



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

Anno XXVI • n. 1 • gennaio-giugno

## IN PRIMO PIANO

### 2 Al vertice della SIP: Claudio Mencacci

di A. Giannelli

### 3 Lettera dal presidente della Società Italiana di Psichiatria

di C. Mencacci

### 5 Neuroetica e psichiatria

di A. Giannelli

## SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

### 12 Il polo ospedaliero della psichiatria nel modello di organizzazione per intensità di cura

di E. Bondi, S. Cesa, L. Chiappa, M. Rabboni

### 22 Depressione e disturbi cardiovascolari

di A. Bertani, C. Gala

### 27 L'unicità molecolare della Depressione Maggiore: considerazioni biologiche e implicazioni teoretiche

di M. Cocchi, L. Tonello, F. Gabrielli, A. Castaldo

### 35 L'esperienza dell'ambulatorio vademecum per l'ansia e la depressione: orientamenti per una medicina di comunità

di F. Colmegna, E. Biagi, E. Giampieri, U. Mazza, L. Zappa, A. Lax, F. Bartoli, M. Clerici

### 40 L'esito dei programmi Di residenzialità leggera: Uno studio preliminare In due dsm a milano

di C. Di Lello, S. Taddei, A. Cataldi, E. Ronchi, P. Miragoli, G. Pozzi, C. Dudek, G. Biffi, P. Pismataro

### 46 Individuazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in soggetti a rischio: prospettive di prevenzione

di V. Venturi, G. Cerveri, G. Migliarese, M. Riva, I. Tedeschi, C. Mencacci

## NOTE DAI CONVEGNI

### 56 VI Convegno della F.I.A.P.

Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia

### 58 Disturbi affettivi tra ospedale e territorio: la sfida per una corretta risposta di cura

## SPAZIO APERTO

### 60 Il progetto del policlinico di milano per i disturbi psicopatologici derivanti dalla crisi in atto

Comunicato Stampa

## 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:

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](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN COPERTINA: Jeanne de Lorme de Lisle  
Joseph Chinard, 1802

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

## PSICHIATRIA OGGI

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

## Al vertice della SIP: Claudio Mencacci

Alberto Giannelli

*Conosco Claudio da circa trentatré anni. Da quando, lasciata la Direzione dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Bergamo, sono passato (meglio, tornato) a Milano, avendo vinto il concorso per titoli ed esami (allora si usava così) al posto di Primario a Niguarda. Da subito, ne ho apprezzato la vivacità culturale e l'ingegnoso interesse per quella disciplina, la psichiatria, che aveva da poco abbattuto le prime mura del manicomio (altre ne sono cadute più tardi, non tutte per la verità). La nostra collaborazione si è arricchita via via di un legame di amicizia che l'ha resa ancora più fertile di iniziative e progetti, di cui sono testimonianza la nascita e lo sviluppo di questa Rivista, la vitalizzazione della Fondazione Varenna (che in quegli anni ha conosciuto il suo splendore, andato purtroppo impallidendo con il tempo), la pubblicazione di molte monografie, l'organizzazione di convegni ad ampio respiro nazionale, la partecipazione attiva ai Consigli Direttivi della SIP. Ecco, la SIP. Per questa Società Claudio ha sempre mostrato un interesse speciale e non ha mai nascosto la sua ambizione di raggiungerne i vertici: prima membro del Consiglio Direttivo, poi Segretario Nazionale, da pochi mesi Presidente. Ha lavorato sodo non tanto e non solo per soddisfare le sue (legittime) ambizioni, ma anche e soprattutto per portare nella Società una ventata d'aria nuova, di smobilitazione di vecchi e polverosi modelli operativi e per aprirla a una sempre maggiore credibilità nel consesso nazionale e internazionale. Le sue capacità organizzative si sono poi rivelate vincenti nella nascita e nella frequenza annuale dei Corsi di Aggiornamento di Bormio, che hanno acquisito nel corso degli anni un'importanza superiore a quella di tante altre manifestazioni culturali, regionali e nazionali, e che vedono ogni anno la partecipazione di centinaia di specialisti provenienti*

*da ogni parte del nostro Paese.*

*Credo, insomma, di avere titolo per dire che la salita al vertice della SIP sia il meritato raggiungimento di un traguardo che Claudio si riproponeva da anni e che ha perseguito con costanza degna di lode. Quindi, a nome di tutti i lettori di questa Rivista e mio personale gli auguro buon lavoro, pur essendo consapevole che il tempo che ha a sua disposizione per realizzare i suoi progetti è poco (sarebbe il caso che lo Statuto della Società fosse rivisto là dove prevede che tra l'incarico al Presidente in carica e a quello Eletto passano soltanto diciotto mesi). Ma il valore di una persona non si vede dal tempo che passa, ma da come lo impiega. Sono certo che da Claudio sarà impiegato al meglio.*

### Consiglio Esecutivo SIP 2012-2015

Past President	E. Aguglio - L. Ferrannini
Presidente	C. Mencacci
Presidente Eletto	E. Sacchetti
Vice presidenti	I. Cappellari - F. Scapati M. Casacchia - R. Zoccali
Segretario	E. Zandala
Vice Segretario	G. Di Sciascio
Tesoriere	M. Di Giannantonio
Consiglieri Eletti:	
G. Cerati	D. Bernardi
C. De Rosa	I. Burti
G. Favaretto	C. Faravelli
P. Jacopini	G. Muscettola
P. Peloso	R. Quartesan
M. Percudani	P. Santonastaso
S. Varia	S. Scarone
Comitato Etico:	
	Cerveri - De Ronchi - Martino - Polselli - Nardini

## Lettera dal presidente della Società Italiana di Psichiatria

*Claudio Mencacci*

Cari Colleghi e amici, mi fa molto piacere scrivere questo breve commento su *Psichiatria Oggi* che ho contribuito con Giannelli a fondare nel lontano 1989. Per diversi anni ho svolto il ruolo di redattore capo nella rivista, acquisendo competenze nell'ambito della comunicazione scientifica che mi sono state preziosissime nel proseguo del mio percorso professionale.

Non è questo un saluto formale perché il gruppo di persone che ha lavorato per questa rivista mi è sempre stato vicino in tutti questi anni, e in modo particolare durante il Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria dell'ottobre scorso a Milano dove ho avuto l'onore di essere nominato Presidente.

Direi che tutto è cominciato nel febbraio 1989 quando, ancora giovane psichiatra, venni eletto nel Consiglio Esecutivo della società. Un'occasione unica di crescita professionale e umana che mi ha permesso di confrontarmi con colleghi e realtà di altre regioni sulle criticità che la professione dello psichiatra stava affrontando. Era un tempo per certi versi lontano. Erano ancora in funzione alcuni Ospedali Psichiatrici, era un secolo fa...

Sono poi stato confermato nelle successive elezioni della società prima come vicepresidente e poi Segretario Generale, acquisendo un ruolo operativo di sempre maggiore rilevanza di cui sono stato onorato e che ho sempre cercato di assolvere con il massimo impegno.

Un lungo percorso sempre vicino al mio maestro e amico caro Alberto Giannelli. Il suo è stato un prezioso insegnamento ed un continuo consiglio che porto sempre con me e mi aiuta ancora quando ho decisioni da prendere sia di tipo clinico che di tipo organizzativo.

Un insegnamento fondato sui temi da lui stesso trattati con una pregevole riflessione in questo numero della rivista nell'articolo sui complessi temi dell'etica nelle neuroscienze.

Veniamo invece alle mie attività di Presidente della società. Il mio programma, oltre a quanto indicato nel documento ufficiale, prevede azioni ben definite e determinate per far sì che la nostra Società sia un interlocutore sempre più attivo con tutte le istituzioni nazionali e regionali, con i media, con le altre società scientifiche, al fine di tutelare a tutti i livelli la professionalità e la competenza dei suoi Soci oltre a facilitare la coesione e l'azione di vera "lobby" a tutti i livelli.

Sono numerose le azioni già intraprese nei primi sei mesi di mandato, colgo questa occasione per ricordarne alcune:

La prima, con grande visibilità mediatica è stata centrata sui temi di OPG, carceri e salute, e Potenziamento dei Servizi di Salute Mentale, ottenendo subito un significativo risultato con la uscita su tutte le testate nazionali e regionali e TV. Abbiamo così raggiunto l'obiettivo di rinviare una frettolosa chiusura degli OPG e la sensibilizzazione sulla grave situazione della assistenza psichiatrica nelle carceri.

Abbiamo incalzato i futuri Premier e tutta la classe politica sul tema della salute mentale come problema di salute pubblica ponendo loro 7 domande che attendono risposta e che continueremo a porre come ineludibili per affrontare un tema di grandissima rilevanza, la salute mentale, non solo per la categoria professionale che se

ne occupa ma per tutti i cittadini. Soprattutto oggi, di fronte a qualunque notizia che riguarda la psichiatria siamo immediatamente interpellati da media (ovviamente su temi istituzionali e non criminologici). Sul tema della comunicazione abbiamo aperto un nuovo sito SIP [www.psichiatria.it](http://www.psichiatria.it) e un Twitter dove i Soci possono trovare tutte le informazioni su attività iniziative, documenti istituzionali e molto altro.

Sono stati costituiti 4 gruppi di lavoro per la Costruzione di Protocolli Minimi di Riferimento sui temi del Suicidio, Contenzione, Farmaci off label, Gioco di Azzardo oltre uno per la ricerca e innovazione delle terapie in psichiatria. Il materiale che inizierà ad essere a disposizione da luglio potrà essere utilizzato, dopo il confronto con avvocati e Magistrati come snelle "linee guida nazionali" in tutte le sedi, anche aziendali e per contenzioso civile o penale e assicurativo.

Abbiamo inoltre stilato un nuovo nomenclatore e tariffario per FISM e Fiomeco separando nettamente (era ancora la voce neuropsichiatria) la psichiatria dalla neurologia, riprendendoci (come indica la legge) le psicoterapie e i test psicodiagnostici e cognitivi a tutti i livelli.

Nel programma delle azioni dei prossimi mesi daremo ampio spazio alla stesura di steatment su doppia diagnosi, neuropsichiatria infantile e adolescenza, psicogeriatría nella prospettiva di una maggiore integrazione tra i servizi e un coordinamento degli interventi.

Last but not least un tenace e grande sforzo congiunto contro lo stigma collaborando insieme ad ONDa (Osservatorio Salute delle Donne) alla prima giornata nazionale sulla Salute Mentale Femminile per il 10 ottobre un'occasione della Giornata Mondiale per la Salute Mentale. In questa giornata gli oltre 200 ospedali che partecipano ai Bollini Rosa e i DSM che aderiranno terranno le porte aperte ai cittadini per avvicinarli alle cure e dare un messaggio di psichiatria aperta ai bisogni di salute mentale delle persone. Sempre a scopo

comunicativo e anti stigma ogni mese con comunicati stampa cercheremo di dare visibilità alla nostra azione con diffusione di informazioni sui principali quotidiani nazionali su quanto la salute mentale rappresenti un problema di salute pubblica e della necessità che i servizi vengano potenziati.

La società Italiana di Psichiatria dovrà in questo senso raccogliere tutte le sollecitazioni di cambiamento con tempestività, coglierne il significato e guidarlo attraverso la definizione di standard formativi continui che possano aiutare a fornire risposte adeguate ed omogenee su tutto il territorio nazionale.

Un messaggio a tutti voi amici, colleghi Soci, statemi vicino, datemi il vostro supporto e aiuto se credete in quello che fate e siete orgogliosi di essere psichiatri.

*Claudio Mencacci*

## Neuroetica e psichiatria

*Lettura Magistrale al XXXXVI Congresso della Società Italiana di Psichiatria,  
Milano, 7-11 ottobre 2012*

*Alberto Giannelli*

Per affrontare il tema della riflessione etica in psichiatria (argomento del quale mi occupo dal 1989) è opportuno accennare al dibattito quanto mai attuale sui rapporti che intercorrono fra mente e corpo, coscienza e cervello, intenzionalità e corporeità, dibattito che interessa, oltre alle scienze della psiche, anche la filosofia e la teologia. Semplificando, ci sono due posizioni che in qualche modo si contrappongono, anche se non manca qualche punto di incontro.

*Su una posizione* troviamo coloro che seguono il paradigma per il quale vi è una corrispondenza esplicita tra ogni evento mentale e i suoi correlati neuronali, cioè una identificazione della mente con il cervello o, se si preferisce, una riduzione dei processi mentali a quelli cerebrali. Seguendo questa tesi noi siamo quello che il nostro cervello ci fa essere al punto che noi vogliamo quello che facciamo, e non facciamo quello che vogliamo, come dice Arnaldo Benini. Tesi questa che se fosse definitivamente confermata avrebbe conseguenze etiche e giuridiche rilevanti, tali da *mettere in crisi i concetti di coscienza, responsabilità e libertà*. Per quanto attiene alla libertà dell'uomo non dimentichiamo che essa rappresenta *la questione filosofica per eccellenza* che da Platone a Nietzsche, passando da Kant e altri potenti pensatori, ha attraversato con forza il pensiero dell'occidente e la parola libertà ha trovato la sua apologia in quella straordinaria fucina di idee che è stata la rivoluzione francese ed è entrata, insieme all'eguaglianza, nell'art. 1 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo. Per quanto riguarda *le conseguenze sul piano giuridico*

va segnalato che nell'ottobre 2012, a New Orleans, all'incontro della International Neuroethic Society, è stato affermato che nel 2011 i giudici avevano citato le neuroscienze in 1500 casi, mentre nel 2007 solo in 112. L'utilizzo dei dati neuro-scientifici in giurisprudenza è ancora controverso. Colpisce, ad esempio, che nella tragedia procurata da Anders B. Breivik in Norvegia nel luglio 2011 (77 persone uccise in due eventi separati, tra le quali molti bambini e giovani adulti) né il primo né il secondo team di psichiatri chiamati a periziarlo abbia fatto ricorso a indagini di *brain imaging*. Comunque, anche in Italia non mancano sentenze (finora poche, per la verità) con diminuzione delle pene a seguito di riscontri di anomalie cerebrali tramite le tecniche di visualizzazione cerebrale.

*Sull'altra posizione* troviamo coloro che si chiedono come dalla materia organica, cerebrale, possa derivare l'immaterialità della mente, della coscienza e dell'autocoscienza e sostengono che noi non siamo il nostro cervello, è lui che è una parte di ciò che noi siamo (20). Va però sottolineato che la realtà di cui anche il cervello fa parte non è solo materia, ma anche energia e informazione.

Due posizioni che sembrano per ora assai distanti, ma non mancano tentativi di conciliazione. Ad esempio, quello prospettato nel 2006 da Vittorio Gallese nell'ambito del *mirror system*, cioè dei neuroni specchio, individuati verso la fine degli anni ottanta da Rizzolatti e collaboratori, la cui attività sarebbe a dir così la spiegazione cerebrale dell'empatia che sta alla base delle relazioni umane, interpersonali, gruppal e sociali. L'attività dei neuroni

specchio potrebbe porre un rapporto tra certi meccanismi neuronali e la costituzione di uno *spazio intersoggettivo condiviso*. Senza naturalizzare la fenomenologia di Husserl e il suo concetto di Leib, il corpo che sono, il corpo vivo (il body living degli AA. anglosassoni) confrontato con il Körper, il corpo che ho, e mantenendo un metodo di ricerca empirico, *si porterebbero così alla luce i correlati neuronali delle componenti soggettive dell'esperienza* e si farebbe un altro passo avanti nel superamento della nota distinzione tra scienze naturali e scienze dello spirito che Dilthey fece verso la fine del XIX secolo. Vittorio Gallese propone il termine di *neurofenomenologia* e avvicina così due correnti di pensiero quanto mai distanti concettualmente tra loro, come quella neuroscientifica e quella fenomenologica. Aggiungo che qualcuno ha asserito che la teoria del *mirror system* è addirittura destinata a essere per la psicologia quello che il DNA è per la biologia. Come dice Bianca Maria d'Ippolito sembra che le scienze umane che alla loro alba venivano definite incerte possano derivare una qualche certezza proprio dalle loro antagoniste, le scienze naturali, nello specifico le neuroscienze.

Sta di fatto, che sulla base dello straordinario progresso di queste ultime, sta delineandosi una nuova etica, la *neuroetica*, che si aggiunge o si sovrappone alle tre tipologie di etica che siamo abituati a riconoscere. *Quella cristiana* (sulla quale si fonda il sistema giuridico europeo), per la quale sono le intenzioni a farci ritenere moralmente lecita o illecita una data azione. *Quella laica*, di matrice kantiana, secondo la quale l'uomo va trattato sempre come un fine, mai un mezzo (a ben vedere è una forma di etica delle intenzioni anche questa, come asserisce Umberto Galimberti, ma prescinde da qualsiasi riferimento teologico e va vista su base esclusivamente razionale). *E quella delle responsabilità* di Max Weber e di Hans

Jonas, secondo la quale un'azione, a prescindere dalle intenzioni, è moralmente lecita o illecita a seconda dei suoi effetti, finché questi sono prevedibili. Nella nostra epoca post-moderna nessuna delle tre etiche appare convincente o pienamente applicabile sul piano operativo.

Va detto che il *prefisso neuro* comincia ad essere applicato anche al diritto, alla teologia (oggi esiste una teologia del web al punto che viene curato un blog che si intitola *Cyberteologia*<sup>1</sup>) e alla filosofia (*la filosofia della mente*, alleata del neuro-cognitivismo: un suo autorevole esponente, Searle, già molti anni fa, ha detto esplicitamente che l'esistenza stessa della mente è spiegata dalle operazioni del cervello).

Tornando alla neuroetica, essa, secondo *Michel Gazzaniga*, è la riflessione su normalità, malattia, mortalità, modi di vivere, visione del mondo etc. che possiamo derivare da ciò che sappiamo e comprendiamo dei meccanismi cerebrali. Sul piano pratico, potremmo considerarla sotto due aspetti: come una nuova tipologia morale in funzione dello sviluppo delle neuroscienze e della genetica, da un lato, ma anche come una difesa dell'etica dallo strapotere di tali discipline, dall'altro. Non dimentichiamo, infatti, che quanto più l'uomo si differenzia in senso tecnologico e scientifico, *tanto più rischia di smarrirsi come soggetto etico*.

È a questo punto che ci *dobbiamo interrogare su come la psichiatria e dunque gli psichiatri debbano porsi di fronte al progresso neuroscientifico* o, meglio tecnologico e neuroscientifico (che non va confuso con un certo neuroscientificismo che mira a una acritica *neurocolonizzazione* della mente).

Una premessa prima di suggerire una risposta: *la psichiatria deve smettere di stare alla finestra*, a guardare quello che capita attorno lei, senza rendersi conto che, altrimenti, nuovi co-inquilini verranno ad abitare nella

1. In fondo, web e social net-work sono un territorio teologico, uno dei luoghi del divino per eccellenza perché sono il *luogo della parola*.

sua casa e a darle lo sfratto. Deve *rendersi più visibile* ed entrare a pieno titolo nel dibattito in corso di cui parlavo all'inizio, forte della sua storia, del suo patrimonio culturale, della sua pluralità epistemologica e delle sue esperienze sul campo, il che significa esperienze fatte sulla sofferenza dell'uomo e di chi la condivide con lui (la famiglia, ma non solo). Non è più accettabile che la voce degli psichiatri non si faccia sentire con forza *su temi attualmente rilevanti sul piano etico, medico e sociale*, quali ad es. le dichiarazioni anticipate di volontà, la fecondazione assistita, l'utilizzazione delle cellule staminali, l'eutanasia, il suicidio e altri, tutti densi di importanti implicazioni psicopatologiche. La grave situazione politica, economica e sociale che caratterizza oggi questo paese, l'impreparazione culturale, l'ignoranza storica e l'intollerabile leggerezza di buona parte di quelli che fanno le leggi o che occupano spazi di potere, la libertà dal bisogno sempre meno garantita, obbligano, almeno moralmente, gli psichiatri a uscire dall'ombra, a farsi più visibili e a ritrovare l'entusiasmo un poco oggi appannato in vista di proteste sociali crescenti e di malesseri individuali in aumento, vecchi e nuovi, comunque gravi.

*La psichiatria deve fruire delle nuove acquisizioni derivanti dallo sviluppo delle neuroscienze e della tecnologia senza diventarne subalterna: deve cioè arricchirsi di tali acquisizioni per migliorare o aggiornare le sue pratiche clinico-terapeutiche* (penso, ad esempio, all'ambito psicofarmacologico e all'utilità della brain imaging nelle malattie degenerative e involutive), tenendo però ancorato alla relazione e al dialogo-ascolto il suo modello di intervento, senza rinunciare alle sue radici umanistiche e antropologiche. Quando parlo di dialogo intendo naturalmente *quello socratico*, non quello catechetico, di trasmissione cioè di verità scientifiche o di messaggi dogmatici, magari a finalità prescrittive. Diversamente la psichiatria si riduce a medicina mentale o, meglio, a *neurologia con sintomi mentali*, regredendo, sia pure

seguendo un percorso nuovo, al concetto ottocentesco di Walter Griesinger secondo cui le malattie mentali sono malattie del cervello, ma, fatto altrettanto grave, *rischiando forme nuove di oggettivazione del malato, in questo alleandosi con una inaccettabile proposta di legge* che è all'orizzonte e che, se attuata, darebbe un colpo di spugna su quanto è stato fatto, a fatica e con poche risorse, a partire dalla grande svolta del 1978.

*Sul piano operativo, pur in possesso di un determinato dato neuroscientifico va mantenuta la specificità del nostro fare psichiatria.* Questo è il vero problema. Faccio un esempio. Pensiamo a quella che è stata forse la prima importante scoperta nella storia delle neuroscienze, una loro anticipazione. Nei primi anni cinquanta del secolo scorso è stato individuato *nella fase REM del sonno il setting biologico del sogno* (anche se oggi sappiamo che si può sognare anche nelle fasi del sonno lento e che quando dormiamo non tutto il cervello dorme). Quando qualcuno mi racconta di aver fatto un sogno nel quale viveva l'angoscia di essere aggredito in strada, mi devo, prima di tutto, preoccupare di lui e non dei suoi neuroni, di quello che mi dice e come me lo dice, perché è lui che ha paura, non i suoi neuroni, come ha detto Enzo Funari in un seminario di qualche anno fa. *Ho a che fare con lui persona, non con la fase REM del suo sonno.* La dimensione sintattica del sogno posso anche ricondurla all'evento neurofisiologico, la parte semantica no. Altrimenti faremmo tutti o quasi tutti lo stesso sogno. Non le neuroscienze ma l'applicazione delle dottrine ermeneutico-psicologiche mi permetterà di spiegare i contenuti onirici in funzione della loro interrelazione con l'antropologia, la mitologia e la linguistica. Della fase REM e di come essa si comporta nel corso dell'intero sonno notturno terrò conto quando la paura di sognare del paziente lo porterà all'insonnia e dovrò provvedere a individuare la molecola idonea ad aiutarlo a superare questo problema.

*Analogamente mi devo porre di fronte a un reperto di neuroimaging. L'attivazione di una determinata area cerebrale quando provo un sentimento mi permette di provarlo, non mi dà conto del perché e forse nemmeno del come. D'altro canto è difficile sul piano sperimentale stabilire se quell'attivazione è la causa o la conseguenza del fatto di provare quel dato sentimento, perché risulta che siano dei millesimi di secondo quelli che intercorrono fra la consapevolezza di provarlo e la corrispondente attivazione cerebrale. Anche se la morfologia e il funzionamento del cervello sono uguali per tutti, di fronte allo stesso evento ciascuno di noi reagisce in modo diverso. Ancora, l'iperattività dopaminergica è presente in certi eventi mentali, quali, ad esempio, il delirio, ma non mi dà ragione dei diversi contenuti deliranti. Per comprenderli e dotarli di senso devo entrare nella storia del paziente e delle sue relazioni con il proprio ambiente sociale e culturale.*

*Infatti, sana o malata che sia la psiche non è immobile, è storica, cioè non è immune dalla cultura del suo tempo. Cito, fra i tanti dati a nostra disposizione, quello riferito a un convegno della Scuola Internazionale di Studi Superiori di Trieste (2012) da Dehaene del Collège de France, e cioè che alcune aree cerebrali si attivano specificamente quando un soggetto esperto in matematica osserva una formula, ma non si attivano quando quella formula viene osservata da una persona che esperta non è. D'altro canto, se noi pensiamo che abbiamo il nostro genoma per il 98% analogo a quello del macaco reso, ci rendiamo conto che il 2% da solo ci permette di avere tutte quelle abilità mentali, in primis il linguaggio, che ci distinguono dai primati. Anche questo dato ci fa riflettere su quale importanza abbiano, nella linea evolutiva, i fattori ambientali, educativi, culturali, ma anche casuali, nel potenziare o rendere attivo quel 2% di differenza che corre nel genoma tra noi e la scimmia reso. È evidente, a questo punto, l'importanza della epigenetica.*

Possiamo aggiungere altre brevi considerazioni. Secondo le neuroscienze l'amigdala va considerata il centro delle emozioni negative che però vengono fronteggiate dall'attivazione della corteccia prefrontale dorso-laterale, ma va tenuto presente che secondo alcuni autori (vedi in De Caro, Lavazza e Sartori) i neuroni di detta corteccia raggiungono il loro pieno sviluppo verso i vent'anni, e forse oltre. Comunque, quando si verifica una disconnessione tra l'amigdala e questa corteccia si possono avere comportamenti negativi tali da metter in crisi i rapporti con il nostro prossimo o il mondo che ci circonda.

Alcuni autori, a cominciare da Hauser, ritengono che ci sia per tutti *una grammatica morale universale innata, analogamente a quella della conoscenza innata, della matematica di Leibniz e del linguaggio di Chomsky, comuni a tutti gli esseri umani. Psicologi, etologi e biologi sostengono che alcuni principi morali sono appunto universali e scavalcano le barriere geografiche, culturali e religiose. Anche nell'animale esisterebbe una grammatica morale innata. Interessanti le ricerche condotte nell'Università della Virginia: l'istinto a rifiutare la violenza è presente anche nelle scimmie reso, il cui genoma, come ho appena ricordato, è identico per il 98% al nostro: queste scimmie, piuttosto che tirare una catena che dà loro il cibo ma provoca una scossa alla scimmia vicina, rinunciano al cibo.*

*Il senso del bene e dell'altruismo, insomma, sarebbe iscritto nei nostri geni: tutti nasciamo empatici e che solo quando il mirror system non funziona (si potrebbe dire quando lo specchio si rompe) si diventa scarsamente empatici o addirittura anempatici: è il caso, ad esempio, del Disturbo Antisociale di Personalità e dell'autismo (ma eccezion fatta per la sindrome di Asperger nella quale una leggera forma di autismo si può associare a talenti straordinari, come nel caso di Bertrand Russell). Se tutti nasciamo empatici, ci deve essere una potente azione*

dell'ambiente socioculturale nel quale l'uomo vive, viste l'aggressività, la violenza, il malaffare, la sopraffazione del più forte sul più debole etc. che inquinano la nostra convivenza sociale.

*È proprio su questi fattori educativi, culturali e ambientali che la psichiatria deve far leva per poter, senza abdicare alla sua vocazione di scienza dell'uomo e per l'uomo, continuare a confrontarsi costruttivamente con la sofferenza mentale, non solo per curarla, ma anche per prevenirla.* I concetti di mente, coscienza, responsabilità e libertà della persona devono essere ancora salvaguardati nel loro valore lessicale e semantico in questa società dominata dalla tecnica e dal progresso delle neuroscienze e della genetica. So bene che sono concetti e principi da alcuni messi seriamente in discussione, in quanto il cervello sarebbe il detentore del nostro destino, nel senso che noi non saremmo liberi, ma saremmo quel che il cervello ci fa essere. Ma so anche che detti principi sono parti inconfutabili della vita, che le neuroscienze non sanno ancora spiegare (il che, naturalmente, non sta a significare che non esistano, come fa osservare Vito Mancuso).

*La scienza non è per forza predittiva. Prevede, ma non predice.* Questo non vale soltanto per le scienze umane e sociali, ma anche per la biologia evuzionistica o per la scienza dei terremoti che non sa predire dove e quando ci sarà un terremoto. Le neuroscienze, a loro volta, possono prevedere che il portatore di questa o quella disconnessione tra due o più aree cerebrali vada incontro a una certa patologia, ma non sono in grado di predire quando e come: aggiungo che non sappiamo quanti soggetti portatori di quelle disconnessioni presentano o hanno presentato quella patologia o quanti di coloro che l'hanno presentata avevano quella disconnessione.

Quella che oggi si tende a chiamare neuroetica *attende una sua conferma e legittimazione.* È un'ipotesi seducente derivante da una mole ingente di dati attendibili, ma in

continua evoluzione, a volte contraddittori. Infatti, se molti ritengono che nasciamo empatici e il senso del bene è inscritto nei nostri geni, da altri si ritiene però che anche il *razzismo*, cui si ricollega la paura del diverso, sia già inciso nel nostro cervello (e che i sentimenti di paura, sfiducia e disgusto, che qualcuno prova quando si trova a confrontarsi, appunto, con il diverso, possano dipendere dalla disattivazione di determinate aree cerebrali, disattivazione che sarebbe alla base di manifestazioni di odio e di aggressività). Questi sono studi recentemente pubblicati sul prestigioso *"Natur Neuroscience"* (giugno 2012) da parte di ricercatori della New York University e di Harvard.

Va peraltro segnalato che alcuni autorevoli studiosi di questa materia, come Libet e Gazzaniga, rimangono essi stessi sconcertati di fronte ai risultati delle loro ricerche, soprattutto là dove esse mettono in discussione la libera volontà dell'uomo, trasformandolo in un robot irresponsabile. La concezione fiscalista della vita lascia perplessi questi scienziati. Faccio osservare che alle stesse conclusioni neuroscientifiche di oggi - sul fatto che non saremmo liberi - erano giunti, parecchi secoli fa, per finalità e con percorsi del tutto diversi, pensatori del calibro di Agostino e Calvino con la concezione dell'elezione divina, e di Spinoza con il suo *Deus sive natura*. Sulla posizione opposta si trova nel novecento Sartre, quando dice che noi siamo libertà assoluta, perché non c'è nulla di più grande di noi, il mondo è un teatro dell'assurdo dove ciascuno recita la parte che vuole. Questo succinto richiamo alla filosofia serve a rimarcare quanto antichi e complessi siano i problemi cui ci troviamo di fronte e come forse prematuro sia trarre delle conclusioni. Del resto, uno studioso della statura di Edoardo Boncinelli, il cui ultimo libro ha come titolo *"Che cosa resta dell'anima"*, parla della coscienza, anzi dell'enigma della coscienza, a testimonianza - mi permetto di pensare - di quale lungo cammino le neuroscienze abbiano ancora da compiere.

Trovo pertinente la citazione che Boncinelli fa del fisico Erwin Schrodinger il quale dice che di fronte a una *impasse*, a un vicolo cieco, lo scienziato deve fermarsi non tanto per evitare di dire bugie quanto di dare una risposta inventata che sopprimerebbe l'esigenza di trovare quella giusta. Lo stesso Autore ha del tutto recentemente scritto che, contrariamente a quello che si pensava fino a poco tempo fa e grazie all'importante lavoro di ricercatori italiani, quali Stefano Giustincich e collaboratori, *tutto* il nostro genoma è impegnato nella struttura delle proteine e non esiste quello che in inglese si chiama *junk Dna*, traducibile in "DNA spazzatura". Anche questo richiamo serve a considerare i dati della ricerca suscettibili di ulteriori, sorprendenti cambiamenti e quanto sia necessaria ancora la prudenza prima di attribuire ad essi il potere di delineare una nuova etica applicabile alla pratica clinica.

In definitiva, noi psichiatri dobbiamo fare tesoro dei risultati che ci vengono forniti dalla ricerche genetiche, epigenetiche e neuroscientifiche, e ricavarne quanto può essere utile nella nostra prassi clinico-terapeutica, conservando al nostro fare psichiatria la sua specificità di disciplina attenta alla complessa totalità della persona.

Penso che *le due posizioni che indicavo all'inizio*, (quella del "noi siamo quel che il cervello ci fa essere" e l'altra "noi non siamo il nostro cervello, è lui che è una parte di ciò che noi siamo") *devono dialogare tra loro, nutrirsi e provocarsi a vicenda*, per ora sono distinte ma non separate, non devono rimanere isolate e incomunicabili. Infatti, *collegare a dinamiche cerebrali le attività della mente non significa negarle nella loro ontica autenticità, anzi significa assumersene una maggiore responsabilità*. In altre parole, la neuroetica non potrà sostituire l'etica delle responsabilità, anzi ne potenzierà l'importanza.

Come in nessuna altra disciplina medica, la psichiatria deve tenere presente quella che i greci chiamavano *terapeia*, che voleva dire servizio, sollecitudine, premura, da cui nelle lingue moderne *prendersi cura di* -, cui si riferisce il

termine *Sorge* introdotto da Heidegger in "*Essere e Tempo*" (1927). Altrimenti la psicopatologia, che è premessa necessaria a qualsiasi psichiatria, dovrebbe rinunciare a tutelare i principi della soggettività e dell'intersoggettività che sono stati e sono il perché della sua presenza.

Questo congresso ha per titolo *nutrire la mente*, non nutrire il cervello. Non è una distinzione da poco. La psichiatria ha questa specificità, di occuparsi della mente che studia se stessa, come dire che in psichiatria soggetto e oggetto dell'intervento si identificano. La ricerca darà delle risposte alle nuove domande che continuamente ci poniamo di fronte ai suoi risultati.

In ritardo, come ha osservato Mario Galzigna, ci siamo convinti della precarietà sia di una rigida e astratta barriera che separa biologia, psicologia e sociologia, sia di una artificiosa distinzione tra la mente e il suo ambiente, tra la coscienza e il mondo. *Proprio il progresso neuroscientifico ci rinforza oggi in questa convinzione*. Dobbiamo considerare i risultati di tale progresso come la porta aperta a un nuovo approccio alla realtà, in parte diverso da quello cui eravamo abituati fino a ieri, ma tesi entrambi a meglio conoscere la complessità della vita, evitando arroganti pretese di conoscerne già la verità.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agostino, *De libero arbitrio*, 388
2. Benini A., *Che cosa sono io*, Garzanti, 2009
3. Boncinelli E., *Che cosa resta dell'anima*, 2012
4. Calvino J. C., *Christianae religionis institutio*, Basilea, 1536
5. De Caro M., Lavazza A., Sartori G. (a cura di-), *Siamo davvero liberi?*, Codice ed., 2010
6. D'Ippolito B.M., *Il chiasma assente. Cervello e vissuto tra neurologia e fenomenologia*, Comprendre, 22, 2012
7. Funari E., *Il senso della creatività artistica nella vita e in terapia*, Psiche e Ricerca, Bergamo, 2007

# IN PRIMO PIANO

8. Galimberti U., *I miti del nostro tempo*, Feltrinelli, 2009
9. Gallese V., *Corpo vivo, simulazione incarnata e intersoggettività. Una prospettiva neuro fenomenologica*  
in M. Cappuccio (a cura di -): *Neurofenomenologia*,  
Mondadori, 2006 (cit. da D'Ippolito)
10. Galzigna M., *La malattia morale*, Marsilio, 1992
11. Gazzaniga M., *La mente etica*, Codice, 2006
12. Giannelli A., *Etica e psichiatria. Cominciamo a parlarne*,  
*Psichiatria Oggi*, II, 2, 1989
13. Giannelli A., *L'attualità della paranoia*,  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it), n.1, 2012
14. Griesinger W., *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, IV ed. Braunschweig, 1876
15. Hauser M.D., *Menti morali. Le origini naturali del bene e del male*, Il Saggiatore, 2007
16. Heidegger M., *Sein und Zeit*, *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung*, 1927
17. Mancuso V., *La vita autentica*, R. Cortina, 2009
18. Melle I., *The Breivik case and what psychiatrist learn from it*,  
*World Psychiatry* 12:16-21, 2013
19. Noe A., *Perché non siamo il nostro cervello. Una teoria radicale della coscienza*, R. Cortina, 2010
20. Sartre J.P., (1943) *L'Essere e il Nulla*, Il Saggiatore, 1968
21. Searle R.J., *La mente*, R. Cortina, 2005
22. Spinoza B., *Ethica in Opera Posthuma*, 1678



## Il polo ospedaliero della psichiatria nel modello di organizzazione per intensità di cura

*Emi Bondi\*, Simonetta Cesa\*, Laura Chiappa\*\*, Massimo Rabboni\**

### 1. INTRODUZIONE

Tra le molte teorie eziologiche, e quindi terapeutiche, che si sono nel corso del tempo sviluppate in ordine alla malattia mentale, è possibile rintracciare un importante filo rosso, mai di fatto venuto meno, al di là delle caratteristiche e della temperie della medicina fisica: questo filo rosso è rappresentato dal convincimento che sia parte essenziale della cura, in psichiatria, la regolazione delle distanze relazionali tra le persone, e la gestione accurata degli spazi in cui queste relazioni si dipanano, secondo regole architettoniche rigorose, fortemente orientate in senso prossemico e dotate di grande specificità.

Così, già nel 1789 Pietro Leopoldo di Asburgo Lorena, granduca di Toscana, il “principe filosofo” del secolo dei Lumi, attuando quella straordinaria riorganizzazione degli ospedali granducali che sarebbe in seguito stata conosciuta come la “pragmatica utopia” dedicava, tanto nel sito di Santa Maria Nuova, degli ammalati curabili, quanto in quello di Bonifazio, per gli incurabili, settori separati per i malati mentali, configurati come molto

impegnativi sul piano assistenziale, fino a prevedere un rapporto di uno a uno tra ammalati ed infermieri (1).

In ambito psichiatrico, prima il bergamasco Filippo Lussana, poi il milanese Andrea Verga codificheranno quella somma di prescrizioni, su cui di fonderà tutta la fioritura dell’edilizia manicomiale negli anni intorno all’inizio del XX secolo: prescrizioni ovviamente di stampo positivista ed igienista, ma costantemente, ed anche fantasiosamente attente ad inventare un ospedale coerente con le necessità specifiche dei suoi utilizzatori; può valere per tutti l’idea del manicomio di Cogoletto, costruito nella forma di un borgo aperto, con vie, negozi e padiglioni/edifici civici.

In tempi più recenti, nonostante qualche dibattito ancora attivo sulla vocazione della psichiatria a collocarsi nell’ambito dei servizi sociali, piuttosto che delle specialità mediche, l’organizzazione generale dei servizi, ma con un riferimento particolare ai poli ospedalieri ha scelto di orientarsi irreversibilmente su un modello globale di inclusione nell’ambito sanitario (esemplare, in questo senso, il percorso che portò, in Lombardia, alla approvazione nel 1997 della Legge 31, istitutiva del SSR aziendalizzato); ambito del quale, quindi, ha cominciato a condividere le vicissitudini e l’evoluzione.

Se mai, questo peculiare punto di vista della psichiatria sulla organizzazione dei suoi luoghi di cura, senza mai stemperarsi o disperdersi diverrà, nel tempo, una chiave di lettura più estensiva, cui faranno riferimento i modelli organizzativi degli ospedali generali, nei loro rapporti con la società (2), o con il territorio di cui sono espressione (3).

## 2. IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURE NELL'OSPEDALE GENERALE.

Il modello organizzativo per intensità di cura e di complessità assistenziale nasce all'interno del più generale contesto della Clinical Governance. La Clinical Governance è una struttura ideale che nasce all'interno del National Health Service in Gran Bretagna negli anni '90 e si diffonde velocemente nel contesto europeo; struttura che pone l'attenzione su obiettivi di qualità dei servizi e su standard assistenziali elevati nella risposta alla domanda sanitaria delle persone.

I fattori di criticità che sono nel corso degli anni cresciuti all'interno della organizzazione tradizionale dell'ospedale generale sono numerosi: tra questi possiamo ricordare:

- la transizione epidemiologica: con il progressivo invecchiamento della popolazione si assiste ad un incremento dei problemi di salute che divengono man mano più complessi ed interdipendenti;
- l'innovazione tecnologica: rende disponibili indagini più complesse e terapie sempre più avanzate e sempre in evoluzione con costi sempre maggiori;
- il "consumerismo": (o una maggiore percezione dello stato di salute), che si associa ad una richiesta maggiore di prestazioni sanitarie da parte dell'utenza;
- l'attenzione sempre crescente, da parte dell'utenza, alla qualità dei servizi rispettivamente offerti e ricevuti dai sistemi sanitari;
- il mancato incremento o riduzione delle risorse disponibili;
- la conseguente necessità di un utilizzo efficiente delle risorse stesse in un'ottica di sostenibilità del sistema mantenendo l'imperativo sociale della qualità delle cure, garantendo la centralità del paziente-cittadino.

Come si vede, tali elementi di criticità toccano tutte e tre le aree, che si riconoscono all'interno del sistema della "Clinical Governance", e cioè il paziente, l'organizzazione

stessa, ma anche, naturalmente, i professionisti sanitari, la cui esigenza prioritaria può essere definita come l'integrazione fra la ricerca dell'efficacia, che è il loro punto di vista più tipico, e la ricerca dell'efficienza, che è il tipico punto di vista del gestore (4). Ricordiamo che la Clinical Governance, è definibile come una "strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" (5). Nel rapporto tra le tre aree, ed in particolare intorno al tema di quale funzione di governance debba essere riconosciuta ai professionisti sanitari si colloca, per altro, uno degli snodi critici non ancora integralmente risolti del sistema (6).

In Italia, la Lombardia è stata tra le prime regioni a riconoscere la necessità di modificare il tradizionale sistema di organizzazione degli ospedali basato sull'esistenza di reparti e servizi ordinati per specialità, e quindi assai spesso ridondanti, attraverso l'introduzione di un nuovo modello, quello appunto per intensità di cure, che viene anticipato addirittura nel 1998, quando la DGR Lombardia VI/38133/1998 "Definizione dei requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie", afferma che "l'assistenza infermieristica deve essere rapportata all'intensità delle cure" e pone quindi il problema di come misurare tale intensità o, più correttamente, tale complessità.

### 2.1 Le definizioni di base.

In sintesi, l'intensità delle cure è un approccio alla gestione logistica-organizzativa delle strutture ospedaliere "consistente nella presenza di aree meno delimitate rispetto alle vecchie divisioni e alle attuali strutture complesse, ma è soprattutto un rapporto assistenziale competente che dipende dal numero di pazienti assistiti da ciascuna unità infermieristica, senza barriere verso le altre strutture dell'azienda, con pazienti che passano (flusso) da un livello assistenziale, nel giro di giorni, a diverso livello assisten-

ziale, in base all'intensità clinicamente richiesta" (7). Il livello di cura richiesto dal caso consegue ad una valutazione di instabilità clinica (associata a determinate alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità assistenziale (medica e infermieristica). Il livello di cura assegnato è invece definito dalla tecnologia disponibile, dalle competenze presenti e dal tipo, quantità e qualità del personale assegnato (8).

Ci troviamo quindi di fronte ad un ospedale (almeno nei suoi termini ideali), in cui la suddivisione dei posti letto in aree non è conseguenza del tipo di patologia specialistica, medica o chirurgica, da cui il paziente è affetto, ma appunto dalla intensità di cura che ogni singolo paziente richiede. In generale, possono essere individuate tre distinte aree di intensità di cura, rispettivamente alta, media e bassa, anche se l'evoluzione applicativa del modello tende a ritenere che in ospedale generale, in quanto struttura per acuti, non debba trovare posto la c.d. "low care" o bassa intensità assistenziale, da allocare in strutture appositamente dedicate per offrire livelli di intervento sia clinico sia assistenziale di più basso profilo, ma prolungate nel tempo, esattamente al contrario di quanto accade in un ospedale per acuti. In pratica, si incontrano quindi intensità di cura alta, medio alta e medio bassa rispettivamente (9).

Al di là della definizione estensiva, il livello di intensità di cura (e questo rappresenta forse il concetto fondamentale dell'intero sistema) risulta dal risultato di un algoritmo che lega altri due concetti, rispettivamente rappresentati dalla severità clinica e dalla complessità assistenziale.

La severità di una patologia sottintende almeno una delle seguenti condizioni: concreto incremento del rischio di mortalità, compromissione significativa della capacità di esecuzione delle attività di vita quotidiana (disabilità) o dell'autonomia globale dell'individuo (10). La severità clinica presuppone la concreta possibilità di peggioramento in breve tempo delle condizioni cliniche in modo anche grave. Collegata a questa è l'instabilità clinica, che fa riferimento ad una condizione medica in cui il paziente

presenta un'alterazione dei parametri vitali senza per questo richiedere cure intensive in senso vero e proprio, indicando al tempo stesso il grado di variabilità dell'assistenza medica e la gravità del paziente (11). È la situazione in cui possono ancora verificarsi eventi di pericolo di vita, non sempre precocemente prevedibili; l'infermiere con competenze avanzate ha un ruolo rilevante (12).

Per complessità assistenziale, infine, si intende l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni, definite da un modello concettuale di riferimento dell'assistenza infermieristica, espressi in termini di intensità di impegno e quantità-lavoro dell'Infermiere (13).

Va rilevato fin d'ora che quest'ultimo concetto si presta ad una applicazione sostanzialmente piana anche in ambito psichiatrico, laddove i due precedenti richiederebbero, come sarà più avanti chiarito, aggiustamenti specifici anche considerevoli per poter essere correttamente applicati in ambito psichiatrico.

Quindi, sia pure con qualche approssimazione, possiamo dire che per un singolo paziente l'intensità di cura di cui questi necessita si definisce come il prodotto del suo livello di severità clinica (inclusivo del livello di instabilità), moltiplicato per il livello di complessità assistenziale.

Il variare del prodotto può essere determinato dal variare di entrambi, ma anche di uno solo dei due fattori: così, per esempio, un paziente anziano in attesa di intervento per una frattura di femore avrà livelli di severità e di instabilità bassi, ma un livello di complessità elevato, che lo farà plausibilmente collocare nell'area di intensità di cura medio alta; simile può essere il caso di un paziente depresso di cui sia già iniziato il recupero del tomismo.

## **2.2 L'algoritmo di accompagnamento del paziente nel percorso di ricovero e di cure ospedaliere.**

Come apparirà ora chiaro, l'intero modello poggia su (o determina) una profonda revisione dell'algoritmo su cui si fonda la gestione del paziente nell'ospedale organizzato in maniera tradizionale. In questo, infatti, prescindendo per semplicità dalle attività programmate, il paziente che

giunge in Pronto soccorso viene qui trattato per patologie minori o minime; rapidamente stabilizzato ricevendo le prestazioni indifferibili, e subito dopo inviato al reparto specialistico di competenza per le patologie maggiori.

Il modello di organizzazione per intensità di cura poggia su un ruolo importante di filtro del Dipartimento di Emergenza Urgenza e sulla condivisione dei criteri di accesso ai vari livelli e di assegnazione dei pazienti alle aree specialistiche. Il Dipartimento di Emergenza Urgenza stratifica clinicamente il paziente e lo invia al livello che gli compete. È quindi determinante il contributo del pronto soccorso, dove sarà attivata un'area di "stazionamento" per l'osservazione breve che, oltre a permettere una maggiore appropriatezza nella decisione di ricovero, consentirà di realizzare le prescrizione diagnostiche con maggiore flessibilità e la stabilizzazione della persona prima dell'invio alla degenza che comunque si conta di non realizzare – di norma – per l'area internistica e per l'area chirurgica nelle fascia oraria notturna. Il modello prevede infatti che durante la fascia oraria notturna il pronto soccorso garantisca la continuità assistenziale alle persone in osservazione procrastinando alla mattina l'invio al setting più appropriato.

In altri termini, il Pronto soccorso viene ad identificarsi largamente con l'area di degenza ad alta intensità assistenziale, e deve essere quindi largamente dotato di strumenti e risorse di intervento diagnostiche e terapeutiche; viene quindi ad includere – quanto meno – la medicina d'urgenza, la chirurgia d'urgenza e tutte le terapie intensive. Il resto dell'ospedale diviene il luogo di prosecuzione del trattamento nel momento in cui la sua intensità inizi a ridursi. La funzione del Dipartimento di Emergenza e Urgenza rispetto ai pazienti psichiatrici rappresenta un ambito complesso di applicazione del modello, tanto che su questo sono ancora in corso approfondite valutazioni, sia a livello scientifico, sia a livello normativo. Diverso è certamente il caso del paziente psichiatrico che presenti anche una patologia internistica concomitante (per esempio una intossicazione acuta), rispetto al paziente psichiatrico puro, per il quale l'opportunità di una permanenza prolungata in Pronto Soccorso non è scontata. In proposito, il documento elaborato dal GAT di Regione Lombardia sugli SPDC si esprime in termini non definitiva, e recita infatti: "La presenza di aree ad alta intensità per la psichiatria collocate nel Pronto Soccorso rappresenta un possibile modello da sperimentare" (14).



Innumerevoli, ed inevitabilmente da trascurare in questa sede, per gli scopi che ci siamo dati, i dettagli operativi del sistema, che vanno dalla programmazione per fasce orarie dei trasferimenti, alla presenza di un ambulatorio infermieristico per i codici bianchi, all'utilizzo del c.d. "medico tutor".

Da precisare, invece, proprio per il ruolo che tradizionalmente riveste, ed ancor più andrà a rivestire in area psichiatrica, la funzione del "case manager". Ricorderemo che il *case management* viene definito come il processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza ad un individuo per accertarsi che risponda ai bisogni valutati di tale individuo (15).

Una cosiffatta definizione appare, ovviamente, del tutto coerente con quanto sin qui definito. Una seconda, importante descrizione del *case management* lo definisce come un modello organizzativo assistenziale che ha lo scopo di provvedere alla qualità delle cure, aumentare la qualità della vita, diminuire la frammentazione e contenere i costi dell'assistenza (16).

Sarà chiaro come questa seconda definizione sposti la logica dello strumento verso aspetti più legati alla razionalizzazione economica dei percorsi di cura: logica deve essere ben conosciuta, nella misura in cui, anche nel nostro paese, l'introduzione del sistema dei DRG sotto il profilo organizzativo, e l'ampia, anche se non universalmente condivisa, stesura di "linee guida", sotto il profilo clinico, evoca il sistema anglosassone dei "percorsi di cura" o clinical pathways.

Presupposto clinico, sociale ed organizzativo alla base del *case management*, nel senso in cui vorremmo intenderlo, è il considerare i pazienti come persone intere, che stanno vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere gli utenti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

In quest'ottica, quindi, il *case management* si muove al fine di promuovere il coordinamento, che prevede la creazione di nuovi servizi nati dalla collaborazione delle risorse esistenti; è la prevenzione che si realizza

attraverso la piena partecipazione del cittadino alla creazione del servizio del quale lui stesso fruirà. Nel *case management* vi è la creazione di un servizio virtuale scelto sulla base delle risorse disponibili e centrato sulle esigenze individuali del singolo utente, che coordina attivamente, collabora in prima persona alla creazione del servizio stesso e recupera preventivamente le sue potenzialità. In questo senso, perciò, il *case management* opera nel sistema sanitario in modo biunivoco: da un lato ottimizzandone le funzioni, ma dall'altro costituendosi come un importante fattore di promozione del cambiamento interno.

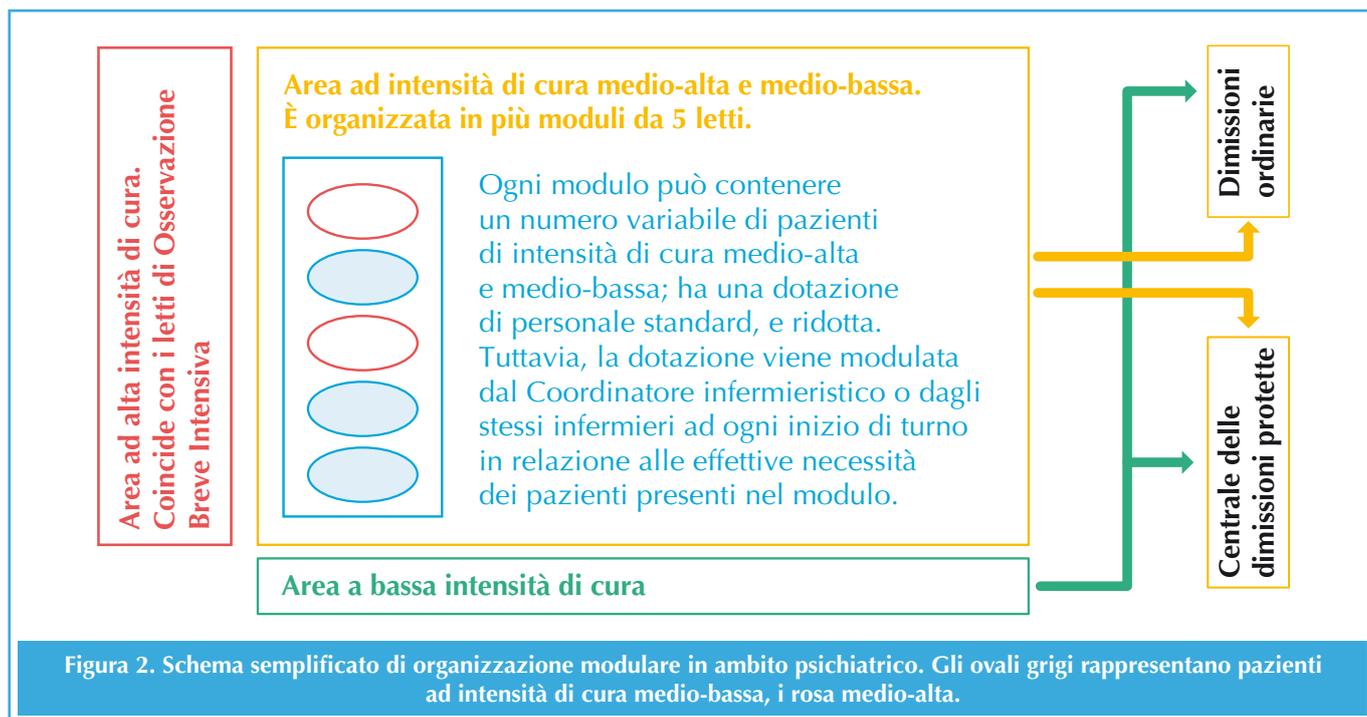
Vedremo nel prosieguo come questa figura possa costituirsi – quasi una sorta di cerniera – a raccordare le caratteristiche del modello generale dell'intensità di cura con le specificità della sua applicazione in ambito psichiatrico, pur essendo stata, per il settore specialistico, sempre maggiormente pensata come connessa alle esigenze del territorio più che a quelle dell'ospedale (17).

### **2.3 Modello organizzativo assistenziale: l'organizzazione modulare.**

È l'ultimo dei capisaldi del modello generale, con cui è necessario confrontarsi prima di passare alla sua applicazione specifica in psichiatria.

Naturalmente, non è pensabile che un ospedale generale, piccolo o grande, risulti costituito da tre sole unità strutturali (quelle, appunto, dell'alta, media o bassa intensità assistenziale). D'altro canto, è evidente che il modello non è più compatibile con l'assetto ridondante tipico della vecchia suddivisione in reparti e servizi specialistici: è stata quindi costruita l'ipotesi di attivare una nuova tipologia di unità organizzativa, che viene appunto definita "modulo".

Pur cercando di descrivere nei suoi termini più generali la caratterizzazione di questa nuova unità organizzativa, dovremo rilevare sin d'ora che è proprio in questo ambito che l'applicazione del modello in psichiatria lo allontana maggiormente dalle regole comuni.



Il modello organizzativo modulare per l'assistenza infermieristica, nato come superamento dell'assistenza per compiti, prevede la presenza di un infermiere che coadiuvato da altri operatori, assume la responsabilità di tutte le attività infermieristiche rivolte ad un determinato gruppo di pazienti.

L'infermiere in turno diventa il referente dei pazienti del modulo; si creano così le condizioni per garantire la centralità della persona assistita, la continuità della presa in carico, la gestione della pianificazione e documentazione dell'assistenza infermieristica, la chiara assunzione di responsabilità nella risposta ai bisogni di assistenza infermieristica e l'inserimento appropriato degli operatori di supporto.

### 3. 1 L'applicazione del modello in psichiatria.

Due specificità connotano, in linea di principio, l'applicazione del modello in psichiatria. La prima, già in parte richiamata, è rappresentata dal ruolo che gli spazi, le loro caratteristiche e la loro organizzazione, insieme con l'organizzazione del personale, rivestono nel processo di trattamento di questa tipologia di pazienti, in fase di acuzie. La seconda, dal fatto che il modello italiano di

organizzazione del polo ospedaliero della psichiatria è assolutamente peculiare, tanto da poter essere solo con difficoltà confrontata con modelli stranieri, anche evoluti, ma comunque incentrati sul modello di ospedali mono- o pauci- specialistici (di fatto, per lo più, manicomi), che accolgono solo ammalati psichici. Di converso, la definizione di "ammalato psichico" è in questi casi certamente più ampia di quella italiana, includendo anche, solo per esempio, demenze, patologie degenerative e tossicodipendenze. Come conseguenza, ovvia in certo senso, ma che allontana ancora di più il modello internazionale da quello – per una volta assolutamente all'avanguardia – del nostro paese, la durata media dei ricoveri negli SPDC è di circa 14 giorni (18), ed inferiore alle due settimane per sei pazienti su dieci, risultando quindi assolutamente comparabile alle degenze medie di altre specialità dell'Ospedale generale; nei manicomi, le degenze continuano a risultare lunghe, o molto lunghe, di mesi o, a volte ancora, di anni. Contribuisce certamente a questo risultato anche l'elevato livello di semplicità e di efficienza clinica del dispositivo di trattamento sanitario obbligatorio vigente nel nostro paese, che risulta, come noto, di rapida instaurazione, ma anche di breve durata (19).

Tornando agli aspetti organizzativi, dovremo ricordare che nell'ambito di cui ci occupiamo i moduli devono avere necessariamente carattere vocazionale, sia sotto il profilo dell'identità specialistica, sia – almeno per una parte – sotto il profilo del “case mix”. Il territorio delle strutture psichiatriche ospedaliere deve in effetti, per la massima parte dei pazienti, essere demarcato e caratterizzato da specifici aspetti architettonici ed organizzativi, ai fini tanto della sicurezza, quanto della congruenza tra strutture, spazi e necessità del paziente. Con questo, le strutture fisiche che ospitano gli SPDC presentano una serie di peculiarità non presenti e non riproducibili in altre aree dell'ospedale generale, rendendo quindi ancora obbligato il mantenimento dell'identità specialistica.

D'altro canto, se per i moduli ad intensità medio alta o medio bassa, considerati come più tipici, è possibile ipotizzare un “case mix” adeguatamente misto, se non equilibrato, i moduli eventualmente destinati alla bassa intensità di cura non possono accogliere se non pazienti di questa tipologia, proprio per le specificità anche architettoniche ed ambientali, oltre che cliniche ed assistenziali, che ne caratterizzano le necessità; di conseguenza, non è al momento possibile prevedere in psichiatria una organizzazione modulare che integri tutti i livelli di intensità di cura.

La stessa tipologia di criticità tocca anche, ovviamente, le funzioni del pronto soccorso, dove la gestione del paziente psichiatrico acuto, spesso con concomitanti problemi di intossicazione o di patologie organiche concomitanti, risulta complessa. Il modello assistenziale per intensità di cura, però nella sua applicazione completa, chiede che la funzione di Osservazione breve intensiva, normalmente prevista per le altre specialità, possa essere utilizzata anche per la psichiatria, con il passaggio in SPDC dopo iniziale stabilizzazione e in tempi almeno parzialmente cadenzati. Il modello del fast track, di cui pure è stata molto discussa la possibile applicazione (20), non risulta, in questo caso, adeguato.

Ancora, va rilevato che la completa applicazione del

modello risulta più significativa ed efficace in strutture ospedaliere dove siano presenti più SPDC, o quanto meno un SPDC con un numero di letti maggiore dei tradizionali 15, architettonicamente adeguato per consentire la separazione logistica, oltre che funzionale, almeno di un piccolo modulo a bassa intensità.

### 3.2 Potenzialità ed elementi di criticità

Accanto alle possibilità che, in generale, il modello organizzativo per intensità di cura offre all'ospedale generale, ve ne sono alcune specifiche per la psichiatria.

Tra queste, la possibile attivazione di un modulo a bassa intensità permette di prevedere che almeno una parte della struttura sia aperta, anziché ad accesso regolamentato come di consueto per gli SPDC. Anche se questo aspetto tende a venire eccessivamente enfatizzato (sono in effetti molto numerose le aree degenziali di un normale ospedale ad accesso regolamentato, per i più diversi motivi), non vi è dubbio che la possibilità di una piena apertura concorra al fondamentale processo di riduzione dello stigma che ancora grava sul ricovero in SPDC (21).

Il modello si configura come una risorsa aggiuntiva anche rispetto alla gestione del nuovo case mix, oggi prevalente nella maggior parte degli SPDC italiani (22) che include, accanto alle più abituali psicosi acute o ricattizzate ed ai disturbi affettivi pazienti frequentemente con doppia diagnosi, e quindi spesso con intossicazioni voluttuarie in atto, pazienti con disturbi di personalità del cluster B e soggetti adolescenti.

Per i pazienti con doppia diagnosi, il vantaggio è rappresentato soprattutto dalla maggiore appropriatezza di *clinical pathway* che è garantita dall'integrazione tra Pronto soccorso, servizio di Tossicologia e SPDC, dove può essere meglio rispettata la filiera, quasi sempre necessariamente rapida, di accompagnamento da un'area di intensità assistenziale da alta (o medio alta), a bassa, evitando quei fenomeni di reciproca intolleranza che spesso caratterizza i rapporti tra SPDC e pazienti con tossicodipendenza.

Per i pazienti con disturbi di personalità del cluster B, la letteratura (23), riferendosi in particolare al borderline, evidenzia la necessità di assicurare, per un adeguato approccio clinico ed assistenziale, la continuità della presa in carico, la formazione specifica del personale, ma anche la necessità di una estrema fluidità dei cambiamenti di livello di intensità della presenza degli operatori in rapporto alla volatilità sintomatologia presentata da questi pazienti.

Questo tema introduce anche alla questione più generale della sicurezza dei pazienti e degli operatori in SPDC, per garantire la quale, accanto alla formazione specifica, può risultare molto importante la flessibilità estrema offerta dal sistema modulare. L'esperienza dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, condivisa dagli scriventi, appare in questo senso prototipica, giacché l'organizzazione attuata, di due SPDC su tre moduli, consente che, in caso di emergenza, fino ad otto infermieri possano contemporaneamente intervenire su un singolo paziente, per il tempo, in genere molto breve, necessario a ripristinare condizioni di sicurezza.

Il problema del ricovero degli adolescenti in SPDC travalica certamente i limiti della presente trattazione. Premesso che solo il 10% dei ricoveri necessari avviene in Pediatria, il 55% in strutture della NPI, se e quando presenti, ed almeno il 35% dei ricoveri in SPDC (ma si arriva al 75% per gli ospedali che non hanno al loro interno strutture degenziali della NPI) (24), il modello della intensità di cura, pur lontano in questo caso dall'essere ideale è quello che meglio si presta ad una strategia di riduzione del danno, consentendo di inserire il minore in spazi e con personale dedicato, ed anche di limitare l'esposizione relazionale del paziente a gravi situazioni di sofferenza psichica di pazienti adulti.

Coesistono, naturalmente, alcune criticità, altrettanto specifiche e certamente meritevoli di attenzione: le due principali tra queste sono rappresentate dal principio della competenza territoriale, su cui in effetti si fonda l'intera organizzazione dei Dipartimenti di salute men-

tale, inclusi ovviamente i loro poli ospedalieri, nonché dalla mancanza in letteratura di uno strumento di valutazione, o rating scale, per la complessità assistenziale in un servizio psichiatrico solo per acuti.

Rispetto al primo problema, se è vero che la presenza dell'infermiere referente di modulo assicura tanto al paziente quanto al clinico la costanza di una figura di riferimento, è anche vero che non è semplice incrociare i necessari momenti di condivisione dei casi tra (per seguire l'esempio del Papa Giovanni XXIII) otto medici e tre referenti di modulo, che naturalmente mutano ad ogni cambio di turno. Rispetto a questo problema, quantunque si possano sperimentare diverse ipotesi di soluzione locale, in termini organizzativi generali solo la completa instaurazione del modello che preveda un'integrazione con la funzione del *case manager* potrà portare ad una soluzione definitiva.

Rispetto alla seconda questione, ricordiamo anzitutto che l'intensità di cura per un singolo paziente può – per i nostri fini – essere approssimata al prodotto di un fattore di severità clinica per un fattore di intensità assistenziale. Per la severità clinica, sembra opportuno proporre l'uso di una scala semplice, rapida, facilmente ripetibile (si ricordi che l'assegnazione di ogni paziente ad un livello dato andrebbe rideterminata ad ogni cambio di turno, per consentire ai coordinatori infermieristici di assegnare il personale ai moduli in misura adeguata), ma soprattutto totipotente rispetto alle diverse patologie; in conseguenza, la più indicata sembra essere la Clinical Global Impression (CGI) (25) a due item.

Per la complessità assistenziale, il problema risulta allo stato non risolto. Non è infatti disponibile in letteratura uno strumento di valutazione adeguatamente sensibile, e coerente con il contesto italiano, nel quale la collocazione degli SPDC e la breve durata dei ricoveri, di pazienti in condizioni di acuzie, fa sì che lo strumento debba essere in grado di misurare una dipendenza assistenziale che è solo in minima misura riconducibile a problematiche di tipo fisico, mentre è

in misura massima riconducibile a problematiche di natura relazionale.

A partire da questa constatazione nell'A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo è stato costituito un gruppo di studio dedicato, costituito dagli scriventi con Francesco Caggio, Graziella Carrara, Monica Casati, Antonio Pignatto e Simonetta Rovaris, che dopo un opportuno percorso di costruzione sta ora procedendo alla validazione di una Scala per la valutazione dell'intensità di cure in psichiatria, ormai di imminente pubblicazione.

#### 4. CONCLUSIONI

A partire dalle caratteristiche generali del modello, sin qui delineate, appaiono indubbiamente necessari per la psichiatria alcuni aggiustamenti legati alle caratteristiche della patologia, ma anche in grado di evitare soluzioni di continuità non necessarie con prassi locali consolidate, che rappresentano molte volte un patrimonio culturale *site specific*, implicito ma non per questo povero di valore.

In questo senso sta procedendo l'esperienza, ormai interamente attivata con il trasferimento nel nuovo ospedale, del Dipartimento di salute mentale di Bergamo, con i percorsi di approfondimento ancora necessari.

Per altro, bisognerà anche ricordare che la patologia di cui ci stiamo occupando rappresenta una complessa condizione umana, assai difficilmente frammentabile e quindi tassonomicamente inquadrabile; tanto da rammentarci che le nosografie psichiatriche sono una funzione della mente dell'osservatore, e non un portato certo ed implicito della malattia (26).

Ci ricordava Henry Ey (27) che la storia di una psicosi in formazione è essenzialmente la storia di un processo di umanizzazione e di personazione che, incontrando nel proprio divenire uno o molteplici scacchi, non solo non arriva a completare la propria evoluzione ma, ad un certo punto, va incontro ad un processo di disorganizzazione e di destrutturazione che giunge a rendere impossibili o

insignificanti i contatti e gli scambi tra il soggetto ed il reale. Storia di uno scacco identitario, certamente non frammentabile in funzioni o processi o lesioni d'organo, che impone un intervento di cura isomorfo, per intensità e per complessità alla somma dei fattori nocigeni e dei loro campi causali. Impossibile quindi dimenticare, nella definizione di percorsi di intervento terapeutico in psichiatria, l'impossibilità di operare frammentazioni e semplificazioni, nel solco della grande lezione heideggeriana, che ci ricorda che l'essere umano nel mondo è pensabile solo nella sua interazione non accidentale e fortuita, ma essenziale, con altre soggettività, e che il modo più alto di questa intersoggettività è proprio quello della cura.

Cura, ricorda ancora Heidegger (28), che opera affinché l'altro giunga a realizzare consapevolmente e liberamente il proprio progetto e la propria umanità, e non per "*sollevare gli altri dalla cura, sostituendosi loro nel prendersi cura, intromettendosi al loro posto*": operazione difficile, fuori dalla consapevole accettazione, preliminare ad ogni altra operazione, del ruolo terapeutico nella nostra disciplina di una coesistenza autentica, capace di rinunciare al mondo impersonale, dove il *chi* si trasforma nel *si* (*man*): si dice, si fa, si giudica come fanno gli altri, e ci si distingue come ci si può distinguere, nella mediocrità della quotidianità. La deiezione, l'essere gettati nel dominio del *si*, è il rischio di una determinazione esistenziale impoverente dell'esserci stesso, che nella sua fattualità si allontana sempre più, come in un vortice, dal progettare e prendersi cura autentico, che rappresenta invece il nostro impegno.

\* DSM - A.O. Papa Giovanni XXIII - Bergamo

\*\* Dir. Sanitaria - A.O. Papa Giovanni XXIII - Bergamo

#### BIBLIOGRAFIA

1. Diana E., Geddes da Filicaia M. (a cura di), *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio*, Ed. Polistampa, Firenze, 2010

2. Foucault M. *Les Machines à guérir – aux origines de l'hôpital moderne*, Ed. P. Mardaga, Bruxelles, 1979
3. Rabboni M., Mencacci C., *Ospedale-città: una modalità di relazione terapeutica*, Comunicazione al XXXV Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria, Cagliari, 27.10/1.11.1982
4. Briani S., Cortesi E., *L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti*, Igiene e Sanità Pubblica, 63: 577-586, 2007
5. Scally G. and. Donaldson L. J., *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*, BMJ (4 July 1998): 61-65
6. Degeling P.J., Maxwell S., Iedema R., Hunter D.J. *Making clinical governance work*, BMJ 2004;329:679
7. Nicosia F., *L'ospedale snello. Per una sanità a flusso controllato e intensità di cura*, Franco Angeli, 2008
8. *30 Tesi sull'Ospedale per Intensità di Cura – a cura del Laboratorio MeS Scuola Sant'Anna Pisa*, Revisione 02 del 17 gennaio 2007
9. Cesa S., Casati M. (a cura di), *atti del convegno "Il modello assistenziale per l'intensità di cure nel Nuovo ospedale: aspetti teorici e applicativi"*, Bergamo, 4 febbraio 2010 e *"L'applicazione del modello per intensità di cura nel nuovo ospedale Papa Giovanni XXIII"*, Bergamo, 2 ottobre 2010.
10. Newsletter Clinical Practice – Anno I numero 4
11. Il modello d'intensità di cura nel nuovo DEA – Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo"
12. ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica), *Criticità ed Intensità Assistenziale. Analisi e definizioni secondo il modello della complessità assistenziale*, 2003
13. Moiset C., Vanzetta M., Vallicella F., *Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica*, McGraw-Hill Companies, 2003
14. AA. VV. *Gruppo di approfondimento tecnico sul ruolo del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di salute mentale, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica*, Giunta Regionale della Lombardia, Direzione Generale Sanità, Settembre 2011
15. National Institute of Mental Health, USA, 2000
16. American Nurse Association (ANA) 1988
17. Rovaris S., *Formazione e confronto: una concreta esperienza per una crescita professionale* in M. Rabboni (a cura di) *Case management in psichiatria. Un percorso di valorizzazione delle professioni sanitarie*, Update International Congress Edizioni, Milano, 2010
18. Lora A. (a cura di), *Il sistema di salute mentale di Regione Lombardia*, Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, Milano, 2007
19. Rabboni M., *Questioni di etica in psichiatria*, in V. Volterra (cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, in Trattato Italiano di Psichiatria, coordinatore P. Pancheri, Masson S.p.A, Milano, 2006; pagg. 787-806
20. Marchisio D., *Condividere verso il futuro*, Atti del Congresso Nazionale del Triage Riccione 2013
21. Norcio B., *Porta aperta, porta chiusa*, in L. Toresini (a cura di) *Fogli di informazione. Documenti e ricerche per l'elaborazione di pratiche alternative in campo psichiatrico e istituzionale n.°203*, Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, 2012
22. GAT SPDC, cit n. 14
23. Westood L., Baker J., *Winship G. Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Vol 17, Issue 7, pages 657–662, September 2010
24. GAT SPDC, cit.n. 14
25. Guy W, editor. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Rockville, 1976
26. Rabboni M. Giannelli A., *Patologia nella relazione, patologia della relazione. Appunti per una nosografia del territorio*. Relazione al II Congresso Nazionale di Storia della Psichiatria, Siena, 21/23 Marzo 1991.
27. Ey H., Bernard P., Brisset Ch., *Manuale di psichiatria*, Masson, Milano, 1979
28. Heidegger M., *Essere e tempo*, tr. it. di P. Chiodi, Longanesi, Milano, 1976, p. 157

## Depressione e disturbi cardiovascolari

*Angelo Bertani\*, Costanzo Gala\**

L'obiettivo dell'articolo è una revisione della letteratura scientifica rispetto ad una condizione clinica complessa quale la co-presenza di disturbi cardiovascolari e il disturbo depressivo. Partendo dall'epidemiologia, quindi esamineremo alcune ipotesi eziopatogenetiche ed infine riassumeremo dei risultati su dei trattamenti farmacologici e non farmacologici.

### EPIDEMIOLOGIA

Circa il 30% di tutte le morti sono correlabili ad eventi cardiovascolari, quanto questo fenomeno sia importante è ulteriormente testimoniato dal fatto che alcune stime dell'Organizzazione della Salute Mondiale prevedono che nel 2030 la depressione da sola sarà la seconda causa di disabilità dopo le malattie cardiovascolari.

Nelle ultime due decadi ricerche nel campo hanno studiato la relazione fra depressione e disturbi cardiovascolari. Molti studi hanno mostrato che la depressione è maggiormente prevalente in una popolazione di soggetti affetti da disturbi cardiovascolari rispetto alla popolazione generale, altri che la depressione risulti un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi cardiovascolari nella popolazione "sana", altri ancora che risulti essere un predittore di eventi infausti, quali l'infarto miocardico e la morte, in soggetti affetti da disturbi cardiovascolari.

Dal punto di vista epidemiologico si registra una prevalenza elevata dei disturbi cardiovascolari e di quelli depressivi, da ciò risulterebbe intuitivo una prevalenza alta di soggetti affetti dalla co-presenza delle

due condizioni, ma in realtà l'associazione ha un tasso di prevalenza ancora più elevato dell'atteso (11).

In particolare, la depressione maggiore e minore risultano avere una prevalenza pari a circa il 30-40% nelle settimane successive ad un infarto miocardico acuto. La prevalenza del disturbo depressivo maggiore da solo risulterebbe pari a circa il 15% nella popolazione degli infartuati.

D'altra la depressione risulterebbe associata ad un aumentato rischio di sviluppare delle malattie cardiovascolari (20, 17, 18, 14).

In particolare, l'evento "depressione" potrebbe predire delle complicanze del disturbo cardiovascolare, mentre un altro riporta un incremento del rischio morte di 2-2.5 volte nei soggetti che presentavano una condizione depressiva nella fase successiva all'infarto miocardico acuto (22, 23).

Recentemente, uno studio di coorte molto ampio con un campione di 1578 uomini e 1417 donne ha trovato che i sintomi ansiosi e depressivi erano più comuni nei soggetti affetti da disturbi cardiovascolari. Questi sintomi sarebbero dei fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi cardiovascolari e tale associazione non sembrerebbe essere spiegata in modo completo dalla loro associazione con altri fattori di rischio per disturbi cardiovascolari (10).

Infine altri studi hanno segnalato che anche l'ansia, in particolare se co-presente con la depressione, è associata ad un rischio incrementato di mortalità per disturbi cardiovascolari (24).

I risultati di studi epidemiologici suggerirebbero la necessità di una valutazione di screening per ansia e depressione nella popolazione di soggetti affetti da disturbi cardiovascolari e nello stesso tempo di un monitoraggio dal punto di vista cardiologico nei pazienti affetti da disturbi depressivi in modo da favorire un intervento precoce.

## IPOSTESI EZIOPATOGENETICHE

I meccanismi patofisiologici esplicativi la relazione fra depressione ed il rischio di eventi cardiovascolari non sono a tutt'oggi chiariti.

Alcuni lavori hanno ipotizzato che la relazione sia mediata da comportamenti poco "sani" adottati dai soggetti depressi in particolare la scarsa attività fisica, la mancata adesione alle indicazioni di trattamento farmacologico per i disturbi cardiovascolari, alto tasso di tabagismo, presenza di altri fattori di rischio quali la ipercolesterolemia, iperglicemia.

Recenti studi però hanno contestato questa relazione almeno come unica esplicativa, ad esempio Shin et al (21) hanno evidenziato come i valori più elevati di colesterolo totale e più bassi valori di HDL colesterolo fossero presenti nei soggetti con un più basso punteggio di sintomi depressivi.

Un'altra ipotesi patogenetica porta dell'attenzione al ruolo del sistema nervoso autonomo (SNA) partendo dai risultati di alcuni studi che hanno evidenziato delle disfunzioni del SNA in soggetti affetti da depressione (7) e da qui si sono costruiti dei protocolli per studiare l'andamento del SNA nei soggetti depressi e affetti da disturbi cardiovascolari.

In aggiunta altri studi hanno suggerito che la relazione fra l'incremento del rischio di mortalità per eventi cardiovascolari e depressione fosse ricollegabile a disfunzioni del sistema nervoso autonomo o fattori dell'infiammazione

In particolare, ci sono suggestioni circa un'associazione fra il rischio di eventi mortali cardiovascolari e un riduzione dell'attività del parasimpatico a favore dell'incremento dell'attività simpatica.

Tra l'altro alcuni studi hanno supposto che la ridotta variabilità della frequenza cardiaca fosse un fattore prognostico negativo per gli eventi cardiovascolari (1)

Altri hanno evidenziato il possibile ruolo svolto da un incremento dei fattori dell'infiammazione (Ranjit et al 2007). In particolare un lavoro ha mostrato che le

citochine ed altri fattori infiammatori come la proteina C, TNF-alfa e delle citochine pro infiammatorie sono aumentate nei soggetti affetti da disturbi cardiovascolari e sarebbe implicati nello sviluppo di depressione (3). In altri studi tale relazione non è stata rilevata (10).

In aggiunta, uno studio mostra un'associazione maggiormente forte fra l'attività del SNA ed infiammazione nei soggetti depressi rispetto ai soggetti non affetti da depressione (9).

Uno studio recente però evidenzia che il fattore "depressione" sia di per sé un fattore di rischio per eventi mortali per disturbi cardiovascolari e solo in parte mediato da disfunzione del SNA e dai marker dell'infiammazione (12).

Un'altra ipotesi si concentra sul ruolo possibile del tono serotoninergico nella patogenesi del disturbo depressivo e dei disturbi cardiovascolari in base ai risultati di studi fatti sui recettori serotoninergici delle piastrine però recenti studi hanno trovato dei risultati negativi (19).

Infine, alcuni autori hanno proposto che il fattore "personalità" potesse fungere da mediatore nella relazione fra depressione e disturbi cardiovascolari in base ai risultati di alcuni studi che hanno mostrato che alcuni tratti ricollegabili alla personalità D siano dei fattori predittivi per lo sviluppo di una reazione depressiva in pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare acuto (4).

Pertanto la depressione potrebbe essere interpretata come una modalità reattiva in tali soggetti ad eventi stressanti così come gli eventi cardiovascolari l'espressione somatica con quadri quali ipertensione arteriosa, tachicardia sinusale.

## TRATTAMENTO FARMACOLOGICO E NON FARMACOLOGICO

Storicamente, la necessità del trattamento dei soggetti affetti da depressione e da disturbi cardiovascolari si scontra con il timore all'utilizzo degli antidepressivi

---

triciclici che erano i farmaci di prima scelta nella cura delle condizioni depressive.

Infatti, i triciclici presentano un effetto cardiotossico, hanno un'azione sul ritmo cardiaco in particolare possono provocare della tachicardia sinusale, dell'ipotensione ortostatica ed episodicamente arteriosa. Questo profilo favoriva la prescrizione di un trattamento inadeguato del paziente.

Tra l'altro, è noto delle alterazioni all' ECG durante il trattamento con triciclici, in particolare hanno evidenziato la possibilità dell'incremento del QTc.

Tra i triciclici, le amine terziarie quali amitriptilina, imipramina, clomipramina presentano più effetti negativi sul sistema cardiovascolari rispetto alle amine secondarie quali nortriptilina.

Complessivamente l'utilizzo dei triciclici non è sicuro e pertanto sconsigliato nei pazienti affetti da angina pectoris, infarto miocardico ed ipertensione arteriosa.

L'attenzione agli effetti indesiderati soprattutto relativi al sistema cardiovascolare risulta fondamentale nel momento della prescrizione di un antidepressivo in un paziente affetto anche da disturbi cardiovascolari. In particolare gli Inibitori del Reuptake della Serotonina (IRSS) in un primo tempo sono stati presentati come privi di cardiotossicità in relazione ai risultati degli studi pre-clinici.

Inoltre gli IRSS non mostrano determinare dell'ipotensione posturale od avere un effetto clinicamente significativo sulla frequenza cardiaca pertanto la letteratura suggerisce il loro utilizzo in pazienti affetti da disturbi cardiovascolari.

In un recente lavoro di revisione della letteratura sull'argomento (26) si segnala di 4 studi controllati, in doppio cieco, randomizzati sugli effetti di differenti IRSS in un periodo di circa 8-12 settimane in pazienti affetti da disturbo depressivo.

In un lavoro, i risultati hanno mostrato un effetto superiore della paroxetina al placebo in modo significativo (8), in un altro della sertralina (15). Negli stessi studi non

venivano riportati degli effetti indesiderati ricollegabili al trattamento suggerendo l'efficacia e la sicurezza degli IRSS in questi pazienti.

Mentre gli altri due non hanno trovato una differenza significativa. Il risultato della mancanza di una differenza significativa fra placebo e gli IRSS che gli autori attribuivano all'utilizzo di un monitoraggio clinico e d'interventi supportivi che avevano ricevuto anche i pazienti in placebo.

Più recentemente, i dati di valutazioni post-marketing hanno mostrato che il citalopram provoca un allungamento del QTc che a sua volta risulta un fattore per lo sviluppo di aritmie anche fatali, fra cui la torsione di punta.

Pertanto nel 2011 la Food and Drug Administration (FDA) ha annunciato che citalopram non può essere prescritto ad un dosaggio superiore a 40 mg/die. In un secondo tempo la FDA ha precisato che il dosaggio di 20 mg/die risulta prescrivibile come dosaggio massimo in un sottogruppo di pazienti ossia quelli con un'età superiore a 60 anni e che assumano altri farmaci inibitori del citocromo P450 2C19.

Un recente studio mostrerebbe una riduzione di QTc durante un trattamento con bupropione (2).

In questo lavoro si suggerisce che nella scelta del trattamento con IRSS si potrebbe considerare più sicuro l'utilizzo di sertralina rispetto al citalopram.

Infine il bupropione è stato suggerito come farmaco da utilizzare per l'augmentation (Kornbluh et al 2001), anche se la FDA non ha dato questa indicazione.

Infine, i risultati di questo studio hanno suggerito l'utilizzo di bupropione per correggere l'allungamento del QTc in pazienti parzialmente responsivi a citalopram e che necessiterebbe di un incremento del dosaggio per ottenere una risposta clinica.

Dall'esperienza clinica e alcuni lavori preliminari suggerirebbero che in generale il trattamento antidepressivo potesse migliorare l'andamento anche della condizione cardiologica oltre che attenuare la sintomatologia depressiva, però questi studi avevano dei campioni di soggetti arruolati di dimensioni ridotte come limitazione..

Ciò nonostante la American Heart Association ha raccomandato una valutazione di screening per la depressione in tutti i pazienti affetti da disturbi cardiovascolari (25).

Anche tenendo conto dei risultati di uno studio controllato e randomizzato, il quale ha mostrato che tra i soggetti trattati per depressione dopo un infarto miocardico: quelli che avevano avuto una risposta al trattamento per la depressione presentavano un tasso di eventi cardiaci negativi più basso rispetto a quello dei soggetti non responsivi al trattamento e a quelli non trattati (5).

Infine ci sono diversi esperti che consigliano un intervento integrato tra dei farmaci antidepressivi, un intervento psico-sociale e più recentemente anche alcuni clinici hanno proposto la prescrizione di interventi che agiscano sulle disfunzioni del SNA o sui fattori infiammatori in studi clinici controllati (12).

Fra gli esperti che propongono l'intervento psicoterapico come intervento sia da solo sia in associazione al trattamento farmacologico in soggetti affetti da depressione con dei disturbi cardiovascolari sottolineando l'assenza degli effetti indesiderati e l'alto tasso di accettazione del trattamento da parte dei pazienti stessi.

In letteratura sono però a tutt'ora poche le conferme dell'efficacia di interventi psicoterapici in pazienti depressi e affetti da disturbi cardiovascolari.

In particolare, un singolo studio controllato ha mostrato l'efficacia della combinazione di esercizio fisico e psicoterapia cognitivo-comportamentale nella cura della depressione in soggetti affetti da disturbi cardiovascolari (6), ma lo stesso studio non ha mostrato un'efficacia dei due interventi da soli. In aggiunta lo studio era su un campione limitato e pertanto sarebbe necessario ripetere altri studi su campioni più ampi.

Abbiamo selezionato i lavori maggiormente attendibili considerando il disegno dello studio, la numerosità del campione, il tipo di analisi statistiche usate ed abbiamo deciso i loro risultati nella *tabella 1*.

## CONCLUSIONI

Nell'attualità, pertanto non ci sono delle linee guida al trattamento di soggetti affetti da disturbo depressivo in co-diagnosi con i disturbi cardiovascolari. Da una valutazione della letteratura e in accordo con l'esperienza clinica si suggerisce l'avvio di un trattamento farmacologico con IRSS. In caso di risposta parziale si consiglia l'associazione con un dosaggio basso di bupropione.

Infine, in caso di mancata risposta o di non possibilità di prescrizione dell'IRSS valutare l'intervento psicoterapico

**Tabella 1. Studi di efficacia di diversi tipi di trattamento sulla depressione in soggetti con disturbi cardiovascolari**

	Disegno dello studio	Campione	Intervento	Risultato
O' Connor et al 2010	RCT	469	Sertralina e supporto vs placebo e supporto	NS
Gottlieb et al 2007	RCT	28	Paroxetina vs placebo	Diff. Significativa
Leskakis et al 2010	RCT	25	Sertralina vs placebo	Diff. Significativa
Fraguas et al 2009	RCT	37	Citalopram e monitoraggio clinico vs placebo e monitoraggio clinico	NS
Powel et al 2010	RCT	902	Cure abituali e counseling con programmi management vs cure abituali	NS
Gary et al 2010	RCT	74	TCC vs TCC e esercizio fisico vs esercizio fisico vs intervento clinico standard	Diff significativa solo per il gruppo in trattamento combinato

di tipo cognitivo comportamentale o mindfulness-based.

Molti autori, infine, propongono l'utilizzo della prescrizione dell'esercizio fisico in associazione agli interventi sovra-citati.

\*UOP 51, Azienda Ospedaliera san Paolo di Milano

## BIBLIOGRAFIA

1. Buccelletti E, Gilardi E, Scaini E, Galiuto L, Persiani R, Biondi A, Basile F, Silveri NG., *Heart rate variability and myocardial infarction: systemic literature review and meta-analysis*, Eur Rev Med Pharmacol Sci 2009; 13: 299-307.
2. Castro VM, Clements CC, Murphy SN, Gainer VS, Fava M, Weilburg JB, Erb JL, Churchill SE, Kohane IS, Perlis RH., *QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records*, BMJ 2013; 29.
3. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. *From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain*, Nature Reviews Neuroscience 2008; 9: 46-56.
4. De Fazio P, Caroleo M, Rizza P, Cerminate G, De Serio D, Indolfi C, Segura-Garcia C. *Specific personality traits and coping styles predict affective symptoms in early post-acute coronary syndrome inpatients*.
5. De Jonge P, Honig A, van Melle JP, Schene AH, Kuyper AM, Tulner D, Schins A, Ormel J., *Nonresponse to treatment for depression following myocardial infarction: association with subsequent cardiac events*, American Journal of Psychiatry 2007; 164: 1371-78.
6. Gary RA, Dubar SB, Higgins MK, Musselman DL, Smith AL, *Combined Exercise and cognitive behavioural therapy improves outcome in patients with heart failure*, J Psychosom Res 2010; 69: 119-31.
7. Glassman AH, Bigger JT, Gaffney M, van Zyl LT, *Heart rate variability in acute coronary syndrome patients with major depression: influence of sertraline and mood improvement*, Arch Gen Psychiatry 2007; 69: 4-9.
8. Gottlieb SS, Kop WJ, Thomas SA, Katzen S, Vesely MR, Greenberg et al, *A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure*, Am Heart J 2007; 153: 868-73.
9. Frasure-Smith N, Lesperance F, Irwin MR, Talajic M, Pollock BG, *The relationships among heart rate variability, inflammatory markers and depression in coronary heart disease patients*, Brain Behavior Immun 2009; 23: 1140-7.
10. Holt RI, Phillips DI, Jameson KA, Cooper C, Dennison EM, Peveler RC, *The relationship between depression, anxiety and cardiovascular disease: findings from the Hertfordshire Cohort Study*, J Affect Disord 2013; 186-9.
11. Katon WJ., *Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness*. Dialogue in clinical Neuroscience 2011; 13: 7-23.
12. Kop WJ, Stein PK, Tracy RP, Barzilay JI, Schulz R, Gootdiener JS. *Autonomic nervous system dysfunction and inflammation contribute to the increased cardiovascular mortality risk associated with depression*, Psychosomatic Medicine 2010: 626-635
13. Kornbluh R, Papakoostas GI, Petersen T, Neault NB, Nierenberg AA, Rosenbaum JF et al. *A survey of prescribing preferences in the treatment of refractory depression: recent trends*, Psychopharmacol Bull 2001; 35: 150-6.
14. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG., *Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction*, Circulation 2002; 105: 1049-53.
15. Lekakis J, Ikonomidis I, Papoutsis Z., Moutsatsou P, Nikolaou M., Parisis J. et al., *Selective serotonin uptake inhibitors decrease the cytokine-induced endothelial adhesiveness to monocytes and circulating levels of vascular adhesion molecules*, Int J Cardiol 2010; 139: 150-8.
16. Mavrides N., Nemeroff C., *Treatment of depression in cardiovascular disease*, Depression Anxiety 2013; 30: 328-41.
17. Nicholson A., Kuper H., Hemingway H., *Depression as AN aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta analysis of 6362 events among 146538 participants in 54 observational studies*, Eur Heart J 2006; 27: 2763-74
18. Rozanski A., Blumenthal J.A., Davidson K.W., Saab P.G., Kubzansky L., *The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology*, J. Am. Coll. Cardiol 2005; 45: 637-51.
19. Sanner J.E., Fraizer L., Udtha M., YJBM 2013; 86: 5-13.
20. Schulz R., Beach S.R., Ives D.G., Martire L.M., Ariyo A.A., Kop WJ., *Association between depression and mortality in older adults: the cardiovascular health study*, Arch Intern Med 2000; 160: 1761-8.
21. Shin J.Y., Suls J., Martin R., *Are cholesterol and depression inversely related? A meta-analysis of the association between two cardiac risk factors*, Annals of behavioural Medicine 2008; 36: 33-43.
22. Sorensen C., Brandes A., Hendricks O., Thrane J., Friis-Hasche E., Haghfelt T., Bech P., *Psychosocial predictors of depression in patients with acute coronary syndrome*, Acta Psychaitrica Scandinavica 2005; 34: 1234-42.
23. Van Melle J.P., de Longe P., Pijkerman T.A., Tijssen J.G., Ormel J., van Veldhuisen D.J., Van de Brink R.H., Vanden Berg M.P., *Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta analysis*, Psychosomatic Medicine 2004; 66: 814-22.
24. Watkins L.L., Kosh G.G., Sherwood A., Blumenthal J.A., Davidson J.R., O'Connor C., Setch M.H. *Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease*, JAHA 2013; 68
25. Whooley & Wong, *Depression and cardiovascular disorders* 2013; 9: 327-54.
26. Woltz P.C., Chapa D.W., Friedman E., Son H., Akintade B., Thomas S.A., *Effects of interventions on depression in heart failure: a systematic review*, Heart & Lung 2012; 41:469-83.

# L'unicità molecolare della Depressione Maggiore: considerazioni biologiche e implicazioni teoretiche

Massimo Cocchi\* \*\*, Lucio Tonello\*,  
Fabio Gabrielli\*, Assunta Castaldo\*

## RIASSUNTO

Il riconoscimento del fatto che tre acidi grassi delle piastrine (Palmitico, Linoleico e Arachidonico) hanno aperto uno squarcio su conseguenti ipotesi di classificazione della depressione maggiore e del disturbo bipolare, nel tempo diventate acquisizioni sperimentali anche riguardo i concetti di captazione della serotonina in funzione della viscosità di membrana, ci ha consentito di configurare la piastrina come elemento sempre più simile al neurone. Questa evidenza, in contemporanea con la possibilità di classificare i due principali disturbi dell'umore, ha aperto la ricerca a considerazioni, appunto, sull'unicità molecolare della depressione maggiore come fenomeno appartenente solo all'uomo e circoscritto solamente a una porzione del genere umano.

## DISORDINI DELL'UMORE E INTERPRETAZIONE MATEMATICA

Se si accetta l'inequivocabile capacità della Self Organizing Map (SOM) di distinguere ciò che è simile da ciò che è diverso, allora dobbiamo prendere per dato certo il risultato ottenuto nella classificazione di soggetti con Depressione Maggiore rispetto ai soggetti Bipolari (1, 2). Il riconoscimento di tre acidi grassi delle piastrine (Palmitico, Linoleico e Arachidonico)

ha aperto uno squarcio su conseguenti ipotesi che nel tempo diventano certezze sperimentali anche relativamente ai concetti di captazione della serotonina in funzione della viscosità di membrana (3, 4, 5) configurando la piastrina come elemento sempre più simile al neurone, oltre che per derivazione embriogenetica, anche sotto il profilo di certi aspetti molecolari. (6, 7).

Questa evidenza, entrata prepotentemente nei pensieri di alcuni eminenti scienziati, indipendenti come Kary Mullis (Nobel Prize, 1993 per la PCR) o appartenenti al QPP (Quantum Paradigms of Psychopathology) come Mender, Vitiello e Hameroff, ha fatto assumere il lavoro svolto a dignità di scoperta (2).

Il grande fascino dell'operazione, tuttavia, più che legarsi alla possibilità di riconoscere inequivocabilmente Depressi e Bipolari (risultati Progetto Regione Marche, 2012), fatto non indifferente, scivola umilmente, ma prepotentemente, nella complessità della dimensione quantistica del fenomeno della coscienza, conducendo alla formulazione di un'ipotesi molecolare della stessa legata a caratteristiche chimico-fisiche della membrana,



Fig 1. Distribuzione dei valori medi degli acidi grassi di tutti i casi indagati (uomini e animali) sulla SOM

del suociascuno degli acidi grassi, utilizzati dalla SOM, con il loro peso molecolare e il loro punto di fusione, ciascun gruppo di soggetti, non solo assume una propria posizione in una mappa monodimensionale costruita sui parametri e le dimensioni della SOM, ma produce la possibilità di nuove interpretazioni (Figura 2).

Le riassumiamo brevemente prima di passare ai commenti e alle considerazioni:

- La popolazione con Depressione Maggiore (DM) si stacca completamente dalle caratteristiche di tutti gli altri soggetti (umani e animali) oggetto dell'indagine, per esprimere il massimo coefficiente di fluidità della membrana (indice negativo), riconducibile al massimo livello di acido arachidonico;
- Tutti i soggetti con Disordine Bipolare (DB) assumono un indice positivo, a significare una maggiore viscosità rispetto ai depressi;
- Gli animali normalmente ritenuti depressi (ratto, guinea pig e maiale) si collocano nell'area patologica, ma con segno corrispondente a quello dei Bipolari, cioè positivo;

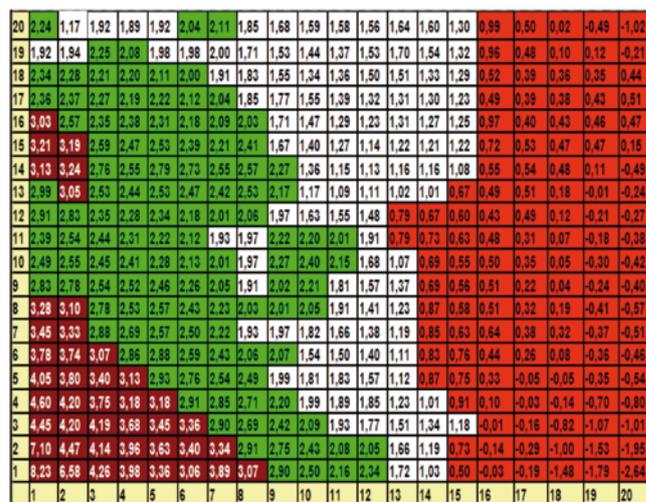


Fig. 2. Distribuzione dell'indice B2 su una mappa monodimensionale

- Tutti gli altri animali si collocano dalla parte opposta dei patologici, prossimi alla fascia che la SOM attribuisce alla normalità o molto vicino.

Nella seguente tabella 1 sono riportati tutti i dati sperimentali ottenuti per gli acidi grassi e l'indice B2.

Tabella 1. Distribuzione dei valori degli acidi grassi e dell'indice B2 di tutti i casi studiati

Soggetti	Numero Casi	Acido Palamitico	Acido Linoleico	Acido Archidonico	Indice B2
Pecora	4 pool di 3	19.91	8.22	4.73	3.980
Bovino	4 pool di 3	18.37	26.72	6.77	2.937
Gatto	4 pool di 3	17.45	27.75	9.54	2.240
Cavallo	4 pool di 3	14.8	23.17	6.46	2.173
Asino	8 pool di 3	14.39	19.68	6.34	2.154
Guinea Pig	Letteratura	17.4	12.4	14.6	1.675
Ratto	Letteratura	24.40	9.5	20	2.567
Maiale	80	26.09	8.78	14.12	3.957
	1	15.13	20.65	21.77	-0.203
Husky	5	18.25	19	21.2	0.688
	1	16.7	17.89	23.9,	-0.120
Depressione (DM+DB)	84	17.92	16.71	19.03	1.002
Depressione maggiore	41	17.22	9.34	26.81	-0.310
Bipolare	67	19.75	8.65	23.79	0.819
Ischemici1 (senza satine)	50	23.32	10.51	15.17	3.072
Ischemici 2 (con satine)	87	19.59	4.74	12.72	2.658
Giovani Adulti	45	18.16	21	14.71	1.690
Bambini	59	23.23	11.82	10.77	3.746

## QUALI DUNQUE LE RIFLESSIONI?

Se teniamo sempre presente l'inequivocabile e netta divisione che SOM e indice fanno tra Depressi e Bipolari (giòva ripeterlo), queste riflessioni possono essere più di una:

La popolazione con Depressione Maggiore presenta caratteristiche molecolari completamente diverse rispetto agli altri esseri viventi (siano essi uomini o animali). Ciò fa dei depressi un gruppo particolare che presenta, ad esempio, caratteristiche enzimatiche contrarie a quanto descritto per le desaturasi al trascorrere dell'età. La grande concentrazione, ad esempio, di acido arachidonico nelle membrane piastriniche (ottenuto per la massima parte dalla conversione linoleico-arachidonico, mediato da un enzima denominato delta6 desaturasi) urta contro il concetto che gli animali più longevi hanno basse concentrazioni di acido arachidonico, come dimostra la loro posizione nella fascia sinistra della SOM, e accorda con i reperti della letteratura, che dimostrano nei soggetti con DM un forte coinvolgimento del processo infiammatorio, fortemente legato agli aspetti metabolici dello stesso acido grasso (risultati Progetto Regione Marche, 2012);

Delle specie animali studiate, fra le più caratteristiche per longevità e per essere "secundum et iuxta species", ("Et fecit Deus bestias terrae iuxta species suas et iumenta secundum species suas) come descritto in Genesi (1,25), cioè per comportamento e utilità, al servizio dell'uomo, la maggioranza presenta bassi livelli di acido arachidonico ad eccezione, come già detto, del maiale (ritenuto dal punto di vista delle neuroscienze il più simile all'uomo stesso) del ratto e del guinea pig; la fascia dei soggetti con atteggiamento molecolare caratteristico dei Bipolari (cioè con indici positivi) si colloca in posizione intermedia fra la cosiddetta "normalità" e la DM; per le considerazioni fatte, la DM si presenterebbe, a questo punto, come vera patologia, ben delineata nei contorni molecolari e dotata di maggiore stabilità di espressione dello stato cosciente, anche se patologica; l'atteggiamento molecolare dei

Bipolari (come maggiore numerosità rispetto ai DM) si configurerebbe (anche se patologicamente non meno grave della depressione) come l'altalenarsi di espressioni comportamentali e, per certi versi, con maggiore possibilità di recupero verso una condizione di normalità, pur considerando l'ineluttabile possibilità di una dimensione drammatica ed esplosiva del sintomo psicotico.

Certamente l'uso della biochimica, della matematica non lineare e la comparazione uomo-animale consente riflessioni non lontane dalla reale interpretazione dei disturbi dell'umore.

La coscienza è uno dei fenomeni a tutt'oggi scientificamente più ardui da modellare. In ambito filosofico, religioso, spirituale in genere, le ipotesi non mancano, ma in ambito scientifico ancora non si sono svelati i meccanismi cogenti che conducono al manifestarsi del pensiero. In un percorso di ricerca a ritroso, dal macro al microscopico, molto è stato scoperto sui meccanismi del sistema nervoso, sulle risposte psicofisiche generate da stimoli interni o esterni, ma il quesito di fondo è a tutt'oggi inviolato. Da dove origina l'input primario che fa sì che a determinate condizioni dalla materia grigia scaturisca il pensiero che dà avvio alle reazioni già studiate dalla scienza? È tesi viepiù avvalorata che ricerche nell'ambito della meccanica quantistica potrebbero permettere di compiere decisivi passi avanti verso la soluzione del quesito in oggetto.

A questo punto non rimane che chiedersi se le interpretazioni dei livelli di coscienza (Figura 3) non vedano, in quella che appartiene alla DM, la corrispondenza con una dimensione a se stante, e se la coscienza della DM appartenga alla Classic Consciousness o se, invece, si trovi in una dimensione ancora diversa.

Se noi accettiamo il concetto spartiacque così come ipotizzato fra Quantum Consciousness e Classic Consciousness (Figura 4) con uno spazio computabile in 10-9 m, dobbiamo fare una successiva riflessione.

La parte sommersa dell'iceberg (Quantum Consciousness - Fig 4.) concede quella scalarità della coscienza che va dal livello più primordiale [proto-se, animali dell'era

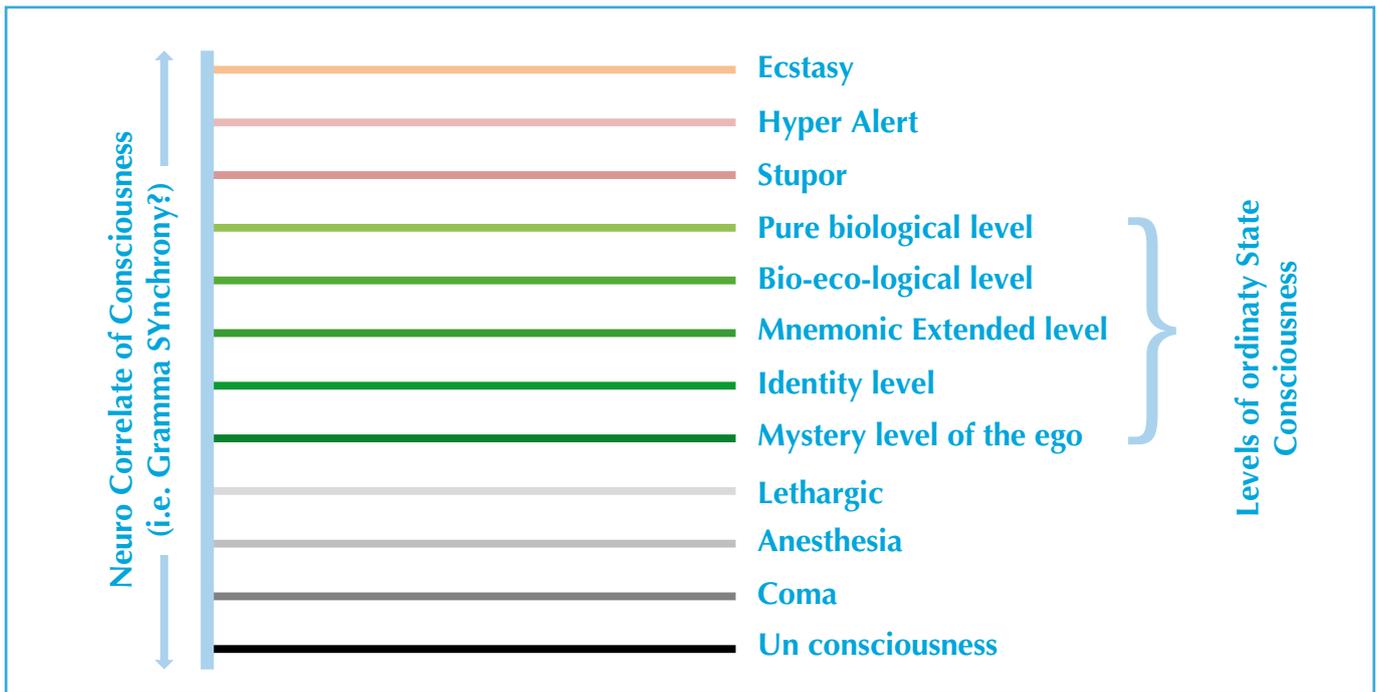


Fig 3. Classificazione dei livelli di coscienza

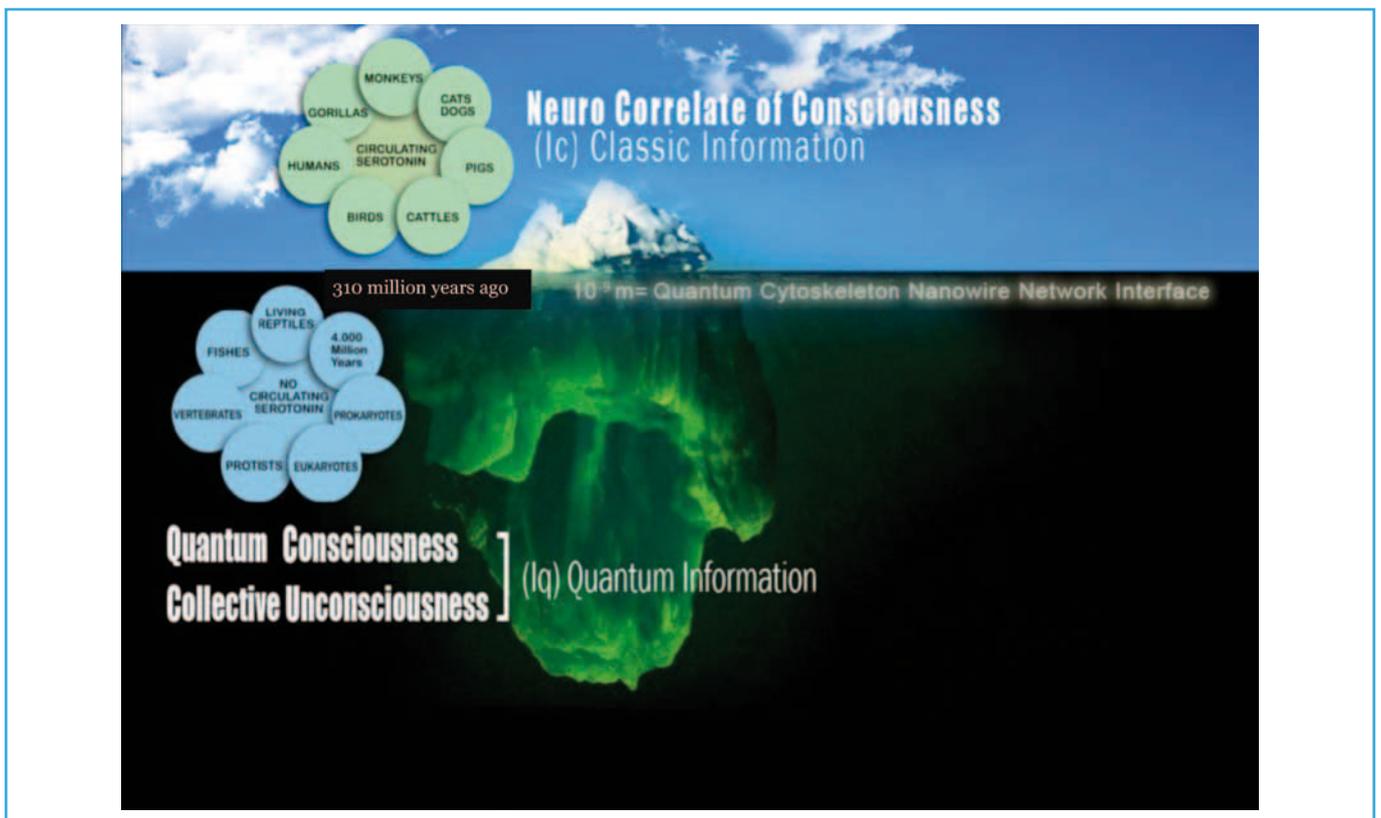


Fig 4. La parte sommersa dell'iceberg - Quantum Consciousness

pre-serotonina circolante (4.000 milioni di anni fa)] per passare progressivamente a livelli di coscienza di maggiore complessità [(Neuro Correlate of Consciousness, animali

dell'era serotonina circolante (310 milioni di anni fa)] fino a una crescente complessazione dello stato di coscienza, che culmina nell'uomo.

È a questo punto che, forse, si pone il problema della coscienza dell'uomo bipolare e dell'uomo depresso: dove collocare quest'ultimo se, tutto sommato, la coscienza del soggetto Bipolare, per le caratteristiche molecolari individuate e per la plausibilità delle ipotesi fatte, tenderebbe a ricondursi, pur dal livello più alto (uomo), alle caratteristiche molecolari ritrovate nel mondo animale?

In che termini disegnare un discorso sull'uomo riguardo alla dialettica coscienza-disturbi dell'umore?

## IPOTESI TEORETICHE

L'accostamento biochimico alle patologie mentali, nel segno di un'oggettività biologica che potrebbe fare da solido punto d'appoggio per diagnosi cliniche ed escursioni fenomenologiche nei fenomeni depressivi e bipolari, intercetta nelle piastrine un punto fondamentale per concludere ad una ipotesi genetica dei disturbi dell'umore e del comportamento.

L'alterazione a livello molecolare, non solo in riferimento ai neuroni ma anche al sangue, soprattutto nel citoscheletro delle piastrine, ha forti connessioni con la coscienza, e quindi con il comportamento. Infatti, la proteina del gruppo G, la Gs-alpha, costituisce una rilevante componente della tubulina, i cui filamenti costituiscono i microtubuli, i quali compongono la struttura interna della cellula, il citoscheletro. I microtubuli, inoltre, hanno la funzione di propagazione dei segnali e intervengono nelle sinapsi (20).

La lettura delle piastrine potrebbe permetterci di capire davvero i meccanismi neurali del comportamento, imponendosi come marcatore biologico dei fenomeni di coscienza e delle sue alterazioni, su base genetica. Alla luce di queste considerazioni, potremmo avanzare la seguente ipotesi, che possiamo articolare nei seguenti passaggi:

- a. L'uomo è un essere progettante;
- b. Il progetto germina dalla volontà, intesa come voler

far diventare altro da sé se stessi e il mondo (progetto trasformatore);

- c. La volontà è situazionata, incorporata, incarnata nell'hic et nunc: «Io non sono un cogito ardo e sovrano, librato nel cielo delle idee, ma sono quest'essere greve di cui una sola greve espressione definirà il peso: io sono un io-qui-adesso-così fra questi uomini-con questo passato» (21)
- d. Quindi è volontà fragile, contingente;
- e. Il riconoscimento di questa vulnerabilità, cioè la comprensione della possibile implosione dei propri progetti, così come le fratture biologiche ed esistenziali geneticamente determinate, contrassegna l'uomo a tre livelli o stati:
  1. Normalità, con tutte le riserve che il termine comporta. Si tratta di uno stato umano che oscilla, ovviamente con tutta una vasta, policroma gamma di gradazioni e oscillazioni, tra uno "stare al mondo" (in der Welt sein) nel segno del divertissement pascaliano delle Pensées, cioè dello sfordimento di sé nell'indistinta molteplicità delle preoccupazioni quotidiane e delle dinamiche sociali, o nel segno dell'essere per la morte del Sein und Zeit di Heidegger, cioè progettare la vita con la consapevolezza che siamo "nulli fondamenti di una nullità" (Nichtigkeit). In altri termini, il nostro destino più proprio, quindi autentico (proprio e autentico, rileva Heidegger, hanno, in tedesco, la stessa radice, ossia eigen-: engl. tr. J. Macquarrie and E. Robinson (1962). Being and Time [London: SCM Press), è, appunto, accettare la morte come possibilità insormontabile, cui ci richiama senza posa la "voce della coscienza" (Ruf des Gewissens).
  2. Bipolarismo: espressivo di una sua specifica connotazione biologica e di una radicalità culturale che intercetta nell'apollineo e nel dionisiaco i suoi marcatori esistenziali, senza cadere, tuttavia, nel riduzionismo psicologico e nel determinismo culturale come quello, per esempio, di Benedict (22)
  3. Depressione Maggiore: geneticamente deter-

minata, esprimibile in termini biologici oggettivi (alterazione della concentrazione degli acidi grassi nelle piastrine, cui abbiamo fatto riferimento sopra), interpretabile in chiave culturale.

I primi due stati possono essere definiti ontologico-estesi, il terzo, ovvero la depressione Maggiore, ontologico-ristretto: tutti e tre gli stati in oggetto s'impongono come modalità bio-culturali strutturali dell'uomo in quanto uomo, tuttavia lo spettro ontologico della normalità e del bipolarismo è più ampio di quello della Depressione maggiore, che costituisce una nicchia biologica e, quindi, esistenziale (ontologica) ed esistenziale (ontica).

Indubbiamente, la Depressione Maggiore si presenta come lo stato più complesso e umbratile, tuttavia possiamo formulare due ipotesi di lettura, che ci sembrano particolarmente euristiche:

a. La prima ipotesi, potremmo definirla evolucionismo conservativo: il Depresso Maggiore contiene un errore genetico, forse legato, in chiave evolucionistica, all'istinto di conservazione. Si tratta di un approccio etologico, che vede nell'apatia, nella glaciazione della volontà, una sorta di nicchia ecologica e antropologico-esistenziale, finalizzata al congedo dalla dimensione sociale per non entrare in conflitto con il mondo, riducendo la "possibilità di essere attaccati". «Therefore, in functional terms, depression serves to reduce an individuals' attack provoking stimuli and hence the probability of them being subject to attack by others in their group. The defensive nature of depression has been recognized by others and it has also been suggested that this may have evolutionary origins. However, considering depression to be simultaneously pathology and evolutionary adaptation is essentially paradoxical, and so a different approach is required» (23). Questa interpretazione bio-evolucionistica potrebbe essere oggetto, in altra sede, di una comparazione teoretica con la classica lettura genealogica nitzscheana dei comportamenti e delle dinamiche etico-esistenziali,

in particolare "la chimica delle idee e dei sentimenti", la morale dei signori e degli schiavi, il risentimento morale e il sacrificio, di cui parla Nietzsche in *Umano, troppo umano, Al di là del bene e del male, Genealogia della morale*.

b. La seconda ipotesi, che è quella che meglio riflette la nostra posizione, potremmo chiamarla interazionismo bioculturale aperto o sostanzialismo personalistico: il dato biologico influenza, ma non condiziona, fino ad assorbirla in toto, la persona, intesa come sostanza, identità irripetibile, sintesi di biologia e cultura, genetica, evoluzione e autoprogettazione esistenziale.

In sintesi, questa posizione teoretica comporta:

- Rivendicazione di un'antropologia capace di cogliere l'uomo come un'unica sostanza (24).
- Persona intesa come sostanza (*ens subsistens ratione praeditum*), eccitata, quale espressione di un corpo vivificato, organizzato, informato dalla coscienza, come espressione di un continuum organico di livelli comunicanti tra loro, tra i quali spicca quello che noi chiamiamo livello identitario di senso, che ne specifica la dignità (degnificazione ontologica) e la libertà (18). In questo contesto, sarebbe interessante, dal punto di vista dialettico, confrontarsi con la riflessione, di matrice kantiana, di Strawson sulla persona come concetto originario predicabile dell'uomo in quanto uomo (25).

La Depressione Maggiore, insomma, ha una base genetica (26)), una mappatura biologica ben precisa, espressiva di un'irriducibile nicchia molecolare, come emerge dalle risposte della SOM, tuttavia vicende biografiche, dinamiche culturali, contesto sociale fanno di questa patologia un evento plastico, sia in chiave ontologica o strutturale, sia in chiave ontica o particolare, legata al "qui e ora".

Si capisce, allora, come l'accostamento terapeutico alla Depressione Maggiore, e alle patologie in genere, non possa limitarsi alla disease, ma debba considerare anche la illness (i vissuti della malattia) (27, 28).

## CONCLUSIONI

In definitiva, potremmo dire che la normalità - nelle sue oscillazioni - e il bipolarismo traducono, sul piano molecolare e culturale, l'ambivalenza (la duplicità) tipica dell'umano stare al mondo, già mirabilmente colta, per esempio, dai Greci.

A questo proposito, citiamo un noto passo omerico:

*“Nella dimora di Zeus vi sono due grandi orci che dispensano l'uno i mali, l'altro i beni; li mescola il dio delle folgori, e colui a cui ne fa dono riceve ora un male ora un bene”* (Iliade, XXIV, 526-533). E, a suggello di quanto stiamo dicendo, ecco i versi paradigmatici di Sofocle: *“Niente dura per gli uomini, non la notte lucente, non il male, non la ricchezza, ma tutto scompare in un momento e subito ad altri toccano la gioia e la privazione”* (Trachinie, I, 130-135; per queste tematiche, e in particolare il concetto di duplicità, cfr. U. Curi, *Endiadi. Figure della duplicità*, Feltrinelli, Milano 2002; Id., *Meglio non essere nati. La condizione umana tra Eschilo e Nietzsche*, Bollati Boringhieri, Torino 2009).

Di contro, la Depressione Maggiore presenta irriducibili dinamiche molecolari - massimo coefficiente di fluidità della membrana (indice negativo), riconducibile al massimo livello di acido arachidonico - che s'incarnano in uno scenario culturale che costituisce un unicum: visione monistica del vivere, nel segno dell'irredimibile oscurità delle tonalità esistenziali e affettive.

Si potrebbe ipotizzare che il livello di coscienza del Depresso Maggiore esprima una tale raffinatezza e una così vertiginosa sensibilità, che per abbassare le sue temperature bio-esistenziali interne, provocate dal lacerante senso dell'ineluttabile implosione della vita, in tutte le sue forme, nella morte, si crea nicchie ecologiche di conservazione (glaciazione della vita, anestetizzazione della progettualità). Tali nicchie ecologiche, lo ripetiamo, possiedono una casa genetica comune, ma espressioni esistenziali plastiche e irriducibili.

In questo contesto, è di utile confronto dialettico il

modello eccitata (personalità, natura individuale, essenzialità) di Roberta De Monticelli (R. De Monticelli, *La novità di ognuno. Persona e libertà*, Garzanti, Milano 2009), che parte dalla nota definizione boeziana (*Naturae rationalis individua substantia*: cfr. *Liber de persona et duabus naturis contra Eutychem et Nestorium*, III, 6), per approdare a una esaltazione della natura individuale, della personalità, della “novità perenne” che ognuno di noi incarna (unicità, profondità, iniziativa, creatività).

\* Institute “Paolo Sotgiu” for Research in Quantitative & Quantum Psychiatry & Cardiology, L.U.de.S. University, Lugano, Switzerland

\*\* Department of Medical Veterinary Sciences, University of Bologna

## BIBLIOGRAFIA

1. Cocchi M., Tonello L., Tsaluchidu S., Puri B.K., *The use of artificial neural networks to study fatty acids in neuropsychiatric disorders*, BMC Psychiatry, 2008. 8 (Suppl 1): S3.
2. Cocchi M., Tonello L., *Bio molecular considerations in Major Depression and Ischemic Cardiovascular Disease*, Central Nervous System Agents in Medicinal Chemistry, 2010. 10: p. 97-107.
3. Tonello L., Cocchi M., *The cell membrane: a bridge from psychiatry to quantum consciousness?* NeuroQuantology, 2010. 8(1): p. 54-60.
4. Heron D.S., Shinitzky M., Hershkowitz M., Samuel D., *Lipid fluidity markedly modulates the binding of serotonin to mouse brain membranes*, Proc Natl Acad Sci, 1980. 77: p. 7463-7467.
5. Lee RE., *Membrane engineering to rejuvenate the ageing brain*, Can Med Assoc J, 1985. 132: p. 325-327.
6. Evers C.A., Starr L., *Biology: Concepts and Applications*, 6th ed. United States: Thomson, 2006. 0-534-46224-3.
7. Marangos P.J., et al., *Blood Platelets Contain a Neuron-Specific Enolase Subunit*, Journal of Neurochemistry, 1979. 34: p. 1254-1258.
8. Cocchi M., Gabrielli F., Tonello L., Pregolato M., *The Interaction Hypothesis of Depression*, NeuroQuantology,

2010. 4: p. 603-613.
9. Cocchi M., Gabrielli F., Tonello L., Pregnolato M., *Consciousness and Hallucinations: Molecular Considerations and Theoretical Questions*, NeuroQuantology, 2011. 9: p. 182-189.
  10. Flynn G., Alexander D., Harris A., et al., *Increased absolute magnitude of gamma synchrony in first-episode psychosis*, Schizophr Res, 2008. 105: p. 262-271.
  11. Hameroff SR., *The "conscious pilot"-dendritic synchrony moves through the brain to mediate consciousness*, J Biol Phys, 2010. 36: p. 71-93.
  12. Bekoff M., Allen C., Burghardt G.M., *The Cognitive Animal: Empirical and Theoretical Perspectives on Animal Cognition*, 2002. Cambridge MA, MIT Press.
  13. Bekoff M., Pierce J., *Wild Justice: The Moral Lives of Animals*, Chicago University of Chicago Press, 2009, it. tr., Giustizia Selvaggia. La vita morale degli animali, Milano Baldini & Castoldi, 2010.
  14. Quaranta A., Siniscalchi M., Vallortigara G., *Asymmetric tail-wagging responses by dogs to different emotive stimuli*, Current Biology, 2007. 17: p. 199-201.
  15. Cocchi M., Tonello L., De Lucia A., Amato P., *Platelet and Brain Fatty Acids: a model for the classification of the animals? Part 1*, International Journal of Anthropology, 2009. 24: p. 69-76.
  16. Cocchi M., Tonello L., De Lucia A., Amato P., *Platelet and Brain Fatty Acids: a model for the classification of the animals? Part 2*, Platelet and Brain Fatty acid transfer: Hypothesis on Arachidonic Acid and its relationship to Major Depression, International Journal of Anthropology, 2009. 24: p. 201-220.
  17. Cocchi M., Sardi L., Tonello L., Martelli G., *Do mood disorders play a role on pig welfare?* Ital.J.Anim.Sci, 2009. 8: p. 691-704.
  18. Cocchi M., Tonello L., Gabrielli F., Pregnolato M., Pessa E., *Quantum Human & Animal Consciousness: A Concept Embracing Philosophy, Quantitative Molecular Biology & Mathematics*, Journal of Consciousness Exploration & Research, 2011. 2 p. 547-574.
  19. Cocchi M., Tonello L., Gabrielli F., *The animal side of "mood disorders"*, Lambert Publishing, 2012.
  20. Cocchi M., Tonello L., *Running the hypothesis of a bio molecular approach to psychiatric disorder characterization and fatty acids therapeutical choices*, Annals of General Psychiatry, 2010. 9 (supplement 1): S26.
  21. Mounier E., *Révolution personaliste et communautaire*, in Ouvres, 1961. Seuil, Paris; cfr. anche Manifeste au service du Personalisme, in Ouvres, cit.
  22. Benedict R.F., *Patterns of Cultures*, New American Library, 1934, New York.
  23. Hendrie C.A., Pickles A.R., (), *Depression as an evolutionary adaptation: Anatomical organisation around the third ventricle*, Med Hypotheses, 2010. 74(4): p. 735-40.
  24. Nussbaum M.C., Putnam H., *Changing AristotlÈs Mind*, in M.C. Nussbaum, A. Okesberg Rorty, a cura di, Essays on AristotlÈs "De anima", Oxford University Press, Oxford 1992.
  25. Strawson P.F., *Individuals. An Essay in Descriptive Metaphysics*, Routledge Kegan and Paul, London. 1959.
  26. Karg K., Burmeister M., Shedden K. Sen S., *The Serotonin Transporter Promoter Variant (5-HTTLPR), Stress, and Depression Meta-analysis Revisited*, Arch Gen Psychiatry, 2011. 68: p. 444-454.
  27. Kleinman A., *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Huma Condition*, New York: Basic Books 1998. A. Kleinman, J. Kleinman (1991). Suffering and its professional transformation. In Culture, Medicine and Psychiatry, 15: p. 275-301, Dordrecht, Springer.
  28. Young A., (), *The anthropologies of illness and sickness*, In Annual Review of Anthropology, 1982. 11: p. 257-285.
- mails:
- [massimo.cocchi@unibo.it](mailto:massimo.cocchi@unibo.it)
  - [luciotonello@gmail.com](mailto:luciotonello@gmail.com)
  - [fabio.gabrielli@uniludes.ch](mailto:fabio.gabrielli@uniludes.ch)
  - [assunta.castaldo@istruzione.it](mailto:assunta.castaldo@istruzione.it)

# L'esperienza dell'ambulatorio vademecum per l'ansia e la depressione: orientamenti per una medicina di comunità

*Fabrizia Colmegna\**, *Enrico Biagi\**,  
*Emanuela Giampieri\**, *Umberto Mazza\**,  
*Luigi Zappa\**, *Annamaria Lax\*\**,  
*Francesco Bartoli\*\**, *Massimo Clerici\*\**

## ABSTRACT

### Introduzione

La prevalenza dei disturbi d'ansia e della depressione nella popolazione afferente ai medici di Medicina Generale (MMG) è in costante crescita. La capacità di gestire la patologia affettiva minore è diventata, per l'intero sistema assistenziale, una competenza da acquisire con tale priorità da assumere rilievo anche a livello della (ri)organizzazione della sanità pubblica. L'ambulatorio VADEMECUM (Valutazione Ansia e DEpressione nella MEdicina di Comunità - Unità di Monza) rappresenta un tentativo di risposta - ad opera del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O San Gerardo di Monza - alla richiesta di potenziare l'interdisciplinarietà fra MMG e servizi specialistici al fine di favorire la diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici per la popolazione affetta da disturbi dello spettro ansioso-depressivo.

### Materiali e metodi

L'attività svolta presso l'Ambulatorio VADEMECUM è stata valutata con riferimento al primo anno dall'attivazione ed ha riguardato gli utenti consecutivamente ammessi al servizio per consulenza specialistica - psicologica e/o psichiatrica - in disturbo d'ansia o depressivo lieve-moderato. Tale popolazione è stata analizzata da un punto di vista sociodemografico e clinico. I dati relativi alle variabili prese

in esame sono stati estratti dal database Psiche del sistema informativo psichiatrico lombardo.

### Risultati

Nell'arco di un anno dall'apertura, l'Ambulatorio VADEMECUM ha erogato visite psichiatriche per 647 soggetti. La maggior parte di questi è rappresentata da utenti di sesso femminile e di età compresa fra i 35 e i 55 anni. In quasi il 90% dei casi la diagnosi d'invio è stata confermata (57% disturbi d'ansia, 30% disturbi depressivo).

### Discussione e conclusioni

In termini assoluti il nostro campione conferma la rilevanza della prevalenza di patologie dello spettro ansioso-depressivo nella popolazione generale e, quindi, l'importante carico assistenziale che tali disturbi implicano in termini clinici. Per la maggior parte dell'utenza è stata confermata la diagnosi iniziale a convalida dell'adeguatezza dell'invio da parte dei MMG. Rimane pur vero che occorre migliorare l'accuratezza della valutazione dei MMG e, in secondo luogo, studiare l'efficacia degli interventi attuati a livello specialistico.

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la Medicina Generale ha assistito ad un aumento generalizzato della diffusione dei disturbi d'ansia e dell'umore fra la propria utenza (3; 4; 6). Le dimensioni del fenomeno sono tali da far ritenere questi problemi di salute mentale una forma di disagio comune, al contempo meritevole di essere affrontata come area prioritaria di intervento (10). Se tale problematica richiede una nuova "responsabilizzazione" del medico di medicina generale (MMG), è pur vero che anche la Psichiatria è chiamata ad un cambiamento delle proprio ruolo storico - quale principale (se non unica) agenzia di presa in carico della malattia mentale - e delle modalità d'intervento che le permettano, sempre più, di erogare interventi differenziati.

Allo scopo di creare servizi di collaborazione specializzati ad hoc per l'ansia e la depressione "minore", è stato attivato - nell'ambito delle attività psichiatriche di consultazione del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.O. San Gerardo di Monza - l'Ambulatorio VADEMECUM (Valutazione Ansia e Depressione nella Medicina di Comunità - Unità di Monza). Si tratta di un servizio consulenziale che riassume al proprio interno competenze psicologiche e psichiatriche con il fine di offrire interventi di valutazione e di orientamento alle cure per soggetti adulti portatori di disturbi d'ansia o depressivi lievi-moderati. L'attività ambulatoriale è stata quindi ipotizzata per coprire uno spettro di prestazioni specialistiche che includono interventi di inquadramento psicodiagnostico, valutazione e consulenza psicofarmacologiche, nonché colloqui clinici con pazienti, colloqui con i familiari e counselling individuale.

Ad un anno dall'apertura del Servizio è emerso un interesse specifico al monitoraggio dell'esperienza in corso ipotizzando una quantificazione preliminare, socio-demografica e clinica, della popolazione fruitrice delle prestazioni erogate: tale popolazione, al momento dell'estrazione dei dati, costituiva l'utenza "in cura" all'ambulatorio per il primo anno della sua attività. I dati raccolti supportano alcune considerazioni sulla valenza, attuale e potenziale, che un servizio come il nostro può assumere all'interno della realtà sanitaria pubblica locale del territorio geografico di riferimento.

## MATERIALI E METODI

Sono stati valutati i pazienti consecutivamente ammessi all'Ambulatorio VADEMECUM dal 1 Novembre 2011 al 31 Ottobre 2012. Sono state indagate variabili socio-demografiche e cliniche. Le diagnosi psichiatriche sono state effettuate secondo i criteri dell'ICD-10 (15).

All'Ambulatorio sono indirizzati soggetti d'età compresa fra i 18 e i 70 anni per le quali il MMG abbia posto un quesito/sospetto diagnostico di disturbo d'ansia o di di-

sturbo depressivo lieve o moderato. Allo scopo di agevolare il passaggio e l'integrazione di informazioni fra il curante e il consulente - psicologo e/o psichiatra - è previsto che l'invio del paziente sia corredato dalla compilazione e dalla trasmissione da parte del MMG di un apposito modulo riassuntivo di dati anamnestici e clinici rilevanti ai fini della successiva valutazione diagnostico-terapeutica. Più precisamente, tale modulo richiede di specificare aspetti relativi a: diagnosi provvisoria, quadro psicopatologico attuale e pregresso, aree di criticità, anamnesi medica e terapie farmacologiche in corso, precedenti trattamenti psichiatrici e/o psicologici, attuale/pregresso uso di alcol o altre sostanze.

Le informazioni sulle caratteristiche dei pazienti presentate in questo lavoro sono state raccolte tramite il sistema informativo psichiatrico della Regione Lombardia che, ormai dagli anni novanta, è stato informatizzato attraverso il software in rete Psiche, garantendo di quantificare/monitorare le prestazioni erogate da parte dei servizi psichiatrici pubblici e privati accreditati attivi sul territorio lombardo (7). Abbiamo utilizzato Psiche per condurre la nostra indagine in quanto la completezza dei dati codificabili, relativi non solo all'attività prodotta, ma anche alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti (diagnosi ICD-10, anno del primo contatto psichiatrico in assoluto e anno del primo contatto con le strutture della specifica U.O.P.), lo rende uno strumento in grado di facilitare la realizzazione di analisi di carattere epidemiologico e valutativo (7).

## RISULTATI

L'estrazione dei dati per il periodo di riferimento ha riguardato 647 soggetti. Si tratta di una popolazione costituita prevalentemente da utenti di sesso femminile (64% donne vs 36% uomini). La distribuzione del campione per età documenta un picco in corrispondenza delle fasce comprese fra i 35 e i 45 anni e fra i 45 e i 55 anni.

Caratteristiche socio-demografiche più dettagliate sono illustrate in Tabella 1 e Figura 1.

**Tabella 1 – Caratteristiche socio-demografiche**

Variabile	Prevalenza
<b>Sesso</b>	
Uomini	35.9%
Donne	64.1%
<b>Livello di istruzione</b>	
Licenza elementare <sup>1</sup>	12.6%
Licenza media inferiore	37.6%
Diploma medio superiore	38.3%
Laurea	11.5%
<b>Stato civile</b>	
Celibe/nubile	28.8%
Celibe/nubile	50.9%
Divorziato/a o separato/a	56.1%
Vedovo	23.9%
<b>Condizione lavorativa</b>	
Occupato/a	56,1%
Non occupato/a <sup>2</sup>	23,9%
Studente/-ssa	5,4%
Pensionato/a o Invalido/a	14,6%
<b>Situazione abitativa</b>	
Solo	13.1%
Famiglia d'origine	19.7%
Famiglia acquisita	65.0%
Altro <sup>3</sup>	2.2%

<sup>1</sup> *analfabeta o licenza elementare*

<sup>2</sup> *disoccupato/a, in cerca di primo lavoro, condizione non professionale*

<sup>3</sup> *con altri familiari, con amici o in comunità alloggio protetta*

Per quanto riguarda la distribuzione delle diagnosi, se per la maggior parte del campione è stata confermata una diagnosi di disturbo d'ansia (57%) o di disturbo depressivo (30%), il 13% dei soggetti ha ricevuto una diagnosi differente da quelle appartenenti a queste due categorie nosografiche. Oltre la metà di tali pazienti presentava un disturbo di personalità (ved. Figura 2).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati, assolutamente preliminari, del nostro monitoraggio sul lavoro fatto nel corso del primo anno sono in linea con le evidenze epidemiologiche presenti in letteratura che documentano una maggiore prevalenza dei disturbi ansioso-depressivi a carico del sesso femminile e della fascia d'età intermedia (1; 14). La dimensione della popolazione individuata, oltre a riflettere indirettamente l'elevata prevalenza dei problemi di ansia e depressione a livello della popolazione generale, rende ragione dell'utilità di Servizi di questo tipo nel favorire una diminuzione del carico assistenziale globale dei servizi territoriali di Salute Mentale. Tale dato, d'altro canto, introduce anche una riflessione sull'appetibilità o meno e/o sull'eventuale "successo" riscosso, in termini di atteggiamento del "consumatore" di prodotti sanitari, da un'unità ambulatoriale specialistica che - come la nostra - si trova inserita nel contesto ospedaliero: ciò induce a rilevare come la sperimentazione in oggetto favorisca un clima meno stigmatizzante rispetto a quello che, inevitabilmente, caratterizza i luoghi storicamente deputati alla presa in cura della malattia mentale. È noto, infatti, come la percezione dello stigma derivante dai "luoghi" tipici della psichiatria possa costituire un ostacolo nel consentire l'adesione al trattamento anche quando si parli di disturbi minori come l'ansia o la depressione (8; 11; 12), ritenuti generalmente meno gravi e, in assoluto, più accettabili collettivamente rispetto ai disturbi psicotici o alle dipendenze da sostanze (2). È quindi possibile - ed al contempo auspicabile - che l'invio ad una struttura di questo tipo, oltre che rivelarsi meno stigmatizzante, incoraggi una maggiore richiesta d'aiuto da parte di chi di questo aiuto può beneficiare, promuovendo, da ultimo, il riconoscimento del disagio mentale come di "qualcosa d'altro", non necessariamente limitato alla grave patologia psichiatrica.

La valutazione dei dati relativi al profilo clinico della popolazione dell'ambulatorio VADEMECUM lascia spazio a considerazioni di altro ordine. In primo luogo,

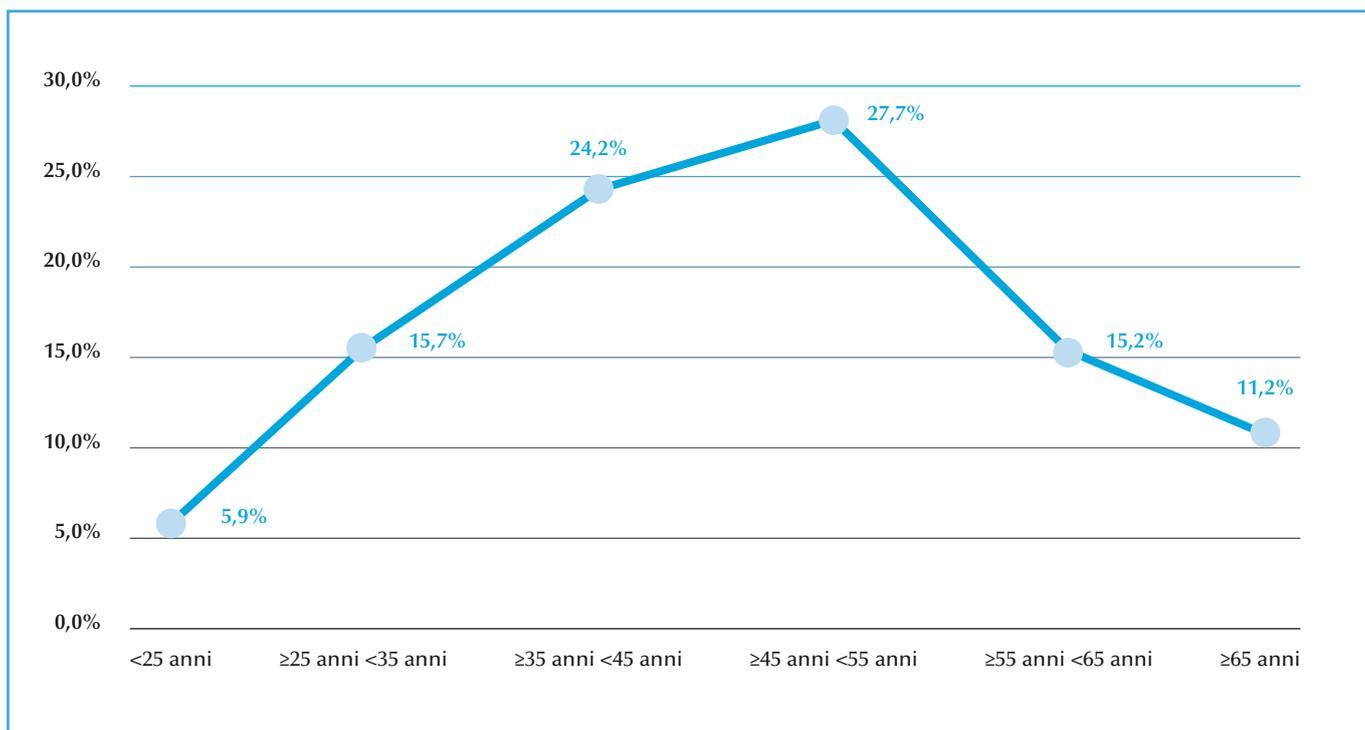


Fig. 1 – Distribuzione del campione per età

il fatto che in quasi il 90% dei casi, al termine della valutazione specialistica, siano state confermate - secondo i criteri dell'ICD-10 - le categorie diagnostiche di disturbo d'ansia o depressivo (vedi Figura 2) dovrebbe rivelare l'appropriatezza degli invii formulati da parte dei MMG e, consensualmente, il buon livello di collaborazione/integrazione raggiunto da parte del DSM nella co-gestione di tali problematiche con la Medicina Generale stessa. Quella quota di pazienti, pari al 13% della popolazione totale, per cui lo specialista ha posto diagnosi diverse da quelle afferenti allo spettro ansioso-depressivo (vedi Figura

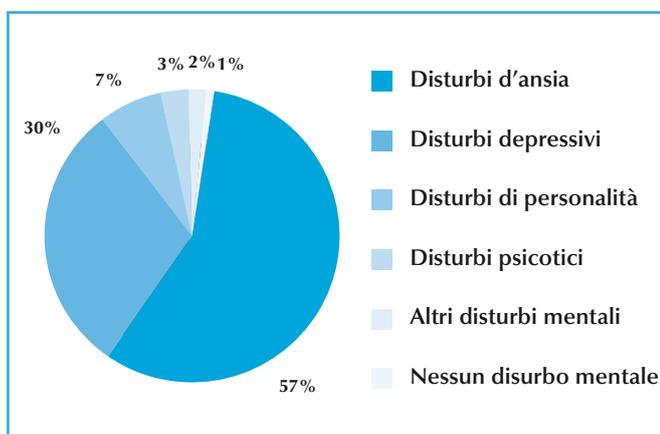


Fig. 2 – Distribuzione del campione per diagnosi

2), richiama in ogni caso all'importanza di perfezionare le competenze dei MMG verso l'acquisizione di una maggior accuratezza nella valutazione iniziale, così come, peraltro, raccomandato sia dalla United States Preventive Services Task Force (13) che dalla National Institute for Clinical Excellence (9). Modalità maggiormente strutturate di assessment potrebbero rivelarsi utili soprattutto in casi come quelli rappresentati da soggetti affetti da disturbi di personalità, in cui la sintomatologia ansioso-depressiva è solo l'epifenomeno di una patologia più complessa che merita di essere rivolta all'attenzione delle strutture di presa in cura. A questo proposito è opportuno specificare come l'estrazione dei dati effettuata nell'ambito della nostra indagine comprenda informazioni riguardanti quegli utenti che, al completamento del percorso di consulenza, sono stati ritenuti dimissibili e quindi riaffidati al curante (a conferma delle raccomandazioni che suggeriscono, in questi casi, un follow-up del MMG alla 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> settimana dopo la prima visita; 5) senza l'utilizzo di terapia antidepressiva. Nelle raccomandazioni all'uso degli antidepressivi fornite dalle ultime linee guida NICE (9), infatti, se ne sconsiglia l'impiego di routine nel trattamento di sintomi depressivi

persistenti sottosoglia (distimia) o nelle depressioni lievi a fronte di uno sfavorevole rapporto rischi-benefici. Al contrario è uscito dal circuito delle prestazioni erogate da parte dell'ambulatorio VADEMECUM - e quindi anche dalla nostra estrazione - chi è stato valutato, per la presenza di psicopatologia severa o per rilevante comorbidità, meritevole di invio all'attenzione dei servizi specialistici territoriali competenti (CPS, SerT, NOA) per un'adeguata presa in carico. Questo aspetto non solo avvalorava la portata delle precedenti considerazioni a proposito dell'utilità dell'ambulatorio nell'assorbire un consistente carico di attività, ma sottolinea soprattutto il ruolo di "filtro" selettivo svolto in questa sede nei confronti di tutti gli accessi al DSM. Naturalmente questa, come qualsiasi altra speculazione circa l'appropriatezza dell'intervento attuato, non può che partire dall'acquisizione di prove di efficacia suffragate da una numerosità sufficiente: di qui l'importanza di provvedere ad una valutazione quantitativa standardizzata delle attività organizzate e, non da ultimo, dei livelli di soddisfazione espressi dai pazienti.

\* Dipartimento di Salute Mentale, A.O. San Gerardo di Monza,

\*\* Dipartimento di Chirurgia e Medicina Interdisciplinare,  
Università degli Studi di Milano Bicocca

## BIBLIOGRAFIA

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al., *ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*, Acta Psychiatr Scand Suppl, 2004;21-27.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, et al., *Stigmatisation of people with mental illness*, Br J Psychiatry, 2000; 177: 4-7.
- Fernández A, Saameño JA, Pinto-Meza A, et al., *DASMAP investigators. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care*, Br J Psychiatry, 2010;196:302-9.
- Grandes G., Montoya I., *Arietaleanizbeaskoa MS, et al.; MAS Group. The burden of mental disorders in primary care*, Eur Psychiatry, 2011; 26: 428-35.
- Kendrick T, Chatwin J, Dowrick C, et al. *Randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors plus supportive care, versus supportive care alone, for mild to moderate depression with somatic symptoms in primary care: the THREAD (THREShold for AntiDepressant response) Study*, Health Technol Assess, 2009; 13: iii-iv, ix-xi, 1-159.
- King M, Nazareth I, Levy G, et al., *Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe*, Br J Psychiatry, 2008;192:362-7.
- Lora A., *Il Sistema di Salute Mentale della Regione Lombardia*, Direzione Generale Sanità, Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Terme, 2007.
- Mechanic D., *Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implication for health care policy*, J. Clin Psychiatry, 2007;68 suppl 2: 20-26.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), *Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition)*, National Clinical Practice Guideline 90, London, UK: NICE, 2010.
- Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004. Regione Lombardia. 14 marzo 2002, Deliberazione regionale VII/462.
- Saver BG, Van-Nguyen V, Keppel G, et al., *A qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education*, J Am Board Fam Med, 2007; 20:28-35.
- Sirey J, Bruce M., Alexopoulos G., et al., *Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression*, Am J Psychiatry, 2001; 158:479-481.
- U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement*. Ann Intern Med, 2009;151:784-92.
- Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al., *Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management*, J Clin Psychiatry, 2002;63 suppl 8:24-34.
- World Health Organization, *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, Tenth Edition, Revised. Geneva, Switzerland: WHO, 1992.

## L'esito dei programmi di residenzialità leggera: uno studio preliminare in due DSM a Milano

*Claudio Di Lello\**, *Sara Taddei\**,  
*Antonella Cataldi\**, *Esio Ronchi\**,  
*Paolo Miragoli\**, *Giovanni Pozzi\*\**,  
*Casimiro Dudek\*\*\**, *Giuseppe Biffi\**,  
*Pasquale Pismataro\*\*\*\**

### PREMESSA

Il presente lavoro è in parte la trascrizione di un contributo che gli autori hanno presentato al 46esimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria “Nutrire la mente: dalla prevenzione alla riabilitazione”, svoltosi a Milano dal 7 all'11 ottobre 2012, e in parte una sua ulteriore e più approfondita elaborazione.

### INTRODUZIONE

A un primo sguardo la Psichiatria contemporanea potrebbe apparire pericolosamente sbilanciata su un suo fianco biologistico e medicalizzato.

Numerose voci si sono levate in questi ultimi anni a richiamare quello spirito e quei valori che nell'ultimo mezzo secolo avevano salutato nella civiltà occidentale la nascita di una disciplina psichiatrica culturalmente innovativa, basata su una vasta gamma di saperi e centrata sulla comunità. Alcuni psichiatri lombardi (1), ad esempio, hanno recentemente segnalato il pericolo di involuzioni e arretramenti quali il ritorno alla centralità terapeutica del momento ospedaliero, l'eccessiva importanza attribuita ai trattamenti farmacologici rispetto a quelli psicosociali, preventivi e territoriali e la prevalenza di una logica aziendale su quella curativa.

Analogo allarme per la deriva organicista della Psichiatria è stato espresso da più parti anche in ambito internazionale.

Un vivace dibattito ha suscitato, tra gli altri, un saggio di Marcia Angell (2011), già editor-in-chief del *New England Journal of Medicine*, in cui viene stigmatizzata “la «frenesia» diagnostica, l'uso eccessivo dei farmaci [...] e i diffusi conflitti di interesse” dell'operare psichiatrico contemporaneo.

Vasta eco ha prodotto anche l'articolo di Bracken P., Thomas P. et al. (2012), in cui gli autori sottolineano come l'attenzione crescente rivolta alle neuroscienze abbia portato a trascurare altri elementi cardinali del trattamento dei disturbi psichici: “Vi è un generale consenso sul fatto che la chiusura dei grandi manicomi di era vittoriana [...] sia stata dovuta principalmente a imperativi economici e alla crescente consapevolezza degli effetti negativi dell'istituzionalizzazione piuttosto che, come spesso viene suggerito, all'introduzione di nuovi farmaci. Sono emersi altri cambiamenti positivi grazie allo sviluppo di sistemi di cura multidisciplinari e di psichiatria di comunità, e alla nascita del movimento degli utenti psichiatrici e al volontariato. Molti psichiatri hanno lavorato duramente per promuovere questi sviluppi, ma l'attenzione crescente sugli aspetti tecnologici e biomedici [può] far passare questo impegno in secondo piano”.

In questo panorama sembra muoversi controcorrente quel settore dell'assistenza psichiatrica che va sotto il nome di “Residenzialità Leggera” (R.L.), in Lombardia ufficialmente inaugurata con una delibera della Giunta Regionale del 2004, e resa operativa su tutto il territorio lombardo (eccezion fatta per alcune aree in cui erano già partite singole sperimentazioni) con la DGR VIII/7861 del 30/7/2008.

La normativa regionale, infatti, dispone che le Residenze Leggere siano inserite nel “normale contesto residenziale urbano” e conformate secondo i requisiti delle “civili abitazioni”.

Come a dire che già dalla cornice architettonica dell'intervento terapeutico, che di quest'ultimo ne è il contenitore,

---

il tradizionale modello di tipo sanitario della cura viene implicitamente sostituito da un modello di tipo familiare, più casalingo e informale.

Una Psichiatria “riabilitativa e non meramente abitativa” non può trascurare l’impatto di questo mutamento di prospettiva sulle due dimensioni della “quotidianità” e della “domesticità”, elementi fondamentali sui quali poggia la funzione trasformativa della residenzialità (13).

Con la Residenzialità Leggera i D.S.M. hanno oggi una preziosa opportunità per promuovere ancora più efficacemente quella Salute Mentale alla quale sono votati, e superare così i vincoli del paradigma scienziista che a tratti sembra avvilupparli.

## LO STUDIO

I DSM dell’A.O “San Carlo Borromeo” di Milano e dell’A.O. “San Paolo - Polo Universitario” di Milano, in collaborazione con 3 Cooperative sociali onlus a contratto, hanno attivato - a partire dall’anno 2009 - 7 appartamenti di Residenzialità Leggera, per un totale di 27 posti letto disponibili, nel contesto metropolitano periferico e in un importante comune confinante della zona sud-occidentale della città (Corsico).

Nei 3 anni presi in esame, in cui sono stati elaborati i dati relativi all’intervallo temporale compreso tra l’autunno 2009 e l’autunno 2012, sono stati accolti complessivamente 41 pazienti, di cui 36 provenienti da comunità a media o alta assistenza.

Di questi, 27 erano ancora ospitati negli appartamenti al termine del periodo considerato, mentre 14 avevano concluso il programma di residenzialità leggera, in 7 casi interrompendolo anzitempo rispetto alle aspettative del case manager (definiti come “drop out”).

10 dei dimessi (5 drop out) sono stati inviati in strutture a maggior protezione assistenziale, e 4 (2 drop out) sono tornati a vivere in una abitazione propria, da soli o con i familiari.

Allo scopo di evidenziare possibili correlazioni tra fattori clinico-sociali ed evoluzione dei programmi di Residenzialità Leggera si è proceduto a individuare eventuali fattori predittivi dei **drop out**, in relazione a parametri (diagnosi dei pazienti, loro provenienza precedente e condizione occupazionale) estratti dalle loro cartelle cliniche e dalle schede tecniche depositate presso le Cooperative.

Per valutare l’**esito** terapeutico-riabilitativo dei programmi di Residenzialità Leggera si è anche proceduto a un’analisi statistica delle valutazioni semestrali standardizzate (HoNOS, VGF) cui ogni ospite viene sottoposto di routine, allo scopo di verificare quantitativamente l’impressione clinica qualitativa di un sensibile miglioramento delle condizioni psicopatologiche e delle abilità domestiche, lavorative e relazionali dei pazienti.

## IL METODO

Si tratta di uno studio di esito, di tipo retrospettivo e naturalistico, con accenni di definizione di differenze numeriche significative utilizzando il T di Student o l’analisi del chi quadrato per valori percentuali.

Va subito detto che l’esiguità della casistica non consente di attribuire all’elaborazione statistica un valore più che meramente esplorativo e preliminare, e che nessuno dei parametri esaminati raggiunge una “p” dotata di sufficiente significatività.

Riteniamo tuttavia che la difficoltà di raggiungere l’ideale purezza degli studi controllati e randomizzati, meglio ancora se in forma di metanalisi, non debba scoraggiare dal condurre ricerche cliniche sul campo, descrittive ma più oggettivabili del case report aneddotico, capaci di accostarsi da vicino alla pratica quotidiana dei servizi più delle sperimentazioni accademiche del tipo “not my patient not my treatment” (11).

D’altronde, come altri saperi che scaturiscono dall’esperienza clinica (ad esempio la psicoanalisi), anche la psichiatria può essere considerata per molti aspetti una

moderna *techne*, almeno nell'accezione che gli antichi greci, e in particolare Aristotele, attribuivano al termine.

Nel suo significato di conoscenza finalizzata a uno scopo pratico, e fondata su un insieme di nozioni sufficientemente consolidate e attendibili, per quanto non oggettivamente verificabili, il sapere "tecnico" si distingueva infatti sia dalla *empeiria* (trad. it.: "esperienza"), il semplice fare basato sul cangiante riscontro dei sensi, sia dalla *episteme* (trad. it.: "scienza"), un sistema organizzato di conoscenze stabili e non direttamente orientato all'azione.

*"Come un Giano bifronte, la techne prevede sia un aspetto più legato all'abilità pratica, una sorta di saper fare" (technazein, Etica Nicomachea, 1140a, 111), sia una componente più squisitamente teorica, consistente nel "sapere come si generi ciò che può sia essere sia non essere e il cui principio è in chi produce e non nel prodotto" (Etica Nicomachea, 1140a, 111-113). "Ogni tentativo di separare questi due aspetti finirebbe col compromettere inevitabilmente la sua vera natura." (12).*

Ecco perché riteniamo che la statistica non debba essere l'unico criterio di conoscenza della nostra realtà, e che i dati da noi raccolti siano comunque meritevoli di riflessione e diffusione, e atti a fornire spunti interessanti per ulteriori elaborazioni.

## RISULTATI E COMMENTI

In generale, dei 41 pazienti presi in considerazione nello studio, 29 erano uomini e 12 donne, con età comprese tra i 24 e i 70 anni e età media di 39 anni.

La durata media di permanenza dei pazienti nelle Residenze Leggere è stata di 18 mesi.

La loro provenienza era per il 46% da CPA, per il 17% da CRA, per il 26% da strutture comunitarie residenziali private e solo per l'11% direttamente dall'abitazione.

La diagnosi ICDX nel 68% dei casi corrispondeva a un codice F2 (Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici), nel 24% dei casi a un codice F6 (Disturbi di Personalità) e solo

per il 6% del totale a un codice F3 (Disturbi dell'umore).

In particolare, i **drop out** - definiti come interruzioni del programma di Residenzialità Leggera non clinicamente opportune e non concordate con il curante o con il referente del caso (case manager) - hanno evidenziato un legame rispettivamente con la diagnosi, con la provenienza e con la condizione occupazionale come illustrato nelle figure 1, 2 e 3.

In fig. 1 si può notare che il 18% del totale dei pazienti e il 57% dei drop out presentava una diagnosi F6 (Disturbi di Personalità), indicando una correlazione statisticamente significativa tra questa categoria diagnostica e il fallimento dei progetti terapeutico-riabilitativi attuati in Residenza Leggera.

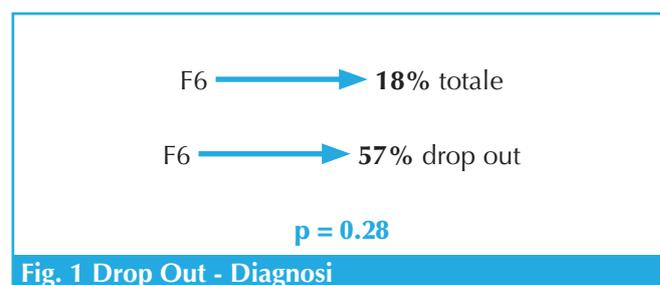


Fig. 1 Drop Out - Diagnosi

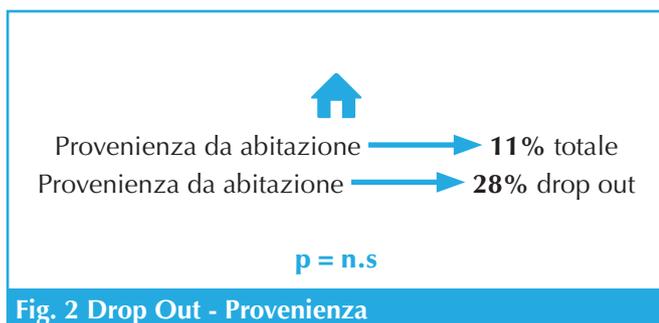
Questi risultati sembrano indicare, in altre parole, un maggior rischio di drop out dai programmi di Residenzialità Leggera per i pazienti con diagnosi di Disturbo di Personalità.

In attesa di ulteriori conferme e approfondimenti del dato, si potrebbe avanzare l'ipotesi che questo insieme psicopatologico sia caratterizzato da un'organizzazione psichica che non trova idonea collocazione nella cornice della Residenzialità Leggera.

Tra gli elementi da considerare si possono citare la tendenza all'agito comportamentale e la vulnerabilità "abbandonica", che in condizioni di limitata presenza di operatori, come nelle Residenze Leggere, potrebbero risultare problematici.

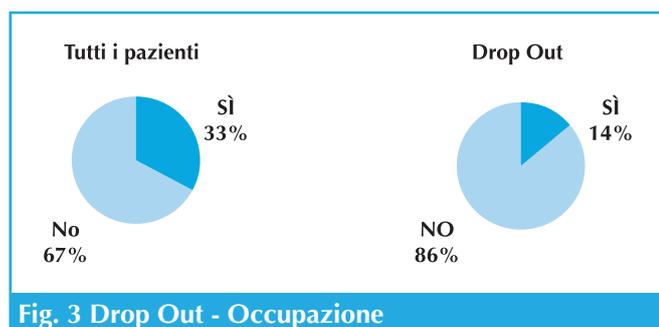
La fig. 2 illustra il riscontro evidente, per quanto privo di significatività statistica, di una probabilità di drop out quasi tripla per i pazienti che entrano in una Residenza

Leggera senza essere transitati prima da una struttura residenziale comunitaria.



Una delle possibili considerazioni che si possono avanzare in proposito è che il distacco dal contesto abitativo, in cui spesso i nostri pazienti hanno convissuto a lungo (in molti casi per una vita intera!) con uno o più familiari, equivale a una vera e propria perdita, verosimilmente richiede un iniziale supporto all'elaborazione del lutto che le strutture a media o alta assistenza forniscono per la loro stessa strutturazione in modo più intensivo (per quanto meno personalizzato) di una Residenza Leggera.

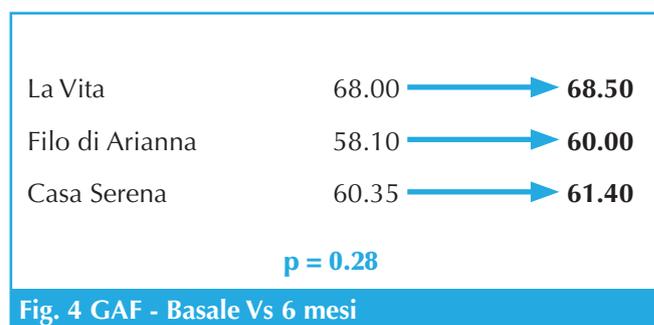
Nel computo di fig. 3 si nota che il 33% dell'insieme dei pazienti delle R.L. aveva al momento della conclusione dello studio una qualche forma di occupazione, ma che tra i "droppati" i lavoratori ammontavano solo al 14%.



Pur nella difficoltà di trarre anche qui conclusioni più generali e oggettivamente validate, si potrebbe ad esempio ipotizzare che un ruolo occupazionale fornisca ai pazienti un "contenimento" (7, per il significato estensivo e poli-semico del termine) che potenzia e integra quello fornito dalla Residenzialità Leggera, e che dunque sia essenziale prevedere sempre una stretta sinergia tra questa e l'ambito lavorativo inteso come fondamentale snodo della rete sociale naturale.

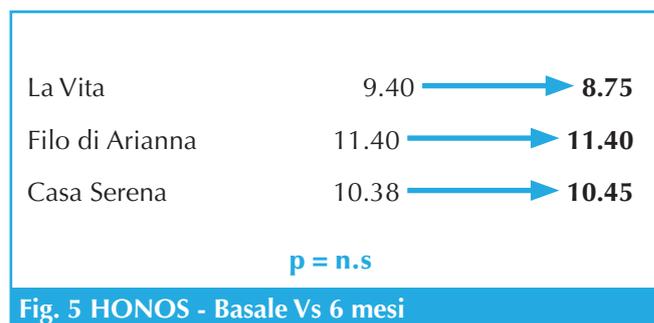
L'esito dei programmi di Residenzialità Leggera, è stato valutato confrontando al tempo zero e dopo 6 mesi (pur-troppo non erano disponibili numeri sufficienti per intervalli più lunghi) le rilevazioni della GAF e della HoNOS effettuate dalla "Cooperativa La Vita" (A.O. "San Carlo Borromeo"), dalla "Cooperativa Filo di Arianna" (A.O. "San Carlo Borromeo"), e dall'"Associazione Sviluppo e Promozione" (A.O. "San Paolo - Polo Universitario"), .

La fig. 4 dimostra con discreta attendibilità, pur con un certo residuo grado di alea, che nelle Residenze Leggere già nei primi sei mesi tende a manifestarsi un miglioramento della GAF, che misura le capacità psicosociali e lavorative del soggetto su un ipotetico continuum che va dalla salute mentale (100) al disturbo psichico gravissimo con rischio di morte (1), indipendentemente dalla patologia psichiatrica.



In altre parole, l'insieme degli ospiti delle realtà abitative considerate è andato incontro nel tempo a un miglioramento del funzionamento globale abbastanza significativo.

I dati contraddittori e non dirimenti della HoNOS riportata in fig. 5, invece, potrebbero essere attribuiti anzitutto alla brevità del periodo intercorrente tra le due rilevazioni (6 mesi), troppo ristretto per poter intercettare con sufficiente sensibilità cambiamenti stabili e significativi.



Inoltre è verosimile che nei primi mesi possa gravare sul quadro psicopatologico degli ospiti, contrastandone i progressi clinici, un fenomeno definito da Correale (2001) “microdepressione preliminare”, intendendo con ciò quella condizione di disagio, di inerzia e di smarrimento progettuale, per quanto contingente e passeggera, che può verificarsi in un paziente durante la fase di inserimento in una struttura residenziale, e che già alcuni di noi hanno messo in rilievo in un precedente contributo: “anche l’ingresso in un appartamento di Residenzialità Leggera nei primi tempi può produrre una simile situazione, in quanto rappresenta anch’esso un cambiamento, ovvero un lutto, in cui il paziente, che proviene quasi sempre da un ambiente comunitario ad intensa presenza di figure professionali e di attività riabilitative, si ritrova di colpo in un contesto in cui a fronte di una maggiore libertà di movimento e di autodeterminazione, vi sono anche più spazi e tempi vuoti” (Di Lello C., Cataldi A. et al, 2011).

## CONCLUSIONE

Lo studio qui presentato, come si è già detto, fornisce una valutazione del tutto preliminare e parziale dell’esito terapeutico-riabilitativo dei programmi di Residenzialità Leggera. Ciononostante alcuni dati statistici sembrano fornire un’iniziale conferma di quanto soggettivamente percepito da numerosi operatori impegnati quotidianamente in questo nuovo e promettente ambito della residenzialità psichiatrica, e cioè che nei diversi casi presi singolarmente si osserva spesso una “recovery” - per usare un termine di moda - soddisfacente, e talora addirittura superiore alle più rosee aspettative di partenza.

Tali conclusioni, peraltro, sembrano in linea con quanto già da tempo affermato dalla psichiatria sociale, e cioè che salute mentale non significa tanto utopistica autonomia o tecnicizzate competenze quanto piuttosto “cittadinanza” e “partecipazione” (14), o che le variabili sociali e situazionali sono verosimilmente più influenti per l’esito del processo

riabilitativo di quelle diagnostiche, psicopatologiche (3) e per alcuni autori anche psicofarmacologiche, o ancora che la realizzazione pratica e l’orientamento teorico dei progetti terapeutici possono essere meno importanti del contesto ambientale in cui questi si articolano (10).

Un ruolo di primo piano nell’efficacia dei programmi di Residenzialità Leggera appare riconducibile alla funzione delle cooperative sociali e delle associazioni onlus, che molto spesso - come nel nostro caso - hanno in appalto la loro gestione.

Storicamente i soggetti del cosiddetto “privato sociale” si ispirano ad “alcuni principi che ne informano la struttura interna: in particolare, la solidarietà e la mutualità tra i soci, la democrazia interna con l’assemblea in cui ogni socio ha diritto a un voto, [...] la finalità specifica di favorire la promozione ed il benessere dei cittadini svantaggiati, collaborando con le amministrazioni pubbliche per la realizzazione e la gestione di servizi alla persona” (6) e, si potrebbe aggiungere, il forte radicamento nella rete sociale naturale del territorio.

Per quanto non scevra da rischi di incompatibilità tra culture organizzative spesso molto distanti tra loro (8), l’integrazione tra i servizi di Salute Mentale e i soggetti del cosiddetto terzo settore consente di avvalersi dunque della collaborazione di attori dotati di una struttura organizzativa aggiornata rispetto a quella del classico servizio pubblico così come si è costituito in Italia negli ultimi decenni.

In questa situazione diviene particolarmente necessario riconoscere e attivare le risorse nascoste dentro e fuori i Servizi e favorire la moltiplicazione degli scambi sociali.

L’espressione “Residenzialità Leggera”, d’altronde, evoca essa stessa una forma moderna, agile, rapida, snella, essenziale, aerea della cura psichiatrica.

Qualità opposte alla pesantezza, alla corposità, alla “presa in carico”, all’“alta protezione”, alla lentezza infinita di una psichiatria post-manicomiale che rischia di non tenere il passo con i tempi.

Come nell’operare quotidiano dei servizi oggi è forse divenuto necessario fare più spazio a una certa dose di

“superficialità” (8), così forse anche la “leggerezza”, altra fondamentale cifra del nostro Zeitgeist (spirito del tempo), può venirci in aiuto nella sintonizzazione con i mutati bisogni della comunità.

Non per nulla Italo Calvino ha intitolato la prima delle sue sei Lezioni Americane, dedicate ognuna a una qualità cardinale della modernità, alla Leggerezza: “È vero che il software non potrebbe esercitare i poteri della sua leggerezza se non mediante la pesantezza dell’hardware; ma è il software che comanda [...]. La seconda rivoluzione industriale non si presenta come la prima con immagini schiacciati quali presse di laminatoi o colate d’acciaio, ma come bits d’un flusso d’informazione che corre sui circuiti sotto forma d’impulsi elettronici. Le macchine di ferro ci sono sempre, ma obbediscono a bits senza peso” (5).

Nelle Residenze Leggere il carico economico ed emotivo della sofferenza psichica, che spesso si trova a gravare su servizi psichiatrici a loro volta appesantiti, viene alleggerito dall’organica integrazione delle piccole unità abitative che le costituiscono nel tessuto sociale locale.

In queste innovative strutture residenziali, infatti, la natura “indigena” dei soggetti del terzo settore a cui ne è affidata la gestione, il radicamento territoriale che li caratterizza e la loro conseguente capacità di incentivare comportamenti solidali nella cittadinanza consentono di alleviare il peso del dolore mentale dei pazienti, parzialmente demoltiplicandolo e ripartendolo a piccole dosi sui diversi punti nodali della comunità (vicinato, associazioni, parrocchie, negozi, bar, biblioteche, centri sportivi, supermercati e altri ancora), ognuno dei quali se ne accolla una quota tollerabile, elaborabile e spesso addirittura arricchente.

\*DSM - AO “San Carlo Borromeo”, Milano

\*\*Cooperativa “La Vita”, Milano

\*\*\*Cooperativa “Filo di Arianna”, Milano

\*\*\*\*DSM - AO “San Paolo”-Polo Universitario, Milano

## BIBLIOGRAFIA

1. Agnetti G., Amatulli A., Barbato A., Borghetti S., Erlicher A., Frova M., Legnani G., Mazza U., Pismataro P., Pittini G., Re E., Stuflesser M., Varrani E., *Lettera aperta sulla salute mentale in Lombardia*, Animazione Sociale, 6/7, 2009
2. Angell M., *The epidemic of mental illness: Why? The illusion of psychiatry*, The New York Review of Books, 58, 11-12, 2011
3. Ardigo W. e De Girolamo G., *Note introduttive sulla riabilitazione in psichiatria*, Psicoterapia e scienze umane, XXI, 4, 1987
4. Bracken P., Thomas P., Timimi S. et al., *Psychiatry beyond the current paradigm*, The British Journal of Psychiatry, 201, 6, 2012
5. Calvino I., *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*, Mondadori, Milano, 1993
6. Corona D., *La Cooperativa Sociale: strumento di congiunzione tra pubblico e privato*, In Vigorelli M. (a cura di), *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Franco Angeli, Milano, 2005
7. Correale A., *Il gruppo in psichiatria*, Borla, Roma, 2001
8. Di Lello C., Cataldi A., Meneguzzi E., Orrù S., Pozzi G., Biffi G., *L’integrazione possibile delle culture aziendali dei DSM e delle Cooperative Sociali nei programmi di Residenzialità Leggera*, Psichiatria di Comunità, X, 1, 2011
9. Di Lello C., *Contemporaneità, superficialità e istituzioni psichiatriche. Koinos – Gruppo e Funzione Analitica*, Nuova serie, I, 1 (in stampa), 2013
10. Harkness J., Newman S., Salkever D., *The Cost-Effectiveness of Independent Housing for the Chronically Mentally Ill: Do Housing and Neighborhood Features Matter*, Health Services Research, XXIX, 5, 2004
11. Keller M., Lavori P., *The adequacy of treating depression. The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 8, 1988
12. Piazza F., *Più che una lontana analogia. Psicoanalisi, techne e retorica greca*. Rivista di Psicoanalisi, LVI, 1, 2010
13. Rabboni M., *Modelli di residenzialità*, Errepiesse III, 3, 2009
14. Saraceno B., *La fine dell’intrattenimento*, Etaslibri RCS Medicina, Milano, 1995

# Individuazione precoce del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in soggetti a rischio: prospettive di prevenzione

Viviana Venturi\* \*\*, Giancarlo Cerveri\*,  
Giovanni Migliarese\*, Marco Riva\*,  
Ilaria Tedeschi\*, Claudio Mencacci\*

## INTRODUZIONE

In tutta l'area atlantica, l'industria del gioco È cresciuta in modo estremamente significativo negli ultimi 20 anni. Negli Stati Uniti nel 1978 il gioco d'azzardo era legale soltanto in 2 stati, mentre nel 1997 soltanto in 2 stati non era stato legalizzato (Paſternak, 1997). Vari studi sottolineano che la prevalenza dei problemi legati al gioco d'azzardo sia aumentata parallelamente alla maggior disponibilità dei giochi (24; 29; 17; 35; 26).

Le ricerche in letteratura suggeriscono l'esistenza di un *continuum* di modalità di gioco; È possibile distinguere quindi tra: *giocatore sociale*, ovvero colui che gioca in modo occasionale o abituale ma senza che questo interferisca con la vita quotidiana; *giocatore problematico*, che non ha un pieno controllo sul gioco; *giocatore patologico*, con una dipendenza effettiva per il gioco e preoccupanti risvolti individuali e sociali.

Il termine di gioco "patologico" introduce dunque il concetto di malattia correlabile al gioco d'azzardo, superando così il paradigma che per diverso tempo lo aveva considerato un vizio, mosso da una libera scelta nel condurre comportamenti amorali, illegali, sfrenati.

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition – Text Revision* (1) colloca il "Gioco D'azzardo Patologico" (GAP) tra i "Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove". Per far

diagnosi secondo il DSM IV È necessario che il comportamento da gioco sia persistente, ricorrente, maladattivo e che interferisca significativamente con le relazioni e le attività della vita quotidiana della persona.

Dalla letteratura internazionale emerge una prevalenza life-time del gioco d'azzardo nella popolazione generale dell' 1-3% (21; 28, 29, 30, 31, 32; Gerstein et al., 1999; 37, 38).

Emerge inoltre il profilo tipico del giocatore patologico: di sesso prevalentemente maschile, di età inferiore ai 40 anni, non coniugato oppure separato/divorziato, di bassa estrazione sociale e culturale (24; 34; 11; Ladd, Petry, 2002; 28; 37; 7; 15).

Benché la maggior parte delle ricerche siano state effettuate su soggetti di genere maschile, negli ultimi anni risulta aumentato anche il numero di donne con problematiche di gioco d'azzardo, similmente a quanto osservato rispetto ad altri problemi di dipendenza (22; 32; 25). Viene infatti stimato che tra i soggetti affetti da gioco patologico circa un terzo siano di sesso femminile (22; 23) e che, secondo alcuni autori, con un'evoluzione più rapida del problema, quindi un peggior outcome sul piano sintomatologico rispetto agli uomini (22; 5; 34).

Nella letteratura internazionale sono state individuate una serie di variabili associate alle problematiche di gioco d'azzardo, utili da considerare sul piano della prevenzione e dell'intervento.

Tra queste viene evidenziato come fattore peculiare l'elevato livello di comorbilità con altre problematiche psichiatriche, quali Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia, Disturbi di Dipendenza da Alcol/Sostanze e Disturbi di Personalità (21; 19; 11; 5; 7; 6; 10; 31).

## IL CONTESTO ITALIANO

Nonostante l'Italia rappresenti uno dei mercati del gioco più importanti al mondo, in letteratura scientifica non sono presenti dati epidemiologici consistenti.

Tramite l'utilizzo dei più comuni database di pubblicazioni scientifiche (PubMed e Embase) i risultati relativi all'Italia risultano estremamente scarsi.

Riguardo la problematica del gioco eccessivo, esistono alcune ricerche pubblicate su riviste nazionali o volumi dedicati, ma risultano condotte su aree geografiche circoscritte ed effettuate prevalentemente su soggetti in carico a strutture preposte al trattamento del GAP (come i Servizi per le dipendenze). Si rilevano dunque dati non riferibili all'intero contesto nazionale e che sono rivolti perlopiù a popolazioni già diagnosticate ed in trattamento, fornendo dunque poche informazioni utili per inferenze sulla popolazione generale (9; 12; 8; 4).

## OBIETTIVI

Dal momento che non esistono dal punto di vista scientifico indagini epidemiologiche sul territorio nazionale mirate ad evidenziare ai potenziali fattori che possono anticipare e incidere sullo sviluppo della problematica del gioco eccessivo, in modo da poter poi promuovere mirati interventi di prevenzione, è risultato utile a nostro avviso individuare contesti in cui sia possibile riconoscere precocemente persone che, pur non avendo ancora le caratteristiche del disturbo, presentino condizioni o comportamenti configurabili come un rischio significativo di sviluppare GAP.

I dati di letteratura internazionale concordano nel definire tra le categorie a rischio di problematiche con il gioco d'azzardo le persone affette da specifici disturbi psichici, anche se risulta scarso il numero di studi volti ad indagare in tale popolazione i tassi di prevalenza di gioco patologico (2).

Il nostro studio osservazionale ha lo scopo quindi di stimare la prevalenza di problematiche legate al gioco d'azzardo su un campione di soggetti italiani sofferenti di disturbi psichici ed in cura presso un Dipartimento di Salute Mentale (DSM), al fine di valutare se la presenza

di patologia psichica rappresenti un fattore *predittivo* di "rischio" per uno sviluppo del GAP.

Altro obiettivo della ricerca è la delimitazione delle caratteristiche specifiche di soggetti a rischio di sviluppare GAP, ponendo particolare attenzione al genere femminile.

In ultimo, il nostro studio si propone di verificare se i Servizi di Salute Mentale (DSM) possano divenire punti di osservazione privilegiati per una valida individuazione precoce di popolazioni vulnerabili al GAP, al fine di progettare utili interventi preventivi.

## METODI

### Campione

Il presente studio osservazionale è stato condotto nell'arco di tempo di quattro mesi e rivolto a tutte le persone entrate in contatto in tale periodo con il Centro Psicossiale Settembrini (CPS Settembrini) e con il Centro per la Ricerca sulla Diagnosi ed il Trattamento della Depressione e dell'Ansia (Centro IDEA), appartenenti al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

Sono stati inclusi pazienti con un'età compresa tra i 18 e gli 80 anni, e con una diagnosi primaria di: Disturbo dell'Umore, Disturbo d'Ansia, Disturbo di Personalità, Disturbi correlati all'uso di Alcol/Sostanze stupefacenti.

Criterio di esclusione è stata ritenuta la presenza di comorbilità con patologie psichiatriche quali Demenze, Ritardo Mentale e Psicosi. Sono stati reclutati in totale 263 soggetti, con un tasso di rifiuto del 10,3%.

### Misure

È stata strutturata una specifica scheda per la raccolta dei dati socio demografici,

Per la valutazione psicopatologica è stata utilizzata la *Brief Psychiatric Rating Scale* – BPRS – a 24 item (33); nel presente studio sono state considerate le risposte ai primi 6 item, che indagano il fattore specifico

“ansia/depressione”, in quanto maggiormente rappresentativo dei cluster diagnostici individuati nei criteri di inclusione del presente studio.

Per la valutazione del comportamento da gioco d'azzardo è stato utilizzato il *South-Oaks Gambling Screen - SOGS* (20), a 16 item. Un punteggio totale al SOGS pari o superiore a 5 indica la probabile presenza di gioco d'azzardo patologico.

Al fine di indagare in maniera dettagliata anche la tipologia dei giochi attualmente praticati dai soggetti e la frequenza con cui vengono utilizzati, nel presente studio sono state apportate lievi modifiche al 1° item del SOGS - non impiegato nel calcolo del punteggio totale - inserendo alcune tipologie di giochi più recenti sul mercato ed aggiungendo a quelle già presenti l'opzione “*tutti i giorni*” per quantificare la frequenza con cui vengono praticati i giochi e quanto vengano reiterati.

### Analisi statistiche

Per le variabili quantitative i dati sono espressi con la media  $\pm$  SD, mentre per le variabili qualitative come valore assoluto o percentuale.

Il test  $\chi$  quadro è stato utilizzato per valutare le relazioni tra le variabili categoriali e, quando non applicabile, è stato usato il test esatto di Fisher.

Il test t di Student è stato applicato per analizzare le variabili continue. La significatività statistica è stata fissata ad un valore di  $P \leq 0.05$ . Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando SPSS (Chicago, IL), versione 13.0.

## RISULTATI

### Dati socio demografici

Il totale dei soggetti coinvolti nello studio è di 263. L'età media del campione è di  $50.2 \pm 15.3$  anni, con una scolarità di  $12.6 \pm 4.1$  anni (Tabella 1). Il 69.2% dei soggetti è stato reclutato presso il CPS Settembrini, il restante 30.8% è stato reclutato dall'ambulatorio specialistico Centro

IDEA. La maggior parte dei soggetti risulta di sesso femminile (56.2%). Il 44.3% ha una relazione sentimentale stabile, il 35.3% un impiego a tempo indeterminato. Il 55.2% non consuma alcool o lo fa in maniera contenuta nel 37.8% dei casi. Il 66.2% del campione risulta non fumatore. L'utilizzo di sostanze stupefacenti è presente nel 4% del campione.

L'età di esordio psicopatologico risale in media a  $36.1 \pm 16.5$  anni e l'età di primo trattamento lievemente posticipata rispetto all'esordio ( $39.8 \pm 15.2$  anni).

Il punteggio ottenuto ai primi 6 item della BPRS (che indagano il fattore “ansia-depressione”) risulta pari a  $12.5 \pm 4.7$ . Tenuto conto che il punteggio va da un minimo di 6 punti (assenza di sintomi) ad un massimo di 42 (sintomatologia molto grave), i risultati ottenuti descrivono soggetti con una sintomatologia modesta, dato congruente al fatto che risultano stabilmente in trattamento.

Tabella 1. Variabili socio-demografiche, cliniche e punteggio al SOGS del campione

	Media	Ds
Età	50.2	15.3
Età esordio psicopatol.	36.1	16.5
Età 1° trattamento	39.8	15.2
Anni scolarità	12.6	4.1
BPRS score	12.5	4.7
SOGS score	0.6	1.6

### Diagnosi

I soggetti coinvolti nella ricerca presentano una suddivisione diagnostica che vede prevalere Disturbi dell'Umore (62%) e Disturbi d'Ansia (29%) (Tabella 2).

La composizione diagnostica risulta significativamente diversa nelle due strutture coinvolte nella ricerca: la popolazione afferente al Centro IDEA risulta più omogenea, con una prevalenza significativamente maggiore di

Disturbi dell'Umore (66.1%) e con assenza di Disturbi di Personalità, quest'ultimi invece presenti nel CPS e significativamente maggiori ( $P = .001$ ) (Tabella 3).

Sono inoltre presenti 7 soggetti con diagnosi di Disturbo da Uso di Alcool/Sostanze Stupefacenti, ma in nessun caso tale problematica è indicata come diagnosi primaria.

**Tabella 2. Diagnosi cliniche dei soggetti**

Diagnosi	%
Disturbi dell'umore	62.1
Disturbi d'ansia	28.9
Disturbi di personalità	9.0

**Tabella 3. Diagnosi nelle strutture coinvolte**

Diagnosi	D. Umore %	D. Ansia %	D. Personalità %
CPS	60.4	26.6	13.0
IDEA	66.1	39.9	0

### Differenze di genere

Nel presente studio, essendo il campione una popolazione sofferente di disagio psichico, abbiamo ritenuto utile considerare la soglia 1 del punteggio SOGS quale possibile indicatore di rischio per un comportamento problematico nel gioco d'azzardo, in quanto ci ha permesso di discriminare in maniera più efficace tra una popolazione a rischio e non.

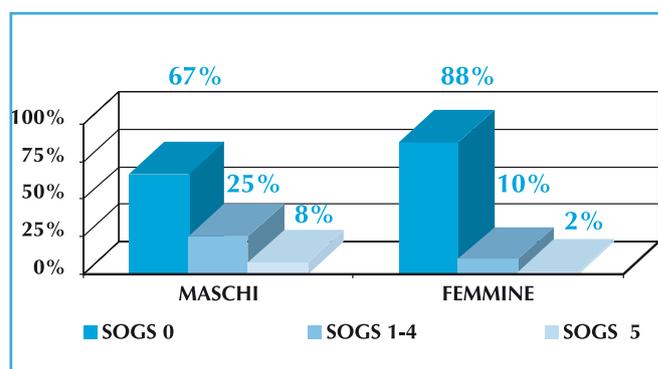
Pertanto nel nostro lavoro è stata adottata la seguente griglia di attribuzione per i punteggi al SOGS: 0 = nessun problema; da 1 a 4 = probabile giocatore a rischio di problematicità;  $\geq 5$  = probabile giocatore patologico.

Nel nostro campione il 4.5% dei soggetti risulta avere un probabile comportamento da gioco d'azzardo patologico ( $\text{SOGS} \geq 5$ ), il 16.4% un comportamento a rischio di problematicità ( $\text{SOGS} 1-4$ ) ed il 79.1% ( $\text{SOGS} 0$ ) nessun problema con il gioco (Tabella 4), con differenze significative per quanto concerne i punteggi ottenuti dai

maschi e dalle femmine ( $P = .001$ ), come illustrato nel Grafico 1.

**Tabella 4. Punteggi SOGS**

	Soggetti Tot %	M %	F %
SOGS 0	79.1	67.0	88.5
SOGS 1-4	66.1	25.0	9,72
SOGS $\geq 5$	4.5	8.0	1.8



**Grafico 1. Punteggio SOGS e differenze di genere**

Come evidenziato nelle Tabelle 4, 5 e 6, nel confrontare questi tre gruppi ( $\text{SOGS} 0$ ,  $\text{SOGS} 1-4$ ,  $\text{SOGS} \geq 5$ ) emerge che gli individui più esposti al gioco a rischio problematico e patologico risultano in maniera significativa di sesso maschile ( $P = .001$ ), con una maggiore tendenza a consumare alcoolici ( $P = .002$ ) e sostanze stupefacenti ( $P = .033$ ), mentre non si riscontrano differenze significative rispetto ad altre variabili socio-demografiche e cliniche.

**Tabella 5. Punteggio SOGS e consumo di alcol**

	No alcool %	< 1/2 l vino ed 1 liquore al dì %	> 1/2 l di vino ed 1 l liquore al dì %
SOGS 0	87.4	72.4	50.0
SOGS 1-4	9.0	25.0	28.6
SOGS $\geq 5$	3.6	2.6	21.4

**Tabella 6. Punteggio SOGS e uso di sostanze**

	Uso sostanze %	No sostanze %
SOGS 0	37.5	80.8
SOGS 1-4	50.0	15.0
SOGS ≥5	12.5	4.1

Rispetto alla patologia psichica, si osservano, come illustrato nel Grafico 2, delle differenze tra i diversi gruppi diagnostici, con una maggiore prevalenza di punteggi elevati al SOGS nei soggetti sofferenti di Disturbo di Personalità. Tali differenze tuttavia non risultano statisticamente significative.

Ponendo attenzione ai soggetti considerati a rischio problematico (SOGS 1-4) e confrontandoli con il gruppo di soggetti non problematici (SOGS 0) emerge che il sesso (Tabella 7), l'uso di alcool (Tabella 8) e di sostanze stupefacenti (Tabella 9) sono rappresentati in modo significativamente diverso nei due gruppi. Gli individui a rischio di gioco problematico sono con frequenza maggiore maschi (66.7 vs 33.3,  $P=0.002$ ) e fanno maggiore uso di alcool ( $P=0.004$ ) e di sostanze stupefacenti ( $P=0.032$ ).

**Tabella 7. Differenze di genere in soggetti non problematici e a rischio problematico**

	M %	F %
Soggetti SOGS 0	37.1	62.9
Soggetti SOGS 1-4	66.7	33.3

*Likelihood Ratio = 9.724 | P = .002*

**Tabella 8. Consumo di alcool in soggetti non problematici e a rischio problematico**

SOGS	No alcool %	liquore al di %	liquore al di %
0	61.0	34.6	4.4
1-4	30.3	57.6	12.1

*Likelihood Ratio = 11.031 P = .004*

**Tabella 9. Consumo di sostanze in soggetti non problematici o a rischio problematico**

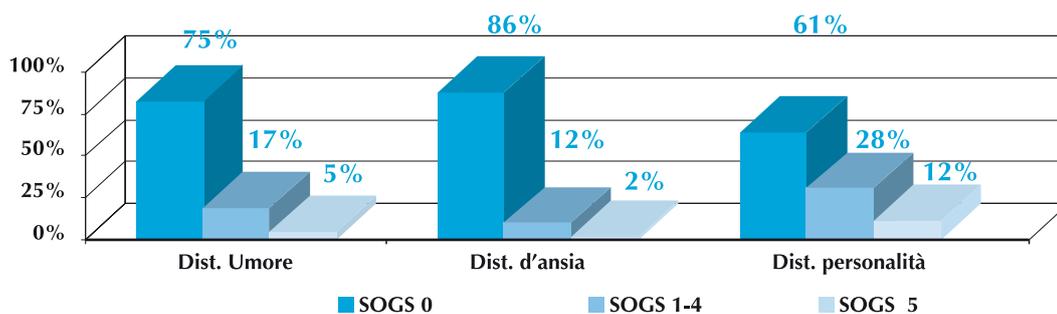
SOGS	Nessuna	Cannabis/marjuna	Cocaina	altro
0	98.1	1.3	0	6
1-4	87.9	9.1	3.0	0

*Likelihood Ratio = 8.794 P = .032*

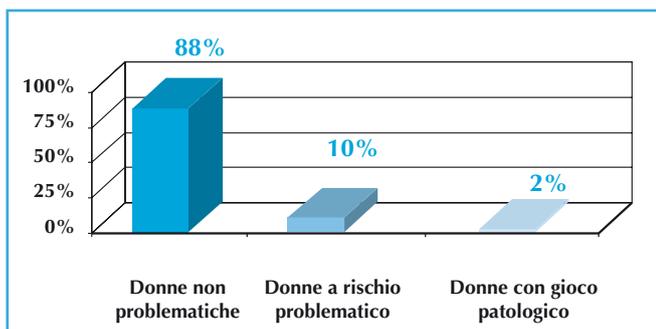
Emergono inoltre differenze significative per quanto concerne sia la struttura di arruolamento, con una maggiore presenza di soggetti a rischio nel CPS rispetto al Centro IDEA ( $P=0.004$ ), sia per l'età media, che risulta significativamente inferiore nei soggetti a rischio di problematicità ( $P=0.008$ ).

### Campione femminile

Dai dati emerge che le donne con probabile comportamento patologico nel gioco d'azzardo sono l'1.8%, quelle a rischio il 9.7% e quelle non problematiche l'88.5%, come illustrato nel Grafico 3.



**Grafico 2. Punteggio SOGS e patologia**



**Grafico 3. Comportamento da gioco d'azzardo nel campione femminile**

Dal confronto tra il gruppo di donne a rischio per gioco problematico (punteggio SOGS compreso tra 1 e 4) e quello di donne non problematiche (punteggio SOGS 0) emerge una differenza significativa rispetto all'uso di alcool ( $P=.009$ ) (Tabella 10), ed all'utilizzo di sostanze ( $P=.030$ ), nello specifico cocaina (Tabella 11). Inoltre le donne a rischio di problematicità mostrano età anagrafica, età di esordio psicopatologico ed età di primo trattamento in media significativamente inferiori rispetto a quelle del gruppo non problematico.

**Tabella 10. Consumo di alcol in donne non problematiche e donne a rischio problematico**

SOGS	No alcool %	< 1/2 l di vino ed 1 liquore al dì %	> 1/2 l di vino ed 1 liquore al dì %
0	70.0	28.0	2.0
1-4	27.3	54.5	18.2

*Likelihood Ratio = 9.469 |  $P=.009$*

**Tabella 11. Consumo di sostanze in donne non problematiche e a rischio problematico**

SOGS	No sostanze %	cocaina %
0	100.0	0.0
1-4	90.9	9.1

*Likelihood Ratio = 4.708 |  $P=.030$*

### Familiarità per il gioco d'azzardo

Non si riscontrano dati significativi nel campione.

### Tipologia e frequenza dei giochi

I giochi più praticati all'interno del nostro campione risultano essere il Superenalotto (51%) ed il Gratta e Vinci (47%), seguiti da Totocalcio (34%), Lotto (34%) e Lotterie tradizionali (33%) (Tabella 12). Tra coloro che giocano al Superenalotto, il 16% lo fa 1 o più volte a settimana, mentre tale frequenza è presente solo nel 6% di coloro che fanno uso del Gratta e Vinci.

**Tabella 12. Giochi maggiormente praticato**

	%
Superenalotto	51
Gratta e Vinci	47
Totocalcio	34
Lotto	34
Lotterie tradizionali	33

I giochi invece praticati con frequenza giornaliera risultano essere Scommesse Ippiche (1%), Scommesse Ippiche Tris (0.5%), Poker Online (0.5%), Slot Machine/Videopoker (1.5%) e le Scommesse Sportive (1%) (Tabella 13).

**Tabella 13. Giochi praticati tutti i giorni**

	%
Scommesse ippiche	1.0
Scommesse ippiche tris	0.5
Poker Online	0.5
Slot machine/videopoker	1.5
Scommesse sportive	1.0

Si riscontra inoltre che coloro che praticano tali tipologie di giochi con frequenza giornaliera sono tutti soggetti che hanno ottenuto un punteggio al SOGS  $\geq 5$  e quindi con un probabile comportamento da gioco patologico.

### **Somma massima spesa in un giorno**

Rispetto alla somma massima di denaro giocato all'interno di una stessa giornata, nel nostro campione si riscontra prevalentemente l'assenza di gioco (33.3%) oppure l'impiego di cifre di denaro non eccessivamente alte (il 18.4% ha giocato 1 € o meno; il 35.3% più di 1 fino a 10 €). Resta poi l'1.5% di soggetti che non ha risposto al quesito.

## **DISCUSSIONE**

### **Prevalenza dei giocatori**

I risultati del nostro studio mostrano che all'interno di un campione di persone sofferenti di disagio psichico, come quello da noi selezionato, la prevalenza di comportamento da gioco patologico (SOGS  $\geq 5$ ) appare superiore (4.5%) rispetto a quella stimata nella popolazione generale pari all'1-3% (21; 39; 38; 30; 16). Tale risultato appare congruente con precedenti ricerche su tale argomento, come quella condotta da Aragay e coll. su un campione spagnolo (2011). In una ricerca del 2007 condotta da McIntyre e coll. su soggetti con disturbi dell'umore, la prevalenza di gioco patologico è risultata compresa tra 2.5 e 6%. È dunque utile sottolineare che, in carenza di ricerche sistematiche sull'argomento in Italia, i risultati della presente ricerca confermano che anche nel nostro contesto socioculturale i soggetti affetti da patologia psichica presentano un maggior rischio di problematicità con il gioco d'azzardo.

In particolare, applicando la formula dell'*Odds Ratio* (OR) ed utilizzando una prevalenza media di gioco patologico nella popolazione generale pari a circa 2%, come risulta in modo consistente da numerose ricerche di

letteratura condotte in diversi contesti socioculturali, si ottiene un OR pari a 2.35. Ciò significa che, se i dati della presente ricerca venissero confermati, i soggetti affetti da patologia psichica presenterebbero un fattore di rischio di sviluppare comportamenti da gioco patologico circa 2 volte superiore alla popolazione generale.

### **Profilo giocatori patologici e a rischio problematico**

Il giocatore patologico rilevato nel nostro campione (SOGS  $\geq 5$ ) risulta prevalentemente di sesso maschile e con un consumo di alcool e di sostanze stupefacenti significativamente superiore rispetto a coloro che non hanno problematicità con il gioco. Anche questo risultato è congruente con i dati di letteratura riscontrati in contesti socioculturali diversi (13; 27; 36; 3; 17).

Anche per quanto concerne i giocatori a rischio di gioco problematico (punteggio SOGS compreso tra 1 e 4), si osserva una presenza significativamente maggiore di soggetti di sesso maschile e con problematiche di abuso di alcool e di sostanze stupefacenti rispetto a coloro che non presentano problematicità per il gioco d'azzardo. Risultano inoltre di età significativamente inferiore e più frequentemente in carico al Centro Psicosociale. Quest'ultimo dato sembrerebbe riconducibile al fatto che la popolazione con disturbi psichici accede ai due servizi di selezione del presente studio in modo non casuale. È noto infatti che i soggetti in carico al CPS presentano generalmente un più elevato grado di problematicità socioeconomica verosimilmente secondaria alla malattia, rispetto a coloro che si rivolgono all'ambulatorio specialistico del Centro IDEA. Si può dunque inferire che una condizione di maggiore disagio sociale possa favorire comportamenti a rischio di gioco patologico. Inoltre il CPS presenta con frequenza significativamente maggiore soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità, che potrebbe contribuire ad una maggiore prevalenza di comportamenti problematici per il gioco.

Sulla base delle poche ricerche di letteratura indirizzate allo studio dei fattori di rischio per il gioco d'azzardo

problematico, i dati da noi evidenziati si sovrappongono a quelli esistenti. In una review del 2009, gli autori osservano come il genere maschile, una più giovane età, l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, nonché l'associazione a patologie psichiatriche, rappresentino una sottopopolazione con uno specifico aumento di rischio di comportamento da gioco patologico (Johansson et al., 2009).

### **Genere femminile**

Dell'intero gruppo di soggetti di sesso femminile nel nostro campione l'1.8% mostra caratteristiche di gioco patologico. Tale dato concorda con le stime evidenziate in letteratura (22).

Andando ad indagare i soli soggetti a rischio di problematicità con il gioco (punteggio SOGS compreso tra 1 e 4) si ottengono dati di prevalenza più consistenti (9.7% dell'intero gruppo femminile). Nello specifico, nel gruppo di donne giocatrici a rischio confrontate con quelle non problematiche, si evidenzia che le prime tendono a consumare con frequenza significativamente maggiore alcool e stupefacenti, in particolare sostanze attivanti come la cocaina. Sono, come osservato nel genere maschile, mediamente più giovani delle donne che non hanno problemi con il gioco ed inoltre in tali soggetti a rischio la patologia psichica tende ad esordire più precocemente, dunque tendono a ricevere trattamenti per la stessa in più giovane età (inizio trattamenti psichiatrici più precoce). Tale dato lascia intendere che nel sesso femminile, benché il rischio di gioco problematico o patologico risulti inferiore rispetto al genere maschile, quando è presente correla con una condizione per la patologia psichica più impegnativa, verosimilmente con un maggior grado di cronicità e dunque più invalidante, come evidenziato anche da altri studi (14).

### **Tipologia di giochi e denaro**

I giochi più praticati dal nostro campione risultano essere Superenalotto, Gratta e Vinci, Totocalcio, Lotto e Lot-

terie tradizionali. Essi appartengono ad una tipologia di giochi in cui sono minori l'interazione e la competizione, nonché l'impiego di capacità strategiche, ad eccezione del Totocalcio che può richiedere un minimo di conoscenza del settore calcistico per vincere.

Tra i giochi invece attuati tutti i giorni, troviamo le Scommesse Ippiche/Tris, il Poker Online, le Slot Machine/Videopoker e le Scommesse Sportive. Questi giochi, Slot Machine/Videopoker a parte, rientrano in quelle tipologie che richiedono strategia, azione e confronto con altri soggetti, che stimolano la tendenza alla sfida ed alla replica, con possibile aumento della posta in gioco. Per quanto riguarda le Slot Machine/Videopoker si tratta invece di giochi solitari in cui viene meno la dimensione della competizione e della sfida; sono tuttavia caratterizzati da rapidità di esecuzione ed immediatezza nella replicabilità, tali da poter favorire una tendenza all'eccessiva reiterazione.

Rispetto alla quantità massima di denaro spesa al gioco in un giorno, l'87% del nostro campione risulta aver giocato da 0 fino a 10 €, quindi la maggioranza dei nostri soggetti pare non avere la tendenza a giocare grosse cifre in una medesima giornata.

## **CONCLUSIONI**

Con la presente ricerca abbiamo osservato come i soggetti affetti da patologia psichica rappresentino una popolazione con un rischio 2 volte superiore alla popolazione generale per comportamenti da gioco problematico o patologico.

I soggetti di sesso maschile con propensione all'utilizzo di alcoolici e sostanze stupefacenti, rappresentano la popolazione a specifico rischio di sviluppare Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). D'altro canto soggetti di sesso femminile con tale problematicità, per quanto inferiori di numero, presentano specifiche caratteristiche di gravità sintomatologica che rendono utile un'attenzione

mirata da parte dei servizi di salute mentale.

Si ritiene infine che, alla luce di quanto emerso, i Dipartimenti di Salute Mentale possano rappresentare un utile punto di rilevazione precoce e di intervento per la gestione della problematica del GAP.

#### Ringraziamenti

Si ringrazia O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna per il contributo incondizionato offerto per la realizzazione di questa ricerca.

\*Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliera

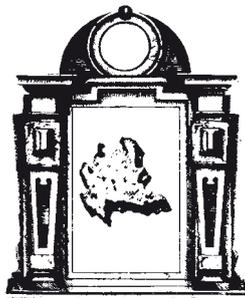
Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

\*\* O.N.Da Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, Milano

#### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 4th ed Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
2. Aragay N., Roca A., Garcia B., *Marqueta C et al. Pathological gambling in a psychiatric sample*, Comprehensive Psychiatry, 2011.
3. Bandolfi G., Osiek C., Ferrero F., *Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 101: 473-475, 2000.
4. Bellio G., Fiorin A., *Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 15: 39-47, 2009.
5. Black D.W., Moyer T., *Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior*, Psychiatric Service, 49: 1434-1439, 1998.
6. Blaszczynski A., Steel Z., *Personality disorders among pathological gamblers*, Journal of Gambling Studies, 14 (1): 51-71, 1998, .
7. Blaszczynski A., Nower L., *A pathways model of problem and pathological gambling*, Addiction, 97: 487-499, 2002.
8. Bucca M., Gabrielli F., Rossi R., *Disturbi del controllo degli impulsi*, In Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., editors, Trattato italiano di psichiatria. II ed. Milano, Masson Ed, 2002.
9. Capitanucci D., Biganzoli A., *Tossicodipendenze e gioco d'azzardo: risultati di una ricerca preliminare*, Personalità/ Dipendenze, 3: 23-33, 2000,
10. Crockford D.N., El-Guebaly N., *Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A review*, Canadian Journal of Psychiatry, 43 (1): 43-50, 1998.
11. Cunningham-Williams R.M., Cottler L.B., Compton W.M., Spitznagel E.L., *Taking chances: Problem gamblers and mental health disorders: Result from the S. Louis Epidemiological Catchment Area (ECA) Study*, American Journal of Public Health, 88: 1093-1096, 1998.
12. De Luca R., *La psicoterapia di gruppo per i giocatori d'azzardo e le loro famiglie: l'esperienza di Campoformido*, Itaca, 5 (15): 33-44, 2001.
13. Feigelman W., Kleinman P.H., Lesieur H.R. et al., *Pathological gambling among methadone patients*. Drug and Alcohol Dependence, 39, 75-81, 1995.
14. Ibáñez A., Blanco C., Moreyra P. et al., *Gender differences in pathological gambling*, Journal of Clinical Psychiatry, 64: 295-301, 2003.
15. Johansson A., Grant J.E., Wom Kim S. et al., *Risk Factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review*, Journal of Gambling Studies, 25: 67-92, 2009.
16. Ladouceur R., *Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec*, Canadian Journal Psychiatry, 36: 732-734, 1991.
17. Ladouceur R., Boudreault N., Jacques C., Vitaro F., *Pathological gambling and related problems among adolescents*, Journal of child and Adolescent Substance Abuse, 8, 55-68, 1999 a.
18. Ladouceur R., Jacques C., Ferland F., Girouz I., *Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later*, Canadian Journal of Psychiatry, 44, 802-804, 1999 b.
19. Lesieur H.R., Blume S.B., Zoppa R.M., *Alcoholism, Drug Abuse and Gambling*, Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 10 (1): 33-38, 1986.
20. Lesieur H.R., Blume S.B., *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers*, American Journal of Psychiatry, 144: 1184-1188, 1987.
21. Lorains F.K., Cowlishaw S., Thomas S.A., *Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys*, Addiction, 106: 490-498, 2011.
22. Martins S.S., Lobo D.S.S., Tavares H., Gentil V., *Pathological Gambling in Women: A Review*, Revista do Hospital das Clinicas Fac. Med. S.Paulo, 57(5): 235-242, 2002.

23. Mark M.E., Lesieur H.R., *A feminist critique of problem gambling research*, British Journal of Addiction, 87: 549-565, 1992.
24. National Research Council, *Pathological gambling: A critical review*, Washington, DC: National Academy Press, 1999.
25. Ohtsuka K., Bruton E., Deluca L. et al., *Sex difference in pathological gambling using gaming machine*, Psychological Reports, 80: 1051-1057, 1997.
26. Petry N.M., *A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity*, Addiction, 98: 645-655, 2003.
27. Petry N.M., *Pathological gambling: Etiology comorbidity, and treatment*, Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
28. Shaffer H.L., Hall M.N., Vander Bilt J., *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis*, Boston, MA: Harvard Medical School Division of Addictive, 1997.
29. Shaffer H.L., Hall M.N., Vander Bilt J., *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis*. American Journal of Public Health, 89: 1369-1376, 1999.
30. Shaffer H.L., Hall M.N., *Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behavior in the United States and Canada*, Canadian Journal Public Health, 92: 168, 2001.
31. Shaffer H.J., Korn D.A., *Gambling and mental disorders: a public health analysis*, Annual Review Public Health, 23: 171-212, 2002.
32. Sommers I., *Pathological gambling : estimating prevalence and group characteristics*, International Journal of Addictions, 23 : 477-490, 1998.
33. Ventura J., Green M., Shaner A., Liberman R., *Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "the drift busters"*, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3: 221, 1993.
34. Volberg R.A., *The prevalence and demographic of pathological gamblers: Implications for public health*, American Journal of Public Health, 84: 237-241, 1994.
35. Volberg R.A., *The future of gambling in the Unnited Kingdom: increasing access creates more problem gamblers (editorial)*, British Medical Journal, 320: 1556, 2000.
36. Volberg R.A., Abbot M.W., Ronnberg S., Munck I.M.E., *Prevalence and risks of pathological gambling in Sweeden*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 104(4), 250-256, 2001.
37. Welte J.W., Barnes G.M., Weiczorek W.F., Tidwell M.C., Parker J., *Alcohol and gambling pathology among U.S. Adult: Prevalence, demographic patterns, and comorbidity*. Journal of Studies on Alcohol, 62: 706-712, 2001.
38. Welte J.W., Barnes G.M., Weiczorek W.F., Tidwell M.C., Parker J., *Gambling participation in the U.S.-results from a national survey*. Journal of Gambling Studies, 18: 313-337, 2002.
39. Wong L.K., So M.T., *Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong*, American Journal of Psychiatry, 160: 1353-1354, 2003.



# NOTE DAI CONVEGNI

## **VI Convegno della F.I.A.P.**

*Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia  
Centro Congressi Riva del Garda*

**3-5 Ottobre 2014**

L'emergere del sé in psicoterapia.  
Neuroscienze, psicopatologia e fenomenologia del sé.

### **Relazioni di**

*Antonio Damasio, Eugenio Borgna, Vittorio Gallese*  
Workshop precongressuale

con

*Antonio Damasio*

**Giovedì, 2 ottobre 2014**

### **Temi del convegno:**

Sé e neuroscienze

Sé e psicopatologia

Sé nei diversi modelli psicoterapeutici

Sé nella clinica e nella prassi psicoterapeutica

Sé nella formazione e nella ricerca in psicoterapia

Sé, sviluppo, identità e ciclo di vita

Epistemologia della psicoterapia

**[www.convegno2014.fiap.info](http://www.convegno2014.fiap.info)**

Il sé è un concetto fondamentale in psicoterapia: *è uno dei cardini per comprendere la sofferenza psicopatologica e orientare la prassi terapeutica*. Il convegno è l'occasione per il confronto fra approcci diversi attraverso l'esplorazione di questo concetto fondante, con il contributo di alcuni fra i maggiori studiosi di questo tema nei territori delle neuroscienze, della fenomenologia, della clinica. Ci porremo interrogativi di questo tipo: *cosa sappiamo oggi del sé dal punto di vista delle neuroscienze? Quale rapporto fra sé, esperienza, emozioni, corpo e relazione? Come queste conoscenze influenzano la nostra concezione della sofferenza e della relazione psicoterapeutica? Come influenzano la nostra pratica clinica?*

Antonio Damasio, uno dei più significativi neuroscienziati ad essersi occupati del sé, parteciperà ad un workshop pregressuale a numero chiuso e aprirà il convegno con una relazione magistrale.

### ALCUNE PRELIMINARI INFORMAZIONI ORGANIZZATIVE

Questo primo annuncio fornisce alcune informazioni preliminari necessarie a fissare la data del convegno nella propria agenda. Seguiranno tutte le ulteriori comunicazioni dettagliate.

- **Workshop pregressuale Giovedì 2 ottobre 2014**, a numero chiuso, è una occasione unica per dialogare con Antonio Damasio sui temi del sé nella clinica e nella relazione psicoterapeutica. Gli studenti iscritti al convegno potranno seguire gratuitamente in streaming tutta la giornata.
- **Eventi sociali Sabato 4 ottobre**, cena sociale (a costi molto accessibili) nello splendido giardino della sede congressuale, con musica e danze per godere pienamente la dimensione conviviale del convegno.
- **Scadenze** La prima scadenza per l'iscrizione al workshop pregressuale con Damasio è il 31 dicembre. La prima scadenza per le quote del convegno e la scadenza per la presentazione dei contributi è il 28 febbraio 2014
- **Costi** I costi del convegno saranno estremamente contenuti: per la prima scadenza il costo va da un minimo di 50 euro per gli allievi (in gruppo) a un massimo di 140 euro per gli psicoterapeuti che si iscrivono singolarmente. Il costo per il workshop pregressuale è di 100 euro.
- **Sede** La sede congressuale è a Riva del Garda, in una splendida posizione in riva al lago. Era il luogo prediletto da Thomas Mann per riposarsi e rigenerarsi e oggi è una delle mete più eleganti e vivaci del turismo mitteleuropeo.
- **Alberghi** Tutti gli alberghi sono raggiungibili a piedi dalla sede congressuale, con una bella passeggiata in riva al lago. Vi sono sistemazioni per tutte le esigenze: dall'ostello (18 euro/notte) fino all'albergo a 5 stelle. La prenotazione è facilitata dall'agenzia congressuale che si occupa di rispondere alle specifiche esigenze dei partecipanti
- **Trasporti** Vi saranno navette gratuite dall'aeroporto e stazione di Verona, sarà possibile anche organizzare dei bus dalle principali città. La sede congressuale offre un parcheggio gratuito per 180 posti.
- **Didattica** Le scuole di specializzazione potranno inserire la partecipazione al convegno nel monte ore formativo per gli specializzandi in psicoterapia



Coordinamento Nazionale Servizi  
Psichiatrici di Diagnosi e Cura



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

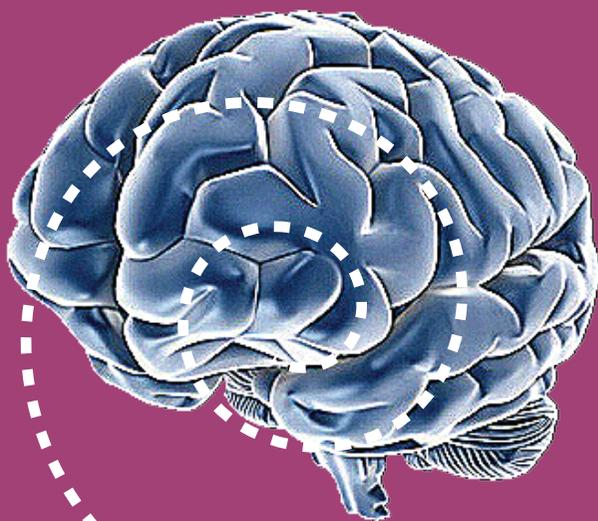


OSPEDALE FATEBENEFRAELLI E OPFTALMICO  
Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale  
MILANO  
Assistenza sanitaria Regione Lombardia



*Coordinamento Nazionale Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura  
Coordinamento Giovani Psichiatri*

# **DISTURBI AFFETTIVI TRA OSPEDALE E TERRITORIO: LA SFIDA PER UNA CORRETTA RISPOSTA DI CURA**



**Coordinamento Scientifico**  
*Claudio Mencacci, Giancarlo Cerveri*

**31 maggio  
1 giugno 2013**

*Hotel Michelangelo  
Via Scarlatti, 33  
**MILANO***

# Venerdì 31 maggio

08.30 Registrazione partecipanti

SALA MICHELANGELO

09.00 Presentazione degli obiettivi formativi e modalità di esecuzione e salute delle autorità

**Plenaria: Neuroscienze e Processualità delle Patologie Psichiatriche: esordio, riacutizzazione e cura**

Moderatori: *C. Mencacci, E. Sacchetti*

09.30 **Neuroscienze ed esordi di patologie psichiche** - *G. Biggio*

10.00 **Nuove Psicopatologie** - *E. Aguglia*

10.30 **Evidenze di Trattamento nei Disturbi Affettivi** - *A. Cipriani*

11.00 - 11.30 Pausa

SALA MICHELANGELO

**I Sessione Plenaria: La psichiatria e le sfide attuali: più bisogni e meno risorse?**

Moderatori: *C. Altamura, E. Bondi*

11.30 **La qualità della cura nei disturbi affettivi gravi** - *A. Lora*

11.50 **Come definire i L.E.A. in Psichiatria: bisogni identificati e risorse assegnate per SPDC** - *A. Bertani, C. Gala*

12.10 **Il ricovero Post-Acuto in Psichiatria: modalità organizzative ed evidenze cliniche**

*G. Giusto*

12.30 Discussione

SALA MICHELANGELO

**Simposio: La terapia long acting come ponte tra Ospedale e Territorio**

Moderatore: *C. Mencacci*

13.00 **Dalla gestione delle acuzie alla continuità terapeutica** - *R. Pollice*

SALA MICHELANGELO

**II Sessione Plenaria: SPDC, Territorio e Residenzialità: percorso lineare o ad ostacoli**

Moderatori: *G. Ba, S. Scarone*

14.00 **Quanto può/deve durare un ricovero in SPDC?** - *M. Bassi*

14.25 **Post acuzie e riabilitazione precoce nel trattamento delle gravi patologie psichiche**

*M. Rabboni*

14.50 **La residenzialità privata ed il rapporto con i DSM/SPDC** - *F. Rancati*

15.15 **La distribuzione delle risorse tra residenzialità e psichiatria di comunità: un rapporto risolto?**

*G. Cerati*

15.40 Discussione

SALA LAURENZIANA

**Meet the Expert proposto dal Coordinamento Giovani Psichiatri SIPL0**

Moderatori: *P. Bortolaso, S. Vender*

11.30 **Incontro con Andrea Cipriani sul trattamento del Disturbo Bipolare, dalle evidenze scientifiche alla pratica clinica**

13.00 - 14.00 Pausa

SALA LAURENZIANA

**I Sessione Plenaria: Continuità e discontinuità delle cure: from good practices to bad reality**

Moderatori: *G. Cerveri, A. Grecchi*

14.00 **Continuità delle cure come predittore di effectiveness** - *G. Deste*

14.25 **Relazione terapeutica con il curante o con il servizio? Quale continuità?** - *P. Bortolaso*

14.50 **Riorganizzazione dei servizi e diritto alla salute: quale continuità di cura è possibile offrire?** - *A. Grecchi*

15.15 **Quando la discontinuità dipende dallo psichiatra, burnout e patologia psichica negli operatori della salute mentale** - *C. Fraticelli*

15.40 Discussione

16.00 - 16.15 Pausa

SALA MICHELANGELO

**Plenaria: Trattamento dei soggetti autori di reato: il tema OPG**

Moderatori: *G. De Paoli, S. Vender*

16.15 **Il confronto del superamento degli OPG: stato di avanzamento** - *L. Tarantola*

16.35 **La necessità ed i rischi nella gestione di soggetti autori di reato: il trattamento in acuto** - *V. Villari*

16.55 **La necessità ed i rischi nella gestione di soggetti autori di reato: il trattamento e la gestione sul territorio** - *G. Biffi*

17.15 Discussione

GIOVANI PSICHIATRI

Percorso

Percorso SPDC

# Sabato 1 giugno

SALA MICHELANGELO

## Plenaria: Aspetti organizzativi e possibili criticità nella gestione della patologia acuta

Moderatori: G. Cerveri, C. Mencacci

09.00 **Appropriatezza dei ricoveri. SPDC tra doveri organizzativi e risposte a bisogni di cura** - L. Ferrannini

09.30 **La gestione della popolazione anziana nel contesto dell'SPDC** - D. De Ronchi

10.00 **Il rischio di suicidio in SPDC e alle dimissioni: quali criticità?** - M. Pompili

10.30 - 11.00 Pausa

SALA MICHELANGELO

## III Sessione Plenaria: La patologia psichiatrica nell'adolescenza: quali esperienze/quali servizi

Moderatori: A. Ottolini, M. Percudani

11.00 **La gestione dell'acuzie in adolescenza: dal Pronto Soccorso al reparto** - A. Albizzati

11.20 **Il ruolo dell'SPDC nella gestione dell'emergenza urgenza nell'ambito del DSM**

A. Vita

11.40 **Esperienze innovative nei Dipartimenti di Salute mentale per il trattamento dei disturbi psichici in età giovanile** - M. Percudani

SALA LAURENZIANA

## Meet the Expert proposto dal Coordinamento Giovani Psichiatri SIPO

Moderatori: G. Cerveri, A. Vincenti

11.00 **Incontro con Maurizio Pompili sul tema del rischio suicidario nei soggetti sofferenti di patologie affettive: fattori predittivi e modalità di gestione/trattamento**

SALA MICHELANGELO

## Plenaria: Esperienze di ricerca per migliorare i Servizi di Salute Mentale

Moderatori: F. Bartoli, C. Mencacci

12.00 **Per una riorganizzazione del DSM fondata su evidenze epidemiologiche: i disturbi dell'umore e le "aree di confine"** - M. Clerici

12.20 **Interventi familiari nel trattamento del disturbo bipolare**

A. Fiorillo

12.40 Discussione

13.00 Chiusura dei lavori e questionario E.C.M.

## RELATORI E MODERATORI

<b>E. Aguglia</b>	CATANIA	<b>A. Cipriani</b>	VERONA	<b>A. Ottolini</b>	MILANO
<b>A. Albizzati</b>	MILANO	<b>M. Clerici</b>	MILANO	<b>M. Percudani</b>	GARBAGNATE (MI)
<b>C. Altamura</b>	MILANO	<b>G. De Paoli</b>	PAVIA	<b>R. Pollice</b>	L'AQUILA
<b>G. Ba</b>	MILANO	<b>D. De Ronchi</b>	BOLOGNA	<b>M. Pompili</b>	ROMA
<b>F. Bartoli</b>	MONZA	<b>G. Deste</b>	PARMA	<b>M. Rabboni</b>	BERGAMO
<b>M. Bassi</b>	MILANO	<b>L. Ferrannini</b>	GENOVA	<b>F. Rancati</b>	ROZZANO (MI)
<b>A. Bertani</b>	MILANO	<b>A. Fiorillo</b>	NAPOLI	<b>E. Sacchetti</b>	BRESCIA
<b>G. Biffi</b>	MILANO	<b>C. Fraticelli</b>	VARESE	<b>S. Scarone</b>	MILANO
<b>G. Biggio</b>	CAGLIARI	<b>C. Gala</b>	MILANO	<b>L. Tarantola</b>	PAVIA
<b>P. Bortolaso</b>	MILANO	<b>G. Giusto</b>	GENOVA	<b>S. Vender</b>	VARESE
<b>E. Bondi</b>	BERGAMO	<b>A. Grecchi</b>	MILANO	<b>V. Villari</b>	TORINO
<b>G. Cerati</b>	LEGNANO (MI)	<b>A. Lora</b>	LECCO	<b>A. Vincenti</b>	MILANO
<b>G. Cerveri</b>	MILANO	<b>C. Mencacci</b>	MILANO	<b>A. Vita</b>	BRESCIA

## ***Crediti Formativi E.C.M.***

Entrambi gli Eventi Formativi “Percorso SPDC” e “Percorso GIOVANI PSICHIATRI”  
sono accreditati per nr. 50:

Medici specialisti in Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Psicologi.

### **Percorso SPDC**

Evento formativo nr. 2496-60761, nr. 11,1 crediti formativi E.C.M.

### **Percorso GIOVANI PSICHIATRI**

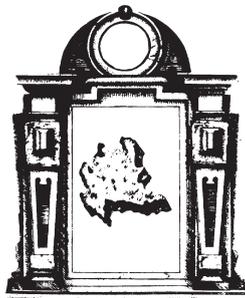
Evento formativo nr. 2496-60764, nr. 11,1 crediti formativi E.C.M.

## ***Provider e Segreteria Organizzativa***



Update International Congress S.r.l.  
Via dei Contarini, 7 - 20133Milano  
Tel. 02 70125490 Fax 02 700503943  
segreteria@updateintcong.it www.upcongr.it  
Provider nr. 2496

SOCIETA' CERTIFICATA BSI ISO 9001:2008 



# SPAZIO APERTO

## Il progetto del Policlinico di Milano per i disturbi psicopatologici derivanti dalla crisi in atto

*Comunicato stampa*

*Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale Fondazione IRCCS Ca' Granda  
Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

La crisi economica continua a fare male, almeno sul piano della salute: in soli due anni sono infatti quadruplicati i pazienti che hanno chiesto aiuto psicologico perché hanno perso il lavoro, o per le paure scatenate dalla precarietà. A Milano, nei Centri psico-sociali (CPS) che afferiscono alla Fondazione Ca' Granda Policlinico, i "pazienti della crisi" sono passati dagli 8 del 2010 ai 32 del 2012: in pratica, ad oggi almeno un paziente su quindici dei CPS ha problemi psicologici unicamente a causa della crisi, e il trend è destinato ad aumentare.

Anche se si tratta solo di dati preliminari ricavati da tre centri psico-sociali della città (quelli di via Fantoli, di via Conca del Naviglio e di via Asiago), il quadro per gli esperti è piuttosto chiaro: sono in aumento le persone che chiedono aiuto per disturbi psichiatrici (ad esempio disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, dell'adattamento, problemi d'insonnia e disturbi del comportamento) che si sarebbero manifestati quasi contemporaneamente o successivamente a situazioni che hanno modificato le loro aspettative economiche e sociali, intaccando anche la sfera degli affetti e delle relazioni in genere.

Per questo il Policlinico di Milano sta progettando un vero e proprio Osservatorio sulla Crisi anche con l'obiettivo di intervenire in modo integrato su questi

utenti. Il progetto, pensato insieme al direttore del neonato Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale Carlo Altamura, prevede la collaborazione degli psichiatri e degli operatori che già operano sul territorio e di giovani psicologi dedicati e appartenenti a diverse scuole di psicoterapia.

"La crisi, sommata all'attuale contesto socio-culturale della post-modernità – spiega Andrea Giannelli, responsabile del CPS di via Fantoli e coordinatore del



*Giacomo Patri - White Collar, 1940*

progetto – vede negli ultimi decenni un aumento delle personalità di tipo narcisistico e dipendente, e favorisce stati mentali di disadattamento che possono sfociare in disturbi psichiatrici. La letteratura scientifica mostra che la crisi ha provocato un aumento del numero di suicidi: secondo una stima pubblicata da Lancet, in Europa sarebbero cresciuti del 60% rispetto al 2007, l'anno immediatamente precedente al crollo dei mercati. Stanno inoltre emergendo chiaramente quadri specifici legati alla disoccupazione, alla paura di perdita del lavoro e al cambiamento di prospettive socio-professionali. Con i nostri studi potremmo individuare i segni e i sintomi che caratterizzano questo particolare 'stress da crisi', che sembra non stia colpendo soltanto gli strati sociali più palesemente a rischio”.

I pazienti “crisi-correlati” sono sia uomini che donne, con una lieve predominanza del sesso femminile (tre casi in più). L'età media è 50 anni, anche se ci sono alcuni casi più “estremi”: il più giovane ha 25 anni, ma non mancano pazienti della terza età. “Un chiaro segno – commenta Giannelli – che le problematiche psicologiche riconducibili alla crisi economica sono trasversali a numerose fasce di popolazione”. C'è una certa eterogeneità anche sotto il profilo professionale: a chiedere aiuto sono soprattutto piccoli commercianti, dirigenti di azienda e, paradossalmente, professionisti dell'area delle ‘professioni d'aiuto’, come educatori od operatori socio-assistenziali.

Al Dipartimento di Salute Mentale del Policlinico si sta mettendo ora a punto un protocollo d'intervento di tipo psico-sociale integrato. Grazie ai CPS distribuiti sul territorio l'utente, dopo una prima fase di valutazione, viene assistito in modo individuale, in gruppo o con un approccio integrato psico-farmacologico, a seconda del caso specifico. “Questo importante obiettivo richiede la competenza medica e specialistica di un ospedale come il Policlinico di Milano – conclude Altamura – perché solo un approccio multidimensionale è in grado di differenziare problematiche psicopatologiche prima della crisi, facendo

riferimento ad uno specifico progetto di indagine clinica allargata. Oggi c'è infatti la tendenza, soprattutto da parte dei media, di attribuire alla recessione economica situazioni anche gravi come i suicidi, che invece con la crisi hanno a che fare solo in parte. In questo modo si perde di vista la persona nella sua visione longitudinale, che non può trascurare i segnali psicopatologici anche gravi che erano già presenti prima dell'impatto psicologico e socio-ambientale legato alla crisi”.

L'argomento ha introdotto, con una relazione del Prof. Renato Mannheimer sulla percezione psicologica della crisi degli italiani, il V° Congresso InnoPsy: appuntamento tradizionale sulle innovazioni in psichiatria tenutosi a Milano dal 6 all' 8 Maggio scorso alla presenza di illustri esperti dalle migliori università internazionali.

L'evento è come sempre organizzato dal Professor Carlo Altamura, peraltro di recente nominato Direttore del neonato Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale della Fondazione Cà Granda di cui il Policlinico di Milano fa parte. La redazione approfitta di questa circostanza per complimentarsi e augurare al Professor Altamura i migliori auguri per un prospero lavoro tra le attuali difficoltà economiche che coinvolgono la nostra società e quindi le Aziende Ospedaliere.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

### NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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



## SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria

#### Presidenti:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)  
Massimo Clerici (*Monza*)

#### Segretario:

Mauro Percudani  
(*Garbagnate Milanese, MI*)

#### Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)

#### Membri di diritto:

Giorgio Cerati (*Legnano*)  
Emilio Sacchetti (*Brescia*)  
Silvio Scarone (*Milano*)  
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)

#### Presidenti Sezioni Speciali:

Arcadio Erlicher (*Milano*)

#### Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli, (*Milano*)  
Simone Vender (*Varese*)  
Antonio Vita (*Brescia*)  
Giuseppe Biffi (*Milano*)

#### Consiglieri Eletti:

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*)