

PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

LA RIVISTA DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE



VOLUME VIII N. 1 MARZO 2009

■ DIRETTORE SCIENTIFICO

Fabrizio Asioli
(f.asioli@inwind.it)

■ CO-DIRETTORE

Andrea Angelozzi

■ DIRETTORE RESPONSABILE

Walter Martiny

■ COMITATO SCIENTIFICO

A. Barbato, M. Bassi,
M. Clerici, A. Cocchi,
G. Favaretto,
L. Ferrannini, A. Fioritti,
C. Mencacci, S. Mistura,
E. Pirfo, M. Rossi Monti,
P. Scapicchio

■ COMITATO EDITORIALE

G. Agnetti (Milano)
M. Bacigalupi (Roma)
M. Balestrieri (Udine)
A. Ballerini (Firenze)
D. Berardi (Bologna)
L. Cappellari (Padova)
M. Casacchia (L'Aquila)
G. Corlito (Grosseto)
G. de Girolamo (Bologna)

G. Dell'Acqua (Trieste)
S. Elisei (Perugia)
A. Ferro (Savona)
F. Ficco (Trento)
P. Furlan (Torino)
G. Grassi (Reggio Emilia)
A. Lasalvia (Verona)
A. Maone (Roma)
L. Magliano (Napoli)
P. Migone (Parma)
M. Morlino (Napoli)
M. Nardini (Bari)
P. Peloso (Genova)
M. Ruggeri (Verona)
P. Scapati (Taranto)
F. Scotti (Perugia)
D. Semisa (Bari)
F. Starace (Napoli)
M. Tansella (Verona)
F. Veltro (Campobasso)

■ INTERNATIONAL BOARD

A. Andreoli (Svizzera)
M. Desviat (Spagna)
M. Gittelman (USA)
J. Leff (Gran Bretagna)
S. Priebe (Germania)
B. Saraceno (WHO)
R. Warner (USA)

■ REDAZIONE

F. Berti Ceroni
M. Chiappelli
N. Gosio
A. Piazza

■ COORDINAMENTO EDITORIALE

Luisa Berretta
Silvia Viglietti

■ PROGETTO GRAFICO

e-motion - Torino

■ EDITING

In-folio - Torino

■ IMPAGINAZIONE

Kino - Torino

■ STAMPA

Stamperia Artistica Nazionale
Trofarello (To)

■ DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE

Centro Scientifico Editore
via Borgone, 57
10139 Torino
Tel. +39 011 3853656 r.a.
Fax +39 011 3853244
www.cse.it

© Centro Scientifico Editore S.r.l.

Tutti i diritti di proprietà letteraria ed artistica sono riservati compreso quello di traduzione.

I manoscritti e le fotografie, anche se non pubblicati, non si restituiscono. È vietata la riproduzione anche parziale (fotocopie, microfilm, ecc.) senza speciale autorizzazione dell'Editore.

Aut. Trib. di Torino n. 5900 del 29 luglio 2005. Spedizione in Abbonamento Postale. Psichiatria di Comunità è pubblicata trimestralmente; il costo annuo dell'abbonamento è di Euro 60,00 per le persone fisiche e di Euro 80,00 per Enti e Società, da pagarsi tramite versamento su c.c. postale n. 40117152 intestato a Centro Scientifico Editore s.r.l., via Borgone 57, 10139 Torino.

Il costo per l'estero è di Euro 72,00 per le persone fisiche e di Euro 92,00 per Enti e Società. I fascicoli singoli arretrati hanno un costo di Euro 21,00. A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72 n. 633 e del DM 09/04/93, il pagamento dell'IVA, assolta dall'Editore sugli abbonamenti o sui singoli numeri, è compreso nel prezzo di vendita. Pertanto non verrà in alcun caso rilasciata fattura. Psichiatria di Comunità viene inviata per abbonamento.

Gli abbonamenti e i numeri arretrati vanno richiesti tramite fax (011-385.32.44) o e-mail (cse@cse.it; www.cse.it) a C.S.E., uff. Abbonamenti.



Rivista Ufficiale
della Società
Italiana
di Psichiatria





NORME REDAZIONALI

Psichiatria di Comunità pubblica lavori nel campo della salute mentale, sulle teorie, le pratiche, i problemi dei Dipartimenti di Salute Mentale.

È trimestrale ed è organizzata in quattro sezioni:

- editoriali: vengono preparati su invito e riguardano temi specifici e di attualità;
- articoli e lavori sperimentali, inediti, su aree di interesse per la psichiatria di comunità;

- comunicazioni brevi: articoli non superiori alle 6 pagine;
- lettere e documenti su notizie e temi relativi all'assistenza psichiatrica e su avvenimenti di rilievo.

I contributi sono accettati per la pubblicazione ad insindacabile giudizio della Direzione della Rivista, che si avvale della valutazione anonima di referees. Gli articoli esprimono l'opinione degli Autori e non impegnano la Rivista.

NORME PER LA PRESENTAZIONE E LA STESURA DEL TESTO

I lavori vanno inviati al Direttore della Rivista per posta elettronica: f.asioli@inwind.it

Organizzazione del testo

Gli articoli devono essere battuti in doppia spaziatura, su una sola faccia del foglio e non devono superare le 20 cartelle di 2000 battute l'una.

Nella prima pagina devono essere indicati solo: nome (per esteso) e cognome dell'Autore/i, Istituzione di appartenenza, indirizzo, telefono, e-mail dell'Autore a cui va inviata la corrispondenza.

La seconda pagina deve contenere solo il titolo in italiano e in inglese.

La terza pagina deve contenere il Riassunto in Italiano, non superiore alle 300 parole (strutturato in Scopo, Metodi, Risultati e Conclusioni) e le Parole chiave.

La quarta pagina deve contenere il Summary (strutturato in Objective, Methods, Results, Conclusions) e le Key words.

Nella lettera di accompagnamento va dichiarato che si tratta di lavoro inedito e la cessione dei diritti.

Bibliografia

Nel testo: citare, tra parentesi, solo gli A.A. i cui lavori vengono inclusi in bibliografia, es.: (Goldberg, 1980); nel caso di due A.A.: (Goldberg & Huxley, 1982); nel caso di più A.A.: (Goldberg et al., 1990).

La bibliografia va compilata alla *fine del lavoro* secondo il sistema di Harvard, osservando le seguenti istruzioni:

Articoli su riviste. Gli autori vanno citati tutti. Indicare cognome, iniziale del(i) nome(i) di ciascun autore, anno della pubblicazione (tra parentesi), titolo del lavoro (iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo), nome della rivista (per esteso e in corsivo), numero del volume, pagina iniziale e finale.

Bridges K., Goldberg D., Evans B. & Shape T. (1991). Determinants of somatization in primary care. *Psychological Medicine* 21, 473-483.

Articoli su supplementi di riviste. Dopo gli autori, l'anno di pubblicazione e il titolo (vedi sopra) indicare titolo del supplemento (corsivo, iniziale maiuscola per tutte le parole del titolo), iniziale del nome e cognome degli *editors*, nome della rivista (per esteso) e numero del supplemento, numero del volume, pagine iniziale e finale (precedute dal simbolo pp.).

Martini P., Cecchini M., Corlito G., D'Arco A. & Nascimbeni P. (1985). A model of a single comprehensive mental health service for a catchment area: a community alternative to hospitalization. In *Focus on the Italian Psychiatric Reform* (eds. C. Perris and D. Kemali). Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum No. 316, vol. 71, pp. 95-120.

Capitoli di libri. Dopo gli autori, l'anno di pubblicazione e il titolo (vedi sopra), indicare titolo del libro (in corsivo; iniziale maiuscola per tutte le parole del titolo), iniziale del nome e cognome degli autori o degli editors, pagina iniziale e finale (vedi sopra), casa editrice e, dopo i due punti, luogo di pubblicazione.

Klerman G. & Weissman M. (1989). Continuities and discontinuities in anxiety disorders. In: *The Scope of Epidemiological Psychiatry* (ed. P. Williams, G. Wilkinson and K. Rawnsley), pp. 181-195. Routledge: London.

Articoli in Atti di Convegni, Seminari, ecc.

Balestrieri M., Arreghini E., Marino S. & Bellantuono C. (1989). I disturbi emotivi nella medicina di base: una rassegna degli studi epidemiologici nell'area di Verona. In *Atti del 37° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria*, pp. 41-46. CIC Edizioni Internazionali: Roma.

Libri e Monografie.

Autore(i) individuale(i):

Shepherd M., Cooper B., Brown A.C. & Kalton G. (1966). *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press: Oxford.

Editor(s) o curatore(i):

Cooper B. (ed.) (1987). *Psychiatric Epidemiology. Progress and Prospects*. Croom Helm: London.

Autore istituzionale:

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed. revised). American Psychiatric Association: Washington DC.

Tabelle, Grafici e Figure

Ne va fatto un uso contenuto. Vanno preparati ciascuno su un foglio, alla fine di tutto il lavoro, numerati progressivamente e corredati di titolo.

Nel testo va indicato chiaramente dove vanno inseriti.

Rapporti fra redazione e autore

All'autore indicato nella prima pagina del lavoro verranno inviate le osservazioni dei referee e tutte le comunicazioni della redazione.

Si consiglia un'accurata revisione del testo definitivo e della bibliografia. Le bozze non vengono inviate agli Autori per correzione. Il mancato rispetto delle norme previste comporterà l'esclusione o un ritardo nella pubblicazione.

Non saranno realizzati estratti. Gli Autori interessati a ricevere più copie potranno richiederle all'Editore al momento dell'accettazione dell'articolo.



PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

LA RIVISTA DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

S O M M A R I O

COMUNICAZIONI AI LETTORI

1

Anche i Direttori devono fare il turn over?

Fabrizio Asiola

4

Riviste e saperi

Andrea Angelozzi

EDITORIALI

6

La clinica è soltanto terapeutica?
Scrivere filosoficamente della propria vita come
emancipazione personale

Duccio Demetrio

12

Peculiarità dell'esperienza compiuta
dalla psichiatria italiana

Fabrizio Asiola

INTERVENTO SU EDITORIALE

16

La clinica è soltanto terapeutica?
Scrivere filosoficamente della propria vita
come emancipazione personale

Giuseppe Berti Ceroni

ARTICOLO RICHIESTO

20

Advocacy e auto-mutuo-aiuto. Riflessioni
dalle esperienze internazionali

Ester Di Giacomo, Massimo Clerici

ARTICOLI

26

Problemi di psichiatria di liaison: la consulenza
diagnostica integrata nella cura delle malattie
genetiche a esordio tardivo

*Anna Ferruta, Chiara Nespolo, Caterina Mariotti,
Sergio Astori, Cinzia Gellera, Daniela Di Bella,
Roberto Fancellu, Silvia Genitrini,
Giovanni Foresti*



36

Servizi psichiatrici e medicina generale:
l'esperienza del Centro di Salute Mentale di
Genova Voltri

*Panfilo Ciancaglini, Marco Vaggi, Eugenia Perelli,
Danila Macciò, Elisa Sartini, Angela Pistorio*

46

Centro di Consultazione Etnopsichiatrica
di Milano: studio osservazionale descrittivo

*Carlo Pagani, Matteo Porcellana, Matteo Contini,
Maria Curia, Luca Mazzucchelli, Clara Ruffetta,
Carla Samoré, Laura Simoncini,
Valentina Stirone, Leo Nahon*

COMUNICAZIONE BREVE

53

Il trattamento dei disturbi da abuso di alcool

Fulvio Fantozzi

LETTERA

56

Commento all'articolo del Prof. Garattini

Silvio Scarone



Fabrizio Asioli

ANCHE I DIRETTORI DEVONO FARE IL TURN OVER? Should Directors turn over too?

Ogni volta (almeno una ventina!) che in questi anni ho comunicato a un membro del Comitato Editoriale di *Psichiatria di Comunità* che – secondo le regole della Rivista – intendevo procedere a una sua sostituzione per favorire, attraverso un ricambio continuo, partecipazioni costantemente attive e anche per allargare il numero dei collaboratori, mi sono chiesto che effetto potesse avere sugli interessati questa regola imposta da un Direttore che, al contrario, se ne rimaneva al suo posto. È arrivato il momento di passare la mano anche per l'attuale Direttore di *Psichiatria di Comunità*! Esattamente per le stesse ragioni che hanno sostenuto il sopra ricordato principio della non-inamovibilità dei collaboratori di questa Rivista. Ecco in breve:

- 1) Per importare anche in Italia (peraltro insieme ad alcune altre, poche, Riviste italiane, di cui *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* e *Psicoterapia e Scienze Umane*, pur nella loro diversità, sono state due esempi che *Psichiatria di Comunità* ha considerato sempre molto vicini) una consuetudine radicata in altri Paesi: non per gusto esterofilo fine a se stesso ma per l'evidente vantaggio che l'esperienza dimostra. La "provvisorietà" dell'incarico comporta un impegno più attivo dei collaboratori ed evita – come invece accade a molte Riviste italiane – di godere in prima pagina di lunghi elenchi di nomi, magari prestigiosi, ma non del loro fattivo apporto. In questo caso: quale utilità una Rivista ricava da un elenco ingessato di nomi importanti?
- 2) Per allargare il numero dei professionisti coinvolti nel determinare direttamente la linea editoriale e la qualità della Rivista attraverso la valutazione degli articoli da pubblicare. Per cercare quindi, in una

prospettiva ottimistica, di rendere la Rivista – seppure tra luci e ombre – più simile a uno strumento e a un prodotto di una comunità scientifica (con tutte le eterogeneità presenti al suo interno) che al frutto del lavoro di un gruppo, magari qualitativo, ma elitario. *Psichiatria di Comunità* – mi auguro che sia risultato chiaro in questi anni – non ha mai inteso essere una Rivista impegnata a "dettare la linea" ad "altri", ai quali fosse affidato il compito di imparare e adeguarsi; ha cercato piuttosto di essere una sede di confronto e di discussione su temi complessi e spesso senza una risposta precisa, quali sono quelli che appartengono alla salute mentale e alla psichiatria senza manicomi.

- 3) Infine, un'attenzione particolare *Psichiatria di Comunità* ha voluto dedicarla – per quanto ha potuto – a favorire il ricambio generazionale in psichiatria. Esattamente il contrario di quanto la generazione di psichiatri alla quale anagraficamente appartengo ha fatto in questi anni proponendosi, più o meno consapevolmente, come generazione maestra, indiscutibile e – se così si può dire – inamovibile (data la precocità con cui abbiamo occupato ruoli dirigenziali in una psichiatria che si espandeva, anche quantitativamente, finendo per tenerli occupati per tempi quasi interminabili!). Una generazione faticosa, temo, che ha finito quindi per "schacciare", da molti punti di vista e al di là delle intenzioni, i più giovani, le loro opinioni, oltre che le loro carriere.

Michele Tansella in più di un'occasione ha affrontato il problema di come garantire la qualità delle Riviste scientifiche. In un numero di *Epidemiologia e Psichiatria*



Sociale di qualche anno fa ha invitato sei editor delle più importanti Riviste psichiatriche europee a indicare quali fossero gli aspetti principali del loro lavoro (Tansella, 2003). In una sintesi (impossibile!) di questi contributi si potrebbe dire che la ricetta che emerge è – almeno all'apparenza – abbastanza semplice (Munk-Jørgensen, 2003; Paykel, 2003; Maj, 2003): una buona Rivista dovrebbe essere utile e di qualità; dovrebbe disporre di un gruppo di referee esperti in grado di fornire tutto il supporto necessario per la valutazione dei lavori; dovrebbe essere fatta circolare e avere un pubblico numeroso; dovrebbe essere in grado di assicurare il reciproco e pieno coinvolgimento di lettori, autori, referee, comunità scientifica. Infine, dovrebbe sorreggersi economicamente per garantirsi sopravvivenza e indipendenza.

Più di recente, un intelligente e coraggioso editore (De Fiore, 2007) spiega che nell'attuale periodo di transizione le difficoltà che riguardano il campo editoriale sono tali che gli editori, tra i tanti problemi che vivono, non sanno che Riviste pubblicare. Perché tante difficoltà? Innanzi tutto, i periodici nazionali che fino a pochi anni fa erano pagati dagli autori, dalla pubblicità, dalle Società scientifiche oggi faticano a sopravvivere o non sopravvivono affatto. I periodici che oggi attraggono l'interesse dei lettori italiani sono soprattutto quelli internazionali, che grazie a internet sono diventati facilmente accessibili. Questa preferenza è giustificata dal fatto che sono più qualitativi (anche se con qualche caduta di credibilità che ha riguardato periodici con impact factor elevato, quali *New England Journal of Medicine*, *Nature* e *British Medical Journal*) e meno compiacenti di quanto non siano molte Riviste nazionali, le quali spesso si sono prestate e si prestano a pubblicare più in base a rapporti di simpatia fra editor e autori che non alla qualità degli articoli. Alla crisi di lettori si accompagna automaticamente un afflusso di lavori insufficiente, così che la pubblicazione di ciascun numero avviene con difficoltà, in ritardo e diventa un'impresa.

Non è mia intenzione tracciare un bilancio dell'attività di questa Rivista. Tuttavia è evidente che qualcosa di *Psichiatria di Comunità* deve avere funzionato. Oggi i lettori della Rivista si sono decuplicati rispetto ai poco meno di 300 dei primi fascicoli. Questo è avvenuto anche grazie all'accordo con la Società Italiana di Psichiatria, che ha voluto annoverarla fra le Riviste ufficiali della Società. L'afflusso di lavori è consistente e permette di approntare i fascicoli con tranquillità

e molto anticipo: nel momento in cui il materiale di un numero viene inviato in tipografia, i due fascicoli successivi quasi sempre sono già "chiusi". Gli autori ricevono la valutazione del lavoro inviato entro 3 settimane e ciò può avvenire grazie alla disponibilità di un collaudato gruppo di referee i quali, pur essendo molto impegnati, non fanno mancare il loro contributo alla Rivista attraverso una valutazione che avviene in doppio anonimato (l'autore non conosce il referee, il referee non conosce l'autore).

Psichiatria di Comunità è nata in base all'intuizione che potesse essere necessario e utile un "luogo" di incontro, di confronto e anche di supporto per i professionisti dei Dipartimenti di Salute Mentale che sono impegnati a realizzare il dettato della Riforma sul piano tecnico, organizzativo, clinico. Come tutti sappiamo, la Riforma ha indotto e favorito un cambiamento veramente epocale dell'assistenza psichiatrica: innanzi tutto per i pazienti, ma anche per noi e per la nostra stessa disciplina. La Rivista ha cercato di rivolgere la sua attenzione a quanto accade alla psichiatria di comunità italiana, alle sue pratiche, alle necessità e anche ai problemi dei Servizi chiamati a realizzare pienamente questo grande cambiamento, senza rinunciare a un confronto, che è parso sempre importante, con le migliori esperienze straniere: all'estero, pur non essendo stati capaci di costruire una psichiatria senza manicomi paragonabile alla nostra, certamente sono però quasi sempre più bravi di noi nel riuscire a descrivere ciò che fanno, a sottoporlo a studi valutativi, a limitare il valore della "opinione personale" quando si tratta – in ultima analisi – di fare le cose più utili per i pazienti. In questo caso, le opinioni personali non bastano. Il primo scopo di questa Rivista quindi è stato quello di adoperarsi per favorire la costruzione di una cultura condivisa di psichiatria di comunità; il secondo – parallelamente – quello di dare voce agli psichiatri che operano in questa dimensione, incoraggiandoli a scrivere, a confrontarsi e a discutere, con un occhio di riguardo rivolto ai colleghi più giovani: la Sezione "Comunicazioni brevi" è stata pensata proprio per dare spazio alla pubblicazioni di lavori, non sempre inappuntabili sul piano formale, ma in grado di cogliere aspetti interessanti/critici/nuovi della realtà dei Servizi.

Sono state tutte rose e fiori, dunque? Certamente no. Mi sembra opportuno segnalare brevemente alcuni problemi, senza peraltro essere in grado di fornire né interpretazioni esaustive né soluzioni. Innanzi tutto su coloro che vi hanno scritto in questi anni: gli autori



appartengono geograficamente a quasi tutte le Regioni italiane, ad alcune con maggiore frequenza (in particolare, tutte quelle del centro-nord, il Lazio, la Campania, la Puglia); alcune Regioni del sud (isole, Calabria, Basilicata) risultano invece del tutto assenti. Quali le ragioni? Inoltre, pur avendo la Rivista cercato di sollecitare scambi diretti di opinioni fra gli autori, interventi critici su editoriali, commenti su quanto scritto e sostenuto da altri, non sempre è stato facile e possibile realizzare questo confronto, quasi che gli psichiatri italiani non gradiscano cimentarsi in questa pratica così diffusa all'estero e – secondo la mia opinione – utile e salutare. Infine: lascio aperta (o irrisolta) la questione dell'indicizzazione di *Psichiatria di Comunità*. Soprattutto nei primi anni di vita (e di rodaggio!) mi è sembrato fuori luogo avviare queste procedure dato che, tra le altre ragioni, si poteva temere la stessa possibilità di sopravvivenza della Rivista. Oggi, godendo di una condizione di buona stabilizzazione, è forse opportuno ripensare a questo obiettivo, senza tuttavia enfatizzare la questione – pur cruciale, per molti punti di vista – dell'impact factor. È infatti possibile che non sia opportuno che *Psichiatria di Comunità* si occupi e si preoccupi di questo aspetto (anche se, escluso il felice caso di *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, l'assenza di Riviste psichiatriche italiane da questa “competizio-

ne” potrebbe risultare un elemento di sollecitazione a cimentarsi anche in questa direzione).

In questi anni *Psichiatria di Comunità* ha pubblicato 75 “Editoriali”, di cui 8 affidati ad autori stranieri, 33 “Interventi su editoriali” e 128 “Articoli”. Gli autori che vi hanno scritto assommano a 407 e, fra questi, 42 sono stranieri. Questi sono solo dati quantitativi che, tuttavia, autorizzano ad augurare con ottimismo alla Rivista e ad Andrea Angelozzi un duraturo e felice proseguimento!

■ BIBLIOGRAFIA

De Fiore L. (2007). Quello che gli editori non sanno. *Ricerca & Pratica* 23, 1, 1-4.

Maj M. (2003). World Psychiatry: trying to reach psychiatrists worldwide. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12, 1, 19-21.

Munk-Jørgensen P. (2003). The privilege of editing a scientific journal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12, 1, 2-4.

Paykel E. (2003). Editing a journal in an era of publishing change. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12, 1, 11-14.

Tansella M. (2003). Dirigere una Rivista di psichiatria in un mondo che cambia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12, 1, 1.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Fabrizio Asioli

E-mail: f.asioli@inwind.it



Andrea Angelozzi

RIVISTE E SAPERI

Scientific journals and knowledge

Nonostante le continue, premurose rassicurazioni di Fabrizio Asioli sulla serenità con cui può essere affrontato il compito di Direttore di questa Rivista, è inutile nascondere che sento una particolare responsabilità al riguardo. E non potrebbe essere diversamente, considerato il livello di qualità e di interesse raggiunto dagli scritti che vengono qui pubblicati e dalla posizione di riferimento concettuale per la salute mentale in Italia che ha saputo raggiungere.

Se il merito dei contenuti prodotti va certo ai vari autori, a Fabrizio Asioli va quello di avere saputo rappresentare un garante della necessità del pensiero, di un luogo ove lo sforzo di comprendere in forma rigorosa, ma comunque appassionata, le vicende, i problemi e le prospettive del fare psichiatria poteva trovare adeguata accoglienza. Vi è in tutto questo qualcosa che rimanda all'autorità culturale che ha saputo costruirsi e alla sua specifica apertura concettuale, qualità che non sono purtroppo trasferibili per pura successione a un nuovo Direttore. Con queste premesse, la sua decisione di lasciare la Direzione rappresenta a mio parere un altro momento di questa attenzione e apertura alla cultura e alla necessità di poter leggere adeguatamente i mutamenti e gli irrigidimenti che caratterizzano l'attuale mondo della salute mentale. Testimonia un voler allontanare anche il più lieve rischio di cristallizzare la Rivista in rassicuranti ma rigide identificazioni, e una volontà di costringerla a un rinnovamento. Un'operazione di questo tipo per essere veramente efficace chiede anche la capacità di allontanarsi dai ruoli esistenti, cercando di aprire così nella maniera più radicale altri orizzonti. Al di là delle rassicurazioni e della gradualità con cui la Rivista verrà accompagnata in questo pas-

saggio, mi pare allora comprensibile il peso che sento per questa responsabilità. Ad aiutarmi penso di avere alcuni alleati: il primo è quello di vivere in prima linea la realtà della psichiatria attuale, sentendo direttamente nella quotidianità le difficoltà e le aspettative di tutti coloro che vi sono coinvolti. Questo permette di essere inevitabilmente attuali, aiutando la Rivista a prendere parte a quei momenti di pensiero che emergono dalle prassi della quotidianità. Il secondo è di essere certo di poter contare su quella raffinata rete di sostenitori, collaboratori e referee che è stata costruita intorno alla Rivista, che cercherò di coinvolgere ancora maggiormente, convinto che le cose migliori nascano dal confronto e dalla condivisione. E ancora, il fatto di poter contare sull'appoggio e i consigli di Fabrizio, la cui collaborazione con la Rivista continua, sia pure con un ruolo diverso, nell'aiutarmi a dirimere le tante difficoltà che fanno parte del cercare di fare una Rivista di qualità. E soprattutto, il fatto di poter contare sui tanti autori e lettori che effettivamente costruiscono la Rivista e la orientano verso le questioni con cui si imbattono ogni giorno e che sono poi quelle effettivamente rilevanti.

Credo che un aspetto vada in particolare mantenuto e coltivato. Riviste scientifiche ce ne sono di diversi tipi, perché è la stessa scientificità a offrire approcci diversi. Credo che una rivista di Psichiatria dei Servizi oggi debba essere soprattutto un luogo di riflessione. È già da tempo che è riemersa la necessità di interrogarsi sulle pratiche, di capire meglio le strade di questa condizione straordinaria e completamente anomala rispetto al resto del mondo che ha vissuto e sta vivendo la psichiatria italiana; una necessità di guardare indietro al cammino



percorso e capire cosa effettivamente ora serve per andare avanti e non continuare semplicemente a riproporre il superamento del passato. Tutto questo deve avvenire tuttavia all'interno di riflessioni rigorose, ove il rigore non si identifica necessariamente o unicamente con l'esattezza scientifica, ma è fondato anche su basi come l'argomentazione e la documentazione.

Questi aspetti trovano poca corrispondenza con gli impact factor, ma ne trovano molta con la capacità di rispondere ai problemi e incidere in maniera reale e costruttiva sulla cultura psichiatrica. Accanto a una psichiatria che si occupa di accumulare il sapere, di aggiungere dati cercando di depositare certezze, vi è una conoscenza che nasce quando le certezze non bastano più, perché si cominciano a incontrare anomalie e iniziano a infiltrarsi i dubbi, anche se talvolta non è neppure chiaro su cosa. Entrambe queste forme del sapere esistono e hanno importanza. La prima si muove su un terreno che si crede di conoscere e cerca di approfondire i dettagli e di assimilarli in un quadro che vuole essere familiare. La seconda accetta lo stupore

che nasce dal non dare per scontato ciò che si è acquisito e permette di staccarsi da questo e dalla propria abitudine nel guardare le cose, cercando un rinnovamento nel pensiero che sappia andare oltre i consueti schemi e le regole che rassicurano ma, anche, imprigionano. È questo pensiero critico, che non consente soste e si distacca da un certo modello di scientificità per uno sguardo diverso, che cerca di cogliere gli orizzonti e anima la riflessione su cosa significhi veramente fare psichiatria. Non chiede prove per controllo e verifica, ma non per questo è vago e arbitrario, poggiando sulla necessità di fornire buone argomentazioni e sostenerle all'interno di regole condivise del ragionamento.

Psichiatria di Comunità credo debba essere aperta a entrambi questi necessari versanti del sapere che di fatto hanno reso vive le sue pagine, e della cui possibilità dobbiamo essere grati a Fabrizio Asioli.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

E-mail: arctor@libero.it



Duccio Demetrio

Professore ordinario di Filosofia dell'educazione e di Teorie e pratiche autobiografiche,
Università degli studi, Milano-Bicocca

LA CLINICA È SOLTANTO TERAPEUTICA? SCRIVERE FILOSOFICAMENTE DELLA PROPRIA VITA COME EMANCIPAZIONE PERSONALE

Is clinic only therapeutic?

Diffidenze e sospetti

Questo contributo si prefigge di mostrare quanto la nozione di clinica, nella sua accezione non solo teoretica, sia penetrata in ambiti diversi da quelli ritenuti per consuetudine terapeutici. Non è però ben chiaro se accada il contrario. Se cioè la categoria professionale e la comunità scientifica dei clinici per tradizione guardino con lo stesso interesse (e simpatia?) a chi parrebbe invadere un campo non proprio. In ogni caso, non si comprende – a differenza della maggior cautela con la quale andrebbe invece utilizzata sempre la parola terapia – perché mai altri saperi debbano vietarsi di avvalersene. Pur in presenza di una copiosa letteratura, internazionale, stimolante e vivace, che vide all'inizio con Michel Foucault, poi con Jacques Derrida o grazie al celebre psicoanalista Jean B. Pontalis e oggi con l'antropologo Marc Augé i primi e più convinti patrocinatori della legittimazione in altri ambiti del concetto e delle sue pratiche, tali sospetti non sembrano essersi di molto affievoliti. Come non pare proprio che siano stati tolti i sigilli alla parola negli ambienti accademici, nei quali, è notorio e purtroppo proverbiale, si rivendica a ogni vocabolo tecnico la sua originaria primogenitura, nel rigetto di ibridazioni e incursioni lessicali nei reciproci territori di ricerca.

Per questo, sulla scia dei prestigiosi studiosi citati, nonché dall'emergere di nuove strade nel campo della consulenza individuale, la riproposta e la più recente assunzione della dizione (come punto di vista in filosofia, nelle scienze antropologico-sociali o della formazione) rappresentano una linea di condotta, ora speculativa, ora empirica, che dovrebbe veder anche legittimati (finalmente) i modi di trattamento e di

analisi di “malesseri, mancanze e ferite esistenziali” non riconducibili a stati patologici conclamati, di cui le discipline non mediche si sono sempre occupate – fra cui il problema del dolore, la morte nel suo avvicinarsi ineluttabile, l'inquietudine per il finito e l'aspirazione all'eterno, l'accomiarsi dal mondo, il perseguimento della verità o di una vita giusta, buona, sufficientemente felice, la ricerca della saggezza, la solitudine e un'infinità di altri temi. Allo stesso tempo, è indubbio che le scienze del corpo o della psiche hanno a che vedere (e non poco) con questi stessi argomenti, che pur denominano in altro modo, trincerandosi dietro la difesa dei loro specialismi. Per cui non viene prevista di norma – tranne in casi esemplari – alcuna formazione di carattere filosofico sia per i medici sia, ancor più grave, per gli psicologi o gli psichiatri, per i quali l'attenzione convinta o meno distratta per tali motivi esistenziali, gli stessi da essi provati nella loro (nostra) normalità o che potranno prima o poi vivere, non farebbe che rendere più *densamente umana* la loro preparazione e il suo rinnovarsi, per sé e per gli altri. Un interesse maggiore per le dimensioni filosofiche dell'esistere, per le vicissitudini irriducibili a ogni spiegazione scientifica, non farebbe che rivelare una *cifra clinica* diversa nel rapportarsi al corpo dell'altro: tanto più in pena, straziato, difforme, respinto, solo. È l'identica cifra nella quale si riconosce chi, provenendo da una formazione filosofica, sociale, letteraria anche, si incontra con il corpo altrui non più soltanto per teorizzarlo, piuttosto per condividere e dialogare l'esperienza del disagio, per fare del racconto di tutto questo – sovente abbandonato al silenzio, al timore di parlarne, di non essere compresi e derisi – un'occasione di stimolo intellettuale oltre che



di conforto. C'è insomma una zona oscura, abitata da contenuti di cui mai si parla, che va risvegliata e aiutata a crescere non solo perché possa trovare udienza, ma anche perché possa contare su una guida che la educi a sviluppare una pensosità maggiore, relativamente ai temi tabù che taluni ritengono sia ingenuo affrontare, altri troppo arduo senza una cultura sufficiente, altri ancora del tutto inutile.

La clinica è perciò, in questi termini, non uno spazio esclusivo (degli uni o degli altri) bensì la *terra di mezzo* di un incontro esperienziale, fondato sulla mediazione di una parola vissuta – tanto come pratica di ascolto quanto di interlocuzione – e sul reciproco sentirsi presenti nella vicinanza. Non fosse altro che in ragione di quella sua radice etimologica, che ci riporta al luogo, al letto (*kliné*) dove giace il sofferente e sul quale si “re-clina” chi muove in suo soccorso, il quale, nel mostrargli di voler occuparsi di lui o di lei, dà vita a una relazione clinica fondativa e di base, non concettuale ma concreta; e nel concentrarsi proprio su *quella* sua debolezza (o su quel problema, su quella paura), non su quella di un altro, conferma umanamente chi si avverte allo sbando e senza identità alcuna, prima di ogni diagnosi, di ogni congettura nosologica, di ogni procedura o pianificazione terapeutica. Ne deriva che gli *sguardi*, i *contatti*, le *conversazioni* dove l'uno *sta meglio* dell'altro, dove l'uno *sa più* dell'altro, dove l'uno *si affida* all'altro, prima di sortire i loro benefici effetti nella fisicità di una relazione interpersonale pur asimmetrica (sia essa per dovere professionale od oblativa), sono tutte declinazioni di convalida e di assicurazione, gravitanti attorno alla prossimità di una presenza che accetta la distanza (e che anche per questa differenza è cercata), eppur la sfida: se va approfondendosi il solco della lontananza. In tale accezione, perché allora non dovrebbe essere ritenuta “clinica” ogni postura (l'atteggiamento mentale, la premura, l'atto di solidarietà, ecc.) volta a segnalare a chi versa in qualche difficoltà, quali ne siano le origini – non per questo definibile paziente – la preoccupazione per il suo peculiare, per lui unico, problema?

Il soggetto singolo, umano, non comparabile a chiacchiera, non degradabile a valore numerico e statistico, non espropriabile della sua storia, è il destinatario unico e il principio di ogni clinica. Né la circostanza, né, per usare un concetto foucaultiano, il dispositivo di potere (istituzionale, sociale o naturale) che produce una forma di vita complessa costituiscono dunque l'oggetto della clinica. Poiché lo spazio, il tempo, i corpi de-persona-

lizzati, privati del loro potere-diritto a dire di sé non hanno senso alcuno, dal momento che è il loro incarnarsi in una mente biograficamente esistente, pulsante nel presente a costituire la ragion d'essere della clinica. Non può di conseguenza istituirsi una clinica della storia, ma solo del passato che in quell'istante presente viene narrato; né delle idee, ma solo dell'ideare in quel momento particolare che qualcuno ascolta, trascrive, registra. La clinica è di conseguenza l'apice del relativo e del contingente, che la storia delle diverse cliniche, la cui conoscenza è cruciale, pur non è chiamata a ordinare e classificare in modelli, tipologie, casistiche, bensì a reinterpretare e a rimettere in discussione ogni volta dinanzi a un nuovo caso.

In filosofia, assumere un atteggiamento clinico equivale perciò, oltre a quanto detto, a interessarsi al pensiero dell'altro, a provare curiosità per le sue teorie pur ingenuie circa il senso attribuito alla propria esistenza e alla percezione morale del suo agire nel mondo, nella *polis*, nella propria cerchia. Nelle scienze socio-antropologiche il metodo clinico si fonda sulle pratiche di ascolto delle narrazioni altrui, secondo la prospettiva propria dell'indagine qualitativa idiografica, biografica, locale. Nelle scienze della formazione la clinica si occupa di accertare quali modelli mentali taciti o espliciti, quali stili di apprendimento, quali consuetudini cognitive un individuo adotti nel rappresentarsi – nel dire “io sono questo” – nell'attribuirsi un'immagine e un nome proprio. Ricorrendo, oltre che alla verbalizzazione, alle tecniche di scrittura non di carattere formale, quanto piuttosto introspettivo e a ogni altra libera manifestazione espressiva, segno inequivocabile e traccia di una soggettività pur allo stremo, avvilita, negata, impotente ma ben decisa a far sapere qualcosa di sé. La clinica, insomma, è scienza, filosofia, poetica ed etica dell'individualità e individuazione di come questa si è costituita, si è andata formando; è reazione a ogni tentativo di omologazione tanto delle persone che delle pratiche volte a intrattenerle, ad ascoltarle, a conoscerle, a guarirle, a educarle.

Nelle circostanze fisiologiche del corso della vita: altre domande d'aiuto

È quindi il sapere clinico un modo *circolare*, prima che specialistico, volto a introdurre intenzionalmente la componente soggettiva (che rinvia all'imponderabilità dell'umano) ora nell'oggetto della ricerca, ora nelle finalità e nei metodi della pratica. Non solo essa accetta, ma anzi fa sì che chi analizza e chi interviene



entri a far parte, a propria volta, di quel che intende osservare o agire. La clinica è stratificazione progressiva di una moltitudine di esperienze cliniche eppur fra loro mai assimilabili, soltanto avvicinabili per affinità. Ciò determina l'enunciazione del paradigma clinico sul piano epistemologico, il quale non atterrà alla sfera della mera formulazione astratta, ma piuttosto a un'etica dell'azione, che si prodiga per: a) l'approfondimento, la valorizzazione, la rivendicazione della soggettività in ogni circostanza socialmente condizionante; b) il miglioramento delle concrete condizioni di vita di coloro che, in coerenza con la dizione più consolidata di clinica, domandano di essere riconosciuti e aiutati a scoprire, a raccontare, a vedersi apprezzata la loro assoluta, irriducibile, traccia. Non perché – versando in condizioni di svantaggio – costoro debbano essere ritenuti giocoforza pazienti psichici: perché, per i casi della vita, possono essersi trovati implicati in situazioni di sofferenza, di disorientamento grave, non lenibili facendo leva sulle proprie esclusive forze. Seppur meno devastanti di quelle di cui si occupano i professionisti della salute; fra cui, ad esempio, le circostanze che attengono i passaggi delicati di varia natura – che a tutti è dato vivere nel corso della vita – ma che possono aggravarsi, raggiunto un crinale invalicabile, oltre ogni trattabilità clinica *non* terapeutica. L'invecchiamento, lo smarrimento identitario, le delusioni affettive, gli stati depressivi connessi a lutti, a perdite, a separazioni, ecc., sono eventi rispetto ai quali le diagnosi e le misure a esse correlate, specie se agite ricorrendo primariamente ai farmaci, appaiono talvolta sproporzionate e non commisurate alle manifestazioni di disagio citate. La cui natura fisiologica, in senso esistenziale, si iscrive nel fatto stesso di vivere, ma di non voler o saper assumersi la responsabilità o il coraggio di apprendere dall'esistenza e di non inseguire miti e chimere di felicità; imparando ad accettare e ad affrontare la inevitabilità del male, della sconfitta, della perdita di legami, dell'isolamento sociale. Motivi questi affrontabili con strumenti e offerte d'aiuto che vedono sempre più l'emergere di attese e consensi inerenti altri indirizzi clinici (ben integrabili a quelli classici) che enfatizzano il ruolo della dimensione educativa e conoscitiva, non a livello di guarigione, bensì di quel "saper vivere con pienezza" che sembra oggi sconcertare tanto chi vada facendo il suo ingresso nella vita, quanto chi attraversi le incertezze dell'età adulta e si approssimi alle angosce della vecchiaia. Spesso si tratta di *impasse*, di momenti avversi e delicati che un tempo le reti protettive della

solidarietà e del conforto "naturali" (famigliari, amicali, professionali) contribuivano a sciogliere e che invece nella solitudine, nella corsa al successo, nell'egocentrismo contemporaneo si mutano in una domanda di appoggio che viene rivolta per lo più o alle terapie psicologiche tradizionali o ai servizi medici che non hanno né il compito, né la preparazione per occuparsi di questioni che interessano gli *altri volti* del dolore. Per lo più sono affidati (come se la questione si risolvesse soltanto nel noto aforisma evangelico e di comodo: "Dai a Cesare – alla scienza – quel che è di Cesare e a Dio – la salute dell'anima – quel che è di Dio") alla sfera della prospettiva e della consolazione religiosa. Come se i non credenti non avessero interesse alcuno ad affrontare i problemi posti dagli "appuntamento" ultimi o originari con qualcuno che, dismesso il camice o senza mai averlo indossato, sia disponibile anche a intrattenersi sui grandi temi, angoscienti e perturbanti, della "clinica" della vita e della morte.

La fiducia nell'autoconoscenza e nella ragione discorsiva

La clinica si configura perciò nel suo essere una via di assistenza, di ausilio, di sostegno spirituale laico, di speranza e pacificazione con se stessi nei momenti luttuosi o quando questi vadano avvicinandosi. Da includere in opportunità di educazione civile al commiato, alla cura degli altri, alla collaborazione tra famiglia e specialisti della clinica. Le circostanze richiamate mettono poi, in vario modo, al centro dei loro progetti di aiuto la regola secondo la quale lo sviluppo della conoscenza (dove è pregiudiziale il miglioramento del sapere di sé) è una risorsa non solo riadattiva, ma piuttosto evolutiva. Dove gli incontri pur critici e negativi del corso della vita divengono risorsa per l'incremento della penetrazione cognitiva nelle cose. È in questi momenti – come già si è detto – che la clinica è chiamata a svolgere altre funzioni di ordine sociale e curativo: quando si constati e convenga con chi scelga di affidarsi a una figura di consulente non terapeuta che la promozione di una più profonda conoscenza del proprio disagio, delle cause – palesi od oscure – che lo hanno provocato, delle strategie adottate per affrontarlo, delle forme di evitamento erroneamente perseguite, possono migliorare le condizioni normali compromesse. Chi si appresta a indagare in tutto questo, mosso da ragioni all'inizio di solito ancora confuse, è chiamato a riflettere sulle forme mentali – esclusivamente le proprie – mediante le quali si trova a organizzare, a memorizzare, a



riutilizzare e a innovare i saperi. Tanto più l'attitudine si rivelerà tale quando questa venga intrapresa da un soggetto che, in prima persona, guidato in ciò o da solo, intenda analizzare, vagliare, studiare se stesso, mediante l'applicazione delle attività retrospettive, introspettive, meta-cognitive alla propria storia di vita: tanto al passato quanto al presente. Ciò accade se chi va apprendendo viene condotto a trarre dalla propria vicenda gli elementi che gli occorrono per ricomporre il proprio complessivo "panorama" esistenziale. Ovvero, quando si accetti di tentare di utilizzare un procedimento autoanalitico assistito; al fine di rivedere, di riconsiderare e rappresentarsi la propria presenza umana in un'ampiezza di particolari e di nessi che possano dar senso all'intera vita trascorsa e alle crisi del presente, rintracciandovi coerenze, continuità o viceversa frammentarietà.

La consulenza clinica *non* terapeutica (filosofica, estetica, narratologica, autobiografica, tanto per citare le scuole emergenti in tale ambito) si prefigge pertanto di restituire l'individuo alla materialità del suo essere stato al mondo: al senso di dignità di aver comunque vissuto, amato, contato qualcosa, di poter ancora essere utile sia a sé che agli altri. Per il solo fatto di ispirare in loro un più profondo senso sacrale (e il sacro appartiene anche alla versione a-religiosa in quanto vissuto di enigmaticità e impotenza conoscitiva) dell'esistenza, del destino comune, della preziosità dell'istante intensamente vissuto e della sua poeticità. Della irrilevanza e banalità di quel molto che vivendo si disperde inseguendo il superfluo, l'irrisorio, l'inutile. Le qualità della ragione, del ragionamento, della riflessione, della ponderazione, della meditazione, della contemplazione non mistica rappresentano poi i momenti che più ritroviamo in queste diverse pratiche. La fiducia che tali strategie cliniche pongono nel valore emancipativo dell'intelligenza devoluta fino all'ultimo alla conoscenza, alla memoria personale, all'esperienza sensibile o, per meglio dire, al valore della presa di coscienza trascura forse le ragioni dell'inconscio.

Questo aspetto – il non detto, il rimosso, il taciuto – oltre a essere affrontato con l'astensione da ogni indagine intrusiva si accompagna, nel suo essere uno dei momenti più problematici di queste relazioni d'aiuto, agli aspetti di natura transferale, come noto. I quali, in quale altro modo possono essere affrontati, in una clinica non terapeutica, se non discorrendo apertamente (con lucidità, trasparenza, franchezza) di ciò che insorge in ogni relazione a livello di affidamento all'altro, di

attaccamento, di conflittualità? È una clinica dell'interlocuzione assidua, del domandare per far ragionare, dell'espressione esplicita e senza ammiccamenti della propria opinione; non è una clinica soltanto quindi del silenzio, dell'ascolto, bensì dell'argomentazione e al contempo della più assoluta deontologia della sospensione del giudizio. Non giudicante: e proprio per questo però, socraticamente, sollecitante e provocatoria. Indubbiamente, dichiarare che soltanto gli eventi e i vissuti di cui si sia consapevoli (in quanto *luoghi* dell'io via via chiarificati dal procedere co-narrativo) costituiscono l'oggetto di queste cliniche non consuete, equivale a riconoscere – opportunamente – i propri confini e limiti. In caso contrario, l'avventurarsi nei territori dell'inconscio non potrebbe che dar seguito a slittamenti verso ambigue confusività metodologiche (e cliniche), che è doveroso restino ambito peculiare delle tradizioni psicoanalitiche che dell'inconscio invece fanno il loro tema conduttore; nell'aperta ammissione che la messa tra parentesi di ogni lessico di tal genere e l'astenersi dall'esaminare l'insorgere di ogni dinamica proiettiva nella relazione d'aiuto costituiscono parte determinante del contratto pregiudiziale siglato con chi si preferisce definire – nell'indirizzo autobiografico particolarmente – *narratore*, piuttosto che cliente, e certamente non paziente.

Ciò vale a rendere palese e non ambiguo il fatto che tali pratiche, pur sempre cliniche, in coerenza con l'esclusiva attenzione prestata per i comportamenti consapevoli e per la loro progressiva maturazione, si giustificano se possono contare sul più totale diritto del soggetto a censurarsi sia narrativamente sia quando vengano adottate le tecniche di scrittura. I motivi dell'autocensura vengono lasciati a chi sceglie di nascondere o viceversa di manifestare senza la pretesa di aspirare ad alcuna verità che non sia la propria versione dei fatti. Il consulente si limita a porre domande, a sollecitare scritture, che possano però introdurre dubbi, altre rappresentazioni degli episodi, delle scene salienti, delle spiegazioni fornite. I molteplici non detti, le latenze, il rimosso di conseguenza non entrano a far parte del lavoro clinico in questi casi, poiché il disagio trattato non è psichico ma appunto esistenziale: la sessualità, il corpo, le resistenze al cambiamento, i traumi vengono esaminati nella loro natura autobiografica. In relazione a quanto viene narrato in funzione del testo narrativo che, incontro dopo incontro, si andrà costruendo e che darà luogo al romanzo della propria vita. Il lavoro clinico si prefigge di incoraggiare tale produzione letteraria



e di fornire al narratore le risorse necessarie affinché apprenda a riconoscere, a ricostruire e a ri-decostruire i momenti della sua storia. La caduta delle difese censorie, la disinibizione, l'impudicizia finalmente raggiunta non costituiscono pertanto un obiettivo saliente, seppur non trascurato (ma non trattato), a differenza di quanto è prassi consolidata in psicoterapia. Qui è piuttosto l'imparare a intraprendere uno stile di pensiero volto ad autorizzarsi ad avere dei segreti, a nascondere, a centellinare le proprie verità.

La strada regia del rafforzamento dell'io che, paradossalmente, avviene attraverso la scoperta delle sue debolezze, delle sue fragilità e relatività costituisce qui la meta precipua. La clinica non terapeutica non è un confessionale, uno spazio nel quale si attenda un verdetto di assoluzione o di guarigione: è uno spazio potenziale di interrogazione filosofica. In questo caso la censura – trasferita da sé alla vita – non ha alcuna ragion d'essere. Lo sviluppo del pensare, del proprio in-telligere, lo ribadiamo, è la posta in gioco di chi potrà dopo tale decorso continuare dolorosamente a restare paziente (ammesso che lo fosse) o a essere in torto verso gli altri.

Il lavoro clinico non terapeutico è comunque una proposta di cura. Ma si tratta di una cura, in quanto preoccupazione, presa in carico, attenzione rivolta a se stessi, che non è né moralistica, né tanto meno medica: è *riflessiva* rispetto alla propria esistenza biografica e *speculativa* rispetto alle domande di senso più generali. Chiunque vada vivendo pertanto stati temporanei e non cronici di sofferenza – purché questa non ne comprometta seriamente l'attività pensante e l'istinto a conoscere – qualora si dedichi alla ricerca di sé al fine di conoscersi – di scoprire potenzialità e ragioni del proprio sottrarsi al racconto delle proprie verità – nel più intricato mondo della vita di tutti (e non solo della propria) ha modo di esplorare e di approfondire maniere diverse di affrontare gli scacchi, le rese, le perdite traendo maieuticamente da se stesso energie intellettuali e risposte. In un'operazione che, oltre agli aspetti intellettuali gratificanti via via emergenti, gli o le consenta di ricavare qualche giovamento e conforto a livello di mutamento e miglioramento della condotta, delle prospettive e delle speranze di vita.

La scrittura clinica e la clinica della scrittura: un'estetica della cura

L'approccio clinico alle fenomenologie silenziose del dolore, del lutto, dello smarrimento, della solitudine

umana (e non solo del disagio conclamato) – al di là delle declinazioni di scuola –, se viene adottato prioritariamente o in interazione con talune sollecitazioni e tecniche di carattere narrativo ed espressivo (qui si sottolinea l'importanza della scrittura autobiografica o di sé come processo di autoanalisi ed emancipazione individuale), suggerisce al professionista della cura di non trascurare aspetti inerenti il più ampio malessere esistenziale di coloro i quali, prima di essere pazienti alla ricerca di una guarigione, vanno riconosciuti in quanto soggetti che domandano di essere accolti e valorizzati come portatori di storie e latori della propria innanzitutto. In quanto narratori, autori, protagonisti di una vita che aspira a essere ascoltata, riconosciuta, accompagnata verso una sua rappresentazione. Secondo il principio e il dato antropologicamente saliente riconosciuto alla nostra specie: in base ai quali l'essere umano ha l'esigenza di immaginarsi altro (di *assegnarsi una forma*: da qui l'esteticità) da quello che è e di concepire l'esistenza in modalità diverse da quelle che trae dalla diretta esperienza che ne va facendo. Quali siano le circostanze – temporanee o meno – che ne compromettano il benessere, chiunque ha bisogno di occasioni per riconoscersi e farsi riconoscere in immagini diverse da quelle immediatamente visibili ed evidenti. Il che introduce l'altra dimensione che appartiene al procedere di cui andiamo parlando, costituito da una cura che induce una produzione estetica: quella attenzione per il dar forma al proprio sentire che soltanto nella produzione artistica, quale essa sia, produce un benessere poggiante al contempo sull'artefatto, su una visibilità altra di sé cui già abbiamo accennato.

L'attività del linguaggio – specie se volta ad accentuare la percezione di sé, appunto autoriale – costituisce un metodo che travalica definitivamente il mero intento terapeutico, poiché riaffida ai soggetti poteri cognitivi, di esplorazione e di disciplina delle emozioni, pur compromessi, attraverso l'elaborazione dei fatti realmente accaduti in forme dell'immaginario: in letteratura, poesia, musica, corporeità, teatralità, ecc. La scrittura, ben più della narrazione orale e condivisa nell'immediato, che pur aspira alla ricondivisione e alla socializzazione della propria produzione simbolica, si dimostra in particolare tanto un'opportunità per conoscere di più le storie delle persone prodotte da loro stesse quanto un metodo trasformativo. Come ciò è vero per la cura terapeutica, lo è nondimeno per lo scrivere: non ci si accinge a scrivere laddove sia assente una pur inconscia volontà di stare meglio e di riscuotersi dallo stato di



torpore. Così come la psicoanalisi esige un'immaginazione migliorativa, una buona disponibilità a ricordare, una domanda esplicita di aiuto, anche il ricorso alla penna comporta la presenza di almeno tre fattori che nel nostro caso scandiamo rispetto: a) al desiderio di scrivere e di perseguire questo programma con determinazione e regolarità; b) alla volontà di ricordare tutto il memorabile anche ricorrendo alla consultazione di altri; c) all'individuazione di un destinatario finale delle scritture o di un lettore compartecipe. A questi aspetti, sia una psicoterapia soprattutto a indirizzo analitico, sia un esercizio di scrittura intrapreso come processo clinico, va aggiunta la disponibilità a problematizzare il proprio passato nelle risonanze con il presente. Se in analisi il terapeuta rappresenta il mediatore e il garante vitale di tale processo, nella solitudine della scrittura soltanto dinanzi a una tenace disponibilità a rivedere la propria vita, supportati già da una cultura di tal segno, si può procedere senza aiuto.

La scrittura clinica è dunque un'opportunità che si offre al soggetto in condizioni di normalità o disagio, affinché possa tornare a riaffermarsi alla propria vita cogliendone l'intrinseca valenza educativa e al contempo possa scoprire che, pur nei percorsi dolorosi di ogni trattamento clinico volto a non annullare la coscienza, l'esito corrisponderà a una risoluzione della sofferenza per lo meno estrema, a una sua recidività comunque più controllata e monitorata in maggiore autonomia.

Inoltre la scrittura di sé è di per sé clinica proprio perché include sia un'accezione ad alta personalizzazione dell'educazione, sia un valore terapeutico, risanante, rasserenante, migliorativo delle condizioni complessive di vita, non del paziente (qualora anche lo fosse) ma del narratore scrivente e scrittore. Dal che ne discende che il paziente psichiatrico è in primo luogo scrittore e non viceversa; che l'anziano o il morente sono in primo luogo autobiografi o poeti intenti a lasciare le proprie memorie; che l'uomo o la donna che attraversano critici passaggi di vita sono prima di tutto

dei soggetti pensanti che domandano di approfondire quel che vanno vivendo, trovando un tempo altro per pensarvi in assoluta libertà. Infine, la scrittura che dà luogo a figure letterarie, a ricordi trasfigurati dall'immaginario, a idee mai prima pensate è *clinica* anche perché non ha, non può avere, identico valore per tutti e allo stesso modo: va correlata alle esigenze e disponibilità, ai livelli di cultura posseduti, alle diverse età dell'esistenza. È *clinica* poiché va ogni volta commisurata al grado di disponibilità a sperimentarsi nello scrivere e ad accettare le regole di un tragitto rigoroso che potrà concludersi soltanto quando la produzione narrativa estetica avrà raggiunto un grado sufficientemente ampio di complessità e "bellezza", più che stilistica, ri-ideativa in merito alla propria storia. È *clinica* poiché l'incontro con la figura facilitatrice e accompagnatrice, il consulente autobiografo, vedrà nondimeno costui intento – in base ai principi in precedenza esposti – a coinvolgersi nel processo avviato in un reciproco scambio di scritture, nella realizzazione di un'amicizia epistolare non fortuita, occasionale, superficiale, bensì volta a impiegare l'arte della scrittura autobiografica in un progetto di superamento progressivo degli stadi precedenti (di riflessione su di sé, di narrabilità di sé, ma anche di decentramento filosofico da sé) fino alla realizzazione finale, una vera avventura del pensiero e del sentire, del proprio romanzo di formazione. Come tale denso di significati di ri-iniziazione, di ri-trovamento delle proprie radici, di ri-apertura alle parole ancora inesplorate, ancora ignote, mai prima discusse, dell'esistenza.

Per ogni informazione sulla consulenza autobiografica a indirizzo filosofico, si può consultare il sito della Libera Università dell'Autobiografia di Anghiari (www.lua.it).

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA
Duccio Demetrio
E-mail: duccio.demetrio@unimib.it



Fabrizio Asiola

PECULIARITÀ DELL'ESPERIENZA COMPIUTA DALLA PSICHIATRIA ITALIANA *

Peculiarity of italian psychiatric experience

Nel preparare questo intervento, da subito mi è capitato di pensare che uno psichiatra straniero sarebbe stato in grado di proporre osservazioni più utili e convincenti sulla psichiatria italiana di quanto sia in grado di fare io. In quanto fuori dalla mischia e, pertanto, più capace di me di leggere la nostra storia degli ultimi trent'anni con la necessaria lucidità e serenità. Questo convincimento mi ha fatto riflettere sulla constatazione che questi sono stati per noi anni intensi di battaglie, ma anche di guerre. Da un lato, mi sembra del tutto comprensibile che realizzare una psichiatria senza manicomi abbia comportato difficoltà, ostacoli e anche battaglie; dall'altro, mi risulta invece più difficile accettare che fra noi professionisti ci siano state incomprensibili guerre con lacerazioni dolorosissime. La mia convinzione è che siamo stati quasi più capaci di trovare un "consenso esterno" (dei pazienti, delle famiglie, della popolazione, dei medici dentro e fuori gli Ospedali, degli amministratori, ecc.) per quello che abbiamo realizzato – consenso, peraltro, tutt'altro che generalizzato – che non un "consenso interno", fra di noi. E questo, oltre che rappresentare un ulteriore paradosso, ha implicato alcune conseguenze e anche qualche responsabilità che portiamo sulle nostre spalle: fra le altre, quella di avere reso meno credibile e meno convincente – quindi più fragile – tutto ciò che abbiamo realizzato in questi anni.

Per affrontare il tema veramente complesso che mi è stato affidato – fare un bilancio della psichiatria

italiana rispetto a quanto accaduto nel resto del mondo – ho deciso di proporre solo qualche suggestione, scegliendo alcuni aggettivi che fossero in grado di delineare, almeno in qualche modo, il mio pensiero sulla psichiatria italiana di questi ultimi trent'anni, dato che – e non solo per ragioni di tempo – non sarei in grado di svolgere una relazione compiuta. Anzi, mi scuso delle molte approssimazioni con cui affronterò questioni tanto importanti e anche tanto delicate, visto che ci hanno toccato così da vicino. Gli aggettivi con i quali vorrei provare a descrivere l'esperienza italiana sono i seguenti: *pionieristica*, *radicale*, *litigiosa* e *dispersiva*. Ritengo che questi aggettivi siano, almeno in qualche modo, collegati fra di loro.

Che la nostra esperienza sia stata *pionieristica* credo che possiamo ben dirlo. Non nella critica al manicomio e nella messa a punto di forme alternative di assistenza. Ad esempio, nel 1965 in USA – quando in Italia ancora neppure si parlava delle tremende condizioni in cui si trovavano i pazienti nei nostri Ospedali psichiatrici – funzionavano già Centri di Salute Mentale del tutto simili a quelli che conosciamo oggi; oppure Maxwell Jones, diventato per Franco Basaglia e per tutti noi un importante autore di riferimento, stava svolgendo già da anni le sue esperienze anti-istituzionali e, fin dal 1952, era stato incaricato dall'OMS di redigere un documento su quella che noi oggi definiremmo riabilitazione. Non siamo quindi arrivati per primi a criticare il manicomio e a pensare forme di assistenza alternative al manicomio, ma certamente lo siamo stati nella capacità di metterlo fuori gioco, del tutto e definitivamente. In questa capacità, ancora oggi rappresentiamo un esempio, purtroppo, isolato: siamo l'unico Paese al mondo

*Relazione tenuta alla XI Riunione annuale della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, Perugia, 10 ottobre 2008.



che garantisce assistenza ai pazienti mentali senza Ospedale Psichiatrico.

La nostra esperienza è stata anche *radicale*. Certamente sul piano concreto per le ragioni di cui ho detto: gli Ospedali Psichiatrici sono stati chiusi e non ci sono più. Non esistono più fisicamente le strutture; di conseguenza, neppure i ricoveri in manicomio. Ciò ha comportato enormi vantaggi per tutti quei pazienti che hanno potuto evitarlo, vantaggi descritti da valanghe di letteratura. Tuttavia c'è un aspetto della radicalità della nostra esperienza che mi è piaciuto meno e sul quale vorrei fare qualche riflessione: la *radicalità ideologica*. Per riuscire a spiegarvi cosa voglio intendere ho cercato – in modo del tutto strumentale e capzioso – una definizione di “ideologia” che ho finito per trovare sul Palazzi, il mio vecchio vocabolario del Liceo: “...parte della filosofia che tratta delle idee prese in sé (...) prescindendo dai fatti e dagli uomini. Dottrina astratta, aprioristica (...) proiezione di una propria idea sulla realtà”. Questa radicalità ideologica, che ha caratterizzato almeno una parte dell'esperienza italiana, ha portato ad alcune deformazioni rilevanti. Qui mi interessa sottolinearne almeno due:

a) La centratura dell'attenzione *solo* (o di gran lunga prevalente, e per troppo tempo) sul paziente grave/matto/escluso. Naturalmente da lì bisognava partire, in quanto si trattava innanzitutto di porre attenzione a quei pazienti e di chiudere gli Ospedali Psichiatrici. Tuttavia quando questa attenzione è diventata esclusiva e assoluta ha comportato gravi trascuratezze verso altri problemi emergenti, ci ha precluso una capacità di saperli leggere e ci ha fatto disattendere il mandato consegnatoci dalla Riforma: quello di doverci occupare dei problemi della salute mentale di tutta la popolazione e non solo delle tragiche vicende dei pazienti dell'ex Ospedale Psichiatrico. L'esempio più clamoroso a questo proposito riguarda il grave ritardo con cui si è riusciti a leggere i grandi mutamenti epidemiologici avvenuti in questi anni e la necessità della presa in carico di nuovi pazienti, portatori di disturbi che il manicomio non conosceva: le cosiddette Doppie Diagnosi, i problemi ingravescenti che riguardano gli adolescenti, i Disturbi del Comportamento Alimentare, di Personalità, la Demenza, ecc. (Asioli, in stampa). Conseguenza diretta della mancata tempestività nel registrare questi cambiamenti della tipologia degli utenti è stato il ritardo culturale e organizzativo nel costruire risposte adatte a questi

nuovi pazienti (che manifestano sia bisogni molto diversi dai pazienti tradizionalmente in carico ai nostri Dipartimenti, sia bisogni molto differenziati fra di loro), trattamenti diversificati e adeguati ai loro bisogni e la necessità di integrazione con altri professionisti che questi pazienti, in particolare, sollecitano. Un esempio che riguarda coloro che soffrono contemporaneamente di disturbo psichiatrico e disturbo da abuso e che, pertanto, necessitano della nostra stretta cooperazione con i Servizi per le tossicodipendenze: nonostante negli ultimi anni le cose siano andate migliorando, esistono ancora molti DSM e molti professionisti della salute mentale che ripudiano questi pazienti e li rifiutano in quanto li considerano di “non competenza” del DSM. Così come l'attenzione rivolta a migliorare l'integrazione fra i nostri Dipartimenti e la medicina generale viene ancora vissuta da molti, bravi psichiatri, più come frutto della bizzarria di alcuni colleghi che non un passo fondamentale per migliorare i trattamenti verso i pazienti psichiatrici e per sviluppare maggiore tempestività negli interventi rivolti agli adolescenti e a tutti i gravi disturbi che iniziano a manifestarsi durante l'adolescenza, inclusa la schizofrenia.

b) Una seconda deformazione riguarda una immagine/definizione/vissuto del ricovero ospedaliero – proposta da alcuni – quale elemento residuo della sopravvivenza del manicomio e della cultura manicomiale; del ricovero quale strumento di esclusione, con una vera e propria “demonizzazione del ricovero” (Veltro, 2008). Ciò ha contribuito a sviluppare atteggiamenti di ipercriticismo generalizzato verso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) (non verso quelli che adottano pratiche davvero inaccettabili), la loro funzione, il ricovero ospedaliero in se stesso. A tal punto da spingere a fare pensare che il ricovero di un paziente possa venire considerato con valore terapeutico *solo se* avviene al di fuori dell'Ospedale generale. Al contrario, sono convinto invece che l'inclusione dei nostri pazienti all'interno del circuito sanitario abbia fortemente contribuito a ridurre lo stigma nei loro confronti. Da questo punto di vista, la collocazione dell'SPDC dentro l'Ospedale generale ha avuto un ruolo significativo e ha indotto conseguenze particolarmente rilevanti, fra le quali favorire l'utilizzo di competenze medico-sanitarie che frequentemente sono necessarie per i nostri pazienti, ancorché troppo sottovalutate da molti di noi.



Ritengo inoltre che la nostra esperienza sia stata *litigiosa* e che ci sia mancato il giusto orgoglio per l'impresa che abbiamo compiuto, come ci fanno spesso notare molti colleghi stranieri. Una precisazione a proposito dell'uso di questo aggettivo: per litigiosità non intendo divergenze, opinioni diverse e confronti anche aspri, ma le vere e proprie "guerre di religione" che si sono determinate fra di noi. A me pare che costituiscano la diretta conseguenza delle controversie basate su visioni ideologiche che, in quanto tali, si fondano su una definizione pregiudiziale di "chi ha ragione e chi ha torto" e, proprio per questo, sono destinate a non avere alcun tipo di composizione: né su base razionale, né fondata sulle evidenze o anche su "ragionevoli mediazioni", come dovrebbe essere nei campi della scienza e dell'assistenza, che di certo non sono campi della "ragione assoluta". Parlo di guerre di religione perché – come accade a qualsiasi Chiesa degna di questo nome – dubbi, domande, dissensi non possono essere presi in considerazione in nome di dogmi che, per definizione, sono indiscutibili.

Penso che risulti chiaro a tutti noi che controversie di natura ideologica, scontri fra Chiese e fedi diverse (ripeto, non dissensi e divergenze che si possono nutrire avendo, appunto, appartenenza a sistemi di valori differenti e punti di vista diversi) non possono portare ad alcun risultato se non quello del conflitto elevato a sistema. Un esempio che – in questo caso – ci riguarda in quanto cittadini: è piuttosto evidente che controversie di questa natura non potranno mai aiutare la nostra comunità non dico a risolvere, ma a trovare una composizione utile per tutti. Penso a problemi rilevanti quali l'interruzione di gravidanza, il testamento biologico, il diritto di cittadinanza di ciascuno; oppure – su una questione che invece ci interessa più da vicino – la necessaria "ridefinizione" della cannabis come droga non sempre o non per tutti leggera, dal momento che è in grado di rendere manifesta, almeno in un sottogruppo di adolescenti, una vulnerabilità ai disturbi di tipo schizofrenico.

Una conseguenza relevantissima di questo scontro, non composto e destinato a non avere composizione in quanto basato su ideologie, è che non esiste fra noi professionisti un accordo degno di questo nome (e cioè, vero e condiviso) – pensate! – neppure su quali Strutture siano state e siano indispensabili nella nostra esperienza. Qualcuno di voi potrà farmi notare che nei Progetti Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" questo aspetto è ben definito, e già da un buon numero di

anni. Ciò è sicuramente vero. Tuttavia a Trieste, che non è certo una periferia della psichiatria italiana (per storia, contenuti, risorse di qualsiasi genere, influenza), l'SPDC è messo radicalmente in discussione: non esiste o si usa il meno possibile, quasi fosse un possibile "errore da evitare" del percorso assistenziale; i Centri di Salute Mentale funzionano sulle 24 ore, hanno una dotazione di letti al proprio interno e vengono considerati l'unica "interpretazione" possibile di CSM, come se altri modelli non avessero legittimità, indipendentemente dalle risorse disponibili in quel DSM, dalla sua collocazione in una metropoli o in un'area non urbana, dalle molte variabili contestuali che *devono* influenzare i nostri modelli organizzativi.

Infine, considero l'esperienza che abbiamo compiuto *dispersiva*. A distanza di trent'anni non siamo ancora in grado di descrivere sufficientemente (cioè, in modo generalizzato e convincente) *ciò che facciamo e come lo facciamo*. In un recente numero di *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Mirella Ruggeri e Michele Tansella (2008) sostengono giustamente che alcuni quesiti fondamentali rimangono aperti: "Quali sono le pratiche più idonee per soddisfare i bisogni delle persone affette da disturbi psichici?". Dunque: quali trattamenti sono utili e quali sono gli esiti dei trattamenti che rivolgiamo ai nostri pazienti? A proposito di trattamenti, spesso insistiamo su alcune formule che sono vuote e non dicono nulla. Per esempio, tutti saremmo certamente d'accordo a sostenere che il "lavoro in équipe" costituisce uno strumento di lavoro basilare della psichiatria di comunità. Tuttavia, se inteso e descritto in modo generico e aspecifico, "lavoro di équipe" non significa nulla. A quali tipologie di équipe ci riferiamo? A quelle costituite da un gruppo di operatori appassionati del loro lavoro, dotati di senso di appartenenza al gruppo, tecnicamente competenti, in grado di sopportare la fatica del contatto quotidiano con pazienti che impegnano molto sul piano emotivo, capaci di atteggiamenti solidali verso i colleghi, oppure alle molte, troppe, équipe che operano nei nostri Servizi, dominate da conflitti interni, molto più animate dal bisogno di competizione e di distruzione fra i propri membri che non dalla sincera disponibilità all'aiuto? In una parola, équipe patologiche che non solo non sono in grado di aiutare i pazienti, ma per i quali, molto probabilmente, costituiscono un possibile ulteriore fattore di rischio.

Gli studi sulla qualità dei trattamenti e sugli esiti rispondono a un bisogno scientifico (quello di miglio-



rare le nostre conoscenze), ma anche a un'esigenza etica: quella di porre davvero il paziente al centro della nostra attenzione e della nostra fatica, al posto delle nostre opinioni e delle nostre credenze personali. Nel prossimo periodo sarà ancora più urgente sapere cosa è "più indispensabile" per i nostri pazienti e cosa lo è meno, tra le attività che rivolgiamo loro. Ci troveremo di fronte infatti a una progressiva carenza di risorse (che non mi auguro, sia ben chiaro, ma che purtroppo ci sarà) e saremo chiamati, comunque, a fare scelte. In base a quali criteri orienteremo le nostre decisioni se conosceremo poco o nulla dell'efficacia dei trattamenti che pratichiamo? Ancora una volta, in base a convincimenti e opinioni personali?

Per quanto ciò che pensiamo e le motivazioni che ci muovono siano importanti, è necessario abbattere la convinzione che le nostre idee, pur se forti, buone ed eticamente orientate, abbiano "valore di verità" e – da sole – siano capaci di garantire la qualità di ciò che facciamo per i nostri pazienti. Questo aspetto può essere assicurato solo da studi specifici. Come per tutti, anche per noi professionisti i confronti reali (cioè basati sulla realtà) sono sempre utili e salutari in quanto destinati – comunque – a farci imparare qualcosa, sia nel caso che le nostre convinzioni vengano confermate ma anche quando esse siano smentite; sempre che sappiamo accettare che le nostre opinioni possano essere "sconfitte". Penso che in questa direzione, quella del volere capire di più e conoscere meglio i risultati del nostro lavoro, siamo stati molto carenti e la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica rappresenta una delle non molte sedi scientifiche che hanno fornito un impulso sistematico in questa importante direzione. In generale, sono convinto che la psichiatria italiana abbia sottovalutato questa necessità e si sia largamente sottratta a questo compito: in parte per la convinzione di molti di noi di "essere nel giusto, comunque", in

parte – forse – anche perché timorosi che le nostre convinzioni potessero essere smentite e, insieme a loro, potessero andare perduti il nostro impegno e la fatica che abbiamo profuso.

Tutti i giorni ripetiamo ai nostri pazienti che il confronto con la realtà rappresenta un'utile, magari faticosa, necessità e costituisce una buona medicina rispetto alla tentazione – sempre presente in tutti noi – della fuga nell'onnipotenza, la quale è destinata a isolarci ed è, davvero, uno dei guai peggiori che possano affliggerci. Ecco, mi pare che il sentimento di superiorità sugli altri, il senso di onnipotenza, il rinchiudersi in Chiese che hanno caratterizzato una buona parte di noi (per fortuna non tutti, alcuni di meno altri di più) hanno costituito veramente un importante e grave elemento di dispersione e una "variabile di confondimento": è stata dissipata la possibilità di studiare convenientemente e di comprendere fino in fondo la ricchezza di quanto abbiamo fatto; e le nostre divisioni interne hanno reso più debole e meno convincente la riforma e la straordinaria esperienza che è stata compiuta in Italia in questi trent'anni.

■ BIBLIOGRAFIA

Asioli F. Evoluzione del concetto di presa in carico. In: *Metamorfosi della psichiatria contemporanea* (eds. M. Digiannantonio, M. Alessandrini). Ma.Gi: Roma (in stampa).

Ruggeri M. & Tansella M. (2008). "Case management" o "Assertive community treatment" sono veramente approcci alternativi? *Epidemiologie e Psichiatria Sociale* 17, 2, 93-98.

Veltro F. (2008). SPDC e riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia: la luna nuova e il sistema solare. *Psichiatria di Comunità* 4, 189-192.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Fabrizio Asioli

E-mail: f.asioli@inwind.it



Giuseppe Berti Ceroni

Psichiatra e psicoanalista (Società Psicoanalitica Italiana);
Relate, associazione di studio e formazione sulla relazione medico-paziente

LA CLINICA È SOLTANTO TERAPEUTICA? SCRIVERE FILOSOFICAMENTE DELLA PROPRIA VITA COME EMANCIPAZIONE PERSONALE

Strano mondo è questo, in cui sociologi e antropologi (per esempio Bauman e Augé) fanno i filosofi, medici e psicologi fanno i sociologi e filosofi vogliono fare i terapeuti...

È molto tempo che sono appassionato del lavoro di Duccio Demetrio, per come mi ha fatto conoscere, in una lunga serie di libri pubblicati da Cortina, la storia plurisecolare dell'autobiografia, per il certosino lavoro, soprattutto ad Anghiari e a Città di Castello, per dare metodo alla scrittura e alla conservazione di autobiografie di un gran numero di persone, per la finezza di presentare la scrittura di sé, anche ripetuta più volte nel corso della vita, come strumento di fitness mentale in un'epoca in cui è la cura del corpo a essere dominante (e il suo martirio: diete anche estreme, esercizio fisico fino all'estenuazione, uso di ogni genere di creme, interventi chirurgici). Quando mi si è presentata l'occasione sono andato a suoi seminari e ho spesso citato il suo lavoro, per esteso soprattutto in *Storia personale, fra vicissitudini di vita e rappresentazioni di sé* (Berti Ceroni, 2004). Sulla base di questo apprezzamento consolidato posso dire con franchezza che alcuni assunti di questo editoriale non mi convincono; ne discuto puntualmente.

Il primo assunto è la distinzione fra clinica e terapia che l'autore propone, dichiarando che di clinica si arrega di parlare, ma non della terapia – che identifica con i farmaci e con la scoperta-modifica dell'inconscio, quest'ultima di pertinenza psicoanalitica – come excusatio prudentiale per non apparire invasore di campi altrui; anche se poi, progressivamente, abbandona l'assunto per l'inevitabile evidenza che il solo atto di chinarsi sulla persona disagiata o dispersa nelle sue vicende

esistenziali porta a un sollievo e a una rimodulazione del precedente disagio. L'inevitabilità dell'intreccio fra clinica e terapia connota infatti da sempre, in termini positivi, la centralità della relazione medico-paziente nella diagnosi, valutazione e terapia, solo a periodi subendo il predominio di pratiche che contano esclusivamente sull'applicazione di procedure terapeutiche che quasi prescindono dalla relazione con il paziente, il suo ambiente, la sua cultura e la sua storia, ad altri periodi invece affermandosi con maggior forza, come ad esempio è avvenuto – per limitarci agli ultimi secoli – nell'ambito della medicina romantica nell'Ottocento, in Russia e in Germania, poi di quella umanistica e socialista fra Ottocento e Novecento, in Germania (Virchow) e in Italia (Murri), e poi di tutto il filone filosofico-psicoterapeutico antropofenomenologico in Germania e in tutta Europa e infine di quello psicoanalitico ungherese, ovunque si è insediato nella seconda metà del Novecento (Balint in Inghilterra, Alexander e quindi Engel a Chicago, Thompson e quindi Sullivan a Washington). Sembra che Demetrio, come è giusto, non conosca appieno questo dibattito, che si è svolto all'interno della medicina, spesso solo attraverso le azioni senza abbondare in argomentazioni. È la convinzione dell'inevitabilità di questo intreccio che mi ha portato, in collaborazione con medici, psichiatri e psicoanalisti con i quali stiamo costituendo un'associazione per lo studio e la formazione alla relazione medico-paziente, a proporre il concetto di fattori terapeutici specifici comuni (FTSC), che sono appunto comuni a ogni tipo di intervento medico o a esso apparentati – parentela che poi riprenderò – e tuttavia specifici delle modalità che chiunque intenda portare aiuto a un paziente attuale



o ancora ipotetico adotta per svolgere correttamente questo compito; alcuni di questi fattori sono stati messi alla prova attraverso la validazione di un questionario e la verifica dell'impatto sull'esito di certi disturbi psichici "minori". Gli esiti di altre ricerche e le riflessioni scaturite dall'adozione di altri vertici sono di prossima pubblicazione. Una storia di questa proposta è stata pubblicata su questa Rivista (Berti Ceroni et al., 2007) e a essa rimando per la chiarificazione di concetti e le referenze bibliografiche, che possono essere utili, gli uni e le altre, per comprendere e precisare questo testo, che voglio mantenere breve, centrato sulle riflessioni suscitate dal contributo di Demetrio.

Un secondo assunto che mi pare richieda di essere criticato è l'affermazione di una carenza di filosofia che affliggerebbe le discipline mediche e psicologiche; vada per la proposta di un corso di filosofia mirato nell'ambito dei corsi di studio nelle facoltà di medicina e di psicologia, ma, in tutte le fasi in cui, nella medicina, si è fortemente affermato il vertice della relazione, la cultura del tempo – anche quella filosofica – ha fortemente permeato la visione e la pratica delle discipline clinico-terapeutiche, come ben si può vedere ripercorrendo le ondulazioni verso il primato della relazione che ho prima accennato. Schopenhauer, Comte e Husserl possono essere richiamati come segnali di una cultura cui corrispondevano tre ondulazioni positive che ho richiamato, la romantica, la umanistico-positivista e l'antropofenomenologica e ungherese. Mi risulta che fu uno psicoanalista, Gaylin, il primo presidente del primo progetto, nella valle dell'Hudson, per mettere la bioetica e in genere le humanities al centro della sanità. Questo – da 30-40 anni – è infatti il tempo in cui l'etica impone l'autonomia di giudizio e di scelta dei due contraenti, il medico e il paziente: né l'uno né l'altro sono costretti a subire il giudizio-pregiudizio dell'altro e le conseguenze operative che ne derivano. Questo principio è diventato cardine della legge sanitaria anche di un Paese soggetto alla Curia come l'Italia, ben ripresa nei codici deontologici di medici e di psicologi, anche se poi legge e codici sono spesso disattesi nella quotidianità, nella superficialità e faciloneria che dominano la società forse più in Italia che in altre parti del mondo, senza tuttavia attribuirne la responsabilità all'oscurantismo clericale; superficialità e faciloneria che poi esplodono anche fra magistratura e politica in vicende relative all'aborto, alle pratiche anticoncezionali, incluso l'uso della "pillola del giorno dopo", all'inseminazione artificiale, all'accanimento

terapeutico e al mantenimento arrogante della vita (vedi i casi Welby e Englaro e tutte le forzature al confine con la malpractice commesse su donne in nome dell'obiezione di coscienza).

Riprendendo il tema della parentela di molte pratiche di cura con le discipline mediche e psicologiche consolidate, quanto si estende questa parentela? Nulla quando sono in causa le pratiche diagnostiche che richiedono strumentazione specifica – e i tecnici che costruiscono o manovrano strumenti o applicano test non possono più far diagnosi, come qualche volta avvenne in passato – oppure le pratiche chirurgiche, la prescrizione di farmaci non da banco, la psicoterapia. Queste sono pratiche ben riconosciute da leggi, non sempre applicate con rigore. Ma fin dove i termini di clinica, di valutazione, di terapia – "da banco", mi permetterei di dire – sono legittimi? Sono temi inquietanti, che mettono alla prova da una parte il confine tra disagio e malattia, dall'altra il dubbio di quanto siano efficaci le pratiche di cura svolte da professionisti altri rispetto a quelli qualificati per norma di legge.

Anche lasciando da parte il corpo variegato delle medicine alternative, ci sono studi che lasciano interdetti sulla natura e gli attori della terapia; tre esempi solo per intenderci:

- 1) L'estensione, la profondità, la durata dei fenomeni placebo e nocebo – indotti anche solo dalle parole – per esempio, nelle ricerche di Benedetti e dei suoi collaboratori a Torino in questi ultimi anni (Benedetti, 2008; Benedetti et al., 2007); in caso di prestazione sportiva o intellettuale è necessario il medico per prescrivere farmaci o è sufficiente un personal trainer o un lucidatore di menti a qualsiasi titolo?
- 2) L'evidenza che un numero limitato di brevissime (15') consultazioni (usual care) con il proprio medico fosse efficace come gli antidepressivi nel breve-medio periodo per i pazienti con depressione minore o depressione maggiore leggera che avevano espresso la preferenza di non far uso di farmaci (Hermens et al., 2007): quanta vis sanatrix naturae e quanto effetto della relazione con il medico, seppur così diluita e temporalmente limitata? Ma allora era necessario per questa usual care il medico o era sufficiente una qualunque figura di aiuto?
- 3) L'evidenza, desunta da un ancor ridotto numero di ricerche (RCT), che paraprofessionali (care workers nella salute mentale, pagati o volontari, non qualificati rispetto ai trattamenti psicologici) avessero



la stessa efficacia dei professionali e una maggior efficacia dei controlli usuali (placebo, collocazione in liste di attesa) nel trattamento per via psicologica dei soliti disturbi minori (den Boer et al., 2005).

Naturalmente queste evidenze inquietanti non schiacciano sull'omologazione i corpi teorici e i frutti dell'esperienza che si sono formati nel corso di dure pratiche durante il secolo scorso, trasformando un'attenzione generica alla cura – di per sé importantissima – in procedure di terapia consolidate e attendibili, anche quando non hanno i crismi per entrare nella Medicina Basata sull'Evidenza.

A questo punto, perché professionisti di alto profilo, con eccellente background culturale e di pensiero, potrebbero temere di mettere inopportuno il piede nel campo di Asclepio? È indubbio che la relazione terapeutica fra loro e pazienti comuni possa installarsi, almeno giovandosi dei fattori terapeutici specifici comuni e, per di più, della loro raffinata capacità di riflettere sui problemi umani. Tutt'al più può esistere il dubbio che siano troppo colti, troppo sicuri di sé, troppo egocentrici, troppo – perdonatemi il termine – arroganti, nel senso etimologico del termine; soccorre a questo punto l'evidenza, in pochi studi, che gli psicoanalisti risultarono meno efficaci di altri psicoterapeuti nell'esercizio di psicoterapie di media durata. In questo capoverso vengono a proposito usati due frutti dell'esperienza e della ricerca del secolo scorso, che la cura di sé e delle proprie conoscenze e il miglioramento delle proprie competenze comunicative, di cui è maestro Scardovi, costituiscano un vantaggio nel facilitare la relazione terapeutica, quando non diventino tanto specialistiche ed eburnee da rendere difficile ogni relazione.

Ribaltando la frittata, e cioè prendendo spunto positivo dalle riflessioni di Demetrio, perché mai sono i diretti interessati i soli a non scrivere di sé nelle nostre cartelle cliniche, zeppe di annotazioni del medico e/o dello psicologo di riferimento, nel reparto o nel servizio territoriale, di altri medici consulenti, da qualche anno di infermieri? Anche quando, adepti del vertice relazionale della disciplina medica, diamo ampio risalto alla storia del paziente, oltre che ai suoi sintomi, le diamo voce solo attraverso la scrittura da parte di altri. Mi sembra appropriato, spostandolo dalla letteratura, dalla fiction alla clinica, il termine *Autobiografie altrui* di Tabucchi (2003), che, gran maestro nel gioco del rovescio, in *Tristano muore* (2004) affida a uno scrivano

la scrittura dei ricordi affabulati e confabulati, gonfi delle più diverse emozioni, che gli rovescia addosso dal letto di morte. Perché non chiediamo ai pazienti di portarci una loro autobiografia? Che quando viene portata viene respinta o leggiucchiata di fretta, come sempre mi testimonia un paziente, alquanto ossessivo e narcisista, che il dettagliato, “scientifico” memento della storia del disturbo per cui va a visita viene trascurato del tutto o solo guardato distrattamente.

Naturalmente ho molto riflettuto – a partire da *Storia personale* sopra citato fino al faticoso travaglio, ancora in corso, del tentativo di mettere a punto una storia del concetto di dissociazione nella sua storia plurisecolare – che la versione che una persona fa di sé e delle sue vicissitudini non è oro colato e cambia nel tempo. Quanto mi sbalordì la proposta di Demetrio, che per la prima volta ascoltai in un seminario, di riscrivere la propria autobiografia dopo anni, senza consultare la precedente versione: una singolare riproposizione della *nachträglichkeit* freudiana – che è inevitabilmente “soggettiva” trascrizione della Verità storica attraverso tutti i processi psichici che Freud mise in evidenza, quando altro non sia, come dice ad esempio Moroncini (2008) nella sua erudita escursione attraverso le costruzioni autobiografiche di alcuni grandi pensatori, come Leopardi o Nietzsche – che maschera, “finta”, che occulta invece di svelare. Ma, in fondo, non è comunque meglio avere testimonianza di quel che “sa” e pensa di sé il paziente per cogliervi smagliature o stravolgimenti?*

Un'ultima riflessione su autobiografia e fattori terapeutici specifici comuni. Io credo che il lavoro di scrivere la propria autobiografia si giovi almeno di due fra i FTSC che abbiamo cercato di descrivere e mettere alla prova: uno è il setting, perché scrivere comporta mettersi a tavolino, con la penna e il mazzetto di fogli o di fronte al computer e pensare a sé e alle proprie

*Ancora Freud (1913), sulla famosa regola fondamentale della psicoanalisi, scrisse che “...il paziente deve narrare di sé e poi riferire quel che gli passa per la mente che apparentemente non c'entra nulla con quel che intenzionalmente sta narrando”. Narrazione orientata di sé e del proprio mondo quindi per cominciare e non da subito tutto quel che passa per la testa. “In complesso è indifferente con che materiale si inizia il trattamento, se con la biografia [Naturalmente riportata solo oralmente, n.d.r.] del paziente, la storia della sua malattia o i suoi ricordi d'infanzia. In ogni caso bisogna cominciare in modo da lasciare parlare il paziente e rimettere al suo arbitrio la scelta del punto di partenza. Gli si dice dunque: prima di poterLe dire qualcosa, debbo apprendere una quantità di cose su di Lei; mi racconti per favore ciò che Lei sa di sé”.



vicende “con determinazione e regolarità” come dice Demetrio. Del setting manca o è temporaneo l’incontro fra “narratore” e “figura facilitatrice e accompagnatrice”, perché la relazione si struttura prevalentemente in uno scambio epistolare; e io ho invece affermato (2007) che la terapia si svolge “in presenza” e ho cercato di trovare nella centralità della sensorialità e della sua reciprocità (i neuroni specchio) le ragioni di questa necessità; ma sono pronto a riconoscere che in un lavoro metodico e determinato il confronto fra il narratore – Sé identitario ed emotivo – e un Io riflessivo, rafforzato dall’identificazione con quella figura facilitatrice, può favorire la revisione della propria vita, rimodulandola, ricalibrandola. È quella funzione che, fra i FTSC, abbiamo assunto come regolazione delle aspettative, che di solito è fra paziente e terapeuta, ma che può anche essere fra Sé e Io. Il modello dell’incontro epistolare ha naturalmente l’illustre antecedente dell’autoanalisi di Freud attraverso l’espedito dello scriversi con Fliess, anche se il suo era un obiettivo più specifico di esplorazione di sé.

■ BIBLIOGRAFIA

Benedetti F. (2008). Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 48, 33-60.

Benedetti F., Lanotte M., Lopiano L. & Colloca L. (2007). When words are painful. Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience* 147, 2, 260-271.

Berti Ceroni G. (2004). Storia personale, fra vicissitudini di vita e rappresentazioni di sé. In *Verità storica e psicoanalisi* (ed. Centro Veneto di Psicoanalisi). Borla: Roma, 136-146.

Berti Ceroni G. (2007). Cesarino Cervellati e il pericorpo. La psicoanalisi richiede la compresenza di analista e paziente: quanto è cura delle parole e quanto una questione di sensi? *Psichiatri oggi* IX, 5-15.

Berti Ceroni G., Gallo E., Neri C., Rucci P. & Scardovi A. (2007). Fattori terapeutici specifici comuni: verso un tentativo di definizione della relazione medico-paziente. *Psichiatria di Comunità* VI, 197-202.

Den Boer P.C.A.M., Wiersma D., Russo S. & van den Bosch R.J. (2005). Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2. Art. No.: CD004688. DOI: 10.1002/14651858.CD004688.pub2.

Freud S. (1913). L’inizio del trattamento. In *Opere*. Torino: Boringhieri, 1975.

Hermens M.L.M., van Hout H.P.J., Terluin B., Adèr H.J., Penninx B.W., van Marwijk H.W., Bosmans J.E., van Dyck R. & de Haan M. (2007). Clinical effectiveness of usual care with and without antidepressant medication for primary care patients with minor or mild-major depression: a randomized equivalence trial. *BMC Medicine* 5, 36, 1-11.

Moroncini B. (2008). *L'autobiografia della vita malata. Benjamin, Blanchot, Dostojevskij, Leopardi, Nietzsche*. Moretti&Vitali: Bergamo.

Tabucchi A. (2003). *Autobiografie altrui*. Feltrinelli: Milano.

Tabucchi A. (2004). *Tristano muore*. Feltrinelli: Milano.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Giuseppe Berti Ceroni
Via S. Stefano, 130
40125 Bologna
E-mail: berticeroni@database.it



Ester Di Giacomo, Massimo Clerici

Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche
Università degli Studi di Milano Bicocca

ADVOCACY E AUTO-MUTUO-AIUTO. RIFLESSIONI DALLE ESPERIENZE INTERNAZIONALI

Advocacy and self-mutual help. Remarks from international experiences

RIASSUNTO

Scopo. Lo scopo di questa revisione è stato quello di studiare quale sia attualmente l'effettiva fruibilità ed efficacia dei cosiddetti gruppi di auto-mutuo-aiuto e delle advocacy nel panorama internazionale.

Metodi. Abbiamo analizzato la letteratura medica e psichiatrica esistente in materia (codificata negli attuali database, in primis PubMed) per quanto riguarda gli ultimi tre anni (2005-2008): non sono stati trascurati, comunque, articoli di specifica attinenza al tema ritenuti indispensabili, pur se precedenti, e monografie inerenti l'argomento in discussione.

Risultati. È molto difficoltoso ottenere risultati concordi riguardo alla reale efficacia dei gruppi di auto-mutuo-aiuto. I dati di letteratura a nostra disposizione risultano contrastanti per ciò che riguarda la costanza di partecipazione al gruppo stesso e l'efficacia nel mantenimento dei risultati a lungo termine. Bisogna sottolineare che, spesso, sono la natura stessa del gruppo e i suoi assunti base a creare il problema, non permettendo infatti una valutazione discriminante dei partecipanti e coinvolgendo quindi soggetti accomunati dalla stessa diagnosi, ma con differente gravità del quadro presentato. I migliori dati di efficacia si hanno dagli studi a impianto Evidence Based Medicine, che pongono inoltre l'accento sull'importanza della collaborazione tra gruppi di auto-mutuo-aiuto e servizi tradizionali.

Conclusioni. Non esistono attualmente studi univoci in grado di chiarire la reale efficacia dei gruppi di auto-mutuo-aiuto. Esistono infatti, al loro interno, troppe variabili non controllate e non controllabili, ma data l'efficacia riscontrata negli studi Evidence Based Medicine si auspica una maggiore fiducia e collaborazione con le istituzioni "ufficiali" che dovrebbe incentivare collettivamente una maggiore consapevolezza sulla necessità di mettere a disposizione dei cittadini in disagio il massimo numero delle risorse utili e, nel contempo, contribuire con le proprie conoscenze a una migliore progettazione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto oggi esistenti.

Parole chiave. Auto-mutuo-aiuto; Advocacy; Terapia di gruppo

SUMMARY

Objective. The purpose of this review was to investigate the actual usability and effectiveness of the so-called self-mutual-help groups and advocacy in the international setting.

Methods. We analyzed the medical and psychiatric literature concerning the subject (codified in the existing databases, PubMed over all) in the last three years (2005-2008): articles of specific relevance to the subject and considered essential, however, were not neglected, even if earlier, as well as monographs related to the topic under discussion.

Results. It's very difficult to achieve consensus on the real effectiveness of self-help groups. The available literature data are contrasting regarding the constancy of participation to the group and effectiveness in maintaining long-term results. We must underline that often is the very nature of the group and its base thesis which create the problem, not allowing a discrimination of participants, thus involving subjects who share the same diagnosis, but with different severity of the presented framework. The best efficacy data we have results from studies based on evidence based medicine, which also stresses the importance of collaboration between self-help groups and traditional services.

Conclusions. There are currently no unambiguous studies able to clarify the true effectiveness of self-help groups. There are too many uncontrolled and uncontrollable internal variables, but since the effectiveness found in studies of evidence based medicine it is hoped greater trust and cooperation with "official" institutions that should collectively promote a greater awareness about the need to make available to citizens in hardship such many useful resources, while perhaps contribute with their knowledge to better design the existing groups of mutual self-help.

Key words. Self-help; Advocacy; Group therapy



Introduzione

L'attuale realtà psichiatrica si è progressivamente articolata, negli anni, attraverso componenti “esterne” parimenti importanti che concorrono all'integrazione di segmenti terapeutico-riabilitativi o sociali non necessariamente previsti tra le attività consuete del Servizio pubblico, o solo parzialmente coperti dalle strutture oggi a disposizione. Alla tradizionale dimensione ospedaliera e territoriale – basata sulla cura e centrata sull'asse diagnostico-terapeutico-riabilitativo, ma anche relazionale del curante e del Servizio – si sono affiancati gruppi di diverso orientamento, spesso definiti di auto-mutuo-aiuto (AMA) e composti da pazienti che condividono le medesime esperienze di disagio. Tali gruppi – e gli associazionismi di più diverso genere che ne sono seguiti (advocacy) – sono caratterizzati, soprattutto, dalla peculiarità di avere al loro interno solo/prevalentemente rapporti tra pari, con l'esclusione della componente medica e psicosociale propriamente intesa. Essi sono, per lo più, espressione di un movimento sociale (Barnes & Bowl, 2003) e di difesa dei diritti dei consumatori (Fontaine & Allard, 1997) dove il concetto di consumo si è progressivamente esteso anche a prestazioni non abitualmente incluse nello stesso, come le prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie. Tale fenomeno, nel contempo, è stato condizionato da una sempre più pressante spinta alla de-medicalizzazione in ambito psicosociale, con richieste di maggiore co-responsabilizzazione nelle scelte terapeutico-assistenziali da parte dei potenziali utenti: sono proprio i concetti di partecipazione, coinvolgimento e autonomia a favorire, quindi, la realizzazione di un costante passaggio del paziente da soggetto passivo ad attivo, da fruitore di servizi spesso rigidamente proposti dal Servizio a cittadino-cliente in grado di orientare l'erogazione di servizi con proposte e politiche di indirizzo nonché – nella migliore delle ipotesi – con iniziative di “controllo”, più o meno esplicito, sull'operato di professionisti e Servizi.

Lo scopo di questa revisione è stato quello di studiare quale fosse attualmente l'effettiva fruibilità ed efficacia dei gruppi di AMA e delle advocacy nel panorama internazionale. A tal fine abbiamo analizzato la letteratura medica e psichiatrica esistente in materia (codificata negli attuali database, in primis PubMed) per quanto riguarda gli ultimi tre anni (2005-2008): non sono stati trascurati, comunque, articoli di specifica attinenza al tema ritenuti indispensabili, pur se precedenti, e monografie inerenti l'argomento in discussione.

Discussione

L'assunto fondamentale dei gruppi di AMA e dell'advocacy risiede nel concetto di responsabilizzazione del soggetto come autore “primario e principe” del proprio processo di cura e guarigione in accordo con ciò che la letteratura scientifica definisce come *resilienza*, ovvero la capacità e la possibilità che ogni soggetto ha di trovare in sé delle soluzioni e di essere protagonista del proprio processo di cambiamento (Walsh, 1998). L'AMA è dunque uno strumento che permette di riconoscere e di utilizzare un “sapere esperienziale” tramite la condivisione di vissuti e una comunione di problematiche e di intenti.

Come precedentemente accennato, non esistono all'interno dei gruppi di AMA figure cui venga attribuita una leadership in senso stretto (quale può essere quella medica, nel classico rapporto con il paziente, o quella gerarchica, tradizionalmente intesa, tipica di ogni struttura sociale piramidale): esiste, piuttosto, la figura del facilitatore, anch'esso in precedenza affetto dalla patologia prevalente che caratterizza il gruppo e che è riuscito a “superare il problema” in genere grazie all'aiuto del gruppo stesso. Il facilitatore è in grado, quindi, di guidare i partecipanti condividendo con loro la propria esperienza ma, soprattutto, gli viene sostanzialmente riconosciuta la capacità di comprendere nell'intimo le problematiche collettive e le resistenze incontrate dagli altri membri del gruppo stesso.

Gli incontri di un gruppo di AMA (generalmente a cadenza settimanale) non sono centrati esclusivamente sulla patologia in senso stretto, ma piuttosto si estendono al disagio che da questa deriva. Sono rispettate la graduale diffidenza iniziale del partecipante e le necessità relative all'inserimento, diverse per ogni soggetto, garantendo, soprattutto nella prima fase, l'astensione da ogni forma di giudizio e, in particolare, la riservatezza delle informazioni condivise. Questo tipo di impostazione della relazione collettiva, o collettiva vs individuale per chi è appena entrato nel gruppo, si è dimostrato più duraturo nel tempo rispetto al tradizionale rapporto asimmetrico medico-paziente – anche se comunque all'interno di un gruppo – e quindi è caratterizzato da un minor tasso di abbandono terapeutico (Salem et al., 2008). Bisogna sottolineare, inoltre, come ciò faciliti la penetrazione e la consapevolezza di tali problematiche all'interno del contesto sociale di riferimento, contribuendo quindi, in accordo con quanto evidenziato dall'OMS, all'affrancamento dallo *stigma sociale* o, quantomeno, a una costante riduzione



dello stesso (OMS, 1986). Purtroppo, la stigmatizzazione della malattia mentale (anche da parte dei malati stessi) comporta spesso un minor ricorso alle cure specialistiche e viene arginata solamente dall'educazione e dal contatto sociale con i pazienti stessi (Rüsch et al., 2005; Schomerus & Angermeyer, 2008). Le istituzioni di Salute Mentale, peraltro, non di rado faticano a considerare l'utente come risorsa o interlocutore potenzialmente attivo e, soprattutto oggi, tendono a svolgere una funzione diagnostico-clinica di tipo prettamente/esclusivamente riparativo (Clerici, 1999): in quest'ottica esse trascurano un'importantissima fonte di potenziale miglioramento e, eventualmente, di guarigione offerta e spesso mantenuta dall'attiva volontà e partecipazione del soggetto.

La genesi ufficiale dell'approccio AMA viene fatta risalire, convenzionalmente, alla nascita degli Alcolisti Anonimi, negli anni Trenta, ma nell'ambito della Salute Mentale in senso stretto – cioè escludendo la variegata area dei disturbi correlati all'uso di sostanze – rappresenta un'acquisizione più recente. Nell'ultimo ventennio, i gruppi di AMA hanno iniziato a diffondersi anche in Italia nell'ambito della Salute Mentale, talvolta sostenuti anche da quelle istituzioni (Servizi pubblici) che precedentemente tendevano invece ad assumere atteggiamenti "protettivi" e/o, addirittura, solo "di indennizzo" verso l'utenza affetta da disturbi gravi e potenzialmente cronici, una tipologia di pazienti questa ritenuta scarsamente capace di forme di organizzazione autonoma.

Nonostante tale progressivo cambiamento storico, esiste tuttora una forma di diffidenza/resistenza sia da parte delle istituzioni ufficiali sia da parte di operatori meno sensibili e più preoccupati delle diverse forme di "controllo" che tali organizzazioni autonome potrebbero arrivare a esercitare sui Servizi stessi, nonché da parte di cospicui settori dell'utenza più prone a una posizione "passiva" verso istituzioni, Servizi e società in grado di garantire risorse senza chiedere in cambio altro. È stato però evidenziato, a questo proposito, come sia spesso sufficiente un semplice apporto teorico iniziale, volto per lo più alla conoscenza dei meccanismi alla base di questi gruppi, per vincere le resistenze e ottenere la fiducia delle istituzioni di cura tradizionali (Rose et al., 2006); i vantaggi che ne derivano indicano con precisione quanto la sollecitazione a un incontro fra queste realtà comporti successivamente influenze reciproche in grado di migliorare le modalità di lavoro di tutti i protagonisti e, quindi, di migliorare costan-

temente anche i Servizi a favore del malato (Salem et al., 2008).

Le associazioni di advocacy sono fondate, di solito, a partire da una comunione di disagio: nel corso degli anni si è assistito alla nascita di gruppi sia per coloro che abusano di sostanze sia per coloro che sono affetti da disturbi alimentari, sia per il sostegno di familiari (caregivers) di pazienti affetti da disturbi psichiatrici o altra disabilità sia per le sindromi depressive o lo spettro della schizofrenia: tali gruppi si affiancano all'originale gruppo degli Alcolisti Anonimi (www.automutuoaiuto.it).

Per quanto riguarda invece il tema, estremamente complesso e spesso inafferrabile, dell'efficacia degli interventi di AMA e dell'advocacy – che dovrebbe peraltro essere l'unico e reale discriminante per valutare quanto questi gruppi siano, a torto o a ragione, da ritenere affiancabili ai tradizionali percorsi di cura – non si trova ancora in letteratura una documentazione sufficientemente corposa in merito; essa risulta, comunque, sufficiente a delineare alcune correnti di ricerca interessanti e ulteriormente da approfondire nel prossimo futuro. I pazienti che accettano di partecipare ai gruppi di AMA hanno, generalmente, un importante ritorno in termini di follow-up rispetto ai pazienti trattati unicamente con farmaci, psicoterapia o interventi psicosociali strutturati. L'outcome risulta infatti migliore sia per i pazienti affetti dalla cosiddetta "doppia diagnosi" (soprattutto se si considerano l'abuso alcolico e quello di cocaina, Donovan & Wells, 2007), sia per chi è portatore di disturbo alimentare (in particolare, risultano analizzati la bulimia nervosa e il binge-eating disorder, Bogenschutz, 2007; Kelly et al., 2006; Sysko & Walsh, 2008; Stefano et al., 2006).

Nonostante si trovino in letteratura indicazioni che sostengono l'importanza dell'affiancamento di questi gruppi ai tradizionali strumenti di cura, non esiste a tutt'oggi uno studio articolato e rigoroso, dal punto di vista scientifico, in grado di sistematizzare l'efficacia dell'intervento di AMA. I bias di più frequente riscontro sembrano polarizzarsi intorno al fatto che, essenzialmente, non esiste una sistematizzazione scientifica del metodo utilizzato nei gruppi stessi (Passetti & Godley, 2008): si incorre, pertanto, in problemi quali il dubbio su quale sia l'effettivo rapporto causa-effetto tra miglioramento clinico e volontà di partecipare attivamente ai suddetti gruppi (Kelly et al., 2006), oppure l'aspettativa di risultati contrastanti, al momento della verifica di efficacia, in quanto pesantemente



condizionati dalla comorbilità di disturbi psichiatrici esistenti ma non presi in considerazione in un gruppo “centrato” su una singola patologia prevalente, che ne giustifica l’attivazione e la partecipazione dei membri (Bogenschutz, 2007; Kelly et al., 2006). I pazienti stessi, inoltre, spesso attribuiscono l’abbandono del gruppo a una incompatibilità con il metodo ivi utilizzato e alla non percezione della necessità/utilità di parteciparvi nel tempo, con un abbandono a 6 mesi di distanza dall’ingresso addirittura dell’80% dei partecipanti (Terra et al., 2008).

Vi sono quindi, più in generale, evidenze negative sull’efficacia della partecipazione ai gruppi di AMA, peraltro contrastate da riscontri positivi basati soprattutto su quella che viene chiamata Evidence Based Medicine (EBM) (Whitley, 2007). I pazienti che hanno abusato di sostanze nel corso della vita e sono stati sottoposti a trattamento medico per la dipendenza risultano – a un follow-up a 2 anni – ancora astinenti in una percentuale solo del 26% se trattati esclusivamente con terapia medica e dell’81% se a quest’ultima si affianca la partecipazione a un gruppo di AMA inerente il proprio abuso (odds ratio 12,6, $p < 0,001$, Kristensen & Vederhus, 2006). Esistono poi studi che evidenziano un’efficacia limitata dell’intervento di AMA, ma che dimostrano come i dati possano essere considerati incoraggianti per tentare di articolare e sistematizzare meglio gli studi stessi (Pistrang et al., 2008). Per essere più precisi, l’outcome della partecipazione a un gruppo di AMA è stato comparato, ad esempio, al trattamento a impostazione cognitivo-comportamentale: sempre a un follow-up a 2 anni, la percentuale di pazienti astinenti tra quelli che avevano completato il percorso 12-step risultava del 49,5%, mentre quella dei pazienti trattati con terapia cognitivo-comportamentale era del 37%. Ma il rilievo forse più interessante sta nel fatto che i pazienti del primo gruppo avevano un tasso di “partecipazione continua” del 50-100% superiore a quelli del secondo gruppo, evidenziando quindi un tasso di abbandono terapeutico nettamente inferiore (Humphreys & Moos, 2007).

I pazienti che accettano di partecipare ai gruppi di AMA per disturbi da abuso di sostanze (oggi i più studiati!) risultano quindi avere un tasso di astinenza maggiore rispetto a coloro che non frequentano i suddetti gruppi, ma anche rispetto a coloro la cui partecipazione è discontinua o infrequente (Gossop et al., 2008). Inoltre, la partecipazione ai gruppi di AMA evidenzia massimamente la propria efficacia nel trattamento dei

pazienti classificati nella categoria della “doppia diagnosi” e si esplicita in un diminuito numero di giorni di abuso di sostanze rispetto al pre-trattamento, quando equiparabili quantitativamente a quelli dei pazienti che non avevano accettato di partecipare al gruppo di AMA. Un rilievo non trascurabile è, infine, quello di una maggiore aderenza ai trattamenti farmacologici per supportare l’astinenza ma anche per curare i disturbi psichiatrici comorbili, sebbene non sia possibile evidenziare sul piano sintomatologico alcuna differenza tra i due gruppi esaminati (Magura et al., 2008).

L’importanza della partecipazione a un gruppo di AMA, e i risultati conseguenti, devono però essere sempre valutati anche sul lungo periodo, ovvero è necessario stimare quanto gli eventuali benefici ottenuti esplichino la loro azione a lungo termine. I dati sono – anche in questo caso – contrastanti, nel senso che vi sono studi che evidenziano una diminuzione delle ricadute nel breve periodo, ma segnalano anche un sostanziale livellamento dell’effetto tanto da giungere appunto ai livelli di chi non ha partecipato al gruppo: ciò entro 1 anno dall’interruzione della frequenza al gruppo stesso (Mueller et al., 2007). Per contro, la maggior parte dei dati in nostro possesso segnala come anche una breve partecipazione possa invece influire positivamente sull’outcome finale (Kaskutas et al., 2005) e, addirittura, come una partecipazione continuativa di almeno 6 mesi migliori l’outcome a un follow-up a 16 anni, sebbene i pazienti non fossero stati in precedenza trattati in nessun modo (Moos & Moos, 2006). I pazienti che riescono a completare il percorso 12-step dimostrano, inoltre, una maggiore sicurezza nelle proprie risorse personali, fatto questo che predispone a una miglior aderenza terapeutica nel lungo termine (Suire & Bothwell, 2006). A questo proposito è stato peraltro ideato anche un test (SYRAAP, composto da 15 item) che risulta avere un alto VPP per la continuazione della partecipazione ai gruppi di AMA (Kingree et al., 2007).

L’insuccesso nel determinare l’efficacia della partecipazione ai gruppi di AMA può essere invece attribuito a differenze e/o alla non standardizzazione nei metodi adottati: non si può dimenticare, inoltre, di considerare sempre la rilevanza delle più diverse tipologie di pazienti che intervengono al gruppo, siano esse ammesse “a più ampio spettro” come modello di lavoro o siano invece trascurate al momento della valutazione di efficacia. In nessuno studio considerato si è mai riscontrata, infatti, una selezione dei pazienti,



sebbene gli studi in cui è segnalata una difficoltà nell'attribuzione causa-effetto pongano marginalmente l'accento su questa problematica: tutto ciò perché la partecipazione al gruppo di AMA è libera e non risulta mai regolamentata secondo un'ottica medica, né tantomeno EBM. Esistono ovviamente, pur all'interno della stessa categoria diagnostica, anche differenze nella gravità del quadro presentato. Risulta quindi scontato supporre che una mancata categorizzazione iniziale possa inficiare parte o la totalità dei risultati ottenuti, pur evidenziando che un'iniziale classificazione dei pazienti snaturerebbe quelli che sono i presupposti alla base degli stessi gruppi di AMA. Vi sono poi anche evidenze sulle possibili caratteristiche sociodemografiche dei pazienti che traggono maggiore beneficio dai gruppi di AMA. Un grado culturale più elevato è fortemente legato a un minor tasso di abbandono e a una partecipazione più assidua (Terra et al., 2007). Il sesso femminile sembra essere quello che trae maggior beneficio e che partecipa, in termini numerici, più ingentemente ai gruppi di AMA (Moos et al., 2006). Trarre giovamento da un'attività di questo tipo deriverebbe probabilmente, almeno per il sesso femminile, dall'evidenza che le donne impegnate in lavori cooperativi hanno un incremento di flusso sanguigno a livello del sistema dopaminergico (associato al sistema della ricompensa) e ne ricavano, quindi, una gratificazione obiettivabile, almeno per le attuali conoscenze, e giustificabile anche attraverso riscontri fisiologici (Zemore, 2007).

Risulta comunque che i fattori maggiormente determinanti l'outcome finale dei pazienti che partecipano ai gruppi di AMA sono la motivazione personale (Kuruvilla & Jacob, 2008), la sensazione di aver toccato il fondo del baratro e la realizzazione di doversi impegnare per dare una svolta positiva alla propria vita (Yeh et al., 2008).

Conclusioni

I dati a nostra disposizione non ci permettono ancora di determinare su basi il più possibile scientifiche quale possa essere il reale beneficio della partecipazione a un gruppo di AMA. La EBM sostiene, in prospettiva, l'utilità dei suddetti gruppi e viene in questo supportata da alcune ricerche internazionali interessanti che sono state citate in questo contributo. Ciò che risulta più evidente, però, è la mancanza a tutt'oggi di studi di valutazione d'efficacia rigorosi che possano fugare ogni dubbio. È peraltro notevolmente difficile siste-

matizzare procedure non condotte da professionisti e in cui l'unica selezione possibile e accettata dei partecipanti sia la medesima diagnosi "dichiarata" e/o la volontà di partecipazione del soggetto stesso. Esistono ancora troppe variabili non controllate e non controllabili, per definizione, all'interno dei gruppi di AMA che inficiano i risultati delle ricerche condotte e che, nelle conclusioni della maggior parte degli studi esaminati, vengono sottolineate come problematiche: tutti, infatti, evidenziano la necessità di ulteriori ricerche più rigorose sul piano scientifico.

Associandoci a tali considerazioni e auspicando questa possibilità, non resta che ipotizzare come i risultati basati sulle evidenze derivanti da future ricerche potranno rivelarsi sufficienti per permettere un ulteriore potenziamento di questi interventi, pur con tutte le difficoltà metodologiche e problematiche organizzative evidenziate, e, soprattutto, un affinamento delle possibilità di formazione per coloro che assumono il ruolo di cosiddetto *facilitatore*. Una maggiore fiducia e collaborazione verso le istituzioni "ufficiali", che, anche se talvolta con ruoli di controllo, intervengono nella pianificazione delle prestazioni erogate o erogabili dai Servizi, dovrebbe incentivare collettivamente una maggiore consapevolezza sulla necessità di mettere a disposizione dei cittadini in disagio il massimo numero delle risorse utili e, nel contempo, magari contribuire con le proprie conoscenze a una migliore progettazione dei gruppi di AMA oggi esistenti.

■ BIBLIOGRAFIA

Barnes M. & Bowl R. (2003). *Empowerment e salute mentale – il potere dei movimenti sociali degli utenti*. Trento: Erickson, 120.

Bogenschutz M.P. (2007). 12-step approaches for the dually diagnosed: mechanisms of change. *Alcoholism, clinical and experimental research* 31, 10 (Suppl), 64-66.

Clerici M. (1999). Guarire senza terapia? "Advocacy", auto-aiuto e psicoeducazione. In *Vivere la schizofrenia* (ed. P. Bertando). Torino: Bollati Boringhieri, 237-255.

Donovan D.M. & Wells E.A. (2007). Tweaking 12-step: the potential role of 12-step self-help group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction* 102, 1 (Suppl), 121-129.

Fontaine N. & Allard E. (1997). Advocacy in the Mental Health Service field. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 6, 1, 29-39.

Gossop M., Stewart D. & Marsden J. (2008). Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction* 103, 1, 119-125.

Humphreys K. & Moos R.H. (2007). Encouraging post-treatment



- self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcoholism, clinical and experimental research* 31, 1, 64-68.
- Kaskutas L.A., Ammon L., Delucchi K., Room R., Bond J. & Weisner C. (2005). Alcoholics anonymous careers: patterns of AA involvement five years after treatment entry. *Alcoholism, clinical and experimental research* 29, 11, 921-929.
- Kelly J.F., Stout R., Zywiak W. & Schneider R. (2006). A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcoholism, clinical and experimental research* 30, 8, 1381-1392.
- Kingree J.B., Simpson A., Thompson M., McCrady B. & Tonigan J.S. (2007). The predictive validity of the survey of readiness for alcoholics anonymous participation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 68, 1, 141-148.
- Kristensen Ø. & Vederhus J.K. (2006). Self-help programs in drug addiction therapy. *BMC Psychiatry* 6, 35.
- Kuruvilla P.K. & Jacob K.S. (2008). Five-year follow up for sobriety in a cohort of men who had attended an Alcoholics Anonymous program in India. *The National Medical Journal of India* 20, 5, 234-236.
- Magura S., Rosenblum A., Villano C.L., Vogel H.S., Fong C. & Betzler T. (2008). Dual-focus mutual aid for co-occurring disorders: a quasi-experimental outcome evaluation study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 34, 1, 61-74.
- Moos R.H. & Moos B.S. (2006). Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of Clinical Psychology* 62, 6, 735-750.
- Moos R.H., Moos B.S. & Timko C. (2006). Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clinical Medicine & Research* 4, 3, 163-174.
- Mueller S.E., Petitjean S., Boening J. & Wiesbeck G.A. (2007). The impact of self-help group attendance on relapse rates after alcohol detoxification in a controlled study. *Alcohol and Alcoholism* 42, 2, 108-112.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, 1986.
- Passetti L.L. & Godley S.H. (2008). Adolescent substance abuse treatment clinicians' self-help meeting referral practices and adolescent attendance rates. *Journal of Psychoactive Drugs* 40, 1, 29-40.
- Pistrang N., Barker C. & Humphreys K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology* 42, 1-2, 110-121.
- Rose A.J., Stein M.R., Arnsten J.H. & Saitz R. (2006). Teaching internal medicine resident physicians about Alcoholics Anonymous: a pilot study of an educational intervention. *Substance Abuse* 27, 3, 5-11.
- Rüsch N., Angermeyer M.C. & Corrigan P.W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 20, 8, 529-539.
- Salem D.A., Reischl T.M. & Randall K.W. (2008). The effect of professional partnership on the development of a mutual-help organization. *American Journal of Community Psychology* 42, 1-2, 179-191.
- Schomerus G. & Angermeyer M.C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17, 1, 31-37.
- Stefano S.C., Bacaltchuk J., Blay S.L. & Hay P. (2006). Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113, 6, 452-459.
- Suire J.G. & Bothwell R.K. (2006). The psychosocial benefits of alcoholics anonymous. *American Journal of Addiction* 15, 3, 252-255.
- Sysko R. & Walsh B.T. (2008). A critical evaluation of the efficacy of self-help interventions for the treatment of bulimia nervosa and binge-eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders* 41, 2, 97-112.
- Terra M.B., Barros H.M., Stein A.T., Figueira I., Athayde L.D., Palermo L.H., Tergolina L.P., Rovani J.S. & da Silveira D.X. (2007). Predictors of engagement in the Alcoholics Anonymous group or to psychotherapy among Brazilian alcoholics: a six-month follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 257, 4, 237-244.
- Terra M.B., Barros H.M., Stein A.T., Figueira I., Palermo L.H., Athayde L.D., de Souza Gonçalves M. & da Silveira D.X. (2008). Do alcoholics anonymous groups really work? Factors of adherence in a Brazilian sample of hospitalized alcohol dependents. *American Journal of Addiction* 17, 1, 48-53.
- Walsh F. *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press, 1998.
- Whitley R. (2007). Cultural competence, evidence-based medicine, and evidence-based practices. *Psychiatric Services* 58, 12, 1588-1590.
- Yeh M.Y., Che H.L., Lee L.W. & Horng F.F. (2008). An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing* 17, 7, 921-929.
- Zemore S.E. (2007). Helping as healing among recovering alcoholics. *Southern Medical Journal* 100, 4, 447-450.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Massimo Clerici

Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche

Via Cadore, 48

20052 Monza

Tel.: 039-2339346

E-mail: massimo.clerici@unimib.it



Anna Ferruta¹, Chiara Nespolo², Caterina Mariotti³, Sergio Astori², Cinzia Gellera⁴,
Daniela Di Bella⁵, Roberto Fancellu⁶, Silvia Genitrini⁶, Giovanni Foresti⁷

¹Psicoanalista SPI; ²psichiatra; ³neurologa e genetista; ⁴biologa;

⁵genetista e psichiatra; ⁶neurologa; ⁷psichiatra e psicoanalista SPI

PROBLEMI DI PSICHIATRIA DI LIAISON: LA CONSULENZA DIAGNOSTICA INTEGRATA NELLA CURA DELLE MALATTIE GENETICHE A ESORDIO TARDIVO

Problems in liaison psychiatry: integrated diagnostic counselling in the treatment of late onset genetic diseases

RIASSUNTO

Scopi. Lo studio si prefigge di illustrare un nuovo modello di consulenza genetica integrata (CGI) per le malattie genetiche a esordio tardivo. Si tratta di un servizio di counselling multi-professionale “integrato” con l’attività clinica, la presa in carico del soggetto e la sua cura. In questo lavoro riportiamo procedure e risultati di una sperimentazione di due anni realizzata da un’équipe multidisciplinare della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Neurologico “Carlo Besta” di Milano.

Metodi. I soggetti valutati sono 41 familiari di persone affette da corea di Huntington (HD) e 20 familiari di malati di diverse varietà di atassia spinocerebellare (SCA). Il modello di CGI prevede: 1) presa in carico del soggetto/intake relazionale; 2) autosomministrazione di scale di valutazione della condizione emozionale del soggetto; 3) conferenza clinica; 4) restituzione assistita del referto genetico (RARG); 5) follow-up. La conferenza clinica rappresenta il momento centrale di questo modello organizzativo, durante il quale l’équipe multidisciplinare prepara la restituzione del test, basandosi sull’analisi delle interazioni psicodinamiche attivate nel gruppo curante.

Risultati. La valutazione psicometrica ha evidenziato che i soggetti esaminati non presentavano, al momento della richiesta del test genetico, specifici problemi psichiatrici. Complessivamente gli esiti delle valutazioni psicometriche e delle consulenze di follow-up hanno mostrato l’assenza delle reazioni catastrofiche descritte nella letteratura internazionale (suicidi, tentati suicidi, problemi psichiatrici maggiori), che devono essere tuttavia prevenute e gestite nel corso della consulenza genetica.

Conclusioni. Il modello di CGI che utilizza come momento fondamentale la conferenza clinica permette ai probandi di contenere angosce e pulsioni autodistruttive, acquisendo consapevolezza tollerabili relative alla loro patologia e alle prospettive di cui tenere conto per la qualità della vita. Per i clinici il beneficio consiste nel recupero della qualità medica dell’intervento (diagnosi come cura) e della fiducia nella metodologia di indagine e ricerca, con riduzione dei fenomeni di burn-out dovuti al prolungato e ripetuto contatto con angosce e lutti difficili da elaborare.

Parole chiave. Consulenza genetica integrata; Conferenza clinica; Diagnosi come cura

SUMMARY

Objectives. The purpose of this article is to introduce a new pattern of integrated genetic counselling (IGC) in the case of late onset genetic diseases, that aims to become further integrated with clinical practice and treatment of subjects. This article reports the procedures and results of a two-year testing of the IGC pattern carried out by a multi-professional team of Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Neurologico “Carlo Besta” - Milano.

Methods. The testers were 41 relatives of patients affected by Huntington disease and 20 relatives of people suffering from several kinds of spinocerebellar ataxia (SCA). The IGC pattern is based on several steps which include: 1) patients’ intake; 2) distribution of self-evaluation scales of individual emotional state; 3) clinical conference; 4) assisted return of genetic report; 5) follow-up. The clinical conference represents the fundamental milestone of the IGC pattern, when the multi-professional team meets to discuss the cases and define how to communicate the test result, starting from the psychodynamic interactions activated in the group.

Results. The psychometric assessment highlighted that the examined subjects, when they volunteered for the genetic tests, were not affected by any specific psychiatric problems. Altogether, the results of psychometric assessments and of the follow-up-interviews revealed the absence of any tragic reactions, as described by international literature (suicides, attempted suicides, major psychiatric disorders). Nevertheless, this type of reaction has to be prevented and managed during genetic counselling.

Conclusions. The use of an IGC pattern, which relies on clinical conference as a key moment, allows the testers to control anxiety and self-destroying impulses, increasing the awareness of their malaise and improving their quality of life perspectives. The benefit for the medical doctors consists in an improved



quality of their clinical work (diagnosis as therapy) and in increased confidence in investigation and research methodology, thus reducing the burn-out episodes linked to the prolonged contact with hard to manage anxiety and mourning.

Key words. Integrated genetic counselling; Clinical conference; Diagnosis as therapy

Diagnosi come cura

Il rapporto tra conoscenza e cura è rispecchiato nelle parole del coro del frammento dell'*Agamemnone* di Eschilo: "Zeus conduce i mortali alla saggezza/avendo fissato una valida legge:/conoscenza attraverso dolore (...) verso coloro che hanno sofferto *dike* inclina conoscenza". Il rapporto tra conoscenza e cura è intrinseco alla professione medica, a partire dalla riflessione del pensiero greco, alla base dello sviluppo delle nostre conoscenze e della rappresentazione della tragicità connessa al vivere. Lo sviluppo attuale delle tecniche di indagine diagnostica, costituito dai test genetici, permette di raggiungere preziose conoscenze sulla salute e sulla malattia del soggetto umano e apre strade insperate di ricerca e, in prospettiva, di cura. La comunicazione del risultato positivo di un test relativo a una malattia neurologica a esordio tardivo provoca tuttavia inevitabili reazioni di angoscia, importanti crisi depressive, sensi di impotenza intollerabili. Occorre chiedersi come affrontare la quota "necessaria" di sofferenza implicita in questo percorso, sia da parte del medico sia da parte del paziente.

Un gruppo di genetisti, medici e psicologi appartenenti a diverse Istituzioni* ha adottato e sperimentato un modello di consulenza genetica integrata (CGI), secondo l'ipotesi proposta da Giovanni Foresti (2004): "La CGI è un servizio di counselling multiprofessionale che mira a essere il più possibile 'integrato' con l'attività clinica (la presa in carico del soggetto/utente e la sua cura). Il servizio di CGI è stato elaborato per affrontare i problemi clinici ed etici posti dalle malattie ereditarie a esordio tardivo (*late onset diseases*), ma gli autori di questo documento suppongono che il modello di lavoro da loro messo a punto possa essere utilizzato anche in altre evenienze nosologiche in cui si pone il

problema di trasmettere dati di carattere genetico a singoli utenti e/o alle loro famiglie".

In questo lavoro riportiamo procedure e risultati di una sperimentazione di due anni del modello della CGI realizzata da un'équipe multidisciplinare (neurologi, genetisti, biologi, psichiatra, psicologo) della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Neurologico "Carlo Besta" di Milano. La coorte dei soggetti entrati nello studio è costituita da 41 casi valutati per corea di Huntington (HD) e da 20 casi indagati per diverse varietà di atassia spinocerebellare (SCA). La sperimentazione è stata condotta nell'ambito di un progetto di ricerca finalizzato multicentrico promosso dal Ministero della Salute sull'integrazione della consulenza genetica nella pratica clinica. Si tratta di un progetto che ha coinvolto vari Centri del Nord Italia che si occupano di differenti malattie genetiche a esordio tardivo e che si è complessivamente protratto per un periodo di due anni.

L'équipe della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta si compone di neurologi, genetisti e biologi dell'Unità di Biochimica e Genetica e di due figure esterne, psichiatra e psicoanalista supervisore. I pazienti coinvolti nello studio sono familiari di persone affette da HD e da varie forme di SCA che si sono rivolti al Centro per richiedere un test genetico predittivo. Tali malattie, pur presentando differenti manifestazioni cliniche e modalità di esordio e decorso, sono accomunate dal carattere genetico (con alterazioni specifiche e rilevabili) e dalla comparsa dei sintomi in età adulta.

Il progetto si è articolato in tre fasi. Nella prima un gruppo di esperti del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pavia, in collaborazione con Giovanni Foresti del Centro "Fatebenefratelli-AFaR" di San Colombano al Lambro (MI), ha proposto ai clinici coinvolti un breve corso di training/coaching sul rapporto medico-paziente, in modo da allenare i clinici ad affrontare gli aspetti emotivi tipici della relazione di aiuto, affiancandoli alle più tradizionali competenze tecnico-scientifiche. Nella seconda è stato messo a punto lo schema delle procedure che verrà di seguito presentato come CGI. La terza e ultima fase ha rappresentato l'applicazione e la definitiva messa a punto sul campo del modello di CGI.

Il modello della consulenza genetica integrata

Le malattie genetiche a esordio tardivo, attraverso l'esecuzione dei test genetici predittivi, si pongono in uno spazio molto delicato, quello della "malattia annun-

*IRCCS "San Matteo", Università di Pavia; Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta", Milano; Istituto di Genetica Umana, Università di Pavia; Dipartimento di Oftalmologia, Neuroscienze e Genetica, Università di Genova; Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Bergamo; Centro "Fatebenefratelli-AFaR", San Colombano al Lambro, Milano.



ciata”, con tutte le implicazioni fantasmatiche che essa comporta. Il risultato positivo di un test genetico può generare problemi di elaborazione simili al lutto, che devono essere tenuti in considerazione e gestiti prima di tutto dai consulenti: diviene quindi fondamentale la preparazione della restituzione assistita del referto genetico (RARG) da parte di un gruppo multiprofessionale/multidisciplinare.

La domanda di consulenza genetica viene formulata da un singolo individuo, che però appartiene a un contesto familiare che ne è direttamente o indirettamente implicato. Questo aspetto gruppale si ripresenta anche a livello dell'equipe curante, che è insieme diagnostica e clinica. Si tratta di un problema presente in un gruppo familiare che verrà affrontato da un gruppo, un problema diagnostico che richiede di essere comunicato ed elaborato da parte dell'equipe, in un contesto che produca effetti di contenimento emotivo e di cura del paziente. Il *modello di consulenza genetica integrata* prevede diverse tappe:

- 1) *Presenza in carico del soggetto: intake relazionale.* Il primo incontro del clinico genetista con il paziente offre un ascolto accogliente e partecipe, al soggetto ed eventualmente ai familiari che lo accompagnano; vengono fornite informazioni sia sulla malattia sia sul percorso della CGI (fase di intake, somministrazione di scale di valutazione; fase del test genetico con il biologo; fase di restituzione assistita, follow-up) e viene consegnato e discusso il modulo del consenso informato. È molto importante che i pazienti possano individuare nel medico che li prende in carico la figura di riferimento che li seguirà nel tempo e che potrà occuparsi con professionalità e competenza sia degli aspetti tecnici della malattia sia di quelli emotivi che questa comporta. È qui che la diagnosi assume la configurazione di cura, sia per il medico sia per il paziente.
- 2) *Autosomministrazione di scale di valutazione della condizione emozionale del soggetto.* Le scale utilizzate sono la SCL90 (Symptom Check List), la BDI (Beck Depression Inventory) e la WAIP (Scala di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica); vengono proposte al soggetto al termine della prima visita-colloquio, alla restituzione del test e durante il follow-up.
- 3) *Conferenza clinica.* Il momento centrale di questo modello organizzativo è costituito dalla conferenza clinica, che consiste nell'incontro di un'equipe multidisciplinare costituita da clinici, genetisti, biologi, psicologi e psichiatri riuniti per discutere il caso di

un soggetto che ha richiesto la consulenza per una malattia genetica a esordio tardivo.

- 4) *Restituzione assistita.* Diviene quindi fondamentale la preparazione della RARG da parte del medico, in rappresentanza del gruppo. La restituzione conferisce al clinico la sua competenza medica di cura, attraverso la comunicazione della diagnosi con una modalità di elaborazione del lutto, da lui stesso prima elaborato con l'aiuto del gruppo nella conferenza clinica. A seconda del risultato della conferenza clinica, la restituzione sarà valutata come risorsa terapeutica sufficiente, oppure verrà accompagnata dall'indicazione di un aiuto psicoterapeutico specialistico.
- 5) *Appuntamenti di follow-up.* Il clinico comunica al paziente che ci saranno incontri di follow-up per seguire l'andamento della patologia e per partecipare al progetto di ricerca del quale è entrato a far parte. L'appuntamento per il follow-up mette a disposizione dei curanti nuovi dati di conoscenza e rappresenta una conferma della presa in carico e della partecipazione emotiva all'elaborazione del lutto, una via percorribile tra onnipotenza diagnostica e impotenza terapeutica.

Metodologia della conferenza clinica

La conferenza clinica aiuta i clinici a sostenere l'impatto emotivo della presa in carico del paziente e a migliorare le competenze comunicative, a divenire più esperti nella raccolta di informazioni delicate e nella ricerca di quelle potenzialmente utili a comprendere il funzionamento del soggetto che chiede la consulenza. Essere seguito da un gruppo aiuta il paziente che conosce l'iter a sentirsi parte di una gruppaltà condivisa, rispetto all'isolamento in cui si trova, confrontato come è con il determinismo genetico che lo riguarda individualmente. Scopo della conferenza clinica è dunque 1) rendere la comunicazione del risultato del test genetico un momento di contenimento e di aiuto per il paziente; 2) conferire al clinico la sua funzione medica di cura e non solo diagnostica; 3) fornire un'esperienza di apprendimento e di formazione alla gestione delle emozioni in situazioni di crisi che permetta all'equipe di funzionare successivamente in modo autonomo. Le tappe che ne scandiscono il lavoro possono essere schematizzate come segue:

- durante la riunione il clinico che ha raccolto le informazioni attraverso l'intervista (neurologo/genetista) presenta il caso e gli altri colleghi che hanno cono-



sciuto il soggetto (genetista, biologo) aggiungono impressioni e informazioni;

- vengono prese in esame le risposte alle scale, le emozioni suscitate dall'incontro con il paziente, le informazioni fornite dai familiari;
- si attiva un lavoro di gruppo volto a comprendere il significato che la consulenza genetica ha per il soggetto e le implicazioni psichiche ed emotive. Grande importanza viene attribuita ai sentimenti suscitati in chi ha incontrato il paziente e in chi nel gruppo ha specifiche risonanze emotive, in modo da pervenire alla configurazione della mentalità grupppale di cui il soggetto è portatore, aiutando il medico che lo ha preso in carico nella restituzione assistita del risultato del test e nell'elaborazione del carico emotivo implicato;
- in seguito avviene la compilazione della scala di alleanza terapeutica (WAIP), redatta dalla persona che più ha avuto a che fare con il soggetto (solitamente il neurologo), dopo aver sentito anche il parere degli altri colleghi che hanno interagito con il paziente;
- l'ultimo passo consiste nell'apertura della busta contenente il risultato del test genetico e nella decisione relativa alle modalità della restituzione, in base alle ipotesi sul funzionamento del soggetto e sul risultato stesso;
- per ogni conferenza clinica si redige un rapporto, che viene conservato nella cartella clinica.

Premesse fondamentali per il lavoro di conferenza clinica sono:

- 1) *Setting*, ovvero regole di spazio e tempo che garantiscano un contenitore mentale e organizzativo sufficientemente solido per resistere alle inevitabili pressioni negative provenienti da sensi di impotenza e inutilità, connessi al contenuto (malattie genetiche incurabili: lo stesso accade in conferenze cliniche con patologie croniche o con prognosi negativa elevata, quali quelle diabetiche o tumorali).
- 2) *Costanza dei partecipanti al gruppo*, o almeno di un nucleo principale di professionisti ai quali se ne possono aggiungere altri di volta in volta coinvolti nell'iter.
- 3) *Raccolta di informazioni* riguardanti i soggetti, che diviene tanto più utile quanto più è ricca e precisa.
- 4) *Lettura comune delle scale di valutazione*.
- 5) *Adeguate spazio di discussione* (1 ora) in cui ognuno

possa condividere il proprio pensiero e le proprie impressioni sul caso senza troppi filtri o limiti.

- 6) *Acquisizione del metodo di consulenza genetica integrata* da parte dei clinici e successivamente conduzione della conferenza clinica con gli esperti psichiatri e psicologi solo per i casi problematici e come aggiornamento sulla metodologia.

La conferenza clinica dovrebbe per quanto possibile collocarsi sempre nel medesimo momento dell'iter diagnostico. In particolare, all'Istituto Neurologico "Carlo Besta" si è convenuto di riunirsi dopo i primi due incontri (visita neurologica-consulenza genetica-raccolta di informazioni-somministrazione di scale di valutazione) e dopo aver eseguito il prelievo. In quella sede si decide se procedere con una restituzione semplice o una restituzione assistita e se eventualmente suggerire un supporto psicoterapeutico specialistico nel tempo. L'esperienza della conduzione della conferenza clinica all'Istituto Neurologico "Carlo Besta" rappresenta una novità sperimentata accuratamente e per un tempo significativo (più di due anni).

Il modello precedentemente utilizzato con i soggetti richiedenti il test genetico per malattie a sviluppo tardivo prevedeva una consulenza psichiatrica/psicologica affidata a specialisti esterni, i quali in un secondo tempo fornivano un parere sull'idoneità psicoemotiva del soggetto a effettuare e ricevere il risultato del test. Il clinico che aveva portato avanti l'iter con visite e colloqui si faceva carico del momento della comunicazione del risultato. In questo modo si trovava ad affrontare le problematiche emotive riguardanti il soggetto e la comunicazione dell'informazione da solo e con un forte senso di responsabilità e impotenza nei confronti del consultante. Le malattie genetiche neurologiche a esordio tardivo (quali HD e SCA) sono spesso patologie fortemente debilitanti, a esito mortale, per le quali allo stato attuale non esiste alcuna cura se non palliativa. L'informazione racchiusa nell'esito del test genetico si carica di una straordinaria potenza emotiva che supera le capacità di gestione e di aiuto che il medico è in grado di offrire.

Per poter applicare il modello di CGI che utilizza la conferenza clinica, l'équipe dell'Istituto Neurologico "Carlo Besta" ha dovuto impegnarsi in profondi cambiamenti e sforzi organizzativi. Sono stati chiamati due consulenti esterni (psichiatra e psicoanalista supervisore) che partecipano alla conferenza clinica e i clinici/genetisti hanno organizzato l'agenda delle visite



in ambulatorio in modo tale da permettere la presenza concomitante di tutte le figure professionali coinvolte, oltre a eseguire il colloquio di consulenza genetica e la visita neurologica. È stata richiesta e ottenuta l'approvazione del Comitato Etico.

La consulenza genetica integrata come intervento diagnostico con valenza terapeutica

La consultazione genetica si configura come un intervento diagnostico con valenza terapeutica: il motivo per il quale i soggetti si incontrano in un'Istituzione di cura li colloca nel quadro di un contesto conoscenza-sofferenza, diagnosi-cura, che caratterizza ogni relazione di aiuto, con le reciproche massicce proiezioni di sentimenti di impotenza terapeutica-onnipotenza diagnostica e speranza-disperazione propri della dimensione medica. Un po' come accade al vecchio medico de *Il posto delle fragole* di Ingmar Bergman, che al termine della vita sente che l'unica cosa che deve fare, in quel luogo dell'esperienza sensoriale che è il posto delle fragole, è chiedere perdono, di aver violato le colonne d'Ercole, i confini del dolore, per compassione e per sete di conoscenza.

In un contesto grupppale, le reazioni emotive dei curanti – epifenomeno delle reazioni di transfert e controtransfert – possono essere una base di dati sensibili su cui si fonda la conoscenza del modo in cui funziona la mente umana. Il lavoro di quest'ultima origina infatti dall'ascolto dell'altro, spesso attraverso l'esperienza di un "patire" del terapeuta, da un suo personale sentire emozioni inconsce scisse e proiettate nel terapeuta da parte del soggetto sofferente. La finalità di queste proiezioni è duplice: il soggetto le indirizza fuori di sé per liberarsene ma anche per comunicare. Si tratta infatti di trovare una mente che alfabetizzi le emozioni più angosciose e le renda psichicamente tollerabili, recuperabili in un'integrazione più completa di sé.

L'esperienza clinica: due anni di sperimentazione

Nel corso di questi primi due anni di esperienza di conduzione delle conferenze cliniche il gruppo di lavoro è andato incontro a una significativa evoluzione. Il miglioramento del rapporto medico-paziente, da un lato legato al maggior tempo dedicato al colloquio, ma soprattutto derivato dall'aumentata sicurezza del medico che si sente supportato dal gruppo, ha permesso di ridurre moltissimo i casi che necessitavano di supporto psicologico/psichiatrico, valorizzando il follow-up come momento importante della presa in carico nel tempo.

Di seguito è proposto un esempio di report di una conferenza clinica.

Conferenza clinica - Fondazione IRCCS, Istituto Neurologico Carlo Besta

La conferenza riguarda gli incontri e i risultati dei test genetici (SCA) di due soggetti, padre A e figlio B. Il quadro familiare appare critico dal punto di vista della malattia genetica, diagnosticata positiva alla nonna e a due dei numerosi figli.

La consultazione attuale avviene sotto la spinta della moglie di A e madre di B, all'interno di una situazione familiare in crisi per altri motivi. La presenza interiore rispettivamente della moglie e della madre domina il quadro delle due consultazioni.

Il padre A nel primo incontro appare esasperato e alterato: la moglie pensa che tutto il negativo del loro rapporto dipenda da lui, rapporto che è in crisi da molti anni. Dichiara di fare il test genetico come ultimo atto di cedimento verso la moglie, poi se ne andrà. L'attenzione del soggetto nel colloquio è tutta concentrata sulla sua situazione familiare e poco rivolta alla questione del test genetico. L'incontro con un medico che lo accoglie e lo ascolta ha un valore terapeutico: nel secondo colloquio appare più calmo e sollevato, come se il suo problema fosse stato in parte risolto dal fatto di non essere stato subito collocato dall'interlocutore dalla parte del torto.

Le risposte date alle varie scale appaiono la conseguenza di una condizione contingente di irritazione, in una personalità che è arrivata vicina al punto di rottura di una relazione; l'incontro con il medico rapidamente gli permette di ricomporsi in una capacità di contenimento e senso critico. Triste e amareggiato, presenta una crisi emozionale che si sovrappone e oscura le angosce relative al test.

Il figlio B si presenta timido e incerto, senza una convinzione personale relativa al test genetico, richiesto sotto la pressione della madre, rivolta a dimostrare la negatività del padre e la bontà della propria famiglia. Chiuso, riservato, fornisce alle scale risposte anonime, formali, proprie di chi cerca di fare il compito che l'altro aspetta da lui.

La conferenza clinica si svolge in un clima di preoccupazione relativa alle conseguenze emotive che la comunicazione di un risultato positivo del test può avere sui due soggetti, la cui attenzione è rivolta altrove: il padre vuole liberarsi dalla critica stringente della moglie, il figlio vuole aderire ancora di più ai desiderata



della madre. Una acutizzazione della problematica, indotta dai risultati dei test genetici che riguardano entrambi in prima persona, può comportare sviluppi imprevedibili. Tutto il gruppo di lavoro manifesta una reazione emotiva di preoccupazione e di impossibilità di prevedere la risonanza di una tale notizia nei due soggetti. Probabilmente questa reazione del gruppo rispecchia la risposta emotiva che un risultato positivo potrebbe suscitare nei consultanti: un senso di non sapere che cosa provare, di incertezza, di indicibilità. Non sono preparati a questo, nonostante siano a conoscenza della presenza massiccia di test positivi nella famiglia.

Si procede alla lettura dei risultati dei test genetici che sono entrambi positivi.

Si ritiene opportuno consegnare il risultato al padre utilizzando come primo contenitore il colloquio col medico genetista con il quale ha stabilito un buon rapporto. Questi gli proporrà l'opportunità di elaborare tale condizione con l'aiuto di colloqui psicoterapeutici.

Per quanto riguarda il figlio, si ritiene adeguato il colloquio con il medico che lo aiuti a riconoscere la specificità della sua situazione individuale.

CGI: primi risultati dello studio alla Fondazione IRCCS, Istituto Neurologico Carlo Besta

Complessivamente, sono stati reclutati 92 familiari di 60 individui appartenenti a famiglie nelle quali è già stata individuata una mutazione HD e 32 di individui con mutazione SCA. In particolare, di questi ultimi 12 hanno una familiarità positiva per SCA1, 11 per SCA2, 1 per SCA3 e 8 per SCA17; tale distribuzione riflette la prevalenza dei sottotipi SCA nella popolazione italiana, dove SCA1 e SCA2 rappresentano i genotipi di più frequente riscontro, mentre SCA17 e SCA 3 sono relativamente rari (Brusco et al., 2004; Mariotti et al., 2007). Nella Tabella 1 sono riassunte le caratteristiche

sociodemografiche dei partecipanti: nessuna differenza statisticamente significativa è stata riscontrata rispetto all'età, alla distribuzione per genere, allo stato civile, al livello educativo e alla tipologia d'impiego lavorativo. Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando i metodi di analisi χ^2 e test *t* di Student.

La maggior parte dei soggetti di entrambi i gruppi (soggetti presintomatici per SCA e soggetti presintomatici per HD) ha eseguito il protocollo, ricevendo una restituzione genetica a seguito della conferenza clinica sul loro caso. Circa il 41% di questi soggetti ha completato le valutazioni psicometriche riproposte anche al follow-up, indipendentemente dalla positività dei risultati del test genetico (Fig. 1).

La valutazione psicometrica ha messo in luce che

- i soggetti presintomatici per SCA e HD non presentavano, al momento della richiesta del test genetico, specifici problemi psichiatrici;
- i soggetti presintomatici per SCA e HD presentavano, al momento della restituzione del risultato del test genetico, una congrua riduzione della tensione connessa all'attesa del risultato: la sintomatologia depressiva riferita era, in effetti, più contenuta in quelli che avevano appreso di non aver ereditato la mutazione (19 dei 33 sospetti HD e 13 dei 21 sospetti SCA; Fisher's Exact Test $p = 0,694$) (Tab. 2);
- i soggetti che hanno ricevuto conferma di mutazione per SCA e HD sono a rischio di sviluppare nel tempo (follow-up a 8-9 mesi dalla restituzione del test) alcuni sintomi depressivi (in particolare autosvalutazione: "Mi sento imperfetto e dannoso per gli altri"), senza però sviluppare depressione maggiore (Tab. 3).

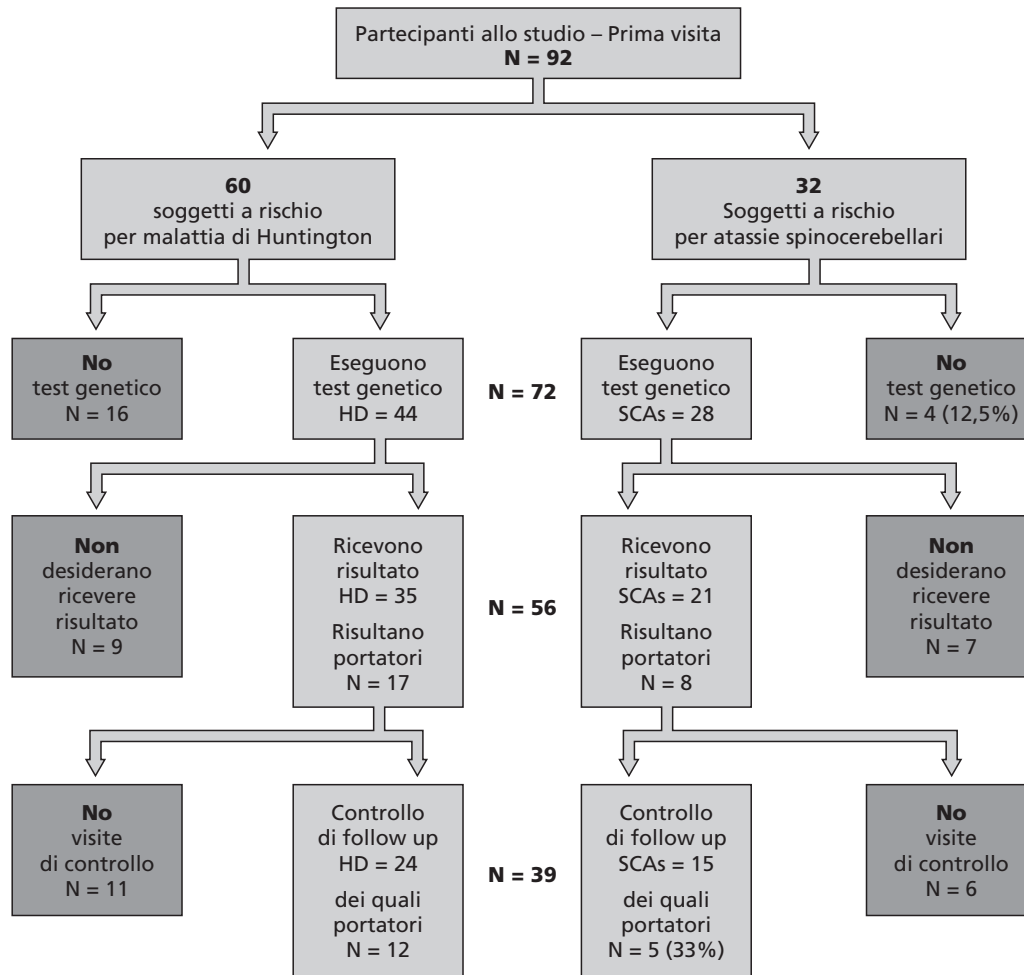
Complessivamente, dunque, gli esiti delle valutazioni psicometriche e delle consulenze di follow-up

■ TABELLA 1. Soggetti che si sono resi disponibili allo studio (n = 92)

	Sospetti HD (n = 60)	Sospetti SCA (n = 32)	p	
			Test t	Fisher's Exact Test
Età (anni)	36 ± 12	34 ± 10	0,354	
Sesso	30M/30F	15M/17F		0,775
Coniugati (%)	44,8	50		0,665
Istruzione (anni)	13 ± 4	12 ± 4	0,284	
In attività lavorativa (%)	79,7	68,8		0,307



■ FIGURA 1. Le consultazioni di genetica integrata presso l'IRCCS Carlo Besta (2003-2007).



■ TABELLA 2. Valutazioni psicometriche al ricevimento dell'esito del test genetico (n = 54)

	Portatori di mutazione (pre-HD = 14; pre-SCA = 8)	Negativi al test genetico (pre-HD = 19; pre-SCA = 13)	p (test t)
BDI	4,8 ± 5,4	2,3 ± 3,7	0,048
WAI-P	73,9 ± 6,6	71,2 ± 16,3	0,578
WAI-T	n.c. n.c.	-	
SCL90 – TPS	43,1 ± 38	35 ± 43,4	0,509
SCL90 – GSI	0,4 ± 0,1	0,4 ± 0,5	0,756

hanno mostrato come nel corso dell'applicazione del protocollo della CGI applicata ai casi di sospette SCA e HD non siano state osservate reazioni catastrofiche (suicidi, tentativi di suicidio, problemi psichiatrici maggiori) che la letteratura internazionale documenta

e che devono essere gestiti e prevenuti nel corso di una consulenza genetica, indipendentemente dalla comunicazione al probando di un risultato positivo o negativo del test (Broadstock et al., 2000; Smith et al., 2004).



■ TABELLA 3. Valutazioni psicometriche a un follow-up di 8-9 mesi (n = 34)

	Portatori di mutazione (pre-HD = 8; pre-SCA = 5)	Negativi al test genetico (pre-HD = 13; pre-SCA = 8)	p (test t)
BDI	4,4 ± 7,5	2,4 ± 2,7	0,285
WAI-P	73,1 ± 6,4	70,3 ± 10,2	0,464
WAI-T	n.c.	n.c.	-
SCL90 – TPS	34 ± 28,1	25,1 ± 15,1	0,241
SCL90 – GSI	0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,9	0,756

Considerazioni relative al follow-up

La discussione dei protocolli relativi ai follow-up dei pazienti permette di fare le seguenti considerazioni. Soggetti che nella fase di intake si sono presentati come ansiosi e problematici sono apparsi tranquillizzati e collaboranti nel secondo incontro: un fattore importante riteniamo sia stata la possibilità da parte del medico di discutere i primi protocolli in sede di conferenza clinica e di porsi poi, nel momento della comunicazione dell'esito del test, in una relazione clinica medico-paziente, di presa in carico della malattia e non solo di accertamento diagnostico. Da questo punto di vista la necessità di ricorrere a visite psichiatriche specialistiche risulta ridotta, mentre viene rafforzata la qualità clinica dell'intervento di consulenza, con riappropriazione da parte del medico della sua funzione terapeutica.

Il soggetto venuto a conoscenza di essere portatore di una malattia genetica si sente preso in carico e non lasciato solo (con il peso di una diagnosi ineluttabile) grazie alla regolarità degli appuntamenti di follow-up. La consapevolezza di fare parte di un progetto di ricerca inoltre mobilita sentimenti positivi di appartenenza a un gruppo condiviso. Un'équipe multidisciplinare che svolge conferenze cliniche di discussione dei casi fornisce al medico, di volta in volta, le competenze e il giusto supporto per poter farsi carico degli aspetti emotivi del paziente e aiutarlo anche in un percorso di elaborazione.

Background teorico-clinico

Il metodo della conferenza clinica si ispira a due grandi tradizioni cliniche (i Gruppi Balint, nei quali la discussione del caso clinico viene orientata al recupero da parte del medico della sua naturale, necessaria ed efficace qualità psicoterapeutica, attraverso riflessioni sulla relazione-medico-paziente) (Balint & Balint, 1961; Ferruta & Galli, 1994):

- l'invio allo specialista, psichiatra, psicologo, psi-

coanalista, per manifestazioni di disagio psichico, è opportuno quando sia già stata recuperata una dimensione clinica di cura nella relazione col medico, e quindi riconosciuta quella conoscenza attraverso il dolore che lo rende lucido e partecipe del suo lavoro clinico. Il gruppo Balint sostiene e illumina tale potenzialità;

- la strategia degli "interventi di crisi", che consiste in un approccio psicoterapeutico breve e intensivo riguardante persone che si trovano a dover affrontare un evento drammatico, che costituisce una minaccia per la vita fisica e mentale dell'individuo, di fronte al quale i consueti meccanismi di difesa non sono adeguati e si determina una massiccia regressione (Andreoli, 1991; Pavan & Banon, 1996; Ferruta, 2004). La sensazione che provano soggetti con una crisi emozionale in atto è quella di trovarsi senza via d'uscita, impotenti, un senso di irrealtà. Nell'intervento di crisi la dimensione di gruppo dei curanti è una risorsa terapeutica fondamentale.

Dal punto di vista teorico, il pensiero psicoanalitico mette a disposizione importanti concetti, utili per comprendere quello che avviene nella consultazione genetica con il metodo della conferenza clinica:

- 1) *Il rapporto contenitore-contenuto di Wilfred Bion (1962)*. Nella relazione medico-paziente avviene una proiezione di sofferenza, di ansia e angoscia da parte del paziente nel medico, che svolge la funzione terapeutica offrendo un ascolto partecipe e non giudicante, un riconoscimento del disagio e un atteggiamento senza ritorsioni nel caso di eventuali attacchi distruttivi. In sintesi, offre un "contenitore" mentale capace di accogliere un'emorragia di parole o affetti o silenzi, offrendo parole capaci di dare forma e senso a quello che sta accadendo. Il modello contenitore-contenuto è una nozione ampiamente utilizzata nell'analisi delle dinamiche gruppali della



tradizione Tavistock (Perini, 2007). A quest'ultima fanno riferimento numerose pratiche e ricerche che hanno molto influenzato la preparazione di quest'esperienza (Ferruta et al., 1998; Foresti & Rossi Monti, 2002).

- 2) *La dimensione sincretica di base presente in ogni soggetto umano.* Secondo Bleger (1967), alla base della personalità di ciascuno esiste un aspetto indifferenziato, confuso/vischioso o "sincretico", di non-relazione e non-discriminazione, che diventa esplicito solo quando questo quadro di riferimento si incrina a causa di un grave evento perturbatore. L'intervento di un gruppo curante, noto sia ai curanti sia ai pazienti, ricostituisce lo sfondo di appartenenza gruppale e indifferenziata al mondo delle relazioni, oltre a offrire un luogo di elaborazione mentale di angosce che un individuo da solo non può sostenere.
- 3) *I modelli di attaccamento e l'importanza dell'alleanza terapeutica.* Il primo incontro con un'Istituzione curante costituisce un evento unico: un paziente si presenta cercando aiuto, in una condizione regressiva, di speranza e timore, di dipendenza sprovveduta. Si riattivano in lei/lui esperienze emotive primarie, ossia quegli "internal working models" di cui parla Bowlby (1975): modelli operativi interni con componenti affettive e cognitive, dotati di forte influenza sulle modalità d'investimento affettivo dell'altro. La risposta del terapeuta, consapevole della densità emozionale di questo nuovo primo incontro, può essere generatrice di una nuova esperienza, proprio perché avviene in un contesto regressivo. Christopher Bollas (1992) osserva che ogni ingresso nell'esperienza di un nuovo oggetto equivale in qualche modo a una seconda nascita, perché la soggettività è informata in modo nuovo dall'incontro che svolge una funzione strutturante dello psichismo.

Conclusioni

La conferenza clinica costituisce, all'interno del percorso della CGI, un punto di snodo fondamentale rispetto ad altri metodi che ricorrono a una consulenza specialistica psichiatrica separata. Il beneficio per i consultanti consiste in una diminuzione di angosce e pulsioni autodistruttive e nell'acquisizione di consapevolezza tollerabili relative alla patologia e alle prospettive di cui tenere conto per la qualità della vita. La necessità del ricorso a cure psichiatriche viene così drasticamente ridotta.

Per i clinici il beneficio consiste nel recupero della qualità medica dell'intervento (diagnosi come cura) e della fiducia nella metodologia di indagine e di ricerca come strumento valido per acquisizioni terapeutiche future, con riduzione dei fenomeni di burn-out dovuti al prolungato e ripetuto contatto con angosce e lutti difficili da elaborare.

Prosegue così una tradizione di pensiero orientata dall'amore disinteressato per la conoscenza di cui parla il filosofo Isaiah Berlin: "La potenza intellettuale, l'onestà, la lucidità, il coraggio, l'amore disinteressato per la verità che caratterizzarono i migliori pensatori del Settecento rimangono, fino a oggi, senza confronti". La ricerca di metodologie che affrontano direttamente il nesso tra conoscenza e sofferenza consente di affrontare i problemi posti dalle nuove biotecnologie con strumenti che confermano la validità di antiche osservazioni sulla mente umana e la sua capacità di lavoro trasformativo.

■ BIBLIOGRAFIA

- Andreoli A. (1991). Répondre à la crise: une impasse ou une ouverture dans la psychiatrie. In: *Psychose et Changement* (eds. R. Diatkine, F. Quartier Frings, A. Andreoli). Paris: PUF.
- Balint M. & Balint E. (1961). *Tecniche Psicoterapiche in Medicina*. Torino: Einaudi, 1970.
- Bion W.R. (1962). *Apprendere dall'Esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Bleger J. (1967). *Simbiosi e Ambiguità*. Loreto: Lauretana, 1992.
- Bollas C. (1992). *Essere un Carattere*. Roma: Borla, 1995.
- Bowlby J. (1975). *Attaccamento e Perdita*. Torino: Boringhieri, 1978.
- Broadstock M., Michie S. & Marteau T. (2000). Psychological consequences of predictive genetic testing: a systematic review. *European Journal of Human Genetics* 8, 731-738.
- Brusco A., Gellera C., Cagnoli C., Saluto A., Castucci A., Michielotto C., Fetoni V., Mariotti C., Migone N., Di Donato S. & Taroni F. (2004). Molecular genetics of hereditary spinocerebellar ataxia: mutation analysis of spinocerebellar ataxia genes and CAG/CTG repeat expansion detection in 225 Italian families. *Archives of Neurology* 61, 727-733.
- Ferruta A. (2004). Esperienza clinica e ricerca empirica a confronto. In: *Il Cambiamento nella Psicoterapia di Crisi* (ed. G.G. Alberti). Milano: Angeli.
- Ferruta A. & Galli T. (1994). Il gruppo Balint: difficoltà e interventi alternativi. *Proposte per la salute mentale* 5, 55-69.
- Ferruta A., Foresti G., Pedriali E. & Vigorelli M. (1998). *La Comunità Terapeutica. Tra Mito e Realtà*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Foresti G. (2004). *La consulenza genetica integrata*. (Progetto di ricerca)



Foresti G. & Rossi Monti M. (2002) La diagnosi e il progetto. *Visioning* clinico e organizzatori psicopatologici. *Psicoterapia e Scienze Umane* 3, 65-81.

Mariotti C., Alpini D., Fancellu R., Soliveri P., Grisoli M., Ravaglia S., Lovati C., Fetoni V., Giaccone G., Castucci A., Taroni F., Gellera C. & Di Donato S. (2007). Spinocerebellar ataxia type 17 (SCA17): oculomotor phenotype and clinical characterization of 15 Italian patients. *Journal of Neurology* 254, 1538-1546.

Pavan L. & Banon D. (1996). *Trauma, Vulnerabilità, Crisi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Perini M. (2007). *L'Organizzazione Nascosta. Dinamiche Incon-*

sce e Zone d'Ombra nelle Moderne Organizzazioni. Milano: Franco Angeli.

Smith C.O., Lipe H.P. & Bird T.D. (2004). Impact of presymptomatic genetic testing for hereditary ataxia and neuromuscular disorders. *Archives of Neurology* 6, 875-880.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Anna Ferruta

Viale Bianca Maria, 5

20122 Milano

Tel.: 02-55192182/328-7286958



Panfilo Ciancaglini¹, Marco Vaggi¹, Eugenia Perelli¹, Danila Macciò¹,
Elisa Sartini¹, Angela Pistorio²

¹ UO Salute Mentale, Distretto 8, DSM di Genova

² Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS "G. Gaslini", Genova

SERVIZI PSICHIATRICI E MEDICINA GENERALE: L'ESPERIENZA DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE DI GENOVA VOLTRI

Psychiatric services and general practice: the experience of the Genova Voltri Mental Health Centre

RIASSUNTO

Scopo. Il Centro di Salute Mentale (CSM) di Genova Voltri collabora da anni in modo continuativo con i medici di medicina generale (MMG), ritenendolo un punto qualificante dei programmi per la salute mentale di una popolazione. Nel corso del 2005 circa il 30% dei pazienti valutati in prima visita è stato inviato al MMG per un trattamento. Lo studio analizza, a un anno di distanza, le condizioni di questi pazienti confrontandole con quelle iniziali e valuta la soddisfazione degli stessi e del MMG per l'intervento svolto dal CSM.

Metodi. Lo studio è descrittivo longitudinale. Al T₀ erano stati raccolti i dati sociodemografici, la scheda di nuovo accesso con diagnosi (ICD X), quella di valutazione anamnestica e la scala GAF; al T₁ erano stati raccolti la scheda sul trattamento erogato con giudizio clinico del MMG, la scala GAF e i questionari per la soddisfazione del paziente e del MMG.

Risultati. I pazienti inviati al MMG nel 2005 erano 79 (50 femmine) (età media: 45,6 anni); 78 sono stati analizzati al T₁. I raggruppamenti diagnostici più rappresentati erano le sindromi nevrotiche, da stress e somatoformi (53,8%), e le sindromi affettive non psicotiche (39,7%). Il punteggio medio alla scala GAF al T₀ era di 67,6 e al T₁ di 73,6, con un incremento significativo (p < 0,0001). Il MMG giudicava migliorato il 77,3% dei pazienti; lo specialista ne riteneva migliorato il 70,7%. Più del 90% dei pazienti giudicava "buona" l'accessibilità al servizio, l'atteggiamento del personale e la visita. Il 96,2% dei MMG avrebbe consigliato un percorso analogo ad altri suoi pazienti e il 95,2% dei pazienti lo avrebbe consigliato ad altri.

Conclusioni. Il modello di collaborazione tra medicina generale e servizi psichiatrici del CSM di Genova Voltri, studiato anche in altri lavori, sembra rispondere, in base ai riscontri di cui siamo in possesso, agli obiettivi per i quali è stato progettato e parzialmente realizzato.

Parole chiave. Salute mentale; Medicina generale; Collaborazione nella cura

SUMMARY

Objective. The Mental Health Center of Genova Voltri has sustained a continuous collaboration for several years with the MMG regarding it as an appropriate groundwork for the population's mental health program. During 2005 nearly 30% of first time visits have been referred to the GP for treatment. After one year the centre analyses the patients condition confronting the results with those from the baseline visit thus valuing both patients and GP's level of approval in the role played by the Mental Health Centre.

Methods. The study has a descriptive longitudinal design. Data collected at T₀ were: socio-demographic data, form of first evaluation visit with diagnosis (ICD X), of anamnestic data and GAF scale; data collected at T₁ were: form of treatment with clinical evaluation of the GP, GAF scale, questionnaires for the patient and GP satisfaction.

Results. Patients referred to the GP for treatment were 79 (50 females) in 2005 (mean age: 45.6 years); 78 were also analyzed at T₁. The most frequent diagnostic groups were: neurotic, stress-related and somatoform disorders (53.8%) and mood non psychotic disorders (39.7%). Mean score at GAF scale was 67.6 at T₀ and 73.6 at T₁, with a significant increase (P<0.0001). 77% of the patients were evaluated as improved by the GP and 70.7% were evaluated as improved by the psychiatrist. More than 90% of patients judged "good" the accessibility of the service, staff attitude and visit. The 96.2% of GPs would have suggested a similar option to other patients and 95.2% of patients would have also recommended the same option to others.

Conclusions. The model of collaborative care between general practice and psychiatrists belonging to the Genova Voltri CSM, also evaluated in other studies, seems to be responding, according to the data we gathered, to the objectives for which it was set out and partially realized.

Key words. Mental health; General practice; Collaborative care



Introduzione

È opinione ampiamente diffusa che molti disturbi psichici possano e debbano essere trattati nel setting della medicina generale (MG). Il razionale di questa impostazione deriva dalle evidenze epidemiologiche che hanno dimostrato come la prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione generale sia talmente elevata che i servizi specialistici ne possono trattare solo una piccola parte (Shepherd et al., 1966). Ricerche successive hanno dimostrato che gli esiti dei trattamenti su pazienti con diagnosi di depressione erogati nel setting della MG sono simili a quelli effettuati da operatori specializzati (Bower et al., 2003). Simon (2002) ha dimostrato che il follow-up attivo e continuo dei pazienti trattati dai medici di medicina generale (MMG) è uno degli elementi chiave dei programmi di provata efficacia.

La collaborazione tra medicina generale e servizi psichiatrici è oggi unanimemente riconosciuta come una delle strategie prioritarie per i Dipartimenti di Salute Mentale, anche se, non sempre, questa consapevolezza si traduce in programmi istituzionali strutturati e continuativi. Sono passati più di 40 anni dalle straordinarie ricerche di Michael Shepherd e dell'Istituto di Psichiatria di Londra, ma la loro utilizzazione per programmare i servizi di psichiatria di comunità si è diffusa con molta lentezza. L'Italia deve a Michele Tansella il merito di aver divulgato quelle conoscenze e di averle messe in pratica nell'esperienza di Verona Sud (Tansella & Thornicroft, 1999). Il gruppo di Asioli a Reggio Emilia (Asioli et al., 1996) e quello di Berti Ceroni (Berti Ceroni et al., 1995) e Berardi (Berardi et al., 1996) a Bologna sono quelli che hanno dato maggiore sviluppo a questo filone sia nell'assetto dei servizi sia nei progetti formativi. In Liguria la prima esperienza ispirata a questi modelli è nata a Savona nel 1996. Da allora si è verificata una diffusione a macchia di leopardo che vede, allo stato attuale, alcune interessanti realizzazioni tra cui quella descritta in questo lavoro (Ciancaglini et al., 2007).

Il CSM di Genova Voltri fa parte del DSM della ASL 3 "Genovese" e si occupa di un territorio dove risiedono circa 100.000 abitanti che include zone con caratteristiche geografiche e sociali assai differenti. Sin dalla sua costituzione nel 1980 il CSM ha avuto un forte radicamento nel territorio, consolidando negli anni rapporti privilegiati con numerose agenzie sanitarie e sociali (ospedale, altri servizi sanitari territoriali, circoscrizioni). Per quanto concerne i rapporti con la

MG, sino alla fine degli anni Novanta è mancata una collaborazione istituzionale strutturata e continuativa; ci si basava sull'iniziativa personale di alcuni MMG sensibili alle problematiche psichiatriche e psicologiche. La conoscenza dei dati di letteratura e la maggior consapevolezza del ruolo centrale svolto dalla MG nella gestione dei disturbi psichici in un'ottica di sanità pubblica ci hanno spinto nel 1999 alla costituzione di un gruppo dedicato all'approfondimento di queste tematiche, composto da alcuni psichiatri del CSM e alcuni MMG che avevano accettato la nostra proposta. Accanto a iniziative di formazione tradizionale (seminari di aggiornamento), nasceva l'esigenza di sviluppare modelli di collaborazione più efficaci in linea con quanto emergeva da esperienze sia nazionali (Reggio Emilia, Bologna, Verona) sia regionali (Savona). Veniva sperimentata una collaborazione strutturata tra il CSM e alcuni MMG del Distretto attraverso una linea telefonica dedicata e un canale "preferenziale" di accesso al CSM con un consulente dedicato, sia per quesiti telefonici sia per concordare interventi di consulenza. L'esperienza, durata dal 1999 al 2001, chiariva alcuni punti di forza e criticità di questa impostazione. La possibilità di interagire tempestivamente con un consulente fisso, la possibilità di invii "personalizzati" e la produzione di referti congruenti con l'oggetto della richiesta e scritti con un linguaggio comprensibile sembravano i punti di forza capaci nel tempo di favorire, oltre che la conoscenza personale, anche la qualità della comunicazione, passando da un modello di delega a uno di condivisione. Emergevano tuttavia alcune criticità: in particolare la tendenza da parte dei MMG a utilizzare la linea dedicata come "porta di ingresso" al CSM non solo per le richieste di consulenza, ma per qualsiasi tipo di paziente, probabilmente per una maggiore fluidità rispetto alla normale accettazione e prenotazione di prima visita.

Sulla base di queste considerazioni, convinti del ruolo strategico di questa attività nel funzionamento del CSM e volendo, quindi, estendere la proposta a tutti i MMG del Distretto, si decideva di modificare la modalità di accesso al CSM; dall'ottobre 2003 abbiamo attivato una funzione specifica di accoglienza-valutazione per tutte le richieste di intervento, svolta da personale "dedicato" (uno psichiatra a tempo pieno, un altro psichiatra per parte del proprio orario), con un *assessment* definito negli strumenti e nelle procedure. Tra gli obiettivi vi era quello di migliorare la comunicazione con le altre agenzie sanitarie e dotare il CSM di



un unico interlocutore per la medicina generale che si potesse occupare delle consulenze, delle prime visite e dei progetti di collaborazione, formazione e ricerca, nonché dei rapporti con le associazioni dei MMG e con gli organi direttivi del Distretto Sanitario. L'obiettivo perseguito è stato quello di un progressivo spostamento del servizio da primo a secondo livello. Dopo 4 anni, nel primo semestre del 2007 oltre il 95% degli utenti valutati in prima visita è giunto con impegnativa compilata dal MMG e in circa il 30% dei casi i motivi dell'invio sono stati specificati o con contatto diretto o per iscritto. Per converso l'accesso diretto è diminuito fino a circa il 2%.

Se consideriamo l'esito delle visite di valutazione, facendo ancora riferimento al primo semestre del 2007, per più del 90% degli utenti valutati in prima visita è stato redatto un referto scritto per il MMG, contenente la diagnosi, l'eventuale indicazione per un trattamento farmacologico e alcune informazioni riguardanti la gestione psicologica dei problemi focalizzati. Solo il 50% dei casi è stato preso in carico dal CSM, per trattamenti ambulatoriali o integrati, mentre il 30% è stato inviato al trattamento del MMG. Il restante 20% è stato inviato ad altre agenzie sanitarie o sociosanitarie.

Questo modello organizzativo ha consentito il coinvolgimento della maggior parte dei MMG del Distretto (il 100% dei MMG ha inviato almeno un paziente in consulenza negli ultimi 2 anni) e un miglioramento consistente della qualità della comunicazione tra le due agenzie. La ricerca che presentiamo è parte integrante del progetto e ha inteso valutare, a un anno di distanza (T_1) dalla prima visita, la condizione dei pazienti inviati al MMG dallo psichiatra del CSM e quindi confrontarla con quella rilevata al momento dell'arruolamento (T_0). Sono state inoltre raccolte informazioni sul trattamento ricevuto dal paziente e sulla soddisfazione del paziente stesso.

Materiali e metodi

Tipo di studio

Lo studio è di tipo descrittivo con disegno longitudinale: la prima descrizione del paziente si ha al momento dell'arruolamento da parte dello specialista del CSM (T_0) e conseguente invio del paziente al MMG. Il follow-up è fissato a un anno di distanza, al momento della seconda valutazione del paziente da parte del medico curante (T_1), quando viene anche rilevata la soddisfazione del paziente e del MMG.

Criteri di inclusione

Sono stati reclutati tutti i pazienti che nel corso del 2005 sono stati valutati in prima visita dal CSM e avviati al MMG per un trattamento. Sia per i pazienti rimasti in contatto con il MMG sia per quelli non più in contatto, le modalità di presentazione della ricerca e la proposta per l'ottenimento del consenso sono state decise ed effettuate dallo stesso MMG.

Periodo di osservazione

I pazienti reclutati nel corso dell'anno 2005 sono stati rivalutati nel corso dell'anno 2006 a un anno di distanza dalla prima visita, con una tolleranza di un mese in più o in meno rispetto alla scadenza.

Rilevazione dei dati

I dati sono stati rilevati mediante l'uso di schede appositamente predisposte sia per il momento dell'arruolamento (T_0) sia per il tempo T_1 . I dati sono stati comunque integrati e verificati mediante l'utilizzo di altre due fonti: il Registro dei casi psichiatrici in uso presso il Servizio di Salute Mentale (fonte di informazione secondaria) ed eventuali cartelle cliniche cartacee che vengono compilate in caso di ricovero. Tutti i dati disponibili a livello del Registro sono stati utilizzati anche come fonte d'informazione secondaria sul decorso della malattia durante il periodo di follow-up (ad es., ricoveri in ospedale generale, o in SPDC, per eventuali riacutizzazioni della sintomatologia). Per facilitare il doppio controllo dei dati provenienti dalla fonte d'informazione secondaria, le codifiche della scheda di accesso sono state mantenute uguali a quelle originali del Registro. Gli strumenti somministrati al tempo T_0 (a cura del medico del CSM) sono stati:

- scheda di nuovo accesso compilata al T_0 e contenente i dati anagrafici, la descrizione dell'intervento diagnostico-terapeutico e la diagnosi secondo l'ICD 10 [4-5];
- scheda di valutazione anamnestica;
- scala per la valutazione globale del funzionamento (GAF) [6-9].

Gli strumenti somministrati al tempo T_1 (a cura del MMG) sono stati:

- Scheda Riassuntiva del trattamento erogato contenente il giudizio clinico del MMG di miglioramento/peggioramento (Scheda Riassuntiva del T_1);
- scala per la valutazione globale del funzionamento (GAF);



- questionario di valutazione della soddisfazione del paziente per il trattamento ricevuto;
- questionario di valutazione della soddisfazione del MMG per il trattamento erogato.

Punteggi di soddisfazione del paziente e del MMG

Al questionario di soddisfazione del paziente è stato attribuito un punteggio nel seguente modo: agli item 1-6 è stato attribuito un valore da 3 a 0, con valore 3 alla voce “Molto buono/a” e 0 alla voce “Scarso/a”. Agli item 7-9 sono stati attribuiti i valori 2 alla voce “Sì” e 0 alla voce “No”. In tal modo la somma del punteggio del questionario di soddisfazione del paziente va da un minimo di 0 (insoddisfazione) a un massimo di 24 (soddisfazione massima).

Anche al questionario di soddisfazione del MMG è stato poi attribuito un punteggio. Il punteggio totale di soddisfazione del MMG è stato poi attribuito nel seguente modo: agli item 1, 5 e 7 è stato arbitrariamente attribuito un valore da 3 a 0, con valore 3 alla voce “Molto buono/a” e 0 alla voce “Scarso/a”. Agli item 4, 6 e 8 sono stati attribuiti i valori 2 alla voce “Sì” e 0 alla voce “No”. In tal modo la somma del punteggio del questionario di soddisfazione del MMG va da un minimo di 0 (insoddisfazione) a un massimo di 15 (soddisfazione massima).

Metodi statistici

In primo luogo sono state calcolate le statistiche descrittive dei pazienti inclusi (pazienti reclutati durante l'anno 2005 e inviati al MMG), relativamente alle caratteristiche sociodemografiche e cliniche; è stata poi effettuata la valutazione dell'outcome a un anno di distanza, sia in termini di giudizio sulla performance psicosociale del paziente, valutata mediante la scala GAF, sia in termini di giudizio clinico del paziente così come valutato dal MMG e dallo specialista. Le statistiche descrittive per le variabili quantitative sono state espresse in termini di media e deviazione standard (ad es., età del paziente, durata della patologia) e in termini di mediana e valori minimo e massimo. I dati qualitativi (ad es., categoria diagnostica, miglioramento del paziente) sono stati riportati in termini di frequenze assolute e percentuali. I confronti delle variabili quantitative (per lo più punteggi di valutazione di questionari) tra le varie categorie di pazienti sono stati effettuati mediante analisi della varianza non parametrica (test di Kruskal-Wallis); è stato scelto come test a

posteriori il test di Dunn. Le variabili qualitative sono state confrontate mediante il test χ^2 o mediante il test esatto di Fisher in caso di frequenze attese inferiori a 5. L'analisi della correlazione tra le variabili in studio (trattandosi anche qui di punteggi di valutazione di questionari) è stata effettuata mediante il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (R_s). Il coefficiente di correlazione è stato considerato alto se $>0,7$, moderato se compreso tra 0,4 e 0,7 e basso se $<0,4$. L'analisi della concordanza di giudizio tra MMG e specialista riguardo al giudizio clinico di miglioramento (migliorato vs stazionario/peggiorato) è stata effettuata mediante il coefficiente k di Cohen [10]; è stato anche calcolato il relativo intervallo di confidenza al 95% (IC 95%). Il coefficiente k viene definito scarso se $<0,01$, lieve se compreso tra 0,01 e 0,20, sufficiente se tra 0,21 e 0,40, moderato se tra 0,41 e 0,60, sostanziale se tra 0,61 e 0,80 e infine quasi perfetto se $\geq 0,81$, secondo la definizione classica di Landis e Koch (1977). Per tutti i test statistici è stata considerata significativa una $p < 0,05$ e sono stati effettuati test a 2 code. Per tutte le analisi statistiche è stato utilizzato il software Statistica (StatSoft Corporation, Tulsa, OK).

Risultati

Analisi dei dati al tempo iniziale

Sono stati analizzati tutti i pazienti (79) “visti” presso il Servizio di Salute Mentale tra il gennaio e il dicembre 2005 di età <65 anni. Le caratteristiche demografiche dei pazienti sono riassunte in Tabella 1. La maggior parte dei pazienti è femmina (63,3%), l'età va da 20,5 a 64,9 anni, con età media alla prima visita di 45,6 anni (DS 11,9) e mediana di 46,2. Il Comune di residenza è nell'84,4% dei casi la città di Genova e nel 15,6% dei casi un altro Comune della provincia di Genova. Si può osservare che la maggior parte dei pazienti è coniugata (54,0%), una gran parte è celibe/nubile (27,6%), vi è una certa quota di separati (15,8%), ma nessuno è divorziato. La maggior parte dei pazienti ha una famiglia propria (68,4%), nessuno vive in comunità e 1 paziente vive con altre persone (ospite dei figli). La maggior parte dei pazienti ha un'occupazione (62,7%), vi è una certa quota di casalinghi/e (11,9%) e pensionati (12%), nessuno ha una borsa di lavoro. Con grande frequenza i pazienti erano inviati dal proprio MMG (46,7%) e molto spesso decidevano di recarsi al servizio loro stessi (33,3%); una piccola quota di pazienti (6,7%) veniva inviata da un Pronto Soccorso.



■ **TABELLA 1. Caratteristiche sociodemografiche dei pazienti**

	N	%
Sesso		
Maschio	29	36,7
Femmina	50	63,3
Classe di età		
20,5-29,9	6	7,8
30-39,9	23	29,9
40-49,9	19	24,6
50-59,9	18	23,4
60-64,9	11	14,3
Residenza		
Genova	65	84,4
Provincia di Genova	12	15,6
Titolo di studio		
Elementare	5	11,1
Media inferiore	19	42,2
Corsi professionali	4	8,9
Media superiore	14	31,1
Laurea	3	6,7
Stato civile		
Celibe/nubile	21	27,6
Coniugato/a	41	54,0
Vedovo/a	2	2,6
Separato/a	12	15,8
Convivenza		
Da solo/a	10	13,2
Famiglia di origine	13	17,1
Famiglia propria	52	68,4
Altro	1	1,3
Condizione di lavoro		
Occupato/a	42	62,7
Occupazione saltuaria	5	7,4
Non occupato/a	3	4,5
Studente	1	1,5
Casalingo/a	8	11,9
Pens. inval. al lavoro	1	1,5
Pens. inval. civile	1	1,5
Altre pensioni	6	9,0

Le caratteristiche cliniche dei pazienti sono riportate in Tabella 2. Le diagnosi più rappresentate sono le sindromi nevrotiche, da stress e somatoformi (53,8%), seguite dalle sindromi affettive (39,7%). Fra i pazienti inclusi nello studio, nessuno aveva diagnosi compresa

■ **TABELLA 2. Caratteristiche cliniche dei pazienti**

	N	%
Raggruppamento diagnostico		
Sindromi da sostanze psicoattive	1	1,3
Schizofrenia	1	1,3
Sindromi affettive	31	39,7
Sindromi nevrotiche	42	53,8
Disturbi personalità e comportamentali	2	2,6
Ritardo mentale	1	1,3
Sindromi affettive (N=31)		
Epis. depress. in disord. affett. bipolare (Cod. 31)	1	3,2
Epis. depress. reattivo in disord. bipolare (Cod. 31.1)	1	3,2
Episodio depressivo (Cod. 32)	12	38,8
Depressione ricorrente e post-partum (Cod. 33)	7	22,6
Disordine affettivo persistente in ciclotimia (Cod. 34)	1	3,2
Distimia (Cod. 34.1)	9	29,0
Sindromi nevrotiche (N=42)		
Disturbo da attacchi di panico (Cod. 41)	11	26,2
Sindrome ansiosa generalizzata (Cod. 41.1)	10	23,8
Sindrome ansioso-depressiva (Cod. 41.2)	15	35,8
Sindrome ossessivo-compulsiva (Cod. 42)	2	4,7
Dist. dell'adattam. con umore depresso (Cod. 43)	2	4,7
Cefalea muscolotensiva (Cod. 45)	1	2,4
Ansia generalizzata con ipocondria (Cod. 45.2)	1	2,4

nel raggruppamento diagnostico delle sindromi e disturbi di natura organica, delle sindromi affettive psicotiche e dei disturbi del comportamento alimentare. Sempre in Tabella 2 sono forniti i dettagli riguardanti la distribuzione dei pazienti per diagnosi all'interno dei due raggruppamenti diagnostici principali. Il punteggio medio alla scala del funzionamento psicosociale (GAF) era di 67,6 (DS 7,8); la mediana era 65, con minimo di 50 e massimo di 100. Il valore del punteggio GAF al tempo basale non era significativamente diverso nelle classi di età; i pazienti con sindrome affettiva avevano

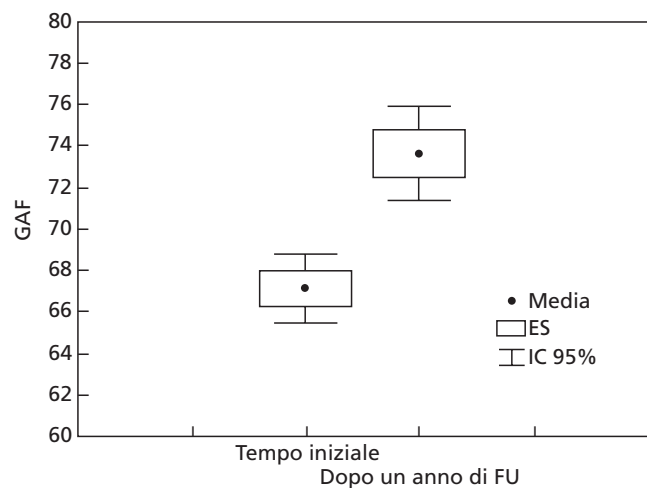


punteggi iniziali alla GAF lievemente ma significativamente inferiori rispetto ai pazienti con sindrome nevrotica.

Analisi dei dati a un anno di follow-up

A un anno di distanza erano disponibili informazioni su 78 pazienti (98,7%). I dati della scala GAF erano disponibili per 64 pazienti (81%). Il punteggio medio era di 73,6 (DS 9,3) e la mediana era di 70 (con punteggio minimo di 60 e massimo di 100). In Figura 1 si può osservare che, a un anno di distanza, il valore medio del punteggio alla scala GAF risulta significativamente migliorato ($p < 0,0001$). I cambiamenti assoluto e percentuale del punteggio alla scala GAF non sono diversi né nelle classi di età, né nei due raggruppamenti diagnostici più rappresentati (sindromi affettive e sindromi nevrotiche). In Tabella 3 sono riportati i dati di sintesi della scheda riassuntiva a un anno di follow-up.

■ FIGURA 1. Punteggio alla scala GAF al tempo basale e dopo un anno di follow-up.



■ TABELLA 3. Dati di sintesi della scheda riassuntiva a un anno (T₁)

	Media (DS)	Mediana	Min/Max
Vfg al tempo finale (N=64)	73,6 (9,3)	70	60/100
Cambiamento assoluto della GAF (N=64)	+6,5 (6,9)	+5,0	-5,0/+30
Cambiamento (%) della GAF (N=64)	+9,9% (11,0)	+7,7%	-7,7%/+50%
Il paziente è stato visto nell'ultimo mese?			
Sì	36 (46,2%)		
No	42 (53,8%)		
Numero di visite nell'ultimo mese (N=36)	1,4 (0,8)	1,0	1/5
Il paziente è stato visto nell'ultimo semestre?			
Sì	65 (83,3%)		
No	13 (16,7%)		
Numero di visite nell'ultimo semestre (N=65)	3,6 (2,7)	3,0	1/12
Il paziente è stato visto nell'ultimo anno?			
Sì	76 (97,4%)		
No	2 (2,6%)		
Numero di visite nell'ultimo anno (N=76)	6,8 (6,2)	5,0	1/30
Il paziente è stato ricoverato nell'ultimo anno?			
Sì	0 (0%)		
No	78 (100%)		
Giudizio clinico del MMG			
Migliorato	58 (77,3%)		
Stazionario	17 (22,7%)		
Giudizio clinico dello specialista			
Migliorato	46 (70,7%)		
Stazionario	18 (27,7%)		
Peggiorato	1 (1,6%)		

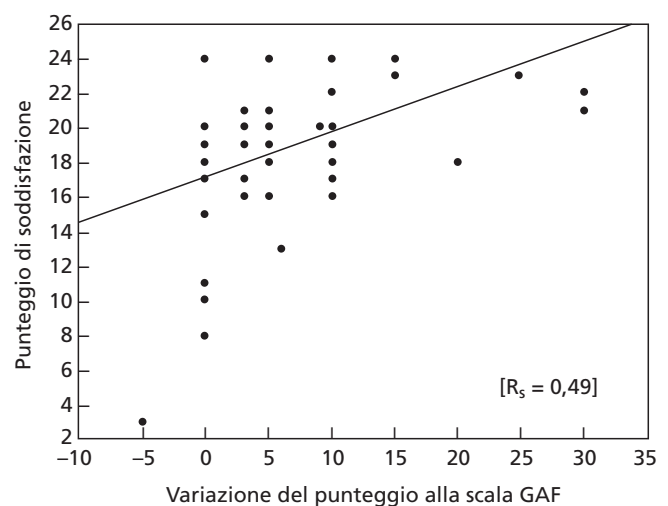
**TABELLA 4. Questionario di valutazione della soddisfazione dei pazienti (N=63)**

	N	%
Accessibilità al servizio (item 1)		
Molto buona	16	25,4
Buona	44	69,8
Sufficiente	1	1,6
Scarsa	2	3,2
Giudizio su attesa della visita (item 2)		
Molto buono	13	20,6
Buono	30	47,7
Sufficiente	13	20,6
Scarso	7	11,1
Atteggiamento del personale (item 3)		
Molto buono	28	44,4
Buono	32	50,8
Sufficiente	3	4,8
Scarso	0	0
Atteggiamento complessivo del medico (item 4)		
Molto buono	47	74,6
Buono	14	22,2
Sufficiente	1	1,6
Scarso	1	1,6
Risposte ricevute in relazione ai bisogni (item 5)		
Molto buone	24	38,1
Buone	32	50,8
Sufficienti	6	9,5
Scarse	1	1,6
Valutazione complessiva della visita (item 6)		
Molto buona	32	50,8
Buona	26	41,3
Sufficiente	4	6,3
Scarsa	1	1,6
Consigli soddisfacenti? (item 7)		
Sì	58	92,1
No	5	7,9
Ritiene che la visita sia stata di aiuto per il suo MMG nella gestione dei suoi problemi? (item 8)		
Sì	48	76,2
No	15	23,8
Consiglierebbe una visita ad amici/conoscenti? (item 9)		
Sì	60	95,2
No	3	4,8

Secondo il MMG 58 pazienti sono migliorati (77,3%), 17 sono stazionari (22,7%) e nessuno è peggiorato. Nessuno dei pazienti è stato ricoverato per riacutizzazione della sintomatologia. Secondo lo specialista 46 pazienti sono migliorati (70,7%), 18 sono stazionari (27,7%) e 1 è peggiorato (1,6%). La concordanza di giudizio clinico tra MMG e specialista è stata valutata mediante il coefficiente k di Cohen (1977); il valore è risultato pari a 0,54 (IC 95% 0,31-0,78), che secondo la classificazione di Landis e Koch (1977) risulta moderato.

In Tabella 4 sono riportati i dati di sintesi del questionario di soddisfazione del paziente. Come si può osservare l'atteggiamento complessivo del medico è stato giudicato molto buono dal 74,6% dei pazienti, i consigli ricevuti sono stati giudicati soddisfacenti dal 92,1% e il 95,2% consiglierebbe una visita simile a un familiare o a un amico. Il punteggio di soddisfazione del paziente non varia significativamente nelle classi di età ($p = 0,64$). Non ci sono differenze significative per quanto riguarda la soddisfazione dei pazienti nei raggruppamenti diagnostici ($p = 0,51$).

Nella Figura 2 si può osservare che la correlazione tra punteggio di soddisfazione del paziente e cambiamento assoluto del punteggio alla scala GAF è moderata (coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman = 0,49). L'unico paziente che risulta peggiorato alla scala

FIGURA 2. Correlazione tra variazione assoluta del punteggio alla scala GAF e punteggio di soddisfazione del paziente ($R_s = 0,49$). Si osserva una correlazione di grado moderato tra la soddisfazione del paziente e miglioramento alla scala GAF.



GAF (-5) ha il punteggio di soddisfazione più basso (3). Anche la correlazione tra punteggio di soddisfazione del paziente e variazione percentuale del punteggio GAF è moderata ($R_s = 0,48$).

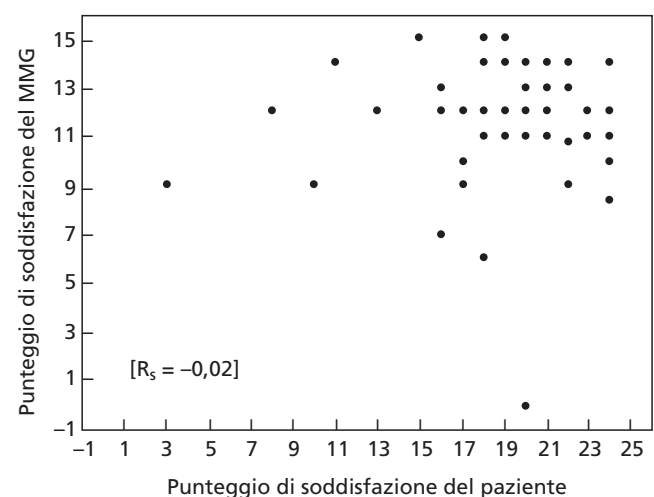
■ **TABELLA 5. Questionario di valutazione della soddisfazione del MMG (N=78)**

	N	%
Modalità di accesso (item 1)		
Molto buona	18	23,1
Buona	52	66,7
Sufficiente	5	6,4
Scarsa	3	3,8
Comunicazione con lo specialista (item 2)		
Molto buona	12/51	23,5
Buona	27/51	52,9
Sufficiente	5/51	9,8
Scarsa	7/51	13,7
Nessuna comunicazione diretta	27/78	34,6
Atteggiamento generale (item 3)		
Molto buono	18/39	46,1
Buono	15/39	38,5
Sufficiente	3/39	7,7
Scarso	3/39	7,7
Nessuna comunicazione diretta	39/78	50,0
Parere scritto dello specialista (item 4)		
Sì	51	67,1
No	25	32,9
Informazioni utili (item 5)		
Molto buone	17	26,2
Buone	43	66,2
Sufficienti	4	6,1
Scarse	1	1,5
Ha seguito i suggerimenti? (item 6)		
Sì	63	94,0
No	4	6,0
Ricadute positive? (item 7)		
Molto buone	14	18,9
Buone	44	59,5
Sufficienti	10	13,5
Scarse	6	8,1
Consiglierebbe una visita a un altro suo paziente? (item 8)		
Sì	75	96,2
No	3	3,8

In Tabella 5 sono riportati i dati di sintesi del questionario di soddisfazione del MMG. I dati sono disponibili per 78 MMG; non tutti gli item del questionario sono stati però compilati. La soddisfazione del MMG è oggettivamente buona: infatti il 96,2% dei MMG consiglierebbe una visita e un percorso analogo a un altro suo paziente (item 8). Il punteggio di soddisfazione del MMG non varia significativamente a seconda della classe di età del proprio paziente ($p = 0,17$), né ci sono differenze significative suddividendo i pazienti nei raggruppamenti diagnostici ($p = 0,72$).

Se si analizza la correlazione tra il punteggio di soddisfazione del MMG e quello del paziente si osserva che questa è inesistente ($R_s = -0,02$) (Fig. 3). Si può osservare infatti che a punteggi mediamente elevati di soddisfazione del paziente corrispondono punteggi di soddisfazione del MMG sia bassi sia elevati. Nella figura si può osservare, a titolo di esempio, che un paziente con grado di soddisfazione medio-alto (20) aveva un MMG assolutamente insoddisfatto (0). Nessuna correlazione si è osservata tra il punteggio di soddisfazione del MMG e la variazione assoluta ($R_s = -0,03$) o percentuale alla scala GAF ($R_s = -0,01$). Il giudizio di soddisfazione del MMG non dipende quindi dal grado di miglioramento del paziente alla scala GAF.

■ **FIGURA 3. Correlazione tra punteggio di soddisfazione del paziente e del MMG. Il coefficiente ($R_s = -0,02$) dimostra che non esiste correlazione tra la soddisfazione del paziente e quella del MMG.**





Discussione e conclusioni

Questo studio dimostra il miglioramento statisticamente significativo del funzionamento globale di una coorte di pazienti a un anno dalla visita di valutazione presso il CSM e inviati per il trattamento al MMG (il punteggio medio alla GAF varia da 67,6 al T₀ a 73,6 al T₁). Il dato testimonia l'efficacia dei trattamenti svolti nel setting della MG. Risulta inoltre che la soddisfazione sia dei pazienti sia dei MMG per il lavoro di consulenza è complessivamente buona, anche se l'accessibilità al contatto con lo specialista richiede perfezionamenti; l'assenza di correlazione tra la soddisfazione del MMG e quella del paziente indica l'indipendenza tra soddisfazione del paziente, soddisfazione del MMG ed esito dell'intervento. L'impressione è che il giudizio dato dai pazienti, sebbene a distanza di un anno, sia riferito all'impatto complessivo col CSM e con il medico da cui sono stati visitati, e tenga meno conto del gradiente di miglioramento dei sintomi.

Le diagnosi appartengono per la grande maggioranza a sindromi affettive e sindromi nevrotiche, in linea con quanto atteso, trattandosi di patologie per le quali è ritenuto appropriato il trattamento da parte del MMG. Non esiste correlazione tra i diversi raggruppamenti diagnostici e i punteggi medi della GAF. Questo indica come la decisione di inviare il paziente al MMG venga presa soprattutto in base alla gravità del quadro psicopatologico. I dati sul numero e la frequenza delle visite del MMG indicano che il contatto è stato continuativo.

Per quanto riguarda la soddisfazione dei pazienti, pur all'interno di giudizi complessivamente lusinghieri, si può notare una certa differenza tra gli item inerenti il servizio nel suo complesso e quello che focalizza la relazione con il singolo operatore, nel quale il gradimento è molto elevato. La criticità più evidente riguarda l'attesa della visita.

Nei CSM "generalisti", come il nostro, anche se i percorsi di cura sono differenziati, esiste spesso un'unica sala d'attesa dove confluiscono sia le persone al loro primo accesso, per una visita o per una consulenza, sia pazienti gravi lungo-assistiti e questo può creare situazioni di disagio. Il punteggio della soddisfazione dei pazienti non è correlato con le classi di età e la diagnosi e ha una correlazione piuttosto debole con le variazioni del punteggio della GAF, il che sta a significare che la soddisfazione del paziente prescinde, almeno parzialmente, dall'esito dell'intervento. Anche la soddisfazione dei MMG non evidenzia correlazione

con le classi di età, la diagnosi e l'esito. I dati discussi vanno collocati nel più ampio contesto del programma di collaborazione tra servizi psichiatrici e MG del nostro Distretto, il cui scopo è quello di realizzare un sistema integrato di cure per le patologie psichiatriche in un'ottica di sanità pubblica. La scelta di aver fatto convergere in un'unica funzione la valutazione dei nuovi accessi al CSM e la collaborazione con la MG è lo snodo fondamentale di questo sistema. Da un lato consente ai MMG di rapportarsi con un unico interlocutore per ogni tipo di problematica, con la possibilità di decidere per ogni caso la soluzione ritenuta migliore (consulenza telefonica, invio per consulenza, invio per una più approfondita valutazione ed eventuali indicazioni per il trattamento).

Dall'altro enfatizza l'importanza della valutazione iniziale di chi accede al CSM e la possibilità di attivare immediate collaborazioni con le altre agenzie socio-sanitarie e con i soggetti segnalanti. L'efficacia dei trattamenti erogati dai MMG è da mettere in relazione non solo alle indicazioni date dal consulente, ma anche alle altre attività svolte nell'ambito del programma di collaborazione (riunioni scientifiche per analizzare i dati di funzionamento del sistema, formazione, ricerca, ecc.).

I risultati di questa ricerca, insieme a quelli di altre svolte in precedenza, confermano che il nostro modello organizzativo consente la realizzazione degli obiettivi assegnatici dal DSM e offrono suggerimenti per il miglioramento sia del sistema di cure integrato con la MG sia del funzionamento complessivo del CSM.

■ BIBLIOGRAFIA

Asioli F., Chiari C. & Grassi E. (1996). Il servizio di pronta consulenza per pazienti inviati al servizio di salute mentale dal medico di base. In: *Il Medico di Base e lo Psichiatra* (ed. F. Asioli). Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Berardi D., Ferrari F., Scaramelli A.R., Scardovi A. & Vittorangelo M. (1996). Psichiatria e medicina di base: studi epidemiologici e progetti collaborativi in Italia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 4, 170-174.

Berti Ceroni G., Berti Ceroni F., Bivi R., Corsino M.A., De Marco P. & Gallo E. (1995). DSM-III mental disorders in general medical sector: a follow-up and incidence study over a two-years period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, 234-241.

Bower P., Rowland N. & Hardy R. (2003). The clinical effectiveness of counselling in primary care. A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 33, 203-215.

Ciancaglini P., Angelini G., Benedetti M., Perelli E. & Vaggi M. (2007). Esperienze di collaborazione tra servizi psichiatrici e medi-



cina generale in Liguria. Atti del XLVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria (in corso di pubblicazione).

Cohen J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York: Academic Press.

Landis J.R. & Koch G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33, 159-174.

Shepherd M., Cooper B., Brown A.C. & Kalton G. (1966). *Psychiatric illness in general practice*. London: Oxford University Press.

Simon G.E. (2002). Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry* 24, 213-224.

Tansella M. & Thornicroft G. (1999). *Common Mental Disorders in Primary Care*. London: Routledge. Traduzione italiana: *Disturbi Mentali Comuni nella Medicina Generale* (2001). Roma: CIC Edizioni Internazionali.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Panfilo Ciancaglini
Centro di Salute Mentale
Via Lemerle, 17
16158 Genova
E-mail: panfilo.ciancaglini@asl3.liguria.it



Carlo Pagani, Matteo Porcellana, Matteo Contini, Maria Curia, Luca Mazzucchelli, Clara Ruffetta, Carla Samoré, Laura Simoncini, Valentina Stirone, Leo Nahon

Dipartimento di Salute Mentale, Psichiatria 3, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

CENTRO DI CONSULTAZIONE ETNOPSICHIATRICA DI MILANO: STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO

Centro di Consultazione Etnopsichiatrica of Milan: a descriptive study

RIASSUNTO

Scopo. Descrivere l'utenza afferita al Cento di Consultazione Etnopsichiatrica di Milano dal gennaio 2000 al giugno 2008 ed evidenziare eventuali associazioni statisticamente significative tra le variabili sociodemografiche e cliniche di tale popolazione.

Metodi. Il campione è costituito da 301 soggetti, 46,2% maschi e 53,8% femmine, provenienti da Africa (38,9%), Centro-Sud America (27,9%), Europa (21,6%) e Asia (11,6%); il 50,8% dei soggetti ha una condizione abitativa stabile, il 25,2% è ospite di comunità e il 24% risulta senza fissa dimora. Tutti i soggetti inclusi nello studio sono stati sottoposti a una valutazione clinica e diagnostica secondo i criteri della ICD-10.

Risultati. Le diagnosi maggiormente rappresentate sono state schizofrenia (25,6%), sindromi nevrotiche, stress, disturbi somatoformi (21,9%) e sindromi affettive (21,9%). Dai dati in nostro possesso, la maggioranza dei pazienti è di sesso femminile, a eccezione degli utenti del continente africano, in prevalenza maschi ($p < 0,001$). La diagnosi di schizofrenia è risultata maggiormente rappresentata tra i pazienti africani rispetto agli altri utenti ($p = 0,046$) e risulta associata alla condizione abitativa di senza fissa dimora ($p < 0,001$).

Conclusioni. I dati del nostro studio confermano l'evidenza descritta in letteratura di una maggiore prevalenza di disturbi psicotici tra gli immigrati africani e senza fissa dimora e suggeriscono l'importanza di modelli di intervento specifici che considerino gli aspetti culturali oltre che psicopatologici.

Parole chiave. Immigrati; Etnopsichiatrica; Epidemiologia

SUMMARY

Objectives. To describe the users of the Centro di Consultazione Etnopsichiatrica part of Niguarda Ca' Granda Hospital – Milan – from January 2000 up to June 2008 and compare socio-demographic data and clinical variables regarding these subjects.

Methods. The sample is composed by 301 subjects, 46.2% males and 53.8% females, originally coming from: Africa (38.9%), Latin America (27.9%), Europe (21.6%) and Asia (11.6%). 50.8% of these subjects live in houses, 25.2% live in communities and 24% are homeless. The subjects included in the study have been assessed and diagnosed according to the ICD-10 criteria.

Results. The main psychiatric diagnosis are: schizophrenia (25.6%), neurotic and somatoform diseases (21.9%) and mood disorders (21.9%). The main part of the sample is composed by females, except for the African clients, which are mainly males ($p < 0.001$). Schizophrenia is more represented in the African group of users than in other groups ($p = 0.046$) and it is also significantly associated with the homeless population ($p < 0.001$).

Conclusions. According to the evidences in literature, our findings confirm the prevalence of psychotic diseases within the African and the homeless immigrant population. They also suggest the importance of specific programs of intervention considering both the psychopathological and cultural aspects.

Key words. Immigrants; Transcultural psychiatry; Epidemiology

Introduzione

Secondo dati ISTAT relativi al 2007, i cittadini stranieri residenti in Italia sono 3,5 milioni (5,8% del totale dei residenti), provenienti principalmente dai seguenti Paesi: Romania (640.000), Albania (oltre 400.000), Marocco (370.000), Cina (160.000) e Ucraina (135.000). Risiedono prevalentemente nelle regioni del Nord-Ovest (36,3%), in minor misura nelle regioni del Nord-Est (27,3%) e del Centro (24,8%), mentre solo l'11,65% si trova nel Sud del Paese. Nel 2007 si è assistito a un consistente incremento del flusso migratorio, soprattutto nelle regioni settentrionali, e attualmente uno straniero su quattro risulta residente in Lombardia (ISTAT, 2008). Allo stesso tempo, nell'ambito della



salute mentale si è evidenziato un sensibile aumento dell'utenza straniera con la necessità di attivare modelli di intervento specifici in grado di rispondere alla complessità delle richieste avanzate.

Sulla base di tali premesse è nato nel gennaio 2000 il Centro di Consultazione Etnopsichiatrica di Milano, ambulatorio di salute mentale per gli stranieri. In questo contesto, va precisato che il Centro si delinea all'interno di quelle iniziative volte a occuparsi dei migranti e che l'aggettivo *etnopsichiatrico* è utilizzato più per definire l'oggetto che il metodo di cura. In letteratura, il termine *etnopsichiatria* è stato utilizzato da Devereux (1978) a definire il sapere clinico con cui ogni cultura produce e gestisce la malattia mentale. Secondo l'autore gli individui sono soggetti attivi che elaborano la sofferenza e le pratiche di cura, in accordo con la propria specificità culturale. L'etnopsichiatria in sé è pertanto da intendersi come un termine pluralista, a indicare la possibilità che più psichiatrie culturali possano coesistere nell'ambito universale della salute mentale. Scopo del presente studio è offrire una descrizione dell'utenza afferita al Centro dal gennaio 2000 al giugno 2008 ed evidenziare eventuali associazioni statisticamente significative tra le variabili sociodemografiche e cliniche di tale popolazione.

Metodi

Il Centro di Consultazione Etnopsichiatrica è un servizio afferente all'AO Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano e si occupa dell'assistenza sanitaria per disturbi psichiatrici e psicologici degli stranieri senza alcun riferimento territoriale. Il Centro nella sua équipe di lavoro è costituito dallo Psichiatra Responsabile del Servizio (Dr. Carlo Pagani) e da 6 operatori consulenti: uno psichiatra, due psicologhe, un supervisore psicoterapeuta e due educatori; il Centro si avvale inoltre della collaborazione di due psicologhe tirocinanti e di tre psicoterapeuti in formazione. L'accesso al Centro avviene secondo differenti modalità: invio dalle strutture sanitarie (Pronto Soccorso, SPDC), neuropsichiatria infantile, Azienda Sanitaria Locale (ASL, medico di medicina generale, consultorio), dai servizi territoriali (ufficio stranieri, Comune, pronto intervento minori, istituti non psichiatrici) o per richiesta diretta o suggerimento di familiari e conoscenti.

Il primo contatto con il Centro avviene attraverso uno sportello di accoglienza, sia diretta sia telefonica, durante il quale viene somministrata una breve intervista strutturata volta a raccogliere dati anamnestici di base,

integrati da informazioni circa gli anni di permanenza in Italia e la capacità di espressione e comprensione della lingua italiana. Dopo una preliminare discussione del caso in équipe, si procede con colloqui di assessment che permettono l'inquadramento clinico e diagnostico secondo le categorie nosografiche della International Classification of Diseases-10 (ICD-10) (WHO, 1994) al fine di formulare il progetto terapeutico più adatto per il paziente. Dal gennaio 2008 è prevista, inoltre, la compilazione di uno strumento di outcome (HoNOS, Wing et al., 1998; Lora et al., 2001), che permette il monitoraggio del decorso clinico e sociale a cadenza semestrale. Per gli utenti con particolari difficoltà linguistiche è prevista la possibilità di collaborare con mediatori linguistico-culturali. L'inserimento di questi operatori nel setting terapeutico permette di gestire al meglio la presa in carico di pazienti stranieri: tale presenza, indispensabile per le difficoltà linguistiche di alcuni utenti, risulta allo stesso tempo essenziale per la comprensione degli aspetti culturali che possono influenzare le diverse manifestazioni psicopatologiche. Gli aspetti di presa in carico a livello sociale sono gestiti dai due educatori, promotori al contempo del Progetto Diogene, progetto di psichiatria di strada promosso dalla Caritas, coinvolgente diverse strutture pubbliche e private presenti sul territorio, agenti come rete di sostegno per i pazienti. Il decorso terapeutico dei pazienti viene discusso settimanalmente nelle riunioni d'équipe e mediante supervisioni di gruppo.

Analisi statistica

La descrizione della casistica è stata effettuata mediante gli appropriati metodi della statistica descrittiva. Si è pertanto provveduto al calcolo di media aritmetica, deviazione standard, valore minimo e massimo per le variabili quantitative. Per le variabili qualitative si è provveduto al calcolo della frequenza assoluta e relativa. L'associazione fra le variabili considerate è stata analizzata in accordo alla natura descrittiva trasversale dello studio. Si è pertanto indagata l'eventuale associazione delle variabili tra loro secondo i seguenti approcci: ANOVA, per saggiare l'ipotesi di differenza tra le medie di una variabile (quantitativa) con le classi delle altre variabili intrinsecamente qualitative o rese tali previo raggruppamento in classi, analisi delle tabelle di contingenza scaturite dalla combinazione di variabili qualitative mediante il test χ^2 o il Fisher's exact test quando appropriato. L'analisi statistica è stata effettuata mediante SPSS 13.0 per PC.



Risultati

Variabili sociodemografiche

Dal gennaio 2000 al giugno 2008 il Centro ha risposto alle richieste di cura di 301 utenti: 139 (46,2%) maschi e 162 (53,8%) femmine; 212 (70,5%) sono single o separati, 89 (29,5%) sono coniugati; 37 (12,3%) hanno un diploma di scuola elementare, 146 (48,5%) hanno un diploma di medie inferiori, 92 (30,6%) medie superiori, 26 (8,6%) sono laureati. Per quanto riguarda il Paese d'origine, 117 provengono dall'Africa (38,9%), 84 (27,9%) dal Centro-Sud America, 65 (21,6%) dall'Europa e 35 (11,6%) dall'Asia. Al primo contatto 116 (38,5%) sono disoccupati, 82 (27,2%) hanno un'occupazione stabile, 72 (23,9%) saltuaria e 31 (10,3%) sono studenti. Rispetto alla condizione abitativa, 76 (25,2%) sono ospiti di comunità, 72 (23,9%) vivono con la famiglia acquisita, 47 (15,6%) con la famiglia d'origine, 34 (11,3%) da soli o con conoscenti e 72 (23,9%) sono senza fissa dimora. L'età media è di 31,76 anni (DS 10,194; range 15-64); l'età media di esordio psicopatologico è di 28,81 anni (DS 9,95; range 15-64).

Variabili cliniche

In base all'invio 65 (21,6%) pazienti provengono dal SPDC, 33 (11%) giungono inviati da conoscenti, 28 (9,3%) dal Pronto Soccorso, 27 (9%) dall'ufficio stranieri, 25 (8,3%) da istituti non psichiatrici, 24 (8%) per richiesta diretta, 23 (7,6%) dal pronto intervento minori, 17 (5,6%) dal Comune, 11 (3,7%) da un'altra ASL, 16 (5,4%) dal medico di medicina generale, 7 (2,3%) da familiari, 7 (2,3%) dal consultorio, 11 (3,7%) da agenzie di privato sociale, 4 (1,3%) dalla neuropsichiatria infantile, 2 (0,7%) dai servizi per le tossicodipendenze, 1 (0,3%) dal medico legale.

Rispetto alla storia clinica, 201 (66,8%) non hanno avuto ricoveri precedenti in ambito psichiatrico, mentre 100 (33,2%) presentano ricoveri precedenti in anamnesi.

Le diagnosi secondo le categorie nosografiche della ICD-10 sono state: 77 (25,6%) schizofrenia, 66 (21,9%) sindromi nevrotiche-stress-somatoformi, 66 (21,9%) sindromi affettive, 34 (11,3%) nessuna, 33 (11%) disturbi di personalità e del comportamento, 10 (3,3%) uso di sostanze psicoattive, 6 (2%) sindrome da alterazioni fisiologiche e somatiche, 4 (1,3%) ritardo mentale, 3 (1%) disturbo psichiatrico su base organica, 1 (0,3%) sindrome da alterato sviluppo psicologico, 1 (0,3%) sindrome a esordio nell'infanzia.

Per quanto riguarda la terapia psichiatrica al primo contatto, 211 (70,1%) pazienti assumevano una farmacoterapia, mentre 90 (29,9%) non assumevano alcun farmaco; 72 (23,9%) pazienti assumevano un antipsicotico associato a una benzodiazepina, 54 (17,9%) un antidepressivo associato a una benzodiazepina, 33 (11%) un antidepressivo, 29 (9,6%) uno o più antipsicotici in associazione, 15 (5%) solamente ansiolitici, 8 (2,6%) stabilizzanti dell'umore.

Al termine della fase di valutazione clinica e diagnostica, le indicazioni terapeutiche sono state le seguenti: 133 (44,2%) soggetti hanno seguito una terapia psichiatrica, 75 (24,9%) hanno ricevuto una farmacoterapia in associazione a colloqui psicoterapici di sostegno, 66 (21,9%) hanno effettuato esclusivamente colloqui psicologici, mentre 27 (9%) pazienti non hanno ricevuto alcuna indicazione o per la brevità del contatto instaurato con il Centro o perché la motivazione dell'accesso era rivolta all'ottenimento di certificazioni di valore medico-legale.

Associazioni tra variabili sociodemografiche e cliniche

Il genere è associato al continente di provenienza (χ^2 47,873; $p < 0,001$): i pazienti africani sono per il 70,1% maschi e per il 29,9% femmine; gli utenti europei sono per il 73,8% femmine e per il 26,2% maschi; infine i pazienti provenienti dal Centro-Sud America sono per il 71,4% femmine e per il 28,6% maschi (Tab. 1). La diagnosi ICD-10 è associata al continente di provenienza (Fisher's exact test; $p = 0,046$): la diagnosi di schizofrenia risulta più diffusa tra i soggetti africani (33,3%), mentre tra i pazienti provenienti dall'America Latina il 34,5% ha una diagnosi di sindrome nevrotica, stress e disturbi somatoformi (Tab. 2). La diagnosi ICD-10 è associata alla condizione abitativa (Fisher's exact test; $p < 0,001$): il 36,1% dei pazienti senza fissa dimora ha una diagnosi di schizofrenia, mentre il 26,1% dei pazienti con un domicilio ha una diagnosi di nevrosi (Tab. 3).

Discussione

Il primo dato da commentare riguarda la diversa distribuzione della variabile genere rispetto al continente di provenienza. Ciò è in linea con l'andamento generale evidenziato da dati ISTAT, dai quali si rileva che all'inizio del 2007 permangono, e in alcuni casi si accentuano rispetto al passato, significative differenze tra le diverse comunità: i cittadini provenienti dall'Ucraina,

■ **TABELLA 1. Associazioni tra genere e provenienza**

	Europa N (%)	Asia N (%)	Africa N (%)	America N (%)
Maschio	17 (26,2)	16 (45,7)	82 (70,1)	24 (28,6)
Femmina	48 (73,8)	19 (54,3)	35 (29,9)	60 (71,4)
Totale	65	35	117	84

χ^2 47,873; p <0,001.

■ **TABELLA 2. Associazioni tra diagnosi ICD-10 e provenienza**

	Europa N (%)	Asia N (%)	Africa N (%)	America N (%)
Organica	1 (1,5)	1 (2,9)	1 (0,9)	0 (0,0)
Sindrome a esordio nell'infanzia	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	0 (0,0)
Ritardo mentale	1 (1,5)	1 (2,9)	1 (0,9)	1 (1,2)
Disturbo di personalità e del comportamento	13 (20,0)	2 (5,7)	13 (11,1)	5 (6,0)
Sindrome da alterazioni fisiologiche e somatiche	1 (1,5)	2 (5,7)	0 (0,0)	3 (3,6)
Sindromi nevrotiche, stress, somatoformi	12 (18,5)	5 (14,3)	20 (17,1)	29 (34,5)
Sindromi affettive	11 (16,9)	7 (20)	23 (19,7)	25 (29,8)
Schizofrenia	14 (21,5)	11 (31,4)	39 (33,3)	13 (15,5)
Uso di sostanze psicoattive	2 (3,1)	2 (5,7)	4 (3,4)	2 (2,4)
Nessuna	9 (13,8)	4 (11,4)	15 (12,8)	6 (7,1)
Totale	65	35	117	84

Fisher's exact test; p = 0,046.

■ **TABELLA 3. Associazioni tra diagnosi ICD-10 e condizione abitativa**

	Domiciliato N (%)	Comunità N (%)	Senza fissa dimora N (%)
Organica	2 (1,3)	0	1 (1,4)
Sindrome a esordio nell'infanzia	0	0	1 (1,4)
Alterato sviluppo	0	1 (1,3)	0
Ritardo mentale	3 (2,0)	1 (1,3)	0
Disturbo di personalità e del comportamento	9 (5,9)	20 (26,3)	4 (5,6)
Sindrome da alterazioni fisiologiche e somatiche	6 (3,9)	0	0
Sindromi nevrotiche, stress, somatoformi	40 (26,1)	15 (19,7)	11 (15,3)
Sindromi affettive	39 (25,5)	10 (13,2)	17 (23,6)
Schizofrenia	38 (24,8)	13 (17,1)	26 (36,1)
Uso di sostanze psicoattive	2 (1,3)	3 (3,9)	5 (6,9)
Nessuna	14 (9,2)	13 (17,1)	7 (9,7)
Totale	153	76	72

Fisher's exact test; p <0,001.



dalla Polonia, dall'Ecuador e dal Perù mostrano un rapporto decisamente favorevole per le donne, mentre tra residenti africani il rapporto volge a favore degli uomini (ISTAT, 2007). Anche dalla recente analisi effettuata dal Comune di Milano (Ufficio Stranieri) si evince una tendenza che conferma la correlazione tra provenienza e genere nel descrivere l'andamento dei flussi migratori (ISTAT, 2008).

È possibile affermare che, nella letteratura sulle migrazioni internazionali, le politiche migratorie dei Paesi di origine abbiano ricevuto poca attenzione (Zarro & Coslovi, 2008), motivo per il quale è possibile provare a indicare gli elementi che descrivono il fenomeno senza darne una spiegazione esaustiva. Secondo uno studio del Centro Studi Politiche Internazionali, in alcuni Paesi esistono politiche che promuovono e favoriscono l'emigrazione dei propri cittadini. In particolare dagli anni Sessanta nei Paesi del Maghreb (Algeria, Tunisia, Marocco ed Egitto) i governi hanno promosso, come parte integrante dei loro piani di sviluppo nazionale, politiche di mobilità dei propri cittadini (Fargues, 2005), ed è verosimile supporre che tali richieste siano rivolte maggiormente agli uomini, in accordo con la strutturazione sociale basata su una netta distinzione tra genere e ruoli. In Italia, la migrazione femminile assume rilevanza a partire dagli anni Settanta. Per quanto riguarda la femminilizzazione dei flussi provenienti da alcuni Paesi dell'Est europeo, della ex-URSS, dell'Estremo Oriente e dei Paesi latino-americani è possibile supporre che tale fenomeno si leghi a cambiamenti economici, politici e di ruolo della donna avvenuti in seguito alle trasformazioni postindustriali dei Paesi stessi (Tassinari & Valzania, 2003). Altri studi sembrano evidenziare come il canale di ingresso per le donne sia stato spesso sostenuto dalla Chiesa cattolica che offriva opportunità lavorative nell'ambito dell'assistenza e dei servizi alla persona (Favaro & Tognetti, 1991; Torre, 2008).

Per quanto riguarda l'aspetto diagnostico, i nostri dati hanno evidenziato la maggiore prevalenza di diagnosi di schizofrenia tra pazienti migranti di origine africana (33,3%) e asiatica (31,4%) rispetto a quelli di origine europea (21,5%) e sudamericana (15,5%). Questi dati trovano conferma negli studi di Fung et al. (2006) in cui si evidenzia come elemento comune la maggiore incidenza della sindrome schizofrenica negli immigrati afro-caraibici in Europa. Hutchinson e Haasen (2004) ipotizzano che il maggiore rischio di psicosi non sia dovuto esclusivamente al processo

migratorio, bensì alla sommatoria di diversi elementi, quali la differenza etnica e linguistica e la vulnerabilità sociale nell'ambiente urbano. Anche Cooper (2005) evidenzia l'importanza della componente sociale rispetto a quella genetica come agente che influisce sulla maggiore prevalenza di psicosi presso alcuni gruppi di immigrati. Ogni considerazione ulteriore relativa al Paese d'origine deve tenere conto di altri fenomeni complessi come il motivo migratorio, le caratteristiche del viaggio migratorio, l'età del migrante, la presenza di fattori psicosociali di vulnerabilità (situazione economica svantaggiata, difficoltà linguistiche, separazione dalla famiglia, attitudini negative da parte della popolazione autoctona, scarse possibilità di trovare supporto nella comunità d'origine) così come l'accoglienza e la possibilità di inserimento nel Paese ospite.

Ipotizziamo che i migranti africani presentino un rischio maggiore di sviluppare disturbi psicotici rispetto a quelli sudamericani, in quanto si trovano in una situazione di maggiore *anomia*, nella concezione descritta da Durkheim (1897), intesa come stato di tensione e smarrimento legato a una difficile identificazione con norme e valori sociali proposti dal Paese d'immigrazione.

Infatti, alcune ricerche (Kinzie, 2006) suggeriscono che tra i migranti l'incidenza della schizofrenia, e probabilmente anche di altri disturbi, sia relativamente bassa quando i Paesi di provenienza e accoglienza sono socialmente e culturalmente simili, mentre sia più alta quando vi è una maggiore differenza tra i Paesi, probabilmente a causa dei molteplici problemi sociali. Rispetto alla maggior prevalenza di disturbi nevrotici e affettivi tra i pazienti sudamericani, i dati in letteratura risultano discordanti (Kinzie, 2006). Va considerato che nel nostro campione la maggioranza degli utenti provenienti dall'America Latina sono donne, tra le quali risulta più frequente l'incidenza di forme ansioso-depressive reattive al percorso migratorio e alla frequente distanza dalla famiglia d'origine, in particolare dai figli (Miranda et al., 2005).

Dai dati in nostro possesso emergono inoltre associazioni significative tra alcune diagnosi psicopatologiche e le diverse condizioni abitative considerate (domiciliati, comunità e senza fissa dimora). La maggiore prevalenza del disturbo schizofrenico evidenziata nelle persone senza fissa dimora è in linea con diversi studi presenti in letteratura (Geddes et al., 1994). È possibile supporre come fattori di rischio per lo sviluppo di tale psicopatologia la condizione di vita altamente insicura,



l'assenza di una rete capace di fornire aiuto adeguato e la mancanza di punti di riferimento spesso persi in seguito alla decisione di lasciare il Paese di origine. Tale stile di vita, inoltre, non permette un'attenzione alle proprie condizioni di salute e non facilita l'elaborazione di una domanda di aiuto verso i servizi sanitari. Oggigiorno è sbagliato pensare alla vita di strada come una "scelta" (D'Agostino et al., 2003), poiché emerge sempre più come sia una condizione nella quale le persone si trovano a vivere in seguito alla perdita dei rapporti con la famiglia, alla rottura con il proprio Paese d'origine, con il cambiamento conseguente di abitudini culturali, e allo scontro tra le aspettative pre-migratorie e le effettive possibilità di integrazione sociale e lavorativa offerte dal Paese ospite. Tali risultati non consentono tuttavia una chiara interpretazione del fenomeno studiato, in parte perché la popolazione dei senza fissa dimora è in costante aumento e molto eterogenea (Scott, 1993), in parte perché non è sempre agevole capire se il disturbo psichiatrico sia causa o effetto della condizione abitativa di senza fissa dimora (Bolongaro & Maranesi, 1996).

Conclusioni

Con il presente studio abbiamo voluto descrivere il modello di intervento attuato al Centro di Consultazione Etnopsichiatrica di Milano. Possiamo dire che la perdita del proprio contesto culturale di origine ha evidenziato, nella nostra pratica quotidiana, l'importanza del concetto di cultura in quanto vettore di costruzione del funzionamento strutturale dell'individuo e la necessità di attivare interventi di natura transculturale per permettere di riallacciare i legami con la cultura di appartenenza e consentire poi l'elaborazione dei tratti della cultura ospite.

La diversità di valori e pratiche, la difficoltà di comunicazione e il percorso di legalizzazione mettono a dura prova il processo d'integrazione di coloro che hanno un progetto di vita abbastanza definito (ricongiungimento familiare, immigrati stagionali, ecc.) e una rete sociale di riferimento; ancora di più ne risentono coloro che si trovano ad affrontare ulteriori ostacoli, quali disagi psicologici, illegalità, solitudine e separazioni.

Lo studio presenta diverse limitazioni: il nostro campione include anche i richiedenti asilo e i rifugiati politici, in quanto non costituenti un numero di casi sufficiente a crearne una categoria statisticamente significativa. Considerando tuttavia la peculiarità delle migrazioni di questi soggetti, riteniamo che sarebbe

importante condurre uno studio specifico su un campione numericamente più ampio. Inoltre, in accordo con Berlincioni e Grillo (2007), va tenuto presente che con il paziente straniero la formulazione di una diagnosi secondo le categorie nosografiche della ICD-10 presenta particolari difficoltà. Nell'incontro terapeutico con lo straniero, infatti, dietro le manifestazioni sintomatologiche può emergere un significato più complesso degli eventi e delle emozioni correlate (Inglese, 2005) e la diagnosi può, a volte, ridursi a un mero adempimento burocratico, piuttosto che a un atto che presenti una sua validità scientifica e un contenuto significativo.

Infine, la natura trasversale dello studio consente considerazioni di carattere puramente descrittivo ed è nostra intenzione condurre uno studio prospettico longitudinale che preveda l'utilizzo di strumenti standardizzati (HoNOS) allo scopo di valutare l'efficacia degli interventi terapeutici condotti sulla popolazione in esame.

Ringraziamenti

A Giovanna Fungi, Giada Negri, Maddalena Pompili e Chiara Scialò per il contributo prestato nella raccolta dei dati e nella stesura del lavoro.

■ BIBLIOGRAFIA

Berlincioni V. & Grillo F. (2007). Migrazione e assistenza psichiatrica: un decennio di attività nell'ambulatorio territoriale di Pavia. *Psichiatria Oggi* 1, 23-26.

Bolongaro G. & Maranesi T. (1996). Senza dimora e salute mentale: revisione critica della letteratura e alcune indicazioni operative. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 6, 1200-1213.

Cooper B. (2005). Immigration and schizophrenia: the social causation hypothesis revisited. *British Journal of Psychiatry* 186, 361-363.

D'Agostino F., D'Agostino F., Esposito S., Franco R. & Attina F. (2003). Persone senza fissa dimora e disturbi psichiatrici nell'area urbana di Napoli. *Difesa Sociale* 6, 55-64.

Devereux G. (1978). *Saggi di etnopsichiatria generale*. Armando Editore: Roma.

Durkheim E. (1897). *Il suicidio*. Biblioteca Universale Rizzoli: Milano.

Fargues P. (2005). Mediterranean Migration – Report 2005. EUI-RSCAS publication. Consultazione online sul sito: www.carim.org/Publications/Annual.asp

Favaro G. & Tognetti M. (1991). *Donne dal mondo: strategie migratorie al femminile*. Guerini e Associati Editore: Milano.

Fung W.A., Bhugra D. & Jones P.B. (2006). Ethnicity and mental health: the example of schizophrenia in migrant populations across Europe. *Psychiatry* 5, 396-400.



- Geddes J., Newton R., Young G., Bailey S., Freeman C. & Priest R. (1994). Comparison of prevalence of schizophrenia among residents of hostels for homeless people in 1966 and 1992. *British Medical Journal* 308, 816-9.
- Hutchinson G. & Haasen C. (2004). Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implication for the future. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 350-357.
- Inglese S. (2005). A sud della mente. Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti. In: *La Cura degli Altri. Seminari di Etnopsichiatria* (ed. L. Attenasio, F. Casadei, S. Inglese, O. Ugolini). Armando Editore: Roma.
- Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto Annuale (2007). La popolazione straniera residente in Italia al 1 gennaio 2007. Consultazione online sul sito: www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20071002/testointegrale20071002.pdf
- Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto Annuale (2008). Consultazione online sul sito: www.istat.it/dati/catalogo/20080528_00/rapporto2007.pdf
- Kinzie D. (2006). Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcultural Psychiatry* 43, 577-591.
- Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti G., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi F., Torri V. & Morosini P. (2001). La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10, 198-204.
- Miranda J., Siddique J., Der-Martirosian C. & Belin T.R. (2005). Depression among latin immigrant mothers separated from their children. *Psychiatric Services* 56, 717-720.
- Scott J. (1993). Homelessness and mental illness. *British Journal of Psychiatry* 162, 314-324.
- Tassinari A. & Valzania A. (2003). Percorsi migratori delle donne dai paesi dell'ex URSS. Consultazione online sul sito: www.irestoscana.it/pdf/paper.pdf
- Torre A. (2008). Migrazioni femminili verso l'Italia: tre collettività a confronto. Consultazione online sul sito: www.cespi.it/working_Papers.html
- WHO (1994). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th version). World Health Organization: Geneve.
- Wing J.K., Beevor A.S., Curtis R.H., Park S.B.G., Hadden S. & Burns A. (1998). Health of the nation outcome scales (HoNOS): research and development. *British Journal of Psychiatry* 172, 11-18.
- Zarro A. & Coslovi L. (2008). Stati africani e migrazioni. La sfida dell'institution building – ricerca-azione sulle politiche di alcuni stati africani verso la diaspora. Consultazione online sul sito: www.cespi.it/working_Papers.html

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Carlo Pagani
Dipartimento di Salute Mentale
Psichiatria 3, AO Ospedale Niguarda Ca' Granda
Corso Plebisciti, 6
20162 Milano
Tel.: 390264445013-28
Fax: 3902712563
E-mail: carlo.pagani@ospedaleniguarda.it



Fulvio Fantozzi

Medico Legale, specializzato in Tossicologia Clinica e Dipendenze Patologiche,
Centro Medico "L. Spallanzani", Reggio Emilia

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DA ABUSO DI ALCOOL

The treatment of alcohol dependence and abuse

Il *consumo eccessivo* di alcool etilico è responsabile di sofferenze e costi economici per la società per lo più misconosciuti (WHO, 2002). Per consumo eccessivo si intende, quotidianamente, più di 1 unità alcolica per la femmina e più di 2 unità alcoliche per il maschio (US Department of Health and Human Services, 2005), anche se assunte ai pasti e sempre a condizione che chi beve sia in buone condizioni di salute di partenza, altrimenti detti limiti si abbassano o meglio si azzerano! Per *consumo inadeguato* si intende bere prima di guidare o prima di lavorare in caso di mansioni che richiedono destrezza e pieno controllo neuromotorio (Figg. 1 e 2).

Alcune persone, per vulnerabilità biologica su base genetica – nonché per la spinta sociale al consumo quale fattore di integrazione, socializzazione e successo – passano dal *consumo problematico* alla *dipendenza da alcool* vera e propria. La condizione di dipendenza da alcool se protratta nel tempo e se non curata adeguatamente può scivolare nel *disturbo cronico da uso di alcool*, caratterizzato dalla ripresa dell'abuso dopo intervalli anche lunghi (mesi o anni) di sobrietà e di soddisfacente qualità della vita e performance sociale, lavorativa, familiare. Il deterioramento della salute fisica e la disgregazione delle risorse psichiche e familiari rappresentano il punto di arrivo di un processo morboso così devastante.

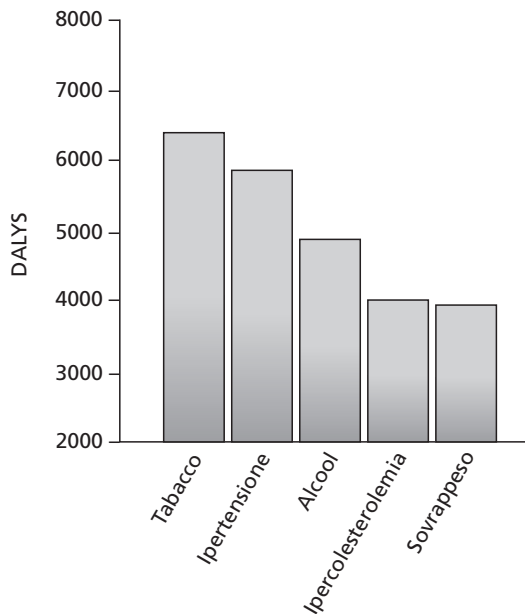
Le strutture e i percorsi che tradizionalmente si occupano di assistenza e di cura di persone con tale disturbo riescono a intercettare solo una frangia minoritaria di alcolodipendenti (Fantozzi & Sinclair, 2004). Se tutti coloro che sono coinvolti nella rete di assistenza o, almeno, di impatto con questi pazienti, a cominciare

dai Servizi sanitari pubblici a essi dedicati, modificassero l'attuale approccio ai problemi alcool-correlati, la soglia di accesso alle cure e la relativa appropriatezza risulterebbero migliorate. Il fenomeno della cura inappropriata, più frequente al di fuori dei citati Servizi specializzati, i quali comunque a parere di chi scrive non ne sono immuni, spesso genera la cristallizzazione e talora il peggioramento dell'abitudine etilica; e quindi, col tempo, il sopravvenire delle patologie alcool-correlate più note ed eclatanti, come la cirrosi epatica: soggetti che potrebbero essere trattati e posti in remissione con successo ricevono invece, per mesi o anni, cure esclusivamente farmacologiche sganciate da qualsiasi lavoro di "rete", ossia di collegamento con altri specialisti e Servizi specializzati. Le pseudo-cure in questione consistono in farmaci non attivi o psicofarmaci che nulla possono contro sintomi depressivi, ansiosi e fobici non genuini ma *indotti dall'alcool*.

Un corretto e completo inquadramento diagnostico iniziale dovrebbe essere effettuato il più presto possibile e da operatori che fondano il loro fare sulle conoscenze scientifiche fornite dalla medicina delle dipendenze e non su consuetudini locali radicate e rassicuranti e più in generale ideologie e approcci, anche in buona fede, precostituiti. Il presupposto per la rifondazione di una alcolologia laica è il seguente: le posizioni attualmente imperanti anche tra chi professa la cura specialistica delle persone con problemi di alcool, tanto draconianamente quanto perniciosamente improntate al "tutto o nulla" ("o smetti di bere o arriverci"), innalzano la soglia di accesso alle cure e non contrastano la deriva di frange consistenti di alcolodipendenti non ancora pronti a smettere di bere. Una volta accolta correttamente la

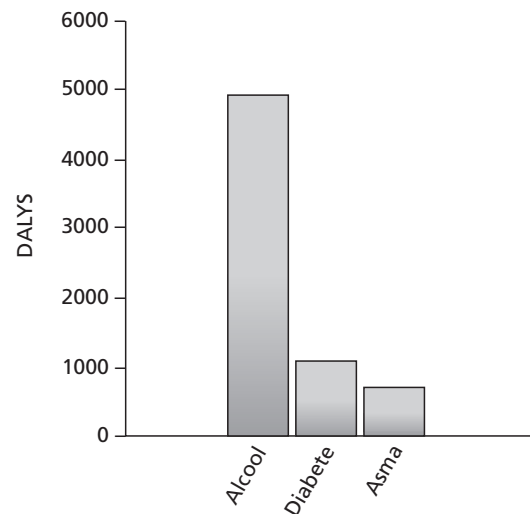


■ FIGURA 1. I cinque principali fattori di rischio di malattia e morte prematura in Europa. Per DALY (Disability Adjusted Life Years) si intendono il numero di anni di vita persi per via di morte prematura nonché gli anni di vita sana persi a causa di disabilità; il termine “disabilità” qui va inteso come assenza di salute o insufficiente salute. Modificata da *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. WHO: Geneva, 2002.



persona con disturbi da uso di alcool e quindi operata la diagnosi iniziale appena citata, la scelta successiva di quale percorso di trattamento intraprendere è delicata e complessa: presuppone che il professionista prima di tutto conosca bene i sistemi dei servizi dedicati, istituzionali e non; che sappia e intenda dialogare e quindi interagire fruttuosamente con tutti gli specialisti sia della salute mentale sia delle branche internistiche che conoscono la materia e si occupano del problema e con strutture di cura, anche ospedaliere, non solo nominalmente ultraspecialistiche. Tali strutture di degenza sono davvero in grado di risolvere problemi di disintossicazione dall'alcool in casi particolarmente gravi sul piano fisico e/o psichiatrico, ma il loro intervento deve essere razionale, ossia agganciato a un “prima” (invio di pazienti già valutati territorialmente e con obiettivi clinici esplicitati e condivisi) e a un “dopo” (dimissioni protette, predisposizione di programmi di cura estensiva concretamente realizzabili nel territorio)

■ FIGURA 2. L'alcool è più importante del diabete o dell'asma come causa di malattia o morte prematura. Modificata da *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. WHO: Geneva, 2002.



onde evitare l'effetto “porta girevole” per cui il paziente rimane avviluppato nell'ingranaggio di un sistema di cure solo sintomatiche ed entra ed esce a ripetizione dall'Ospedale sulla scia dell'urgenza, senza mai giungere a un'effettiva e stabile modificazione migliorativa della qualità della sua vita.

In altri termini è essenziale coltivare una visione ampia e a lungo termine della clinica della persona con disturbi da uso di alcool e delineare percorsi di cura che contemplino tra i loro obiettivi non solo la cessazione del consumo patologico, ma anche la prevenzione razionale della ricaduta.

In conclusione al soggetto con dipendenza da alcool ormai cronicizzata (plurime ricadute nonostante il proposito di non bere più, assenza del controllo sull'alcool, danni fisici, psichici e sociali ben evidenti e ingravescenti) così come alla sua famiglia deve essere assicurato un percorso di cura e di riabilitazione articolato, di lungo periodo, non standardizzato ma viceversa personalizzato o per meglio dire “cucito su misura”, all'interno del quale sia garantita la migliore gestione di *strumenti terapeutici di formidabile efficacia solo se ben usati*, quali:

- *Farmaci anti-ricaduta*, adoperati poco e male anche da parte di Servizi e professionisti che formalmente praticano l'alcologia. Ad esempio, il GHB (Addo-



lorato et al., 2000) ignorato o sottoutilizzato dai Centri alcologici i quali, soccombendo alle esigenze superiori di risparmiare a ogni costo, ripiegano sulle benzodiazepine, più economiche, ma anche meno efficaci e più tossiche, magari “potenziate” da farmaci cosiddetti drenanti e disintossicanti, corroboranti e vitaminici, questi sì davvero costosi oltre che inutili; il naltrexone usato come succedaneo del disulfiram (Sinclair et al., 2003), impiego questo irrazionale e del tutto estraneo a quanto stabilito dalla migliore letteratura scientifica.

- *Gruppi di auto-mutuo-aiuto*, fortunatamente ben radicati e operanti nel nostro territorio, ma facenti riferimento a due assunti teoretici e dunque ad assetti e prassi assai differenti; e che quindi dovrebbero essere attivati con giudizio dal medico inviante, sulla base del principio della personalizzazione (pertanto della selezione) del percorso di cura. Dunque, non tutti i pazienti in un dato momento della loro storia clinica di abuso di alcool sono utilmente e proficuamente inseribili in quel determinato gruppo di auto-mutuo-aiuto!
- *Strutture di ricovero*: nell’immaginario collettivo e anche di non pochi professionisti della salute non specializzati, l’alcolista refrattario a detossificazioni territoriali deve essere inviato “in una Comunità” o in un reparto di psichiatria (o con preminenti competenze psichiatriche) e lì svezzato dall’alcool, con qualsiasi metodo. Esistono invece cliniche e anche Day Service specializzati, al di fuori del circuito psichiatrico e delle varie Onlus del privato sociale, in grado di svolgere in modo efficace e sicuro, oltre che economicamente conveniente, trattamenti appropriati e personalizzati*.

Tali approcci e percorsi di cura sono realizzabili in seno a Servizi sia pubblici sia privati i quali ispirino le loro conoscenze e prassi allo studio delle fonti scientifiche più autorevoli e che siano capaci di sfatare miti, luoghi comuni ed errori logici sull’alcool, i più frequenti dei quali sono qui sotto riportati:

- abuso di alcool vuol dire dipendenza da alcool;
- l’alcool non è una droga;
- la dipendenza da alcool è una debolezza morale;
- per riabilitarti devi prima toccare il fondo;
- perché il trattamento funzioni tu devi veramente volerlo;
- l’abuso di alcool è più diffuso nelle fasce marginali della società.

■ BIBLIOGRAFIA

Addolorato G., Caputo F., Capristo E., Stefanini G.F. & Gasbarrini G. (2000). Gamma-hydroxybutyric acid efficacy, potential abuse, and dependence in the treatment of alcohol addiction. *Alcohol* 20, 217-222.

Fantozzi F. & Sinclair D. (2004). La ricaduta nell’alcool: un concetto vincente, ma... in via di estinzione? *Personalità/Dipendenze* 10, 219-243.

Sinclair D., Fantozzi F. & Yanai J. (2003). Uso efficace del naltrexone: ciò che non è stato detto a medici e pazienti. *The Italian Journal of the Addictions* 41, 15-21.

US Department of Health and Human Services, Dietary Guidelines For Americans, 2005. <http://www.healthgov/dietaryguidelines/dga2005/>

WHO (2002). The World Health Report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. WHO: Geneva.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Fulvio Fantozzi

E-mail: flu_fantibus@libero.it

*I riferimenti Internet istituzionali di tre importanti strutture pubbliche o accreditate, che da tempo svolgono nel nostro Paese effettivi interventi specialistici di diagnosi, cura e riabilitazione residenziale a favore di persone che presentano disturbi da uso di alcool e altre droghe, sono i seguenti: <http://www.medicinadipendenze.it/content/home>; <http://www.ospedalesanpancrazio.it/view/>; http://www.as-bressanone.it/bad_bachgart_i.htm



Milano 17 dicembre 2008

Gentile Direttore,

ho letto con interesse l'articolo che *Psichiatria di Comunità* ha richiesto al Prof. Garattini sui "Trent'anni di psicofarmacologia". Devo dire che alla fine della lettura di questo breve articolo (sono in tutto due pagine a stampa esclusa la bibliografia) mi sono sentito molto amareggiato sia personalmente sia come clinico psichiatra. Desidero, brevemente, comunicarti i motivi di questa amarezza, pregandoti, se ti sarà possibile, di rendere il Prof. Garattini partecipe di loro e di pubblicare questa mia lettera nel prossimo numero di *Psichiatria di Comunità*, nella speranza che si possa sentire anche il parere di altri Colleghi.

Il senso ultimo dell'articolo del Prof. Garattini è che sia per i farmaci antipsicotici sia per i farmaci antidepressivi non solo non vi è alcuna evidenza che uno sia più efficace dell'altro, ma, per di più, che i farmaci più recentemente messi a disposizione degli psichiatri siano tanto quanto i precedenti ricchi di effetti indesiderati e solo più costosi. Inoltre ricercatori e clinici si sarebbero prestati, secondo il Prof. Garattini, a fare da cassa di risonanza per gli scopi industriali delle case farmaceutiche e per "prodotti che non valevano il mercato che hanno avuto", dice espressamente il Prof. Garattini. Mi soffermerò un poco di più sulla prima delle affermazioni del Prof. Garattini. Per quanto riguarda la seconda mi limito a osservare che essa mi sembra eccessivamente generica, accusa di comportamenti gravemente illeciti intere categorie professionali e, forse, è stata fatta sotto la spinta di forti emozioni personali. Per quanto riguarda, invece, la parte più tecnica, e prevalente, dell'articolo, innanzi tutto contiene affermazioni sbagliate che meritano di essere corrette:

- 1) Gli inibitori irreversibili delle MAO sono ancora in commercio: il composto ha nome commerciale PARMODALIN ed è un'associazione tra un IMAO appunto, la tranilcipromina e un antipsicotico tradizionale, la trifluoroperazina.
- 2) La clozapina ha l'indicazione terapeutica per le forme resistenti di schizofrenia, non per il trattamento sintomatico dei sintomi "negativi" della schizofrenia stessa.
- 3) Non è vero che tutti gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina provocano dipendenza: ad esempio il citalopram ha un buon effetto nel ridurre il craving per l'alcool nella dipendenza da questa sostanza, mostrando, quindi, un'azione esattamente opposta.

Ma, a parte queste precisazioni su tre palesi errori, non desidero affatto entrare in polemica con il Prof. Garattini sulle evidenze scientifiche che porta a sostegno delle sue affermazioni. Il dibattito sarebbe senza fine e per ognuna delle affermazioni fatte e corroborate dalla letteratura è possibile affermare, letteratura alla mano, esattamente il contrario.

Ciò che mi ha amareggiato è l'invasione e, mi verrebbe da dire, la violenza che uno scienziato palesemente a completo digiuno di qualsiasi esperienza clinica si permette di esercitare, con una sorta di impunità autoreferenziale, in campi dell'agire medico ove la delicatezza, l'empatia, la partecipazione e la condivisione sono strumenti essenziali. Quando, con assoluta noncuranza, il Prof. Garattini parla degli effetti extrapiramidali come di "fastidiosi effetti collaterali che sono vissuti male dai pazienti" traspare, in maniera drammatica, quanto egli sia lontano dalla sofferenza psicotica, dal dramma della acatisis che, e bisognerebbe che qualcuno lo insegnasse al Prof. Garattini, non è solo motoria ma anche, e soprattutto, mentale, dall'angoscia che la deafferentazione emotiva provocata dai farmaci bloccanti i recettori D2 induce nei pazienti, dall'imbarazzo e dallo stigma che il tremore, la rigidità e la ipersalivazione provocano nei giovani schizofrenici trattati con farmaci che bloccano i recettori D2 della dopamina. Definirli "fastidiosi effetti collaterali" significa mancare di rispetto, per ignoranza, verso persone gravemente malate e fragili.

Mi chiedo anche dove il Prof. Garattini avesse nascosto il fervore che manifesta oggi, quando negli anni Settanta il trattamento medio con gli antipsicotici di prima generazione era effettuato con un dosaggio medio di 15-20 mg/die di aloperidolo equivalenti e si manifestavano casi, irreversibili, di discinesia tardiva.

Da ultimo, mi chiedo se il Prof. Garattini sia a conoscenza dell'entità di incremento del rischio suicidario nei pazienti trattati con antipsicotici di prima generazione in funzione della comparsa e del permanere dei sintomi extrapiramidali.

Eguale, definire, con grande sufficienza e un poco di prosopopea, "noiosi effetti collaterali" gli effetti anticolinergici degli antidepressivi triciclici, significa non avere mai visto o condiviso con un paziente depresso il dramma dell'impotenza sessuale, della confusione mentale, dell'occlusione intestinale, solo per dirne alcuni.

In definitiva, quindi, desidero rivendicare alla psichiatria clinica il dovere e il diritto di parlare della cura dei disturbi mentali nell'uomo e ribadire che l'esperienza clinica e il rapporto con il malato e con la sua famiglia ci danno l'autorità e l'autorevolezza per insegnare e divulgare secondo scienza e coscienza, lasciando il nobile lavoro sperimentale di laboratorio agli scienziati preclinici e competenti nelle scienze di base.

Con viva cordialità

Silvio Scarone

Professore Ordinario di Psichiatria

Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria Università degli Studi di Milano

Direttore del DSM, AO San Paolo, Milano

silvio.scarone@unimi.it