una manifestazione psichiatrica maggiore.

I fattori di rischio correlati all'insorgenza di comorbidità psichiatriche e comportamentali sono di diversa

Tabella 1 — Prevalenza delle diverse comorbidità psichiatriche inter-ictali con l'epilessia (Hamad, 2011)

	Popolazione epilettica	Popolazione generale
Disordini depressivi	17.4–80%	1.5–19%
Mania, ipomania e disturbo bipolare	3.03–8.25%	0.3–1.5%
Ansia	19–66%	19.6%
Disturbo Ossessivo-Compulsivo	14–22%	2–13%
Disturbo da deficit attentivo con iperattività	30–40%	15%
Tratti e Disturbi di Personalità	21.15%%	5.9–13.4%
Psicosi	6–10%	1–7%
Suicidio	13–25%	1.4–6.9%

natura e spesso coesistenti:

a. *psicosociale* (l'adattamento globale del paziente è più importante della frequenza e gravità delle crisi);
b. *clinica* (causa dell'epilessia e tipologia delle crisi, durata dell'aura, lateralizzazione dei foci, sede di insorgenza, etc);
c. *biologica* (disfunzioni neurotrasmettitoriali, vulnerabilità ai disturbi psichiatrici, personalità premorbosa, abuso di sostanze, etc.);
d. *farmacologica*.

Un discorso a parte merita la cosiddetta Normalizzazione Forzata, descritta da Landolt il secolo scorso e ridefinita da Tellebach come Psicosi Alternante, che si caratterizza per l'alternarsi di anomalie comportamentali (psicosi 70%; disordini dell'umore 30%) e fluttuazioni del disturbo elettrico in una relazione di mutua esclusione. Le manifestazioni psicotiche, la cui genesi permane oscura, possono manifestarsi spontaneamente con la normalizzazione del quadro elettrico e la risoluzione delle crisi oppure essere indotte da farmaci antiepilettici, il che pone quindi un rilevante problema di diagnosi differenziale (Calle-lopez, 2019).

MECCANISMI DI AZIONE DEGLI AEDS

I farmaci antiepilettici agiscono secondo meccanismi diversi, talvolta molteplici, e non sempre completamente noti. Attualmente una possibile classificazione tiene conto dell'azione neurorecettoriale predominante (Calle-lopez, 2019):

1. Farmaci Sedativi ad azione GABAergica: Fenobarbitale, Primidione, Acido Valproico, Gabapentin, Tiagabina, Vigabatrin e Pregabalin
2. Farmaci attivanti ad azione antiglutammatergica: Felbamato e Topiramato
3. Farmaci ad azione serotoninergica, catecolaminergica o sconosciuta: Carbamazepina, Oxcarbazepina, Acido Valproico, Lamotrigina e Zonisamide
4. Farmaci ad azione psicotropa sconosciuta: Fenitoina, Etosuccimide e Levetiracetam

Questa classificazione ha un valore clinico limitato, considera principalmente l'effetto psicotropo e gli effetti collaterali delle molecole stesse, e non prende in esame l'azione sui canali del Calcio e del Sodio nonchè gli eventuali effetti di trasduzione del segnale peraltro da tempo descritti in letteratura (Stahl, 2013)

EFFETTI COLLATERALI DEGLI AED

Alcuni antiepilettici possiedono una dimostrata efficacia sul tono dell'umore e, più in generale, un effetto psicotropo positivo mentre altri sono associati alla comparsa o peggioramento dei problemi comportamentali. L'argomento riveste notevole importanza in quanto è emerso che gli utilizzatori di AEDs sperimentano una crescente probabilità di abbandono del trattamento al succedersi dei cambi di terapia con un incremento lineare di probabilità che va dal 2.7% del primo trattamento al 66.7% dell'ottavo (Giussani, 2017).

Gli effetti collaterali degli AED hanno una elevata prevalenza ed un impatto negativo che si traduce nella prescrizione di dosaggi subottimali per il controllo delle crisi, nella perdita di compliance e precoce interruzione del trattamento. Gli eventi avversi associati alla somministrazione dei AED vengono schematizzati in cinque categorie a seconda dell'azione negativa rispettivamente su Cognizione e Coordinazione (Tipo A), Umore ed Emozioni (Tipo B), Sonno (Tipo C), Effetti cutanei e mucosi (Tipo D) effetti sul peso e cefalea (Tipo E) (Perucca, 2012). Di seguito verranno presi in considerazione unicamente gli eventi avversi di Tipo B in quanto tutti gli altri, per quanto noti allo psichiatra e meritevoli di attenzione, esulano dagli obiettivi specifici del presente lavoro.

Negli ultimi anni si è assistito alla proliferazione di lavori scientifici che indagano la tossicità comportamentale di farmaci antiepilettici somministrati a pazienti affetti da epilessia. Gli effetti più comuni vengono distinti in PSEs (Psychiatric Side Effects): umore depresso, psicosi, ansietà, ideazione suicidaria e BSEs (Behavioral Side Effects): incremento dell'irritabilità, comportamento aggressivo, iperattività, capricciosità (Chen, 2018). Di particolare importanza il riscontro che i PBSEs nel paziente epilet-

Tabella 2 — Frequenze dei diversi effetti collaterali psichiatrici e comportamentali associati a Levetiracetam, Parampanel e Topiramato secondo quanto indicato nei rispettivi Supplementary Protection Cerficates europei (Brodie, 2016)

Molecola	Evento avverso	Commento
Levetiracetam	**Comune**	Maggiore prevalenza in bambini ed adolescenti rispetto all'adulto: Agitazione (3.4%), fluttuazioni timiche (2.1%), labilità affettiva (1.7%), aggressività (8.2%), anomalie del comportamento (5.6%)
	Depressione, Ostilità/aggressione, ansietà, insonnia, nervosismo/irritabilità	
	Non Comune	
	Tentativi di suicidio, ideazione suicida, disordini psicotici, anomalie comportamentali, allucinazioni, rabbia, confusione, attacchi di panico, labilità affettiva, fluttuazioni di umore, agitazione	
	Raro	
	Suicidio, disordine di personalità, disturbi del pensiero	
Parampanel	**Comune**	Aggressività più frequentemente osservata negli adolescenti che negli adulti
	Aggressività, rabbia, ansietà, confusione, irritabilità	
	Non Comune	
	Ideazione suicida, tentativi di suicidio	
Topiramato	**Molto Comune**	L'irritabilità e linguaggio espressivo sono tra gli eventi avversi più comuni (>5%) Maggiore prevalenza nei bambini che negli adulti (>2 volte maggiore): ideazione suicida, anomalie del comportamento, aggressività
	Depressione	
	Comune	
	Irritabilità, bradifrenia, insonnia, disordini espressivi del linguaggio, ansietà, confusione, disorientamento, aggressività, alterazioni dell'umore, agitazione, fluttuazioni timiche, umore depresso, rabbia, anomalie del comportamento	
	Non Comune	
	Ideazione suicida, tentativi di suicidio, allucinazioni visive e uditive, disordine psicotico, apatia, mancanza di eloquio spontaneo, disturbo del sonno, labilità e/o appiattimento affettivi, riduzione della libido, irrequietezza, pianto, disfemia, euforia, paranoia, perseverazione, panico, disordini di lettura, disturbi del pensiero, distraibilità, risvegli precoci	
	Raro	
	Mania, disturbo di panico, sentimenti di disperazione, ipomania	

tico siano riconducibili sia ad implicazioni strutturali e sociali della patologia epilettica quando agli AED stessi (Piedad, 2012).

La comparsa di effetti collaterali comportamentali è comunemente associata a epilessia del lobo frontale o con assenze, rapida titolazione del farmaco, condizione di lento metabolizzatore, presenza di alterazioni elettrolitiche e/o metaboliche (in particolare carenza di folati), polifarmacoterapia, interazioni tra farmaci, intossicazioni da farmaco e sospensione dello stesso (Lin, 2012). Inoltre sono disponibili diverse evidenze di letteratura che mostrano come la presenza di una preesistente patologia psichiatrica sia tra i maggiori predittori di PBSEs durante l'impiego di AED nella popolazione adulta affetta da epilessia (Hamad, 2011; Chen, 2017; Chen, 2018). Una storia pregressa di depressione trattata e di psicosi sono gli unici fattori predittivi indipendenti circa la comparsa di PBSE come emerge in un recente studio condotto su 2312 pazienti affetti da epilessia (Chen, 2018). Il medesimo studio ha inoltre messo in evidenza, per la prima volta in letteratura, l'esistenza del fenomeno della *cross-sensitivity* tra farmaci antiepilettici. Un paziente che sviluppi un PBSEs in occasione della somministrazione di un farmaco antiepilettico ha maggiore probabilità di sperimentare un secondo evento avverso altrettanto grave se assume un altro antiepilettico, in particolare se vengono somministrati Levetiracetam e Zonisamide.

È importante ricordare che le alterazioni comportamentali presenti nel paziente epilettico possono essere espressione di cause molteplici. Sia dell'effetto diretto del farmaco che della sottostante patologia psichiatrica così come delle difficoltà di adattamento all'ambiente conseguenti alla presenza di un deficit cognitivo globale e/o specifico nonché ai limiti comunicativi del paziente.

I NUOVI ANTIEPILETTICI

Le molecole antiepilettiche di ultima generazione sono impiegate prevalentemente nel trattamento delle forme di epilessia farmaco-resistenti e sono, in linea di massima, associate ad un migliore profilo di tollerabilità. Tuttavia tra queste ve ne sono alcune maggiormente implicate nella comparsa di effetti collaterali comportamentali rilevanti. Levetiracetam (LEV), Perampanel (PER) e Topiramato (TPM) sono attualmente considerati i farmaci più comunemente correlati all'insorgenza di comportamenti aggressivi soprattutto in quei pazienti che presentano una storia precedente di disturbo psichiatrico (Hansen, 2018). In *Tabella 2* vengono riportate le frequenze dei diversi effetti collaterali psichiatrici e comportamentali associati alle tre molecole sopra citate secondo quanto indicato nei rispettivi Supplementary Protection Cerficates europei. Seppur in misura minore anche Benzodiazepine, Brivaracetam, Fenobarbitale, Tiagabina, Vigabatrin e Zonisamide sono associati ad una maggiore incidenza di comportamenti aggressivi rispetto ad altri AEDs (Brodie, 2016).

Il meccanismo di azione attraverso il quale i farmaci antiepilettici generano alterazioni psichiche e comportamentali è ancora in larga misura sconosciuto e potrebbe essere diverso per le diverse molecole. Tuttavia, con riferimento alle tre molecole citate LEV, PER e TPR, pur nella significativa diversità dei meccanismi di azione di ciascuna, l'elemento comune sembra essere l'azione di inibizione della trasmissione glutammatergica attraverso la modulazione negativa dei recettori AMPA. Lo specifico meccanismo di azione deve inoltre essere messo in relazione alla vulnerabilità biologica del paziente legata alla natura e sede anatomica dell'epilessia nonchè al grado di maturazione del sistema nervoso (Hansen, 2018).

Il levetiracetam è tra le molecole antiepilettiche introdotte sul mercato dopo il 2000 che ha avuto maggiore successo prescrittivo (Pickrell, 2014) affermandosi come farmaco di prima scelta tra gli specialisti ed i medici di medicina generale di molti paesi. Le ragioni di tale successo sono da attribuire alla facilità d'uso, efficacia, ampio spettro di azione, basso rischio di eventi idiosincrasici potenzialmente fatali e malformazioni congenite maggiori, rapida titolabilità in condizioni di urgenza. Per contro è associato a frequenti reazioni avverse di tipo psichiatrico. Da qui il recente tentativo di mettere a punto un modello predittivo che sappia

Tabella 3 — Calcolo del Risk score per eventi avversi psichiatrici a seguito di terapia con levetiracetam in pazienti epilettico con e senza anamesi positiva per disturbi psichiatrici (Josephson, 2019)

	Calcolo del Risk score	Cut off rischio (specificità 83%)
Pazienti con anamnesi psichiatrica positiva	-2.34+0.27 x (sesso femminile) + 0.82 x (storia di depressione) + 0.47 x (storia di ansia) + 0.74 x (storia di uso ricreativo di sostanze)	0.10
Pazienti con anamnesi psichiatrica negativa	-3.83 + 0.013 x (età) + 0.89 (sesso femminile) + 1.16 x (storia di uso ricreativo di sostanze) + 0.0003 (dose quotidiana di levetiracetam)	0.14

individuare, sulla base di caratteristiche cliniche e/o socio-demografiche, i pazienti esposti al rischio di insorgenza di tali effetti durante la terapia con Levetiracetam. Uno studio di coorte retrospettivo condotto su 7400 pazienti epilettici che assumevano Levetiracetam come farmaco *first-ever* ha permesso di derivare due semplici algoritmi che predicono il rischio di evento avverso psichiatrico e che pertanto possono essere utilizzati per guidare la prescrizione del farmaco nella pratica clinica (Josephson, 2019). Entrambe gli algoritmi si applicano a pazienti che assumono il farmaco continuativamente entro due anni dalla prescrizione: il primo tiene conto di pazienti con anamnesi positiva per patologia psichiatrica, il secondo invece dei pazienti con anamnesi psichiatrica negativa. Entrambe gli algoritmi mostrano una buona specificità (83%) con *cutoff* di probabilità di comparsa dell'evento indesiderato rispettivamente di 0.10 e 0.14 (*Tabella 3*).

A titolo esemplificativo una paziente epilettica che abbia sofferto di depressione cui si voglia prescrivere Levetiracetam ha il seguente *risk score*: -2.34+0.27+0.82 pari a -1.25. Questo valore di *risk score* inserito nell'algoritmo di calcolo mostra una probabilità di evento avverso psichiatrico del 22% in due anni: 1/[1+exp(-1.25)]. Il valore eccede la soglia di 0.10 e suggerisce la presenza di rischio.

CONCLUSIONI

L'impiego progressivamente crescente di molecole antiepilettiche di nuova generazione, in particolare il Levetiracetam, da attribuire all'efficacia dimostrata nelle forme farmaco resistenti, alla maneggevolezza di impiego ed al favorevole profilo di tollerabilità espongono il paziente ed il curante al rischio di veder comparire eventi avversi comportamentali significativi. È quindi importante che lo psichiatra, quando viene interpellato per l'insorgenza di tali problemi, verifichi se il paziente epilettico stia assumendo i farmaci in questione ma soprattutto i motivi della prescrizione. Prima quindi di intervenire con trattamenti specifici a correzione delle anomalie comportamentali è bene valutare se la prescrizione di antiepilettici a rischio di eventi avversi psichiatrici sia una necessità reale, espressione di una forma resistente a trattamenti più tradizionali, o piuttosto conseguenza di una scelta prescrittiva improntata a criteri di praticità. In quest ultimo caso è importante la collaborazione tra neurologo e psichiatra al fine di valutare costi e benefici di un cambiamento di terapia antiepilettica

Afferenza dell'autore
UOP Ospedaliera e Territoriale
ASST Rhodense

Bibliografia

1. Lin J.J., Mula M, Hermann P.B., *Uncovering the neurobehavioral comorbidities of epilepsy over the lifespan*. The Lancet, 2012, 380, 9848, 1180-1192
2. Hamad S.A., *Psychiatric symptomatologies and disorders related to epilepsy and antiepileptic medications*. Expert Opin. Drug. Saf., 2011, 16(6): 913-934
3. Calle-lopez Y., Ladino LD., Benjumea-Cuartas V., Castrillon-Velilla DM., Tellez-Zenteno JF., Wolf P., *Forced Normalization: A systematic review*. Epilepsia 2019;00:1-9
4. Stahl S., *Stahl's Essential Psychopharmacology, fourth edition*. Cambridge University Press, 2013
5. Giussani G., Bianchi E., Canelli V. Erba G., Franchi C., Nobili A., Sander J.W., Beghi E., *Antiepileptic drug discontinuation by people with epilepsy in the general population*. Epilepsia, 2017, 58,9, 1524-1532
6. Perucca p., Gilliam F.G., *Adverse effect of antiepileptic drugs*. Lancet Neurol, 2012; 11: 792-802
7. Chen B., Choi H., Hirsch L.J., Katz A., Legge A., Buchsbaum R., Detyniecki K., *Psychiatric and behavioral side effects of antiepileptic drugs in adults with epilepsy*. Epilepsy & Behavior 2017; 76: 24-31
8. Piedad j, Richards H, Besag FM, Cavanna AE, Beneficial and adverse psychotropic effects of antiepileptic drugs in patients with epilepsy: a summary of prevalence, underlying mechanisms and data limitations. CSN Drugs 2012; 26:31935
9. Chen B., Choi H., Hirsch L.J., Katz A., Legge A., Buchsbaum R., Detyniecki K., *Cross-sensitivity of psychiatric and behavioral side effects with antiepileptic drug use*. Seizure: Eur J Epilepsy 2018; 62: 38-42
10. Hansen C.C., Ljung H., Brodtkorb E., Reimers A., *Mechanism underlying agrressive behavior induced by antiepileptic drugs: focus on topiramate, Levetiracetam and Parampanel*. Behavioural Neurology, 2018, https://doi.org/10.1155/2018/2064027
11. (11)Brodie M.J., Besag F.., Ettinger A.B. et al, *Epilepsy, antiepileptic drugs and aggression: an evidence-based review*. Pharmacologica Reviews, 2016, 68,3, 563–602
12. Pickrell W.O., Lacey A.s., Thomas R.H., Lyons R.A., Smith P.E., Rees M.I., *Trends in the first antiepileptic dreg prescribed for epilepsy between 2000 and 2010*. Seizure. 2014, 23(1):77-80
13. Josephson C.B., Engbers J.D., Jette N., Patten S.B., Simgh S., Sajobi T.T., Marshall D., Agha-Khani Y., Federico P., Mackie A., Macrodimitris S., McLane B., Pillay N., Sharma R., Wiebe S., *Prediction tools for psychiatric adverse effects after Levetiracetam Prescription*. JAMA Neurol. 2019; 76(4):440–446

Programma Innovativo

Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale

Brenna Valeria, Cauli Gilla, Corbani Irene, Corno Federica, Fisogni Allegra, Gozzini Cristina, Grecchi Alessandro, Iapichino Elena, Pari Elisa, Piccinici Gianluca, Puzzini Alessandra, Quartieri Bollani Marta, Scovazzi Paola, Valentini Giulia, Mazza Umberto, Percudani Emilio Mauro, Toscano Marco, Vergani Lorena

INTRODUZIONE

Secondo le evidenze della letteratura internazionale il periodo perinatale rappresenta una fase della vita di una donna ad elevato rischio di esordio o ricaduta di disturbi psichici (NICE, 2018). Le conseguenze possono essere gravi e persistenti nel tempo e riguardano non solo la salute della donna ma anche quella del bambino, suscettibile a fattori di rischio relazionali, psicosociali e genetici (Brockington I., Butterworth R., Glangeaud-Freudenthal N., 2016).

Le evidenze internazionali ci dicono inoltre che la varietà di condizioni che si possono presentare nel peripartum costituiscono una complessità che va oltre la triade: baby blues, depressione post partum, psicosi puerperale ma comprende quadri clinici come i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia, PTSD, DOC, i disturbi bipolari, i disturbi della relazione madre-bambino etc. (Howard LM., 2018; Bramante, A., Brockington, I. 2016). Per anni, nonostante gli alti livelli di contatto con operatori sanitari, sia prima che dopo il parto, raramente i disturbi erano riconosciuti e veniva offerto un trattamento appropriato.

La realizzazione di interventi specifici per la prevenzione, il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici del periodo perinatale ha fornito risultati di grande interesse sulla base dei quali, a partire dal triennio 2009-2011, sono stati avviati programmi dedicati.

CENNI STORICI E RAZIONALE

Nel 2009 Regione Lombardia, in attuazione del Piano Regionale per la Salute Mentale (dgr n° VII/17513 del 17/05/2004), ha avviato i Programmi Innovativi dedicati al tema della perinatalità in diverse Aziende Ospedaliere Lombarde. Tra queste le AO S. Carlo Borromeo, AO Salvini Garbagnate, AO Ospedale Civile di Legnano hanno avviato specifici progetti in collaborazione con l'allora ASL Milano 1. Inoltre sono stati attivati progetti nella A.O Niguarda e AO S. Paolo, rivolti anche alle donne straniere, con un focus iniziale sull'individuazione e il trattamento della depressione post partum.

La fotografia del territorio rilevata nel 2009 descriveva un contesto eterogeneo nella sua composizione: il tessuto metropolitano si caratterizzava come peculiare rispetto a quello dell'hinterland per aspetti socio-demografica e culturali della popolazione. L'offerta dei servizi sul territorio non era omogenea né in termini di organizzazione, né di modalità di accesso né di intervento: alcuni contesti presentavano proposte per la maternità legate alla realtà ospedaliere altre più ai servizi dei consultori, e altre ancora carenti di iniziative specifiche rivolte al puerperio.

L'unico tratto comune era la richiesta dell'utenza, quasi sempre donne che stavano attraversando una fase del ciclo della vita che necessitava di un sostegno per le difficoltà di adattamento come neogenitore.

Il paradigma sottointeso faceva appello a un non precisato istinto materno che, se sostenuto opportunamente, avrebbe inevitabilmente istaurato un naturale legame con l'infante e avviato un percorso di buone pratiche di cura e dedizione. Le donne che invece manifestavano una grave sofferenza venivano inviate ai servizi della Salute Mentale, con il timore di una possibile consuetudine psichiatrizzante.

Su questo terreno procedono i Programmi Innovativi Regionali e si costituiscono degli ambulatori dedicati, nel rispetto delle singole identità territoriali.

Più recentemente, ATS Milano Metropolitana ha promosso l'avvio di un Programma di Azione per la prevenzione, diagnosi e intervento precoce della Depressione Perinatale, nel quale si definisce un primo livello che si occupa di rilevazione del rischio attraverso uno screening dedicato alle gravide a cui prendono parte le diverse unità, Materno-Infantile, Consultori, Salute Mentale, a seconda del territorio, in coerenza con le linee guida prodotte dal GAT della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia del 2015.

L'inserimento dei dati viene effettuato in un applicativo dedicato che permette di definire profili di rischio, basso, medio o alto: è in quest'ultimo caso che entrano in gioco i servizi di secondo livello presenti nei Programmi innovativi, con un invio diretto per la valutazione e il trattamento.

È in questo contesto che a partire dal 2017 e dall'esperienza maturata negli anni precedenti nei programmi innovativi regionali che si avvia una collaborazione fra i DMSD dell' Asst GOM Niguarda, Asst Santi Paolo e Carlo, Asst Rhodense, Asst Ovest Milanese nel Programma Innovativo Regionale "Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale".

I modelli di individuazione e di trattamento concordati permettono di definire due profili di intervento: uno di matrice ospedaliera, con le sue declinazioni dipartimentali, e uno di matrice territoriale dove gli invii fanno riferimento a servizi collocati al di fuori dell'ospedale come i poli vaccinali, i consultori, gli ambulatori della psichiatria. L'intercettazione delle pazienti avviene in maniera diversificata: attraverso un intervento di screening utilizzando la Scala di Edimburgo

La capillare formazione effettuata dagli operatori che collaborano nel Programma Innovativo Regionale, permette il coinvolgono e la collaborazione dei pediatri di libera scelta nel progetto di screening, dei con il raggiungimento di un numero importante di puerpere.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale del programma è di creare, attraverso la collaborazione delle ASST coinvolte, una piattaforma di lavoro condivisa per prassi, strumenti e metodi così da prevenire e trattare uniformemente i disturbi perinatali nelle donne.

Per questo è necessario:

- sensibilizzare gli operatori presenti sul territorio (ostetriche, pediatri, ginecologi, MMG, ecc.) sulle tematiche dei disturbi perinatali al fine di intercettare le donne a rischio e di coordinare gli interventi di valutazione e trattamento.
- organizzare e strutturare le attività di formazione rivolte agli operatori nell'area materno-infantile e psicosociale.
- creare strumenti per la raccolta di fattori sociodemografici e di rischio
- individuare una batteria di test dedicata alla valutazione clinica
- identificare le modalitá di presa in carico e il trattamento psicologico/farmacologico rivolto alle donne e/o alle coppie a rischio.
- raccogliere, in un data base, i dati comuni relativamente alle donne in trattamento e di condivisione delle diagnosi e delle linee di intervento.

Le équipe coinvolte si sono impegnate ad uniformare le procedure d'invio e le attività di valutazione e di trattamento, al fine di garantire alle donne e alle famiglie una risposta il più possibile coordinata e completa.

Da gennaio a settembre 2019 sono state intercettate complessivamente come ambulatori di secondo livello più di 300 donne.

PROCEDURE D'INVIO

Le donne possono accedere al programma durante tutto il periodo del puerperio, dalla gravidanza fino al postpartum, attraverso diversi canali:

– spontaneamente;
– su invio degli Operatori Sanitari ospedalieri o del territorio (ginecologi, ostetriche, pediatri, assistenti sociali, puericultrici, etc.);
– da programmi di screening effettuati durante i Corsi di Preparazione alla Nascita e durante il ricovero nel puerperio.

LA VALUTAZIONE

Le donne che accedono agli ambulatori vengono accolte da uno psicologo che, attraverso la disponibilità all'ascolto e la costruzione di un setting accogliente, possa conoscere la storia della donna e raccogliere le informazioni necessarie alla valutazione del suo stato emotivo e dei possibili fattori di rischio, indispensabili per procedere ad una corretta azione di prevenzione, diagnosi e trattamento.

Attraverso il colloquio clinico vengono raccolti e individuati i seguenti fattori di rischio: i dati socio-anagrafici (età, stato civile, educazione, posizione lavorativa e nazionalità della donna), la storia migratoria (data e motivi dell'immigrazione, eventuali eventi stressanti durante il percorso migratorio) qualora la donna sia straniera, i dati ostetrico-ginecologici relativi all'attuale e alle eventuali precedenti gravidanze ed infine i principali fattori di rischio associati all'insorgenza di disturbi psichici perinatali (storia psicopatologica pregressa, familiarità per i disturbi dell'umore e presenza di fattori stressanti negli ultimi 6 mesi di vita, quali problemi economici, perdita del lavoro, separazione o conflitti di coppia, lutti o gravi malattie, trasferimenti o migrazione) (Corbani I.E. et al., 2017).

Per la valutazione dell'umore attuale vengono utilizzate alcune scale self-report utilizzate per valutare la presenza di sintomi ansiosi e/o depressivi in gravidanza e nel periodo postnatale.

STRUMENTI

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987; validazione ital. Benvenuti et al., 1999) è una scala self-report di 10 item utilizzata per valutare la presenza di sintomi ansioso-depressivi prima (Murray e Cox, 1990) e dopo il parto (Thorpe K., 1993). Il cut-off dell'EPDS che usiamo per le donne italiane è 12. L'EPDS è stata tradotta in tutte le lingue. Per quanto riguarda la valutazione della donna straniera, abbiamo diversi cut-off a seconda della cultura di appartenenza, poiché l'espressione e verbalizzazione dello stato emotivo varia molto da cultura a cultura. Ad esempio, per alcune culture orientali il cut-off usato è più basso, così come per altre (tipicamente di origine africana) è più alto.

Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck et al., 1961) è uno strumento self-report composto da 21 item che valutano l'intensità della depressione. Il cut-off della BDI-II è 14. Punteggi tra 14 e 19 sono da considerarsi sintomi depressivi medi, tra 20 e 28 moderati e tra 29 e 63 gravi.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) (Spielberger et al., 1983) è uno strumento self-report, composto da un totale di 40 domande, 20 riguardano l'ansia di stato (Y1) e 20 l'ansia di tratto (Y2). Il cut-off per entrambe le scale è 40.

Questionario Clinical Outcomes in Routine Evalutation – Outcome Measure (Core-OM) (validazione italiana di Palmieri et al. 2009) è uno strumento self-report composto da 34 item che ha lo scopo di fornire un indice globale di sofferenza del paziente e di valutare gli esiti degli interventi psicologici. Maggiore è il valore trovato, più alto è il livello di sofferenza del paziente.

Social Provisions Scale-10 item (SPS-10) (Iapichino et al. 2016) è una scala composta da 10 item che misura la percezione della donna di supporto generale rispetto ai familiari, amici colleghi e membri della comunità. Più il punteggio si avvicina a 40 maggiore è la percezione del supporto. La SPS-10 è una forma abbreviata della SPS-24 item sviluppata da Cutrona & Russal (1987).

PostPartum Bonding Questionnaire (PBQ) (Brockington et al. 2001) è un questionario self-report utilizzato per rilevare i disturbi della relazione mamma-bambino.

Il questionario è composto da 25 item e formato da 4 scale che valutano rispettivamente: il "legame di attaccamento" (scala 1; il cut-off è 12), il "rifiuto e la rabbia" (scala 2; il cut-off è 17), l'"ansia per la cura" (scala 3; il cut-off è 10), il "rischio di abuso" (scala 4; il cut-off è 4).

Queste scale di valutazione vengono somministrate in diversi tempi del puerperio anche allo scopo di valutare l'efficacia del percorso attraverso una possibile riduzione della risposta sintomatologica.

Qualora le donne presentino un punteggio maggiore o uguale al cut-off ad una o a più di una scala tra le seguenti EPDS, BDI II, STAI-Y1 e Y2 e/o la la positività agli item relativi al rischio suicidario viene attivato un percorso di cura psicoterapico e/o farmacologico. l

Tale assessment ha lo scopo di individuare il livello di rischio presente in ogni donna e di procedere all'intervento adeguato attraverso diverse tipologie di cura: consulenza, sostegno psicologico, psicoterapia e farmacoterapia.

TRATTAMENTO

Sulla base dell'assessment psicodiagnostico si configurano diverse possibilità di trattamento a seconda della gravità della sintomatologia e/o dello specifico momento in cui viene valutata la donna nel peripartum. Se si rileva nella donna la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva viene attivata tempestivamente una consulenza psichiatrica al fine di formulare una diagnosi e, eventualmente, di impostare una terapia farmacologica e proposto un intervento psicologico.

Nel caso si evidenzi la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva già in gravidanza viene proposto alla donna un intervento psicoterapico e/o farmacologico preventivo. La letteratura internazionale (Lancaster et all, 2010), infatti, concorda nel considerare la sintomatologia ansioso-depressiva antenatale come il più significativo fattore di rischio correlato allo sviluppo di depressione nel post-partum, oltre ad essere correlata ad una serie di conseguenze negative sullo sviluppo del feto (Di Pietro et al, 2002).

Nello specifico i trattamenti psicologici proposti presso i Centri di Secondo Livello possono essere:

- Counseling o percorso di sostegno psicologico individuale e/o di coppia
- Psicoterapia individuale e/o di coppia

Counseling o percorso di sostegno psicologico.

Il supporto psicologico viene utilizzato nelle forme lievi di depressione perinatale ed è volto primariamente a sostenere la madre rispetto a problematiche specifiche che in quel momento si trova ad affrontare (per esempio timore del parto, difficoltà rispetto alle cure del bambino, allattamento, preoccupazione relativa al rientro al lavoro dopo il parto ecc.). Si configura come un intervento breve, caratterizzato da un ascolto empatico, non giudicante e supportivo nei confronti della persona, maggiormente orientato ai processi decisionali rispetto a quelli riflessivi, che esplora le difficoltà del presente più che indagare la storia passata o gli schemi di pensiero della donna. Nello specifico gli obiettivi di un counseling psicologico sono:

- Aiutare la donna a riconoscere i segnali e sintomi di depressione durante il periodo peripartum;
- Migliorare la percezione del supporto sociale e delle competenze genitoriali;
- Aumentare la percezione del supporto di coppia e sociale;
- Aiutare a costruire una rete di sostegno.

Psicoterapia individuale

La psicoterapia può essere definita come un "processo interpersonale, consapevole e pianificato, volto ad influenzare i disturbi del comportamento e situazioni di sofferenza con mezzi prettamente psicologici, verbali, ma anche non verbali, in vista di un fine elaborato in comune, che può essere la riduzione dei sintomi o la modificazione della struttura di personalità, per mezzo di tecniche che differiscono per il diverso orientamento teorico a cui si rifanno" (Galimberti, 1992).

Ad oggi l'efficacia della psicoterapia nella cura della

depressione perinatale è stata principalmente studiata rispetto all'orientamento teorico cognitivo-comportamentale e interpersonale.

Tuttavia i trial clinici controllati randomizzati che mettono a confronto in modo efficace interventi basati su approcci differenti sono ancora scarsi, per cui non è ancora possibile giungere a considerazioni generalizzabili (Monti e Agostini, 2006).

Rispetto alla depressione perinatale gli interventi di psicoterapia sia nel periodo antenatale che postnatale sembrano essere maggiormente risolutivi della sofferenza e del malessere della donna, a differenza di interventi unicamente psico-educativi.

Gli obiettivi di un intervento psicoterapico nel peripartum sono:

- Diminuire il distress psicologico e relazionale;
- Migliorare le strategie di problem solving;
- Potenziare la percezione di efficacia personale e la percezione del supporto di coppia e sociale;
- Favorire la costruzione dell'identità materna e delle competenze genitoriali;
- Implementare l'autostima.

Counseling e Psicoterapia alla coppia.

Gli interventi rivolti alla coppia possono includere sia forme di counseling focalizzate sulle aspettative genitoriali e sulla gestione del bambino, sia vere e proprie psicoterapie.

Spesso infatti nonostante sia la donna a manifestare un quadro sintomatico è molto importante coinvolgere il compagno nel percorso terapeutico, non solo per fornire anche al partner informazioni circa i sintomi, il decorso e il trattamento della depressione perinatale, ma anche perché è attivamente coinvolto nella transazione alla genitorialitá.

La nascita di un figlio infatti è un momento di cambiamento in cui è necessario che la coppia apra uno spazio fisico e psicologico tale da poter accogliere un "terzo" e avvii un processo di negoziazione al fine di trovare un stile educativo condiviso. Tale passaggio evolutivo comporta inoltre in entrambi i genitori una ridefinizione dei ruoli e delle aspettative reciproche: tanto più i coniugi avvertono la fiducia dell'altro di poter diventare un buon genitore tanto più saranno in grado di affrontare la complessità di questo momento.

Inoltre un percorso di coppia diventa una opportunità irrinunciabile perché anche il padre possa esprimere i propri vissuti relativi alla nascita del proprio bambino.

RISULTATI PRELIMINARI DEL PROGETTO

Attraverso un lavoro periodico di confronto e valutazione da parte delle équipe di professionisti afferenti alle 4 ASST coinvolte è stato predisposto e condiviso un database volto alla raccolta di dati relativi all'assessment e ai percorsi di trattamento delle donne che entrano in contatto con gli Ambulatori di secondo livello.

Nella tabella 1 sono presentati alcuni dati su un primissimo campione di riferimento relativo alle donne che sono entrate in contatto con il progetto dal giugno 2018 ad ottobre 2018 (si veda Tab.1).

Nel trimestre di riferimento sono state incontrate complessivamente 294 donne. La maggior parte delle donne è di nazionalità italiana (N=256; 87%). II 58,84% (N=173) è coniugata, il 36,39% è nubile (N=107) e una minoranza è separata/divorziala (N=13; 4,42%) o vedova (N=1; 0,34%). La maggior parte delle donne (N=259; 88,09%) ha un livello di istruzione medio-alto ed è in possesso di laurea o diploma di medie superiori.

Le donne sono state intercettate prevalentemente in gravidanza (N=177 ; 60,20%) mentre il 44,50% (N=131) nel postpartum. La maggior parte (N=157; 53,4%) è stata inviata dal personale della U.O. di Ostetricia e Ginecologia, l'11,56% (N=34) dai CPS, il 10,02% (N=30) dai consultori o altri servizi del territorio, una piccolissima parte dai Medici di Medicina Generale (N=7, 2,38%). Il 22% (N=65) si rivolge spontaneamente al Servizio.

Un terzo delle donne intercettate (N=98; 33%) presenta in anamnesi un precedente episodio depressivo, dato che correla fortemente con l'insorgenza di disturbi

del periparto (Lancaster et al. 2010). La maggior parte delle donne (N=221; 75%) ha effettuato lo screening e compitato la scala EPDS. Di queste il 37,56% (N=83) presentava un profilo ad alto rischio con un punteggio di EPDS maggiore di 12, il 16,67% (N=49) risultava con un profilo di alta vulnerabilità con un punteggio all'EPDS compreso tra 8 e 12, mentre il 40,27% (N=89) aveva un punteggio all'EPDS inferiore a 8.

163 (55,44%) donne tra quelle che hanno effettuato lo screening sono entrate in trattamento: 62 (38%) hanno intrapreso un percorso di counseling mentre la maggior parte (N=101, 61,96%) ha intrapreso un percorso di psicoterapia.

65 donne (39,9%) hanno effettuato una consulenza psichiatrica, praticamente la totalità di queste donne (N=63, 96,92%) ha assunto una terapia farmacologica o modificato un terapia farmacologica già in atto prima della gravidanza in modo da ridurre gli effetti teratogeni sul feto. Di queste il 30,15% (N=19) ha assunto farmaci antidepressivi; il 7,9% (N=5) antipsicotici; il 2,4% (N=4) ansiolitici; il 2,4% (N=4) altre terapie e il 47% (N=30) una combinazione di farmaci.

Dal punto di vista della diagnosi la maggioranza delle donne in trattamento presenta disturbi d'ansia (N=88; 53,9%) e dell'umore (N=44; 26,9%); solo una piccola percentuale disturbi mentali e comportamentali associati con il puerperio (N=18; 11%), disturbi di personalità (N= 7,4%) o psicosi (N=2, 1,2%).

TOTALE PZ INCONTRATE	**294**	
NAZIONALITÀ		
Italiana	256	87%
Straniera	38	13%
STATO CIVILE		
Coniugata	173	58,84%
Nubile	107	36,39%
Separata-Divorziata	13	4,42%
Vedova	1	0,34%
ISTRUZIONE		
Laurea	142	48,30%
Medie superiori	117	39,80%
Medie inferiori	34	11,56%
Altro	1	0,34%
PERIODO DI RECLUTAMENTO		
In gravidanza	177	60,20%
Nel post partum	131	44,55%
Sia in gravidanza che nel post partum	14	4,76%
INVIANTE		
Ostetricia Ginecologia	157	53,4%
Consultori e servizi territoriali	34	10,02%
CPS-SPDC	30	11,56%
MMG	7	2,38%
Invio spontaneo	65	22%
PRECEDENTI EPISODI DEPRESSIVI		
SÌ	98	33%
NO	196	67%
SCREENING CON EPDS	**221/294**	**75%**
<8	89	40,27%
Tra 8 e 12	49	16,67%
> 12	83	37,56%
DONNE IN TRATTAMENTO	**163**	
Counseling-consulenza	62	38,03%
Psicoterapia	101	61,96%
CONSULENZA PSICHIATRICA	**65/163**	**39,9%**
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	**63**	**38,65%**
Più di una categoria	30	47%
Antidepressivi	19	30,15%
Antipsicotici	5	7,9%
Ansiolitici	4	2,4%
Altro	4	2,4%

DIAGNOSI	163/221	55,44%
F40 Disturbi d'ansia	88	53,9%
F30 Disturbi depressivi	44	26,9 %
F53 Disturbi mentali e comportamentali associati con il puerperio	18	11%
F60 Disturbi di personalità	7	7, 4%
F20 Psicosi	2	1,2%
In valutazione	3	1,8%

CONCLUSIONI

In relazione all'esperienza clinica maturata in questi anni risulta necessario continuare le attività in essere e nel contempo approfondire ulteriori aree quali il sostegno della relazione mamma-bambino-papà e una maggiore attenzione alle problematiche psicologiche dei padri, nell'ottica di promuovere una qualità di relazione che abbracci il sistema famiglia.

Afferenza degli autori

Brenna Valeria, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST Rhodense*

Cauli Gilla, *psichiatra, Progetto Innovativo TR102 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria 51, ASST Santi Paolo e Carlo*

Corbani Irene Elena, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST GOM Niguarda*

Corno Federica, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST GOM Niguarda - ASST Santi Paolo e Carlo*

Fisogni Allegra, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", UOSD Psicologia Clinica, ASST Ovest Milanese*

Gozzini Cristina, *psichiatra consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST Rhodense*

Grecchi Alessandro, *psichiatra, Progetto Innovativo TR102 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria 51, ASST Santi Paolo e Carlo*

Iapichino Elena, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR102 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria 51, ASST Santi Paolo e Carlo.*

Pari Elisa, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST Rhodense*

Piccinini Gianluca, *psichiatra, consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST GOM Niguarda*

Puzzini Alessandra, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST GOM Niguarda*

Quartieri Bollani Marta, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR102 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria 51, ASST Santi Paolo e Carlo.*

Scovazzi Paola, *psicologa, consulente per il Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", UOSD Psicologia Clinica, ASST Ovest Milanese*

Valentini Giulia, *psichiatra, Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Psichiatria, ASST Rhodense*

Toscano Marco, *Direttore Struttura Complessa U.O. Psichiatria Ospedaliera e Territoriale, ASST Rhodense*

Vergani Lorena, *psicologa, responsabile scientifico Progetto Innovativo TR112 "Prevenzione e Cura dei Disturbi Perinatali", Responsabile UOSD Psicologia Clinica, ASST Ovest Milanese*

Mazza Umberto, *psicologo, responsabile Struttura Semplice Dipartimentale, ASST GOM Niguarda*

Percudani Mauro Emilio, *psichiatra, direttore DSMD, ASST GOM Niguarda*

BIBLIOGRAFIA

1. National Institute for Health and Care Excellence. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*, 2018.
2. Brockington I., Butterworth R., Glangeaud-Freudenthal N. *An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice*. Arch Womens Ment Health, 20:113–120, 2016.
3. Howard LM. *Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy*. Br J Psychiatry, 212 (1):50-56, 2018.
4. Bramante, A., Brockington, I., *Il disturbo della relazione mamma-bambino*. In "Manuale di psicopatologia perinatale" di Bramante, A., Grussu, P. Erikson, 2016
5. Corbani I. E., Rucci P., Iapichino E., Quartieri Bollani M., Cauli G., Ceruti M. R., Gala C., Bassi M., *Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures*. International Journal of Social Psychiatry, 2017
6. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry. 150:782-786, 1987.
7. Cutrona C., Russell D., *The provisions of social relationships and adaptation to stress*. In: Jones W, Perlman D, eds. Advances in personal relationships. Greenwich, CT: JAI Press, 1987.
8. Benvenuti P., Ferrara M., Niccolai C., Valoriani V., Cox J.L. *The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for Italian Sample*. J Affect Dis. 53:137-141, 1999.
9. Brockington I.F., Oates J., George S., Turner D., Vostanis P., Sullivan M., Loh C.C., Murdoch C., *A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders*. Arch Womens Ment Health. 3: 133-140, 2001.
10. Iapichino E., Rucci P., Corbani I.E., Apter G., Quartieri Bollani M., Cauli G., Gala C., Bassi M., *Development and validation of an abridged version of the Social Provisions Scale (SPS-10) in Italian*, J of Psychopath. 22:1-7, 2016.
11. Murray D., Cox J.L., *Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EPDS)*, J Reprod Infant Psychol. 8:99107, 1990.
12. Thorpe K., *A Study of the Edinburgh postnatal depression scale for use with parent groups outside the postpartum period*. J Reprod Infant Psychol. 11:11925, 1993.
13. Beck A., Ward C., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J., *An inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry. 4:561-571, 1961.
14. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R., Vagg P. R., & Jacobs G. A., *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983.
15. Palmieri G., Evans C., Hansen V., Brancaleoni G., Ferrari S., Porcelli P., Reitano F., Rigatelli M. *Validation of the Italian version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM)*. Clinicl Psychology and Psychotherapy. 16:444-449, 2009.
16. Di Pietro, J.A., Hilton, S.C., Hawkins, M., Costigan, K.A., Pressman, E.K., *Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development*. Dev. Psychol. 38, 659–668, 2002.
17. Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., Davis, M.M., *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review*. Am. J. Obstet. Gynecol. 202, 5- 14, 2010.
18. Galimberti U., *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET., 1992.
19. Monti F., Agostini F., *La depressione postnatale*. Roma: Carocci, 2006.

PSICHIATRIA FORENSE

Secondo la corte costituzionali in alcuni casi non è punibile l'aiuto al suicidio

Come puo essere coinvolto lo psichiatra?

Avv. Renato Mantovani

La Corte Costituzionale con la sua sentenza n. 242/2019 del settembre 2019 ha posto un paletto fondamentale nel nostro ordinamento giuridico in tema di suicidio, e di assistenza allo stesso, quando un soggetto si decide a compiere un tale drammatico atto, chiedendo assistenza sanitaria, trovandosi nella disperata ipotesi nella quale è tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale (quali, ad esempio, l'idratazione e l'alimentazione artificiale) ed è gravemente (e disperatamente) sofferente per una patologia irreversibile.

La Suprema Corte ha infatti statuito che se una persona si trova a sopportare intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche pure restando pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli è meritevole del massimo rispetto ed assistenza nelle fasi assistere nelle purtroppo irrimediabilmente fasi finali della sua esistenza

Allo scopo nella sentenza viene posto un forte richiamo alla legge, che fra altro, statuisce sulle disposizioni anticipate di trattamento (legge 22 dicembre 2017, n. 21 – meglio conosciuta come legge sulle dichiarazioni di fine vita), la quale prevede espressamente che il paziente in condizioni disperate di sofferenza per una patologia irreversibile e in progressione, ha l'indiscutibile diritto di decidere di lasciarsi morire chiedendo l'interruzione di tutti quei trattamenti che gli danno il necessario sostegno vitale, avendo poi diritto dopo una tale scelta di essere sottoposto ad una sedazione profonda e continua con lo specifico fine di giungere al momento della morte in stato di incoscienza evitando così le inumane quanto inutili sofferenze che a causa del grave declino fisco gli aspetterebbero.

Decisione che il medico è tenuto a rispettare e per tale sua adesione al desiderata del paziente non incorrerà, per espresso dettato della norma, in nessuna sanzione sia in ambito della giustizia penale che di quella civile.

Cosa diversa è pero l'assistere ed assecondare un paziente che decida di porre fine alla propria esistenza, sia pure in fase terminale di una grave patologia irreversibile, aderendo alla sua volontà di interrompere le cure ed essere sedato, da quella di prodigandosi nel mettere a disposizione del paziente trattamenti medici atti a determinarne la sicura morte.

In una tale ipotesi sino allo scorso settembre al sanitario che si fosse prestato ad una simile assistenza veniva erogata la sanzione prevista dall'art. 580 del codice penale che cosi si esprime :

> *Chiunque determina altri al suicidio o rafforza*

> *l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.*

Un tale atteggiamento inoltre era, e rimane sino che il codice ordinistico non verrà adeguato, in contrasto con quanto disposto dall'art. 17 del Codice di Deontologia Medica che così si esprime :

> *Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.*

La Corte con questa sua epocale sentenza, e che già un anno fa investita del famoso caso Cappato aveva invitato il legislatore a disporre una norma che si occupasse di questa delicatissima materia, vista la latitanza legislativa, è nuovamente intervenuta sullo stesso caso ritenendo non punibile ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, il sanitario che a determinate condizioni, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili, soggetto che però sia da ritenersi pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Sempre nell'assenza, e nella conseguente attesa, di un indispensabile intervento legislativo, la Corte ha però subordinato la non punibilità al puntuale rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (articoli 1 e 2 della sopra ricordata legge 219/2017) ed alla scrupolosa ed attenta verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione, che deve avvenire in una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale, **al preventivo il parere del Comitato etico territorialmente competente**.

Nel dettare queste nuove indicazioni che tolgono la rilevanza penale all'assistenza al suicidio in quei pochi e specifici casi ben dettagliati e preventivamente vagliati da un organismo collegiale con pluri professionalità in ambito sanitario, etico e giuridico quale è un Comitato Etico regolarmente istituito la Corte ha sottolinea una tale decisione e depenalizzazione dell'assistenza sanitaria al suicidio si è resa necessaria per evitare rischi di abuso nei confronti di persone specialmente vulnerabili a causa di gravissime patologie che non danno loro speranze di futura sopravvivenza e foriere di atroci ed insopportabili sofferenze ed inabilità.

Da quanto esposto appare evidente che la figura dello psichiatra, ormai stabilmente presente se non in tutti in quasi tutti i Comitati etici istituzionalmente operanti sul territorio nazionale, assumere particolare rilievo nelle valutazioni richieste allo scopo di validare e quindi consentire l'assistenza sanitaria ad una tale grave decisione presa da pazienti al fine di fare porre in essere presso strutture sanitarie pubbliche quello che sarà in pratica un vero e proprio suicidio assistito medicalmente controllato.

Afferenza dell'autore

Studio legale Avvocato Renato Mantovani

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