



# SOMMARIO

Anno XX • n. 1-2 • Giugno-dicembre 2007

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

### Direttore:

Alberto Giannelli

### Comitato di Direzione:

Giuseppe Biffi  
Claudio Mencacci  
Simone Vender  
Antonio Vita

### Comitato Redazionale:

Il Consiglio Direttivo della SIP-Lo

### Comitato Scientifico:

Antonio Andreoli, *Ginevra*  
Eugenio Borgna, *Novara*  
Italo Carta, *Monza*  
Filippo M. Ferro, *Chieti*  
Isabella Merzagora Betsos, *Milano*  
Fausto Petrella, *Pavia*  
Giorgio Racagni, *Milano*  
Michele Schiavone, *Genova*  
Cesare Sirtori, *Milano*  
Giovanni Stanghellini, *Firenze*  
Giancarlo Trentini, *Milano*

### Segreteria di Direzione:

G. Cerveri, L. De Peri, S. Manenti,  
N. Poloni, L. Tarantola

### Art Director:

Giacinta Notarbartolo di Sciarra

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

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

Editore: SIPLO - Via Ponale, 66 - 20162 Milano - Tel. 02/66101168 - Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88 - Stampa: Tipografia GRAFICA C & P srl - Via Dell'Artigianato, 7 - 23875 OSNAGO (LC) - Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente agli operatori psichiatrici.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2007

Gli Operatori interessati a ricevere la rivista

**PSICHIATRIA OGGI**

possono farne richiesta presso  
Donata Brusasco  
tel. 02.43411139 - fax 02.462660

## IN PRIMO PIANO

2 Editoriale  
di G. Biffi

**La rivista Psichiatria Oggi: quali prospettive?**  
di A. Giannelli

3 L'Io e la sua cultura  
di R. Terranova Cecchini

## SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

9 Storia della psichiatria dagli albori ad oggi  
di K. Ernst, D. Hell  
(traduzione a cura di M. Comazzi)

11 La psichiatria contemporanea dispiegata  
A proposito di un libro di Alberto Giannelli  
di D. Lopez

21 Alcune osservazioni inerenti alla diagnosi precoce degli episodi psicotici  
di A. Giannelli

23 Migrazione e assistenza psichiatrica: un decennio di attività nell'ambulatorio territoriale di Pavia  
di V. Berlincioni, F. Grillo

27 Case-series: la musica come trattamento *add-on* nei disturbi d'ansia, nei disturbi somatoformi e nei quadri misti ansioso-depressivi  
di R. Poli, E. Agrimi, L. Gamba, A. Mainardi

29 Il tempo della malattia Il luogo della cura nella scrittura europea della soggettività  
di A. Castaldo

31 Il paziente alcolista con comorbilità psichiatrica: dalla diagnosi alla presa in carico presso un Day Hospital riabilitativo  
di C. Viganò, F. Castiglioni, R. Magnotti, F. Olivani, G. Ba

36 Osservazioni e valutazioni intorno alla qualità della vita e ai bisogni di cura nel disagio psichico attraverso l'utilizzo del PTI  
di M. Cammarano, A. Gardiner

40 Cura e dismissibilità in istituzione psichiatrica territoriale  
di A. Latina

## NOTIZIE DALLE SEZIONI

45 Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria  
Presentazione del Convegno "Attività territoriali in psichiatria: quale futuro?"  
Magenta, 26 novembre 2007

46 Attività del Coordinamento Primari Psichiatri in Lombardia  
a cura di G. Biffi, G. Cerati, A. Erlicher, C. Mellado, A. Vita

46 In ricordo di Mauro Mancia Un neurofisiologo esploratore dell'inconscio  
di A. Giannelli

47 Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale  
Sezione Regionale Lombarda  
a cura di M. Peserico

## SPAZIO APERTO

49 Fondazione Cecchini Pace

51 Fondazione Maddalena Grassi Sedici anni insieme a chi soffre

## 52 RECENSIONI

Ma Baden, la città termale dove si svolge il romanzo, è anche lo spazio d'incontro di persone afflitte dallo stesso stato morboso; Hesse prima si riconosce in esse (fa il ruolo del malato ischiatico), dopo scopre (è ciò è scritto con una buona dose di ironia) che il suo vero io è quello della dissolutezza dell'artista. Dirà:

S'era verificato anche stavolta, un vecchio, eterno errore che ho già commesso cento volte e di cui mi sono sempre amaramente pentito. Ho voluto adeguarmi a una norma... **adempiere a doveri** che nessuno mi imponeva... ogni volta a questa morte segue la rinascita, ogni volta torna a toccarmi la **grazia** e il dolore e lo smarrimento sono più un gran male... le sconfitte sono state una benedizione perché mi hanno rigettato fra le braccia della madre, mi hanno reso possibile di nuovo l'esperienza della grazia.

Dunque mitologizzazione della malattia e della cura nella misura in cui vengono delegittimati la ragione, il tempo lineare di casualità ed effetto, a favore del tempo della ripetizione come nell'analisi dei vissuti personali. "Quell'eccesso di esperienze" che diviene in Freud il significato in più dei sintomi così come il Mondo è "una foresta di simboli" secondo la poetica baudeleriana. La letteratura quindi indica gli stratagemmi per ripararsi dal "tempo piovoso della pianura": frequentare la montagna in contrappunto al mare (la riva) che corrode per la sua salinità come nella concezione neoippocratica del XVII secolo (nel Settecento invece, grazie a Goethe, Byron, Schelley ed altri, la marina verrà additato dai romantici come luogo privilegiato per la riscoperta del sé), abbandonarsi alla *Wanderung* apparentemente spensierata dello scrittore svizzero Robert Walser (11). D'altro canto le montagne, la *Wilderness* alpina non sono che gli "abissi" interiori come ci rivela Thomas Mann attraverso i personaggi nell'opera citata. Fuori del tempo e dello spazio consuetudinario si agita anche Walter Benjamin (12) che nella sua (analitica) "infanzia berlinese" dice:

Non sapersi orientare in una città non vuol dire molto: ma smarrirsi in essa come ci si smarrisce in una foresta, è una cosa tutta da imparare.

Un inizio fulminante che è un invito a perdersi nelle sue pagine...

## CONCLUSIONI

*La più grande fatica di una giornata e di una vita potrebbe proprio essere dovuta allo sforzo, alla tensione necessaria per conservare uno stesso io attraverso le tentazioni continue di cambiarlo.*  
Henry Michaux

Lasciamoci con le parole di Virginia Woolf (13) che nel libro *Sulla malattia* simpatizza con essa, scrivendo:

Quando si è malati le parole sembrano possedere una qualità mistica... Quando si è sani, il significato viola il territorio del suono. La nostra intelligenza domina i sensi. Ma quando si è malati, cioè quando i poliziotti non sono in servizio, strisciamo sotto qualche oscura poesia di Mallarmé o di Donne: e le parole liberano il loro profumo e distillano il loro aroma... o le afferriamo come qualche strano odore. L'incoscienza è una delle qualità della malattia - fuorilegge che siamo - e proprio da incoscienti abbiamo bisogno di leggere...

\* *Psichiatra??, DSM Parma*

Via Alessandria, 23, 43100 Parma, tel. 0521.786439

## BIBLIOGRAFIA

1. FOUCAULT M.: *Malattia mentale e psicologia*. Cortina, Milano, 1997.
2. RELLA F.: *Miti e figure del Moderno*. Feltrinelli, Milano, 2003.
3. BORGNA E.: *Le figure dell'ansia*. Feltrinelli, Milano, 1997.
4. SONTAG S.: *Malattia come metafora*. Mondadori, Milano, 2002.
5. RILKE M.R.: *I quaderni di Malte Laurids Brigge*. Garzanti, Milano, 2004.
6. MANN T.: *La montagna incantata*. Corbaccio, Milano, 2000.
7. HESSE H.: *Il pellegrinaggio d'autunno*. B.F.N., Milano, 1981.
8. HESSE H.: *Siddhartha*. Adelphi, Milano, 1983.
9. KAFKA F.: *Confessioni e diari*. Mondadori, Milano, 1972.
10. HESSE H.: *La cura*. Adelphi, Milano, 2002.
11. WALZER R.: *L'assistente*. Einaudi, Torino, 1990.
12. BENJAMIN W.: *Infanzia berlinese*. Einaudi, Torino, 1973.
13. WOOLF V.: *Sulla malattia*. Boringhieri, Torino, 2006.

## Il paziente alcolista con comorbidità psichiatrica: dalla diagnosi alla presa in carico presso un Day Hospital riabilitativo

di Caterina Viganò, Francesca Castiglioni, Roberta Magnotti, Francesca Olivani, Gabriella Ba\*

### INTRODUZIONE

L'alcolismo è caratterizzato da un'estrema variabilità clinica ed è influenzato da una molteplicità di problematiche personali. I pazienti alcolisti possono presentare nel corso della vita, oltre a patologie organiche, diverse forme di disagio psichico. Secondo uno studio del *National Institute of Mental Health*, infatti, i pazienti alcolisti presentano un rischio sette volte maggiore della popolazione generale di avere una patologia psichiatrica e una prevalenza di disturbi psichiatrici in corso di alcolismo pari al 37% (1). Oltre ai quadri psicopatologici indotti dall'uso dell'alcol, acuto o cronico, o ancora dalla sua sospensione, l'alcolista può presentare complesse sindromi psicopatologiche indipendenti, spesso primarie rispetto alla problematica alcolica, che ne complicano il quadro clinico complessivo; la diagnosi e il trattamento (questa tipologia di pazienti alcolisti è comunemente definita con comorbidità psichiatrica o in doppia diagnosi) (2). Secondo lo studio del *National Comorbidity Survey* (3) circa il 25% degli uomini e il 20% delle donne con dipendenza alcolica ha almeno un disturbo psichiatrico associato *lifetime*, mentre è molto più frequente la comorbidità per più disturbi: il 34% degli uomini alcoldipendenti e il 47% delle donne ha ricevuto tre diagnosi.

Oltre che per la complessità delle manifestazioni cliniche, questi pazienti sono noti anche per la difficoltosa presa in carico da parte dei servizi, siano essi di alcolologia o psichiatrici. Mentre sono disponibili alcuni studi sui fattori che

influenzano l'esito del trattamento in questi pazienti (4), meno documentati sono i fattori che influenzano la presa in carico anche per l'estrema variabilità nella definizione di presa in carico da parte degli autori (5).

L'ambivalenza propria della personalità dipendente, che oscilla fra la negazione onnipotente del problema e la totale incapacità di gestirlo, la presenza di strategie di *coping* immature che mantengono comportamenti disfunzionali, associati a tempi di risposta al trattamento più lunghi, a un ambiente familiare spesso conflittuale e con scarse risorse sociali, rendono non facile il lavoro terapeutico con questa tipologia di utenti. La stessa presa in carico costituisce per questi pazienti un momento complesso e allo stesso tempo è fondamentale premessa per creare una buona alleanza terapeutica e consentire la continuazione e il completamento del programma (per una durata mediamente di due anni) (6).

In Italia vengono prevalentemente adottati due modelli di intervento, quello sequenziale e quello in parallelo, ma questi in parte concorrono a mantenere alcune aree di problematicità. Il trattamento sequenziale prevede che venga trattato prima il disturbo considerato più grave e successivamente, da una seconda équipe, la sindrome considerata meno problematica o evidente, con il rischio di veder fallire i progetti nei casi in cui le due problematiche si autoalimentano. Nel modello in parallelo, invece, che prevede un intervento contemporaneo di due servizi che instaurano progetti terapeutici separati, se non vi è tra questi una buona comunicazione e collaborazione, essi rischiano di colludere inconsciamente con le trappole ambivalenti e manipolatorie di alcuni pazienti.

Attualmente la letteratura scientifica internazionale è concorde nel definire più efficace un trattamento integrato che prevede l'intervento di un'équipe con competenze sia alcoliche che psichiatriche (6, 7, 8). Questo modello integra i classici interventi motivazionali e farmacologici, ove necessario, con interventi psicosociali che mirano al raggiungimento e al mantenimento della sobrietà, e con interventi terapeutici e riabilitativi specifici per la problematica psichiatrica. Il modello di trattamento integrato offre al paziente con comorbidità un approccio personalizzato, coerente e completo ai suoi problemi. Sebbene di documentata efficacia, il trattamento integrato resta ad oggi complesso da strutturare nella realtà italiana, sia per difficoltà oggettive che per la persistenza in diversi servizi della tendenza a considerare in modo separato la problematica alcolica da quella psichiatrica, come se i due disturbi in realtà non agissero in modo sinergico sulla stessa persona. Per ovviare a difficoltà oggettive e superare alcune resistenze teoriche in alcune realtà italiane si è migliorata l'applicazione del "in parallelo" facendo leva su una "buona collaborazione" fra i due servizi coinvolti.

## **IL MODELLO INTEGRATO NEL TRATTAMENTO DELLA ALCOLDIPENDENZA IN COMORBILITÀ**

Un esempio di trattamento integrato è quello che si sta applicando presso la Clinica Psichiatrica dell'Ospedale Maggiore Policlinico, ove dal 1994 è attivo un Ambulatorio di Alcologia. Tale ambulatorio nacque, in stretta collaborazione con la Medicina Interna dello stesso Ospedale, come servizio di consulenza per il trattamento della alcolodipendenza nei casi in cui il solo intervento medico non permetteva la risoluzione del problema. Nel tempo si è andato definendo meglio nella

sua specificità per i pazienti con alcolodipendenza, con o senza comorbidità, inviati per lo più dai reparti e dagli ambulatori di Medicina dell'Ospedale stesso o dal Pronto Soccorso. L'équipe che vi opera, che comprende figure professionali con formazione sia psichiatrica che alcolologica, fa riferimento a una impostazione teorica di tipo bio-psicosociale e basa il proprio agire sulla stretta integrazione tra interventi medici, psicologici e sociali per poter conseguire l'obiettivo fondamentale del trattamento per questi pazienti: il raggiungimento e mantenimento della sobrietà associato al miglioramento del funzionamento globale della persona, in termini psico-fisici e relazionali.

Il raggiungimento della sobrietà è solo la prima tappa di un lungo percorso terapeutico e richiede un importante lavoro motivazionale (8). Dall'esperienza clinica maturata in questi anni si può dire che generalmente chi smette di bere solo perché "lo dice il medico" in realtà è più facilmente un bevitore eccessivo piuttosto che un dipendente. La leva "salute" è spesso poco efficace nei dipendenti, anche in presenza di gravi patologie epatiche; con questi soggetti si riesce a indurre un cambiamento agendo su motivazioni soggettive di tipo psicologico, relazionale, o ancora narcisistiche.

Il recupero e potenziamento delle risorse individuali e familiari, elemento importante nel trattamento della dipendenza, è possibile se l'attenzione dell'équipe non si focalizza solo sul "non bere", ma pone al centro del progetto terapeutico la persona e le risorse presenti. Centralità della persona, recupero di potenzialità e non solo riduzione di sintomi sono concetti comuni alla riabilitazione psicosociale (9), ai cui principi fondanti l'équipe da sempre si è ispirata.

La richiesta sempre maggiore di consulenza per problematiche complesse, in cui è frequente la comorbidità psichiatrica ha contribuito a stimolare nell'équipe dell'ambulatorio di alcologia una particolare attenzione verso la programmazione di interventi rivolti ad alcolisti con comorbidità psichiatrica e ai pazienti psichiatrici con abuso o dipendenza alcolica.

Nel tempo si è andata definendo meglio la struttura dell'intervento integrato nei casi di comorbidità anche grazie alla stretta collaborazione con il Day Hospital Psichiatrico Riabilitativo nei cui programmi questi pazienti vengono inseriti. L'intervento integrato prevede una presa in carico complessa e articolata: dopo alcuni colloqui di valutazione si passa alla definizione del progetto, alla discussione dello stesso con il paziente e con i familiari, quindi si procede alla sua attuazione. La fase iniziale, valutativa, prevede la raccolta della storia del paziente, in termini di anamnesi personale, socio-familiare, alcolica e psicopatologica. Questa fase si esplica in alcuni colloqui sia individuali che familiari e si avvale dell'uso di materiale testale (tra cui SCID, MALT, HAM-D, HAM-A, SCL90). I colloqui iniziali servono anche a valutare le risorse psicologiche personali e dell'ambiente in cui l'alcolista vive (famiglia se disponibile), a verificare la presenza di disturbi psichiatrici coesistenti e infine a indagare il reale grado di motivazione presente. In questa fase vengono fornite informazioni sull'alcolismo e sulla patologia in comorbidità, informazioni che servono spesso per aumentare la percezione e consapevolezza del problema e la motivazione al trattamento.

Completata la valutazione viene data una restituzione al paziente; con lui, e se possibile con i familiari, viene definito l'obiettivo principale del trattamento e il programma per la sua attuazione. Il programma di trattamento può essere ambulatoriale oppure in regime di day hospital. Il trattamento in day

hospital viene proposto nei casi in cui si rendano necessari un'osservazione clinica costante per primi giorni, o il monitoraggio di un intervento farmacologico per la disintossicazione, o ancora una presa in carico più specificamente psichiatrico-riabilitativa con la partecipazione alle diverse attività riabilitative.

Il programma riabilitativo viene definito in modo individualizzato tenendo conto sia della problematica psichiatrica che alcolica; esso può comprendere attività occupazionali onde gradualmente rimettere il paziente in contatto con una quotidianità senza alcol e poter progettare un eventuale reinserimento lavorativo, gruppi espressivi (arteterapia, musicoterapia, danzaterapia) che stimolano l'emergenza e l'elaborazione di vissuti emotivi profondi, e infine attività più strettamente cognitive, per facilitare l'apprendimento di strategie di *coping* più adattative, o interventi psicoeducativi familiari, qualora emergessero dinamiche familiari disfunzionali che contribuiscono al mantenersi della condotta d'abuso e del disagio psichico del paziente. Il paziente e la famiglia vengono da subito messi in contatto con i gruppi di auto-aiuto (AA e CAT) per il loro importante ruolo di supporto sociale. In contemporanea vi è la presa in carico medica presso l'ambulatorio di Patologie alcolcorrelate dello stesso ospedale. Il programma nel suo complesso si svolge in stretta collaborazione con i servizi territoriali, e in particolare con il Centro psicosociale di competenza. Gli obiettivi principali del programma nei casi di comorbidità sono così schematizzabili:

1. Fornire adeguate informazioni ai pazienti e ai loro familiari sull'alcol e sugli effetti che esso provoca a carico di diversi organi e apparati, principalmente sul SNC.
2. Identificare le leve motivazionali di ciascun paziente.
3. Raggiungere e mantenere l'astensione o la riduzione dell'uso di bevande alcoliche, ricostruendo uno stile di vita libero dall'alcol.
4. Individuare l'eventuale presenza di un disagio psichico e attuare un intervento mirato specifico.
5. Migliorare progressivamente il funzionamento psichico, relazionale e sociale del paziente.
6. Identificare i segni precoci di crisi e prevenire le ricadute.

## LO STUDIO

Obiettivo del presente studio è stato valutare la prevalenza della comorbidità psichiatrica nei pazienti afferiti all'ambulatorio di alcolologia nel corso di un decennio e verificare la correlazione esistente fra comorbidità psichiatrica e presa in carico, ove per presa in carico si considera l'ingresso nel programma di trattamento, dopo la fase valutativa.

## Materiali e metodi

Per lo studio, di tipo osservazionale retrospettivo, sono stati considerati tutti i pazienti afferiti al Servizio nei dieci anni considerati, dal 1994 al 2003, di cui era possibile consultare una documentazione clinica completa.

## Disegno dello studio

1. Nella prima parte dello studio sono state prese in considerazione le caratteristiche epidemiologiche e cliniche dei pazienti esaminati (campione generale), secondo i dati raccolti in cartella (anamnesi generale e alcolica, diagnosi secondo il DSM IV), con particolare attenzione alla prevalenza della comorbidità psichiatrica nei pazienti alcolisti.
2. Successivamente si è selezionato il campione di pazienti che hanno raggiunto l'effettiva presa in carico da parte del Servizio. Si ricorda che per "presa in carico" si intende l'aver superato, dopo l'invio al servizio, la fase valutativa. Abbiamo stabilito in quattro visite, circa un mese, presso l'ambulatorio, il numero di incontri necessario per considerare raggiunta la presa in carico.
3. Si è proceduto quindi alla valutazione dell'influenza della presenza/assenza della comorbidità psichiatrica sulla presa in carico.

Per l'analisi dei dati si è utilizzato il *Pearson Chi Square test* e si è considerato significativo un valore di  $p < 0,05$ .

## RISULTATI

### Il campione generale

Il campione generale è costituito da 164 pazienti, prevalentemente maschi (116/164 pari al 70.7%). L'età media è di 54 anni (dev. stand, 10.9). Le variabili socio-demografiche considerate sono dettagliate nella tabella 1.

Per quanto riguarda lo stato civile, il 50% del campione è

Tabella 1. CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE E PRESA IN CARICO

VARIABILE	n. pazienti e %	% pazienti presi in carico	Pearson ChiSquare
<b>Genere</b>			
Maschi	116 (70.7%)	57.8	p 0.004
Femmine	48 (29.3%)	81.3	
<b>Stato civile</b>			
Celibe/nubile	41 (25%)	61	p 0.789
Coniugato/convivente	82 (50%)	67.1	
Divorziato/separato	33 (20.1%)	60.6	
Vedovo	8 (4.9%)	75	
<b>Occupazione</b>			
Disoccupato	34 (20.1%)	57.6	p 0.185
Libero professionista	27 (16.5%)	70.4	
Dipendente	54 (32.9%)	64.8	
Casalinga	23 (14%)	82.6	
Pensionato	26 (15.9%)	53.8	
<b>Diagnosi alcolica</b>			
Abuso	22 (13.4%)	59.1	p 0.360
Dipendenza	142 (86.6%)	65.5	
<b>Patologie alcol-correlate</b>			
Presenti	146 (89%)	68.5	p 0.054
Assenti	18 (11%)	51.5	
<b>Frequenza ai gruppi di auto-aiuto</b>			
Presente	66 (40.2%)	80	p 0.360
Assente	98 (59.8%)	54.5	

coniugato o convivente, il 25% celibe o nubile, il 20% è separato o divorziato, il 5% è costituito da vedovi.

Per quanto riguarda il livello occupazionale più della metà dei pazienti esaminati sono occupati, con una distribuzione abbastanza omogeneamente fra tutte le categorie considerate (che derivano dalla scheda anamnestica reperibile in cartella), emerge solo una lieve preponderanza di lavoratori dipendenti (32.9%).

La diagnosi alcolologica è di alcoldipendenza nell'86% dei pazienti, e abuso di alcol nel restante 14% del campione.

Le patologie alcol-correlate sono presenti nell'89% dei pazienti considerati; maggiormente rappresentate sono le patologie epatiche (60.4%) e quelle gastroenteriche (16.5%). La comorbilità psichiatrica è presente in 115 pazienti (70%) così distribuiti: 61 (37,2%) con esclusiva diagnosi Asse I (DSM IV), 24 pazienti (14,6%) con esclusiva diagnosi di disturbo di personalità, 30 con diagnosi sia Asse I che Asse II (18,2%). Maggiormente diagnosticati, fra quelli dell'Asse I, sono i Disturbi dell'umore (più del 70%); il 3% ha in anamnesi un tentato suicidio. Per quanto riguarda i disturbi di personalità prevale il borderline (33.3%), seguito dal 14% di NAS (ove non prevale nettamente un disturbo) e dai disturbi di personalità dipendente/evitante (22.2%) (tabella 2).

#### Fattori che influenzano la presa in carico.

Si è quindi proceduto a correlare le variabili socio-demografiche, psicopatologiche e alcolologiche alla presa in carico. Per quanto riguarda il genere anche in questo studio si conferma che la presa in carico è più facile nelle donne (tabella 1), nonostante la netta prevalenza del genere maschile nel campione. Lo stato civile non sembra influenzare la possibilità della presa in carico. Anche la variabile occupazione non presenta

correlazioni statisticamente significative con la presa in carico del paziente alcolista; si può notare che in ciascuna categoria occupazionale vi è una presa in carico superiore al 50% del campione, e ancora una volta le donne, casalinghe, hanno la maggiore percentuale di aderenza al trattamento (l'82% di esse viene presa in carico).

Per quanto riguarda la diagnosi alcolologica (tabella 1), la presa in carico non risulta più facile o difficile in termini di significatività statistica, nei due gruppi di pazienti, alcolodipendenti e *abuser*. Tuttavia si può osservare un trend di maggior adesione al trattamento fra i pazienti con diagnosi di dipendenza (65.5%), rispetto ai pazienti con diagnosi di abuso (59.1%). Tale dato può essere spiegato da un lato dal prevalere in questa categoria alcolologica di pazienti con personalità dipendente/evitante, che tendono a instaurare una sorta di dipendenza dal servizio cui si rivolgono, dall'altro i pazienti dipendenti tendono ad assumere quantità di alcolici maggiori, in modo continuativo, pertanto presentano più frequentemente patologie organiche che stimolano il paziente a non sottovalutare la problematica alcolologica e iniziare un trattamento.

Per quanto riguarda l'effetto della comorbilità psichiatrica sulla presa in carico, nel campione non si evidenziano differenze significative tra i pazienti con o senza co-diagnosi psichiatrica sull'Asse I (tabella 2). Allo stesso modo non si evidenziano correlazioni significative tra una particolare diagnosi sull'Asse I e la presa in carico del paziente alcolista. Si può comunque osservare un trend positivo di più facile presa in carico fra i pazienti con disturbi d'ansia (85.7%) e con un disturbo depressivo (67,7%) rispetto alle altre categorie diagnostiche, come ad esempio la psicosi (5,5%).

Da segnalare nel campione la significativa presa in carico dei pazienti alcolisti con diagnosi di disturbo di personalità (Asse II), rispetto ai pazienti senza tale diagnosi. Tali pazienti sono rappresentati per un terzo da borderline e per un quarto da dipendenti/evitanti. Tale dato è peculiare e abbastanza in disaccordo con quanto si evidenzia in letteratura.

Non si può considerare significativo il dato relativo ai disturbi di personalità narcisistico/istrionico perché tale categoria diagnostica nel nostro campione comprende solo 5 pazienti. Nei casi in cui al disturbo di personalità si associa un disturbo sull'Asse I (di solito dell'umore) si verifica una più facile presa in carico. Anche la presenza di una sofferenza organica, quindi di patologie alcol-correlate, facilita la presa in carico: il 68,5% dei pazienti che presenta una o più patologie alcol-correlate aderisce al trattamento, contro il 51,5% dei pazienti che non ne presentano alcuna. La differenza tra i due sottogruppi di pazienti è di poco inferiore alla soglia per la significatività statistica.

E infine la frequenza ai gruppi di auto-aiuto sembra essere una variabile che favorisce la presa in carico, con una correlazione altamente significativa dal punto di vista statistico (tabella 2).

I gruppi di auto-aiuto infatti, attraverso la condivisione e il confronto dei problemi tra i partecipanti, l'aiuto reciproco, l'assenza dell'atteggiamento giudicante "moralistico" di cui l'alcolista si sente spesso vittima, stimolano la presa di

Tabella 2. COMORBILITÀ PSICHIATRICA E PRESA IN CARICO

VARIABILE	Totale pazienti	% pazienti presi in carico	Pearson ChiSquare
<b>Diagnosi disturbo Asse I</b>			
Positivo	91 (55.5%)	68.1	p 0.189 ns
Negativo	73 (44.5%)	60.3	
<b>Tipo di diagnosi</b>			
Disturbi d'ansia	7 (7.7%)	85.7	p 0.611 ns
Disturbi depressivi	62 (68.1%)	67.7	
Disturbo bipolare	3 (3.3%)	100	
Disturbi psicotici	5 (5.5%)	60	
Psicosi alcolica	6 (6.6%)	50	
Politossicodipendenza	8 (8.8%)	62.5	
<b>Diagnosi asse II</b>			
Positivo	54 (33%)	83.3	p 0.000
Negativo	110 (67%)	55.5	
<b>Tipo di diagnosi</b>			
DDP borderline	18 (33.3%)	88.9	p 0.250 ns
DDP paranoideo	5 (9.3%)	60	
DDP dipendente/evitante	12 (22.2%)	91.7	
DDP istrionico/narcisistico	5 (9.3%)	100	
DDP altri e NAS	14 (25.9%)	71.4	
<b>Co-diagnosi Asse I e II</b>			
Presente	30 (18.3%)	80	p 0.038
Assente	134 (82.7%)	61.2	

coscienza del problema, favoriscono il mantenimento della motivazione al trattamento e forniscono un importante supporto nei momenti di crisi.

## DISCUSSIONE

L'analisi dei dati relativi ai 164 pazienti afferiti dal 1994 al 2003 al Servizio di Alcologia della Clinica Psichiatrica dell'Ospedale Maggiore ci ha permesso di formulare alcune osservazioni utili per una maggiore comprensione di questa tipologia di pazienti e dei fattori che possono favorire il raggiungimento del difficile obiettivo di una loro presa in carico. Allineandosi con quanto da tempo riconosciuto in letteratura (8), anche il nostro campione non presenta correlazioni significative fra le diverse caratteristiche socio-demografiche e l'alcolismo: non esiste un "alcolismo tipo", ma varie tipologie.

Il campione è sufficientemente rappresentativo della tipologia dell'alcolista italiano che si rivolge a un servizio specialistico ospedaliero con una netta prevalenza di soggetti di sesso maschile, un'età media di presentazione al servizio over 50 anni e mediamente un buon supporto socio-familiare. Età, stato civile e livello di occupazione nel campione in esame non sembrano essere fattori che favoriscono od ostacolano in modo significativo la presa in carico, discostandosi da un simile studio condotto su pazienti americani in cui l'età più avanzata appariva ridurre l'entrata in trattamento rispetto ai giovani (5). Significativa è invece la maggior adesione al trattamento delle donne.

La percentuale di uomini che aderisce al progetto terapeutico, comunque bassa, è caratterizzata costantemente dalla presenza di una patologia organica conclamata, per lo più datata. Come indicato sempre nello studio di Kirchner la presenza di patologie alcol-correlate sembra essere un elemento facilitante l'entrata in trattamento, forse perché i pazienti ricevono maggiori informazioni dai curanti sulla patologia e sugli esiti del trattamento (5). In una cultura del bere condivisa il dato organico può spaventare o funzionare da deterrente più della condizione psicopatologica di "dipendente". La "leva salute" funziona nell'uomo perché sostenuta da altro, che spesso è lo stimolo e il supporto familiare. Nel caso della donna la famiglia può invece avere atteggiamenti ambivalenti e in alcuni casi negativi, come il rifiuto, la negazione o l'esclusione, che non aiutano la paziente nel percorso terapeutico. Sebbene la donna alcolista viva nella maggior parte dei casi con vergogna il proprio comportamento alcolico, e quindi tenda a tenerlo nascosto, la più veloce comparsa di complicanze e la più frequente associazione con un importante carico emotivo e traumatico, la portano anche nel nostro studio a chiedere e intraprendere un trattamento molto più frequentemente dell'uomo confermando l'osservazione fatta da altri studi (10). La maggiore prevalenza di comorbidità psichiatrica nel nostro campione rispetto ai dati internazionali (3,6%) è motivabile dalla natura stessa del servizio che è inserito in una Clinica Psichiatrica, all'interno di un ospedale, ed è quindi identificato in modo specifico per le consulenze nei casi complessi. Sebbene la presenza in generale della comorbidità per i disturbi maggiori non sembri nello studio influire significativamente sulla presa in carico, è da segnalare che nei casi in cui il paziente presenti quadri psicopatologici associabili ad alti livelli di sofferenza soggettiva, con buona critica di malattia, come nei disturbi d'ansia e depressivi, la comorbidità favorisce

in modo tendenzialmente significativo la presa in carico. La significatività è minore nei casi di psicosi schizofreniche e disturbi deliranti, in cui la consapevolezza di malattia è in generale ridotta.

Nei pazienti con disturbi di personalità diagnosticabili, e quindi non solo tratti disfunzionali, si rileva un'alta percentuale di presa in carico. Se il dato non sorprende per i pazienti con disturbo di personalità dipendente ed evitante, esso appare più peculiare nel caso della percentuale del 33% dei pazienti con disturbo di personalità borderline presi in carico, che sono considerati pazienti con grosse difficoltà a entrare nei protocolli molto strutturati e rigidi tipici dei programmi per le dipendenze (4).

La spiegazione di questo dato si potrebbe trovare in alcuni fattori relazionali, aspecifici del trattamento, quali l'uso di un approccio personalizzato, un atteggiamento non critico della dipendenza, la definizione condivisa con il paziente del programma motivato in ogni sua parte, ben strutturato, ma non rigido, un clima empatico aperto ad accogliere la persona nella sua complessità e con le sue possibili resistenze e difficoltà, che sono elementi caratterizzanti la modalità di approccio e l'agire terapeutico dell'équipe del Day Hospital riabilitativo e dell'Ambulatorio di alcologia ove si attuano i programmi di trattamento per i casi in comorbidità. Questo tipo di atteggiamento infatti costituisce un valore aggiunto che diviene elemento indispensabile e integrativo dell'intervento terapeutico.

## CONCLUSIONI

In conclusione si può osservare che, per i pazienti con un quadro complicato dalla presenza contemporanea di alcolismo e di una problematica psichiatrica, l'offerta di un approccio integrato di trattamento rispondente maggiormente alle esigenze del paziente può facilitare la sua presa in carico. Questo sembra valere anche per il paziente più complesso e spesso considerato "difficile", come il paziente con disturbo di personalità borderline. Poiché questi pazienti spesso necessitano di una pluralità di interventi, ben calibrati fra loro e inseriti in un progetto unitario, ben strutturato. Il rischio per questi pazienti è quello della dispersione fra diversi servizi, se non ben coordinati, e in questa dispersione veder amplificate le proprie modalità relazionali disfunzionali, come la manipolazione, la collusione, l'*acting out*.

Un programma terapeutico integrato, come quello descritto, pur offrendo accoglienza, ascolto e differenziate risposte alle richieste del paziente, non collude con la sua confusività, anzi gli permette di percepire la presenza di un'unità "pensante" – il responsabile del progetto e tutta l'équipe – che calibra le varie tappe del progetto, che può tollerare eventuali ricadute e può aiutare il paziente nella lenta ricostruzione di una "personalità" più armonica sulla quale basare una vita in cui non ci sia bisogno di ricorrere all'alcol come modalità di *coping* prevalente, elemento compensatorio, riempitivo di un "vuoto" o diluente di un "troppo pieno" emotivo.

*\* Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena, Milano  
Per corrispondenza: Dr.ssa Caterina Viganò, Pad. Guardia II, Ospedale Policlinico, Via F. Sforza 35, 20122 Milano  
Caterina.vigano@unimi.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. RIEGER D.A., FARMER M.E., RAE D.S., LOCKE B.Z., KEITH S.J., JUDD L.L. et al.: *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. JAMA, 264 (19), 2511-2518, 1990.
2. KESSLER R.C.: *The epidemiology of dual diagnosis*. In: *Biolog Psych* vol 56, 10, 730-737, 2004.
3. KESSLER R.C., CRUM R.M., WARNER L.A., NELSOPN C.B., SCHULLENBERG J., ANTHONY J.C.: *Lifetime co-occurrence of DSM III R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in National Comorbidity Survey*. Archives Gen Psych, 54 (4): 313-321, 1997.
4. MANN K., HINTZ T., JUNG M.: *Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome?* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 254, 172-181, 2004.
5. KIRCHNER J., BOOTH B., OWEN R., LANCASTER E., SMITH R.: *Predictors of patient entry into alcohol treatment after initial diagnosis*. Journal of Behavioural Health Services & Research, 27: 3, 339-346, 2000.
6. WAGNER T., KRAMPE H., STAWICKI S., REINHOLD J., JAHN H., MAHLKE K., BARTH U., SIEG S., MAUL O., GALWAS C., AUST C., KRONER-HERWIG B., BRUNNER E., POSER W., HENN F., RUTHER E., EHRENREICH H.: *Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment-results of a prospective study*. Journal of Psychiatric Research, 38, 619-635, 2004.
7. FIORITTI A., SOLOMON J. (1996): *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. Franco Angeli, Milano, 2002.
8. GALANTER M., KLEBER H. D.: *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, 1998.
9. BA G.: *Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica*. Franco Angeli, Milano, 2003.
10. PETTINATI H.M., RUKSTALIS M.R., LUCK G.J., VOLPICELLI J.R., O'BRIEN C.P.: *Gender and psychiatric comorbidity: impact on clinical presentation of alcohol dependence*. Am J Addiction, 9: 242-252, 2000.
11. BA G., VIGANO C.: *Strategie di intervento per l'individuazione e l'approccio dei soggetti a rischio per l'uso di alcol*. Atti XXXIX Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria, Riccione, 1994. In: *Formazione Psichiatrica*, anno XVI, n. 1, pp 309-318, gen-mar 1996.
12. BA G., FERRARI B., VIGANO C.: *Alcolismo*. In: *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*, G. Invernizzi (ed.), McGraw-Hill, 215-228, Milano, 2006.

## Osservazioni e valutazioni intorno alla qualità della vita e ai bisogni di cura nel disagio psichico attraverso l'utilizzo del PTI

di Marco Cammarano, Anna Gardiner\*

### IL PTI

Secondo quanto indicato dal Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 della Regione Lombardia (PSSR 2002-2004) vengono individuati come percorsi di cura: la consulenza per le patologie "minori" con corresponsabilizzazione dei MMG; l'assunzione in cura per la risposta a bisogni di trattamento essenzialmente specialistico con l'elaborazione di protocolli di trattamento specifici; la presa in carico (trattamento integrato) per

il soggetto con disturbi psichici gravi e che richiede programmi articolati nel tempo.

### PRESA IN CARICO (TRATTAMENTO INTEGRATO)

Il percorso territoriale della presa in carico è indicato per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni "complessi". L'identificazione di tali utenti avviene attraverso una valutazione multidimensionale che prende in considerazione diverse aree:

- a. diagnosi nosografica (diagnosi elettive: disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità)
- b. gravità clinica
- c. funzionamento sociale
- d. caratteristiche della rete familiare e psicosociale
- e. precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici.

Dal punto di vista organizzativo il percorso di presa in carico è fondato su un Piano di Trattamento Individuale. Il PTI deve essere contenuto nella cartella clinica e regolarmente aggiornato al massimo entro un anno dalla precedente stesura per ogni utente. Il PTI avrà i seguenti requisiti:

1. Indicazioni delle motivazioni psicosociali che hanno evidenziato la necessità di una presa in carico.
2. Tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe (trattamento psichiatrico e psicologico; iniziative volte a garantire un supporto assistenziale; iniziative riabilitative; iniziative volte a sostenere e coinvolgere nel progetto di cura i familiari del paziente; attivazione e monitoraggio di trattamenti di tipo residenziale o semiresidenziale).
3. Verifiche periodiche dell'andamento del progetto.
4. Composizione della micro équipe titolare del progetto.
5. Individuazione del referente complessivo del progetto (*case manager*), che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione.

La scheda sintetica di PTI è firmata dal *case manager* e dal medico referente del progetto, viene vista dal direttore della UOP (o da un suo delegato) e sottoscritta dall'utente (anche se non obbligatoriamente).

*Nell'ambito del percorso territoriale della presa in carico risulta rilevante l'adozione di strategie di valutazione dell'esito e della soddisfazione degli utenti attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica. La valutazione degli esiti dei programmi di cura, ripetuta nel tempo, rappresenta un requisito indispensabile per un confronto in ambito scientifico, economico e organizzativo.*

### I BISOGNI DI CURA: LA CAN

La CAN è un'intervista semistrutturata che prende sistematicamente in considerazione tanto il punto di vista dello staff quanto quello dei pazienti. La CAN esplora ventidue aree che coprono la maggior parte dei bisogni di cura dei pazienti psichiatrici; ognuna di queste aree viene analizzata in una pagina dello strumento e ogni pagina è a sua volta suddivisa in quattro riquadri: il primo valuta la presenza e il grado del bisogno; il secondo l'aiuto fornito da parte di amici e fami-