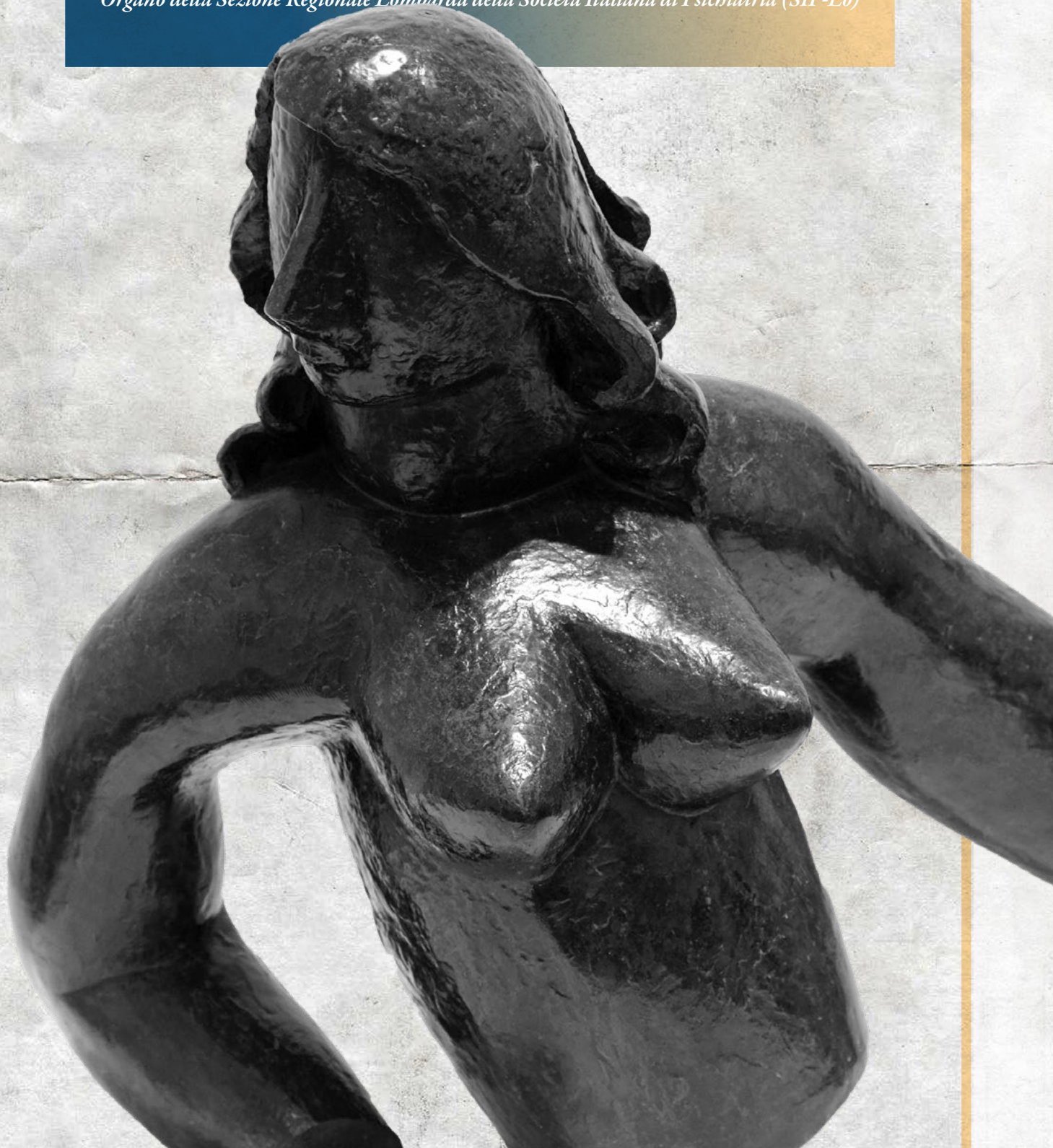




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





Il valore della ricerca.

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

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

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

Janssen. Più vita nella vita.

janssen 



SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
[Paperplane snc](http://paperplane.snc)

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

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

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

3 Siamo responsabili dei nostri sogni?
di Giannelli A.

14 Una particolare attenzione all'ansia ai
tempi del Covid-19
di Cerveri G.

19 Tracciare la solitudine nel post
Sindemia
di Mencacci C.

RECENSIONI

21 I grandi pensieri vengono dal cuore
Educare all'ascolto
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

23 Il Progetto innovativo TR65
Budget di salute dell'ASST Pavia
di Abbiati V., Marraffini E.,
Arosio P.L., Migliarese G., Politi P.

30 Study skills e intervento precoce
di Amato L., Flauto S., Tirelli V.,
Meneghelli A., Monzani E.

35 Suonare per curare: il gruppo musica in
riabilitazione psichiatrica
*L'esperienza riabilitativa musical-
letteraria nel vivere il tempo "sospeso" del
primo lockdown*
di Besana F., D'Amato M., Tanzi A.,
Silva A., Rocchetti M., Farinella E.,
Politi P.

46 La personalizzazione della cura nella
schizofrenia
Un caso clinico
di Cusi L., Porcellana M., Morganti C.,
Percudani M.

53 I percorsi dell'urgenza
*Rilevazione dell'intervento urgente
psichiatrico presso il DEA del P.O. San
Carlo Borromeo nel corso della seconda
ondata della pandemia da COVID-19*
di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G.,
Martini A., Ferrarini F., Fui E.,
Faraci G., Santini A., Petri E.,
Salvaggio F., Tisi G., Gallotti P., Colombo
M., Carozzi A., Magnolfi V., Candotti
S., Ranieri R., Sileoni A., Miragoli P.

60 Psichiatria e migrazione
*Dal riconoscimento della vulnerabilità
all'accompagnamento alla cura di
pazienti migranti, richiedenti asilo
e vittime di tortura*
di Marzagalia M., Calatroni R.,
Zanobio A., Cardullo A., Contini M.,
Curia M., Mosca L., Ruffetta C.,
Stirone V., Percudani M.

72 L'esperienza di una struttura
residenziale riabilitativa di ASST
Lariana in Appiano Gentile dedicata ai
giovani adulti
Gli interventi e gli esiti
di Molinari G., Alamia A., Di Noia M.P.,
Menni A., Pini M., Di Leva A., Brambilla
M., Casarin N., Cominardi S., Fraticelli
C.

80 Nuovi orientamenti della contenzione
fisica nei servizi psichiatrici italiani
crocevia di una rivoluzione silenziosa
di Nichini C., Alecci E.

91 Insorgenza di disturbi psichiatrici in
pazienti ospedalizzati per infezione da
sars cov-2
di Paletta S., Bonizzoni M., Vercesi M.,
Grasso F., Bertorello A., Grassi S., Cerveri
G.

99 Recovery in psichiatria
di Vaccaro A.G., Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

115 La prescrizione farmacologica OFF
LABEL in psichiatria
di Mantovani R. e Mantovani L.

LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

117 L'intelligenza emotiva degli infermieri e
la soddisfazione dell'utente nel servizio
psichiatrico di diagnosi e cura
Studio osservazionale
di Iacometti G., Parini A.M.,
Frediani G., Moro C.

IN COPERTINA: *Baigneuse (fragment)*, Henri Laurens, 1931
Collezione Tate Modern

© Marie-Lan Nguyen / Wikimedia Commons / CC-BY 2.5

Siamo responsabili dei nostri sogni?

Alberto Giannelli

Non è una domanda così strana e inconsueta, se pensiamo che una volta se l'era posta lo stesso Freud ¹.

Comunque, la mia personale risposta immediata è *no*. Se così non fosse, al momento di coricarci sceglieremmo il tema dei nostri sogni per rendere più piacevole il nostro sonno (ma, attenzione, ci sono ricerche recenti su tecniche non invasive di manipolazione dei sogni). E se così non fosse, non ci sarebbero individui che soffrono di insonnia solo per il timore di fare brutti sogni. O altri, addirittura tanatofobici (la paura della morte di una persona cara più che della propria). È interessante ricordare come nella mitologia greca Tanatos, figlio della Notte, sia il fratello gemello di Ipnos.

A sua volta, il *sonnambulismo* è una parasonnia dovuta a un disturbo del sonno non-REM, nel quale non c'è l'atonia muscolare e il soggetto può alzarsi dal letto e girovagare per la casa. In genere non succede, ma qualora girovagando provocasse danni alle cose o a sé stesso o ad altri (ad esempio, a coloro che cercassero di risvegliarlo, cosa, oltre che difficile, imprudente) lo definiremmo responsabile? Certamente, *no*. Si può obiettare che il sonnambulo non sogna, sulla base che al risveglio, da subito lucido, non dice, a chi glielo chiede, di aver visto immagini oniriche, ma poiché c'è amnesia di quello che gli è successo nella notte, non si può escludere che invece abbia sognato. Sia nell'u-

O lente, lente currite noctis equi
(Ovidio, Amores 1,13)

no che nell'altro caso non è responsabile né dei sogni né di eventuali danni provocati.

Ci vorrebbe una polisonno-

grafia per vedere se mentre gira per casa il tracciato EEG presenta onde rapide e di basso voltaggio, che denunciano la presenza di fasi REM, (quali quelle della veglia, per cui il *sonno REM è detto anche paradosso*). Ma, neanche questo toglierebbe ogni dubbio, perché si sogna pure, anche se più raramente, nelle fasi di sonno profondo, quando nel tracciato compaiono onde lente e di medio-alto voltaggio, ma in questo caso i sogni hanno caratteristiche diverse ².

Del sogno, il sonno va considerato l'indispensabile *setting neurobiologico*.

Tuttavia, ci sono i *sogni diurni*, detti anche, non so quanto propriamente, *sogni al occhi aperti*. Si tratta di scenari immaginati nello stato di veglia, che hanno alcune caratteristiche del sogno vero e proprio, con prevalenza però dell'elaborazione secondaria che li rende meno incomprensibili e assurdi. Stanno, per così dire, tra fantasie e sogno, e godono per la loro creazione di una censura piuttosto indulgente. "Con i ricordi infantili cui si rifanno — scrive Freud — hanno pressappoco lo stesso rapporto che certi palazzi barocchi di Roma hanno con le antiche rovine, le cui pietre quadre e le cui colonne hanno fornito il materiale per la costruzione più recente". Sono, dunque, non

1. Freud S., *Opere*, Boringhieri, vol.3, 1970

2. Mancina M., *Sentire le parole*, Bollati Boringhieri, 2014



John Everett Millais, *Ophelia*, 1851-1852

irrilevanti per l'inconscio da cui provengono i sogni durante il sonno³. Oltre al sonnambulismo ci sono altri disturbi del sonno (incubi, terrore, gambe senza riposo, apnee ostruttive, narcolessia ecc.) che esulano dal tema che intendo qui affrontare.

Tuttavia, non è esaustiva la risposta alla domanda: se siamo responsabili dei nostri sogni, alla quale ho risposto *no*. Perché è una risposta che sembra scontata, ma non lo è in quanto non tiene conto di quali sogni si tratti. Nel linguaggio (nel gergo) psicoanalitico, ci sono sogni *dall'alto* e sogni *dal basso*.

I *primi* sono in qualche modo correlati a esperienze diurne che hanno trovato posto nel preconscious, più raramente

nell'inconscio, e che, sia pure leggermente modificati per effetto della censura, trovano rapidamente, una volta ricordati al risveglio, una loro spiegazione. Sono anche sogni *protettori* del sonno, in quanto in loro assenza l'individuo non riuscirebbe ad avere un sonno regolare e andrebbe incontro a (sgradevoli) risvegli notturni. In molti casi sono sogni *professionali*, analogamente a quanto succede in certi deliri, quale ad esempio il *delirium tremens* dell'alcolista, nel quale il paziente vede nell'infermiere o nel medico, entrambi in camice bianco e accanto al suo letto, i camerieri o i lavapiatti del ristorante o della bettola dove lavora. E crede fermamente in quello che vede. Analogamente, nel sogno si crede in quello che si vede o si fa, come nei deliri e

3. Per i riferimenti a Freud S.: *L'interpretazione dei sogni* (1900), Opere, vol. 3, Boringhieri, 1970
Jones E., *Vita e Opere di Freud*, vol. 2, Il Saggiatore, 1962
Freud S., *Voci di enciclopedia. Psicoanalisi e teoria della libido* (1922-23), Biblioteca Boringhieri, 1977

nelle allucinazioni: come non pensare a un sogno leggendo o vedendo in teatro il delirio di Ofelia?

Un esempio di sogno dall'alto è quello di un paziente riportato dallo stesso Freud:

un pigro studente di medicina, per risparmiarsi il fastidio di alzarsi dal letto, sogna di essere già al lavoro in ospedale.

Oltre che professionale, questo è un sogno protettore del sonno. È anche appagamento di un desiderio infantile (dormire fino a tardi il mattino pur sapendo che la campanella di ingresso nella scuola suona alle otto). Un sogno, questo, a dir così elementare, dove la distinzione tra contenuto latente e manifesto è poco dotata di senso. Mi sento di dire che di un sogno del genere quello studente è responsabile. Un sogno come questo può essere definibile anche come di *comodità* nel senso che permette di continuare a dormire comodamente nel proprio letto e nel tempo stesso di essere al lavoro come il dovere imporrebbe.

Dotata di senso è invece la distinzione tra sogno manifesto e sogno latente.

Riporto, ad esempio, il caso di un paziente, anche questo giovane, che seguivo in psicoterapia a orientamento analitico, il quale mi porta, più curioso che imbarazzato, un sogno fatto due notti precedenti la seduta:

Ero sul tram e dovevo scendere a una data fermata, ma il tramviere non si ferma. Contrariato, vado al posto di guida e gli grido: perché ha saltato quella fermata? Con tutta calma mi risponde: perché lei non ha suonato il campanello posizionato vicino alla porta. Qui il ricordo del sogno sfuma. Chissà quanti accidenti gli ho mandato scendendo. Ma questo nel sogno non c'è, o almeno non lo ricordo.

A prima vista sembra un sogno banale, ma *un sogno, qualsiasi esso sia, non è mai banale* (anche se, come in questo caso, capita a tanti di non poter scendere dal tram a una certa fermata solo per essersi dimenticati di avvisare il tramviere premendo l'apposito pulsante). Conosco bene

quel paziente e la sua biografia. Ascoltandolo, mi viene in mente che molti mesi prima era arrivato all'appuntamento in ritardo e mentre si scusava io lo rassicuravo dicendogli che con i mezzi pubblici non è facile essere puntuali. Al che lui ha replicato: "ma guardi che io non li prendo mai, anche qui da lei vengo quasi sempre a piedi, solo qualche volta in moto". Sempre, quando in seduta mi porta un sogno, a volte anche più di uno, è subito curioso di sapere "quello che vuol dire". A volte lo accontento, a volte no, a seconda di quale sogno si tratti e a che punto è il rapporto transferale con me. Ho avuto l'occasione di dargli la mia interpretazione molte sedute dopo: stava parlando del suo rapporto con la figura paterna. Con la cautela con la quale do ai pazienti la mia interpretazione dei loro sogni, gli ho ricordato quel sogno e gli ho fatto capire che il tramviere ero io e che lui protestava con me. Allibito, ha esclamato: "lei il tramviere? Ma non posso crederci!". In fondo, gli ho spiegato, il mestiere del tramviere è quello di *guidare* e, a ben vedere, anch'io guido, lo *guido* nella direzione di liberarsi dalle sue ansie e di capire finalmente perché non è mai andato d'accordo con suo padre, la cui *guida* (autorevole e fin troppo rigida) fin da quando era bambino non ha mai accettato. Ma in quel periodo in cui ha fatto quel sogno, c'era anche ambivalenza nei miei confronti e si trattava di capire il perché, ai fini di un buon proseguimento della terapia. Il contenuto manifesto del sogno non era che la punta di un iceberg nel quale si celava il contenuto latente, quello più importante, anzi fondamentale. Il sogno con il suo contenuto manifesto, non privo di accento polemico con me declassandomi a tramviere, è sfuggito al controllo della censura, scegliendo la strada di essere bizzarro e incomprensibile, visto che lui non prendeva mai i mezzi pubblici e che è capitato solo una volta che arrivasse in ritardo. Polemico, anche perché quella seduta era l'ultima prima della pausa estiva e doveva pagare il mio onorario, così come si paga per salire e viaggiare su

un tram. A parte il fatto, che parecchie volte definiva suo padre tirchio e restio a dargli la paghetta quando ancora studente non aveva che quel piccolo introito, meno male che provvedeva sua madre. Di questo sogno dico che il paziente *non* è responsabile.

Lo psichiatra nell'esercizio delle sue funzioni si limita a chiedere al paziente (spesso nel pubblico, dove il tempo a disposizione è poco) o al cliente (qualche volta anche nel privato, dove il tempo a disposizione lo decide lui) come va il suo sonno, e se sospetta di avere davanti a sé un depresso gli chiede se al mattino il suo risveglio definitivo è precoce, raramente se sogna e se i sogni se li ricorda. I disturbi del sonno, molto frequenti nella popolazione generale, sono spesso appannaggio dei neurologi, ai quali i soggetti si rivolgono in prima battuta (ricevendo sovente prescrizioni farmacologiche poco efficaci, se non dannose). Non ho mai conosciuto un paziente già rivoltosi prima a un neurologo, al quale questi gli abbia chiesto dei suoi sogni. Eppure, tutti sappiamo che è stata la neurofisiologia a scoprire nel 1953 la fase REM del sonno, non solo, ma anche più tardi a rilevare come nel depresso si accorci il tempo che intercorre, tra l'addormentamento e la prima fase di sonno paradossale. La prima testimonianza dell'apporto che le neuroscienze hanno dato all'interpretazione di molti eventi psichici è proprio quella della scoperta della fase REM. Che prende il suo avvio dal ponte (di Varolio), cioè dalla parte centrale del tronco cerebrale, per poi irradiarsi alla corteccia ⁴.

Non ci sono dubbi che il sogno sia un evento squisitamente psichico, universale, al punto che Freud lo definiva la psicosi dell'uomo normale e prima di lui Schopenhauer diceva che il sogno è una psicosi breve e la psicosi un lungo sogno. *Un uomo di settanta anni in buona salute ne ha trascorsi almeno sei interi sognando, in media due ore per*

notte, anche se una volta sveglio non si ricorda o non gli sembra di aver sognato. Alle acquisizioni neurofisiologiche si correlano quelle neurochimiche che interessano alcuni neuromodulatori che regolano il sonno nelle sue cinque fasi, ivi inclusa, naturalmente, quella REM. Dare importanza a queste acquisizioni è necessario, sia per meglio capire il funzionamento di quella straordinaria macchina che è il cervello umano, sia per intervenire con idonee terapie nei vari disturbi del sonno, tra i quali mi sono soffermato solo su sonnambulismo.

Quando un paziente mi racconta un sogno in cui, terrorizzato e di notte, cerca di allontanarsi da un male intenzionato, mi devo, in prima battuta, preoccupare delle sue paure e della sua angoscia, non dei neuroni o dei circuiti neurosinaptici del suo cervello, perché è lui che ha paura, non loro. Sarà in un secondo momento, quando il timore di rifare quel sogno si sarà placato (magari con un adatto e breve intervento farmacologico) inizierò a sondare nel suo mondo interiore il perché di quel sogno, scendendo dal contenuto manifesto a quello latente, nascosto nei meandri del suo inconscio (*la strada regia per accedere all'inconscio*, ammoniva Freud, *è il sogno*). La parte *sintattica* del sogno la posso capire ricorrendo alle acquisizioni neuroscientifiche di cui ho appena accennato, quella *semantica* no, perché per coglierne il significato devo rifarmi alla linguistica, alla mitologia, agli equivalenti simbolici delle immagini oniriche, adottando anche la tecnica delle libere associazioni, senza mai perdere di vista la biografia del paziente: *è il suo Io il protagonista assoluto* del sogno. Freud definisce *egoisti* i sogni nei quali *"compare sempre l'amato Io"*.

Farò, insomma, il contrario di quello che ha fatto il lavoro onirico. Senza entrare nei dettagli — questa non è la sede — mi limito a dire che il contenuto manifesto è un

4. Un altro esempio, questo più recente, dell'apporto della neurofisiologia alla conoscenza di fenomeni squisitamente psichici è quello dell'*empatia* che trova nell'attività del *mirror system* la sua spiegazione cerebrale.

compromesso tra forze contrastanti: quelle del contenuto onirico latente da una parte e quelle delle difese dell'Io dall'altra. Interpretare un sogno è un'operazione lunga e complessa, per cui è necessaria una specifica preparazione personale del terapeuta. (Anche questo è un motivo di difficoltà a svolgere questo lavoro in un servizio pubblico, come ho già in precedenza accennato).

A me piace definire i sogni diversivi folli che la mente si concede durante il sonno. Ma la mente ci delude quando al risveglio non ce li ricordiamo, fatti salvi alcuni frammenti insufficienti a dargli un attendibile significato. Dimenticandoli, la mente ci delude perché si oppone alla nostra partecipazione a quei diversivi, cioè al sondaggio dei fondali della stessa interiorità.

Lo stesso Freud si è occupato della dimenticanza dei sogni. Egli scrive "che al mattino il sogno si *dissolva* è *proverbiale*. Ma, naturalmente, lo si può ricordare. Difatti, conosciamo il sogno solo attraverso il ricordo che ce ne rimane dopo il risveglio, ma molto spesso ci pare di ricordarne soltanto una parte, mentre nella notte esso era assai più ricco. Possiamo notare come il ricordo ancora vivido al mattino svanisca durante il giorno lasciando minuscoli frammenti, sappiamo spesso di aver sognato, ma non che cosa, e siamo talmente abituati all'esperienza che il sogno è soggetto a dimenticanza, da non trovare assurdo che possa aver sognato anche chi al mattino nulla sa del contenuto del sogno e neppure del fatto di aver sognato. D'altra parte si verifica che certi sogni persistono nella memoria con straordinaria tenacia. In alcuni miei pazienti ho analizzato sogni che risalivano a venticinque anni prima o anche oltre; io stesso ricordo

un sogno che risale almeno a trentasette anni fa e che tuttavia ha mantenuto intatta la sua freschezza. Tutto ciò è assai strano e a prima vista incomprensibile". E continua citando vari autori che si sono occupati di questo problema, tra cui V. Egger (1898): "...l'osservazione dei sogni ha le sue particolari difficoltà e il solo modo di evitare ogni errore in tale campo è di mettere per iscritto senza alcun indugio ciò che si è appena provato e notato; se no, sopravviene l'oblio totale o parziale; l'oblio totale non è grave, ma l'oblio parziale è perfido perché se ci si pone poi a raccontare quel che non si è dimenticato si è poi portati a completare con l'immaginazione i frammenti incoerenti e disgiunti forniti dalla memoria...si diventa artisti senza saperlo, e il racconto periodicamente ripetuto si impone alla credenza del suo autore che in buona fede lo presenta come fatto autentico, debitamente stabilito secondo le buone regole..."⁵

Ci sono altre occasioni in cui la mente ci delude. Quando, ad esempio, mente. La mente mente non è un gioco di parole. Gli animali, la realtà fisica, le piante non mentono. La mente umana sì o, se si preferisce, può mentire. Suggestiva è l'assonanza mente con menzogna e mentire. Mente deriva dal latino *mens* da cui *mentior*, infinito *mentiri*. O ci delude quando, attaccata dal "virus" della paranoia (malattia particolarmente contagiosa, che da individuale può farsi collettiva) non allerta adeguate difese fruendo di quella parte di sé che il virus non aggredisce, e si piega alla cieca volontà del male (tutti sappiamo che al di fuori del lucido e irreversibile delirio, il paranoico può comportarsi come una persona normale, banale

5. C'è spesso disaccordo fra diversi psicoterapeuti su prendere o no appunti mentre il paziente racconta un sogno. Per quanto mi riguarda lo faccio raramente e previo consenso del paziente. Altri registrano l'intera seduta. Un altro suggerimento che do al paziente è quello di non scrivere una volta sveglio il sogno che ha fatto. Questo per impedire che senza volerlo introduca un ordine negli elementi disarticolati e liberamente associati tra loro, aggiungendo un collegamento logico che nel sogno è assente. Preferisco che il paziente mi dica quello che ricorda e lo rassicuro ogni volta che si sente imbarazzato dicendomi di aver sognato e di non ricordare nulla o quasi del sogno fatto la notte precedente.

direbbe Hannah Arendt, riferendosi a qualcuno dei grandi paranoici del secolo del male, il novecento).

Se potessimo registrare i sogni, anche quelli che, deludendoci, la mente ci fa dimenticare, attraverso tecnologie sofisticate il cui arrivo non è affatto lontano, avremmo a disposizione una sorta di *archivio* contenente il diario e le documentazioni della biografia, quella oggi invisibile e illeggibile, che pur rappresenta una parte eccezionalmente importante della vita nostra e dei nostri malati. Nessuna intelligenza artificiale (AI) è ancora oggi in grado di farlo. L'AI ci è già di aiuto in molte delle nostre attività professionali, e non solo: ma varrà anche per lei la fissazione di quozienti come si usa fare per quella naturale? I confini tra le macchine e l'uomo va sempre di più sfumando. Ma teniamo presente che è l'uomo che idea e costruisce le macchine e che è sempre l'uomo che inserisce i dati dentro di esse. Almeno per adesso. Umberto Eco soleva dire che il computer non è una macchina intelligente che aiuta gli stupidi, ma una macchina stupida che funziona soltanto nelle mani delle persone intelligenti. Per me, comunque, resta affascinante l'idea di quell'archivio.

Tutti sappiamo cosa succede nel cervello durante il sogno (a colori di rado, in bianco e nero quasi sempre), quali reazioni neurovegetative lo accompagnano e come cambiano nel sangue i livelli di certi ormoni (cortisolo e ossitocina). Ma ancora poco sappiamo cosa succede nella mente, e per ora a me piace seguire la tesi di Freud, anche nelle modifiche portate da alcuni suoi epigoni e da lui stesso nelle successive otto edizioni del suo lavoro (tante sono state finché era in vita).

Sono lungi dal pensare che la psicoanalisi sia la malattia della quale pretende di essere la cura, come diceva un noto polemistà di fine ottocento, Alfred Kraus. Sono invece interessato a quanto scriveva un nostro filosofo nel 1952, Enrico Castelli, quando in Italia la psicoanalisi

era ancora conosciuta da pochi e da pochi esercitata: *"la critica filosofica ha messo in luce l'impossibilità di un pensiero subconscio*. Infatti, che significato può avere l'espressione 'esiste un pensiero impensato' non si comprende. Un pensiero subconscio è impensato perché se fosse pensato sarebbe conscio, ma *un pensiero impensato è impensabile, cioè assurdo*". Ma aggiunge: "D'altra parte, se la subcoscienza è *inammissibile*, nondimeno è *ineliminabile*. L'esperienza la testimonia continuamente e le osservazioni di Leibniz non hanno perso valore, anche dopo le obiezioni dell'idealismo. *Come conciliare l'inammissibilità con la ineliminabilità non è un problema di cui la psicologia debba interessarsi; è un problema gnoseologico...*". Queste cose il filosofo le aveva già dette nel 1936 in un intervento all'VIII Congresso di Psicologia a Roma, quando di psicoanalisi in Italia era persino impossibile occuparsi, vista l'ostilità nei suoi confronti da parte del regime fascista, già palesemente antisemita. Ricordo, tra l'altro, che quel Congresso si è tenuto proprio nell'anno in cui Freud compiva 80 anni.

Sempre a quell'epoca (inizio anni 50) un filosofo del calibro di K. Jaspers, che era anche uno psicopatologo che ben conosciamo⁶ in quanto psichiatri, scriveva una serrata, lunga e aspra critica alla psicoanalisi e, soprattutto, al suo fondatore: "...Freud non si ispira alla vera idea della scienza moderna. Sollevando molti dei veli in cui si nasconde la realtà non fa che crearne di nuovi. Fa vedere come nella storia dello spirito ci siano delle possibilità interpretative non ancora avvertite, ma poi subito manifesta pensieri astrusi che qualche volta hanno addirittura del prepotente e dello sfacciato (come nel libro di Mosè)". E sul finire scrive: *"La psicoanalisi... è rovinosa per l'autentico spirito della professione di medico..."* Ma, riconosce Jaspers finalmente in tono benevolo, ci sono terapeuti che adoperano anche i metodi della psicoanalisi,

6. Castelli E., *L'indagine filosofica e la fenomenologia della alienazione*, in Arch. di Filosofia, ed. Bocca, 1952

ma senza diventarne schiavi.⁷

Appartengo a quest'ultima categoria di terapeuti. E, come dicevo prima dell'inserito appena riportato, seguirò le tesi psicoanalitiche nell'interpretazione dei sogni, fin quando altre tesi più convincenti, magari di stretto valore neuroscientifico, verranno proposte. Aggiungo soltanto che dai tempi dei filosofi sopra menzionati molte cose sono cambiate nel corso della seconda metà del novecento e che autorevoli pensatori non sono stati alieni dal gettare un ponte comunicativo tra filosofia, soprattutto antropoesistenziale, e psicoanalisi (basta pensare a Heidegger, Lacan, Sartre, Binswanger, Cargnello ecc., ma anche allo stesso Freud, interessato nei suoi anni giovanili a seguire con attenzione le lezioni di von Brentano).

Il sogno è un teatro nel teatro della mente, non è raro che sognando il soggetto si accorga che, appunto, sta sognando. Parafrasando Pirandello e *Questa sera si recita a soggetto*, mi piace dire *Questa notte si recita a soggetto*. Il testo, quando ci corichiamo, non lo conosciamo. È come andare a vedere un film recitato in una lingua straniera e di cui non conosciamo, non dico la trama, ma neppure il titolo. O è come andare in stazione e salire sul primo treno che capita, senza avere la minima idea di dove ci porterà. E, come dice il poeta, Giorgio Caproni, su quel treno rimanere fin quando, *al momento che si comincia a capire il paesaggio, la voce del capotreno grida: si scende, il viaggio è finito*.

È quello che succede quando al mattino ci svegliamo. Se il sonno ce lo ricordiamo o no è un problema non del tutto risolto: un problema che si poneva, come già detto, lo stesso Freud in qualche parte del suo capolavoro. *L'interpretazione dei sogni*, uscito ufficialmente nel 1900 per

decisione dell'editore Franz Dieticke (Vienna-Lipsia), ma già pubblicato il 4 novembre del 1899, era un progetto presente nella sua mente fin dal 1896, l'anno della morte del padre. Nella prefazione alla seconda edizione del 1909, egli dichiara che, finito il libro, si è accorto che scriverlo è stata la reazione a tale perdita. In un'altra occasione afferma che tale intenzione (o intuizione) gli venne in mente quasi casualmente mentre pensava all'eziologia delle "psiconevrosi". Un caso di serendipità? Forse no, in quanto per lui la vita onirica nasce nel periodo "preistorico" che va da uno a tre anni, lo stesso in cui si forma l'inconscio e le "psiconevrosi" derivano proprio da tale periodo. Un periodo di cui c'è amnesia, come succede nell'isteria. È sempre in quegli anni che propone, non senza qualche incertezza, il termine *metapsicologia* per indicare la sua psicologia che va al di là della coscienza.

C'è anche la possibilità di proporre una visione metaforica: colui che interpreta un sogno è come un traduttore che ci permette di leggere un testo scritto in una lingua a noi sconosciuta. Chi è il traduttore se non il traghettatore che porta il significato delle parole da una sponda all'altra delle lingue? *La mente umana è un sistema plurilingue*. Si avvale di molti linguaggi, ora di uno alla volta, ora di due contemporaneamente (quando, ad esempio, si parla gesticolando). I linguaggi della mente sono quello parlato, scritto, gestuale, mimico, tecnoscientifico, informatico, figurativo, musicale, narrativo, poetico, onirico. C'è una poesia del poeta citato poco prima che è come un sogno oppure è un sogno che è come una poesia: "*Credevo di seguirne i passi. / D'averlo quasi raggiunto. / Inciampai. La strada / si perdeva tra i sassi*"⁸. Chi o che cosa inseguiva? La sua smarrita identità? Se la follia, come qualcuno ha detto, è la sorella povera della

7. Japers K., *Contributo alla critica della psicoanalisi*, ibidem

8. Caproni G., *Il franco cacciatore*, Garzanti, 1982

poesia, perché non pensare che il sogno sia invece il fratello ricco del sonno? In fondo, la poesia nasce dalla capacità creativa del suo autore, il sogno anche. Quell'autore è ciascuno di noi, inconsapevole, involontario, ma libero da costrizioni morali, sociali, giuridiche. Il sonno è passivo, privo di iniziativa, condizionato dall'ambiente (a volte dal nostro stesso corpo) e dal rumore del mondo. Il sogno è quel diversivo, folle, che, come dicevo prima, la mente si concede ogni notte (spesso, al risveglio, deludendoci). Il sogno è creatività, il sonno la sospende o la spegne o l'acquieta. Il sogno è uno spazio vietato alla ragione repressiva. Solo l'inconscio lo abita. Interpretarlo è come tradurre la sua lingua sconosciuta in quella familiare del giorno, anzi del passato di cui ci narra. Ma, attenzione!

Va interpretato solo quando è necessario, ovverosia quando serve nel corso della terapia a liberare il paziente dai lacci interiori che non gli permettono una vita meno ospitale, meno esposta all'angoscia. Se non ha questa finalità perché interpretarlo? Di fronte a un quadro o all'ascolto di un brano musicale o di una poesia è bene lasciare libero chi osserva o ascolta di godere liberamente delle emozioni che quell'ascolto o quei colori o quelle figure provocano in lui. La stessa cosa con un sogno. L'interpretazione sbagliata o fuori tempo fa male al paziente che la sente come una violazione della sua interiorità, una drammatizzazione non necessaria di suoi vissuti più intimi. Fino a indurlo a lasciare la terapia. Ai tempi di Shakespeare non c'erano i terapeuti quali oggi li intendiamo. Eppure c'è una sua frase che sembra appropriata al sentimento di chi abbandona una psicoterapia: "*Chi sei tu che avvolto nella notte inciampi nei miei più reconditi pensieri?*"⁹.

Pretendere di interpretare un sogno di chi non è ancora in terapia o è soltanto alle prime sedute e di cui, quindi, nulla o poco si conosce, è come acquistare una

casa senza preoccuparsi di visionare la annessa cantina. Oppure sfogliare un libro convinti di leggerlo.

Nel sogno, oltre alla creatività, c'è libertà. Nessuno può impedirci di sognare. La libertà di mettere a nudo, direi rendere palpabile, raffigurandolo, il nostro esserci e il nostro essere-diventati. Sognando, ci permettiamo di fare, più raramente dire, cose altrimenti impossibili perché inaccettabili dalla coscienza vigile, condizionata o, meglio, limitata dalle leggi e dalla morale corrente. Il linguaggio onirico è immune dalla cultura e dal contesto sociale proprio nel momento in cui è alternativo a quello usuale della vita diurna. *Ma non per questo non è storico.* Si fissa, che lo si voglia o no, nella nostra storia, alloggiandosi in uno spazio recondito del nostro *archivio* personale. Non è raro che si ripeta e, piaccia o no, divenga *ricorrente*. Cioè rimanga nascosto, ma vivo e palpitante fino a quando non sia fatta luce sul suo significato. Il terapeuta è come un esploratore che cercando i confini dell'isola su cui si muove trova invece quelli dell'oceano. Muovendosi nell'arcipelago delle emozioni del suo paziente, finalmente si accorge di quei confini e quel sogno cessa di essere ricorrente, purché sia da lì che si disegni il futuro della terapia.

A proposito di creatività nel sogno segnalo che una ragazzina inglese, di nome Anne, a tre anni suonava il pianoforte, a quattro il violino, a 8 ha composto un'opera lirica (poi rappresentata in teatro riscuotendo successo). Qualche critico la paragona a Mozart, per la precocità del suo genio. Ma la cosa ancora più interessante è che *la musica che compone la sente nel sogno*, si alza e subito, in piena notte, la trascrive. Per il resto, è una bambina come tutte le altre della sua età. Per seguirla senza frapponere ostacoli al suo promettente percorso creativo, i genitori, entrambi docenti universitari, sono andati anticipatamente in pensione, lasciando la città per consentirle di vivere

9. Manin G., *Complice la notte*, Guanda, 2021

in un posto più tranquillo. Sentiremo presto parlare di Anne anche in Italia.

Ho segnalato questo caso anche per accennare al rapporto che intercorre tra il sogno e la musica. Quella ragazzina non solo sentiva la musica in sogno, ma la lasciava erompere dal suo inconscio, come, appunto, succede nel sogno. A ben vedere non faceva, quando di notte si svegliava, che trascrivere i suoi sogni, quelli che inconsapevolmente aveva creato. I rapporti tra la musica e il cervello o più correttamente tra la musica e la psiche, lo studio dei quali ha portato alla nascita di quella disciplina che chiamiamo musico-terapia, sono stati oggetto di mie precedenti riflessioni, pubblicate o presentate come relazioni in vari congressi ¹⁰. Il linguaggio musicale è *asemantico* come lo è quello onirico. Con la differenza, però, che il primo parla solo al mondo emotivo, passionale, sentimentale, il secondo, una volta tradotto o se si preferisce interpretato, ha dei significati che la ragione finisce per riconoscere come propri. Ne parla anche un libro recente ¹¹: oltre ad avere un loro rituale, necessitano entrambi di isolamento dal comune flusso temporale, fino al silenzio.

Il fatto che il sogno sia libertà, per di più creativa, non significa che quando sogniamo noi si sia liberi. Sogniamo nel momento in cui la *controcarica dell'Io per effetto del sonno è meno efficace e quindi contenuti rimossi, che in stato di veglia tali rimangono, riescono ad affacciarsi alla coscienza* (desideri e ricordi). Ma se nel sogno non siamo liberi, ma *soggetti a un evento naturale quale il sonno, ne siamo responsabili?* Nessuno può impedirci di sognare (mentre in determinate circostanze qualcuno può impedirci di dormire, come succede a detenuti sottoposti a un

violento e inumano regime carcerario), ma questo non sta a dire che il sogno sia un momento in cui noi siamo liberi, in cui la volontà e l'intenzionalità sono attive. Noi sogniamo quello che quell'evento di cui dicevo prima ci fa sognare. Dunque, seguendo questo ragionamento, *non siamo responsabili dei nostri sogni, è libero il sogno, ma non il sognatore*. Sia che quel sogno se lo ricordi o no: se non lo ricorda è probabile che avvicinandosi il risveglio la controcarica dell'Io abbia recuperato l'energia momentaneamente sospesa o quantomeno in parte carente. È comune che si facciano brevi sogni nelle prime ore del mattino. Teniamo presente però che alcuni pazienti che sono in terapia il sogno se lo ricordano, ma non lo riferiscono al terapeuta per la vergogna di alcuni contenuti o per il timore che l'interpretazione li metta di fronte a verità per loro sgradevoli.

Quello del rapporto tra libertà e responsabilità è un problema che da sempre coinvolge la filosofia (a partire da Eraclito e Aristotele), la teologia cattolica e luterana, l'etica e il diritto. Il binomio non è inscindibile. Posso essere *libero ma non responsabile*, così come posso essere *responsabile ma non libero*. Il primo caso è rappresentato, ad esempio, da un soggetto comune, libero da qualsiasi costrizione, ma autore di un reato compiuto in un momento di incapacità, totale o parziale, di intendere e / o di volere. Di quel reato, dunque, non è responsabile. Un esempio del secondo caso è quello di una persona responsabile di un crimine compiuto, però, in una condizione di libertà limitata o addirittura assente: giustificazione (vanamente) addotta, ad esempio, durante il processo di Norimberga e quello di Gerusalemme ¹² dai gerarchi nazisti alla sbarra quando sostenevano sì di avere ucciso gli ebrei, ma di esservi stati costretti dalle direttive del

10. Giannelli A., *Follia e psichiatria: una relazione in crisi*, F. Angeli, 2017

11. Romano A., *Musica e psiche*, R. Cortina, 2021

12. Hannah Arendt, *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme*, Feltrinelli, 1963

Fuhrer, disattendendo le quali sarebbero stati costretti al suicidio o a loro volta eliminati. Il sogno *non* rientra in nessuna delle due situazioni appena riportate: esso si esprime liberamente, ma chi sogna *non* ne è responsabile. Se così non fosse, saremmo responsabili del sonno che ci coglie all'approssimarsi della notte o di qualsiasi altro evento naturale, cioè dettato, regolato, imposto dalla natura e dalle sue regole. Sembra un paradosso ma non lo è. *Il sogno è libero, ma chi lo fa no*. Deve sottostare ai meccanismi che, prescindendo dalla volontà, dalla intenzionalità e dalla autodeterminazione, governano la mente, ciclicamente ricorrenti durante la notte. Cioè, che sfuggono al nostro controllo.

Conosciamo quali sono i *disturbi del sonno* durante la *pandemia* (difficoltà nell'addormentamento, incubi, risvegli notturni frequenti, risveglio mattutino precoce, sensazione di aver riposato poco o niente pur avendo dormito per sei-sette ore). Questi disturbi non sono specificamente dovuti alla pandemia, perché esistono da sempre, ma da essa vengono accentuati, in parte per le restrizioni imposte dai *lockdown* e dalle preoccupazioni inerenti al lavoro perduto o a rischio, in parte per la paura assillante di contrarre il virus. L'insonnia e le apnee ostruttive notturne non sono delle novità dovute alla pandemia, ma certamente anch'esse dalla pandemia, e dalle difficoltà di diagnosticarle correttamente e di curarle, aggravate.

Quello che *non conosciamo* sono gli influssi che la pandemia potrebbe avere sui *sogni*, su quanto e come sogniamo, quali contenuti manifesti prevalgono su altri e quanto i disturbi del sonno surricordati possano interferire sull'attività onirica in generale. Se avessimo già quell'archivio cui ho accennato a pag.5 raccoglieremmo dati estremamente interessanti sui danni che, direttamente o indirettamente, la pandemia ha provocato o sta ancora procurando al nostro patrimonio onirico, magari desegretando valori e disvalori di cui siamo gelosi (ma spesso improvvidi) custodi.

Personalmente, ritengo che sui *malati psichici gravi*, dei cui sogni nulla o poco sappiamo già nei periodi di tranquillità sociale, la pandemia non porti significativi mutamenti, in quanto nei deliri, nelle allucinazioni, negli interrotti contatti con la realtà, nella destrutturazione della personalità, trovano modo di evadere dal mondo che vivono come pericoloso o ne costruiscono uno loro, tutto originale, come appunto fanno anche i sogni, quelle brevi ma necessarie psicosi dell'uomo normale di cui parlava Freud. Non per niente, una nostra grande poetessa, Alda Merini, che ha vissuto, sia pure con discontinuità, l'orrore del manicomio, ha scritto: *anche la follia merita il suo applauso!* Del resto, Freud cita una frase di Hughlings Jackson che dice: "Scoprite la natura del sogno ed avrete scoperto tutto ciò che si può sapere della pazzia".

Ma, attenzione: anche il *sonno* merita un particolare applauso, soprattutto durante la pandemia. Perché dormire bene potenzia il nostro sistema immunitario, perché dormendo bene si imparano, e si ricordano il mattino dopo, parole e concetti nuovi (fatto questo che molti studenti già conoscono da tempo), perché un buon sonno, specialmente nelle persone anziane, impedisce o rallenta il deficit cognitivo, perché contrasta quei ricorsi notturni al frigorifero che portano a pericolosi aumenti di peso ecc. Senza dimenticare i casi di disturbo posttraumatico da stress che può insorgere anche più tardi, a pandemia finita o in via di esaurimento.

Un particolare cenno va fatto, sempre a proposito del sonno (e a prescindere dalla pandemia), riguarda il *mondo animale*. Per quanto difficile da misurare, la durata del riposo in stato di incoscienza, varia molto a seconda della specie. Il koala, detto piccolo orso, è un mammifero marsupiale australiano che ha una durata media della vita nel suo ambito naturale di circa 20 anni, dorme 21-22 ore al giorno (87%). Le elefantesse africane con durata media della vita di circa 70 anni dormono soltanto due ore al giorno (8,3 %). Venendo agli animali domestici,

il gatto con un durata media della vita di circa 15 – 20 anni nel giro delle 24 ore ne dorme il 50%, cioè 12 (più o meno quante il ghepardo). Il cane, con un durata media della vita che oscilla tra i 12 e i 15 anni, ne dorme meno, all'incirca 10 ((40%), il cavallo (che si ritiene da molti che dorma anche i piedi, ma c'è disaccordo tra chi li conosce bene) vive circa 25-30 anni, delle 24 ore ne dorme poco meno di 3 (2,9%), all'incirca quanto l'asino. Tra i primati cito lo scimpanzè che delle 24 ore ne dorme 9,7 (cioè il 40,4%), avendo una durata media della vita che oscilla tra i 40 e i 45 anni, calcolati nel suo habitat naturale)¹³. Va però tenuto presente che è difficile senza adeguato monitoraggio tecnologico distinguere un animale che accovacciato e a occhi chiusi riposa da uno che effettivamente sta dormendo. Dell'uomo ho già detto in precedenza. Tutti sappiamo che il neonato passa gran parte del giorno dormendo e l'anziano ha un ridotto bisogno di sonno. Ma questo è un argomento che meriterebbe un discorso a parte, come lo meriterebbe quello delle differenze di genere.

Noi non siamo responsabili di quello che siamo e in parte anche di quello che siamo diventati (non siamo responsabili di quando, dove, in quale contesto socioculturale siamo nati, del colore della nostra pelle, di quali genitori abbiamo avuto, dell'educazione che ci hanno impartito e così via). Ma siamo responsabili di ciò che facciamo di quello che siamo diventati. Siamo responsabili anche di quello che facciamo dei sogni che ricordiamo. Se siamo in terapia dobbiamo riferirli al nostro terapeuta, con sincerità e fiducia, superando qualsiasi sentimento di vergogna e qualsiasi imbarazzo relativo al loro contenuto (quello manifesto, si intende).

Spetterà, poi, al terapeuta cosa fare dei sogni che il paziente gli ha raccontato nel corso delle sedute: quando

interpretarglieli, quali parole usare nella interpretazione tenendo conto della sensibilità ma anche della sua cultura, dare al sogno il rilievo che merita ai fini del proseguimento della terapia (ho già accennato ai guasti che provoca una interpretazione data nel modo e nei tempi sbagliati), sorvolare su quelli che sembrano irrilevanti rispetto alla storia del paziente. Bisogna insomma entrare con tatto nella sua intimità, mettendola a nudo, rivelandogli cose che mai avrebbe pensato di essere senza saperlo l'unico custode.

Il patrimonio onirico è prezioso per ciascuno di noi. Qualcuno è giunto a dire che la psicoanalisi fa bene a chi sta già bene. Ogni battuta ha un suo accento di verità. Conoscersi bene e a fondo è una pretesa, che pochi possono soddisfare. Al contrario, rendere edotto di quel patrimonio un paziente lo fa consapevole delle sue fragilità ma anche delle sue potenzialità creative, nonché utile a rendere meno inospitale la sua vita, a farlo responsabile delle scelte che fa. È altrettanto importante per il terapeuta perché gli rende possibile entrare in quel terreno inconscio già prima conoscerne gli anfratti e le insidie, il che equivarrebbe a far salire un mozzo su una imbarcazione (magari di diporto) senza accertarsi se sa nuotare o no.

13. Fonte: *La Lettura* (Corriere della Sera del 16 maggio 202)

Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19

*Giancarlo Cerveri**

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

Da più di un anno ormai ci troviamo a convivere con una pandemia da coronavirus (SARS-CoV-2 ovvero Covid-19 nella sua forma clinicamente manifesta), che ha condizionato e modificato in modo inimmaginabile la nostra quotidianità. Il numero di vittime (superiori a 123.000 in Italia e oltre i 3 milioni in tutto il mondo; dato di maggio 2021) rappresenta di certo il riscontro tangibile e sconvolgente di un evento che ha assunto nel corso dei mesi proporzioni planetarie, ma che non ha mai smesso di vivere in ciascuno di noi secondo declinazioni personali e soggettive.

Fino a pochi mesi fa gli sforzi finalizzati alla tutela della salute del singolo e della collettività proponevano strategie di contenimento del virus che limitavano fortemente le libertà individuali, a discapito di settori economici e sociali fortemente penalizzati. Una scelta politica senza alternative. Pochi paesi hanno adottato strategie diverse, più coraggiose e sfidanti il rischio, basti ricordare la politica iniziale in UK o alcune posizioni prese dal presidente degli US o del Brasile. Si sono però dimostrate strategie con costi umani inaccettabili. Nella maggior parte dei paesi e in Italia ha prevalso la difesa, la tutela, la diminuzione del rischio di contagio. In sintesi, la paura del diffondersi della pandemia ha saggiamente dettato l'agenda politica. Il prolungarsi di queste misure restrittive ben oltre quanto inizialmente atteso durante il primo lock-down, associato all'incertezza circa l'evoluzione della pandemia e la natura stessa del virus, ha alimentato un acceso dibattito riguardante un più esteso

bilancio rischio-beneficio, in cui costantemente sono state misurate e confrontate le esigenze di salute della popolazione con quelle economiche e socio-culturali. Sempre più frequentemente ci si è domandati quanto vale il rischio di una morte in più e fino a che punto tale rischio dovesse frenare il desiderio di riprendere la nostra esistenza. Insomma un'incertezza sconosciuta ai più, una sfida ai principi della superiorità della tutela della vita individuale senza possibili declinazioni come sempre è stato nel nostro paese dalla fine della seconda guerra mondiale. È comprensibile che questa esperienza possa risultare disorientante e che possa lasciare dubbi nuovi ai più e angosce più profonde a coloro che si sentono più esposti.

Di fronte ad una tale minaccia, per molti aspetti nuova e sconosciuta, tanto estesa quanto imprevedibile nelle sue possibili conseguenze sulla salute, sull'economia e sulla società in generale, è sicuramente lecito aspettarsi molteplici e rilevanti ripercussioni anche a livello della salute psichica, del singolo e di fasce di popolazione considerate nel loro insieme. I comportamenti dell'individuo finiscono inevitabilmente per confondersi nella responsabilità collettiva, per cui infrangere le regole era fonte di un biasimo pubblico che ha coinvolto in diverse fasi attori diversi più o meno consapevoli. Si è partiti con i "runner" che, citando l'incipit di un telegiornale nazionale "Continuano a correre per strada mentre negli ospedali si continua a morire". In un corto circuito di paura e colpa che lega comportamenti individuali fino a qual momento

naturali a eventi collettivi gravissimi. Si è passati poi a coloro che non tenevano bene la mascherina, coloro che organizzavano feste di nascoſto fino ad arrivare a personaggi pubblici che trasgredivano le regole e come tali meritavano pubbliche punizioni. È impensabile che un clima di queſto genere non abbia riflessi sulle eſperienze individuali soprattutto nei soggetti più fragili.

Un primo importante aſpetto, osservato soprattutto durante i primi mesi di pandemia, riguarda l'incremento dei comportamenti suicidari e aggressivi. In una ricerca condotta nelle province di Lodi, Pavia e Milano nei mesi successivi al lock-down, abbiamo osservato come gli accessi in pronto soccorso che necessitavano valutazione psichiatrica sono notevolmente diminuiti. Gli accessi per comportamenti suicidari sono invece rimasti stabili. Inoltre, una parte consistente di queſte persone erano individui senza una precedente ſtoria psichiatrica. Accade cioè che individui colpiti dalla vicenda della pandemia arrivino a farsi del male senza aver avuto precedenti disturbi psichici (Gesi et al 2021). È poi ovvio che queſti rappresentino la punta di un iceberg di ſofferenza molto più diffuso nella noſtra ſocietà.

Anche l'abuso di alcol e ſoſtanze ſtupefacenti, talvolta utilizzate come rimedio o automedicazione riſpetto a un diſtress psicologico, ſi configura come un fenomeno diffuso e in coſtante aumento, ſia tra i giovani che tra gli adulti (Chodkiewicz et al. 2020).

Sicuramente, tuttavia, il preſentarsi di un quadro ansioso-depressivo rappresenta la più comune reazione psicopatologica della popolazione generale da quando eſpoſta al Covid-19 (Salari et al. 2020).

Discorso a parte meritano poi gli ſteſſi operatori ſanitari hanno viſſuto in prima persona le conseguenze psicologiche della pandemia in Cina (Lai, Ma, Wang et al. 2020) ed in Italia (Carmassi et al., 2021). In queſto caso ſi ſono ſommate vicende umane caratterizzate da eceſſiva richieſta lavorativa con turni eceſſivi e ſpo-

ſtamenti di reparto a paure di contrarre e trasmettere la malattia ai colleghi, ai propri cari. Il biſogno di proteggere/proteggereſi ma anche di riſchiare per curare. Una coſtante ed irriſolta dialettica tra coraggio e paura come elementi che non poſſono prevalere mai l'uno ſull'altro per evitare paralisi (quando è la paura che vince) o inutili morti (quando vince il coraggio). La tensione ſenza riſpoſta rappresenta tra le due ragioni diventa la ſtrada da percorrere che inevitabilmente amplifica i viſſuti di incertezza e di ansia.

Tra i vari ſintomi l'ansia gioca un ruolo fondamentale nel caratterizzare il periodo che ſtiamo vivendo. È riſaputo, infatti, che di fronte ad una ſituazione di ſtress ambientale, a cui difficilmente ſi riesce a trovare una ſoluzione univoca e immediata (reazione di lotta o fuga) e che ſi prolunghi nel tempo, l'individuo tende a provare una ſenſazione di ansia, caratterizzata a ſeconda dei caſi da una riſpoſta ſomatica e/o psichica.

A preſcindere dalla pandemia in atto, inoltre, già precedentemente al primo caſo di Covid-19, tra le patologie “figlie del noſtro tempo”, ſi ritrova ſicuramente l'ansia, da intenderſi ſia come ſintomo di un malessere generale o personale, ſia come categoria diagnostica definita, all'interno dei coſiddetti Diſturbî d'ansia.

C'è da dire che ſi fa un gran uſo della parola “ansia” ſpeſſo utilizzata per deſcrivere una ſenſazione di lieve apprensione o nervosismo e di fronte ad uno ſtato di tensione emotiva ecco arrivare un “attacco di panico”. Da termine tecnico, l'ansia è divenuta quindi molto più popolare e inflazionata, raccogliendo in ſé molteplici sfumature del malessere psichico ed emotivo dell'individuo, tanto che a volte non ſi riesce bene a capire da che coſa ſia realmente coſtituita e alimentata. Per aſſurdo, proprio per queſto ſuo eſſere quaſi “ubiquitaria” o “pandemica” in taluni caſi riſchia di eſſere poco considerata e ſottoſtimata, tanto che chi ne ſoffre realmente non ſi ſenta ſufficientemente capito.

Una sorte simile sembra essere toccata a termini quali pandemia, coronavirus, Covid, che da perfetti sconosciuti, ora sono sulla bocca di tutti. Ma anche in questo caso, nonostante la cattiva ma inevitabile popolarità, c'è chi di tutto rimando ne nega l'esistenza. Purtroppo però, non solo le parole stanno avendo un'inaspettata diffusione, ed ora quella che era una patologia di pochi, ormai è diventata la patologia di molti e un pericolo per tutti. Sono infatti le paure per la salute fisica personale e dei nostri cari, associate alle limitazioni richieste, al clima di incertezza circa l'efficacia delle terapie e delle misure di prevenzione, oltre che alle difficoltà economiche derivanti da un evento di tale portata a rappresentare, tutte insieme, un fattore ambientale stressante che favorisce l'insorgere della patologia ansiosa; e ciò è valido per ogni fascia di età e per ogni categoria di popolazione.

È fondamentale rammentare come non sia mai semplicissimo definire la magnitudo della diffusione dell'ansia nella nostra società. Il tema è sempre risultato sfidante perchè il fenomeno della reazione ansiosa e transitoria ad uno stimolo è un'esperienza che accomuna tutti gli individui, un disturbo d'ansia caratterizzato dalla presenza marcata di paura immotivata con sintomi sia psichici che fisici, capaci di interferire con l'ordinario svolgimento della vita quotidiana per un tempo prolungato è altra condizione. L'accuratezza e la metodologia con cui vengono condotte spesso producono delle variazioni ampie nei dati di prevalenza osservati ma tutte concordano su alcuni aspetti fondamentali (Penninx et al. 2021):

- Un'ampia diffusione in tutte le età della vita (dal 10 al 14% dei soggetti indagati).
- Una sufficiente stabilità del fenomeno nel corso del tempo.

Un ulteriore elemento di stress è rappresentato dal repentino cambio di abitudini a cui siamo stati sottoposti, all'interno di un ambiente che da familiare ha

cominciato a divenirci estraneo. Penso in primo luogo a molti colleghi medici, così come tanti infermieri, che dopo anni di attività in uno specifico ambito specialistico, si sono ritrovati a dover gestire un paziente intubato e far manovre magari provate solo durante gli anni di praticantato. Gli stessi ospedali hanno iniziato a cambiare forma, interi reparti ridestinati ad aree Covid, con comparsa di ospedali da campo ed esercito ai confini delle zone rosse. Ma anche i bambini e gli adolescenti, costretti a casa per intere settimane, privati delle usuali attività di svago o sportive, a cui si sta insegnando che è meglio stare a distanza di un metro dall'altro e non toccarsi quando si gioca. Tra gli adolescenti e i giovani, in particolare, il contatto sociale sembra essere garantito e garantibile solo per via virtuale (forse a questo già si stavano abituando...) e così è incrementato l'utilizzo di internet e dei social-network, favorendo sempre di più l'idea che vivere dietro uno schermo è più facile e talvolta più conveniente. Tra gli anziani è peggiorato il senso di solitudine e impotenza; essi, inoltre, rappresentando la categoria di soggetti a maggior rischio di complicanze e morte da Covid-19, risultano, insieme agli operatori sanitari, le persone in particolar modo avvertono il timore di contrarre l'infezione.

Nella fascia di popolazione adulta, semplificando, si individuano due differenti declinazioni dei cambiamenti a livello lavorativo: da un lato c'è chi ha continuato a lavorare, magari con questa nuova modalità definita in modo assurdo "smart-working" che non sembra avere molto di smart ma si caratterizza dall'attività da remoto che consegna alcuni ad una benefica riorganizzazione della vita in luoghi più piacevoli, ma costringe molti al confino in case piccole senza spazi adeguati al lavoro con una sensazione di estraniamento e di perdita di valore. A ciò spesso si aggiunge un incremento del carico lavorativo. Fenomeni nuovi non ancora ben conosciuti nelle loro conseguenze sugli equilibri della popolazione.

Tutte queste situazioni di pericolo, paura, incertezza, associate a messaggi contrastanti e alla periodica carenza di strumenti adeguati nelle diverse fasi della pandemia (dalle mascherine, all'ossigeno, ai posti letto in rianimazione per terminare con i vaccini) stanno influenzando pesantemente sulle nostre capacità di far fronte e resistere alle difficoltà, ordinarie o extra-ordinarie che siano. La risposta ansiosa è sicuramente ciò che più frequentemente si può incontrare, ma assume caratteristiche diverse da individui a individuo, a seconda di aspetti esterni o interni.

Rifacendoci al modello biopsicosociale, dobbiamo ricordare non solo le fragilità genetiche ma anche gli eventi di stress di questo ultimo periodo che ognuno dei nostri pazienti può aver vissuto in modo unico.

Per quanto riguarda poi le persone con patologia psichica già presente, se da un lato risultano complessivamente più "compromessi" e quindi vulnerabili, spesso riescono a riconoscere e interpretare meglio il proprio disagio, ed essendo già in contatto con i servizi psichiatrici territoriali, sono più propensi a chiedere aiuto in tempo.

Paradossalmente dovremmo preoccuparci più di coloro che non ha mai sperimentato una sintomatologia ansioso-depressiva e potrebbe quindi rimanerne spaventati. Talvolta i sintomi vengono mal interpretati, inizialmente sottovalutati e spesso il ricorso all'automedicazione può portare a vere e proprie dipendenze (benzodiazepine, alcol, sostanze stupefacenti). Quando poi emerge nella sua complessità la sintomatologia l'individuo rischia una risposta abnorme, mossa dal crollo delle certezze che hanno sempre sostenuto il suo percorso vitale. Sono persone a rischio, necessitano ascolto che permetta loro di riconoscere il disturbo e chiedere aiuto.

In quest'ottica la possibilità di un intervento precoce, di tipo diagnostico e terapeutico, risulta fondamentale per arginare il "diffondersi" della patologia psichica. Occorre quindi che sia garantito e agevolato l'accesso ai servizi specialistici, evitando situazioni di stigma, dialogando

con i colleghi della medicina generale con i pediatri di libera scelta, i servizi territoriali come i consultori. Sono inoltre necessari adeguati interventi sociali che, tenendo conto delle vulnerabilità individuali, evitino l'esposizione a quadri di stress eccessivi che diminuiscano il senso di solitudine che a volte gli individui percepiscono nell'esposizione alla crisi sociale ed economica associata alla pandemia da Covid-19.

Un'ultima riflessione riguarda infine la possibilità di vedere l'ansia non solo come un sintomo sgradevole da mandar via il prima possibile, ma anche come una risorsa. Trascorrendo molto tempo a casa molte persone avranno sperimentato un senso di noia nel trovarsi improvvisamente inattivi e inoperosi, senza nulla da fare. Spesso solo sperimentando la noia i bambini riescono a inventare nuovi giochi; e così credo hanno fatto tante persone che a loro modo hanno provato a reagire investendo energie in aspetti nuovi e inesplorati. Similmente, alcune ansie, prima di essere cancellate, andrebbero capite e utilizzate come strumento di trasformazione nella vita.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi

CORRISPONDENZE:

giancarlo.cerveri@asst-lodi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Carmassi C, Cerveri G, Bertelloni CA, Marasco M, Dell'Oste V, Massimetti E, Gesi C, Dell'Osso L. *Mental health of frontline help-seeking healthcare workers during the COVID-19 outbreak in the first affected hospital in Lombardy, Italy*. *Psychiatry Res*. 2021 Apr;298:113763. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113763. Epub 2021 Jan 26. PMID: 33545425; PMCID: PMC7835096.
2. Chodkiewicz J, Talarowska M, Miniszewska J, Nawrocka N, Bilinski P. *Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jun 29; 17(13):4677.
3. Gesi C, Grasso F, Dragogna F, Vercesi M, Paletta S, Politi P, Mencacci C, Cerveri G. *How Did COVID-19 Affect Suicidality? Data from a Multicentric Study in Lombardy*. *J Clin Med*. 2021 May 29;10(11):2410. DOI: 10.3390/jcm10112410. PMID: 34072386.
4. Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R. et al. *Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*. *Globalization and Health*. 2020; 16, 57.
5. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. *JAMA Network Open*. 2020; 3(3):e203976.
6. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, *Reif A Anxiety Disorders*. *Lancet* 2021; 397: 914–27

Tracciare la solitudine nel post Sindemia

Claudio Mencacci

DIRETTORE EMERITO SALUTE MENTALE-DIPENDENZE-NEUROSCIENZE

PRESIDENTE SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA

I tempi attuali anche se appaiono rasserenarsi con il progredire delle vaccinazioni ridestano ancora risonanze emozionali ed esistenziali molto intense.

La conseguenza immediata di quanto lentamente ci stiamo lasciando alle spalle è il confinamento della solitudine, della paura della malattia e della morte, di una paura diffusa ed estesa a dismisura. La paura ha cambiato il nostro modo di vivere, di lavorare, di pensare e di sperare. Molte le ombre della paura che si sono alternate e ciascuno ha dovuto far ricorso a quelle utili a farci conoscere i pericoli, a riconoscere i pericoli reali da quelli immaginari, a mantenere un' intelligenza affettiva tale da mantenere relazioni rispettose della fragilità, delle insicurezze e delle ansie delle persone.

Abbiamo vissuto nel presente e nel passato, non nel futuro e la solitudine dei pazienti, la solitudine degli adolescenti, degli anziani è esplosa dirompente nel mondo attraversato dalla Sindemia innescata dal Covid.

L'impatto della solitudine è stato uno dei fattori più negativi per gli esiti infelici del Covid su tante persone anziane, così come l'esplosione delle comorbidità cardiovascolari, oncologiche (meno diagnosi precoci, meno cure) e effetto devastante della depressione da considerare ormai tra i fattori precipitanti per esiti negativi su molte malattie somatiche.

L'isolamento sociale, la riduzione dei contatti con amici e parenti non solo sono associati ad un aumento della solitudine, ma anche a disturbi cardiovascolari e ad altri effetti mediati dal sistema immunologico neuroendocrino, ad un aumento dei fattori pro infiammatori che hanno pesato come ulteriore fattore di rischio oltre a essere, la

solitudine, causa di depressione in 1 caso ogni 5 nelle persone con più di 55 anni.

Solitudine che nasce da una discrepanza tra il livello di connessione sociale desiderata e quella effettiva ed è essa stessa correlata a povertà, disoccupazione, ad un incremento di mancanza di persone con cui confidarsi. Siamo un popolo di santi, poeti, navigatori, di anziani, ma anche di persone sole visto che quasi il 12% della popolazione (Eurostat) non ha nessuno con cui parlare. Per fortuna ci aiuta il titolo di studio tanto che si può dire che la povertà ci rende soli, ma la cultura no.

Forse la solitudine non avrà più una vertiginosa esplosione come in questi 14 mesi, ma il suo contraltare, l'isolamento sociale sicuramente proseguirà.

Proprio in base a questa considerazione ogni assistenza sanitaria nel post Covid dovrà tenere conto dell'isolamento sociale e della solitudine e avviare programmi di tutoraggio tra pari, tra residenti nella stessa zona per mantenere legami sociali, attivare caregiver essenziali per ridurre l'isolamento sociale e riuscire ad utilizzare tutti i supporti sociali al fine di stimolare relazioni e supporti di comunità, ma soprattutto organizzare luoghi dove le persone soprattutto anziane possano accedere e utilizzare internet per connettersi per richiedere farmaci, visite mediche, accesso al cibo e ai supporti disponibili. In Italia tra le persone con più di 75 anni quasi il 40% non hanno parenti o amici cui riferirsi in caso di bisogno (Istat). Occorre tracciare la solitudine e l'isolamento sociale per prevenire e restituire salute.

Esperienze in tutto il mondo, da Leeds a New York a Chicago hanno dimostrato che portare internet agli

anziani, alle persone sole e isolate, avviare una campagna di “alfabetizzazione tecnologica e digitale” a 60 anni da “non è mai troppo tardi”. Occorrerebbe promuovere un corso di istruzione popolare per il recupero dell’adulto analfabeta digitale.

In fondo la psichiatria ha il compito di decifrare i segni del tempo, del tempo del coronavirus, le sue tristezze, le sue angosce, le fragilità, le insicurezze ma anche le sue speranze e attese.

Una psichiatria capace di farsi anche maestra di vita quando riesce a guardare verso i valori di solidarietà e umiltà.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

Assl Fatebenefratelli-Sacco Milano

CORRISPONDENZA:

claudio.mencacci@gmail.com



RECENSIONI

I grandi pensieri vengono dal cuore

Educare all'ascolto

di Eugenio Borgna

Questo è il titolo di un libro di **Eugenio Borgna** uscito quest'anno per Raffaello Cortina editore.

Dopo averlo letto o, meglio, leggendolo, mi è venuto in mente quanto diceva Flaubert: *"non leggete come i bambini per divertirvi né come i più ambiziosi per istruirvi. No, leggete per vivere"*. Per vivere e dare voce ai sentimenti che affollano il nostro mondo interiore. Per ascoltarli e confrontarli con quelli che agitano quello dei malati, cogliendoli da quello che dicono o spesso non dicono, in questo caso intuendoli dai gesti, dagli sguardi, dai loro silenzi.

Senonchè, da questo e dagli altri libri di Borgna abbiamo anche molto da imparare, soprattutto oggi, quando una psichiatria, se troppo medicalizzata, dimentica o trascura la sua vocazione umana e sociale. Problema questo che interessa soprattutto i giovani psichiatri che escono dalle nostre scuole di specializzazione, che in maggior parte prediligono la dimensione neuroscientifica, della quale la psichiatria deve o può fruire senza però venir meno al suo statuto epistemologico e culturale, attento alla complessa totalità della persona.

In questo libro che raccoglie gli interventi fatti anni fa in un liceo novarese, Borgna si rivolge ai giovanissimi

perché imparino a riflettere sulle diverse modalità con cui la follia -intesa nella più ampia accezione del termine- appartiene di diritto alla condizione umana. Ricordo che una grande poetessa del novecento che ha vissuto l'esperienza manicomiale, Alda Merini, diceva che *"anche la follia merita un applauso"*. E non significa solo denigrazione o paura o emarginazione, sia nella società che nello stesso ambito della medicina generale. Cenerentola era, cenerentola rimane, anche se indubbi passi avanti sono stati fatti dall'abbattimento dei manicomi in poi.

In realtà, Borgna in questo libro si riferisce alle persone non necessariamente malate, ma a chiunque, nel disagio che tracima spesso nella disperazione, viva la fatica di vivere. Nella tristezza o in quello stato d'animo malinconico, che non significa depressione clinica e non abbisogna di farmaci, bensì di vicinanza, di ascolto, di empatia. Parola, quest'ultima, spesso abusata, ma che ha un suo preciso significato di atteggiamento universale e preliminare del terapeuta, a prescindere dal suo specifico orientamento culturale e professionale. Dell'empatia, atteggiamento squisitamente psichico, che deriva dall'estetica romantica del XVIII secolo, le neuroscienze hanno trovato la spiegazione cerebrale nella teoria dei neuroni-specchio. Questo a esemplificare come sia nella prassi che nella teoria

la psichiatria clinica si distingue dalla restante medicina.

La sua multiforme, direi eterogenea architettura deve molto alla filosofia, all'antropologia, alla linguistica, certo anche alle neuroscienze, però senza rivalorizzare acriticamente Griesinger che nel XIX secolo sosteneva apoditticamente che le malattie mentali sono malattie del cervello.

Alla persona psichicamente sofferente dobbiamo ascolto e impegno a decifrare e registrare come sismografi ogni sussulto del suo esistere, trovare le parole idonee a trasmetterle il sentimento della speranza, che è quella che, malgrado tutto, permette alla vita di esserci e spinge l'esistenza verso il futuro, liberandola dal gelo del presente e dalla tendenza a rivivere il passato solo come un carico di dolorose esperienze.

Su questo insiste, in questo come in molti dei suoi libri precedenti, Borgna, ricordandoci quello che diceva un poeta tardoromantico, Hoelderlin, e cioè che *"noi siamo un colloquio"*. O che -mi permetto di aggiungere- prima di lui aveva detto Shakespeare nel *Machbeth*: *"date voce al vostro dolore se non volete che il vostro cuore si spezzi"*. Ecco, il cuore.

Dal cuore, scrive Borgna, nascono i grandi pensieri (riprendendo una citazione da Nietzsche). Il cuore inteso — a mio avviso — come una grande fucina di idee, purché sottese dalla esuberante ricchezza del mondo emotivo, passionale, sentimentale. Da quel mondo da cui nascono anche le grandi esperienze psicotiche. Sia quelle dello spettro schizofrenico che depressivo. I folli, diceva Casimire de la Vigne, *"sono straordinari nei loro momenti di lucidità"*, a testimoniarcene di come ci sia una continuità tra normalità e follia, o, detto diversamente, come l'umana presenza non conosca confini né barriere nel contesto della sua pur fragile condizione. Borgna queste cose, con l'efficacia della sua scrittura densa e coinvolgente, le ha dette in altri suoi libri, tra i quali mi piace ricordare *"La follia che è anche in noi"* (Einaudi, 2019). La follia, questa "sorella infelice della poesia", come la definiva Clemens Brentano. I libri di Borgna fanno riflettere noi lettori su come proprio la poesia

dica da sempre, con voce ora struggente ora liricamente sommessa, il travaglio che, malato o no, attraversa a ventate la vita interiore di ciascuno di noi. Borgna ama e conosce a fondo poeti quali Emily Dickinson, Georg Trakl, Friedrich Hölderlin, Antonia Pozzi, R. M. Rilke e altri. Come non essere d'accordo? (Anche se aggiungerei grandi nomi della letteratura russa del novecento, quali quelli di Anna Achmatova e di Marina Cvetaeva, che hanno vissuto in prima persona l'orrore della dittatura fino alla morte volontaria, quella di Marina).

Leggendo questo libro, i grandi pensieri vengono dal cuore, mi rammento le parole della Dickinson quando dice che il cuore è *"la capitale della mente"* o i versi di Corazzini: *"voglio dirti in segreto / della dolce follia che mi fa triste"*. E come non osservare che cordiali, cordialità, cordialmente, derivano dal latino *cor, cordis*? Come, del resto, ricordo e ricordare, ma qui si apre un altro grande tema che richiederebbe un discorso a parte.

Leggete questo libro prezioso e a prescindere da quello che diceva Flaubert - che ho citato all'inizio - ne ricaverete sicuramente un arricchimento nell'esercizio della vostra professione e nella quotidianità dei vostri rapporti interpersonali. Libro prezioso al punto che dovrebbe essere un grosso capitolo di un trattato moderno di psichiatria per studenti, ma, ahimé, questo, forse, è chiedere troppo (visti i tempi che corrono).

di Alberto Giannelli

FONDATORE PSICHIATRIA OGGI



Il Progetto innovativo TR65

Budget di salute dell'ASST Pavia

Vera Abbiati, Elisa Marraffini**,
Pia Luisa Aroasio^, Giovanni Migliarese°,
Pierluigi Politi†*

1. INTRODUZIONE

Dal 2017 il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di ASST-Pavia annovera tra i Progetti Innovativi per la Salute Mentale l'implementazione del modello metodologico e operativo budget di salute (TR65), rifacendosi alle Regole di Sistema di Regione Lombardia che lo individuano come area prioritaria nelle azioni innovative ad indicare il tentativo di superare le criticità emerse nell'organizzazione degli interventi nell'ambito della salute mentale e in particolare rispetto alla residenzialità psichiatrica.

Le strutture psichiatriche residenziali hanno infatti rappresentato una risorsa molto importante per la Psichiatria a partire dalla legge 180/1978, nonché l'area che ha visto maggiori sviluppi e cambiamenti negli ultimi quarant'anni. Nel tempo sono però emerse molteplici criticità: in molti casi esse sono inoltre risultate molto onerose dal punto di vista economico e non efficienti in termini di esito; in molti situazioni appaiono esserci insufficienti interventi riabilitativi aventi come obiettivo il reale reinserimento degli utenti nel loro contesto territoriale, con scarsa integrazione con la comunità naturale del paziente e altrettanto limitate esperienze che vedono il lavoro come elemento centrale di recovery ed infine un ridotto "turnover", legato all'allungamento dei tempi di

degenza, che spesso ha condotto situazioni di istituzionalizzazione sanitaria di seconda generazione. Proprio quest'ultimo punto appare il più significativo: spesso i pazienti comunitari non hanno un'alternativa abitativa concreta rispetto alla struttura stessa, mancano di risorse economiche in grado di sostenerli nella loro ricerca e faticano davanti allo stigma ancora esistente verso la malattia psichiatrica. Dopo quelli che appaiono, anche per necessità clinica, lunghi percorsi di istituzionalizzazione, queste persone risultano spesso prive di una rete di sostegno esterna alla comunità o limitata all'ambito familiare, rendendo complesso, in totale autonomia, la nuova creazione di relazioni e spazi vissuti e condivisi con la comunità del territorio a cui si trovano a tornare. Tutto ciò ha quindi portato a promuovere, sia a livello nazionale che nella nostra Regione, un cambiamento di prospettiva volta a dare attenzione più che alla struttura sanitaria in sé, a progetti personalizzati per i pazienti in carico, puntando alla flessibilità e all'integrazione reale con tutti i servizi socio-sanitari e il terzo settore, nell'ottica di una welfare community.

In tale prospettiva si colloca il modello operativo "budget di salute" che rappresenta l'insieme di tutte le risorse, economiche, professionali e umane, rese disponibili ad una persona con gravi problemi di salute mentale per innescare un processo volto a ridare alla persona una maggiore stabilità clinica e un migliore funzionamento sociale, ponendosi come alternativa alla risposta tradizionale residenziale. Questo strumento è a tutti gli effetti un progetto di riabilitazione psichiatrica "recovery oriented", strutturato sui bisogni del paziente, vedendo come punto di partenza proprio la stesura di un

progetto terapeutico-riabilitativo individuale e condiviso, è flessibile e non è legato ad un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore.

Abbiamo quindi cercato di adattare questo modello operativo, già diffuso in altre regioni e in corso di sperimentazioni in varie realtà lombarde, nella nostra realtà territoriale, ponendo attenzione nello sviluppare percorsi e progetti alternativi alla residenzialità, sia nell'ottica di prevenire nuovi accessi, sia in quella di favorire le dimissioni dalle strutture sanitarie di pazienti alti utilizzatori dei servizi psichiatrici.

Il presente lavoro rappresenta un tentativo di descrivere, analizzare e modellizzare questa esperienza pilota, tra le prime in Regione Lombardia, nella prospettiva di un consolidamento della stessa.

2. MODELLO OPERATIVO

L'approccio al nuovo modello di lavoro ha evidenziato la necessità di strutturare una modalità operativa stabile: sono state quindi create tre microequipes dedicate, una per ogni Unità Operativa del D.S.M.D. (U.O. Pavia, U.O. Oltrepò, U.O. Lomellina), costituite da uno psichiatra, un infermiere nel ruolo di case manager, un TerP/educatore e un assistente sociale. Le microequipes fungono da interfaccia con gli operatori della propria U.O. nella selezione dei pazienti, con particolare attenzione all'appropriatezza dei casi proposti, stabilendo anche l'ordine di priorità di intervento.

Si è quindi arrivati a definire come specifici criteri di inclusione:

- Soggetti in dimissione da strutture psichiatriche residenziali, che necessitano di interventi integrati di supporto per permettere il rientro sul territorio;
- Soggetti ad alto rischio di inserimento in strutture psichiatriche residenziali;
- Soggetti con elevato numero di ricoveri in SPDC
- Presenza di diagnosi psichiatriche maggiori (F20.-F30.-F60.)

- Presenza di residue capacità lavorative
- Assenza di una rete familiare e/o di supporto all'abitare nella rete naturale
- Priorità alla fascia di età 18 – 54 anni.

Le microequipes procedono alla stesura del progetto individualizzato che seguiranno poi attivamente nella messa in pratica, fornendo supporto sia al paziente che ai partners privati, nell'ottica di sostenere la sua realizzazione. È stato quindi messo a punto nel corso di questi anni di esperienza un apposito strumento "Format del Progetto Personalizzato Socio-sanitario Budget di Salute-TR65". Questo prevede la definizione degli obiettivi specifici e delle aree di intervento, viene compilato dal case manager insieme all'utente beneficiario, al fine di sviluppare l'empowerment del paziente, ponendolo come figura attiva nel riconoscere i propri obiettivi prioritari e nel perseguirli.

Le microequipes si riuniscono mensilmente nelle riunioni del Gruppo Tecnico in cui, a seconda delle fasi dell'anno: vengono presentati i casi selezionati, viene stilata una graduatoria (e conseguente lista d'attesa) per effettuare la scelta dei pazienti arruolati, sulla base della gravità clinica e di una certa equità tra i territori, viene monitorato l'andamento del progetto, riportando eventuali situazioni critiche o drop-out, viene monitorato l'aspetto economico del progetto.

Ad affiancare e supportare il lavoro svolto dalle microequipes vi sono poi i partners, enti del privato sociale che hanno accettato di collaborare per la realizzazione dei progetti individuali. Per permettere una più ampia e trasparente partecipazione dal 2019 è prevista da parte di ATS una manifestazione di interesse pubblica per la loro identificazione e conseguentemente è attribuita una quota di spesa prevista, ma non vincolante, per l'anno in corso.

Con i partners sono fissate una riunione di presentazione del progetto, ad inizio anno, per chiarire le modalità operative e i rispettivi doveri e diritti e in media due riunioni operative nell'anno, per la presentazione dei

casi e la definizione delle partnership sui singoli progetti individuali. Una volta individuato il partner o i partners coinvolti nel singolo progetto, il D.S.M.D. stipula un “contratto” con il gestore privato per definire le modalità di intervento a cui il gestore deve attenersi, con la specifica dei costi economici prefissati. Seguono nell’anno una serie cospicua di riunioni tra microequipe e partners selezionati, sul singolo caso, sia per la sua realizzazione che per il monitoraggio dell’andamento, che prevede la possibilità di modificare gli interventi previsti e di conseguenza il contratto stipulato, sulla base di emergenti necessità. Tale contratto risulta essere il documento a cui dovranno fare fede i partners in termini di rendicontazione finale delle prestazioni. Tutte le riunioni effettuate nel corso dell’anno vengono verbalizzate per permettere di mantenere traccia dell’attività svolta e vengono rendicontate come prestazioni non riconducibili al paziente.

La valutazione di efficacia dei percorsi di cura è rilevata attraverso due diffusi strumenti di valutazione, entrambi validati. Il gruppo tecnico, a questo proposito, ha individuato due scale di valutazione da somministrare agli utenti all’inizio del progetto, a sei mesi e ad un anno. Sono utilizzate a tal fine la “HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)” e la “WHO – Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS – II) – Versione 1988”.

In estrema sintesi, i progetti prevedono l’attuarsi di interventi su uno o più dei tre assi casa-lavoro – socialità, in particolare prevedendo:

- supporto a domicilio per la gestione domestica;
- intervento risocializzante
- intervento cura di sé
- borsa lavoro/inserimento lavorativo;
- affiancamento tirocinio lavorativo;
- gruppo appartamento
- partecipazione ad attività riabilitative di secondo livello (es. teatroterapia).

Di tali interventi, solo una parte è finanziata dal progetto e come tale erogata dai partners; la restante parte è frutto di cooperazioni e collaborazioni con la rete naturale (fa-

miglie, amministratori di sostegno), con associazioni di volontariato, privato sociale profit e no profit, aziende e singoli professionisti. Gli interventi finanziati dal progetto, quindi, sono stati solo una parte rispetto all’insieme di azioni necessarie a rendere concretamente possibile la riuscita dei progetti proposti, che ha avuto come attori centrali i C.P.S. dipartimentali.

A questo, parallelamente, si è affiancata l’attività di promozione del progetto e reperimento di ulteriori collaborazioni, anche per la soluzione dei numerosi problemi concreti che un percorso di deistituzionalizzazione comporta.

3. RESOCONTO ANALITICO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

Nel 2017, anno di inizio del progetto presso il nostro Dipartimento, sono stati arruolati 13 pazienti, la maggior parte dei quali ha ricevuto però solo interventi limitati e non integrati in un reale progetto di autonomizzazione; i drop-out sono stati infatti elevati (9 pazienti). Questo andamento è verosimilmente da riferirsi all’iniziale difficoltà, proseguita per una parte dell’anno successivo, nel prendere dimestichezza con questa nuova modalità di intervento, in primis per gli operatori stessi. I primi due anni si sono infatti inevitabilmente concentrati sulla modellizzazione dell’esperienza, tramite confronti ripetuti delle microequipe, proprio per elaborare modalità di lavoro, di supervisione, di selezione dei pazienti e di interventi tali da risultare i più efficaci possibili.

Nel 2018 i pazienti arruolati sono stati 21, permettendo le dimissioni dall’ambiente comunitario per 4 di essi ed evitando l’ingresso degli altri pazienti, tutti fortemente critici.

Nel 2019 sono stati selezionati 33 pazienti a livello dipartimentale. Di questi, 6 progetti non sono mai stati attivati, per lo più per l’aggravarsi delle condizioni cliniche dei pazienti e per la difficoltà a reperire gli interventi necessari.

In 27 casi è stato possibile partire con il progetto

elaborato; di questi, 3 pazienti sono andati incontro a drop-out, a diversi livelli del percorso: in due casi questo è stato connesso a fasi di scompenso del paziente, in un caso alla difficoltà a tollerare il passaggio di autonomia abitativa proposto.

A fine 2019 erano quindi attivi, divisi per U.O.:

- **U.O. Oltrepò:** 7 casi, di cui 6 supporti all'abitare e 1 inserimento lavorativo. Esperienza fondamentale del 2019 è stata la realizzazione di un'esperienza di abitare condiviso che ha visto la partenza, tramite il TR65, di un appartamento sito a Stradella, abitato da 4 pazienti coadiuvate nella quotidianità da due TerP messe a disposizione da un partner privato, permettendo da un lato tre dimissioni dalle comunità e dall'altro creando una delle prime esperienze di questo tipo del nostro territorio. Nel 2019 si è inoltre assistito al termine di due progetti: in un caso, il supporto dato dal progetto TR65 ha permesso il riavvicinarsi della paziente al suo territorio d'origine, nell'altro si è arrivati ad una stabilizzazione del paziente. Un'ulteriore esperienza di abitazione, con il reperimento tramite i partners privati dell'alloggio e del supporto educativo, è stata avviata a Voghera, permettendo la dimissione del paziente da una C.P.A. del territorio.
- **U.O. Vigevano:** 6 casi, di cui 2 supporti nell'area della socialità tramite educatore dedicato, 1 inserimento lavorativo, incrementato nel corso dell'anno in vista di una possibile assunzione del paziente direttamente dal partner stesso e 3 supporti all'abitare. Di questi ultimi uno è un progetto iniziato lo scorso anno, a segnalare la buona riuscita dello stesso. Per gli altri due è invece stata creata una situazione di cohousing, sfruttando la disponibilità di una paziente a condividere la propria abitazione.
- **U.O. Pavia:** 11 casi, di cui 5 supporti all'abitare; in due casi questo ha riguardato forme di cohousing tra utenti che si sono autonomamente "scelti" durante il precedente percorso comunitario e a cui è stato fornito un supporto educativo per imparare a gestire

adeguatamente questa nuova forma di autonomia condivisa, e 6 di inserimento lavorativo.

Nell'anno corrente il budget assegnato al progetto è rimasto invariato rispetto all'anno precedente, rendendo complessa l'introduzione di nuovi pazienti. Molti dei progetti avviati nel 2019 hanno necessitato infatti del loro rinnovo per il 2020 per permettere ai pazienti da un lato di proseguire nel percorso riabilitativo verso una più completa autonomia, difficilmente esauribile in un anno di interventi, e dall'altro di stabilizzare le competenze raggiunte. In più la situazione di emergenza legata alla pandemia da COVID-19 ha determinato un'ulteriore difficoltà per le équipe territoriali nel progettare nuovi interventi.

Risultati

Nel loro complesso, le persone reclutate per il Budget di Salute rispondono ai criteri adottati per le diagnosi di inclusione: il 57% è affetto da un disturbo schizofrenico o dell'area psicotica, il 28,5% da un disturbo di personalità e il 4% da un disturbo affettivo. Nel 20% dei pazienti vi è una concomitante diagnosi di dipendenza da sostanze o alcol. Rispetto all'età il 48,5% appartiene alla fascia dei 45-54 anni mentre solo l'8,5% ha un'età compresa tra i 18 e i 30 anni. Vi è una maggior prevalenza di uomini nel progetto (58%). Il 40% dei pazienti ha un diploma superiore mentre solo il 6% è laureato. Il 34% dei pazienti è stato dimesso da una struttura residenziale tramite il progetto, mentre il 22% è privo di una rete familiare naturale.

Sul piano economico, prendendo in esame l'anno 2019, il Progetto Innovativo TR65 ha visto una valorizzazione delle prestazioni pari a 173.693,30 euro. Di questi 43.063,18 euro corrispondono a prestazioni svolte dalle équipe territoriali sui pazienti arruolati nel progetto mentre 16.160 euro sono derivati dalle prestazioni non riconducibili al paziente svolti sempre dai componenti dell'équipe multidisciplinare dell'ASST. Infine, 114.470,12 sono le prestazioni effettuate dai partners (corrispondenti a 1.420

interventi), per una media di circa 4.700 euro a progetto.

Sul piano clinico, i pazienti arruolati hanno visto una riduzione significativa delle ospedalizzazioni e un miglioramento delle proprie condizioni cliniche e del proprio soddisfacimento personale.

4. CRITICITÀ RILEVATE

Nonostante gli obiettivi raggiunti finora, occorre rilevare il permanere di alcune criticità. Si è identificata infatti la necessità di individuare una strategia che permetta una maggiore fluidità e flessibilità nella contrattualizzazione con i partners, a causa della difficoltà a definire aprioristicamente sia le collaborazioni che potranno eventualmente realizzarsi sul territorio, sia gli effettivi percorsi terapeutici-riabilitativi che si concretizzeranno. La necessità di attribuire delle quote fisse di spesa ai partners complica notevolmente i rapporti con essi, soprattutto date le caratteristiche intrinseche del lavoro in psichiatria e quelle del grave paziente psichiatrico, che nonostante l'adeguatezza degli interventi può presentare, soprattutto nelle fasi di cambiamento, fasi di ricaduta, di scompenso o un rapido cambio delle proprie necessità, che possono richiedere una rimodulazione o una sospensione del progetto.

Dal punto di vista operativo, permane come criticità il reperimento di alloggi sul mercato privato. Il tentativo di coinvolgere Comuni e Piani di Zona si è rivelato per lo più infruttuoso, con una scarsa risposta di partecipazione da parte di queste realtà e una grande disomogeneità fra i tre territori del Dipartimento. Proprio per questo nel corso del 2020 sono state effettuate ripetute riunioni con gli assistenti sociali al fine di promuovere una più ampia e attiva collaborazione. La partecipazione del territorio permetterebbe infatti che alcuni aspetti del progetto, prettamente sociali, non gravino sul "Budget di salute", liberando così, almeno parzialmente, risorse utili.

Nel corso del 2019 si sono riscontrate difficoltà crescenti nel definire la formula più congrua dell'inserimento lavorativo, anche conseguenti alle modifiche delle leggi sul

lavoro in materia delle modalità di proroga dei tirocini al fine dell'inserimento lavorativo, che rende difficile il loro rinnovo. Legato a ciò è apparso anche più complesso richiedere ai partners di svolgere il ruolo di intermediari rispetto a risorse lavorative private del territorio, sempre per problematiche di legislazione del lavoro. Analogamente, sono emerse alcune criticità riguardo l'allargamento della platea dei partners. Se la manifestazione di interesse pubblica ha permesso la partecipazione di nuove realtà, resta comunque una difficoltà oggettiva la partecipazione da parte di realtà più piccole e meno solide, sia per le modalità di pagamento, che richiedono mesi per l'espletamento, sia per la necessità di inserimento delle prestazioni tramite l'applicativo Psiche Web. Tutto ciò fa sì che la competizione tra i partners, che si riterrebbe indispensabile, sia ancora molto limitata e soprattutto in ambito lavorativo permane un'offerta limitata.

Come gruppo tecnico ci si è inoltre a lungo interrogati sulle prospettive dei progetti, emergendo già da ora la problematicità dell'autonomizzazione completa dei pazienti inseriti. Questo infatti, per quanto auspicabile, appare una prospettiva che si scontra in primis con le reali caratteristiche psicopatologiche dei pazienti arruolati. Se certamente una parte considerevole dei pazienti gravi potrebbe trarre beneficio da una piena deistituzionalizzazione, appare invece improbabile che questi possano raggiungere una totale autonomia di vita, permanendo quindi la necessità continua di investimenti tramite il progetto, rischiando una sua saturazione in termine di risorse economiche. Nei pazienti meno gravi, che anzi sviluppano buone competenze socio-lavorative, l'esiguità di realtà extra-sanitarie in grado di offrire lavori adeguati alle abilità pur acquisite, rende altrettanto difficile l'uscita dal progetto.

5. CONCLUSIONI

Dal 2017 ad oggi si è quindi riusciti a implementare nel nostro D.S.M.D. la modalità operativa "Budget di Salute", raggiungendo dal 2017 ad oggi anche gli obiettivi di spesa

fissati come Progetto Innovativo. Essenziale è, ad oggi, poter usufruire di modalità collaudate e modellizzate di organizzazione, pianificazione e supervisione degli interventi, aspetti che hanno comportato un grosso lavoro iniziale ma che permettono oggi alle microequipes e ai partners di muoversi all'interno di una struttura conosciuta e regolamentata, pur se adattabile all'unicità dei bisogni dei pazienti.

Attualmente sono in fase di elaborazione le analisi delle scale somministrate ma appare già evidente come sul piano clinico i vari interventi abbiano portato ad una riduzione delle ospedalizzazioni dei pazienti arruolati, oltre a permettere varie esperienze di conclusione del progetto per il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Il progetto Innovativo TR65 si è dimostrato ad oggi di significativo valore evidenziando come un'ottica che tenga sempre più conto dei bisogni specifici dei singoli utenti e dell'integrazione con le risorse del territorio possa permettere per alcuni pazienti una miglior gestione delle risorse allocate in psichiatria oltre che il raggiungimento di una più soddisfacente qualità di vita per gli stessi.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psichiatra, referente del progetto innovativo TR65 dell'ASST Pavia*

** *Psichiatra, componente microequipe territoriale TR65, Pavia.*

^ *Psichiatra, Responsabile del progetto innovativo TR65, Direttore Unità operativa di psichiatria n 60, Oltrepò.*

° *Psichiatra, Direttore Unità operativa di psichiatria n 59, Lomellina.*

† *Psichiatra, Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Pavia, Direttore Unità operativa di psichiatria n 57/58, Pavia, Direttore scuola di Specializzazione in Psichiatria – Università degli Studi, Pavia.*

CORRISPONDENZA:

giovanni_migliarese@asst-pavia.it

BIBLIOGRAFIA

1. Federici S., Meloni F., Mancini A., Lauriola M., Belardinelli M. (2009), *World Health Organisation Disability Assessment Schedule II: Contribution to the Italian validation*, in “Disability and Rehabilitation”, <https://doi.org/10.1080/09638280802240498>.
2. Ferri M., Pellegrini P., De Santis I., *Dalla residenzialità psichiatrica al budget di salute*. Nuova rassegna studi psichiatrici, 2015; 12; 7.
3. Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi F., Torri V., Morosini P., *La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), una scala per la valutazione delle gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2001; 10(3): 198-212.
4. Monteleone R., *La contrattualizzazione delle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura*. In: BIFULCO L. (a cura di), *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci, 2005.
5. Ministero della Salute (2016), *Rapporto salute mentale – Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*.
6. Percudani M., Cerati G. et al. (2013), *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*. McGraw-Hill Education, Milano.
7. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*. Laterza editore, 2013. x
8. Rössler W. (2006), *Psychiatric rehabilitation today: an overview*. World Psychiatry 5, 3, 151-7.
9. Starace F. (2011), *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di Salute*. Carocci Faber, Roma.
10. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. (2019), *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale, Vol. 2*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
11. Wirrmann Gadsby E. (2013), *Personal Budgets and Health: a review of the evidence*. Centre for Health Services Studies, University of Kent.
12. World Health Organization (2010), *L'empowerment dell'utente nella salute mentale. Una dichiarazione dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'O.M.S.* (Traduzione curata dalla Associazione Riabilita di Siena per conto del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale).

Study skills e intervento precoce

Amato L. *, Flauto S. *, Tirelli V.°, Meneghelli A. *, Monzani E. ^

INTRODUZIONE

Il fallimento scolastico è uno dei più importanti fattori di rischio per lo sviluppo di diverse psicopatologie, dai Disturbi dell'Umore, ai Disturbi di Personalità, alle Dipendenze Patologiche fino agli esordi Psicotici (Bowers, 2010; Serpelloni, 2012).

Il rischio di un'evoluzione psicopatologica appare "cumulativo" e determinato da più fattori: tra cui il vivere degli eventi di vita, come quelli legati agli insuccessi scolastici, sfavorevoli e traumatici. Specialmente in adolescenza, quando l'elevata variabilità dei fattori intrinseci ed estrinseci dei ragazzi con problemi scolastici sembra aumentare e divenire più complessa (Capozzi, 2013). Infatti l'abbandono scolastico dei giovani a rischio è frequente e portare a termine il proprio percorso di studi, che per molti è fonte di notevole stress e ansia, è di fondamentale importanza sia da un punto di vista "pratico", conseguendo un titolo per entrare nel mondo del lavoro, che su un piano più "psicologico" di autostima e autoefficacia, rafforzando le competenze e sviluppando potenzialità integre e funzionanti (Cocchi e Meneghelli, 2012).

Le condizioni di ultra high risk (UHR) si accompagnano spesso all'interruzione del percorso di studi o alla difficoltà nell'inserimento nel mondo del lavoro o ancora alla perdita dell'attività lavorativa. Lo sviluppo potenziale del soggetto rischia di venire compromesso o invalidato in assenza di interventi mirati ed efficaci. Numerosi studi evidenziano come il supporto al recupero o al mantenimento del ruolo sociale diventa un aspetto centrale nel percorso di cura dei giovani identificati come ad alto rischio di sviluppare psicopatologia (Preti, 2012). Questo tipo di intervento assume contemporaneamente

un ruolo preventivo ed in parte un ruolo già terapeutico.

Gli interventi di supporto all'integrazione sociale costituiscono un punto cruciale in ottica innanzitutto di prevenzione per permettere al ragazzo di continuare ad apprendere ed acquisire ulteriori competenze e quindi fattori protettivi (Meneghelli e Bislenghi, 2005).

Garantire all'individuo la possibilità di realizzarsi in termini di vita lavorativa e affettiva è al centro delle finalità dell'Intervento Precoce nelle malattie mentali (Marshall, 2011). Per questa ragione l'approccio della Early Intervention sta da tempo dirigendo il suo focus sulla social recovery e in modo particolare sulla ripresa scolastica e l'inserimento lavorativo (Fowler, 2009).

#OGGISTUDIO: L'EVOLUZIONE DI UN PROGETTO PILOTA

Il Servizio del CPS Giovani di Via Livigno, afferente all'ASST GOM Niguarda di Milano, con l'attività di Programma 2000, da molti anni investe risorse e ricerca anche nell'ambito degli interventi psicosociali (Cocchi & Meneghelli, 2012; Monzani, Meneghelli & Percudani 2019). Tra questi interventi sono presenti anche quelli sul recupero e mantenimento del ruolo scolastico, che dal 2017 è stato possibile potenziare e strutturare con procedure *evidence based*, derivate dall'ABA (Applied Behavior Analysis). Questo progetto pilota si è potuto realizzare grazie alla collaborazione congiunta del CPS con *Cambiare la Rotta Onlus* e il *Centro di Apprendimento e Ricerca Tice* (Università di Parma). Attraverso uno scambio di formazione tra i due servizi è stato costituito un progetto chiamato #OGGISTUDIO. Si è passati dunque da un intervento basato sul buon senso dell'operatore a procedure scientificamente fondate adottate da psicologi ed educatori formati *ad hoc*.

L'intervento, durato un anno, si è svolto secondo la metodologia di una ricerca, con lo scopo di valutare l'efficacia dell'utilizzo di specifiche strategie organizzative e di studio in soggetti a rischio o esordio psicopatologico dai 17 ai 24 anni. Il sostegno scolastico è passato, da una

modalità esclusivamente individuale, ad un setting di gruppo attraverso la strutturazione di “aule”, omogenee per età e percorso di studio, che potessero tuttavia permettere un supporto individualizzato ad ogni partecipante. Tale modalità è pensata per favorire socializzazione e motivazione intrinseca. Ciascuna aula, di massimo 4/5 ragazzi, è gestita da almeno due operatori (psicologo, educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica) e la frequenza è settimanale. E' stata strutturata una ripartizione “stagionale” di moduli di almeno 10 incontri ciascuno, iniziando dalla “summer school”. La reclutazione dei pazienti è avvenuta attraverso il filtro dell'equipe curante che si è occupata di selezionare quei pazienti che avevano bisogno di un sostegno allo studio relativo non solo alla scuola ma anche al conseguimento della patente di guida o all'apprendimento di una lingua.

Gli strumenti normativi usati per le valutazioni pre e post intervento sono stati i Test sull'Abilità e Motivazione allo Studio, Amos Test (Cornoldi, 2014), e il Test Multidimensionale dell'Autostima, TMA (Bracken, 2003). Gli strumenti criteriali sono stati invece: checklist di osservazione delle competenze organizzative e delle abilità di studio” e una prova di osservazione a campionamento relativo al comportamento “on Task”.

Le strategie condivise sono state un training di: *Goal Setting* – scomposizione del materiale di studio in singole parti giornaliere (Miller & Kelley, 1992); *Self Monitoring* – automonitoraggio dei tempi di studio e della prestazione (Schunk, 1985); e *Study Skills* – strategie finalizzate all'apprendimento e memoria del materiale di studio (Cornoldi et al., 2015; De Beni & Zamperlin, 1993). Gli operatori durante tutte le sessioni hanno inoltre rinforzato con frequenti approvazioni contingenti (*Approvals*) l'emissione dei comportamenti strategici adeguati, contribuendo attivamente a condizionare positivamente l'attività di studio.

I risultati preliminari dello studio hanno mostrato miglioramenti generali: un aumento nell'uso di strategie di studio e nei livelli di organizzazione, un abbassamento

dell'ansia, maggiori livelli di autoestima/autoefficacia e resilienza.

Questo progetto pilota di sostegno al ruolo scolastico ha dunque creato le basi teoriche ed operative per gli sviluppi di tutti gli interventi successivi attuati fino ad oggi nel CPS Giovani di Niguarda. Sono state richieste inoltre delle formazioni specifiche per operatori dei servizi territoriali per giovani che hanno potuto replicare tale modello sia in ambito ambulatoriale che comunitario. La sfida importante da affrontare nel tempo è stata quella di adattare le procedure d'intervento ai vincoli del contesto di ogni servizio e alle difficoltà del disagio psichico dei giovani.

Obiettivi dell'intervento di sostegno allo studio

Le attività per il sostegno allo studio, e miglioramento del metodo di apprendimento, si svolgono principalmente su cinque piani ed obiettivi fondamentali:

- Creare una forte alleanza di lavoro per collaborare efficacemente nel tempo
- Lavorare sul contenuto della materia di studio per conoscere le difficoltà e facilitare l'apprendimento
- Lavorare sull'organizzazione dello studio e sul metodo, allenare le *Study Skills*, per promuovere autonomia e motivazione
- Incoraggiare gli scambi tra i giovani membri nel gruppo, per favorire la socializzazione e l'aiuto tra pari e l'*empowerment*.
- Comunicare con i curanti e i docenti scolastici per integrare e allineare l'intervento

L'obiettivo principale che ci si propone è quello di potenziare le abilità di studio, offrendo metodi che promuovano autonomia e autoefficacia nella programmazione delle materie di scuola, così come motivazione e curiosità verso i contenuti da apprendere.

Queste prassi sono indirizzate ad aumentare una motivazione allo studio non solo estrinseca (legata alla quantità: le pagine studiate e il voto) ma anche più intrinseca (legata alla qualità: l'impegno investito e la piacevolezza percepita).

Infine, l'obiettivo implicito sottostante a tutto è quello di integrare l'intervento coi curanti del Servizio (psichiatra e psicologo) e con i docenti della scuola.

METODOLOGIA E ATTIVITÀ

La creazione di un'alleanza di lavoro con il giovane inizia dal primo incontro, attraverso un colloquio di circa un'ora. Si raccoglie la recente esperienza scolastica e le difficoltà incontrate nello studio, ma si cerca anche di stimolare la narrazione degli elementi salienti della vita personale. Questo è fondamentale per progettare e individualizzare l'intervento in base alle necessità sia di apprendimento, sia psicologiche del giovane partecipante.

Il successivo obiettivo è il lavoro sui contenuti della materia di studio. In fase iniziale si svolge un tutoraggio didattico: ci si affianca al ragazzo, mentre legge e comprende la materia di studio. Questa fase è utile per conoscere in concreto le difficoltà d'apprendimento e capire quali abilità di studio potenziare. Negli incontri successivi, la strategia è di diminuire il tutoraggio didattico e attuarlo solo quando serve facilitare la comprensione e/o velocizzare l'apprendimento in vista di una verifica imminente. Diversamente, si incoraggia il soggetto a lavorare in autonomia, utilizzando le Study Skills man mano proposte.

L'organizzazione dello studio e le strategie di apprendimento sono l'attività centrale dell'intervento, indispensabile per promuovere autonomia e motivazione. Si svolge attraverso l'applicazione del training di *Goal Setting* e *Self Monitoring*, più l'insegnamento di *Study Skills* basiche.

Il *Goal Setting* è una procedura di suddivisione del compito in piccoli obiettivi raggiungibili, scansionati nel tempo a disposizione. Si incoraggia quindi ogni studente a programmare delle schede di lavoro su base mensile/settimanale e giornaliera, costruite sul materiale di studio. La progettazione mensile/settimanale serve a programmare la propria agenda realisticamente:

per rispettare gli altri impegni presi e i tempi di svago e per portarsi avanti, riducendo al minimo la corsa finale stressante prima delle verifiche. La programmazione giornaliera è utile a mantenere il ritmo del lavoro ed allenare attenzione e concentrazione. A tal fine il partecipante viene allenato ad attuare un *Self Monitoring* sullo studio giornaliero, valutando da sé il tempo che impiega a svolgere il lavoro prefissato (segnandosi il tempo stimato, quello effettivo e facendo poi il check).

Le modalità di studio insegnate e potenziate riguardano le tre *Study Skills* di base:

- Lettura veloce del testo attraverso l'utilizzo degli indici testuali ("Leggi prima il titolo del capitolo e i titoli dei singoli paragrafi")
- Brainstorming sulle informazioni pregresse ("Dimmi tutto quello che ti viene in mente, che già sai, su questo argomento") per creare curiosità e predisporre all'elaborazione profonda dell'informazione
- Ricerca di domande possibili ("Quali domande potrebbero farti su questo argomento?") per focalizzare l'attenzione sulle informazioni principali.

La strategia di base è ispirata alle metodologie dell'Analisi Applicata del comportamento (ABA) focalizzata sull'aumento della frequenza delle approvazioni del comportamento (e non di correzioni o punizioni) e volta all'aumento delle opportunità di risposta, facendo sperimentare successo.

Un'altra attività di base, nel setting di gruppo, è quella incoraggiare lo scambio tra i partecipanti. Si favorisce la socializzazione presentando ogni nuovo membro al gruppo, facendo le pause insieme quando i tempi lo consentono e studiando su unico un grande tavolo. Si incoraggia anche l'apprendimento collaborativo e il tutoraggio tra pari per normalizzare le difficoltà e favorire l'empowerment.

Infine, la comunicazione con i curanti e i docenti scolastici è di supporto per integrare e allineare l'intervento. Si collabora con i curanti (psichiatra e psicoterapeuta) nella costruzione di una progettua-

lità e si cerca di mediare tra i bisogni del giovane e le richieste della scuola. Si valuta insieme ai curanti l'eventualità di proporre il paziente alla scuola come Bisogno Educativo Speciale (BES).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

**Cambiare la Rotta Onlus*

°Tice Live & Learn

^Direttore DSMD ASST Bergamo Ovest

Corrispondenza:

emiliano_monzani@asst-bgovest.it

BIBLIOGRAFIA

1. Cocchi A. & Meneghelli A. a cura di (2012). *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale d'intervento precoce*. Milano: Edi-Ermes.
2. Cornblatt B.A., Carrión R.E., Addington J., Seidman L., Walker E.F., Cannon T.D., Cadenhead K.S., McGlashan T.H., Perkins D.O., Tsuang M.T., Woods S.W., Heinssen R., Lencz T. (2012). *Risk factors for psychosis: impaired social and role functioning*. Schizophr Bull. Nov; 38(6):1247-57.
3. Cornoldi C. & De Beni R. (2015). *Imparare a studiare*. Trento: Erickson.
4. Cornoldi C., De Beni R., & Gruppo MT (2015). *Imparare a studiare 2. Strategie, stili cognitivi, metacognizione e atteggiamenti nello studio*. Trento: Erickson.
5. Correll C.U. et al. (2018). *Comparison of Early Intervention Services vs Treatment As Usual for Early-Phase Psychosis. A Systematic Review, Meta-analysis and Meta-regression*. Jama Psychiatry, 75(6): 555-565.
6. De Beni, R., & Zamperlin, C. (1993). *Guida allo studio del testo di storia. Strategie metacognitive per comprendere e ricordare*. Trento: Erickson.
7. Fusar-Poli P., Byrne M., Valmaggia L., Day F., Tabraham P., Johns L., McGuire P.; OASIS Team (2010). *Social dysfunction predicts two years clinical outcome in people at ultra high risk for psychosis*. J Psychiatr Res, Apr, 44(5):294-30.
8. Fowler D. (2009). *Cognitive behavior for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC trial platform study (improving social recovery in early psychosis)*. Psychol Med, 39: 1-10.
9. Meneghelli A. & Bislenghi L. (2005). *Intervento precoce e riabilitazione in una prospettiva di prevenzione. L'approccio multimodale nella riabilitazione in psichiatria*. Milano: McGraw-Hill.
10. Miller, D. L., & Kelley, M. L. (1992). *Interventions for improving homework performance: A critical review*. School Psychology Quarterly, 6, 174-185.
11. Miller, D. L., & Kelley, M. L. (1994). *The use of goal setting and contingency contracting for improving children's homework performance*. Journal of Applied Behavioral Analysis, 27, 73-84.
12. Monzani E., Meneghelli A. & Percudani M. a cura di (2019). *Stati mentali a rischio: Riconoscere, prevenire, curare nei giovani*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
13. Preti A., Pisano A., Cascio M.T., Galvan F., Monzani E., Meneghelli A., Cocchi A. (2012). *Validation of the health of the Nation Outcome Scales as a routine measure of outcome in early intervention programs*. Early Interv Psychiatry, Nov; 6(4): 423-31.
14. Schunk, D. (1985). *Participation in goal setting: Effects on self-efficacy and skills of learning disabled children*. Journal of Special Education, 19, 307-317.
15. Tirelli V. et al. (2014). *Compiti a casa: un mezzo di collaborazione tra scuola e casa*. Psicologia dell'Educazione, 8 (1), 55-80.

Suonare per curare: il gruppo musica in riabilitazione psichiatrica

L'esperienza riabilitativa musical-letteraria nel vivere il tempo "sospeso" del primo lockdown

Filippo Besana*, Marica D'Amato**,
Annamaria Tanzi[^], Andrea Silva*,
Matteo Rocchetti^o, Elena Farinella^o,
Pierluigi Politi[†]

INTRODUZIONE

Percepire e, ancor più, produrre musica sono esperienze neurologicamente complesse, che coinvolgono differenti aree cerebrali, innescando diversi schemi motori e coinvolgendo attivamente i sistemi neurotrasmettitoriali serotonergico, dopaminico e ossitocinico. Diverse sono le evidenze dell'efficacia degli interventi musicali in ambito riabilitativo sulla sintomatologia psicotica (Peng et al., 2010), in pazienti con disturbi di personalità (Strehlow et al., 2016), oltre che nei disturbi dello spettro autistico (Bieleninik et al., 2017), (Boso et al., 2007). È possibile suddividere tali interventi in *attivi*, in cui anche al paziente viene proposto di partecipare all'improvvisazione sonoro-musicale con gli strumenti messi a disposizione all'interno del *setting*, e *recettivi*, basati invece sull'ascolto di brani eseguiti dagli operatori o registrati.

METODI

Nel corso della pandemia da Covid-19, all'interno del Polo Psichiatrico "Torchietto" di Pavia, del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, è stata svolta un'attività musicale a cadenza settimanale, gestita dagli operatori (medici specia-

lizzandi, tecnici della riabilitazione psichiatrica), da marzo 2020 a settembre 2020. Per ogni sessione è stata prevista la presenza di almeno due operatori, con una frequenza media di dieci ospiti. I partecipanti sono utenti con diagnosi di disturbo dello spettro della schizofrenia, disturbo delirante cronico, disturbo bipolare, disturbo di personalità. Gli obiettivi principali sono stati: migliorare il tono dell'umore e la qualità di vita, favorire la socializzazione e lo sviluppo di capacità empatiche, stimolare la riflessione su di sé e l'esternazione di emozioni e sentimenti. È stata scelta una disposizione circolare delle sedie con il conduttore elemento del cerchio, senza gerarchie prefissate. Gli strumenti a disposizione della Comunità sono stati sempre presenti all'interno del setting, liberamente usufruibili da parte di operatori e ospiti.

DISCUSSIONE

È nostra convinzione che la riabilitazione psichiatrica, "impone", in un'accezione positiva, il saper stare (saper essere) e saper trascorrere del tempo con gli utenti/ospiti, nei quali una dimensione relazionale disturbata, altera le dimensioni spaziali e temporali con la difficoltà di percepire (o di percepire in modo diverso) i confini del sé. L'attività ha portato ad esiti di miglioramento del benessere, soggettivo e oggettivo, degli ospiti che ne hanno fatto parte. Si è evidenziato un graduale coinvolgimento durante le sedute, con un buon raggiungimento di alcuni obiettivi, come la capacità di condivisione in

gruppo, le abilità di critica e autoanalisi. Il gruppo si è rivelato essere una importante opportunità di impiegare il proprio tempo e le proprie risorse di base, in un momento di non facile gestione di queste dimensioni come quello del primo lockdown.



Annarita Nitti, Bari, 1990, Dipinto su vetro

CONCLUSIONE

Questa esperienza porta in essere la convinzione che i progetti riabilitativi ed artistici a sfondo musicale dovrebbero essere presi in considerazione come parte integrante del programma clinico e riabilitativo in ambito residenziale, perché funzionali nel supporto al processo di *recovery* degli ospiti. Sarebbe interessante rielaborare questo progetto in contesti differenti: nell'ambito dell'acuzie psichiatrica o ambulatoriale territoriale, oltre che in contesto detentivo o riabilitativo-detentivo.

Dalla nostra esperienza si evince che l'integrazione delle attività musicali all'interno del percorso clinico e riabilitativo dei pazienti psichiatrici aiuta a migliorare la qualità della vita, contribuendo a fare emergere la componente funzionale sana, a discapito di quella patologica, nella gestione del quotidiano.

INTRODUZIONE

La dimensione musicale, sia di ascolto che creativa, è di fondamentale importanza nella percezione della realtà e nella definizione di schemi comunicativi. La percezione e la riproduzione sonoro-musicale implicano il coinvolgimento di diverse aree cerebrali, e sono correlate alla definizione di diversi schemi motori e alla produzione del linguaggio. Lo sviluppo di diverse tecniche di neuroimaging funzionale ha consentito di comprendere quali sono le aree cerebrali maggiormente implicate in questi processi (Koelsch, 2014). Dal punto di vista biochimico, sembra che gli stimoli sonoro-musicali influiscano su diversi sistemi, fra cui quello dopaminergico e oppioide (entrambi implicati nei processi di gratificazione, piacere e ricompensa), serotoninergico e ossitocinico (coinvolti nei processi di affiliazione sociale), il sistema della pro-opiomelanocortina (implicata anche nei processi di risposta immunitaria). Diverse evidenze ormai hanno dimostrato l'efficacia degli interventi di attività musicale per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, della sintomatologia ansiosa e dell'autostima (Chang et al., 2018), nonché della sintomatologia negativa nei pazienti affetti da psicosi cronica (Ulrich et

al., 2007). Altri studi hanno rilevato una diminuzione della sintomatologia psicotica, misurata mediante BPRS, nei pazienti che seguivano programmi riabilitativi musicali (Peng et al., 2010). Notevoli sono inoltre le evidenze dell'efficacia degli interventi musicali nei disturbi dello spettro autistico (Bieleninik et al., 2017), (Boso et al., 2007). Strehlow e colleghi hanno invece analizzato le modalità di interazione dei pazienti con disturbo di personalità borderline in attività musicali a significato musicoterapico (Strehlow et al., 2016). In un altro lavoro, è stata messa in evidenza l'importanza della musica nell'evocare emozioni, in particolare quella della nostalgia: i partecipanti, in stato depressivo, hanno ascoltato dei brani musicali popolari scelti casualmente. La predisposizione alla nostalgia è stata misurata attraverso le seguenti scale: *Sadness dimension of the Affective Neurosciences Personality Scale* e *Neuroticism of the Big Five Inventory* (Davis et al., 2003), (John et al., 1999). È stato, inoltre, valutato il tono dell'umore tramite la somministrazione della *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) (Watson et al., 1988). La nostalgia evocata dalla musica è stata associata alle emozioni gioia, tristezza con conseguente miglioramento del tono dell'umore, mentre le esperienze non nostalgiche e non autobiografiche sono state associate a maggiore irritabilità (Barrett et al., 2010).

L'ascolto della musica è un'esperienza non solo uditiva ed emozionale, ma anche motoria. Come scrisse Nietzsche, quando ascoltiamo la musica "ascoltiamo con tutti i muscoli". Teniamo il tempo della musica senza volerlo, anche quando non siamo consapevoli di prestarle attenzione, e con il volto e le posture del corpo rispecchiamo la "trama" della melodia, insieme ai pensieri e ai sentimenti che essa provoca (Oliver Sacks, 2008).

Interventi musicali in ambito riabilitativo

Gli interventi riabilitativi musicali si distinguono in attivi, in cui anche al paziente viene proposto di partecipare all'improvvisazione sonoro-musicale con gli

strumenti messi a disposizione all'interno del setting, e passivi o recettivi, basati invece sull'ascolto di brani eseguiti dagli operatori o registrati; le due differenti modalità possono essere integrate all'interno di un unico percorso.

L'obiettivo generale è la creazione di uno spazio terapeutico in cui il paziente possa acquistare familiarità con il mezzo sonoro-musicale, creando un'occasione per sentirsi libero di esprimere i propri vissuti emotivi nella relazione con gli operatori che si occupano dell'attività e/o il gruppo.

Si ritiene infatti che l'esperienza musicale sia in grado di promuovere lo sviluppo di processi metacognitivi che, opportunamente guidati, possono diventare strumenti di cambiamento e co-evoluzione. Questo elemento può costituire un parametro relazionale, verbale e non verbale, tramite il quale si può rafforzare la relazione terapeutica in situazioni di disabilità, consentendo inoltre di riportare la dimensione del piacere del contatto umano anche in quei contesti caratterizzati dall'isolamento e dalla sofferenza mentale. All'interno del *setting*, sia individuale che di gruppo, l'operatore può utilizzare il mezzo sonoro-musicale e i suoi elementi (ritmo, melodia e armonia), per stabilire una relazione basata sulla comunicazione non verbale e promuovere programmi di risocializzazione, con acquisizione di nuove competenze emotive e relazionali. La finalità dell'intervento musicale è quindi la costruzione della relazione terapeutica tramite il parametro sonoro/musicale, al fine di favorire l'integrazione spaziale e la distinzione di sé-non sé, temporale e sociale (rapporto con il mondo esterno e definizione della propria identità).

Il Polo Psichiatrico "Torchietto" a Pavia

Il Polo Psichiatrico "Torchietto" afferisce al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Pavia; si tratta di una struttura sanitaria pubblica dedicata ad interventi riabilitativi

psichiatrici specialistici. Il Polo comprende due Strutture Residenziali (SRP₂/CPA Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo e SRP₁/CRM Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo) ed un Centro Diurno Psichiatrico.

Gli inserimenti residenziali presso le Strutture Residenziali (SR) e Semi-Residenziali presso il Centro Diurno si caratterizzano per una tempistica predefinita da normative regionali. Essi sono finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale degli utenti-ospiti, preventivamente presentati dal Centro Psico Sociale, il servizio territoriale titolare dei percorsi di cura di presa in carico, investendo sulle risorse e le attitudini personali di ciascuno di loro.

L'ATTIVITÀ MUSICALE

All'interno di questo contesto, nel Marzo 2020, è stata introdotta un'attività riabilitativa musicale che ha coinvolto gli utenti delle due Strutture Residenziali, in due differenti *setting*.

Il progetto è stato svolto a cadenza settimanale, dal mese di marzo 2020 al mese di settembre 2020, condotto dagli operatori del Polo "Torchietto" (Medici Specializzandi in Psichiatria e Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica). Ogni seduta ha previsto la presenza di almeno due operatori, con una frequenza media di dieci ospiti.

Metodi e Strumenti

Una prima fase è consistita nella scelta di diversi "temi", sui quali, nei momenti di condivisione comunitaria mattutina, è stato chiesto agli ospiti di esprimere una scelta di diverse canzoni inerenti il tema da affrontare durante l'attività. Questi brani sono stati, di volta in volta, ascoltati o suonati con gli operatori e commentati nel gruppo. Successivamente, è stato chiesto agli utenti se ci fossero dei frammenti di testi che li avessero colpiti particolarmente e per quale motivo, in modo da stimolare la riflessione nel contesto gruppale e i vissuti emotivi

evocati dall'ascolto e dall'improvvisazione delle canzoni. Partendo dalle parti di brani selezionate, è stata costruita una nuova canzone "medley", riguardante il tema scelto.

Al fine di incoraggiare la riflessione personale attraverso altri canali, sono state ricercate, sempre in gruppo, delle poesie inerenti il tema analizzato, lette, commentate e recitate a turno dagli ospiti stessi, con un accompagnamento musicale svolto dagli operatori.

In parallelo alla condivisione collettiva, l'attività è stata completata con gli utenti in grado di suonare uno strumento musicale (principalmente chitarra e batteria), con degli interventi riabilitativi individuali, svolti da un singolo operatore, in cui sono stati approfonditi i brani di particolare difficoltà tecnica, in modo tale che anch'essi potessero partecipare attivamente all'esecuzione delle canzoni create dal gruppo.

È stato poi chiesto ad un ospite con particolare propensione artistica di realizzare dei disegni riguardanti gli argomenti affrontati, prendendo spunto da lavori già editi o sfruttando la creatività personale. Questi disegni sono poi stati appesi nella sala comune della CRM, a ricordo dell'attività svolta.

Il progetto si è concluso con una festa finale, alla presenza degli operatori e di tutti gli utenti che non hanno preso parte continuativamente al gruppo (le norme di prevenzione infettivologica in atto hanno purtroppo impedito di estendere l'invito anche ai parenti). In questo contesto, sono stati proposti in forma di esibizione i brani e le poesie scelte nell'ambito dei diversi temi, accompagnate da un rinfresco comunitario. La festa è stata occasione di condivisione comunitaria anche per gli ospiti e gli operatori del Polo che non avevano preso parte all'attività.

La prima sessione è stata svolta nella seconda metà di marzo 2020, in un periodo di profonda incertezza, a causa delle restrizioni sulle uscite dalle Strutture imposte dalla prima ondata della pandemia di SarS-CoV2 e del divieto di incontrare i familiari.

Un esempio pratico: riflessione sull'ascolto de "L'anno che verrà" (Lucio Dalla), in merito al tema dell'amicizia, svolta durante l'attività del 23 marzo 2020

V: "Mi ha molto colpito la parte finale che dice "io mi sto preparando, è questa la novità". Mi fa venire in mente il rapporto con mio fratello, quando è andato a militare; mi mancava tanto e pensavo a lui ascoltando questa canzone, gli scrivevo sempre delle lettere".

F: "è una canzone commovente, mi ha trasmesso tristezza e a volte la trovo ambigua"

M: "Mi vengono in mente i periodi in cui non avevamo i cellulari per scrivervi e potevamo comunicare solamente con le lettere, un po' rimpiango questi momenti"

C: "Mi piace la seconda strofa, quella che dice "Si esce poco la sera, compreso quando è festa

E c'è chi ha messo dei sacchi di sabbia vicino alla finestra...

Ma la televisione ha detto che il nuovo anno

Porterà una trasformazione e tutti quanti stiamo già aspettando" in questo momento non esce nessuno la sera e nemmeno durante il giorno, stiamo tutti aspettando che il nuovo anno arrivi e porti via questa brutta situazione"

OBIETTIVI

- Migliorare l'attenzione e l'ascolto attivo
- Migliorare il tono dell'umore
- Favorire la socializzazione e sviluppare capacità empatiche
- Favorire la capacità di relazione
- Stimolare la riflessione su di sé e l'esternazione di emozioni e sentimenti
- Sviluppare la tolleranza alla frustrazione
- Gestire le distanze relazionali e i momenti di silenzio

Attrezzatura musicale a disposizione degli utenti e degli operatori

Chitarra elettrica, tastiera, chitarra acustica, un mixer, casse audio per la riproduzione dei brani, diversi stru-

Tabella 1: temi, canzoni e poesie scelte durante l'attività

Tema dell'attività	Canzoni scelte	Poesie /Letture scelte
Amicizia	"L'anno che verrà" (Lucio Dalla) "L'amico è" (Dario Baldan Bembo) "Quattro amici al bar" (Gino Paoli) "Una donna per amico" (Lucio Battisti)	"Amicizia" (Jorge Luis Borges)
Viaggio	"50 special" (Lunapop), "Destinazione paradiso" (Gianluca Grignani) "Io vagabondo" (Nomadi) "L'isola che non c'è" (Edoardo Bennato)	"In viaggio" (Michele Gentile)
Sogno	"Dormi, dormi" (Vasco Rossi) "Ho imparato a sognare" (Negrita) "Sono sempre i sogni a dare forma al mondo" (Luciano Ligabue) "Sognami" (Biagio Antonacci)	"Non respingere i sogni perché sono sogni" (Pedro Salinas)
Felicità	"Felicità" (Al Bano e Romina) "La Bella Vita" (Lorenzo Jovanotti) "La Compagnia" (Lucio Battisti) "Che rumore fa la felicità" (Negrita)	"Ode al giorno felice" (Pablo Neruda)
Rabbia	"Stupendo" (Vasco Rossi) "Ho difeso il mio amore" (Nomadi) "Il bar della rabbia" (Mannarino) "Gli spari sopra" (Vasco Rossi)	"La rabbia" (Pier Paolo Pasolini)

menti a percussione (una batteria, due bonghi, maracas), unitamente a strumenti personali degli operatori che hanno condotto l'attività.

Caratteristiche del *setting*

La partecipazione all'attività musicale settimanale è stata volutamente mantenuta libera, senza alcuna imposizione di frequenza, per dare modo agli ospiti di entrare nel gruppo e interagirvi anche in un secondo momento. I gruppi sono stati composti da pazienti con diverse tipologie di diagnosi: disturbi dello spettro della schizofrenia, disturbi di personalità, disturbo delirante, disturbi dell'umore, psicosi croniche, con grande eterogeneità al suo interno.

Il progetto è nato dall'interesse degli stessi ospiti, che già utilizzavano l'ascolto musicale come distrazione o a scopo ansiolitico, oltre che dalle propensioni artistiche di alcuni soggetti, verso l'utilizzo di strumenti musicali (chitarra elettrica, chitarra acustica, batteria).

È stata scelta una disposizione circolare delle sedie con il conduttore elemento del cerchio, senza gerarchie prefissate. Gli strumenti a disposizione della Comunità sono stati sempre presenti all'interno del *setting*, liberamente usufruibili da parte di operatori e utenti (è, ad esempio, capitato che una ospite, particolarmente incline all'utilizzo della batteria, si proponesse autonomamente di partecipare alla ritmica di alcune canzoni, con davvero ottimi risultati...).

Caratteristiche dei partecipanti

Tabella 2: diagnosi ed età media dei pazienti partecipanti al gruppo

Diagnosi	Numero pazienti	Età media (anni)
Disturbo schizoaffettivo	6	50
Schizofrenia paranoide	5	50,2
Disturbo delirante cronico	1	66
Disturbo bipolare	5	52,4
Disturbo di personalità borderline	2	29
Disturbo di personalità NAS	2 (uno dei quali in comorbidità con disturbo bipolare)	39
Disturbo antisociale di personalità	1 (in comorbidità con disturbo delirante cronico)	66
Dipendenza da cannabinoidi ed alcol	1 (in comorbidità con disturbo di personalità borderline)	26
Abuso di alcol, episodico	1 (in comorbidità con disturbo delirante cronico)	66

DISCUSSIONE

Il gruppo musica, così eterogeneo per psicopatologia, gradi di disabilità e personalità differenti, si è rivelato impresa ardua e esperienza di non facile gestione.

È convinzione che la riabilitazione psichiatrica, “imporre” in un’accezione positiva, il saper stare (saper essere) e saper trascorrere del tempo con gli utenti/ospiti, nei quali una dimensione relazionale disturbata, altera le dimensioni spaziali e temporali con la difficoltà di percepire (o di percepire in modo diverso) il dentro di sé e il fuori da sé, soprattutto in un periodo delicato come quello che

stiamo vivendo, al tempo “sospeso” del Covid-19.

Nella Riabilitazione Psichiatrica, ogni professionista della salute (Medici, Infermieri, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori) deve affinare continuamente abilità e competenze per misurarsi da un lato con la cura (monitoraggio e sorveglianza sanitaria) e dall’altro con quel “prendersi cura della persona” nel suo agire nel mondo della vita per guidare alla possibile emancipazione sociale e alla riappropriazione di diritti formali e sostanziali, che fanno del “paziente psichiatrico”, un cittadino.

L’attività ha portato ad esiti di miglioramento del benessere, soggettivo e oggettivo, degli ospiti che ne hanno fatto parte. Si è evidenziato un graduale coinvolgimento durante le sedute, con un buon raggiungimento di alcuni obiettivi, come la capacità di condivisione in gruppo, le abilità di critica e autoanalisi. In questo contesto i partecipanti hanno potuto assumere un ruolo attivo e partecipativo nel processo di cura, sia proprio che altrui. Come anche sosteneva Jones, la caratteristica saliente della Comunità sta nel suo essere un sistema aperto, in cui *“la responsabilità del trattamento non è limitata allo staff medico, ma riguarda anche gli altri membri della Comunità, cioè i pazienti”*, in cui il processo trasformativo avviene in ambiente grupppale, con un focus sulle tensioni che nascono “qui ed ora” (Maxwell Jones, 1953).

Fondamentale, in questo contesto, la sospensione di qualsiasi giudizio e l’offerta di una opportunità per vincere la “noia” quotidiana che spesso affligge i luoghi di cura e che consente alle persone di superare in parte quella che Franco Basaglia chiamava *“malattia da istituzionalizzazione”*, mostrando parti di sé inaspettate e inimmaginabili.

Un vantaggio è stato rappresentato dal fatto che gli operatori coinvolti nell’attività conoscono la storia personale e psicopatologica dei pazienti, e soprattutto sono in grado di indicare quelle aree che è opportuno approfondire e quelle in cui non è necessario soffermarsi. Il progetto ha saputo coinvolgere i partecipanti negli ambiti verso i quali essi sono maggiormente portati (disegno, poesia,

canto, suonare uno strumento musicale), coinvolgendoli nella realizzazione di un obiettivo comune. Gli ospiti, partecipando all'attività, hanno potuto sperimentare il senso di appartenenza e di unione caratteristico di ogni gruppo terapeutico. Bion stesso, nella suo saggio *"Esperienze dei gruppi"*, sosteneva che *"l'uomo è attratto verso la socializzazione poiché, grazie al gruppo, può sperimentare il senso di appartenenza e soddisfare parte dei propri bisogni materiali e psicologici"* (Bion, 1961).

In qualche modo, dal punto di vista riabilitativo, la relazione terapeutica si è spostata dal setting asimmetrico del colloquio clinico a quello gruppendo dell'attività musicale. Questo ha condotto, soprattutto in alcuni casi, alla rimozione di resistenze che i pazienti non riuscivano ad abbassare durante i colloqui, sentendosi talvolta oggetto di esame. L'ascolto del vissuto non era più finalizzato alla rilevazione di parametri psicopatologici, rimodulazioni terapeutiche o psico-educazionali, ma all'assimilazione di esperienze e riflessioni altrui, che diventava terapeutica anche per gli operatori stessi, secondo il processo che Fausto Petrella chiamava *"ascoltare gli altri per ascoltare noi stessi"* (Petrella Fausto, 2018). Inoltre, l'ascolto dei brani proposti ha permesso di esprimere una serie di reazioni della sfera della comunicazione non verbale (pianti, sorrisi, abbracci...) che poi, in un secondo step, mediante i momenti di condivisione è stato consentito di verbalizzare tramite i commenti alle canzoni o il racconto di esperienze personali correlate al significato del brano.

Anche i momenti di attività musicale individuale con chitarra e batteria sono stati occasione per potenziare la relazione operatore-paziente ed incrementare il grado di partecipazione dell'utente verso l'attività, nonché di riflesso la *compliance* verso il proprio percorso riabilitativo. La condivisione di una particolare passione o predisposizione personale tra operatore e paziente è un fattore sicuramente proficuo in termini relazionali e di alleanza terapeutica.

I momenti di silenzio emersi nelle riflessioni non sono stati mai vuoti e carichi di "noia", ma minuti di intensa

partecipazione, ben vissuti all'interno del gruppo, e carichi di un importante significato non verbale, successivamente verbalizzato durante la condivisione.

Un altro aspetto da sottolineare è l'importanza che il gruppo ha rivestito nella gestione dei momenti di acuzie, non infrequenti in ambito riabilitativo: uno strumento che gli ospiti hanno utilizzato con modalità individuali, nei momenti di agitazione psichica, ha assunto ancora più rilevanza mediante la condivisione attiva anche delle esperienze psicopatologiche dei singoli, con piena accettazione da parte del resto del gruppo, senza alcun giudizio.

La scelta delle canzoni e delle poesie ha rispecchiato le differenti età anagrafiche degli ospiti e quindi il loro tempo storico. Questo ha costituito indubbiamente un'importante occasione di confronto e di apprendimento di nuovi brani e di generi musicali finora a loro sconosciuti.

È stato interessante vedere come l'eterogeneità patologica abbia contribuito, da un punto di vista contenutistico e relazionale, alla formazione del gruppo, mettendo a confronto, ad esempio, pazienti con diagnosi di disturbo di personalità borderline a soggetti con diagnosi di disturbo delirante o schizofrenia paranoide, con ovvie diverse modalità relazionali e di gestione del gruppo. L'attività ha consentito anche a pazienti con diagnosi di disturbo antisociale di personalità di prendere parte al gruppo musica in modo adeguato e partecipativo, contribuendo in più occasioni alla realizzazione dei brani.

La ricerca mirata di poesie ha anche favorito un approfondimento di ambiti letterari spesso inesplorati dagli utenti, consentendo poi loro di mettersi in gioco nell'esposizione in pubblico. La lettura è gradualmente migliorata in termini espressivi ed emotivi. L'incertezza iniziale di alcuni nella recitazione è stata pienamente accolta e compresa dal gruppo, consentendo a chi si era messo in gioco di migliorare volta per volta la sua performance, senza nutrire attese elevate.

Alcuni progetti analoghi al nostro in differenti contesti

Progetti simili al nostro sono stati portati avanti in differenti contesti del territorio italiano: fra gli altri, va menzionato, quello dell'Ospedale Privato Convenzionato Villa Igea di Modena, dove è stato creato un gruppo musicale, composto da utenti ed operatori della clinica, dal quale è nato un CD contenente le canzoni nate negli anni dei laboratori di musicoterapia, dal titolo *"Inimmaginabile"*.

Una interessante e consolidata esperienza, portata avanti dal 2011, è quella dell'"Orchestra Invisibile", un gruppo musicale composto da alcuni utenti affetti da disturbo dello spettro autistico insieme a studenti, specializzandi e docenti dell'Università di Pavia, il cui obiettivo originario era quello di valutare il miglioramento della condizione psicopatologica degli utenti e l'incremento delle loro capacità espressive e comunicative. Questo progetto, rispetto alla nostra attività, pone maggiormente l'accento sulla componente della produzione musicale, coinvolgendo attivamente i pazienti nell'esecuzione dei brani. Il gruppo, che vanta la collaborazione di musicisti del calibro di Ellade Bandini (batterista di Paolo Conte, Fabrizio De André, Francesco Guccini, Mina e molti altri) e Claudio Perelli, si è esibito in diversi contesti, primo fra tutti in occasione del "World Autism Awareness Day", a Lodi nel marzo 2017.

Un altro lavoro che vale la pena citare, in contesto di acuzie psichiatrica, completamente differente rispetto a quello residenziale, è stato svolto all'interno del SPDC di Vimercate. Si tratta di un laboratorio musicale a cadenza settimanale che vedeva la partecipazione dei pazienti ricoverati (compatibilmente con lo stato di acuzie psicopatologica del momento), riuscendo a creare, anche in un contesto in cui la noia e la paura rischiano di diventare le emozioni predominanti, un setting protetto e non giudicante, ove i pazienti potessero sentirsi liberi di portare i propri contenuti o il proprio silenzio. Come scriveva De Martis, la finalità di un SPDC dovrebbe

essere *"quella di trasformare un'esperienza mortificante e repressiva, come obiettivamente è il ricovero, in un'esperienza autenticamente significativa per il soggetto"* (De Martis, 1986).

CONCLUSIONI E POSSIBILI SVILUPPI FUTURI

Questa esperienza porta in essere la convinzione che i progetti riabilitativi ed artistici a sfondo musicale dovrebbero essere presi in considerazione come parte integrante del programma clinico e riabilitativo in ambito residenziale, perché funzionali nel supporto al processo di *recovery* biologica, psichica e sociale del paziente.

Il limite alle riflessioni sull'esperienza vissuta è il non aver indagato, attraverso l'utilizzo di strumenti validati, il miglioramento di alcune variabili cliniche e di qualità di vita, introducendo una valutazione quantitativa delle nostre considerazioni. Peraltro, la nostra scelta è stata influenzata anche dalla volontà di lasciare libera la partecipazione al gruppo, rendendo così difficile il reclutamento di pazienti "casi" e pazienti "controlli".

Si è ritenuto che un *setting* troppo rigido, se da una parte avrebbe favorito l'impostazione di uno studio clinico maggiormente accurato, dall'altra avrebbe reso più gravosa e obbligatoria agli ospiti la frequenza di un'attività che è, e deve essere, per sua natura, libera ed esente da ogni obbligo.

Sarebbe interessante osservare lo stesso tipo di progetto, ad esempio, in ambito di acuzie psichiatrica, dove ancor più che in altri ambienti il tempo dei pazienti risulta essere "sovrappeso". All'interno di questo setting, il gruppo sarebbe probabilmente ancora più eterogeneo al suo interno, favorendo quindi il l'interazione fra pazienti con stati psicopatologici e modalità relazionali differenti fra di loro. Allo stesso modo, in ambito ambulatoriale territoriale, la presenza di uno stato di maggior compenso psicopatologico e l'eterogeneità dei pazienti favorirebbe ancora di più la qualità delle riflessioni inerenti le tematiche affrontate. Un risvolto clinico potrebbe essere,

in questo caso, andare a valutare l'eventuale effetto sul funzionamento sociale, relazionale e lavorativo nella vita che questi pazienti conducono.

Una possibile rielaborazione potrebbe essere portata avanti contemporaneamente ad una valutazione di variabili psicopatologiche (ad esempio, mediante la misurazione dei sintomi positivi e negativi, della sintomatologia ansiosa e depressiva), unitamente al monitoraggio del funzionamento in termini psico-sociali e della qualità della vita dei pazienti. A fronte di una numerosità campionaria maggiore della nostra, o in centri riabilitativi specialistici, si potrebbero sviluppare attività "specifiche" per tipologia diagnostica, al fine di valutare se invece avere un'omogeneità psicopatologica favorisca l'interazione e la cooperazione, con annessi effetti benefici, dei partecipanti al gruppo.

Non da ultimo, sarebbe curioso riproporre lo stesso tipo di attività in regime detentivo o riabilitativo-detentivo, contesti nei quali spesso, purtroppo, le attività riabilitative risultano essere carenti, per poter valutare l'effetto in termini di valenza rieducativa della pena, di adeguatezza comportamentale e psicopatologica di queste persone.

Dalla nostra esperienza si evince che l'integrazione delle attività musicali all'interno del percorso clinico e riabilitativo dei pazienti psichiatrici aiuta a migliorare la qualità della vita, contribuendo a fare emergere la componente funzionale sana, a discapito di quella patologica, nella gestione del quotidiano.

Il mezzo di comunicazione della musica ed i suoi elementi (melodici, armonici e ritmici), con una adeguata tipologia di setting e predisposizione relazionale degli operatori che ne fanno parte, possono arrivare a costituire un'importante chiave di supporto nel processo di recupero biologico, sociale e psicopatologico dei nostri pazienti.

Ringraziamenti: si ringrazia il Dott. Jacopo Santambrogio per l'aiuto e il supporto fornito alla stesura dell'articolo

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Medico Specializzando, Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento*

** *Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Comunità Psichiatrica ad Alta Assistenza "Torchietto" di Pavia, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze*

^ *Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche, Centro Psico-Sociale di Pavia, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze*

° *Medico Psichiatra, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento*

† *Professore Ordinario di Psichiatria, Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia, Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento*

BIBLIOGRAFIA

1. Antonio Vita, Liliana Dell'Osso, Armida Mucci. (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica (Vol. 2)*. Giovanni Fioriti Editore.
2. Koelsch, S. (2014). *Brain correlates of music-evoked emotions*. Nature Reviews Neuroscience, 15(3), 170–180. <https://doi.org/10.1038/nrn3666>
3. Chang, B.-H., Chen, B.-W., Beckstead, J. W., Yang, C.-Y. (2018). *Effects of a music-creation programme on the anxiety, self-esteem, and quality of life of people with severe mental illness: A quasi-experimental design*. International Journal of Mental Health Nursing, 27(3), 1066–1076. <https://doi.org/10.1111/inm.12414>
4. Ulrich, G., Houtmans, T., Gold, C. (2007). *The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 116(5), 362–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x>
5. Peng, S.-M., Koo, M., Kuo, J.-C. (2010). *Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia*. Archives of Psychiatric Nursing, 24(6), 429–434. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.04.001>
6. Bieleninik, Ł., Geretsegger, M., Mössler, K., Assmus, J., Thompson, G., Gattino, G., Elefant, C., Gottfried, T., Igliozi, R., Muratori, F., Suvini, F., Kim, J., Crawford, M. J., Odell-Miller, H., Oldfield, A., Casey, Ó., Finnemann, J., Carpenste, J., Park, A.-L., Gold, C. (2017). *Effects of Improvisational Music Therapy vs Enhanced Standard Care on Symptom Severity Among Children With Autism Spectrum Disorder*. JAMA, 318(6), 525–535. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.9478>
7. Boso, M., Emanuele, E., Minazzi, V., Abbamonte, M., Politi, P. (2007). *Effect of Long-Term Interactive Music Therapy on Behavior Profile and Musical Skills in Young Adults with Severe Autism*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 13(7), 709–712. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.6334> Strehlow
8. Boso, M., Politi, P., Barale, F., Enzo, E. (2006). *Neurophysiology and neurobiology of the musical experience*. Functional Neurology, 21(4), 187–191.
9. Bernatzky, G., Presch, M., Anderson, M., Panksepp, J. (2011). *Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35(9), 1989–1999. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.06.005>
10. Strehlow, G., Lindner, R. (2016). *Music therapy interaction patterns in relation to borderline personality disorder (BPD) patients*. Nordic Journal of Music Therapy, 25(2), 134–158. <https://doi.org/10.1080/08098131.2015.1011207>
11. Davis, K. L., Panksepp, J., Normansell, L. (2003). *The Affective Neuroscience Personality Scales: Normative Data and Implications*. Neuropsychanalysis, 5(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/15294145.2003.10773410>
12. John, O. P., Srivastava, S. (1999). *The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives*. In Handbook of personality: Theory and research, 2nd ed (pagg. 102–138). Guilford Press.
13. Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988). *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales*. Journal of Personality and Social Psychology, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
14. Barrett FS., Grimm JK., Robins RW, Sedikides TW, C., Janata P. (2010). *Music-evoked nostalgia: Affect, memory, and personality*. Emotion, 390–403.
15. Oliver Sacks. (2008). *Musicofilia*. Adelphi edizioni.
16. P. Luigi Pośtacchini, Andrea Ricciotti, Massimo Borghesi. (2001). *Musicoterapia*. Carocci.
17. Maxwell Jones. (1953). *The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry*. Basic Books.
18. Maxwell Jones. (1976). *Maturation of the Therapeutic Community*. Human Science Press.
19. Jacopo Santambrogio. (2020). *Gli intravisti. Storie dagli ospedali psichiatrici giudiziari*. Mimesis.
20. Bion W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Armando.

-
21. Petrella Fausto. (2018). *L'ascolto e l'ostacolo*. Psicoanalisi e musica. Jaka Book.
 22. *Inimmaginabile: L'album musicale dei pazienti psichiatrici*, Villa Igea. (2013, settembre).
<https://www.stateofmind.it/2013/09/inimmaginabile-lalbum-musicale-dei-pazienti-psichiatrici-presentato-a-modena/>
 23. Orchestra Invisibile. (2020). In [Wikipedia](#).
 24. C. Giannini, V. Viganò, F. Zavatto A. Amatulli (2018). *La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting*. Psichiatria oggi: Fatti e opinioni dalla Lombardia.
 25. De Martis D. (1986). *Il reparto di diagnosi e cura in un'ottica relazionale*. Riv. Sperim.di Freniatria, 697.

La personalizzazione della cura nella schizofrenia

Un caso clinico

Cusi Laura, Porcellana Matteo, Morganti Carla, Percudani Mauro

INTRODUZIONE

La presa in carico dei pazienti con schizofrenia si è profondamente modificata negli ultimi anni, in seguito allo sviluppo di nuovi paradigmi di cura, non più orientati solo alla remissione sintomatologica, ma al raggiungimento di una completa “recovery” clinica, funzionale e personale dei pazienti.

In tale contesto la valutazione soggettiva dell'esperienza di cura rappresenta una rilevante dimensione nella valutazione dell'esito degli interventi. Al contempo, le evidenze scientifiche più recenti, e la pratica clinica quotidiana, insegnano che non tutti gli interventi (farmacologici e psicosociali) sono adatti a tutti i pazienti nello stesso modo.

Dunque la personalizzazione e l'integrazione dei trattamenti sono divenuti, in questi anni, un focus centrale della ricerca e della clinica in psichiatria.

Poiché il tasso di recovery dei pazienti con schizofrenia nella pratica clinica resta ancora basso, con livelli elevati di disabilità personale e sociale, carico familiare e difficoltà lavorative e scolastiche, un'adeguata gestione clinica dei pazienti con schizofrenia deve includere una diagnosi accurata e precoce, la personalizzazione e la continuità delle cure.

Un approccio “personalizzato” al paziente, volto alla valutazione dello stato di salute e di malattia di quel paziente necessita l'individuazione di interventi psicosociali e farmacologici integrati, considerando ogni azione appropriata per il miglioramento dell'efficacia dei singoli farmaci e dei singoli interventi e la riduzione di eventuali effetti collaterali con l'obiettivo del migliore benessere soggettivo del paziente.

CASO CLINICO

La paziente è una donna di 49 anni con diagnosi di “Schizofrenia” in cura al nostro CPS dall'età di 33 anni, proveniente da altro Servizio milanese.

Familiarità psichiatrica positiva per psicosi, primogenita di tre sorelle; padre deceduto per ictus cerebri, madre vivente. Scolarità licenza media; ha svolto diverse professioni (operaia, badante, donna delle pulizie) ma mai in modo continuo.

Divorziata, due figli: un maschio ed una femmina, anche lei nota ai Servizi psichiatrici, convivente con la paziente. Non patologie internistiche.

L'esordio psicopatologico viene riferito a 24 anni con bizzarrie comportamentali ed idetiche a carattere persecutorio per cui viene ricoverata in due occasioni in altro SPDC milanese.

Mantiene un discreto compenso fino a 31 anni quando, a seguito di gravi conflittualità intra-familiari e delusioni personali, presenta marcata labilità ed angoscia per cui viene nuovamente ricoverata. Discontinua nelle cure, non si presenta alle visite in CPS e viene ricoverata pochi mesi dopo. Scoostante, al cambio di residenza, prende contatti con il nostro CPS soltanto a 33 anni, su sollecito del Medico di Base.

Alla prima visita appare perplessa, confusa, incoerente. L'ideazione focalizzata su problematiche lavorative vissute in termini deliranti, persecutori per cui si rende necessario nuovo ricovero in SPDC. Discontinua e poco compliant, seguono negli anni altri due ricoveri a 34 e 35 anni.

Dopo l'ultimo ricovero, appare invece decisamente più critica e consapevole, presentandosi regolarmente agli appuntamenti ed accettando di avanzare domanda di Invalidità civile riconosciutale al 80%.

La terapia psichiatrica attuale consta di Aripiprazolo 20 mg/d; Clonazepam 2 mg/d, Clorpromazina 25 mg/d. A 37 anni viene inserita al Centro Diurno della nostra UOP.

All'inizio presentava difficoltà nella gestione della vita quotidiana, scarsa tolleranza alle situazioni stressanti, una sintomatologia negativa particolarmente evidente, con spiccata apatia ed anedonia, una tendenza all'isolamento

ed una rete sociale e familiare scarsa ed inadeguata, bassa autostima, tendenza ad idee persecutorie e di riferimento, vittimismo e deresponsabilizzazione verso le incombenze della vita di tutti i giorni.

Nella norma, seppur con andamento altalenante, le abilità di cura del sé e di gestione del denaro.

In seguito, una nuova TERP del CD entra a far parte della micro-équipe di riferimento; l'aggancio con la paziente è lento e graduale, condizionato dal suo atteggiamento diffidente e paranoico, ma significativo per il buon andamento del progetto.

La paziente aveva inoltre la tendenza a creare relazioni dipendenti e totalizzanti: da ciò si evince la difficoltà di creare una relazione terapeutica supportiva e non sostitutiva, che puntasse ad una autonomizzazione dell'utente, senza però suscitare una sensazione di abbandono o rifiuto.

La valutazione tramite VADO registrava un punteggio di 46/100.

Il V.A.D.O. (Morosini et al., 1998) è uno strumento di assessment del funzionamento personale e sociale semplice ed efficace per la prima valutazione del soggetto ed il monitoraggio dell'andamento del progetto. Tramite la Valutazione del Funzionamento Personale e Sociale (VF) offerta dal VADO vengono indagate 28 aree di vita del paziente, dalla cui esame viene valutato il funzionamento dello stesso in 4 macro-aree (attività socialmente utili, rapporti personali e sociali, cura dell'aspetto e dell'igiene, comportamenti disturbanti ed aggressivi) con la determinazione di un punteggio di funzionamento globale dell'individuo (da 0 a 100) quantificabile per mezzo della scala FPS (Funzionamento Personale e Sociale) fornita dallo stesso strumento.

Nel caso della nostra paziente, si evidenziano disfunzioni marcate nelle aree delle relazioni personali e sociali e delle attività socialmente utili e disfunzioni evidenti nell'area dei comportamenti disturbanti ed aggressivi. Aveva, infatti, una rete sociale scarsa, priva di relazioni amicali, ed una rete familiare inadeguata, spesso percepita come fonte di stress e malessere, con i membri della

quale era solita rapportarsi con litigiosità ed aggressività verbale. Sul versante delle attività socialmente utili, non aveva un ruolo in ambito lavorativo o sociale, né mostrava interesse allo svolgimento di attività al Centro Diurno, a cui prendeva parte con svogliatezza. Nell'ambito dei comportamenti disturbanti e aggressivi, aveva la tendenza ad interpretare in maniera paranoica ed auto-riferita quasi ogni tentativo di comunicazione da parte di terzi, soprattutto da parte dei membri dell'équipe, sfociando spesso in dimostrazioni di vittimismo e rivolgendosi con toni accusatori agli stessi.

Il PTRP (Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato) inizialmente attuato aveva come obiettivi principali il potenziamento delle abilità di base, il supporto del quotidiano ed il recupero della socialità.

La paziente era stata, quindi, inserita nel "Gruppo Cucina" del CD per invogliare la stessa a prendersi cura di sé e della propria alimentazione (caratterizzata da abitudini alimentari disfunzionali e restrittive) e per offrire uno spazio di confronto e condivisione per contrastare l'anedonia e l'isolamento.

L'inserimento in un gruppo a mediazione musicale era nato, invece, dall'esigenza di offrire alla paziente un mezzo di comunicazione efficace ma differente dalla parola, più facilmente soggetta a fraintendimenti ed idee di riferimento, per facilitare la condivisione con gli altri e lavorare sul senso di autoefficacia ed autostima.

Per stimolare maggiormente la socialità e l'integrazione, migliorare la percezione sociale e contrastare l'apatia e la mancanza di interessi, la stessa era stata, in un secondo momento, inserita nel "Gruppo di ristrutturazione del Tempo Libero", strutturato in modo tale da promuovere attività stimolanti e motivanti per la ristrutturazione del quotidiano, in un'ottica inclusiva e non isolante.

I colloqui con la TERP del CD hanno assunto carattere di rilevanza poiché occasione di training sulle capacità comunicative e sulle abilità di problem-solving, in particolare relativamente alla gestione delle situazioni stressanti, anche nei contesti familiari e sociali.

Consolidata maggiormente, l'alleanza e la fiducia con la TERP di riferimento, si decide di rimodulare il PTRP in corso.

Per facilitarne la stesura, viene redatta la *Mental Health Recovery Star* (Placentino et al., 2011) e definiti gli obiettivi e le strategie da attuare.

La *Mental Health Recovery Star* avvalorla la tesi secondo cui primaria importanza deve assumere, nella pianificazione del percorso di recovery, la percezione che l'individuo stesso ha delle proprie risorse e dei propri bisogni.

Al soggetto intervistato viene chiesto di individuare il punto in cui si colloca nella propria "Scala del Cambiamento" in relazione a dieci aree della propria vita in modo tale da identificare, insieme all'operatore, i propri obiettivi e gli steps necessari per raggiungerli. Ogni "Scala del Cambiamento" è unica per ogni area della vita indagata ma presenta la stessa struttura a 5 stadi (blocco, accettazione dell'aiuto, crederci, l'apprendimento, basarsi sulle proprie forze). Ogni posizione sulla scala ha un numero (da 1 a 10) che, una volta individuato, deve essere segnato sul grafico; unendo i punti individuati, il grafico assume una forma a stella che permette al paziente ed all'operatore di avere una visione d'insieme intuitiva ed una rapida visualizzazione delle risorse e delle problematiche percepite dal soggetto.

Valutato il funzionamento personale e sociale, definiti gli obiettivi e le strategie di intervento, stimolata la motivazione al cambiamento ed individuate le risorse, sarà possibile strutturare un progetto riabilitativo valido e significativo, in primis per l'utente.

Un progetto terapeutico-riabilitativo non può, tuttavia, essere identico per ogni soggetto: la riabilitazione psicosociale di un individuo è strettamente legata alla sua storia di vita, alle sue risorse personali e sociali, alla rete familiare ed amicale posseduta ed alle singole esigenze e priorità percepite dallo stesso come propedeutiche ad una migliore qualità di vita.

Questo deve assumere, piuttosto, una formulazione singolare e deve prendere in causa le varie aree del funzio-

namento personale e sociale del soggetto gradualmente, evitando mire espansionistiche e la sovra-stimolazione dell'individuo che sarebbero predittive di un inevitabile *drop-out* e deve promuovere la sensibilizzazione della persona alla cura della propria vita ed il diritto della stessa di assumerne un ruolo centrale, assecondando tra l'altro il concetto di *empowerment* che l'OMS stessa nel 1997, con la dichiarazione di Jakarta, ha assunto come principio cardine nella promozione della salute.

La paziente accoglie con entusiasmo la proposta di redigere la "stella" e l'occasione di prendere attivamente parte al suo progetto: questo arricchisce il suo senso di autostima e potenzia marcatamente il clima di fiducia instaurato con l'operatrice.

Dopo aver esaminato il grafico, manifesta l'esigenza di potenziare le seguenti aree:

- "gestione della propria salute mentale" e nello specifico la necessità di accrescere il suo grado di consapevolezza della propria patologia
- "abilità della vita quotidiana", con particolare riferimento alla gestione di situazioni stressanti, influenzate a suo parere dalle carenti abilità cognitive possedute (concentrazione, memoria, attenzione).

Per attuare il primo obiettivo, viene concordata la partecipazione ad un gruppo di autoconsapevolezza ispirato al protocollo *evidence-based IMR* (Mueser e Gingerich, 2015) e condotto dalla TERP di riferimento del CD con la co-conduzione di un'educatrice e di un medico psichiatra del servizio.

Viene valutato il livello di insight precedente all'avvio del gruppo utilizzando la scala *self-report Insight Scale* (Birchwood et al., 1994), un breve questionario auto-somministrato che misura la consapevolezza di malattia ed un sondaggio sulle conoscenze possedute riguardo alla patologia tratto dal manuale IMR.

L'intervista *self-report Insight Scale* comprende due forme: una relativa allo stato attuale di malattia ed una relativa al passato; ognuna delle due forme comprende 8 item.

All'intervista, la paziente dimostra una discreta consapevolezza di malattia e del bisogno di cure, ma un punteggio scarso di rietichettamento dei sintomi; al sondaggio si evincono poche conoscenze relativamente alle caratteristiche della propria patologia ed ai farmaci che assume abitualmente.

Per assecondare l'esigenza condivisa di potenziare le capacità cognitive della paziente si decide di attuare il programma computerizzato di cognitive-remediation "Cogpack". Si tratta di un software costituito da 64 esercizi componibili in un programma riabilitativo definibile in 540 variabili e studiati per stimolare diverse abilità: visuo-motoria, comprensione, linguaggio, vigilanza, memoria e altre funzioni cognitive, che si è rivelato utile anche nelle misure di esito funzionale (Vita, 2013).

Precedentemente all'avvio del programma, viene effettuata una valutazione delle abilità cognitive, della qualità di vita e del funzionamento psico-sociale.

Per valutare la qualità di vita percepita viene somministrata la WHOQOL-breve; per definire il funzionamento psico-sociale vengono compilata dalla TERP di riferimento la LSP – *Life Skills Profile* e la SLOF – *Specific Level of Functioning*.

La WHOQOL (De Girolamo et al., 2000) è una scala per la valutazione della qualità della vita sviluppata dal Gruppo WHOQOL nel 1997 e rivista nella forma breve a 26 items, a cui viene assegnato un punteggio su scala Likert da 1 a 5, che permettono di indagare la qualità di vita percepita in relazione a 4 aree: salute fisica, salute mentale, relazioni sociali e ambiente di vita. Va sempre considerato che ai miglioramenti sintomatologici osservati dal curante, non sempre consegue un uguale miglioramento della qualità di vita percepita dal soggetto per cui resta fondamentale una valutazione soggettiva.

La LSP (Parker e Rosen, 1989), è un'intervista a 39 items, diretta all'operatore od al caregiver, pensata per valutare comportamenti facilmente e direttamente osservabili. Dalla valutazione dei risultati si ricava un punteggio

di funzionamento generale dell'individuo e 5 distinti punteggi relativi alle aree di cura di sé, non turbolenza, contatto sociale, comunicatività e responsabilità.

Un ulteriore strumento di assessment è rappresentato dalla SLOF (Montemagni et al., 2015), un questionario a 42 items che misura il funzionamento sociale dell'utente nella vita reale valutando aspetti del comportamento osservabili e si focalizza su abilità, risorse e capacità della persona, anziché sui deficit. L'intervista va compilata da un valutatore esterno al soggetto (operatore di riferimento o caregiver) con un eventuale coinvolgimento dello stesso e permette di oggettivare il grado di autosufficienza del paziente in varie situazioni della vita quotidiana.

Alla WHOQOL-breve si registra che le aree della salute fisica e dell'ambiente influenzano negativamente la qualità di vita percepita dalla paziente ed in generale la qualità di vita viene definita come "né scadente né buona".

La LSP e la SLOF danno prova di un discreto funzionamento personale e sociale, con punteggi più bassi nelle aree inerenti alle capacità lavorative (SLOF), al contatto sociale e alla comunicatività (LSP).

Per la valutazione cognitiva vengono somministrati i seguenti test:

- TMT A – B
- TEST DI STIMA COGNITIVA
- TEST DELLE 15 PAROLE DI REY
- DIGIT SPAN
- SCORS
- TEST DI FLUENZA VERBALE

L'intervista ScoRS (Keefe, 2001) è un'intervista che contiene 20 domande che valutano la capacità del soggetto di gestire compiti quotidiani cognitivamente impegnativi e funzionalmente rilevanti come conversazioni, guardare la televisione e utilizzare dispositivi elettronici: non si tratta, dunque, di una semplice rilevazione della presenza di deficit cognitivi, ma di una valutazione del grado in

cui questi interferiscono con il funzionamento sociale dell'individuo. Il questionario, che può essere diretto ad utente, operatore di riferimento e caregiver, permette di valutare i seguenti domini cognitivi: attenzione, memoria a lungo termine, memoria di lavoro, produzione linguistica, ragionamento, problem solving, capacità motorie, cognizione sociale.

I risultati evidenziano criticità nella memoria a lungo termine (test delle 15 parole di Rey) e difficoltà di attenzione, in particolare nel cambio di set cognitivo (TMT-B).

L'intervista SCORS dimostra la consapevolezza di tali difficoltà, in particolare nel memorizzare nomi e luoghi, nell'imparare nuove cose e nell'adeguarsi a cambiamenti della propria routine quotidiana.

Nel corso dell'intervista SCORS, la paziente riferisce anche problematicità nel mantenere il livello di attenzione (seguire conversazioni, leggere) e di concentrazione. Nella norma risultano le capacità di ragionamento, la competenza linguistica e lo stato cognitivo.

L'utente si presenta con costanza ed impegno alle sessioni di cognitive-rehabilitation ed a tre mesi dall'inizio del programma si evincono i primi miglioramenti nelle aree di criticità riscontrabili nella vita di tutti i giorni. Nel frattempo, continua a frequentare anche gli altri gruppi del CD nel quale risultava precedentemente inserita.

Il percorso riabilitativo non prende attualmente in considerazione un intervento improntato sul *supported-employment* poiché, sebbene a conoscenza dell'importanza di agire su tale area di intervento, lo stesso ambiente lavorativo è stato in passato per la paziente fonte di stress e di ricadute, per cui si ritiene necessario continuare a lavorare sulle capacità di gestione dello stress, sul *problem-solving*, sull'autoestima e sull'autoefficacia, con l'obiettivo di sensibilizzare l'utente all'argomento, identificato come problematico anche nell'auto-valutazione tramite *Mental Health Recovery Star*, ma sul quale la stessa aveva riconosciuto di non sentirsi ancora pronta ad intervenire direttamente.

È altresì presente e condiviso l'obiettivo di costruire una più solida rete sociale esterna al CD ed agire sulla gestione della routine quotidiana e del tempo libero nei momenti estranei alla frequenza del Centro, obiettivo che è risultato ad oggi difficilmente attuabile anche per via della situazione pandemica in corso.

La valutazione tramite scheda FPS del VADO effettuata a 12 mesi evidenzia un miglioramento del funzionamento personale e sociale della paziente, registrando un punteggio globale di 51/100: la stessa ha registrato una disfunzione lieve nei comportamenti disturbanti e aggressivi (evidente in To) ed evidente nelle relazioni personali e sociali (marcata in To). Tale progresso è giustificato dal fatto che ha assunto modalità di comunicazione più efficaci con familiari ed operatori, con i quali sembra approcciarsi con minore aggressività e maggior fiducia, ha iniziato ad ampliare i rapporti all'interno del CD, seppur con scarso investimento emotivo, e mostra un atteggiamento più propositivo e attivo.

L'utente sta crescendo in termini di autonomia ed autoefficacia, sta costruendo relazioni più positive e riesce a gestire meglio le relazioni già esistenti nella rete familiare e sociale e siamo convinti che i risultati in termini di soddisfacimento e qualità della vita percepita non potranno che migliorare se si continuerà ad agire con un lavoro coordinato ed integrato tra varie figure professionali.

La personalizzazione della cura e la centralità della persona nella definizione del proprio progetto terapeutico-riabilitativo è stata in questo caso fondamentale per il raggiungimento di obiettivi concreti e, ci si augura, duraturi nel tempo.

La collaborazione delle risorse, la condivisione degli obiettivi, l'ottica evolutiva e la strutturazione dinamica degli interventi sono elementi imprescindibili di un lavoro riabilitativo che persegua veramente la *recovery* clinica, personale e funzionale dell'utente.

CONCLUSIONE

La Schizofrenia è una patologia complessa che influisce significativamente su percezione, pensieri, abilità cognitive, umore, comportamento ed in generale sul funzionamento psico-sociale degli individui.

Perseguire un intervento orientato alla *recovery* con i pazienti schizofrenici presuppone l'integrazione di trattamenti eterogenei – farmacologici, educativi, riabilitativi – e focalizzati su più obiettivi per cui si predilige l'avvio di una “presa in carico”, intervento di cura che coinvolge più professionisti coordinati in una microéquipe.

Lo strumento utilizzato per progettare la “presa in carico” è il Piano di Trattamento Individuale (PTI) per mezzo del quale, insieme alla persona, si individua il livello di funzionamento psico-sociale posseduto ed i bisogni ed obiettivi, risorse e strategie, utili a potenziarlo. Predittivo di una buona riuscita è il monitoraggio e la riformulazione periodica del progetto per evitare la stasi e lavorare in un'ottica di continua evoluzione.

In quest'ottica, la riabilitazione psicosociale può rappresentare il vero perno attorno a cui ruotano le possibilità di recupero e di reintegro nella società di persone affette da gravi patologie mentali croniche e disabilitanti.

I trattamenti riabilitativi si rivolgono a focus diversi – cura del sé (igiene, abbigliamento, salute fisica e mentale), gestione dell'abitazione, del denaro e della quotidianità, lavoro e tempo libero – e possono essere svolti in contesti di cura differenti in base alle singole necessità.

I Centri Diurni (CD), localizzati sul territorio, tramite il lavoro dei TERP e degli educatori professionali, puntano a facilitare il reinserimento sociale dell'individuo andando a potenziare le risorse cognitive, personali e sociali ed offrono alla persona la possibilità di sperimentarsi in relazioni individuali e di gruppo, prevedendo anche l'attuazione di interventi di *evidence-based*.

L'utente può sperimentare con l'operatore di riferimento del Centro Diurno un rapporto di alleanza, fiducia e collaborazione che gli consenta di progettare un lavoro personale orientato alla *recovery* ed all'interno dello

spazio offerto dal Centro Diurno l'occasione di riscoprire la socialità e l'appartenenza ad un gruppo.

Per rendere un progetto riabilitativo efficace e personalizzato si rende necessaria una valutazione oggettivabile del funzionamento personale e sociale del soggetto e della qualità di vita da esso percepita; risulta, inoltre, indispensabile la diretta partecipazione dell'interessato alla strutturazione degli interventi.

La valutazione del funzionamento è maggiormente accurata quante più fonti vengono prese in considerazione (utente, operatori di riferimento, caregivers).

La valutazione cognitiva, infine, permette di rilevare importanti informazioni sul funzionamento personale e sociale che altrimenti possono passare inosservate e la cui conoscenza può influenzare in modo significativo l'andamento del percorso di *recovery*.

È stato, infatti, stimato che i deficit cognitivi interessano la maggior parte dei soggetti con schizofrenia, con tassi di prevalenza che si attestano attorno al 75-80% della popolazione dei pazienti e un deficit cognitivo che si colloca tra 1 e 2 deviazioni standard al di sotto della media della popolazione generale (Reichenberg, 2010).

Tali deficit riguardano quelle funzioni la cui sede è localizzata a livello dei lobi frontali e temporali: l'attenzione, la velocità di processazione dell'informazione, le funzioni esecutive, la working memory e la fluenza verbale (Vita, 2013).

I disturbi cognitivi, inoltre, risultano spesso correlati ai sintomi negativi ed al comportamento disorganizzato (Schuepbach et al., 2002) ed influiscono in maniera non indifferente sul funzionamento globale dell'individuo.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

CORRISPONDENZA A:

matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. Morosini P., Magliano L., Brambilla L. *Vado – Valutazione Di Abilità, Definizione Di Obiettivi*. Trento: Erickson, 1998.
2. Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G., GRUPPO REX.IT., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*. Riv Psichiatri, 2017; 52(6): 247-254.
3. Mueser K.T. e Gingerich S.. *Illness Management and Recovery*. [trad.] Ileana Boggian, et al. 2015. s.l.: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse, 2010.
4. Birchwood M., et al. *A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994, Vol. 89, 1, p. 62-67.
5. Vita A., *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Milano, Springer, 2013.
6. De Girolamo G., Rucci P., Scocco P., Becchi A., Coppa F., D'Addario A., Daru E., De Leo D., Galassi L., Mangelli L., Marson C., Neri G., Soldani L., *Quality of Life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Bref*. Epidemiol Psychiatr Soc, 2000; 9: 45-55.
7. Parker G. e Rosen A. *LSP – Life Skills Profile*. [trad.] S. Zizolfi. 1994. 1989.
8. Montemagni C., Rocca P., Mucci A., Garlderisi S., Maj M., *Italian version of the Specific Level of Functioning*. Journal of Psychopathology, 2015; 21: 287-296.
9. Keefe R. *SCORS – Schizophrenia Cognition Rating Scale*. Duke University Medical Center, VeraSci, 2001.
10. Reichenberg A., *The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia*. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2010, Vol. 12, 3, p. 383-92.
11. Schuepbach D., et al., *Negative symptom resolution and improvements in specific cognitive deficits after acute treatment in first-episode schizophrenia*. Schizophrenia Research. 2002, Vol. 53, 3, p. 249-61.

I percorsi dell'urgenza

Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19

Grecchi Alessandro, Beraldo Scilla*,
Maresca Gemma°, Martini Alma*,
Ferrarini Franco*, Fui Erika*, Faraci Gloria*,
Santini Annalisa*, Petri Eleonora*,
Salvaggio Fabio*, Tisi Giuseppe*, Gallotti Paolo*,
Colombo Manuela*, Carozzi Alessandro*,
Magnolfi Valeria*, Candotti Sarah*,
Ranieri Rebecca*, Sileoni Andrea*, Miragoli Paolo***

INTRODUZIONE

L'area dell'urgenza in psichiatria assume un'importanza rilevante per l'allargamento dei confini della psichiatria tradizionale con una sempre maggior tendenza a sfumare i confini del normale e del patologico.

L'acuzie psichiatrica deve essere considerata un'urgenza medica a tutti gli effetti (Mistura, 2003; Hillard et al, 2005; APA, 2003). Ciò non significa valutare esclusivamente da un punto di vista medico il paziente prima di attivare una consulenza psichiatrica, come raccomandato da più autori (Hillard et al, 2005; Mistura, 2003), ma organizzare protocolli di intesa con i Servizi dedicati (DEA, 118, etc.) riguardanti la committenza, il triage e la valutazione come per le altre specialità.

La capacità di affrontare situazioni di acuzie psichiatrica è diventato, infatti, un elemento chiave di tutti i programmi di Salute Mentale laddove i Servizi di Emergenza degli ospedali generali delle grandi città sono sempre più sommersi da richieste di interventi urgenti sia per pazienti psichiatrici già noti in fase acuta (urgenza psichiatrica) sia per una serie di disturbi che sono connessi all'abuso di sostanze e a problemi sociali (urgenza pseudopsichiatrica).

La condizione pandemica ha inoltre stressato i Pronto Soccorso sia sul piano organizzativo (costringendo ad una costante riorganizzazione per fronteggiare l'accesso dei

pazienti con complicazioni da infezione COVID-19) che sul piano dell'utenza (necessità di garantire il servizio di risposta all'urgenza).

Il Nostro Ospedale presenta la peculiarità della presenza di una guardia attiva psi-chiatrica nelle 24 con funzione di accettazione diretta del paziente acuto che determina una funzione pivotale nella gestione e definizione clinico-terapeutica di quadri ad espressione psichico-comportamentale ma di origine non determinabile all'atto del triage.

L'obiettivo dell'attuale rilevazione, attuata attraverso un'apposita scheda di raccolta dati (allegato 1), è la descrizione preliminare dei percorsi dell'urgenza psichiatrica nel nostro DEA al fine di un suo possibile utilizzo per la definizione di protocolli d'intesa in un periodo di incertezza organizzativa legata alla pandemia.

La rilevazione è stata effettuata nella settimana dal 11 al 17 febbraio 2021 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo Borromeo (ASST Santi Paolo e Carlo).

DEFINIZIONI PRELIMINARI AI FINI DELLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA

Per **urgenza** si intende l'attivazione di un Servizio preposto a tale scopo (es. Pronto Soccorso) o l'attivazione di un intervento non programmato e non dilazionabile di un Servizio non preposto all'urgenza.

I **criteri di inclusione** per l'attuale rilevazione sono tutti gli interventi che comportano un'interazione tra utenti ed operatori nelle situazioni precedentemente definite.

I **criteri di esclusione** per l'attuale rilevazione sono tutte le richieste programmate provenienti da strutture ospedaliere per pazienti già ricoverati.

Per sintomatologia **somatica** ci si riferisce a sintomi somatici, per sintomatologia **comportamentale** a sintomi caratterizzati da agiti, per sintomatologia **psichica** a sintomi psichici e per sintomatologia **mista** a condizioni dove non è possibile indicare la prevalenza di un tipo di sintomatologia prima indicata.

ELABORAZIONE DEI DATI

Dati Generali del Campione

Sono state raccolte 38 schede in 7 giorni, di queste il 100% è risultata valida ai fini dell'elaborazione.

La sede dell'intervento urgente è stato il Pronto Soccorso poiché non è stato possibile coinvolgere le altre sedi indicate.

L'esame delle generalità della popolazione indicano che:

- Il 76,3% degli interventi urgenti è stato erogato nei giorni feriali
- Il 23,7% degli interventi urgenti è stato erogato nel fine settimana
- Il 60,5% degli interventi sono stati erogati nella fascia oraria dalle 9 alle 21 (orario di guardia diurna)
- Il 39,5% degli interventi urgenti sono stati erogati nella fascia oraria dalle 21 alle 9 (orario di guardia notturna)
- Il 86,8% della popolazione è di cittadinanza italiana
- Il 13,2% della popolazione non è di cittadinanza italiana (di questi il 10,5% extra UE e il 2,7% UE)
- I maschi rappresentano il 60,5% del campione (età media 45,1aa)
- Le femmine rappresentano il 39,5% del campione (età media 44,1aa)
- L'età media del campione è stata di 44,7aa (il più giovane ad accedere aveva 18aa il più anziano 76aa)
- Il 71% dei pazienti ha ricevuto precedenti trattamenti psichiatrici, il 29% nessuno (Item 8)
- La fonte delle informazioni è principalmente data dallo stesso paziente nel 74% del campione, nel 18,4% dal medico inviante e nel 10,6% dai famigliari (Item 4)

2-Visita richiesta da

- Psichiatra: 21%
- Forze dell'ordine: 5,3%
- Altro specialista: 7,9%
- Famigliari/conoscenti: 18,4%
- Autopresentazione: 47,4%

3-Paziente accompagnato da

- Il 50% dei pazienti è accompagnato dal 118
- Il 31,5% nessuno
- Il 2,6% è accompagnato dal 112/113
- Il 2,6% è accompagnato dalla Polizia Municipale
- Il 5,4% è accompagnato da familiari
- Il 7,9 è accompagnato da conoscenti/vicini

5-Insorgenza della sintomatologia acuta, 6-Sintomatologia, 7 – Paziente in trattamento per

- La **presentazione precoce**(65,7%), entro le 24 ore, è caratterizzata:
 - da sintomi comportamentali (30,4%) già in trattamento per malattia psichiatrica nel 28,6%, per dipendenza da sostanze nel 28,6% e per patologia psichiatrica e somatica nel 42,8%
 - da sintomi psichici (34,8%) già in trattamento per malattia psichiatrica nel 37,5%, per dipendenza da sostanze nel 12,5% e non in trattamento nel 50%
 - da sintomi misti (34,8%) già in trattamento per malattia psichiatrica nel 37,5% dei casi, per malattia somatica nel 12,5%, per dipendenza da sostanze nel 25%, non rilevabile nel 12,5% e per patologia sia psichiatrica che somatica nel 12,5%.
- La **presentazione tardiva**(29%), oltre 7 giorni, è caratterizzata:
 - da sintomi comportamentali (15,4%) già in trattamento per malattia somatica nel 50% e nel 50% già in trattamento per malattia sia psichiatrica che somatica
 - da sintomi somatici (7,7%) nel 100% già in trattamento per malattia psichiatrica
 - da sintomi psichici (69,2%) già in terapia per malattia psichiatrica nel 44,5%, multipla nel 11,1%, non in trattamento nel 33,3% e in trattamento sia per malattia psichiatrica che somatica nel 11,1%
 - da sintomi misti (7,7%) nel 100% già in trattamento per malattia somatica.
- La **presentazione tra 2 e 7 giorni** (5,3%) è caratterizzata:

- da sintomi psichici (50%) nel 100% da pazienti già in trattamento per malattia psi-chiatrica
- da sintomi somatici (50%) nel 100% già in trattamento per malattia psichiatrica.

9-Procedure Diagnostiche

Il 78,8% viene valutato esclusivamente mediante colloquio clinico.

Al 5,3% vengono eseguiti esami di laboratorio e alla stessa percentuale vengono prescritte consulenze specialistiche, esami di laboratorio e strumentali ed esami di laboratorio e consulenze specialistiche.

10-Diagnosi per grandi aree

- Disturbo Psicotico: 13,2%
- Disturbo dell'Umore: 15,8%
- Disturbo d'Ansia: 36,8%
- Abuso o dipendenza da sostanze: 5,3%
- Alcolismo o abuso etilico: 13,2%
- Disturbo di personalità: 2,6%
- Disturbo Mentale Organico: 7,9%
- Altro 2,6%
- Comorbidità multipla (abuso o dipendenza da sostanze, alcolismo o abuso etilico, disturbi di personalità, disturbo reattivo): 2,6%

11-Interventi Terapeutici, 12-Esito eventuale TNF per COVID 19

La terapia psicofarmacologica è stata considerata come esclusiva nel 52,6% del campione, nel 21% non è stata indicata mentre nella restante percentuale è stata associata ad altri interventi.

La contenzione meccanica è stata utilizzata nel 2,6% del campione in associazione al trattamento farmacologico.

Interventi a carattere chirurgico hanno interessato il 5,3% del campione associati nella metà dei casi a trattamento farmacologico.

Il TNF per la ricerca di COVID 19 è stato eseguito nel 26,3% del campione. All'interno di questa percentuale

il 10% è risultato positivo.

L'80% della popolazione sottoposta a TNF è stata ricoverata in SPDC (nel 12,5% in TSO).

Al restante 20% è stata data indicazione di trattamento ambulatoriale successivo alla visita in PS.

13-Provvedimenti successivi all'intervento

- Ricovero volontario in SPDC: 18,4%
- Ricovero in TSO: 2,6%
- Indicazione all'intervento ambulatoriale psichiatrico successivo all'intervento urgente: 42,2%
- Intervento concluso: 28,9%
- Altro: 7,9%

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'elaborazione dei dati attraverso l'incrocio degli item ci ha permesso di mappare, in questo campione di pazienti che accede al PS, una prevalenza della sintomatologia psichica nella presentazione tardiva. Questa viene spesso mediata dalla committenza psichiatrica che definisce il percorso di cura prima ancora del triage di PS.

I pazienti tendono quindi ad accedere in PS entro le 24 ore più facilmente nel caso di manifestazioni somatico/comportamentali e dilazionare l'intervento urgente nel caso si esprime sintomatologia di tipo psichico. Queste considerazioni sono coerenti con osservazioni già presenti addirittura negli anni 80' (Cuzzolaro, 1982).

Il pregresso trattamento per malattia psichiatrica si rileva in tutte le tipologie di presentazione e interessante sembra essere la capacità di intercettare in PS pazienti con prevalenti sintomi psichici esorditi nelle ultime 24 non in trattamento rispetto alle presentazioni tardive. Il PS diventa così il primo contatto con la psichiatria per questa parte di utenti.

Durante il percorso diagnostico/terapeutico le persone a cui sono stati prescritti esami di laboratorio e consulenze specialistiche sono state diagnosticate nell'area del disturbo mentale organico mentre a coloro a cui sono state prescritte consulenze specialistiche si sono rilevati

disturbi da uso di sostanze/alcool. Da qui l'importanza della possibilità di accesso ad una serie di consulenze/valutazioni in urgenza, attivate dallo psichiatra titolare del caso, che fanno del PS il vertice dove si realizza la massima possibile integrazione della nostra disciplina con le altre branche specialistiche (Mistura, 2003).

In chi ha ricevuto solo il colloquio clinico la diagnosi si è indirizzata su un disturbo psichiatrico nel 73,4%, indicando specularmente un'adeguata azione di trage.

Per la maggioranza relativa del campione la diagnosi al termine dell'intervento è stata di disturbi d'ansia ma alta è stata la capacità di intercettare disturbi psicopatologici maggiori (psicosi e disturbi dell'umore) e di personalità. Più di un quarto degli accessi, però, è caratterizzato da disturbi mentali organici, abusi di sostanze ed alcolici o misti. Quest'ultima tipologia di accessi (patologia di confine) andrebbe confrontata con ospedali che non presentano una guardia psichiatrica attiva.

Dato interessante da interpretare è che nel 21% degli accessi non è stata somministrata alcuna terapia farmacologica. Questo può essere un errore di codifica oppure l'evidenza di disturbi già risolti spontaneamente o in via di risoluzione al momento dell'intervento. Basso è stato l'utilizzo della contenzione meccanica e del TSO.

Importante ci è sembrato il cercare di definire quale sia il percorso degli utenti che accedono al nostro PS psichiatrico.

A partire dagli esiti abbiamo definito quattro percorsi dell'urgenza psichiatrica all'interno del nostro PS che riassumono i dati riscontrati nella raccolta dati.

1. **Ricovero in SPDC** (compreso TSO): la committenza è rappresentata maggiormente dallo psichiatra (50%) per sintomi psichici (62%) insorti da più di 7 giorni (50%) in pazienti già in trattamento psichiatrico (62,5%) o già in trattamento sia per patologia psichiatrica che somatica (37,5%) e ricoverati con orientamento diagnostico pre-lente di disturbo dell'umore (50%) ed in misura minore disturbo psicotico (25%).

2. **Indicazione al trattamento ambulatoriale:** l'arrivo in PS è per autoinvio (68,7%) per sintomatologia psichica (43,7%) o mista (31,2%) insorta con una lieve prevalenza da meno di un giorno (50%) rispetto a oltre 7 giorni (43,7%) in pazienti già in trattamento per malattia psichiatrica (50%) e diagnosticati con orientamento pre-lente di disturbo d'ansia (43,7%) ed in misura minore disturbo psicotico (25%).
3. **Intervento concluso:** l'autoinvio in PS è maggiormente rappresentato (45,4%) per sintomatologia psichica (36,4%) o comportamentale (36,4%) insorta da meno di un giorno (81,8%) in pazienti con una lieve prevalenza per quelli non in trattamento (27,3%) e dimessi con orientamento diagnostico di disturbi d'ansia (36,4%) ma con una maggioranza di pazienti che presentano disturbi da abuso di sostanze, alcol e disturbi psicorganici (54,5%).
4. **Altro:** l'invio è equamente suddiviso tra psichiatra, familiare e autoinvio per sintomatologia altrettanto equamente distribuita tra sintomi psichici, comportamentali e misti insorti da meno di un giorno (100%) in pazienti prevalentemente in trattamento per dipendenza da sostanze (66,7%) e dimessi con diagnosi per grandi aree di abuso o dipendenza da sostanze (66,7%).

In conclusione siamo consapevoli che questo lavoro presenta una scarsa robustezza ma per la nostra équipe ha rappresentato un primo momento di riflessione, in una situazione di costante urgenza organizzativa, per attivare una discussione, con dei dati interni, sulla costruzione di protocolli d'intesa con il nostro DEA.

Inoltre, al termine della pandemia, sarà necessaria una nuova rilevazione per un confronto.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *psichiatri DSMD Santi Paolo e Carlo, P.O. San Carlo Borromeo*

° *psichiatra Responsabile Unità Semplice SPDC P.O. San Carlo Borromeo, DSMD Santi Paolo e Carlo*

***psichiatra Direttore Unità Operativa Psichiatria P.O. San Carlo Borromeo, DSMD Santi Paolo e Carlo*

CORRISPONDENZA:

alessandro.grecchi@asst-santipaolocarlo.it

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. *Task Force on Clinical Safety. Clinical Safety (Task Force report n.33)*. APA, Washington DC, 2003
2. Hillard R., Zitek B., *Emergenza Psichiatrica*. CIC Edizioni Internazionali. Roma, 2005
3. Mištura S., *Psichiatria in Medicina d'Urgenza*. Centro Scientifico Editore. Torino, 2003
4. Cuzzolaro M., L'Urgenza in Psichiatria, In Reda GC., *Trattato di Psichiatria*. USES, Firenze, 1982

Allegato 1

SCHEDA RILEVAMENTO DATI SULLA'URGENZA

CASO N°:

DATA:

ORARIO RICHIESTA;

ANNO DI NASCITA:

SESSO:

CITTADINANZA:

RESIDENZA:

1. SEDE DELL'INTERVENTO URGENTE:

- ☐ CPS
- ☐ PS
- ☐ Domicilio
- ☐ Reparto ospedaliero non psichiatrico
- ☐ Reparto COVID
- ☐ Altro

2. VISITA RICHIESTA DA:

- ☐ Medico di medicina generale
- ☐ Psichiatra
- ☐ Altro specialista
- ☐ Forze dell'ordine
- ☐ Familiari o conoscenti
- ☐ Autopresentazione

3. PAZIENTE ACCOMPAGNATO DA:

- ☐ I18
- ☐ I12/I13
- ☐ Vigili Urbani
- ☐ Familiari
- ☐ Conoscenti/vicini
- ☐ Operatori psichiatrici
- ☐ Operatori Sociali
- ☐ Nessuno

4. FONTE DELLE INFORMAZIONI:

- ☐ Paziente
- ☐ Familiare o conoscente
- ☐ Medico inviante

5. INSORGENZA DELLA SINTOMATOLOGIA ACUTA:

- ☐ Meno di 1 giorno
- ☐ Da 2 a 7 giorni
- ☐ Più di 7 giorni

6. SINTOMATOLOGIA

- ☐ Somatica
- ☐ Comportamentale
- ☐ Psicica
- ☐ Mista

7. PAZIENTE IN TRATTAMENTO PER (possibile risposta multipla):

- ☐ Malattia psichiatrica
- ☐ Malattia somatica
- ☐ Dipendenza da sostanze
- ☐ Patologie multiple
- ☐ Dato non rilevabile
- ☐ Nessuna

8. PRECEDENTI TRATTAMENTI PSICHIATRICI:

- ☐ Sì
- ☐ No

9. PROCEDURE DIAGNOSTICHE (possibile risposta multipla):

- ☐ Solo colloquio clinico
- ☐ Esami di laboratorio
- ☐ Esami strumentali
- ☐ Dosaggio sostanze
- ☐ Consulenze specialistiche non psichiatriche

10. DIAGNOSI PER GRANDI AREE

(possibile risposta multipla):

- ☐ Disturbo psicotico
- ☐ Disturbo dell'umore
- ☐ Disturbo d'ansia
- ☐ Disturbo alimentare
- ☐ Abuso o dipendenza da sostanze
- ☐ Alcolismo o abuso etilico
- ☐ Disturbi di personalità
- ☐ Disturbo reattivo
- ☐ Disturbo mentale organico
- ☐ Tentato suicidio
- ☐ Altro

11. INTERVENTI TERAPEUTICI

(possibile risposta multipla):

- ☐ Colloquio clinico (diagnostico-terapeutico)
- ☐ Terapia psicofarmacologica
- ☐ Intervento prevalentemente medico-internistico
- ☐ Intervento prevalentemente chirurgico
- ☐ Contenzione meccanica
- ☐ TNF per ricerca covid 19

12. ESITO EVENTUALE TNF PER COVID 19

- ☐ Positivo
- ☐ Negativo

13. PROVVEDIMENTI SUCCESSIVI

ALL'INTERVENTO

- ☐ Ricovero volontario in SPDC
- ☐ Ricovero in SPDC Covid positivi
- ☐ Ricovero in reparto non psichiatrico per Covid positivi
- ☐ TSO
- ☐ ASO
- ☐ Indicazione al trattamento ambulatoriale psichiatrico successivo all'intervento urgente
- ☐ Intervento concluso (consultazione completata)
- ☐ Altro

Psichiatria e migrazione

*Dal riconoscimento della vulnerabilità
all'accompagnamento alla cura di
pazienti migranti, richiedenti asilo
e vittime di tortura*

*Maria Marzagalia, Roberto Calatroni,
Alberto Zanolio, Alice Cardullo, Matteo Contini,
Maria Curia, Lorenzo Mosca, Clara Ruffetta,
Valentina Stirone, Mauro Percudani*

INTRODUZIONE: IL FENOMENO MIGRATORIO IN ITALIA

A motivo della sua posizione geografica l'Italia è una delle mete principali del fenomeno migratorio. Il nostro Paese è stato un approdo sicuro negli anni '90 per le persone provenienti dai Paesi balcanici, poi nei decenni successivi lo è diventato per le persone provenienti dal nord Africa. Per molto tempo gli sbarchi costituivano un fenomeno marginale nell'ambito dei flussi migratori verso l'Europa. Gran parte dei richiedenti asilo giungevano, infatti, dal Medio Oriente e dall'Asia Centrale attraverso la Turchia e la Grecia, mentre dall'Africa arrivavano seguendo una moltitudine di rotte. Questo dato si è drasticamente capovolto dopo la crisi politica in Libia ed è stato alimentato dai numerosi conflitti civili ed etnici degli ultimi anni nell'Africa subsahariana e nel Corno d'Africa. Il fenomeno migratorio è stato quindi rappresentato anche da una moltitudine di persone richiedenti protezione internazionale.

Dal punto di vista quantitativo, si è passati dalle poche migliaia di richieste annuali d'asilo degli anni '90, alle oltre 100.000 tra il 2016 e il 2017. Considerando gli ultimi 30 anni, solo tra il 2014 e il 2018 sono arrivati oltre il 55% dei richiedenti asilo dell'intero periodo. Dopo il picco del triennio 2014-2016, le richieste di asilo si sono significativamente contratte alla fine del 2017 e nell'arco del 2018 scendendo da 130.000 a 54.000, fino alle 43.800 del 2019.

Dal 2014 al 2017 il numero di sbarchi sulle coste

italiane è rimasto sopra le 100.000 persone. Il totale degli sbarchi è passato poi dai circa 120.000 del 2017 agli 11.500 del 2019.

Fino al 2017, seppure con una sensibile flessione rispetto agli anni precedenti, l'Italia è stata il principale punto di approdo nel Mediterraneo, se paragonata alla totalità dei flussi in Europa. In quel periodo gli arrivi sulle nostre coste sono stati stimati 2-3 volte superiori a quelli di Grecia e Spagna. Gran parte delle persone arrivate in Italia ha formalizzato una richiesta di asilo nel nostro Paese così che l'Italia è divenuta, dopo Germania e Svezia, il terzo paese dell'Unione Europea, per numero di richieste di asilo.

Nell'ultimo periodo un ulteriore cambiamento ha riguardato la maggiore "stanzialità" dei migranti, che per lungo tempo avevano considerato l'Italia come luogo di transito. Quella dei migranti è quindi diventata una popolazione non più trascurabile per quanto concerne i suoi bisogni socio-sanitari, che presentano delle specificità. Le normative vigenti pongono al centro dell'intervento le categorie vulnerabili; questi bisogni riguardano la presenza di patologie mediche, legate alla lunga permanenza in luoghi estremamente affollati e degradati dal punto di vista igienico e/o la presenza di patologie psichiatriche, con quadri clinici in larga parte differenti da quelli abitualmente osservabili tra la popolazione residente.

Se, in passato, si considerava che circa il 25-30% dei richiedenti asilo avesse subito torture o gravi violenze nel Paese d'origine, le modificazioni avvenute a livello del quadro politico internazionale, coniugate al valore monetario dei traffici di migranti, hanno portato alla estensione delle esperienze di violenza anche durante il percorso migratorio.

LE LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Nel mese di marzo 2017 vengono redatte su iniziativa del Ministero della Salute le "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello

status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”. Tale documento si è reso necessario a seguito della trasposizione delle più recenti direttive europee in merito all'accoglienza delle persone Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale – RTPI (in particolare la Direttiva 2013/33/UE del 26 giugno 2013), che domandano agli Stati Membri di dotarsi di servizi dedicati per la presa in carico e la cura delle persone vulnerabili che raggiungono il continente.

Il Ministero dell'Interno ha, pertanto, istituito un apposito Tavolo Tecnico, in cui sono stati coinvolti gli operatori del SSN e del Terzo Settore che negli anni avevano sviluppato una metodologia specifica di intervento su questi casi. A partire da queste esperienze, è stata delineata una cornice di riferimento che fornisce indicazioni rispetto agli ambiti principali di intervento:

- Individuazione precoce delle persone vulnerabili e attività di prevenzione secondaria. Questo ambito richiede una maggiore conoscenza della psicopatologia post-traumatica (e più specificamente del Disturbo Post-Traumatico Complesso) e delle specificità culturali attraverso cui tali quadri clinici si manifestano, al fine di istituire apposite procedure che ne favoriscano il riconoscimento per una presa in carico precoce.
- Organizzazione di servizi multidisciplinari specialistici che, attraverso la costituzione di solide reti tra servizi pubblici e privato sociale, possano fornire risposte adeguate ai bisogni della popolazione destinataria.
- Attività di riabilitazione, che riconoscano la natura psicologica (e culturale) dei disturbi più frequentemente rilevati e quindi la necessità di intervenire attraverso percorsi anche psicoterapeutici specialistici e culturalmente orientati.
- Produzione di certificazioni a sostegno dell'attività delle Commissioni Territoriali per la valutazione delle domande di Protezione Internazionale.

Sono inoltre proposti degli approfondimenti relativi al ruolo dei mediatori culturali, ai minori stranieri non

accompagnati (MSNA) e all'attività di formazione.

Sulla mediazione culturale viene evidenziata l'importanza tanto della “mediazione di sistema”, volta a garantire la corretta comprensione delle procedure amministrative, quanto della “mediazione linguistico culturale”, come funzione centrale per lo svolgimento di una corretta attività diagnostica e terapeutica. Sui MSNA le Linee Guida indicano le specifiche normative che definiscono le differenti garanzie previste a tutela di questa popolazione particolarmente fragile. Descrivono, inoltre, alcuni quadri psicopatologici specifici per questi soggetti e forniscono indicazioni sull'organizzazione di percorsi riabilitativi. Si sottolinea inoltre l'importanza di raggiungere uno specifico livello di formazione rivolto ai vari operatori in funzione del loro ruolo e coinvolgimento con persone vulnerabili.

Nell'insieme, le Linee Guida costituiscono la cornice per una corretta organizzazione di servizi a beneficio dei migranti vulnerabili. La specificità metodologica consente di individuare con chiarezza le figure professionali che devono essere coinvolte nei percorsi di cura. Inoltre il documento mostra la volontà del Ministero della Salute di promuovere una riorganizzazione del SSN che tenga conto delle problematiche sanitarie specifiche delle persone RTPI come parte del mandato di tutela della salute da parte del Servizio Pubblico.

IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA A MILANO

Il sistema di accoglienza, in Italia, è stato declinato fino al 2020 su due livelli: quello di prima accoglienza attraverso i Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e quello di accoglienza di secondo livello che faceva capo al Sistema SIPROIMI (già SPRAR). L'art.4 del decreto legge n.130 del 2020 ha introdotto il nuovo modello SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione) che prevede due livelli differenziati di erogazione dei servizi: un primo livello, rivolto ai richiedenti asilo, cui sono destinate prestazioni di accoglienza materiale, l'assistenza sanitaria, l'assistenza sociale e psicologica, la mediazione linguistico-culturale,

la somministrazione di corsi di lingua italiana e i servizi di orientamento legale e al territorio; un secondo livello, destinato ai titolari di protezione internazionale e finalizzato all'integrazione, tra cui si comprendono, oltre ai servizi previsti al primo livello, l'orientamento al lavoro e la formazione professionale.

Regione Lombardia nel 2018 aveva a disposizione il 6,8% dei posti destinati alla seconda accoglienza. A Milano, da ottobre 2013 a settembre 2017 sono stati accolti complessivamente circa 125.000 migranti, di cui circa 26.000 minori, nelle Strutture presenti sul territorio. A gennaio 2018 le persone accolte sono state 5.500, distribuite tra i CAS, nell'ambito dello SPRAR, in cosiddetta "accoglienza diffusa", o in "gratuità".

Nel 2013 la città di Milano avvia il Progetto SPRAR Disagio Mentale, con la necessità di dare risposte più adeguate e articolate alla popolazione dell'accoglienza SPRAR e non SPRAR portatrice di vulnerabilità psichiatrica. Su questi temi, da parte degli operatori dei diversi ambiti coinvolti, nasce la necessità di promuovere e garantire servizi con livelli di tutela e di assistenza adeguati, e di potenziare il lavoro di rete e la sinergia già esistente a livello informale. Nasce così la Rete Milanese Vulnerabili, costituita dal Comune di Milano, dal Servizio di Etnopsichiatria della ASST GOM Niguarda, dalla Fondazione IRCCS Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico, dal Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute LABANOF della Università degli Studi di Milano, dalla Fondazione Casa della Carità, da ATS Città Metropolitana di Milano, da alcune cooperative del privato sociale e da Terrenuove So.Coop.Onlus.

Gli utenti trattati sono passati dai 179 nel 2014 ai 297 nel novembre 2017.

La Rete Milanese Vulnerabili è stata formalizzata con delibera di Giunta Comunale nel Protocollo di Intesa; si tratta, quindi, della formalizzazione della rete dei soggetti che forniscono servizi a favore di cittadini richiedenti/titolari di protezione e con vulnerabilità psichica. L'attività delle istituzioni che fanno parte della

Rete Milanese Vulnerabili si è articolata su diversi tavoli, a cadenza bimestrale, che affrontano le differenti tematiche dell'accoglienza, della presa in carico clinica – psichiatrica/psicologica, della formazione degli operatori del settore, etc. Tale protocollo, che prevedeva l'assunzione di responsabilità interistituzionale sulla gestione di questi casi, si è chiuso nel dicembre 2019 e non è stato possibile rinnovarlo causa esplosione della pandemia da SARS Cov 2 e delle mutate condizioni sociopolitiche generali.

IL SERVIZIO DI ETNOPSICHIATRIA DI NIGUARDA

La storia del Servizio di Etnopsichiatria e della sua utenza non possono che essere strettamente legate alle leggi che, nel corso del tempo, hanno normato le politiche sull'immigrazione. Qui di seguito un breve excursus sullo stato dell'arte negli ultimi 50 anni circa:

- all'inizio degli anni '70, anno a partire dal quale sono disponibili statistiche sui cittadini stranieri soggiornanti in Italia, si parla di 143.838 persone, e solo nel 1979 vengono superate le 200mila unità,
- tra il 1979 e il 1980 si assiste ad un incremento del 45,4%; in realtà, in quel periodo non si registrano particolari avvenimenti, ma viene modificato il sistema di registrazione dei permessi di soggiorno. Fino alla fine degli anni '70, infatti, le statistiche riguardano gli stranieri presenti in Italia con un permesso superiore ai tre mesi, mentre dal 1980 si prendono in considerazione quelli con durata superiore ad un mese.
- negli anni '80 seguono aumenti annuali contenuti che, sebbene inferiori al 10%, fanno superare la soglia di 400.000 soggiornanti nel 1984. Un altro forte aumento si verifica nel 1987, quando si giunge al + 27% di soggiornanti. Questo aumento è dovuto alla prima regolarizzazione disposta dal legislatore, della durata di due anni (1986–88).
- nei primi anni '90 (anno di emanazione della cd Legge Martelli), si assiste all'ingresso di persone provenienti dalla penisola balcanica, dove sono scoppiati i conflitti

legati all'assestamento della ex-Jugoslavia e al suo frazionamento; successivamente, con la caduta del muro di Berlino, gli immigrati arrivano dagli altri Paesi dell'Europa dell'Est, che diventano i protagonisti del panorama immigratorio italiano. Così, al consistente aumento degli albanesi, si associa quello di rumeni, polacchi, ucraini.

- il 1997 è l'anno in cui viene superato il milione di unità, a cui segue, con la regolarizzazione del 1998, un ulteriore incremento.
- nel 1998 la legge Turco-Napolitano cerca di regolamentare ulteriormente i flussi di ingresso, nel tentativo di scoraggiare l'immigrazione clandestina e istituendo, per la prima volta in Italia, i Centri di Permanenza Temporanea per gli stranieri "sottoposti a provvedimenti di espulsione".
- Nel 2002, la legge Turco-Napolitano verrà modificata con la legge Bossi-Fini, che prevede, tra l'altro, l'espulsione immediata dei clandestini da parte della forza pubblica.
- Alla data del censimento della popolazione del 2001 risultavano presenti in Italia 1.334.869 stranieri; le comunità maggiormente rappresentate erano quella marocchina ed albanese.

Il Servizio di Etnopsichiatria dell'attuale ASST "Ospedale Niguarda" di Milano nasce nel 2000, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, per rispondere alla crescente esigenza di fornire assistenza psichiatrica ad una popolazione straniera, proveniente da sempre più massicci flussi migratori che interessano la città, utenza che, in quanto senza documenti, senza residenza, senza fissa dimora, non avrebbe avuto accesso se non alle prestazioni di Pronto Soccorso o di ricovero. L'Ospedale di Niguarda, per tradizione e "vocazione" è sempre stato l'ospedale di riferimento per questa tipologia di persone. Da allora, il Servizio si è costituito come il punto di riferimento sul territorio milanese e lombardo grazie alla capacità di rispondere ai bisogni sociosanitari di un

crescente numero di stranieri portatori di manifestazioni di disagio psichico o in condizioni di forte vulnerabilità.

All'inizio degli anni 2000, circa nove immigrati su dieci presenti sul nostro territorio arrivavano per motivi di lavoro e di famiglia. Nel 2001, il Dossier Statistico Immigrazione Caritas era intitolato "L'immigrazione in Italia dopo il 2000: il tempo della integrazione". Gli psichiatri e gli psicologi si trovavano ad affrontare patologie correlabili a tale situazione storica, in prevalenza difficoltà di adattamento, nostalgia di casa, preoccupazioni relative al futuro lavorativo. Tali patologie, per quanto invalidanti per le persone più fragili, spesso recedevano a seguito della regolarizzazione lavorativa e della conseguente possibilità di ricongiungimento familiare, con la creazione di reti sociali sul nostro territorio. Successivamente, intorno al 2008, sbarcarono in Italia circa 37.000 persone, a causa di conflitti e carestie in Somalia, Eritrea e Nigeria: la popolazione dei migranti cominciava a cambiare, sia dal punto di vista dell'appartenenza culturale, sia rispetto alla motivazione della migrazione, con intuibili cambiamenti dei quadri clinici. Dal 2011, durante la cosiddetta "Primavera Araba", caddero i regimi di Tunisia, Egitto e Libia, provocando un enorme flusso di sbarchi sulle nostre coste. Da allora, l'utenza del nostro Servizio con le relative vulnerabilità psichiche con cui ci confrontiamo sempre più frequentemente, proviene dall'Africa, transitando dalla Libia.

L'obiettivo del nostro Servizio è quello di attuare percorsi di cura continuativi, garantendo sostegno psichiatrico, farmacologico, psicoterapeutico, socio-assistenziale. Inoltre è aperta la possibilità di intraprendere percorsi riabilitativi con la finalità di promuovere una maggiore integrazione a livello cittadino. Nel corso degli anni i quadri clinici sono radicalmente mutati e la nostra utenza è rappresentata prevalentemente da persone portatrici di disagio psichiatrico complesso, da utenti vittime di traumi estremi e sopravvissuti a torture inviati dalla Commissione Territoriale Richiedenti Asilo, dai Servizi del Comune, dalla Prefettura, dai CAS, dai dormitori,

Tabella 1 — Pazienti in carico al Servizio di Etnopsichiatria (2011-2019)

ANNO	MASCHI		FEMMINE		TOTALE
	n.	%	n.	%	n.
2011	115	59.6	78	40.4	193
2012	124	60.8	80	39.2	204
2013	112	61.5	70	38.5	182
2014	137	71.0	56	29.0	193
2015	140	70.0	60	30.0	200
2016	163	70.9	67	29.1	230
2017	212	73.4	77	26.6	289
2018	195	71.4	78	28.6	273
2019	210	69.0	94	31.0	304

dalle agenzie del privato sociale. Ci occupiamo, inoltre, delle valutazioni psichiatriche e dell'eventuale presa in carico di genitori stranieri di minori su richiesta del TM. Nel corso del tempo, il Servizio si è andato strutturando intorno ad un'équipe formata da psichiatri, psicoterapeuti e psicologi con formazione etno-transculturale e che comprende anche la presenza di un'assistente sociale e di tirocinanti, specializzandi in psicoterapia. Il servizio opera in un'ottica di équipe multidisciplinare, utilizzando un setting transculturale ed avvalendosi del supporto di mediatori linguistico culturali, essenziali

sia per la comunicazione, ma anche per la comprensione della generale condizione di salute del paziente. Il lavoro sinergico di tutti gli operatori coinvolti (medici, psicologi, mediatori) migliora l'efficacia del setting clinico in funzione dell'alto livello di attenzione dedicato alla matrice culturale della persona in trattamento, vittima di percorsi migratori traumatici.

Dal 2011 al 2019, l'utenza del Servizio di Etnopsichiatria è passata da 193 pazienti in carico (di cui 115 maschi e 78 femmine) a 304 (di cui 210 maschi e 94 femmine) (*Tabella 1*).

Tabella 2 — Andamento dei pazienti in carico dal 2011 al 2019.

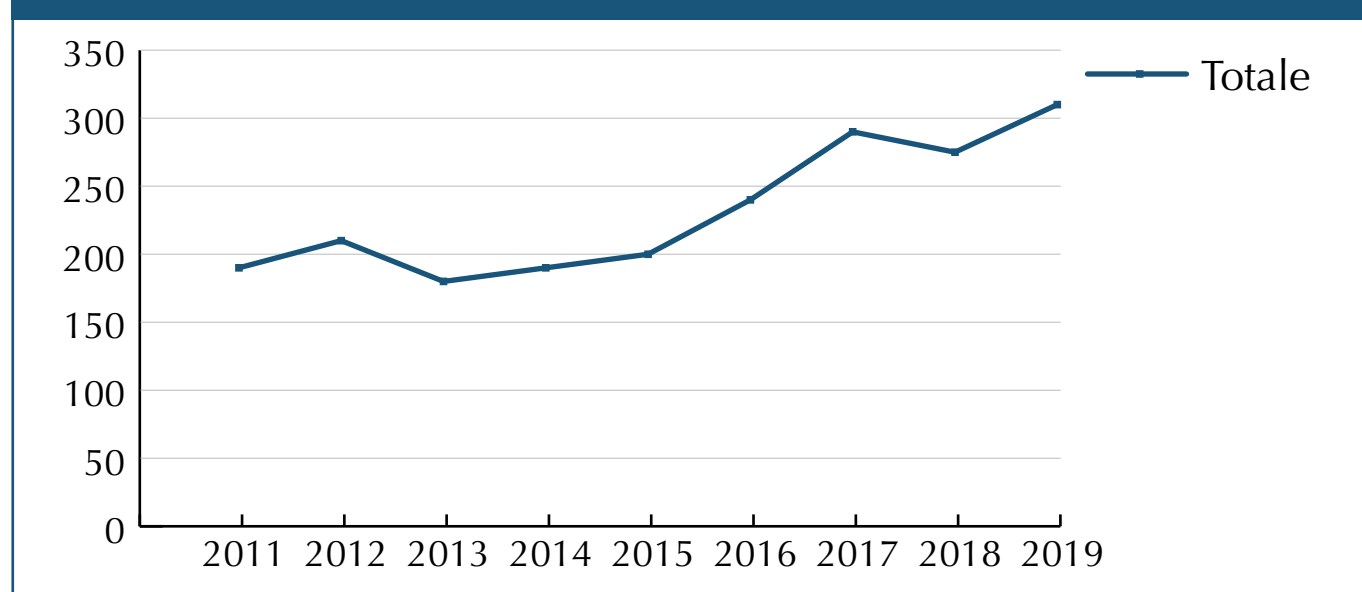


Tabella 3 — Nuovi casi del Servizio di Etnopsichiatria (2011-2019)

ANNO	MASCHI		FEMMINE		TOTALE
	n.	%	n.	%	
2011	43	58.1	31	41.9	74
2012	59	59,6	40	40,4	99
2013	41	66.1	21	33.9	62
2014	74	82.2	16	17.8	90
2015	62	75.6	20	24.4	82
2016	72	75.8	23	24.2	95
2017	109	78.4	30	21.6	139
2018	86	71.7	34	28.3	120
2019	93	72.7	35	27.3	128

Tra il 2011 e il 2019 sono stati presi in carico complessivamente 889 nuovi pazienti. Nel solo 2019 vi sono stati complessivamente 128 nuovi accessi, nel rispetto delle percentuali di appartenenza di genere rilevate precedentemente (circa il 72% è rappresentato da maschi). Se nei primi anni vi era un rapporto tra i generi più egualitario, dal 2014 si è assistito ad una significativa modificazione con un rapporto M/F di 4 a 1, fenomeno da attribuire ai Paesi di provenienza, ed al fatto che la migrazione femminile ha caratteristiche sue proprie, argomento meritevole di una trattazione a parte.

Le aree di provenienza, individuate utilizzando il codice di classificazione **M49** (Standard country or area codes for statistical use), altrimenti noto come Geoschema delle Nazioni Unite, hanno subito delle variazioni nell'arco degli anni presi in considerazione. Se nel 2012 la maggior parte degli utenti presi in carico proveniva dall'Africa del Nord e nel 2014 dall'Asia Meridionale, a partire dal 2015 si è osservata una prevalenza di pazienti provenienti dall'Africa Occidentale, con un andamento tendenzialmente in crescita che ha toccato il 52,5% dei casi totali nel 2018.

Tabella 4 — Rapporto maschi/femmine dei nuovi pazienti presi in carico dal 2011 al 2019

Nuove prese in carico 2011–2019 (suddivisione maschi/femmine)

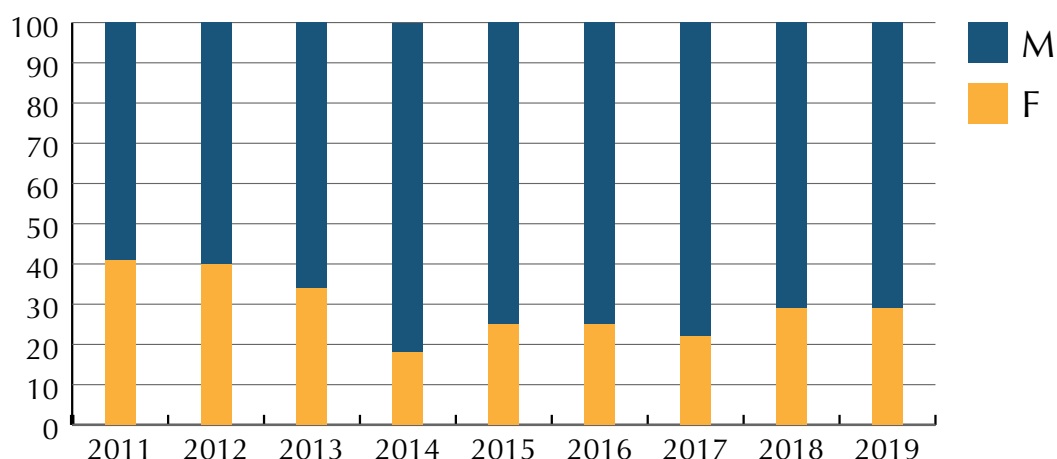


Tabella 5 – Aree di provenienza secondo il Geoschema delle Nazioni Unite.

Aree di provenienza

Secondo il Geoschema delle Nazioni Unite

- **Africa Centrale:** Angola, Camerun, Congo
- **Africa del Nord:** Algeria, Egitto, Libia, Marocco, Sudan, Tunisia
- **Africa del Sud:** Lesotho
- **Africa Occidentale:** Benin, Burkina Faso, Capo Verde, Costa D'Avorio, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Togo
- **Africa Orientale:** Eritrea, Etiopia, Gibuti, Kenia, Mauritius, Rwanda, Somalia, Uganda
- **America Centrale:** El Salvador
- **America del Sud:** Brasile, Cile, Ecuador, Perù
- **America Latina e Caraibi:** Repubblica Dominicana
- **Asia Meridionale:** Afghanistan, Bangladesh, India, Iran, Pakistan, Sri Lanka
- **Asia Occidentale:** Arabia Saudita, Armenia, Georgia, Giordania, Iraq, Libano, Palestina, Siria, Turchia
- **Asia Orientale:** Cina, Corea, Mongolia
- **Asia Sud-orientale:** Filippine
- **Europa Meridionale:** Albania, Bosnia, Croazia, Italia, Kosovo, Macedonia, Portogallo, Rom
- **Europa Occidentale:** Germania, Svizzera
- **Europa Orientale:** Bielorussia, Bulgaria, Moldavia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Russia, Ucraina

Codice di classificazione **M49**. Standard country or area codes for statistical use (M49)

Tabella 6 — Percentuale di nuovi pazienti secondo l'area geografica di provenienza, dal 2011 al 2019

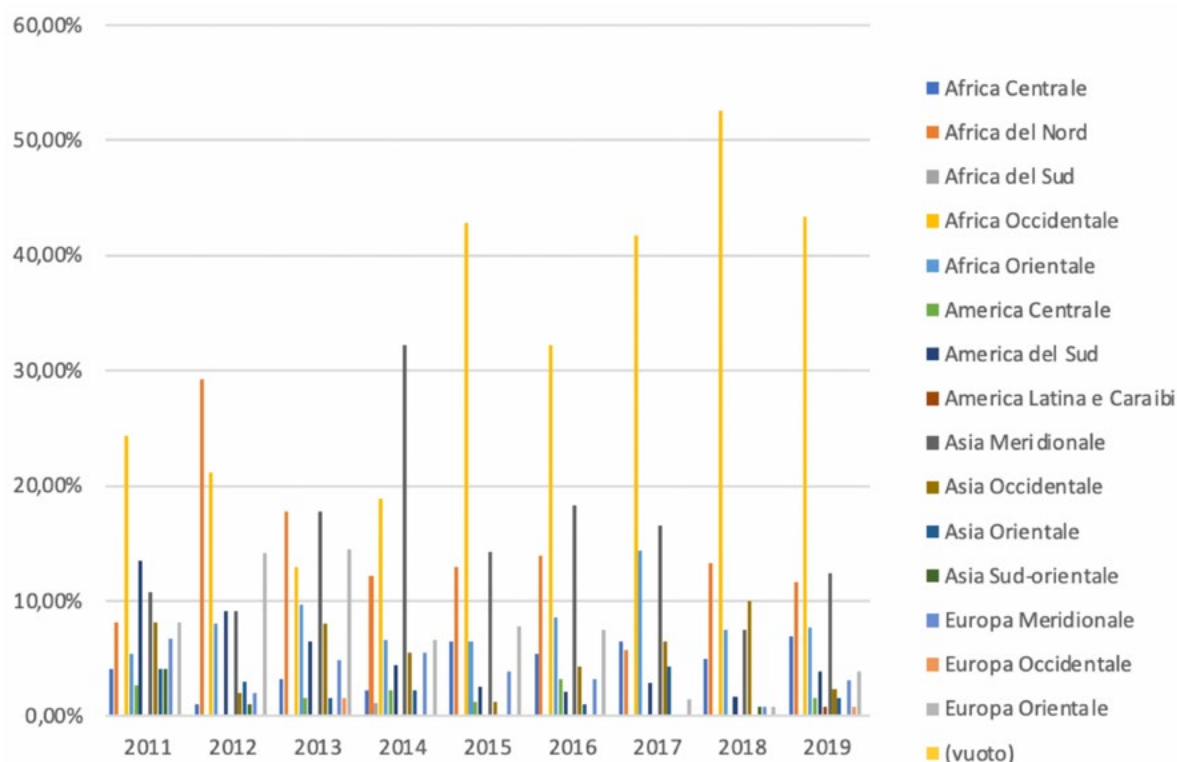


Tabella 7 — Principali Paesi di provenienza dei nuovi pazienti in carico al Servizio di Etnopsichiatria, dal 2011 al 2019

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nigeria (6,8%)	Marocco (14,1%)	Egitto (11,3%)	Pakistan (15,6%)	Nigeria (11,0%)	Pakistan (9,5%)	Nigeria (10,8%)	Nigeria (21,7%)	Nigeria (16,3%)
Kosovo (5,4%)	Nigeria (11,1%)	Afghanistan (6,5%)	Afghanistan (8,9%)	Senegal (8,5%)	Nigeria (8,4%)	Pakistan (9,4%)	Marocco (5,8%)	Gambia (10,0%)
Costa d'Avorio (5,4%)	Egitto (11,1%)	Pakistan (6,5%)	Bangladesh (6,7%)	Egitto (7,3%)	Mali (6,3%)	Costa d'Avorio (7,9%)	Gambia (5,8%)	Pakistan (6,2%)

Osservando i principali Paesi di provenienza, nel corso di questi anni, risulta come essi siano cambiati in ovvia relazione con il quadro geopolitico mondiale: nel 2011 i principali Paesi di provenienza dei pazienti del Servizio erano Nigeria, Costa d'Avorio, Kosovo, Perù e Brasile; nel 2012 Marocco, Nigeria ed Egitto; nel 2013 Egitto, Afghanistan e Pakistan, nel 2014 Pakistan, Afghanistan, Bangladesh; nel 2015 Nigeria, Senegal, Egitto, seguiti da Mali, Camerun, Iran, Gambia, Somalia e Marocco; nel 2016 Pakistan, Nigeria, Mali, Gambia e Marocco; nel 2017, sono stati Nigeria, Pakistan, Costa D'Avorio, Senegal, Gambia, Eritrea; nel 2018 Nigeria con un'alta prevalenza di quasi il 22% dei casi totali, poi Marocco, Gambia, Mali, Senegal; nel 2019 Nigeria, Gambia, Pakistan, Camerun (*Tabella 7*).

Gli utenti in carico con un'età minore o uguale a 24 anni sono inizialmente diminuiti dal 2011 al 2014 passando dal 28,5% al 18,7% per poi aumentare gradualmente dal 2014 al 2018 e arrivando ad assestarsi su una percentuale di circa il 31% nel 2019 (*Tabella 8*).

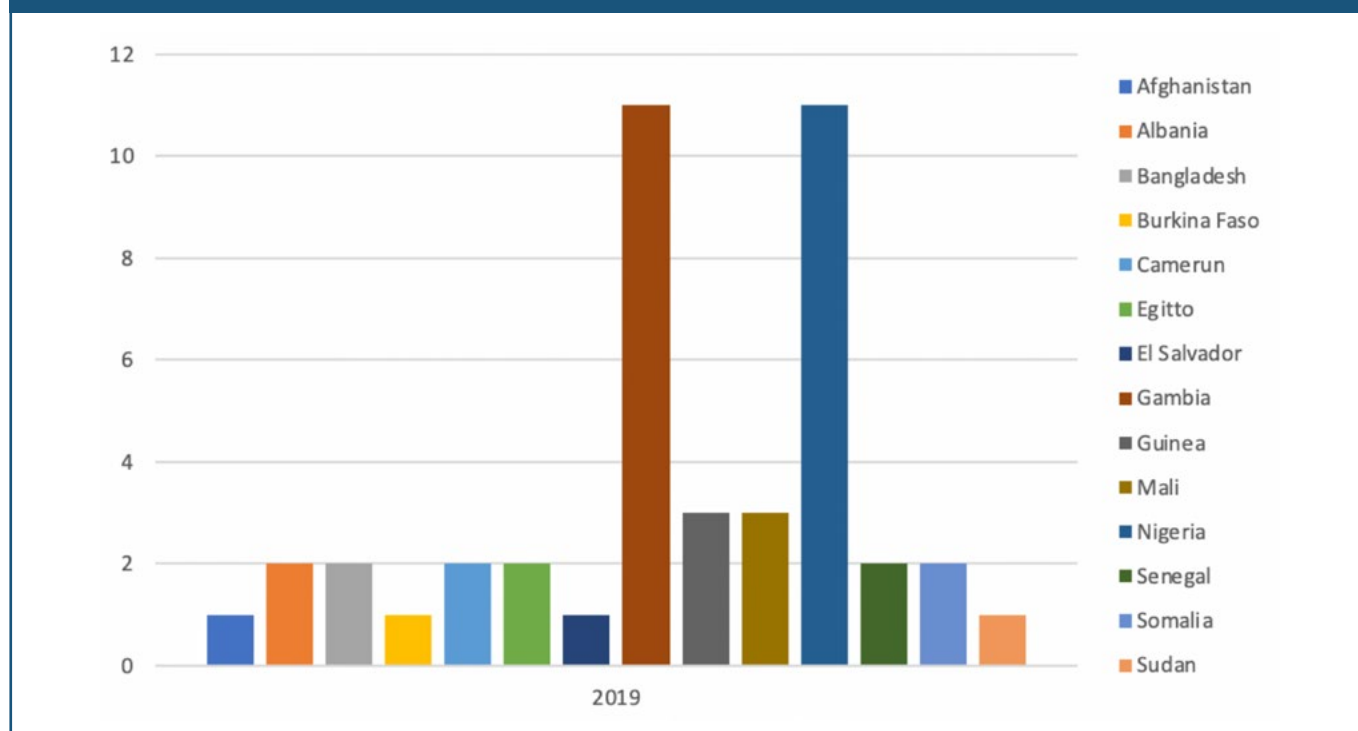
Per questa fascia di età, nel 2019, la provenienza prevalente dei nuovi pazienti è rappresentata da Gambia e Nigeria (*Tabella 9*).

A questi pazienti (ai quali viene posta diagnosi, in prevalenza, di PTSD e PTSD complesso) va aggiunto un numero crescente di persone che arrivano in Italia già con una patologia psichiatrica presentatasi nel Paese di origine, e che necessitano, quindi, di un approccio ancor più attento e della formulazione di percorsi terapeutici e di integrazione – ove possibile – ancor più specifici. Un

Tabella 8 — Utenti del Servizio di Etnopsichiatria minori di 24 anni (2011-2019)

ANNO	UTENTI ≤ 24 ANNI	TOTALE	UTENTI <24 ANNI vs. TOTALI UTENTI
	n.	n.	%
2011	55	193	28,5
2012	52	204	25,5
2013	41	182	22,5
2014	36	193	18,7
2015	52	200	26,0
2016	63	230	27,4
2017	90	289	31,1
2018	93	273	34,0
2019	95	304	31,3

Tabella 9 — Provenienza nuovi pazienti (Tot. 44) con età ≤ 24 anni (2019)



altro dato relativamente nuovo è la presenza, in questi ultimi anni, di pazienti analfabeti, per i quali i percorsi di apprendimento della lingua italiana e di accesso al servizio, sono ancora più complessi. Il campo della psicotraumatologia va, necessariamente, embricandosi con quello della psichiatria transculturale.

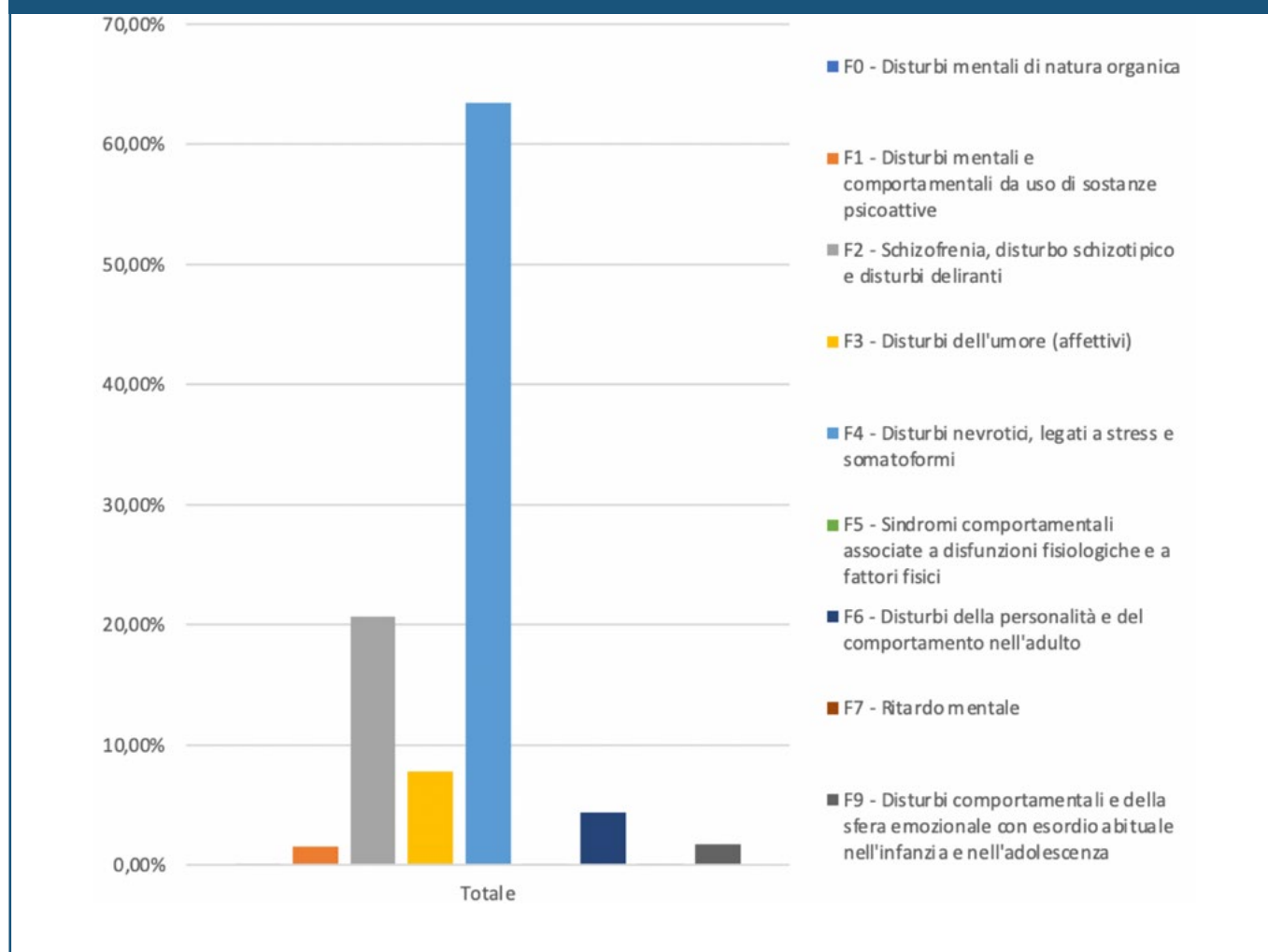
Un breve cenno, infine, sulle diagnosi principali poste: ad oltre il 63% di essi viene posta diagnosi in categoria F4 (Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi), di cui il 90% circa è rappresentato dai Disturbi dell'Adattamento e Post Traumatici (F43). Circa il 20% rientra nello spettro della Schizofrenia, dalle Sindromi schizotipiche alle Sindromi deliranti; le Sindromi affettive costituiscono circa l'8% ed il 4% circa rimanda ai Disturbi di Personalità. Un dato che, a nostro parere, non viene mai sottolineato a sufficienza è l'incremento costante di abuso di alcool e sostanze stupefacenti, che complicano il quadro clinico e, a nostro modo di vedere, rappresentano (laddove tale uso "nasca" nel nostro Paese) un tentativo di "automedicazione".

A questi pazienti (ai quali viene posta diagnosi, in prevalenza, di PTSD e PTSD complesso) va aggiunto

un numero crescente di persone che arrivano in Italia già con una patologia psichiatrica presentatasi nel Paese di origine, e che necessitano, quindi, di un approccio ancor più attento e della formulazione di percorsi terapeutici e di integrazione – ove possibile – ancor più specifici. Un altro dato relativamente nuovo è la presenza, in questi ultimi anni, di pazienti analfabeti, per i quali i percorsi di apprendimento della lingua italiana e di accesso al servizio, sono ancora più complessi. Il campo della psicotraumatologia va, necessariamente, embricandosi con quello della psichiatria transculturale.

Un breve cenno, infine, sulle diagnosi principali poste: ad oltre il 63% di essi viene posta diagnosi in categoria F4 (Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi), di cui il 90% circa è rappresentato dai Disturbi dell'Adattamento e Post Traumatici (F43). Circa il 20% rientra nello spettro della Schizofrenia, dalle Sindromi schizotipiche alle Sindromi deliranti; le Sindromi affettive costituiscono circa l'8% ed il 4% circa rimanda ai Disturbi di Personalità. Un dato che, a nostro parere, non viene mai sottolineato a sufficienza è l'incremento costante di abuso di alcool e

Tabella 10 — Prevalenza Categoria diagnostica 2011-2019 (ICD-10)



sostanze stupefacenti, che complicano il quadro clinico e, a nostro modo di vedere, rappresentano (laddove tale uso “nasca” nel nostro Paese) un tentativo di “automedicazione”.

CONCLUSIONI

Nell’arco di tempo analizzato in questo articolo, compreso tra il 2011 e il 2019, si è osservato un incremento del numero di pazienti in carico per anno al Servizio di Etnopsichiatria dell’ASST Ospedale Niguarda, pari ad una crescita del 57,1% rispetto alla numerosità della casistica del primo anno. In particolare la crescita in percentuale, dal 2011 al 2019, ha visto un incremento della popolazione maschile che ha avuto accesso al servizio pari al 82,6 %, rispetto invece ad un aumento della popolazione femminile nel medesimo periodo del

20,5%. È poi importante notare come si rilevi un numero sempre maggiore di soggetti di età inferiore ai 24 anni, soprattutto a partire dal 2014, momento storico in cui diviene costante la prevalenza della nazionalità nigeriana quale appartenenza delle persone entrate per la prima volta in carico al Servizio di Etnopsichiatria. L’incremento della popolazione < 24 anni è stato, dal 2011, del 72,7%, decisamente superiore all’incremento della casistica più sopra riportato. Le aree di provenienza si sono modificate nel corso degli anni in relazione ai cambiamenti nel quadro geopolitico mondiale: la maggior parte dei pazienti presi in carico nel 2019 proviene dall’Africa Occidentale, in particolare da Gambia e Nigeria. Quasi i 2/3 della popolazione giunta alla nostra osservazione presenta disturbi dell’adattamento e post-traumatici. Ad essi si

aggiunge un ulteriore 20% di disturbi maggiori afferenti la categoria diagnostica delle Psicosi. Tali problematiche possono avere una loro insorgenza ancora prima del viaggio migratorio, così che l'esperimento dello stesso può talora avere valore, per chi lo intraprende e per la sua famiglia, di un tentativo di cura nel "mondo occidentale evoluto". L'Etnopsichiatria di Niguarda si configura come riferimento stabile per quei migranti che manifestano disturbi psichici, favorendo la continuità della presa in carico ed un lavoro di rete con gli enti invianti presenti sul territorio, in coerenza con quanto previsto nelle Linee Guida del Ministero della Salute. La crescente domanda di assistenza psichiatrica, insieme alla complessità delle situazioni prese in carico da parte del Servizio, richiedono una capacità sempre più puntuale di identificazione precoce della vulnerabilità psichica, in particolare nella popolazione più giovane, e la strutturazione di interventi sul versante della prevenzione e della cura, volti alla riduzione della sintomatologia psichiatrica e a favorire l'inserimento nel tessuto sociale attraverso un lavoro sinergico con Enti e Terzo Settore.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze,
ASST Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda", Milano*

CORRISPONDENZA:

marzia.marzagalia@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. “Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonchè per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.” 2017
2. ^M49, *Standard country or area codes for statistical use (M49)*.
–
3. Ministero dell’Interno, *Cruscotto Statistico giornaliero*. –
4. Ministero dell’Interno, *Quaderno Statistico 1990-2020*. –
5. Unhcr, *Dati Statistici migrazione nel Mediterraneo*
–
6. Atlante SPRAR SIPROIMI 2019
–

L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti

Gli interventi e gli esiti

Giovanna Molinari, Alberto Alamia*, Maria Pia Di Noia**, Alessandro Menni**, Marzia Pini**, Anna Di Leva**, Marco Brambilla^, Nicoletta Casarin†, Santina Cominardi†, Carlo Fraticelli**

INTRODUZIONE

La legge 180 del 13 maggio 1978 ha affidato alle regioni il compito di programmare e coordinare l'organizzazione dei presidi e dei servizi per la salute mentale, che "al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale".

La Regione Lombardia ha definito finalità e obiettivi, precisando anche l'organizzazione dei centri residenziali di terapie psichiatriche. La legge regionale n.67 del 1984 ha delineato in maniera più approfondita il profilo di questi centri, registrati come strutture con caratteristiche di comunità terapeutiche socio-sanitarie deputate a trattamenti psichiatrici psicoterapici e risocializzanti a breve e medio termine. Nel tempo il sistema regionale lombardo si è arricchito di una rete di strutture residenziali (pubbliche e private) sino alla dotazione attuale di 5.25 posti per 10.000 abitanti (Giobbio et al., 2020).

Tra gli obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale, Regione Lombardia ha previsto nell'area della promozione della salute un modulo sull'individuazione precoce dei disturbi mentali e l'attuazione di interventi di prevenzione e di presa in carico tempestiva, finalizzati al miglioramento degli esiti (Austin et al., 2013). Como ha iniziato ad operare in questo ambito fin dal gennaio 2002, allorché il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'Ospedale Sant'Anna ha partecipato ad

un programma sperimentale finanziato dalla Regione Lombardia finalizzato ad un intervento precoce nelle psicosi, poi proseguito negli anni successivi quale progetto dipartimentale attorno al "Centro Giovani Adulti e Adolescenti" (CGA) progressivamente consolidandosi nei suoi elementi distintivi. Parallelamente è stata dedicata la Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA) di Appiano Gentile a un'utenza di età compresa tra i 18 e i 29 anni. Tale progettualità è oggi ricompresa a pieno titolo nelle azioni prioritarie tese a potenziare servizi per l'intervento precoce da parte del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) dell'Azienda Sociosanitaria (ASST) Lariana, che include le aree operative della salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, le dipendenze e la psicologia clinica.

LA COMUNITÀ RIABILITATIVA AD ALTA ASSISTENZA (CRA) DI APPIANO GENTILE

Verso la fine degli anni 90 il Prof. Ian R.H. Falloon, uno dei pionieri dell'intervento psico educativo integrato, è stato invitato dal dott. A. Mastroeni, allora Direttore della Unità Operativa di Psichiatria 65 di Appiano Gentile, a tenere diversi corsi di formazione al personale, in particolare medici e infermieri, con lo scopo di ottimizzare il modello di gestione degli utenti. Grazie a questo modello il ruolo dell'infermiere è stato riqualificato e posto in evidenza in qualità di figura fulcro per il "to care" dei pazienti con disturbi psichici. Tale approccio si inseriva all'interno della promozione di programmi di trattamento multimodali per le più severe condizioni psichiatriche, fondati sull'uso di routine di strategie basate sull'evidenza (Falloon et al., 2004). La formazione è stata estesa a tutti i servizi, interessando in particolare il polo di Appiano Gentile caratterizzato da un forte investimento sul lavoro di staff inteso come gruppo multiprofessionale, compresa la CRA.

Tale comunità ospita utenti con disagio psichico che necessitano di un percorso terapeutico-riabilitativo ad alta intensità, finalizzato al recupero delle abilità di base e al reinserimento sociale, con una permanenza massima di 18

mesi secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia. La CRA può accogliere anche pazienti in fase di post-acuzie per interventi intensivi globali (psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale) e di approfondimento diagnostico-valutativo (anche mediante test psicometrici e di personalità, somministrati dalla psicologa della struttura), necessitanti di una breve, temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiano alternativo al domicilio (Green et al., 2019).

Attualmente, in coerenza con la graduazione del livello di intensità riabilitativa fornita dalle diverse tipologie di strutture, secondo quanto previsto dal documento di Conferenza Unificata delle Regioni e delle Province autonome (documento n. 13/054/CR7A/C7 del 13/06/2013), la CRA è ridenominata SRP1 (Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo). Rappresenta una delle strutture comunitarie psichiatriche per soggetti maggiorenni del DSMD di ASST Lariana (ad oggi nell'insieme 74 posti attivi distribuiti su 5 presidi), funzionalmente collegate tra loro e con gli altri presidi territoriali e ospedalieri, all'interno della stessa Unità Operativa di Psichiatria Aziendale (per una popolazione complessiva di circa 580.000 residenti, secondo dati Istat relativi al 2020).

L'esperienza sviluppata nella gestione di utenti giovani ci ha portato a riflettere circa le attività proposte e a modificare le fasce orarie in cui queste vengono svolte, con maggiore flessibilità, includendo anche attività serali.

L'obiettivo generale è il raggiungimento di un maggiore benessere e equilibrio bio-psico-sociale con una maggiore capacità di adattamento negli ambienti di vita e nelle relazioni sociali. Tutte le attività svolte nella struttura sono "guidate" dagli operatori con un'ottica riabilitativa, cioè valorizzando e incrementando ciò che la persona è in grado di compiere in autonomia, aiutandola nel recupero di capacità "perse" o favorendo l'apprendimento di nuove abilità. La messa a punto di programmi riabilitativi individualizzati viene specificata nel Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) che viene redatto dall'équipe della

struttura sulla base del Piano Terapeutico Individualizzato (PTI), fornito dal Centro Psicosociale (CPS) inviante.

Per il raggiungimento di questi obiettivi si mettono in atto una serie di interventi mirati all'acquisizione o al recupero delle abilità perse (per abilità si intende la capacità di svolgere, nel momento opportuno, una serie di attività quotidiane), avvalendosi di molteplici strumenti e tecniche: dai diversi trattamenti psicoterapeutici, alle tecniche di relazione e comunicazione, oltre che attività manuali.

Come équipe abbiamo potuto constatare nel tempo che il nostro lavoro risulta tanto più efficace quanto più riusciamo a coinvolgere i giovani adulti nel loro percorso comunitario (nelle sue varie componenti: colloqui, attività, progetti...), così da aiutarli a diventare più consapevoli e propositivi, insegnando loro a gestire lo stress e la patologia da cui sono affetti mediante il riconoscimento dei segnali precoci di crisi e una comunicazione più efficace.

Il target della riabilitazione psicosociale è il funzionamento della persona con disturbo psichico nella sua comunità sociale di appartenenza. I risultati raggiunti dai trattamenti offerti in uno stadio precoce di malattia, evidenziano che gli esiti di ripresa di salute mentale si declinano non solo nella dimensione biologica, ma anche in quella funzionale e psicologica. I principi riabilitativi di riferimento sono (Farkas et al., 1993; Anthony & Farkas, 2016):

- coinvolgimento della persona nel suo progetto riabilitativo;
- accordo condiviso di obiettivi riabilitativi realistici;
- scelta attraverso un percorso di negoziazione.

MODELLO OPERATIVO

Il percorso riabilitativo in comunità, secondo il modello psico-educativo integrato, prevede progetti individuali e un approccio al paziente di tipo cognitivo-comportamentale. (Falloon, 1992)

A ogni ingresso di un nuovo ospite il personale mette in atto un processo suddiviso in fasi.

La prima fase è costituita dall'osservazione e dalla valutazione tramite il supporto di strumenti standardizzati per definire i bisogni della persona e i suoi obiettivi individuali, per migliorare l'accertamento clinico/diagnostico, per definire meglio il grado che il paziente ha di conoscenza della malattia e della terapia, per capire il livello di stress associato al disturbo (sia personale che familiare) e per conoscere il livello di disabilità e il grado di funzionamento sociale. Le valutazioni effettuate vengono ripetute periodicamente durante il percorso comunitario, così da permettere un attento monitoraggio e una più appropriata pianificazione degli interventi.

Le valutazioni adottate sono:

- Valutazione individuale semi strutturata;
- Intervista CPS-50 (Current Psychiatric State 50) (Falloon et al. 2005);
- Intervista VADO (Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi) per valutare le abilità e le disabilità per le attività di base, al fine di definire con precisione gli obiettivi (Morosini et al., 1998).

La seconda fase consiste nell'utilizzo di moduli psico-educazionali del Trattamento Integrato per la Salute Mentale da parte dell'infermiere di riferimento (*Tabella 1*).

Viene inoltre utilizzato da parte dell'educatore di riferimento lo strumento Rational Emotive Therapy (RET o ABC delle emozioni). Fin dalla sua introduzione da parte di Albert Ellis negli anni 50 la terapia razionale-emotiva (in seguito Rational-Emotive Behaviour Therapy)

ha sottolineato l'interazione reciproca tra cognizione, emozioni e comportamenti (Ellis, 1957; Ellis, 1969). Riproposta in Italia da De Silvestri e Di Pietro (De Silvestri, 1981; Di Pietro, 2015) è una pratica di terapia cognitivo-comportamentale che serve a riconoscere e trasformare quelli che vengono chiamati "pensieri disfunzionali" e "virus mentali". Si parte dalla percezione e dal riconoscimento delle proprie emozioni per poi comprendere i meccanismi mentali che influenzano le reazioni emotive e i comportamenti.

Tutte le attività proposte e organizzate in CRA fanno riferimento alle quattro aree di Funzionamento Personale e Sociale dello strumento VADO, come sintetizzato nella tabella seguente (*Tabella 2*):

Offrire ai pazienti attività diversificate durante la giornata è certamente un importante stimolo a uscire dall'isolamento e dall'apatia e, vista la giovane età dei nostri pazienti, spesso sono molto apprezzate attività praticate all'esterno e di movimento.

VADO. VALUTAZIONE DI ABILITÀ, DEFINIZIONE DI OBIETTIVI

Lo strumento VADO (Morosini et al., 1998) è uno strumento per la valutazione, la pianificazione, il monitoraggio di interventi riabilitativi individualizzati e la verifica degli obiettivi personali concordati con persone che presentano disabilità personali e sociali dovute a disturbi mentali. Messo a punto da un gruppo di operatori esperti in ambito riabilitativo e da ricercatori qualificati nello

Tabella 1 – MODULI PSICO-EDUCAZIONALI

Cos'è il Disturbo Psicotico?	Che cosa è il Disturbo Affettivo Bipolare?
Che cosa è la Depressione?	Che cosa è l'Ansia?
Che cosa è il Disturbo Ossessivo Compulsivo?	Come trovare alternative migliori all'uso di alcool e droghe per risolvere i nostri problemi
Gestione della crisi	Problemi dell'alimentazione
Dormire bene la notte	Fare amicizia
Imparare ad affrontare i pensieri spiacevoli e le voci	Aumentare le attività gratificanti
Affrontare la rabbia e la frustrazione	

Tabella 2 – Strumento VADO, aree di Funzionamento Personale e Sociale

AREE VADO	ATTIVITÀ PROPOSTE
a) Area Attività Socialmente Utili	Gruppo Problem Solving; Laboratorio del Verde; Laboratorio Ceramica; Laboratorio Creativo; Laboratorio Falegnameria; Gruppo Canto/ Karaoke; Laboratorio Cucina e Pasticceria; Biblioteca; Gruppo Lettura; Cineforum; Uscite culturali e risocializzanti; Piscina Estiva
b) Area Rapporti Personali e Sociali	Gruppo di Auto Mutuo Aiuto; Riunione organizzativa di Comunità; Gruppo Comunicazione
c) Area della Cura dell'Aspetto e dell'Igiene	Gruppo Igiene e Cura di Sé; Laboratorio Estetica; Igiene e cura ambientale; Riordino Mensa
d) Area dei Comportamenti Disturbanti e Aggressivi	Gruppo ABC delle Emozioni; Gruppo Gestione Rabbia; Gruppo Rilassamento; Musicoterapia; Psicomotricità; Arteterapia

sviluppo di strumenti di valutazione standardizzati, si rivolge a tutti gli operatori che lavorano nel campo della riabilitazione psichiatrica: psicologi, psichiatri, assistenti sociali, educatori, infermieri.

Questo strumento consente di identificare le principali aree problematiche e permette di prendere decisioni sugli aspetti in cui intervenire prioritariamente. Anthony e Liberman (1986), affermavano che la riabilitazione consiste nel recupero del funzionamento di ruoli sociali e strumentali al più alto grado possibile per ogni specifica persona, attraverso procedure di apprendimento e supporto ambientale. Da tale affermazione si può asserire che la valutazione è una fase indispensabile del progetto riabilitativo, offrendo un coinvolgimento del paziente fin dal suo ingresso in struttura e favorendo il confronto tra “un prima e un dopo”. La necessità di programmi di valutazione periodica dell’andamento nel tempo e degli esiti dei trattamenti terapeutico-riabilitativi comunitari è oggi ampiamente riconosciuta come elemento per buone pratiche cliniche (Amatulli et al., 2016).

Il VADO permette una valutazione del Funzionamento Personale e Sociale (Pioli & Maffetti, 2013) presentandosi come guida a una intervista semi-strutturata per acquisire informazioni in 28 aree specifiche, che poi, raggruppate nelle quattro aree principali, daranno origine al Punteg-

gio FPS o Scala del Funzionamento Personale. La FPS fornisce un valore numerico espresso su una scala da 0 a 100 e indica il livello di funzionamento personale e sociale del paziente, dove 100 corrisponde ad un funzionamento eccellente in tutte le aree del funzionamento personale e sociale e 1 a una condizione di allerta in cui il soggetto non è in grado di soddisfare autonomamente in alcun modo nemmeno i bisogni fisiologici. Il punteggio viene quindi attribuito attraverso la valutazione del grado di disfunzione nelle seguenti quattro aree principali del funzionamento personale:

- Attività socialmente utili (inclusi lavoro e scuola);
- Rapporti personali e sociali (inclusi i rapporti con i familiari);
- Cura dell’aspetto e dell’igiene;
- Comportamenti disturbanti e aggressivi.

Si indaga il funzionamento della persona nell’ultimo mese ma, secondo il manuale, si può anche utilizzare un periodo diverso (ad es. le ultime due settimane). Nella CRA di Appiano Gentile il VADO viene somministrato all’ingresso in struttura nel corso di un colloquio con l’infermiere di riferimento, in seguito ogni tre mesi di permanenza e alla dimissione del paziente, così da monitorare nel tempo i progressi fatti, pianificare gli interventi e verificare il raggiungimento degli obiettivi personali.

ANALISI DEGLI ESITI DEGLI INTERVENTI

Nella presente analisi si cerca di verificare, a scopo puramente esplorativo, se il percorso all'interno della CRA di Appiano Gentile è in grado di determinare un miglioramento nel funzionamento globale dei soggetti trattati. Tale outcome è stato indagato tramite la scala VADO, somministrata all'inizio e alla fine del percorso riabilitativo. I dati sono stati raccolti su un campione totale di 77 soggetti che hanno intrapreso il percorso di cura tra il 2015 e il 2019. Di questi, 32 soggetti sono stati esclusi in quanto non disponevano del punteggio VADO all'inizio, alla fine o di una diagnosi univoca. L'analisi è stata quindi effettuata sui 45 soggetti rimanenti.

L'analisi è stata condotta tramite il software R versione 3.6.3. Per ogni cartella è stata compilata una scheda, alla quale è stato assegnato un numero identificativo e comprendente i dati anagrafici del paziente (età e sesso) e i parametri che sono stati analizzati nello studio. Per ogni paziente sono stati raccolti:

- l'anamnesi;
- il punteggio FPS del VADO all'ingresso del paziente in struttura;
- il punteggio FPS del VADO prima della dimissione.

RISULTATI

Per l'analisi descrittiva dei punteggi VADO sono state impiegate le statistiche d'ordine (minimo, massimo e quartili), mentre per il loro confronto si è impiegato il Sign test e il test di Wilcoxon per dati appaiati. Tale scelta è riconducibile alla non normalità distributiva dei punteggi VADO, testata tramite il test di Shapiro, che rende poco affidabili le medie aritmetiche e inadeguato un loro confronto tramite il test t. Le analisi sono state condotte sia nel campione in generale, sia all'interno delle singole categorie diagnostiche. Il punteggio mediano alla dimissione è pari a 60, rispetto al punteggio all'ammissione che è pari a 50 (*Tabella 3*).

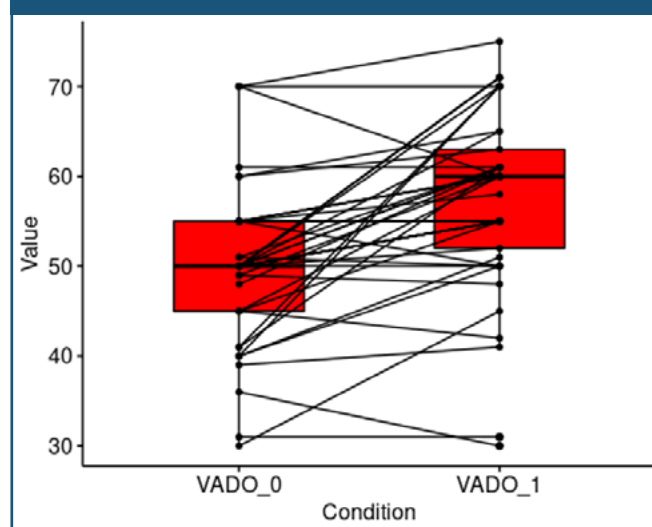
Tabella 3 – Punteggi VADO all'ammissione (VADO_0) e alla dimissione (VADO_1) nel campione globale

	VADO_0	VADO_1
minimo	30,00	30,00
1° quartile	45,00	52,00
mediana	50,00	60,00
3° quartile	55,00	63,00
massimo	70,00	75,00

Il 71,1% dei pazienti del campione generale (32 su 45) ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo del punteggio VADO sia al Sign test ($p = .003$) sia al test di Wilcoxon ($P < .0001$) (*Figura 1*).

Figura 1 – Profile plot complessivo

Confronto tra punteggio VADO all'ingresso e alla dimissione per ogni paziente. Ogni punto corrisponde al punteggio di un soggetto all'ingresso (VADO_0) e alla dimissione (VADO_1). Le linee congiungono il punteggio all'ingresso con il punteggio all'uscita del medesimo paziente. I boxplot riportano (dal basso) minimo, primo quartile, mediana, terzo quartile e massimo all'ingresso e alla dimissione



L'analisi condotta nei sottogruppi diagnostici suggerisce un miglioramento in tutte le categorie. La mediana del punteggio VADO all'ammissione è risultata pari a 50 in tutti i gruppi, mentre i punteggi mediani alla dimissione sono risultati pari a 58 nei pazienti affetti da Nevrosi, 60 nei pazienti affetti da Disturbo di Personalità e 59 nei pazienti affetti da Psicosi (*Tabella 4*).

Tabella 4 – Punteggi VADO all'ammissione (VADO_0) e alla dimissione (VADO_1) nei sottogruppi diagnostici.

Nevrosi	VADO_0	VADO_1
minimo	39,00	41,00
1° quartile	49,25	51,25
mediana	50,00	58,00
3° quartile	50,00	68,75
massimo	60,00	71,00
Disturbi di personalità		
minimo	31,00	31,00
1° quartile	43,00	55,00
mediana	50,00	60,00
3° quartile	58,00	65,50
massimo	70,00	75,00
Psicosi		
minimo	30,00	30,00
1° quartile	48,75	50,75
mediana	50,00	59,00
3° quartile	55,00	61,00
massimo	70,00	71,00

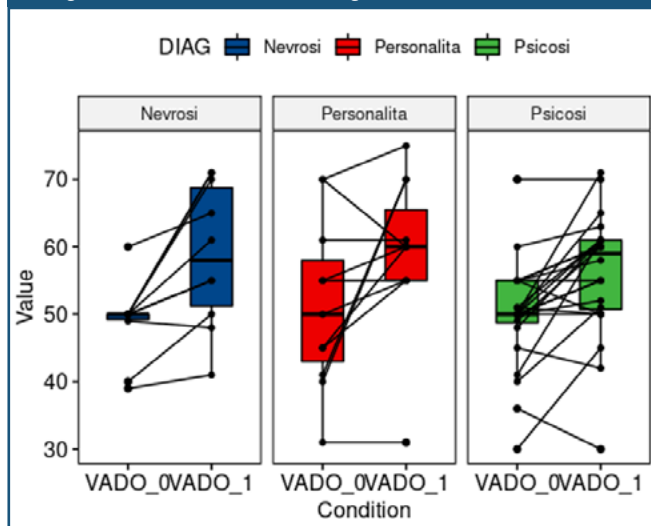
Un miglioramento è stato riscontrato nel 90% dei pazienti Nevrotici ($p = .01$) e nel 66% nei pazienti Psicotici ($p = .076$), mentre non è risultata statisticamente significativa la proporzione di pazienti migliorati tra quelli affetti da Disturbo di Personalità (63%, $p = .27$). Al test di Wilcoxon il miglioramento è risultato statisticamente significativo in tutte le categorie diagnostiche (Nevrosi: $p = .004$; Disturbi di Personalità: $p = .03$; Psicosi: $p = .001$, *Figura 2*).

CONCLUSIONI

Nel complesso i dati suggeriscono che il paziente trae beneficio dal percorso terapeutico-riabilitativo, come confermato dalla significatività statistica in test robusti come il Sign Test e il test di Wilcoxon. Tuttavia lo studio presenta una serie di limiti. Innanzitutto la mancanza di un gruppo di controllo riduce la validità dei dati. La scala

Figura 2: Profile plot entro gruppi diagnostici (nevrosi, disturbo di personalità e psicosi)

Confronto tra punteggio VADO all'ingresso e alla dimissione per ogni paziente. Ogni punto corrisponde al punteggio di un soggetto all'ingresso (VADO_0) e alla dimissione (VADO_1). Le linee congiungono il punteggio all'ingresso con il punteggio all'uscita del medesimo paziente. I boxplot riportano (dal basso) minimo, primo quartile, mediana, terzo quartile e massimo all'ingresso e alla dimissione.



VADO è somministrata dagli operatori della comunità stessa, per cui i risultati potrebbero essere stati influenzati significativamente dalle aspettative ottimistiche del personale. Nonostante le importanti difficoltà tecniche e gli eventuali costi, l'applicazione di metodiche più oggettive (per es. una valutazione di outcome eseguita da personale esterno) sarebbe auspicabile per poter confermare questi dati. Anche la non casualità nell'assegnazione al trattamento e i fattori contestuali (come le relazioni tra particolari pazienti o operatori, variazioni organizzative, etc.) potrebbero aver influenzato i risultati. La numerosità, risultata sufficiente a ottenere la significatività statistica in entrambi i test nel campione generale, non ha permesso però di ottenere risultati significativi al Sign Test nei sottogruppi. Sarebbe utile ottenere una numerosità sufficiente a condurre analisi in sottogruppi diagnostici più dettagliati o l'inclusione di più variabili. Nondimeno potrebbe essere molto complicato ovviare a alcuni dei limiti indicati in un contesto osservazionale come quello oggetto della nostra osservazione.

giovanna.molinari@asst-lariana.it

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psichiatra Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

** *Infermiere Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

^ *Educatore Professionale Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

† *Operatore Socio Sanitario Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana*

CORRISPONDENZA A:

*Giovanna Molinari, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – ASST Lariana, Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA), Via Milano 3, 22070 (CO)
Tel. +39.031.3538316 – Fax +39.031.890716 (CRA Appiano Gentile)*

BIBLIOGRAFIA

1. Legge 13 maggio 1978, n. 180 *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*. GU Serie Generale n.133 del 16-05-1978
2. Legge Regionale 31 dicembre 1984, N. 67. *Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici*. BURL n. 52, 1° suppl. ord. del 31 Dicembre 1984
3. Giobbio G.M., Viganò C., Valvassori G., Saffiotti C. *Ipotesi di evoluzione del sistema residenziale psichiatrico lombardo*. *Psichiatria Oggi* 2020; XXXIII, 1:87-95
4. Austin S.F., Mors O., Secher R.G., Hjorthøj C.R., Albert N., Bertelsen M., Jensen H., Jeppesen P., Petersen L., Randers L., Thorup A., Nordentoft M. *Predictors of recovery in first episode psychosis: the OPUS cohort at 10 year follow-up*. *Schizophrenia Research* 2013;150(1):163-168
5. Falloon I.R., Montero I., Sungur M., Maistroeni A., Malm U., Economou M., Grawe R., Harangozo J., Mizuno M., Murakami M., Hager B., Held T., Veltro F., Gedye R., OTP Collaborative Group, *Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment*. *World Psychiatry* 2004; 3(2):104-109
6. Green R., Mitchell P.F., Lee K., Svensson E., Toh J.W., Barentsen C., Copeland M., Newton J.R., Hawke K.C., Brophy L., *Key features of an innovative sub-acute residential service for young people experiencing mental ill health*. *BMC Psychiatry*. 2019 Oct 23;19(1):311
7. Farkas M., Anthony W.A., Cohen A., *Gli aspetti psicoeducativi dell'approccio riabilitativo in psichiatria*. *Rivista di riabilitazione psichiatrica e psicosociale* 1993;2: 5-15
8. Anthony W.A., Farkas M.D. *Guida essenziale alla pratica di riabilitazione psichiatrica. Indicazioni, prassi e trattamenti*. Milano: Franco Angeli, 2016
9. Falloon I.R. *Intervento psico-educativo integrato in psichiatria*. Trento: Erickson, 1992
10. Falloon I.R., Mizuno M., Murakami M., Roncone R., Unoka Z., Harangozo J., Pullman J., Gedye R., Held T., Hager B., Erickson D., Burnett K., *Optimal Treatment Project Collaborators. Structured assessment of current mental state in clinical practice: an international study of the reliability and validity of the Current Psychiatric State interview, CPS-50*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;111(1):44-50
11. Morosini P., Magliano L., Brambilla L. *VADO. Manuale per la riabilitazione in psichiatria*. Trento: Erickson, 1998
12. Ellis A., *Rational Psychotherapy and Individual Psychology*. *Journal of Individual Psychology* 1957;13: 38-44
13. Ellis A., *Rational-emotive therapy*. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 1969;1:82-90
14. De Silvestri C., *I fondamenti teorici e clinici della terapia razionale emotiva*. Roma: Astrolabio, 1981
15. Di Pietro M., *La terapia razionale emotiva comportamentale. Guida per la pratica clinica e per la formazione*. Trento: Erickson, 2015
16. Anthony W.A., Liberman R.P., *The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, conceptual, and Research Base*. *Schizophrenia Bulletin* 1986;12(4): 542-559
17. Amatulli A., Giampieri E., Marinaccio P.M., *La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica*. *Psichiatria Oggi* 2016; XXIX, 1:24-30
18. Pioli R., Maffetti K., *La scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS) e lo strumento VADO*. In: Vita A. (eds) *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Milano: Springer, 2013. pp 71-81

Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani

Crocevia di una rivoluzione silenziosa

Cristiano Nichini, Eleonora Alecci***

INTRODUZIONE

In Italia è ormai da molti anni che si dibatte sull'utilizzo della contenzione fisica in psichiatria. Tale discussione si colloca all'interno del radicale cambiamento culturale, sociale e di organizzazione dei servizi di cura per la salute mentale iniziati con la legge 180 del 13 maggio del 1978 poi integrata nella più ampia legge 833 del 23 dicembre dello stesso anno, che riorganizzava ed istituiva il Servizio Sanitario Nazionale.

Esiste un'ampia letteratura che analizza l'impatto sociale, sanitario ed economico di tale cambiamento, evidenziandone meriti e criticità (Glick I.D., 1990; Morzycka-Markowska M. et al, 2015; Ramon S., 1989). La discussione sulle problematicità della riforma cosiddetta "Basaglia", dal nome dello psichiatra che la ispirò, spesso ha assunto toni aspri che vedeva la contrapposizione di idee politiche e ideologiche molto diverse che toccavano elementi fondanti quali i concetti di libertà, dignità, diritto alla cura e sicurezza sociale.

Il cambiamento e nucleo più significativo della riforma può essere riassunto nell'aver ricondotto all'ambito socio-sanitario la cura e la gestione della malattia mentale, ridimensionando il tema della pericolosità e della sicurezza sociale, che non era più l'elemento centrale nelle scelte cliniche e di ricovero dei pazienti. La regolamentazione dei trattamenti obbligatori è diventata l'espressione evidente del nuovo modello di garanzia e di diritti del malato, che può essere trattenuto per motivi psichiatrici e di cura solo dopo una verifica dell'effettiva opportunità di restrizione della libertà che prevede 4 livelli (il medico proponente, quello convalidante, il Sindaco ed il Magistrato) e che

non può durare più di 7 giorni. Siamo ben lontani dalla discrezionalità con cui venivano gestiti i ricoveri negli ospedali psichiatrici prima della legge 833.

Lo spostamento dal piano giuridico/sanzionatorio a quello della tutela della salute è anche testimoniato dal più recente passaggio della Sanità Penitenziaria dai Dipartimenti del Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (Dpcm aprile 2008: *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*). Oltre agli aspetti amministrativi e organizzativi di tale cambiamento, che è stato preceduto da gruppi tecnici ministeriali, da un decreto legislativo di indirizzo (230/99) e da un movimento culturale e di opinione, è evidente il significato simbolico.

"Folli" e "rei" che la storia della psichiatria ci ha insegnato essere stati per lungo tempo accomunati da un unico destino di reclusione finalizzato soprattutto a garantire la sicurezza della società sembrano trovare, con le due riforme citate, una loro visibilità e collocazione all'interno di servizi di cura e di tutela della salute che dovrebbero essere garantiti a tutti i cittadini. La stessa legge del 2012 che prevede la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nonostante le numerose proroghe, andava nella stessa direzione. E' bene ricordare che la promulgazione di tale legge seguì un'indagine di una Commissione d'Inchiesta del Senato (presieduta dal senatore I. Marino) che aveva di fatto evidenziato come in molti casi gli OPG avessero perso la loro funzione terapeutica e si fossero trasformati in luoghi di violenza, con la sistematica negazione dei più elementari diritti.

La storia psichiatrica in Italia non è però solo la gloriosa liberazione dai lacci di reclusione per una cura più umana e rispettosa. E' noto che la chiusura dei manicomi, il passaggio della gestione della salute dei carcerati al sistema sanitario e la chiusura degli OPG non ha risolto i gravi problemi che queste strutture rappresentavano. Utenti, familiari, operatori sanitari e magistrati si trovano a fronteggiare situazioni di sofferenza, di necessità di cura

e di gestione della pericolosità spesso senza avere risorse, progetti e percorsi alternativi a quelle ormai considerate “aberrazioni istituzionali” che il legislatore ed il politico hanno voluto abolire.

Esiste dunque una tensione tra “l’ideale” e “la pratica” che mette costantemente in discussione chi lavora quotidianamente a contatto con tali problematiche.

Credo che l’esercizio della contenzione fisica nei servizi di psichiatria in Italia rappresenti in modo emblematico le contraddizioni e le difficoltà della cura della sofferenza psichica e che costituisca una sorta di macchia cieca al centro di una spirale in cui dilemmi etici, di cura, di tutela della salute e della società si ripropongono e trovano rappresentazione.

LA CONTENZIONE FISICA: ANALISI DEL FENOMENO

In Occidente, nessun paese è in grado di fornire dati ufficiali sulla frequenza del ricorso a questa prassi, ad eccezione di Norvegia, Finlandia, Danimarca, Olanda e Svezia. Anche in questi casi, tuttavia, il fenomeno viene monitorato in modo incompleto (Bak J. et al, 2012). Per questo motivo, non ne è nota l’effettiva diffusione, né possono essere condotte valutazioni cliniche su larga scala (Bower L., 2014).

A fronte della scarsità di conoscenze in questo ambito, molteplici piani sanitari sottolineano la necessità di incrementare la ricerca. Tra questi, in Italia si segnalano i documenti redatti dal Comitato Nazionale di Bioetica (2015), dalla Commissione Straordinaria per la Tutela e la Promozione dei Diritti Umani del Senato della Repubblica (2013), e il testo approvato dalla Conferenza Stato Regioni (2010). Alcuni organizzazioni di ricerca hanno sviluppato progetti volti a diminuire o abolire le contenzioni in ambito psichiatrico (NASMHPD, 2008; SAMHSA, 2005; Mersey Care NHS Foundation Trust, 2015; Bowers, 2014).

Una ricognizione della letteratura mostra come gli studi scientifici sulla contenzione si siano orientati, per la

maggior parte, nella direzione di un approfondimento in termini di fattori predisponenti (Stewart D. et al., 2009; Beghi M. et al., 2013; Stewart D. et al., 2009; Norredam M. et al., 2010; Tarsitani L. et al., 2013; Di Lorenzo R. et al., 2014), oppure nella direzione dell’esplorazione del rischio clinico associato a tale pratica (Spinzy S. et al, 2018; Fugger G. et al., 2016; Tingleff E. et al., 2018).

Beghi M. ed al. nel 2013 hanno analizzato un ampio numero di studi utilizzando i motori di ricerca PubMed, Embase e PsychInfo sui lavori pubblicati dal 1 gennaio 1990 al 31 marzo 2010 utilizzando le parole chiave “restraint”, “constraint”, “in-patient” e “psychiatry wards” individuando manoscritti in lingua italiana, inglese, francese o tedesca. La prevalenza dell’utilizzo della contenzione è risultato tra il 3,8 e il 20 %.

Uno studio del 2007 di Martin V. et al. segnala una frequenza di contenzione pari al 6,6 % in Svizzera e al 10,4 % in Germania (Martin V. et al., 2007)

LA SITUAZIONE ITALIANA

Secondo Zanetti E. et al. (2012) il fenomeno della contenzione fisica negli ospedali italiani è ampiamente diffuso: vi sarebbe un utilizzo ordinario in diverse aree di degenza, con una prevalenza che varia tra il 4% e il 22% nell’ospedale generale e tra il 3% e l’83% nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), arrivando rispettivamente al 68% e al 98% qualora, tra i mezzi di contenzione, siano annoverate anche le spondine del letto. Regione Lombardia ha effettuato una rilevazione della frequenza delle contenzioni nei 47 SPDC della Regione nel periodo 2009-2015 riportando un tasso di pazienti contenuti pari al 11,6 % (Amatulli A. et al., 2018). Si può osservare, pertanto, che l’utilizzo della contenzione in psichiatria non si discosti significativamente da quello che avviene in altri reparti dell’ospedale generale, inoltre sembra essere decisamente inferiore rispetto a quanto avviene nelle RSA.

Lo specifico della psichiatria sembra dunque l’interrogarsi sulla legittimità di tale intervento e sulle sue

implicazioni giuridiche e di cura.

La pratica e le idee su questo tema appaiono estremamente eterogenee in Italia. Per rendersene conto è stato sufficiente partecipare al Congresso Nazionale del Coordinamento degli SPDC tenutosi a Bergamo nel settembre 2018.

In quella sede era possibile ascoltare relazioni in cui si sosteneva che la contenzione fisica fosse una pratica illegale e che gli psichiatri che la esercitavano commettevano un illecito penale, ad altre posizioni in cui si sosteneva che la contenzione fisica fosse un atto terapeutico. Queste due posizioni rappresentano due poli estremi di uno spettro di posizioni interlocutorie e intermedie che probabilmente includono la gran parte del pensiero e della pratica degli operatori dei servizi psichiatrici.

Tra chi sostiene che la contenzione fisica non vada praticata è opportuno segnalare l'associazione "Club degli SPDC No Restraint". Si tratta di un'organizzazione senza scopo di lucro che promuove lo svolgimento di attività di utilità sociale nel settore della salute mentale, con particolare riferimento ai reparti di psichiatria presenti negli ospedali generali. Il loro obiettivo è quello di diffondere la cultura "no restraint", ovvero la pratica per giungere ad azzerare i mezzi di contenzione, al mantenimento delle porte del SPDC aperte, nel rispetto della libertà e della dignità delle persone ricoverate, privilegiando tutti gli interventi relazionali e stimolando al massimo la responsabilità delle persone ricoverate nel proprio percorso di cura.

Secondo quanto riportato dal sito "180gradi.org" (luglio 2015) il Club, fondato nel settembre del 2006, comprende attualmente gli Spdc di: *Aversa, Caltagirone-Palagonia, Caltanissetta, Mantova, Merano, Novara, Trieste, Matera, Roma C, Enna, Perugia, Portogruaro, DSM Venezia, Treviso*, ovvero il 5% degli SPDC italiani.

Tali esperienze sono una testimonianza importante perché rappresentano la possibilità che la contenzione non sia "un male necessario" ma che, con un'opportuna formazione di una cultura di lavoro condivisa e disposta

al cambiamento, possa essere eliminata o quantomeno fortemente ridotta.

Come premessa alla nostra proposta di lavoro vogliamo riportare ancora due contributi. Uno è costituito dal documento di Regione Lombardia del 2018 riportante le "*Indicazioni regionali per ridurre la contenzioni nei reparti di psichiatria e NPLA*". In questo documento viene definito con chiarezza il limite giuridico entro il quale può essere esercitata la contenzione fisica. In particolare segnala che la contenzione fisica è sempre illegittima, ma diviene scriminabile solo nell'ambito dello "stato di necessità" o della "legittima difesa". Tale documento esclude pertanto l'opzione che la contenzione fisica possa essere un atto terapeutico o possa assumere, in qualsiasi modo, una valenza clinica.

L'altro stimolo alla riflessione è la recente legge (n. 113, 14 agosto 2020) denominata "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni". Introducendo degli aggiornamenti in termini di procedibilità d'ufficio e riconoscendo come aggravante il fatto che l'aggressione avvenga contro il personale sanitario, sembra delineare con maggior chiarezza ciò che compete al clinico e ciò che compete alla forza pubblica. A questo proposito sottolineiamo che l'articolo 7 della stessa legge da mandato alle strutture sanitarie di individuare specifici piani con le Forze dell'Ordine, per garantire "il loro tempestivo intervento" al fine di prevenire episodi di aggressione e di violenza.

Riteniamo che i diversi contributi enunciati fino ad ora (pubblicazioni scientifiche, indicazioni regionali, associazionismo, legislazione, ecc) consentano oggi di comporre una descrizione aggiornata ed integrata di come la psichiatria si debba porre di fronte al problema della contenzione fisica. Proviamo ad elencare alcuni punti essenziali:

- la contenzione fisica non è prevista dalla legislazione italiana, pertanto è una pratica che non trova collocazione in un contesto di legalità legislativa

- tale atto è scriminabile solo in caso di “legittima difesa” o “stato di necessità”
- in quanto tale, non appartenendo ad una attività clinica o terapeutica, pertiene a tutti i cittadini che potranno metterla in pratica solo alla luce dei due criteri enunciati sopra
- laddove necessario potrà essere richiesto, come in ogni situazione di pericolo fuori o dentro l’ospedale, l’intervento delle Forze dell’Ordine che non potranno sottrarsi al compito di protezione e difesa del personale sanitario e dei pazienti (rif. Legge n. 113 del 2020), adducendo motivazioni che rimandano la contenzione ad una pratica sanitaria e pertanto da effettuarsi solo da parte dei suoi operatori

La delimitazione operativa che proponiamo in questa sede ricolloca e distingue il ruolo del servizio sanitario con la sua missione di cura (riattualizzando lo spirito ispiratore della legge 180) dal problema della sicurezza e dell’incolumità di pazienti e operatori sanitari.

È bene distinguere le pratiche di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori (ASO e TSO) da quelle situazioni in cui si rende necessaria la contenzione fisica (per “stato di necessità” o “legittima difesa”) che fanno riferimento ad una situazione di pericolo.

Nel primo caso, ASO e TSO, il personale sanitario è in prima fila perché l’intervento ha una connotazione clinica e terapeutica; in questo caso le Forze dell’Ordine fanno da supporto all’esecuzione di un intervento coattivo di natura sanitaria convalidato dal Sindaco e dal Magistrato.

Nel caso in cui vi sia una situazione di pericolo prevale la necessità di messa in sicurezza e pertanto, nel rispetto della legge, tutti i cittadini e tanto più le Forze dell’Ordine sono chiamate ad intervenire. Si comprende bene come contenzione fisica e trattamenti sanitari coattivi non abbiano, almeno formalmente, nessun legame o automatismo. Nella pratica può accadere che più facilmente la contenzione fisica venga applicata a chi è in trattamento sanitario obbligatorio. Le cose possono coesistere ma non vi è relazione di causalità.

Questa distinzione non è un esercizio retorico ma vuole sottolineare gli ambiti differenti di intervento al fine di evitare equivoci o discussioni nel momento in cui diventa necessario operare con determinazione e senza tentennamenti.

UNA PROPOSTA OPERATIVA E DI RICERCA

La nostra riflessione e pratica clinica quotidiana ha messo in luce che in molti casi le difficoltà dell’equipe curante degli SPDC avvengono a seguito di aggressioni auto (più raramente) o eterodirette di pazienti ricoverati. Questi episodi, a cui talvolta consegue la contenzione fisica, generano negli operatori vissuti di sconcerto e demoralizzazione con discussioni che spesso vedono l’emergere di tue tematiche ricorrenti.

L’una è quella in cui si lamenta un tardivo intervento medico contenitivo (farmacologico e/o fisico) rispetto al potenziale aggressivo del paziente. Tale posizione spesso viene integrata dai suoi sostenitori evidenziando la possibilità che la contenzione fisica possa avere un ruolo terapeutico e/o preventivo rispetto all’aggressività.

L’altro punto critico spesso evidenziato è il ruolo delle Forze dell’Ordine quando sono chiamate in SPDC in situazioni di pericolo. In talune circostanze si lamenta una loro resistenza ad intervenire sul paziente aggressivo e/o minaccioso, riconducendo tale intervento ad un atto sanitario, pertanto non di loro competenza.

Alla luce di questi nodi problematici abbiamo avviato due progetti. Uno è di tipo operativo: si tratta di istituire un tavolo di lavoro presso la Prefettura di competenza territoriale al fine di condividere tra le Forze dell’Ordine ed i Servizi Sanitari limiti e confini di intervento. Abbiamo avviato i primi contatti con la Prefettura di Pavia ed i Vigili Urbani che ci hanno risposto positivamente alla proposta.

L’altro obiettivo è quello di dar voce ai pazienti contenuti (vogliamo provare ad abbozzare una risposta al quesito se i pazienti possano vivere la contenzione fisica come terapeutica). Nel paragrafo successivo verranno descritte le caratteristiche dell’indagine.

Obiettivi dello studio

Lo studio parte dalla constatazione della mancanza di un contributo italiano relativo all'esplorazione della percezione della contenzione meccanica da parte dei pazienti psichiatrici. Il disegno di ricerca tiene conto delle indicazioni della letteratura relative all'assunto di una prospettiva complessa, orientata alla valutazione globale del rapporto tra utenza e staff.

Obiettivo primario dello studio è ampliare le nostre conoscenze riguardo la percezione della contenzione da parte dei pazienti, e nello specifico la percezione del trattamento in relazione agli eventi contenitivi. Si declina come obiettivo secondario un approfondimento metodologico della validità del questionario utilizzato (SR-PPT) entro il contesto italiano.

Disegno dello studio

Il presente disegno si presenta come uno studio osservazionale, mixed-methods, multicentrico e no-profit. Le finalità prettamente esplorative sono giustificate dall'assenza di ipotesi forti sul fenomeno da indagare. Lo studio verrà condotto tramite due questionari cartacei da somministrare insieme. Il primo questionario, di tipo non standard, è orientato all'esplorazione della percezione dei pazienti del trattamento contenitivo. Il secondo questionario (SR-PPT), standardizzato e validato, è orientato al medesimo obiettivo, entro un'ottica di valutazione complessiva del ricovero da parte dell'utente. La somministrazione congiunta ricade entro la logica della ricerca mixed-methods (Campbell D. et al., 1959). La scelta di ricorrere all'approccio mixed-methods è di tipo cautelativo e rafforzativo rispetto alla qualità del dato: nonostante l'SR-PPT abbia dato buoni risultati in sede di validazione giapponese (Noda T. et al., 2012) e buona tenuta in uno studio finlandese (Soininen P. et al., 2013), esso non è stato sottoposto a validazione cross-nazionale (come del resto nessun altro strumento di rilevazione quantitativa della percezione della contenzione meccanica di cui siamo a conoscenza). A quanto ci

risulta, questo è il primo studio promosso in Italia volto ad utilizzare un simile strumento di raccolta dati. In questo senso, la domanda aperta fungerà da incremento e controllo della qualità del dato standard. Si sottolinea che, tra i vari questionari orientati al medesimo obiettivo (l'esplorazione della percezione della contenzione meccanica dei pazienti) che sono stati vagliati in sede di costruzione del disegno di ricerca, nessuno sembra essere stato validato in Italia. In questo senso, questo studio può anche ambire, come obiettivo secondario, a fornire un approfondimento metodologico in merito all'utilizzo cross-nazionale del SR-PPT.

Lo studio prevede la somministrazione dei due strumenti di rilevazione ai pazienti che soddisfino i criteri di inclusione correntemente ricoverati negli SPDC coinvolti nella ricerca, con l'accortezza di far passare il minimo tempo possibile tra ultimo evento contenitivo e rilevazione (Aneštiš A. et al., 2012). Sulla base della scarsa frequenza di episodi contenitivi entro i SPDC partecipanti, si ipotizza una fase di rilevazione della durata di un anno e mezzo e una fase di analisi e stesura di report della durata di due mesi. Nell'ipotesi di un inizio della rilevazione a giugno 2020, il termine previsto dello studio è a fine 2021.

Setting

I setting previsti entro la ricerca sono i Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura delle seguenti città: Magenta, Legnano, Milano (S. Paolo, S. Carlo), Melzo, Vercelli, Alessandria, Novi Ligure, Voghera, Pavia, Vigevano. La rilevazione è affidata ai Responsabili Locali della Ricerca, che all'occorrenza verranno affiancati da altri membri dello staff (psichiatri, infermieri, specializzandi).

Popolazione in studio

La popolazione è composta dai pazienti ricoverati negli SPDC elencati nel paragrafo precedente che hanno subito contenzione meccanica durante il ricovero in atto. Allo scopo di reclutare i partecipanti e di raccogliere le informazioni anagrafiche e di caso, verranno utilizzate

le cartelle cliniche. Per la natura della popolazione e del fenomeno oggetto di studio, il campionamento probabilistico risulta non allineato dal punto di vista logico con le finalità della ricerca, oltre che estremamente oneroso a causa della limitata numerosità delle contenzioni effettuate. Verranno dunque inclusi nella rilevazione tutti soggetti adulti di qualsiasi sesso, etnia, diagnosi, ecc, la cui numerosità in base alle caratteristiche sarà controllata ed adattata in corso di rilevazione (panel tipologico). Il questionario è espressamente formulato in modo tale che risulti poco impegnativo anche per pazienti emotivamente labili (Noda et al., 2012). I dati quantitativi e qualitativi relativi alla percezione del trattamento verranno collezionati da tutti i pazienti eleggibili nell'arco di tempo della rilevazione.

Criteri di inclusione

Possono essere inclusi nel panel tipologico tutti i pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 che sono stati sottoposti, durante l'attuale ricovero, ad almeno un episodio di contenzione meccanica. I pazienti eleggibili devono altresì acconsentire tramite apposito modulo alla partecipazione allo studio e al trattamento dei dati.

Criteri di esclusione

Possono essere esclusi i pazienti le cui condizioni cliniche non consentano la rilevazione nemmeno in fase di dimissione, coloro che non acconsentono al trattamento dei dati e coloro i cui curanti non siano disponibili a collaborare alla ricerca.

Esiti dello Studio

Dal momento che questo studio è orientato all'esplorazione di una percezione soggettiva, il principale esito previsto riguarda una categorizzazione dei vissuti evocati dai pazienti italiani soggetti a contenzione meccanica, che potranno essere confrontati con la letteratura estera già prodotta a riguardo. Un esito secondario riguarda la valutazione della validità del SR-PPT entro il contesto

italiano. Non è escluso infine che l'attenzione rivolta al paziente contenuto, soggetto della ricerca, possa avere una ricaduta positiva sul piano terapeutico, contribuendo a favorire l'elaborazione dell'episodio contenitivo.

Bias

Il questionario non strutturato verrà sottoposto al soggetto prima del SR-PPT, in modo tale da evitare distorsioni derivanti dalla sequenza di argomenti proposta dal SR-PPT. Seguendo le raccomandazioni raccolte entro la letteratura, i dati dovranno essere rilevati senza far trascorrere troppo tempo dall'ultimo episodio contenitivo subito dal paziente (Noda T et al., 2012; Anestis A. et al., 2012). Sono tuttavia considerati accettabili i rilevamenti ottenuti alla dimissione, in quanto la contenzione meccanica sembra essere la forma coercitiva meno soggetta a cambiamenti di percezione nel tempo (Fugger G. et al., 2016).

Per rispondere ai questionari verrà fornita al soggetto intervistato una situazione di tranquillità e solitudine. A causa della sensibilità dell'argomento trattato, si porrà particolare attenzione alla presentazione degli obiettivi di ricerca, che dovrà essere adeguatamente descritti. I soggetti verranno accuratamente informati in merito al rispetto dell'anonimato e della segretezza. Le risposte ai questionari resteranno celate anche all'équipe dei curanti, allo scopo evitare distorsioni relative alla "desiderabilità sociale".

Dimensione del campione

Sulla base delle comuni raccomandazioni metodologiche (De Lillo A. et al., 2007), e tenendo conto della difficoltà relative al recupero di pazienti idonei, la dimensione del panel più appropriata per poter effettuare una analisi fattoriale è da stimarsi intorno ai 100 casi.

Procedura di arruolamento

I partecipanti saranno arruolati durante o alla fine del ricovero in SPDC. Tutti i candidati idonei saranno invitati a partecipare alla rilevazione.

Allo stesso tempo, attraverso la ricognizione delle

cartelle cliniche verranno controllate alcune variabili anagrafiche e di trattamento per ciascuno dei candidati ammissibili: sesso; età; diagnosi; numero di ricoveri subiti nell'ultimo anno; eventuale TSO; durata dell'attuale ricovero; intervallo di tempo compreso tra l'ultimo evento contenitivo e la rilevazione; numero e durata di ogni episodio contenitivo subito durante l'attuale ricovero.

Definizione di conclusione dello studio

Lo studio sarà concluso per ogni singolo paziente nel momento della compilazione di entrambi gli strumenti di rilevazione. La fase di rilevazione potrà essere considerata complessivamente conclusa quando verrà raggiunto un numero sufficiente di soggetti intervistati (stimato intorno ai 100 casi).

Raccolta dei dati

Verranno raccolti, coerentemente con gli strumenti prescelti, i seguenti dati:

1. informazioni sul paziente/trattamento (fonte: cartelle cliniche:
 - età del paziente;
 - genere sessuale;
 - data di ammissione;
 - data di dimissione;
 - motivo del ricovero/diagnosi
 - eventuale stato di TSO
 - numero e durata di ogni episodio contenitivo subito durante l'attuale ricovero.

Se possibile, si includeranno anche informazioni relative a:

- numero di eventuali ricoveri subiti nell'ultimo anno;
 - numero di eventuali contenzioni avvenute in precedenti ricoveri subiti nell'ultimo anno.
2. corpus testuale ricavato dal questionario non strutturato con domanda stimolo: Come descriverebbe l'esperienza di trattamento durante la quale è stato contenuto?
 3. dati ricavati dal questionario SR-PPT (validità e attendibilità dello strumento disponibili in Noda et al., 2012).

Gestione dei dati

I dati relativi al paziente e al trattamento verranno inseriti dal rilevatore prima della somministrazione del questionario non strutturato e del SR-PPT. Il questionario strutturato e quello non strutturato verranno compilati autonomamente dal paziente. Il paziente deve essere ingaggiato entro il lavoro di ricerca attraverso una condivisione degli obiettivi pertinente ed esaustiva. Il paziente inoltre deve essere lasciato solo dai curanti al momento della compilazione, pena distorsioni nelle risposte. Il paziente deve egualmente essere rassicurato alla fine della compilazione in merito al rispetto della privacy.

Piano statistico

I dati qualitativi e quantitativi verranno analizzati separatamente, dopodiché confrontati e interpretati.

Per quanto riguarda il SR-PPT, questi rappresenta uno strumento già validato tramite analisi fattoriale. Per questo motivo, nel rispetto della semantica dello studio di validazione (Noda T. et al., 2012), gli items verranno distinti in due famiglie, ognuna delle quali restituirà un indice per somma. Si procederà ad una analisi monovariata di ogni singola domanda, nonché ad una monovariata di ciascuno dei due indici presi separatamente, che verrà successivamente normalizzata. Si testerà anche la possibilità di creare un unico indice per somma. Si procederà poi con la discriminazione dei rispondenti sulla base dei due indici, che verrà interpretata anche a partire dalle ipotesi costruite sulla base dei risultati del questionario non strutturato. Alla fine si intende procedere con una analisi bivariata, in modo tale da incrociare le variabili anagrafiche/di trattamento che risulteranno sufficientemente rappresentate nella rilevazione.

Vista l'assenza di campione probabilistico, per correttezza metodologica si provvederà con una analisi fattoriale solo nella logica del sostegno all'interpretazione, e solo a partire dal raggiungimento di un

certo numero di risposte che, coerentemente con le più comuni indicazioni metodologiche (De Lillo A. et al., 2007), possano sostenerla statisticamente. Lo strumento informatico utilizzato sarà SPSS.

Per quanto riguarda l'intervista non strutturata con domanda stimolo, il testo ricavato, se sufficientemente ricco, verrà analizzato tramite una procedura semi-automatica denominata AET (Carli R. et al, 2003). Questa procedura, attraverso tecniche di analisi statistica multivariata (nello specifico Analisi delle Corrispondenze Lessicali) permette di rilevare cluster di parole rappresentate su un piano fattoriale. I dati anagrafici rilevati attraverso le cartelle cliniche verranno trattati come variabili illustrative. Se il corpus testuale si rivelasse insufficiente, si procederà esclusivamente con una analisi del vocabolario. Lo strumento informatico utilizzato sarà in entrambi i casi Alceste.

L'elemento caratterizzante di questo studio riguarderà la possibilità di confrontare i cluster estrapolati in corso di validazione del SR-PPT, attraverso l'analisi fattoriale, e quelli estratti dalle risposte libere dei pazienti attraverso l'intervista non strutturata. Questo passaggio consentirà un approfondimento della validità di contenuto del SR-PPT. Questo strumento è infatti stato validato in Giappone, e non si può sostenere con certezza che le dimensioni collegate alla percezione di un evento contenitivo nella popolazione giapponese ed in quella italiana siano identiche. I cluster saranno dunque confrontati, e la corrispondenza semantica analizzata. Se i cluster non dovessero risultare sovrapponibili, si sarebbero comunque poste le basi per la costruzione di un strumento finalizzato alla rilevazione entro il contesto italiano.

Considerazioni etiche, acquisizione del consenso informato e trattamento dei dati

Il progetto prevede la partecipazione di pazienti psichiatrici sottoposti a contenzione meccanica, che rappresentano una categoria particolarmente sensibile. Lo scopo

di questo e simili altri studi è quello di sviluppare un contributo allo sviluppo di strumenti e guidelines più etiche entro la pratica clinica. I pazienti saranno invitati a partecipare dopo una attenta e completa descrizione della ricerca, e parteciperanno previa sottoscrizione del consenso informato, in accordo al codice della ASST Pavia e alla normativa vigente. Poiché in generale i soggetti sottoposti a restrizioni fisiche non sono in grado di concedere il consenso nel momento dell'intervento, gli intervistatori aspetteranno il momento più opportuno, nell'ottica dell'assoluto rispetto delle priorità dei pazienti. I ricercatori partecipanti dichiarano di attenersi alla Carta dei Principi per la Ricerca nelle Scienze Umane e Sociali e al Codice di Condotta prodotto dalla relativa Commissione del CNR.

CONCLUSIONI

Questo lavoro parte dalla constatazione che il tema della pratica della contenzione fisica e della gestione dell'aggressività genera nei dibattiti scientifici e tra gli operatori sanitari che lavorano negli SPDC intensi confronti e discussioni, che talvolta assumono una radicale polarizzazione. C'è infatti chi ritiene che la contenzione fisica sia un atto clinico/terapeutico e chi invece la considera una pratica illegale. D'altro canto, in alcuni casi, le Forze dell'Ordine chiamate a supporto in situazioni di pericolo per l'incolumità di pazienti e operatori in SPDC dichiarano di non poter intervenire in quanto non di loro competenza, essendo "un intervento di natura sanitaria".

In questo articolo proponiamo due progetti finalizzati a contribuire sia da un punto di vista delle conoscenze sia da un punto di vista più strettamente operativo, il tema della contenzione fisica e dell'aggressività. Tali obiettivi saranno perseguiti mediante uno studio sui vissuti emotivi e cognitivi dei pazienti sottoposti a contenzione fisica e attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro presso la Prefettura di Pavia al fine di individuare delle linee comuni di intervento nel

caso di coinvolgimento delle Forze dell'Ordine nella gestione dell'aggressività in SPDC. L'obiettivo è quello di individuare un protocollo operativo che possa essere una base di lavoro per altri SPDC.

I risultati di tali progetti verranno condivisi con la comunità scientifica mediante pubblicazioni specifiche.

AFFILIAZIONE AUTORI:

* *MD, PhD, ASST Pavia*

***PhD c, Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale
Università la Sapienza*

CORRISPONDENZA A:

cristiano.nichini@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Glick I. D. *Improving treatment for the severely mentally ill: implications of the decade-long Italian psychiatric reform*. Psychiatry. 1990 Aug;53(3):316-23
2. Morzycka-Markowska M, Drozdowicz E, Nasierowski T. *Deinstitutionalization in Italian psychiatry – the course and consequences Part II. The consequences of deinstitutionalization*. Psychiatr Pol. 2015 Mar-Apr;49(2):403-12. doi: 10.12740/PP/28614
3. Ramon S. *The impact of the Italian psychiatric reforms on North American and British professionals*. Int J Soc Psychiatry. 1989 Spring;35(1):120-7.
4. Bak, J. & Aggeraas, H. (2012). *Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries*. Nordic Journal of Psychiatry, 66[5]:297-302.
5. Bowers, L. (2014). *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21[6]: 499–508.
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2005). *Roadmap to a Restraint-Free Environment*. Disponibile all'indirizzo <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma06-4055/>
7. Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C. & Tziggili, M. (2009). *Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16[8], 749-75.
8. Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A. & Cornaggia, C. M. (2013). *Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review*. Riv Psichiatri, 48[1]: 10-22, 10.
9. Norredam, M., Garcia Lopez, A., Keiding, N. & Krasnik, A. (2010). *Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes*. Acta Psychiatr Scand, 121[2]:143–51.
10. Tarsitani, L., Pasquini, M., Maraone, A., Zerella, M. P., Berardelli, I., Giordani, R.,... & Biondi, M. (2013). *Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: a prospective concurrent study*. International Journal of Social Psychiatry, 59[6], 613–618
11. Di Lorenzo, R., Miani, F., Formicola, V. & Ferri, P. (2014). *Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8-Year Retrospective Analysis*. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 10, 94-102.
12. Spinzy, S., Maree, Y., Segev, A. & Cohen-Rappaport, G. (2018). *Listening to the Patient Perspective: Psychiatric Inpatients' Attitudes Towards Physical Restraint*. Psychiatric Quarterly, 89[3]:691-696.
13. Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S. & Frey, R. (2016). *Psychiatric patients' perception of physical restraint*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 133[3]:221-231.
14. Tingleff, E., Hounsgaard, L., Bradley, S. K. & Gildberg, F. A. (2018). *Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study*. International Journal of Mental Health Nursing, 28 [2].
15. Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A. & Cornaggia, C. M. (2013). *Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review*. Riv Psichiatri, 48[1]: 10-22, 10.
16. Martin V., Bernhardsgrütter R., Gobel R., Steinert T. (2007). *The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland*. Psychiatr Prax, Suppl 2:S212-7. doi: 10.1055/s-2006-952005
17. Zanetti E, Castaldo A, Miceli R et al (2012). *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*. L'infermiere, 49(2), e29-e32.
18. Amatulli A., Bazzoli B., Borghetti S., Costantino A., Lora A., Moro C., Vita A. (2018). *Indicazioni regionali per la riduzione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza lombardi*. Documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia
19. Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). *Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix*. Psychological Bulletin, 56, 81-105

-
20. Noda T., Sugiyama, N., Ito H., Soininen P., Putkonen H., Sailas E. & Joffe G. (2012). *Secluded/restrained patients' perceptions of their treatment: Validity and reliability of a new questionnaire*. Psychiatry and Clinical Neurosciences; 66: 397–404.
 21. Soininen P., Välimäki M., Noda T., Puukka P., Korkeila J., Joffe G. & Putkonen H. (2013). *Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment*. International Journal of Mental Health Nursing, 22[1]:47–55.
 22. Aneštis A., Daffern M., Thomas S. D.M., Podubinski T., Hollander Y, Lee S., Foley F., de Castella A. & Kulkarni J. (2013). *Predictors of Perceived Coercion in Patients Admitted for Psychiatric Hospitalization and the Stability of these Perceptions over Time*. Psychiatry, Psychology & Law, 20[4]:492–503.
 23. Fugger G., Gleiss A., Baldinger P., Strnad A., Kasper S. & Frey R. (2016). *Psychiatric patients' perception of physical restraint*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 133[3]:221–231.
 24. De Lillo A., Argentin G., Lucchini M., Sarti S., Terraneo M. (2007). *Analisi multivariata per le scienze sociali*. Pearson Education, Milano.
 25. Carli R. e Paniccia, R. M. (2003). *L'Analisi Emozionale del Testo*. FrancoAngeli, Milano.

Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2

Silvia Paletta, Miki Bonizzoni, Marco Vercesi, Federico Grasso, Andrea Bertorello, Sergio Grassi, Giancarlo Cerveri

INTRODUZIONE

Nonostante le conoscenze sull'impatto della pandemia da SARS CoV-2 sulla salute mentale siano ancora limitate e derivate da esperienze solo parzialmente assimilabili alla situazione attuale, è noto che epidemie, catastrofi naturali o altri eventi di crisi rappresentino una minaccia per la salute mentale.

Recenti studi riguardanti l'impatto dell'infezione da SARS CoV-2 sulla salute mentale hanno stimato che metà delle persone contagiate presenta disturbi psichiatrici con un'incidenza del 42% di ansia o insonnia, del 28% di disturbo post-traumatico da stress e del 20% di disturbo ossessivo-compulsivo; inoltre il 32% di chi è venuto in contatto col virus sviluppa sintomi depressivi, un'incidenza fino a cinque volte più alta rispetto alla popolazione generale.

Durante la pandemia nella gestione dei pazienti ospedalizzati per infezione da SARS CoV-2, è risultata di rilevante importanza l'insorgenza di disturbi psichiatrici, che possono influire negativamente anche sulle cure internistiche, in quanto correlati a ricoveri più lunghi e minore aderenza al trattamento (Kong et al., 2020).

All'infezione da SARS CoV-2 sono infatti frequentemente associati sintomi neuropsichiatrici nella fase acuta della malattia: sintomi depressivi e d'ansia si verificano con maggior frequenza, rispettivamente con un'incidenza del 28% e del 35%, a questi si associano, soprattutto nei soggetti anziani, stati di confusione e di alterazione della coscienza e del comportamento (30%) (Rogers et al., 2020; Varatharaj et al., 2020).

PATOGENESI

La patogenesi dei sintomi e dei disturbi psichiatrici che insorgono durante l'infezione da SARS CoV-2 può includere sia fattori biologici che psicosociali.

COVID-19 può influenzare la funzione del sistema nervoso centrale. Uno studio trasversale ha osservato nel 60% dei pazienti che erano stati ospedalizzati per infezione da SARS CoV-2 sintomi neuropsichiatrici di nuova insorgenza, inclusi eventi cerebrovascolari (62%); alterazioni acute del comportamento, della cognizione, della coscienza o della personalità (31%); e problemi neurologici (9%) (Varatharaj et al., 2020).

La ricerca del virus nel liquido cerebrospinale dei pazienti infetti è risultata negativa, tali dati suggeriscono che i sintomi neuropsichiatrici riscontrati potrebbero essere il risultato di encefalopatia secondaria alla massiccia risposta infiammatoria e disturbi fisiologici associati a malattie croniche oppure alla terapia farmacologica in atto.

Anche le pregresse epidemie virali erano associate a sintomi neuropsichiatrici come demielinizzazione, encefalopatia e disfunzione neuromuscolare, così come sintomi affettivi e psicotici. I sintomi si sono verificati sia durante l'infezione che dopo la guarigione dall'infezione, a distanza di settimane e/o di mesi (Troyer et al., 2020).

Indipendentemente dalla gravità clinica dell'infezione, fino al 78% dei pazienti hanno mostrato scarse prestazioni cognitive, con compromissione significativa delle funzioni attentive, esecutive, psicomotorie, di fluency del linguaggio. Questi deficit persistono durante la lunga convalescenza dalla malattia e condizionano un generale rallentamento nella velocità di elaborazione cognitiva.

Sia i sintomi depressivi che i deficit cognitivi sono risultati essere correlati all'indice di immuno infiammazione sistemica, che riflette la risposta immunitaria sistemica basata sulla conta dei linfociti periferici, dei neutrofili e delle piastrine, e che può rimanere elevato per mesi dopo la guarigione dall'infezione acuta.

Gli studi condotti confermano che l'azione della cascata infiammatoria attivata dall'infezione virale sia una delle cause dell'insorgenza di disturbi psichiatrici,

contribuendo anche in modo significativo alla qualità della vita dei sopravvissuti (De Lorenzo et al., 2020; Ma et al., 2020; Mazza et al., 2020; Varatharaj et al., 2020).

La risposta immunitaria dell'ospite all'infezione da SARS-CoV-2, il persistente stress psicologico prima e durante l'infezione (Korman et al., 2020; Vai et al., 2020), e una possibile infezione virale diretta del sistema nervoso centrale rappresentano quindi possibili meccanismi per indurre sequele neuropsichiatriche (Troyer et al., 2020). T helper-1, citochine, incluso Interleuchina (IL)-1 β , IL-6, Interferone (IFN) – γ , Fattore di necrosi tumorale (TNF) – α , CXCL10 e CCL2; e citochine Th-2, comprese IL-4, IL-10, e l'antagonista del recettore IL-1 sono tutti elevati nel siero dei pazienti con SARS CoV-2 (Coperchini et al., 2020).

I pazienti affetti da depressione maggiore presentano livelli più alti di citochine infiammatorie nel sangue, indipendentemente dall'aver avuto infezioni o malattie del sistema immunitario, e tale stato infiammatorio si associa alla riduzione dell'attività della serotonina; d'altra parte forti stati infiammatori, anche in conseguenza a infezioni virali e batteriche, aumentano il rischio di episodi depressivi.

Il COVID-19 è il paradigma di questo fenomeno, di conseguenza se l'infiammazione non recede, nei mesi successivi alla malattia acuta può svilupparsi un episodio depressivo.

A 3 mesi dalle dimissioni, circa un terzo dei pazienti ricoverati per forme gravi di COVID-19 continua a manifestare sintomi psichiatrici.

I sintomi depressivi, in particolare, persistono maggiormente nel tempo e la loro gravità è strettamente legata all'intensità dello stato infiammatorio sistemico che segue le forme gravi di COVID-19, anche per mesi dopo la guarigione.

POST-INTENSIVE CARE SYNDROME

Non va inoltre dimenticato che malattie croniche, ricoveri in unità di terapia intensiva espongono comunemente i

pazienti ad intensi fattori di stress fisiologici e psicologici.

A tale proposito la sindrome da cure post-intensive (PICS) descrive la disabilità che rimane nel sopravvissuto alla malattia critica. La PICS è definita come una compromissione di nuova insorgenza o un peggioramento dello stato di salute fisica, cognitiva o psichica che si manifesta dopo una malattia critica e persiste oltre la dimissione dall'ambiente di cura per acuti (Rawal et al., 2017; Needham et al., 2012).

Anche la salute psicologica dei membri della famiglia del sopravvissuto può essere influenzata in modo negativo, in questo caso si parla di PICS-Family (PICS-F). È stato osservato che fino al 30% della famiglia o dei caregiver sperimenta stress, ansia, depressione e lutto complicato (Davidson et al., 2012; Schmidt M and Azoulay E, 2012).

La PICS viene ora riconosciuto come un onere per la salute pubblica a causa della disabilità neuropsicologica e funzionale associata, tuttavia la sua esatta prevalenza rimane sconosciuta.

La compromissione cognitiva si verifica in media nel 25% dei pazienti; principali fattori di rischio sono la durata di episodi di delirium, insorgenza di disfunzione cerebrale acuta, ipossia, ipotensione grave, disregolazione dei livelli di glicemia plasmatica, insufficienza respiratoria che richiede ventilazione meccanica prolungata, sepsi grave, uso di terapia sostitutiva renale e sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), pregresso deterioramento cognitivo (età avanzata, deficit cognitivi preesistenti, condizioni di salute premorbose).

Anche in questo caso i sintomi possono durare da pochi mesi a molti anni dopo il recupero. Il rischio di sviluppare sintomi psichiatrici dopo la dimissione dalla terapia intensiva varia dall'1% al 62% con insorgenza di depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico. I fattori di rischio sono i medesimi del deterioramento cognitivo e includono anche il genere femminile, un basso livello di istruzione, la disabilità preesistente e l'uso di sedazione e analgesia in terapia intensiva (Yaffe et al., 2011, Rawall et al., 2017).

Il trattamento della sindrome da terapia intensiva comprende: l'eliminazione o correzione dei fattori causali, l'appropriata somministrazione di sedativi (ansiolitici e antipsicotici), la riduzione o eliminazione delle fonti di stress ambientale e comunicazioni frequenti tra pazienti e familiari, cosa che non è stato possibile attuare durante la pandemia.

Le strategie preventive più importanti che hanno dimostrato avere un impatto positivo nella prevenzione delle disabilità funzionali a lungo termine associate alla PICS includono la limitazione dell'uso della sedazione profonda e l'incoraggiamento della mobilità precoce nei pazienti in terapia intensiva, insieme alla terapia fisica e occupazionale, ciò richiede un approccio multidisciplinare per una gestione più efficace e una prognosi migliore.

GESTIONE FARMACOLOGICA

Il diffondersi della pandemia e l'insorgenza di sintomi psichiatrici tra le varie complicanze dei soggetti ospedalizzati per infezione da SARS CoV-2, ha quindi reso importante l'intervento dello psichiatra nella gestione di questi pazienti. Lo psichiatra si trova spesso ad affrontare scenari clinici impegnativi, dovuti sia alle molteplici comorbidità mediche che alla somministrazione di politerapia farmacologica.

Il virus SARS CoV-2 influisce su più organi, coinvolgendo l'apparato cardiocircolatorio, respiratorio, renale ed epatico, i sistemi immunitario ed ematopoietico. Il danno a questi organi o sistemi può portare a cambiamenti farmacocinetici che influenzano l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e/o l'escrezione di farmaci psicotropi, nonché una maggiore sensibilità a determinati effetti avversi psicotropi.

Inoltre, diversi trattamenti proposti per SARS CoV-2 possono causare sequele neuropsichiatriche e potenziali interazioni con le terapie psicotrope comunemente usate. Ciò può avere implicazioni sulla sicurezza e sulla tolleranza di tali farmaci, che sono prevalentemente metabolizzati dal sistema epatico del citocromo p450, aumentando

il rischio di potenziali interazioni farmacologiche ed effetti avversi.

Sebbene non ci siano controindicazioni assolute all'uso di farmaci psicotropi nei pazienti con COVID-19, bisogna porre attenzione ai potenziali effetti avversi, alla differenziazione tra sintomi psichiatrici primari rispetto a quelli secondari a SARS CoV-2 o ad altri farmaci, nonché alla potenziale necessità di apportare modifiche ai regimi terapeutici esistenti o evitare di utilizzare determinati agenti psicotropi se insorgono problemi di sicurezza, conducendo un'analisi ponderata del rapporto rischio-beneficio come parte del processo decisionale clinico.

La *tabella 1* illustra nello specifico le possibili complicanze da infezione SARS CoV-2 a livello dei vari organi e apparati, e i potenziali problemi di sicurezza e tolleranza dei farmaci psicotropi, nonché gli agenti psicotropi su cui occorre prestare cautela nell'eventuale somministrazione in considerazione di tali effetti (Bilbul et al., 2020).

DECORSO DI MALATTIA

Sono disponibili pochi dati sul decorso della malattia psichiatrica che si manifesta nei pazienti con COVID-19. Tuttavia, sulla base di studi sulle precedenti epidemie è prevedibile che numerosi pazienti ricoverati in ospedale e guariti da COVID-19 manifesteranno sintomi e disturbi psichiatrici persistenti (Holmes et al., 2020). Per quanto riguarda le precedenti epidemie, una revisione sistematica ha esaminato i disturbi psichiatrici in pazienti ricoverati per sindrome respiratoria acuta grave (SARS) o sindrome respiratoria mediorientale (MERS), il campione è stato valutato con un follow up da 3 a 46 mesi dopo il recupero (sei studi, n > 500 casi) (Rogers et al, 2020). La prevalenza dei disturbi psichiatrici era la seguente:

- Disturbi d'ansia – 15%
- Disturbi depressivi – 15 %
- Disturbo post-traumatico da stress – 32 %

Altri sintomi relativamente comuni includevano affaticamento, irritabilità e insonnia, nonché compromissione dell'attenzione, della concentrazione e della memoria.

TABELLA 1. Potenziali problemi di sicurezza e tolleranza dei farmaci psicotropi nei pazienti con infezione da SARS CoV-2 in politerapia farmacologica

Sistema d'organo colpito da SARS CoV-2	Effetti sistemici e sintomi	Potenziali problemi di sicurezza e tolleranza
Sistema emopoietico	Linfopenia Coagulopatia (aumento del tempo di protrombina, aPTT; diminuzione delle piastrine)	Evitare farmaci che possono avere un impatto negativo sulla produzione di globuli bianchi Rischio più alto: carbamazepina, clozapina, olanzapina Rischio moderato: tutti gli antipsicotici di prima e seconda generazione (soprattutto quelli a bassa potenza) Segnalazioni rare: TCA, benzodiazepine (clordiazepossido), gabapentin e valproato Evitare farmaci che possono aumentare il rischio di sanguinamento (tramite trombocitopenia o alterata aggregazione piastrinica): acido valproico, SSRI, SNRI
Sistema cardiocircolatorio	Tachiaritmie, insufficienza cardiaca, miopericardite, danno cardiaco acuto Diversi farmaci utilizzati per COVID-19 (azitromicina, idrossiclorochina, cloroquina, lopinavir/ritonavir) possono prolungare l'intervallo QT	Cautela con i farmaci psicotropi noti per prolungare l'intervallo QTc e nei pazienti con altri fattori di rischio sottostanti per il prolungamento dell'intervallo QT Rischio più alto: antipsicotici, citalopram, antidepressivi triciclici
Sistema epatico	Rischio di danno epatico acuto, soprattutto nei casi più gravi	In pazienti con danno o insufficienza epatica se possibile evitare farmaci psicotropi che possono anche causare gravi danni epatici: clorpromazina, carbamazepina, valproato, duloxetina e nefazodone
Sistema renale	È stato osservato danno renale acuto, in particolare in pazienti con sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) associata a COVID-19 e malattia renale cronica preesistente	Considerare adeguamento dei dosaggi con alcuni farmaci psicotropi (ad es. litio, gabapentin, topiramato, pregabalin, paliperidone e duloxetina) Evitare farmaci potenzialmente nefrotossici
Sistema nervoso centrale e periferico	Sistema nervoso centrale: cefalea, vertigini, disturbi della coscienza, atassia, ictus, delirium, convulsioni Sistema nervoso periferico: gusto/olfatto/vista alterati, dolore neuropatico	Nei pazienti con delirium, somministrare con cautela: benzodiazepine, oppioidi, sedativi-ipnotici e farmaci con effetti anticolinergici (antidepressivi triciclici amminici terziari, antipsicotici di prima generazione a bassa potenza, alcuni antipsicotici di seconda generazione) Cautela con i farmaci che possono abbassare la soglia convulsiva: antipsicotici e alcuni antidepressivi (bupropione, triciclici)
Sistema respiratorio	Tosse, dispnea, polmonite e ARDS	Nei pazienti COVID-19 con sintomi di ansia o panico, valutare i rischi rispetto ai benefici nell'uso delle benzodiazepine in pazienti con sintomi respiratori prominenti, dato il potenziale effetto di depressione respiratoria

aPTT = tempo di tromboplastina parziale attivata; PT = tempo di protrombina; QTc = intervallo QT corretto; SNRI = inibitori del reuptake di serotonina e noradrenalina; SSRI = inibitori selettivi del reuptake di serotonina; TCA = antidepressivi triciclici.
(adattato da Bilbul et al., 2020)

Inoltre, il funzionamento sociale e il funzionamento del ruolo erano entrambi compromessi tra i sopravvissuti, rispetto alla popolazione generale. Gli esiti psichiatrici a lungo termine includevano anche lo stigma da parte degli operatori sanitari, delle famiglie, degli amici e della popolazione generale.

La prevalenza di malattie psichiatriche a lungo termine secondarie a SARS CoV-2 potrebbe essere superiore a quella osservata dopo le epidemie di SARS e MERS a causa delle differenze nel trattamento delle malattie virali e del contesto sociale delle epidemie (Sommer and Bakker, 2020). Ad esempio, la crisi economica causata dalla pandemia COVID-19 supera le avversità economiche imposte dalle precedenti epidemie di coronavirus e il disagio sociale appare maggiore a causa della portata geografica molto più ampia e della durata della pandemia con tutte le conseguenze sociali ad essa correlate.

CONCLUSIONI

L'insorgenza di sintomi neuropsichiatrici è correlata nella fase acuta dell'infezione da SARS CoV – 2 a scarsa compliance alle cure, a ricoveri prolungati e maggiore mortalità.

Per far fronte a questa situazione, è necessaria collaborazione e integrazione tra differenti discipline allo scopo di offrire il miglior trattamento ai pazienti ospedalizzati.

La prevenzione e il trattamento precoce dei disturbi psichiatrici è quindi di rilevante importanza per aiutare i pazienti ad avere buoni risultati clinici durante l'ospedalizzazione e una migliore qualità di vita sia nelle fasi acute che post-malattia.

Al di là delle conseguenze acute o subacute, l'incidenza ritardata o a lungo termine delle complicanze neuropsichiatriche nei sopravvissuti a COVID-19 non è ancora completamente nota. Le attuali conoscenze suggeriscono che le infezioni virali possono scatenare infiammazione cronica e risposte immunitarie aberranti, che causano sintomi neuropsichiatrici in periodi molto variabili dopo l'infezione (da settimane ad anni dopo l'infezione

acuta) (Kepinska et al., 2020; Lam et al., 2009; Rogers et al., 2020).

Rispetto alle precedenti epidemie, il trattamento dei pazienti ricoverati in ospedale per infezione da SARS-CoV-2 sembra essere diverso dal trattamento di quelli ammessi per le infezioni da SARS-CoV e MERS-CoV. Inoltre, la situazione sociale alla quale ritornano i sopravvissuti di COVID-19 è completamente diversa da quella dei sopravvissuti alla SARS e alla MERS. Queste differenze sono rilevanti per poter stimare la prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici nell'infezione da SARS CoV-2 e sono pertanto necessari ulteriori studi per identificare strategie volte a gestire l'eventuale insorgenza di tali sintomi in questa popolazione, sia nelle fasi acute che in quelle di post-malattia.

AFFERENZA AUTORI:

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Lodi

CORRISPONDENZA:

silvia.paletta@asst-lodi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Bilbul M., Paparone P., Kim A.M., Mutalik S., Ernst C.L., *Psychopharmacology of COVID-19*. Psychosomatics 2020 September/October, 61(5): 411–427.
DOI: 10.1016/j.psych.2020.05.006
2. Coperchini F., Chiovato L., Croce L., Magri F., Rotondi M., 2020. *The cytokine storm in COVID-19: an overview of the involvement of the chemokine/chemokine-receptor system*. Cytokine Growth Factor Rev. 53, 25–32.
3. Davidson J.E., Jones C., Bienvenu O.J., *Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family*. Critical Care Med 2012;40:618–24.
4. De Lorenzo R., Conte C., Lanzani C., Benedetti F., Roveri L., Mazza M.G., Brioni E., Giacalone G., Canti V., Sofia V., 2020. *Residual clinical damage after COVID-19: a retrospective and prospective observational cohort study*. PLoS ONE 15, e0239570.
5. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H., et al. *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*. Lancet Psychiatry 2020; 7:547.
6. Kepinska A.P., Iyegbe C.O., Vernon A.C., Yolken R., Murray R.M., Pollak T.A., 2020. *Schizophrenia and influenza at the centenary of the 1918–1919 Spanish Influenza Pandemic: mechanisms of psychosis risk*. Front. Psychiatry 11, 72.
7. Kong X., Zheng K., Tang M., Kong F., Zhou J., Diao L., Wu S., Jiao P., Su T., Dong Y., *Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19*. Preprint from medRxiv, 30 Mar 2020
DOI: 10.1101/2020.03.24.20043075
8. Korman M., Tkachev V., Reis C., Komada Y., Kitamura S., Gubin D., Kumar V., Roenneberg T., 2020. *COVID-19-mandated social restrictions unveil the impact of social time pressure on sleep and body clock*. Sci. Rep. 10, 22225.
9. Lam M.H., Wing Y.K., Yu M.W., Leung C.M., Ma R.C., Kong A.P., So W.Y., Fong S.Y., Lam S.P., 2009. *Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up*. Arch. Intern. Med. 169, 2142–2147.
10. Ma Y.F., Li W., Deng H.B., Wang L., Wang Y., Wang P.H., Bo H.X., Cao J., Zhu L.Y., Yang Y., Cheung T., Ng C.H., Wu X., Xiang Y.T., 2020. *Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19*. J. Affect Disord. 275, 145–148.
11. Mazza M.G., Palladini M., De Lorenzo R. et al. *Persistent psychopathology and neurocognitive impairment in COVID-19 survivors: Effect of inflammatory biomarkers at three-month follow-up*. Brain Behav Immun 2021 May;94:138–147.
DOI: 10.1016/j.bbi.2021.02.021. Epub 2021 Feb 24
12. Mazza M.G., De Lorenzo R., Conte C., Poletti S., Vai B., Bollettini I., Melloni E.M.T., Furlan R., Ciceri F., Rovere-Querini P., Benedetti F., 2020. *Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors*. Brain Behav. Immun. 89, 594–600.
13. Needham D.M., Davidson J., Cohen H., Hopkins R.O., Weinert C., Wunsch H., et al. *Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a Stakeholders' conference*. Crit Care Med 2012;40:502–9.
14. Rawal G., Yadav S., Kumar R., *Post-intensive Care Syndrome: an Overview*. J Transl Int Med. 2017 Jun; 5(2): 90–92. Published online 2017 Jun 30.
DOI: 10.1515/jtim-2016-0016
15. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., et al. *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic*. Lancet Psychiatry 2020; 7:611.
16. Schmidt M., Azoulay E., *Having a loved one in the ICU: the forgotten family*. Curr Opin Crit Care 2012;18:540–7.
17. Sommer I.E., Bakker P.R., *What can psychiatrists learn from SARS and MERS outbreaks?* Lancet Psychiatry 2020; 7:565.
18. Troyer E.A., Kohn J.N., Hong S., *Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms*. Brain Behav Immun 2020; 87:34.

-
19. Vai B., Cazzetta S., Ghiglinò D., Parenti L., Saibene G., Toti M., Verga C., Wykowska A., Benedetti F., 2020. *Risk perception and media in shaping protective behaviors: insights from the early phase of COVID-19 Italian outbreak*. Front. Psychol. 11.
 20. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A., et al. *Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study*. Lancet Psychiatry 2020; 7:875.
 21. Yaffe K., Weston A., Graff-Radford N.R., Satterfield S., Simonsick E.M., Younkin S.G., et al. *Association of plasma beta-amyloid level and cognitive reserve with subsequent cognitive decline*. JAMA 2011;305:261–6.

Recovery in psichiatria

Ascanio G. Vaccaro*, Claudio Mencacci**

INTRODUZIONE

Questo libro rappresenta la *summa* di un'esperienza teorica e pratica durata oltre trentacinque anni. I primi passi sono stati mossi all'interno di un day hospital, appartenente all'ex istituzione manicomiale "Paolo Pini" di Milano. Erano i primi anni '80 e da poco era stata approvata la cosiddetta legge Basaglia del 1978. Vi erano molti dubbi e perplessità su come attuarla e se il coraggioso tentativo, per quanto riguarda la branca della medicina, che ci vedeva, per una volta all'avanguardia nel mondo, sarebbe esitato nel caos oppure in una nuova concezione e organizzazione che avrebbe funzionato bene.

A distanza di oltre quarant'anni si può dire che l'esperimento sostanzialmente sia riuscito, anche se non mancano i problemi e punti di vista, anche politici, fortemente contrastanti. Il concetto di fondo che si è affermato è che il malato di mente va curato e non internato o istituzionalizzato a vita con una visione, per così dire, "senza speranza".

La cura si è basata, e si basa tuttora, sugli interventi psicofarmacologici, sulla psicoterapia e soprattutto sulla riabilitazione psicosociale. Quest'ultimo pilastro della psichiatria moderna è il vero perno attorno a cui ruotano le possibilità di recupero e di reintegro nella società, con tutti i diritti e i doveri connessi, di persone affette da gravi patologie mentali croniche e disabilitanti.

Il mio coinvolgimento emotivo, cognitivo e comportamentale nelle attività ri-abilitative è stato, sin dall'inizio, completo e alimentato da un grande entusiasmo. Allora le procedure e i riferimenti metodologici erano esclusivamente di tipo psicodinamico. In seguito, iniziavo una formazione di tipo cognitivo comportamentale per una "naturale" propensione verso tecniche e procedure chiare, riproducibili e quindi esportabili (evidence based).

L'esperienza pratica avveniva via via in ambiti territoriali diversi, in unità operative afferenti agli ospedali milanesi

di Niguarda prima e S. Paolo poi. Il filo conduttore era sempre la pratica riabilitativa e la costruzione sul piano operativo di tecniche e procedure che si dimostravano efficaci ed efficienti (*effectiveness-efficacy-efficiency*). Sotto il profilo del *target*, il paziente tipo era rappresentato dallo psicotico cronico e, in particolare, dallo schizofrenico. Un altro tratto importante del percorso si è svolto in un istituto per pazienti con disabilità intellettive gravi e disturbi pervasivi dello sviluppo tra cui, in modo specifico, l'autismo in età adulta. In quegli stessi anni seguivo, in qualità di tutor un progetto sperimentale della regione Lombardia sull'autismo. Seguivano altri anni in cui mi dedicavo alla Direzione Sanitaria e Direzione del servizio di Riabilitazione Psicosociale presso strutture comunitarie prevalentemente indirizzate al reintegro nel proprio ambiente di vita reale di pazienti con psicosi croniche.

Le procedure proposte e codificate sempre più precisamente si sviluppavano all'interno della cornice metodologica cognitivo-comportamentale, arricchendosi però di spunti originali e specifici legati ai contesti in cui si realizzava l'esperienza.

Questo libro rappresenta la sintesi di tale esperienza, per tanti versi unica e irripetibile. La volontà che mi ha portato ad affrontare questo compito impegnativo e a un tempo ambizioso è stata stimolata dal fatto di non disperdere tanto prezioso materiale teorico e pratico che si andava accumulando, che aveva inoltre il pregio/difetto di nascere in una realtà tutta italiana. Alcuni aspetti di questa esperienza si prestano a critiche, anche per la chiara scelta di campo, cosa che per altri versi rappresenta un punto di forza rispetto a teorizzazione e prassi confusive o pseudo-eclettiche.

Se vi è un merito nell'aver scritto questo testo, esso va cercato soprattutto nel tentativo di descrivere chiaramente quello che si fa, chi lo fa, con quali procedure e codifiche in processi facilmente intellegibili. Spetterà al lettore, ovviamente, valutare se l'intento corrisponderà al risultato. Parafrasando il linguista e *opinion leader* mondiale Noam Chomsky, l'ignoranza presenta aspetti definibili come problemi e altri come misteri, inten-

dendo con ciò che sui primi possiamo fare almeno delle congetture, mentre sui secondi non sappiamo nemmeno da che parte cominciare. Quando dai misteri si passa ai problemi, quindi, si fanno passi in avanti; altri passi sono necessari per arrivare al sapere.

La conoscenza dovrebbe basarsi sulla chiarezza descrittiva e, al contempo, sulla possibilità di confutare e/o verificare gli assunti teorici di base. Il sapere, se non diventa saper fare, rimane una forma di conoscenza sterile e questo risulta ancor più vero se abbiamo a che fare con la salute nonché il benessere psichico e fisico delle persone.

Da bambino, come tanti altri, chiedevo sempre “perché?”, e non di rado mi capitava di esasperare genitori e insegnanti con domande insistenti, che frequentemente non ottenevano risposte esaustive. Da studente universitario di medicina, una serie di risposte le ho trovate nella scienza, che mi aveva convinto della possibilità di spiegare tutti i segreti dell’universo, del corpo umano e della mente. Ho davvero creduto che, almeno sotto il profilo teorico, la scienza fosse in grado di spiegare ogni cosa.

È mia convinzione ora, che la scienza possa solo contribuire, anche se in maniera preponderante, alla conoscenza e, in particolare, a quella relativa al funzionamento della mente. Ciò non toglie che esistano altri approcci epistemologici che contribuiscono alla conoscenza della realtà in modo esauriente e plausibile. Il punto di forza del metodo scientifico resta, però, quello di spiegare descrivendo in modo chiaro e intellegibile i fenomeni osservati; è su questo aspetto che si è focalizzato la mia attenzione e gli sforzi fatti per descrivere perché e come devono essere organizzate le procedure riabilitative. Alcuni, o numerosi, concetti qui espressi potrebbero in tutto o in parte rivelarsi inesatti, ma rimarrà il pregio di aver cercato la strada della trasparenza e della chiarezza.

Sul piano clinico e sotto il profilo riabilitativo e i risultati di oltre trentacinque anni di lavoro si sono dimostrati confortanti e validi anche su patologie, per alcuni aspetti distanti, come l’autismo, i deficit intellettivi, i disturbi di personalità, i disturbi bipolari gravi e la schizofrenia,

sia sotto l’aspetto naturalistico sia sotto il profilo della validità scientifica.

L’approccio epistemologico è un processo complesso di non facile impostazione. L’introduzione del libro esplicita chiaramente l’obiettivo di stimolare il lettore a riconsiderare l’approccio epistemologico di base, volto a spiegare i fenomeni della realtà con le classiche categorie di tipo riduzionistico di causa ed effetto.

Per spiegare i fenomeni complessi è meglio far riferimento alla logica circolare o sistemica. Ne consegue la necessità, sul piano teorico, di utilizzare l’approccio multifattoriale e multimodale, nonché sul piano operativo, l’azione coordinata di un’équipe multi disciplinare per quel che concerne la cura e la riabilitazione di psicopatologie gravi e croniche di tipo clinico, come la schizofrenia, o dell’età dello sviluppo, come lo spettro autistico. Il libro contiene anche una descrizione chiara e semplice, pur senza abdicare al rigore scientifico, di come impostare un corso informativo e formativo di *parent training*, illustrando e approfondendo i vari temi da trattare. Gli argomenti affrontati iniziano con la disamina del modello multimodale e finiscono con la descrizione dettagliata di protocolli di intervento abitativo e riabilitativo.

I corsi di *parent training* associati ai gruppi di *social skills training* si sono dimostrati, in vari studi di meta analisi disponibili a livello internazionale, efficaci per ridurre fin del 70% le ospedalizzazioni e l’insorgenza di crisi acute, oltre che nel consentire l’utilizzo di posologie ridotte di psicofarmaci. La riabilitazione non può far a meno di queste due procedure, se vuole incidere positivamente sulla possibilità di reintegrazione sociale.

Libertà, autonomia e indipendenza, sono i concetti chiave da sviluppare da parte di ogni persona adulta, con o senza psicopatologie di rilievo, rappresentano la finalità della pratica abitativa e riabilitativa indipendentemente dalle specifiche abilità in questione.

Questo libro si rivolge a chiunque sia curioso di capire come funziona la riabilitazione psicosociale, ma anche a chi vuole approfondire temi quali le abilità sociali e

relazionali, la gestione delle emozioni, la comunicazione, l'assertività e la *leadership*, l'autoestima, il *problem solving*, le neuro cognizioni e l'apprendimento. Sono affrontati anche i temi dell'educazione sessuale nel contesto comunitario, tema di difficile gestione, spesso scotomizzato ossia negato o non visto.

L'interlocutore privilegiato però a cui mi rivolgo è lo psichiatra e, ancor più, al direttore sanitario di strutture residenziali e non, in particolare le comunità psichiatriche, che deve provvedere a organizzare i servizi, i processi e le cure di pazienti altamente problematici. Il libro riporta un programma completo di riabilitazione psicosociale, che naturalmente va adattato alla realtà specifica, alle risorse disponibili, ivi comprese le varie figure professionali. Chi desidera avere un programma chiaro, *evidence based* sull'organizzazione di varie attività di gruppo realmente riabilitative fino al raggiungimento del pieno recupero funzionale (*full functional recovery*) e compenso clinico, troverà quanto gli serve per avviare ex novo o completare programmi già in essere in una struttura residenziale e non tesa al recupero e alla reintegrazione sociale di persone con disabilità importanti. Il libro però non è stato scritto solo per psichiatri e coordinatori di comunità, medici generici, psicoterapeuti, psicologi, infermieri, assistenti sociali e soprattutto educatori e tecnici della riabilitazione, ma si rivolge anche al lettore profano che voglia avvicinarsi a temi insoliti ma molto attuali.

LUNGO PERCORSO PER LA GUARIGIONE IN PSICHIATRIA

Il cammino verso la *recovery* in psichiatria è iniziato molti anni fa con il processo di deistituzionalizzazione, avviato con la chiusura dei manicomi in Italia e l'avvio del modello basato sulle comunità in tutte le regioni d'Italia. Il 23 dicembre del 1978 la cosiddetta legge Basaglia veniva recepita e inserita nella legge nazionale 180/833. Da allora l'Italia si è posta all'avanguardia nel mondo per quanto riguarda l'organizzazione, i processi, le cure e la presa in carico dei pazienti psichiatrici. Si tratta di uno dei pochi

casi in cui una branca della medicina italiana è diventata punta di diamante a livello mondiale.

Il processo è stato molto lungo e, per certi versi, non è stato ancora completato. In estrema sintesi si è trattato di passare dal concetto di custodia, come tipicamente avveniva nelle istituzioni manicomiali, a quello di cura, che necessariamente doveva avvenire negli ospedali e nei servizi dislocati sul territorio.

I risultati in termini di cura sono enormemente migliorati, confermando che la presa in carico nelle comunità è decisamente un approccio più appropriato per la presa in carico e il supporto ai pazienti psichiatrici con gravi disturbi psicotici, in particolare schizofrenici, disturbi bipolari e/o gravi disturbi di personalità.

Il passaggio dalla concezione manicomiale alle cure e alla presa in carico (*cure and care*) in particolare nelle comunità ha rivoluzionato l'approccio psichiatrico tradizionale basato sul modello causale lineare, per approdare al modello multifattoriale in termini eziopatogenetici, multimodale per quanto riguarda gli interventi e multidisciplinare per quanto riguarda le figure professionali coinvolte. Non esiste la causa della schizofrenia, dell'autismo, dei disturbi di personalità. Esistono una serie di fattori di rischio che concorrono a determinare l'evento malattia (in psichiatria si preferisce usare l'eufemismo disturbo), andando a impattare su fattori vulnerabili di tipo genetico, epigenetico, biologici, psicologici e ambientali.

L'istituzione manicomiale non solo non curava e non si curava di correggere questi fattori, ma di fatto li aggravava ed era esso stesso fattore di cronicizzazione della malattia mentale. Esistono ancora nel mondo diverse istituzioni manicomiali o simil manicomiali, quali i grandi ospedali psichiatrici con centinaia e, a volte migliaia di pazienti psichiatrici, ma la linea tracciata in Italia ha seguaci su tutto il pianeta, anche in quelli dove non è stata ancora attuata la demanicomializzazione come a Cuba e altri paesi. Molte nazioni, tra cui gli Stati Uniti e altri paesi europei, pur non necessariamente legiferando in tal senso, hanno comunque chiuso i manicomi e avviata

l'organizzazione territoriale e ospedaliera della psichiatria.

Tutto ciò però non è ancora sufficiente e da almeno un decennio l'obiettivo è diventato la *recovery*, ma cosa vuol dire questo termine che ha diverse traduzioni? *Recovery* significa guarigione, ma anche recupero, ripresa o riconquista. La sfida della guarigione è stata accolta dagli psichiatri pur con diversi distinguo.

La guarigione può essere intesa come il pieno recupero funzionale e non necessariamente l'assenza di qualsiasi sintomo clinico, ed è in questa accezione che sarà utilizzata in questo contesto. Non dobbiamo aver paura di parlare di pieno recupero funzionale (*full functional recovery*) e cercare di raggiungere questo obbiettivo quanto meglio possiamo fare e per quanto è possibile.

Nell'ambito della riabilitazione psicosociale si vedono molto spesso applicare le procedure tradizionali, non molto dissimili a dire il vero, da alcuni processi ricreativi o occupazionali praticati anche nelle strutture manicomiali.

Far disegnare su dei fogli non equivale ad arte terapia, così come ascoltare musica o suonare uno strumento non equivale a musicoterapia. Utilizzare i colori diventa automaticamente cromoterapia e manipolare la sabbia *sand play therapy*, come giocare a calciobalilla diventerebbe calciobalilla terapia, giocare con l'acqua idroterapia e così via.

Riflettendoci su potremmo chiederci come mai con tutte queste terapie non guarisce nessuno? La sfida della guarigione può essere accettata nella misura in cui si rivoluziona l'approccio epistemologico dal modello causale lineare diretto (causa-effetto) al modello multimodale o sistemico in cui fattori di rischio e di vulnerabilità, ma anche fattori protettivi agiscono e interagiscono fino a determinare l'evento malattia o a prevenirlo, prima ancora che curarlo.

Ancora pochi operatori nell'ambito della riabilitazione psicosociale sono formati e applicano il modello multimodale (*vulnerability, stressors, social competence, copy and resilience*) per via della genesi multifattoriale delle psicosi.

La *cognitive behavior therapy* (CBT) è il miglior approccio metodologico a tutt'oggi per raggiungere il pieno recupero funzionale. Certi miti di tipo tradizionalistico sostengono che noi non possiamo fare molto per cambiare la disabilità psicotica. In realtà, l'abitudine e gli schemi non sono altro che la nostra abilità di esercitare compiti ripetitivi, come allacciarsi le scarpe o lavarci i denti, in modo sempre più efficiente.

Un intervento in medicina può dirsi appropriato se soddisfa i criteri di: efficacia (*effectiveness, efficacy*), efficienza (*efficiency*), equità (*equity*) e soddisfa i bisogni clinici (*clinical needs*). L'efficacia nella pratica clinica è il grado di miglioramento reale della salute raggiunto mediante la scienza e la tecnologia applicata alla salute, quando vengono usate nei modi appropriati. L'efficienza nella pratica clinica è la relazione tra le risorse utilizzate e gli interventi forniti.

L'equità è la combinazione di risorse limitate con i criteri di giustizia e solidarietà, il miglior uso delle risorse, il miglior rapporto costo beneficio, senza favorire il risparmio economico e il taglio delle prestazioni. I bisogni clinici sono soddisfatti nella misura in cui vengono utilizzati servizi richiesti dai pazienti per raggiungere i più alti gradi di miglioramento inclusa la completa guarigione (*complete recovery*).

L'appropriatezza di un intervento dal punto di vista medico persegue l'obiettivo dell'efficacia nel rispetto dell'autonomia della persona. Le scelte terapeutiche devono essere ispirate da dati scientifici noti e dall'esperienza, tenendo in considerazione l'appropriato uso delle risorse, sempre perseguendo i benefici del paziente in accordo con il criterio di equità. Occorre pertanto usare corrette procedure sul piano metodologico e metodi abbastanza oggettivi per misurare i risultati, razionalizzando le risorse ma non razionandole (medicina basata sulle evidenze).

Per raggiungere il pieno recupero funzionale, occorre pertanto adottare un complesso programma riabilitativo di tipo educativo, che si ispiri al modello multimodale e che venga realizzato da un'équipe multidisciplinare

composta in genere da psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, infermieri professionali, educatori, tecnici della riabilitazione e coordinatore.

Sgombrando il campo da ogni equivoco, le diverse figure professionali si integrano fra di loro, ma non si confondono, ognuno fa il suo mestiere coordinandolo e integrandolo con gli altri interventi. Nell'ambito della riabilitazione psicosociale, si assiste spesso al fatto che alcune figure professionali invadano il campo di competenza altrui, generando pericolose confusioni.

Se prendiamo come esempio una squadra di calcio coesa, gli attaccanti fanno goal e i difensori difendono la propria porta; può capitare che in alcuni momenti persino il portiere si spinga in avanti per fare goal, ma di regola ognuno ha un compito e una formazione ben precisa.

Anche i più talentuosi hanno bisogno del resto della squadra per vincere e, se sono in grado di farlo, daranno un contributo maggiore e più consistente, ma non possono esimersi dal lavorare in squadra. Bisogna sviluppare la consapevolezza che o si vince tutti o si perde tutti. Nel primo caso vincono anche le riserve che sono in panchina o chi non ha dato il contributo più rilevante, nel secondo caso perdono tutti, anche i più talentuosi o chi ricopre un ruolo di maggior prestigio nella squadra.

Una squadra è tanto più unita e coesa quanto più condivide la stessa formazione. Bisogna studiare e approfondire gli stili di comunicazione e relazionali di assertività, passività e aggressività con i rispettivi stili educativi di autorevolezza o *leadership*, autoritarismo e permissivismo. L'équipe multidisciplinare dev'essere formata per funzionare secondo lo stile della *leadership*.

Gli operatori si dividono spesso in "buoni" e "cattivi". I primi coincidono con lo stile educativo permissivo, per i quali tutto è concesso, i pazienti in fondo sono dei poverini che hanno subito un destino ingrato, in nome del quieto vivere gli operatori fanno fare di tutto e di più, rinunciando di fatto al ruolo educativo. Gli operatori "cattivi" invece sposano in pieno lo stile autoritario per cui le regole prima di tutto, i pazienti devono obbedire e

fare le cose che gli si dicono di fare, entrando così spesso in contrasto o, peggio ancora, in conflitto aperto con i pazienti a loro volta aggressivi o sottomettendo quelli più pacifici e remissivi.

L'équipe multidisciplinare dovrebbe invece agire come un sol uomo, con coerenza educativa e senza generare una pericolosa spaccatura tra "buoni" e "cattivi" che, per pazienti già portati alla scissione mentale, rappresenta un pericoloso specchio su cui specchiarsi e peggiorare il quadro psicotico.

Per far sì che l'équipe agisca in modo coerente e unitario risulta determinante la formazione sulle strategie di risoluzione dei problemi. Occorre altresì studiare e padroneggiare le tecniche di apprendimento ben descritte dagli autori d'ispirazione comportamentista.

Bisogna altrettanto conoscere le procedure per sviluppare una buona autostima e il senso di autoefficacia a esso collegato. Fa parte del percorso formativo la conoscenza e la gestione delle emozioni (Intelligenza Emotiva).

1. Modello multimodale

Il modello multimodale nasce dalla ipotesi che più fattori concausali concorrano a determinare disturbi mentali complessi quali schizofrenia e altre forme di psicosi cronica.

Fattori genetici e ambientali contribuiscono in varia misura a influenzare la predisposizione ad ammalarsi e l'effettiva realizzazione della patologia psichica e/o mentale. Anche se prendiamo in considerazione, per esempio il deficit intellettivo, vediamo che sono chiamati in causa fattori ereditari di tipo genetico e alterazioni dello sviluppo embrionale (anomalie cromosomiche) per un totale di circa il 35%, problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale (infezioni, malnutrizione, prematurità, traumi) che incidono per circa il 10%, infezioni, traumi, avvelenamenti che si verificano nella 1a e 2a infanzia per circa il 5%, influenze ambientali quali mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali per circa il 15-20%. Il restante 30-35% resta senza nessi causali attendibili.

Per quanto riguarda la schizofrenia nonostante un secolo di intensa ricerca sui fattori eziologici di tipo genetico, ambientale, evolutivo, neurobiologico o psicosociale, non è stato possibile determinarne la causa, proprio perché non esiste un unico fattore causale. Attualmente l'approccio lineare o causale diretto è stato sostituito da quello multifattoriale, in cui una combinazione di più fattori (genetici, neurormonali, psicologici, sociali e ambientali) interagenti tra di loro producono la malattia.

Il modello di riferimento diventa perciò quello sistemico in cui la causa diventa anche effetto e viceversa, influenzando e subendo il condizionamento degli altri fattori coinvolti. Per quanto riguarda la schizofrenia, uno dei modelli più completi e complessi è stato proposto da R.P. Liberman (Wallace et al., 1980; Liberman, 1997), chiamando in causa più fattori contemporaneamente in varia misura combinati tra di loro. Tra questi i più importanti sono la vulnerabilità psicobiologica, gli *stressor* ambientali, il deficit di *coping* e di competenza sociale.

Il modello spiega l'insorgenza, il decorso, la prognosi e il funzionamento sociale dei principali disturbi mentali come una complessa e reciprocamente condizionante relazione tra fattori biologici, ambientali e comportamentali.

Semplificando, si può dire che la vulnerabilità psicobiologica si scompensa in modo psicotico quando gli *stressors* ambientali superano le capacità di fronteggiarli o la competenza sociale necessaria per gestirli adeguatamente.

Come si può notare, si mette in evidenza la "debolezza strutturale" che nell'impatto con alcuni eventi stressanti, se si superano certi limiti, esita nello scompenso psichico fino a generare un vero e proprio disturbo mentale. Nel modello sono altresì enfatizzati i fattori di protezione quali *coping* e competenza, ed è proprio su questi fattori che si può e si deve puntare in un progetto riabilitativo.

Risulta del tutto evidente così che nessuna figura professionale sintetizza su di sé tutte le caratteristiche necessarie per una risposta complessa come quella richiesta. La risposta terapeutica perciò viene affidata a più figure professionali, integrate fra di loro in un'équipe multidisciplinary.

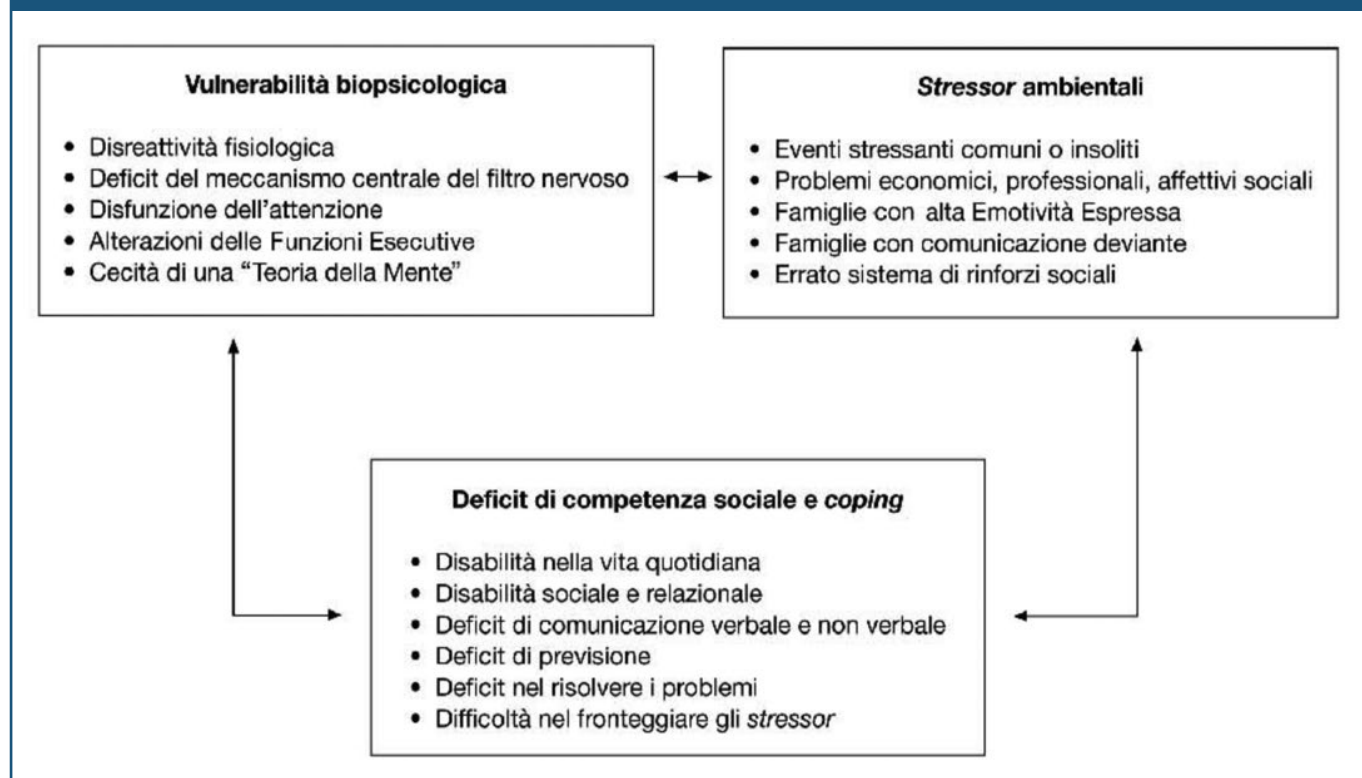
La composizione e l'integrazione dell'équipe appare quindi una necessità, con la finalità di emettere una risposta multimodale necessaria per contrastare complesse patologie a eziologia multifattoriale.

In tutte le patologie prese in esame non si riesce a raggiungere la guarigione in senso assoluto, ma si può influenzarne il decorso fino a raggiungere il pieno recupero funzionale (*full functional recovery*) che, a tutti gli effetti può essere considerata la guarigione. I pilastri degli interventi terapeutici in ambito psichiatrico sono sostanzialmente tre: la psicofarmacoterapia, la psicoterapia e la riabilitazione/abilitazione psicosociale. Quest'ultimo pilastro, se basato su procedure e metodologie solide e consolidate (*evidence based*), risulta essere veramente efficace in parte nel contrastare la patologia psichica in sé (es. sintomatologia difettuale nella schizofrenia), ma ancor di più nel limitare i danni e nell'offrire una valida qualità di vita, al meglio delle possibilità attuali.

Un lavoro efficace sulla competenza sociale può offrire migliori opportunità di adattamento ambientale e, in quanto tale, rendere più soddisfacente anche la vita di persone affette da gravi psicopatologie oltre che contrastare la cronicizzazione. Le moderne terapie psicofarmacologiche influenzano positivamente i fattori relativi alla vulnerabilità psicobiologica. Intervenire sugli eventi stressanti di vita quali forme di comunicazione distorte oppure i cosiddetti fattori di emotività espressa nelle famiglie può modificare nettamente il decorso della malattia.

Numerosissimi studi a livello internazionale hanno dimostrato la grande utilità di questi interventi per prevenire le ricadute, i ricoveri e per favorire inserimenti lavorativi riusciti. La sfida raccolta dalla psichiatria moderna e d'avanguardia è quella di raggiungere la guarigione, intesa come pieno recupero funzionale, di complesse patologie quali la schizofrenia, il disturbo bipolare e i disturbi gravi di personalità. A maggior ragione si può modificare, talora in modo veramente evidente, l'esito e l'impatto sociale.

Figura 1.1



Tutto ciò contribuisce a migliorare la qualità della vita dei nostri pazienti. La *figura 1.1* mostra i fattori su cui occorre agire per contrastare gli effetti dei disturbi psichici e mentali cronici.

2. Vulnerabilità bio-psico-sociale

La vulnerabilità bio-psico-sociale è una predisposizione in parte genetica, in parte acquisita fin dai primi anni di vita per cause organiche e/o psichiche a sviluppare determinate malattie e/o deficit. Alcuni dei meccanismi compromessi sono l'alterazione della normale reattività fisiologica a stimoli esterni, il deficit del meccanismo centrale del filtro nervoso (*iperarousal* o eccessivo stato di allerta), la disfunzione dei meccanismi cognitivi di base quali attenzione, concentrazione, memoria operativa, formazione di concetti, categorizzazione... (Deficit Cognitivi), un Deficit di Coerenza Centrale ossia la difficoltà di cogliere l'insieme e non farsi deviare dai dettagli, un disturbo nel processo di percezione, elaborazione e soluzione di problemi e delle Funzioni Esecutive

più in generale, un deficit della capacità di fare ipotesi e inferire su pensieri, emozioni e comportamenti altrui (Teoria della Mente).

Questi possono essere considerati i fattori nucleari della schizofrenia e di altri disturbi psicotici cronici. Spesso sono presenti all'esordio del disturbo, ma anche nelle fasi prodromiche e tendono a rimanere stabili nel tempo. È proprio su questi fattori nucleari che vanno impostate le attività che realmente vogliono influenzare il decorso della malattia mentale, soprattutto per quanto attiene ai disturbi clinici di tipo difettuale (anedonia, asocialità, apatia, alogia), ai deficit neurocognitivi, delle abilità di vita quotidiana, delle abilità sociali e relazionali, per raggiungere il pieno recupero funzionale.

Gli interventi psicofarmacologici, se opportunamente pensati e integrati con i trattamenti riabilitativi, agiscono come fattori protettivi altamente efficaci contro la vulnerabilità psicobiologica. Per contro non insegnano nulla, ancor più se si tratta di imparare a utilizzare comportamenti più adattativi o a elaborare strategie efficaci per far

fronte ai problemi della vita. Interventi psicologici, volti a potenziare i processi cognitivi di base, possono a loro volta contrastare la vulnerabilità psicobiologica.

Attualmente non sono molti i servizi, residenziali e non, che puntano a rendere più solida la struttura cognitiva di base con opportuni esercizi e ciò appare sorprendente anche in virtù del fatto che la schizofrenia (ma ciò può valere anche per lo spettro autistico o altri deficit intellettivi) ha come base sintomatologica proprio i disturbi cognitivi di attenzione e più in generale di elaborazione delle informazioni. Se un soggetto è particolarmente predisposto, vari eventi stressanti saranno in grado di produrre uno scompenso acuto oppure il persistere di uno stato di cronicità.

La vulnerabilità è probabilmente legata ad aspetti genetici, epigenetici e/o familiari. Esiste per esempio per la schizofrenia una suscettibilità ad ammalarsi della stessa malattia in circa il 40% dei gemelli omozigoti e di solo il 10% di quelli dizigoti (APA, DSM-IV, 1994; Balestrieri et al., 1996). I figli di genitori schizofrenici, allevati in famiglie adottive, presentano un'incidenza di malattia significativamente maggiore rispetto a soggetti di controllo, anch'essi adottati, ma provenienti da famiglie senza membri schizofrenici. Altri fattori in grado di generare una struttura vulnerabile sono: danni prenatali, perinatali nonché rapporti disastrosi in ambito familiare.

3. *Stressors* ambientali

Gli *Stressors* ambientali sono stimoli ed eventi di vita insoliti o comuni in grado di alterare l'equilibrio e l'omeostasi di una persona, generando reazioni fisiche, emotive, cognitive e comportamentali adeguate o esagerate in eccesso o in difetto. Possono essere per esempio problemi economici, lavorativi, affettivi, famiglie ad alta Emotività Espressa, cioè con ipercoinvolgimento, ipercriticismo, eccessiva emotività oppure con codici di comunicazione patogeni, cioè in grado di scatenare reazioni abnormi quali agitazione psicomotoria, aggressività auto ed etero diretta.

Per quanto riguarda gli elementi ambientali va ricor-

dato che vi è anche un errato sistema di rinforzi sociali. La disabilità può essere avversata mediante il sostegno ambientale. Talvolta si agisce cercando di fornire persone di sostegno e di insegnamento. In altri casi si interviene sull'ambiente modificandolo e cercando di renderlo il più compatibile possibile con le disabilità presenti.

Il supporto individualizzato da parte di un operatore mira sia a modificare in modo sistematico e diretto il comportamento del paziente, sia a supportare e far emergere al meglio le risorse già presenti.

Se si agisce sul *setting*, in pratica si interviene sui programmi e sulle risorse ambientali, quali per esempio il luogo di lavoro o di studio, di vacanza o di svago, strutture abitative più o meno protette ecc. Un intervento molto efficace è quello sulle famiglie ad alta Emotività Espressa (EE). Si tratta di famiglie – come accennato in precedenza – dove spesso le modalità relazionali producono scompensi clinici per ipercriticismo, talvolta violenza verbale e/o fisica, ipercoinvolgimento emotivo, fusionalità ecc. Tra gli *Stressors* ambientali vanno annoverati inoltre la comunicazione deviante e un errato sistema di rinforzi sociali.

Negli anni '80 aveva avuto una discreta fortuna il lavoro di ricerca svolto a Palo Alto al *Mental Research Institute* (MRI) sul doppio legame patogeno. Sfortunatamente tale lavoro è poco conosciuto ed utilizzato in ambito riabilitativo, mentre è ancora utilizzato nella psicoterapia di tipo sistemico.

Relativamente all'errato sistema di rinforzi sociali, infine, deve essere evidenziato il fatto che spesso in famiglia, ma anche nella società allargata vengono rinforzati, se non addirittura esaltati, comportamenti improntati all'egoismo e all'aggressività. L'errato sistema di rinforzi sociali può incrementare comportamenti disadattativi, disfunzionali e anche palesemente patologici.

4. Deficit di competenza sociale, di *coping* e di resilienza

Il *coping* è la capacità di fronteggiare le varie situazioni e problemi che la vita ci propone. Un eventuale deficit può riguardare gli atti comuni della vita quotidiana o anche

quelli della vita sociale e relazionale. Vi sono deficit di previsione, nel risolvere problemi o anche solo nel far fronte a atti e fatti di routine.

La competenza sociale, il *coping* e la *resilienza* sono fattori di protezione rispetto alla vulnerabilità e agli eventi stressanti in grado di rivelarne la fragilità. Una persona con buona competenza utilizza le proprie abilità emotive, fisiche, cognitive, comportamentali e sociali per vivere, crescere e avere un ruolo sociale nella comunità.

Per fronteggiare adeguatamente le fonti di stress della vita quotidiana occorre possedere buone abilità di *problem solving*, capacità di coinvolgersi con gli altri in rapporti di tipo affettivo, ma anche di tipo strumentale e talvolta opportunistici. Le strategie di *coping* permettono di soddisfare sia i bisogni materiali che quelli affettivi e sociali, raccogliendo le sfide e risolvendo i problemi che la vita ci pone.

Qualunque sia il quadro psicopatologico, le strategie di *coping* sono in grado di ridurre lo stress relativo alle condizioni lavorative, a quelle sociali e in generale a quelle che si originano nell'impatto con la vita quotidiana.

Le menomazioni psichiatriche determinano limitazioni funzionali, compromettendo l'abilità di emettere determinati comportamenti. Le disabilità che ne derivano pregiudicano un corretto funzionamento sociale, familiare e lavorativo.

Coping, competenza sociale e resilienza rappresentano la sfida su cui costruire un solido e completo percorso riabilitativo e abilitativo.

La resilienza in ingegneria e in fisica indica la capacità di un materiale di resistere per esempio a un urto (si usa un apposito pendolo per valutare la resilienza) assorbendo l'energia che può essere rilasciata in misura variabile dopo la deformazione. Resilienza non è sinonimo di resistenza; il materiale resiliente non si oppone o contrasta l'urto finché non si spezza, ma lo ammortizza e lo assorbe, in virtù delle proprietà elastiche della struttura.

In ambito psichico la *resilienza* ha acquisito un significato ancora diverso, anche se non tutti gli studiosi

concordano. Gli esseri umani sono esseri intelligenti, hanno memoria, emozioni, creatività e quant'altro per cui la risposta agli eventi di vita o agli stimoli stressanti non può essere ridotta a quella di una sbarra di ferro, di alluminio o di altra fattura. La *resilienza* in ambito psichico è pertanto la capacità di diventare migliori in occasione di eventi avversi di vita.

Come si può diventare migliori se subiamo un evento che si presenta con caratteristiche avverse, dolorose, che percepiamo con sofferenza? In genere si diventa migliori se la risposta all'evento consiste in un apprendimento e, ancor più, in una maturazione. Abbiamo imparato a camminare o a sciare cadendo, abbiamo imparato la nostra lingua madre o altre lingue commettendo una marea di errori e di strafalcioni, abbiamo imparato a guidare mezzi di locomozione commettendo una serie di errori e spesso facendo incidenti stradali. In pratica ogni evento avverso può essere utilizzato per crescere, maturare o in subordine almeno imparare qualcosa dalla vita. In pratica possiamo dire che tutto ciò che non ti ammazza può renderti più forte (*"what doesn't kill you, makes you stronger"*).

La figura 1.2 mostra un complesso schema ripreso e rielaborato da quello proposto da Liberman negli anni '80 (Wallace et al., 1980, Liberman, 1997). Si tratta di un tentativo di addentrarsi in quella "scatola nera" che i primi comportamentisti — a onor del vero in nome del rigore scientifico — rifiutavano di esaminare.

Partiamo dallo schema sociale. Più elementi concorrono alla formazione dello schema sociale, che rappresenta la traccia mnestica di esperienze pregresse con cui affrontiamo la nostra socialità. Si tratta di un sistema più o meno flessibile, a seconda dell'elasticità personale, legato ad un complesso fenomeno di interazione tra la realtà esterna e le nostre capacità di percepirla, elaborarla e viverne l'esperienza come prototipo mnestico aperto a ulteriori evoluzioni.

Ovviamente esistono schemi sociali ben riusciti e altri che non lo sono affatto. Una volta trasformati in

prototipi mnestici, vengono emessi in modo automatico. Naturalmente esistono sia schemi sociali funzionali che disfunzionali. Questi ultimi sono correggibili, essendo legati all'apprendimento, salvo che non debordino dal range di oscillazione potenziale fissato dal proprio codice genetico. Il punto di partenza degli stimoli e delle informazioni in entrata è rappresentato dall'ambiente circostante e dagli antecedenti del comportamento sociale, cui segue la formazione di un "percepto", ossia una sorta di raffigurazione mentale interna della realtà esterna.

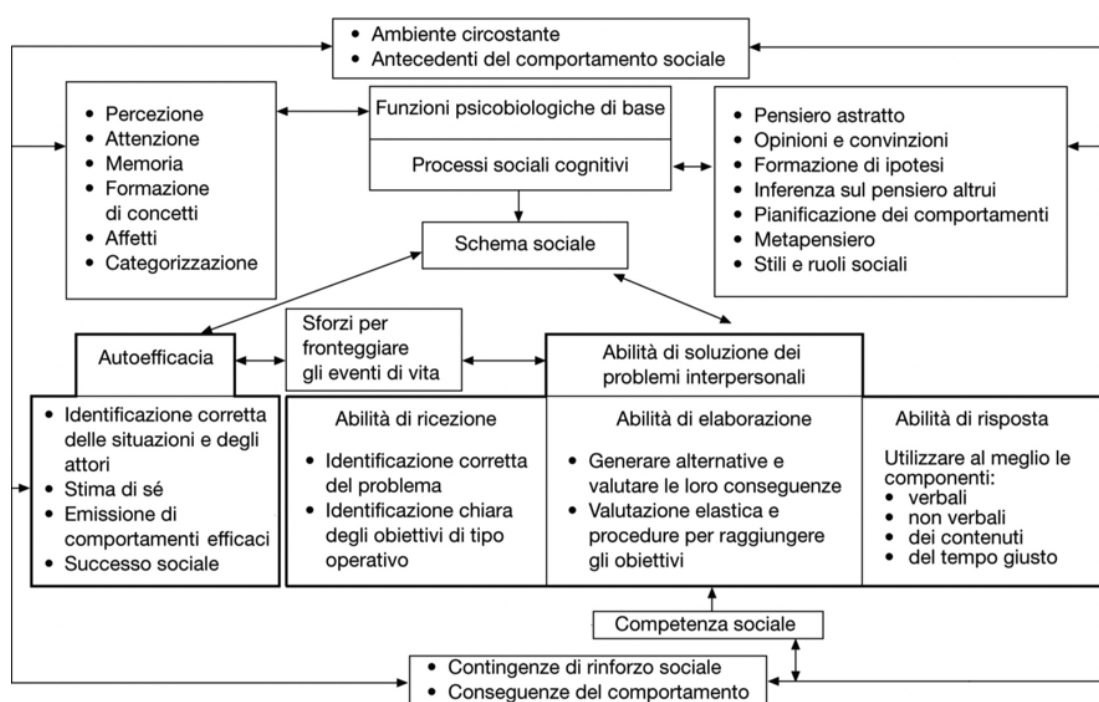
Il "percepto" viene messo a confronto con le tracce di memoria a breve e a lungo termine. Il tutto avviene grazie ai processi di attenzione, concentrazione, memoria operativa (una specie di estensione temporale delle prime due), memoria a breve e a lungo termine, oltre ad altri processi mnemonici.

La formazione di concetti e la categorizzazione completano le funzioni psicobiologiche di base, alle quali si sommeranno i processi sociali cognitivi. Tra questi ultimi vanno annoverati le opinioni e le convinzioni, il pensiero astratto, la formazione di ipotesi, l'inferenza sul pensiero altrui, gli stili e i ruoli sociali, la pianificazione dei comportamenti e il metapensiero.

Le funzioni psicobiologiche di base rappresentano i mattoni di partenza dei complessi processi cognitivi che portano alla formazione degli schemi sociali, ai quali concorrono i processi sociali, cognitivi e, in particolare, quelli che vanno sotto il nome di teoria della mente (Baron Cohen et al., 1985; Baron Cohen, 1991).

Concorrono inoltre alla formazione dello schema sociale l'autoestima e il senso di autoefficacia, il *coping*, la

Figura 1.2



Il complesso schema raffigurato rappresenta l'insieme dei processi mentali che portano alla competenza sociale, vale a dire al fattore protettivo per eccellenza rispetto alle disabilità sociali. Al centro vi è lo schema sociale, frutto delle esperienze di vita e dell'interazione tra le funzioni psicobiologiche di base, i processi sociali cognitivi, l'autoefficacia, il coping e le abilità di problem solving. In alto vi sono gli antecedenti del comportamento sociale e gli stimoli ambientali in entrata. In basso vi sono le conseguenze del comportamento e i rinforzi. Sulla base di questo costruito schematico sono stati impostati i protocolli dei gruppi riabilitativi

resilienza e le abilità di *problem solving*. L'autoefficacia riguarda la registrazione che facciamo delle esperienze pregresse, a seconda del successo o meno con cui queste vengono immagazzinate nella nostra memoria. Gli elementi da cui non può prescindere il senso di autoefficacia sono: l'identificazione corretta delle situazioni e degli attori coinvolti, la stima di sé, l'emissione di comportamenti efficaci e il successo sociale che ne deriva.

Il *coping* è rappresentato dagli sforzi sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale con cui cerchiamo di affrontare le varie situazioni problematiche o meno che la vita ci presenta. La *resilienza* è la capacità di maturare e apprendere dagli eventi avversi di vita.

La capacità di risolvere i problemi (*problem solving*) è data innanzitutto dall'abilità di identificare il problema stesso e gli obiettivi che ci poniamo per risolverlo. Segue l'abilità di elaborazione che comprende il generare più alternative e valutarne le conseguenze, associato alle procedure atte a raggiungere gli obiettivi. L'ultimo passaggio è legato all'abilità di risposta con l'utilizzo al meglio di abilità verbali e non, del momento giusto (*timing*) e dei contenuti.

Il perno attorno al quale ruotano i processi cognitivi è rappresentato dagli schemi sociali, che sono il prodotto di esperienze e apprendimenti, ovvero tracce mnestiche modificabili con nuove esperienze e apprendimenti.

Lo schema sociale, l'autoefficacia, il *coping*, la *resilienza* e le abilità di *problem solving* confluiscono nella competenza sociale, che produce la risposta sul piano comportamentale, oltre che cognitivo, emotivo e somatico. All'emissione della risposta, seguono le contingenze di rinforzo sociale e le conseguenze del comportamento. L'autoefficacia (Bandura, 1996) si combina con il *coping*, la *resilienza* e le abilità di *problem solving* (D'Zurilla, Goldfried, 1974) per dare origine alla *competenza sociale*, che è il modo con cui si gestiscono i problemi sociali (Wallace et al., 1980; Liberman, 1997).

In questo schema sono presenti alcuni degli obiettivi riabilitativi, che saranno approfonditi nei capitoli riguar-

danti i gruppi abilitativi e riabilitativi. In particolare, tra gli elementi strategici riabilitativi da cui non si può prescindere vi è il recupero cognitivo (*cognitive remediation*), riguardante soprattutto i processi di attenzione, di concentrazione e di memoria operativa. Non vi può essere infatti alcuna relazione o apprendimento senza i processi di attenzione condivisa, che a tutti gli effetti possono essere considerati i mattoni costitutivi della riabilitazione psichiatrica.

A tutt'oggi purtroppo sono pochissimi i servizi territoriali che puntano sulla riabilitazione di tali processi cognitivi di base, cui andrebbero aggiunti esercizi analoghi per la percezione, la memoria, la formazione di concetti e la categorizzazione. Qualcosa del genere è presente nell'IPT di H.D. Brenner et al. (1994) dell'Università di Berna (CH).

Un'altra colonna portante del complesso processo riabilitativo irrinunciabile è rappresentata dal *training* di abilità sociali (*social skills training*) e di comunicazione. Nei vari ambiti psichiatrici in cui si pratica la riabilitazione in Italia, raramente sono presenti i *training* di abilità sociali.

Molto spesso si improvvisano attività, sostanzialmente ricreative e socializzanti frutto dell'improvvisazione e qualche volta dell'onda modaiola, ben lontani comunque da quelli che dovrebbero essere i *training* strutturati di abilità sociali.

Occorre infatti distinguere le attività di gruppo aspecifiche, che coinvolgono i pazienti in attività di socializzazione, dai metodi che utilizzano in modo sistematico le tecniche dell'apprendimento con un approccio strutturato per insegnare e allenare, anche nei contesti di vita reale, le abilità sociali.

Pochi *training* sono ben organizzati e centrati sul miglioramento delle funzioni esecutive, compreso il *problem solving* e le capacità relative alla cosiddetta teoria della mente, elementi essenziali di un *training* sulle abilità sociali. Se non si incide infine sull'implementazione della competenza sociale e sulle risposte ambientali,

intese come contingenze di rinforzo, ben difficilmente modificheremo stili di comunicazione e comportamenti disfunzionali, come solo un buon programma di riabilitazione psicosociale può fare.

5. Modello psicoeducativo

In ambito educativo, abilitativo e riabilitativo si fa spesso riferimento a un metodo psicoeducativo. Sgombriamo subito il campo da ogni equivoco: esiste il metodo cognitivo-comportamentale, a cui fanno riferimento prassi e programmi, mentre non esiste alcun metodo psicoeducativo.

La psicoeducazione è una prassi fatta di interventi psicologici e sociali. Questi interventi sono di gran lunga predominanti nella maggioranza dei disturbi mentali gravi. Il modello psicoeducativo nasce anzitutto a supporto delle famiglie, fino al loro pieno coinvolgimento nei programmi e nella prassi riabilitativa (*parent training*).

Quando si parla di intervento psicoeducativo, in genere si fa riferimento al fatto che il destinatario dell'intervento non è soltanto il paziente, ma anche il suo contesto relazionale, sociale e ambientale. Occorre di fatto migliorarne l'adattamento, cioè — nell'accezione darwiniana del termine — il reciproco condizionamento tra l'uomo e l'ambiente.

Bisogna avere anche una visione molecolare e, quindi, parcellare delle abilità su cui puntare, ma tenere presente anche quella molare o complessa, che sola può portare all'incremento del benessere e migliorare la qualità della vita. I repertori sociali del paziente vengono spesso scomposti in parti più semplici per poter procedere con gli interventi molecolari; in seguito vengono ricomposti gradualmente e progressivamente nella loro complessità.

L'area applicativa degli interventi include la famiglia e tutto il mondo sociale in cui è inserito il paziente. Gli interventi, come anticipato nel capitolo sul modello multimodale, sono volti a influenzare la vulnerabilità bio-psico-sociale, gli eventi stressanti della vita — compresa l'alta emotività espressa di tipo familiare — nonché

i fattori protettivi di *coping* e competenza sociale.

È noto che sofisticati interventi di tipo cognitivo-comportamentale, sviluppati solo all'interno dei centri dove si effettua la riabilitazione, sostanzialmente falliscono, poiché l'apprendimento di abilità risulta limitato a tali contesti, senza che avvenga la generalizzazione nei contesti di vita reale del paziente. Il miglior modo per condividere e generalizzare i risultati ottenuti nelle residenze riabilitative è quello di fare dei corsi di *parent training*, che non sono una terapia della famiglia, ma dei corsi informativi e formativi di teorie e prassi consolidate.

La progettazione terapeutica e riabilitativa deve comunque tenere conto della necessità di intervenire sull'ambiente, sulle persone e sulla vita sociale reale dei soggetti affetti da malattie mentali e, come conseguenza di ciò, disabili. Il programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico, denominato "Terapia Psicologica Integrata" (Brenner et al., 1994), è uno dei più complessi e sofisticati interventi di tipo psicoeducativo. Il programma, come altri simili, ha come riferimento teorico il modello stress, vulnerabilità e competenza sociale.

Tutti i programmi di tipo educativo che si rifanno a tale modello, di stretta osservanza cognitivo-comportamentale, mirano al controllo dei fattori stressanti della vita che influiscono sulla vulnerabilità bio-psico-sociale o a migliorare i fattori protettivi, tra cui quelli idonei a modificare positivamente i processi di adattamento familiare, in grado a loro volta di condizionare il decorso della malattia stessa.

I programmi psicoeducativi o psicosociali, storicamente, hanno sin dall'inizio dimostrato di essere in grado di prevenire le recidive, i ricoveri ospedalieri e di permettere l'utilizzo di dosaggi più bassi di psicofarmaci. Quest'ultimo punto è molto importante, perché genera ricadute positive su vari aspetti cognitivi, tra cui quelli responsabili della cosiddetta sintomatologia negativa iatrogena e di minori capacità di apprendimento. Più recentemente, lo sviluppo di tali programmi ha portato a incidere positivamente sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari.

In sintesi, i punti cardine su cui vanno indirizzati gli sforzi degli interventi psicoeducativi sono: la vulnerabilità bio-psico-sociale, gli eventi stressanti, le abilità per fronteggiare adeguatamente i problemi che la vita ci pone e la competenza sociale.

Molto spesso i programmi psicoeducativi sono integrati con terapie farmacologiche. Lo psichiatra che gestisce la terapia è chiamato a pensare a come porre la psicofarmacoterapia al servizio degli interventi riabilitativi, mettere cioè il paziente nella migliore delle condizioni per apprendere e maturare, anche a scapito della non piena risoluzione di alcuni sintomi. Molti psicofarmaci utilizzati in psichiatria e in neuropsichiatria presentano, fra gli altri, un potente effetto sedativo e possono indurre disturbi cognitivi vari su memoria, attenzione e concentrazione ecc., rendendo con ciò problematico e ancora più arduo il pieno recupero funzionale.

Un ultimo punto, che ci preme sottolineare, è che avere una rete di supporto sociale equivale ad avere un paracadute, soprattutto in caso di crisi acuta o di grave scompenso clinico. Permeare il territorio di possibili punti di riferimento che vadano oltre le possibilità della famiglia significa poter contare su ancore di salvezza e sicurezza. L'esistenza di una rete di relazioni sociali, soprattutto se – almeno in parte – coinvolte nel progetto psicoeducativo, può rendere decisamente migliore la qualità della vita di pazienti affetti da gravi patologie mentali, promuoverne il benessere psicofisico e ridurre il disagio psicologico.

6. Corso di *parent training*

La riabilitazione mediante le procedure psicoeducative, talvolta altamente sofisticate, pur nella loro semplicità corrono il rischio di rimanere entro l'ambito specialistico dove nascono e vengono realizzate, se non si ha cura di coinvolgere i familiari e in genere tutte le persone che svolgono qualche ruolo relazionale di rilievo nella vita reale dei pazienti con disabilità psichiche.

Il corso di *parent training* può essere impostato con

una parte informativa di circa dieci/dodici incontri con gruppi di cinque o sei famiglie. Il tema di ogni incontro è sviluppato dall'esperto di turno, psichiatra, psicologo, educatore... (*trainer*).

Al corso informativo possono partecipare anche le altre figure professionali dell'équipe multidisciplinare, facendo in modo però che non sovrastino numericamente i familiari, a cui va data la precedenza. La partecipazione contemporanea di familiari e operatori rende più fluidi i rapporti tra di loro, permette di condividere le procedure in una sorta di formazione *in service* e rafforza la possibilità di generalizzare gli apprendimenti acquisiti presso le strutture riabilitative e che, spesso, lì rimangono confinati.

Il primo tema da trattare, a cura dello psichiatra, è il modello multimodale, con accenni di psicopatologia e psicofarmacologia. Seguono temi, a cura degli psicologi quali assertività, apprendimento, gestione dell'aggressività e *problem solving*. Si prosegue con gli interventi di Psichiatria Forense di tipo civile e penale. Si completa il corso con l'illustrazione di come si costruisce il Progetto Riabilitativo personalizzato, le procedure specifiche delle tecniche utilizzate e dei gruppi riabilitativi strutturati per la sua realizzazione.

I termini tecnici e il linguaggio scientifico sono semplificati al massimo, anche se non sempre ciò è possibile per non snaturare il rigore concettuale, obiettivo — ovviamente — non subordinato rispetto al comunicare in forma semplice e comprensibile. Durante il corso è opportuno che i relatori si rendano disponibili a spiegare e ad approfondire in modo chiaro i temi trattati.

I temi del corso rappresentano il corpo teorico e pratico, minimo essenziale per formare adeguatamente operatori e familiari alla condivisione delle procedure psicoeducative. La finalità del corso di *parent training* è quella di privilegiare alleanza terapeutica e partnership con i familiari, indipendentemente da chi sa fare di più e meglio, nell'esclusivo interesse delle persone affette da malattie mentali gravi e fortemente invalidanti.

Il *parent training* — partnership tra familiari e operatori

L'esperienza ultratrentennale dell'autore ha evidenziato che le abilità acquisite in un ambiente altamente strutturato, facilmente rimarrebbero limitate a questo contesto se non venissero generalizzate in contesti più naturali e reali, quali l'ambiente di vita familiare o sociale. La formazione dei familiari va intesa come un percorso esperienziale (*parent training*), declinata in due fasi progressive, integrate tra di loro.

Nella prima fase, l'obiettivo principale è quello di trasmettere e insegnare, a cura dell'équipe multidisciplinare, la "cultura di base" delle metodologie e delle tecniche psicoeducative utilizzate nel programma di riabilitazione e abilitazione. Si tratta di un vero e proprio corso di tipo interattivo, in cui la figura del relatore, oltre al compito di informare e dirigere l'incontro, ha quello di fungere da catalizzatore della comunicazione, facilitandola e integrandola.

Nella seconda fase si procede a una presa in carico dei familiari per singole unità, coinvolte in un percorso formativo che li vede affiancati da singoli componenti dell'équipe o, se necessario, anche da tutte le figure professionali che ne fanno parte. Insieme si cerca di agire con coerenza e omogeneità d'interventi. Nella seconda fase, in altri termini, si cerca di realizzare una sinergia tra i "tecnici" e i massimi esperti di vita reale dei propri congiunti, soprattutto mediante l'utilizzo delle procedure di *problem solving*, in quanto tecnica che, prima ancora che aiutare a trovare soluzioni a problemi specifici o a raggiungere obiettivi riabilitativi, permette di condividere e adottare le stesse procedure. L'alleanza con i familiari è riassumibile nei seguenti punti:

- fornire informazioni sulla patologia, sulle terapie e sulle procedure educative tese a limitare la disabilità e consentire la migliore qualità di vita dei pazienti e dei familiari;
- stimolare le famiglie per fare emergere la loro competenza naturale e la loro profonda conoscenza legata

all'esperienza pratica sulla disabilità;

- proporre modelli educativi efficaci ed efficienti basati sull'evidenza in medicina (*evidence based medicine*);
- migliorare la relazione e la comunicazione tra familiari;
- aumentare la capacità di analisi, elaborazione e soluzione dei problemi di tipo educativo;
- migliorare il funzionamento del nucleo familiare mediante l'insegnamento di procedure di *coping* o capacità di fronteggiare eventi di vita potenzialmente stressanti;
- implementare l'utilizzo delle risorse, la strutturazione di spazio, tempo, procedure anche riguardanti l'organizzazione della routine familiare.

Riassumendo, il *training* per i familiari dei pazienti di un centro riabilitativo si può strutturare in due fasi:

1. *fase informativa*, strutturata come un corso con frequenza settimanale, per un totale di dieci incontri della durata di circa due ore. I componenti dell'équipe (psichiatra, psicologo, educatore e altri operatori) incontrano assieme piccoli gruppi di familiari per fornire informazioni sul modello multimodale, la psicopatologia e la farmacoterapia, l'apprendimento, gli stili di comunicazione, il *problem solving*, la struttura del Centro, aspetti giuridici di Psichiatria Forense, i Servizi di Rete sul territorio, il "Contratto Riabilitativo", obiettivi, prassi e metodologia dei vari gruppi riabilitativi strutturati;
2. *fase formativa*, piccoli nuclei familiari vengono coinvolti singolarmente per affrontare tematiche riguardanti obiettivi educativi o per affrontare problemi di gestione. Questa fase è finalizzata a promuovere, coinvolgere e migliorare le abilità dei familiari in qualità di educatori competenti, alla strutturazione dell'ambiente, dello spazio e delle procedure in ambito domestico per ridurre o eliminare disturbi comportamentali, ad apportare cambiamenti adeguati e stabili nella relazione tra familiari e a ridurre l'emotività espressa delle famiglie. Il *problem solving* viene utilizzato come principale procedura per arrivare a

interventi concordati, coerenti con gli obiettivi scelti, omogenei, tali da garantire il processo di generalizzazione delle abilità apprese al Centro. Gli interventi concordati mediante il *problem solving* attenuano la conflittualità tra familiari e operatori, consentendo così di dar corpo a un'alleanza strategica che può favorire la realizzazione di una migliore qualità di vita per gli utenti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psichiatra Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale ASST
Fatebenefratelli – Sacco, Milano*

** *Direttore Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale ASST
Fatebenefratelli – Sacco, Milano*

CORRISPONDENZA A:

Ascanio G. Vaccaro, a.vaccaro@psicopoli.com

BIBLIOGRAFIA

1. Anolli L. (2002). *Le emozioni*. Milano: Unicopli.
2. Bandura A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
3. Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Cohen D.J. (2000), *Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience, II ed.* Oxford University Press, Oxford.
4. Branden N. (2006). *I sei pilastri dell'autoestima*. Milano: TEA. ISBN 978-8850210466
5. Brenner H.D., Roder V., Hodel B., Kienzle N., Reed D. e Liberman R.P. (1994), *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic patients*. Bern: Hogrefe & Huber Publishers. (Trad. it. Terapia Psicologica Integrata -IPT-. Programma
6. Cyrulnik B. (2005). *Costruire la resilienza*. Trento: Erickson.
7. Di Nuovo S. (2016). *Attenzione e concentrazione (cd-rom)*. Trento: Erickson.
8. D'Zurilla T., Goldfried M. (1974). *Problem-solving and behavior modification*, Journal of Abnormal Psychology, 78, pp. 107-126.
9. Gallese V., Migone P., Eagle M.N. (2006). *La simulazione incarnata: i neuroni Specchio e le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicanalisi*, Psicoterapia e Scienze Umane, n. 3, Milano: Franco Angeli.
10. Gardner H. (2005). *Educazione e sviluppo della mente. Intelligenze multiple e apprendimento*. Trento: Erickson.
11. Giusi E. (1995). *Autoestima. Psicologia della sicurezza di sé*. Roma: Sovera Edizioni.
12. Goleman D. (1997). *Intelligenza emotiva*, Milano: Rizzoli.
13. Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
14. Jakubowski P., Lange A.J. (1978). *The Assertive Option: Your Rights and Responsibilities*. Paperback.
15. Legrenzi P. (2005). *Creatività e innovazione: come nascono le nuove idee*. Bologna: Il Mulino
16. Liberman R.P. (a cura di) (1997). *La riabilitazione psichiatrica*. Milano: Raffaello Cortina.
17. Malim T. (1995). *Processi Cognitivi. Attenzione, percezione, memoria e pensiero*. Trento, Erickson.
18. Mc Ginnis E., Goldstein A.P., Sprafkin R.P. e Gershaw N.J. (1992). *Manuale d'insegnamento delle abilità sociali*. Trento: Erickson.
19. Mc Guire, W.J. & Padawer-Singer, A. (1976). *Trait salience in the spontaneous self-concept*. Journal of Personality and Social Psychology, 25: 259-270.
20. Miceli M. (1998). *L'autoestima*. Il Mulino, Bologna.
21. Onofri A., Tombolini L. (1999). *Studi sullo sviluppo della metacognizione e della teoria della mente*, in Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 5, vol. 2 n. 2, 1999.
22. Rizzolatti G., Craighero L. (2004), *The mirror neuron system*, Ann Rev Neurosci, 27:169-92.
23. Saarni C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford.
24. Salovey P. and Sluyter D. J., a cura di (1997). *Emotional development and Emotional Intelligence: educational implications*. New York: Basic Books.
25. Vaccaro A. (2003). *Abilitazione e riabilitazione – Dall'assistenza all'autodeterminazione*. Milano: McGraw-Hill.
26. Vaccaro A. (2011). *Libertà, Autonomia, Indipendenza – Indicazioni e prassi per gli operatori della riabilitazione psicosociale*. Milano: Franco Angeli.



PSICHIATRIA FORENSE

La prescrizione farmacologica OFF LABEL in psichiatria

*Renato Mantovani – Avvocato Cassazionista
Letizia Mantovani – Dottoressa in Giurisprudenza*

In ambito psichiatrico l'utilizzo di farmaci off label è abbastanza diffuso poiché spesso mancano farmaci ad hoc per situazioni patologiche afferenti il paziente psichiatrico ed è lasciato al clinico selezionare i più adatti al fine di una adeguata determinazione delle dosi e delle modalità di somministrazione.

Dal punto di vista squisitamente giuridico, però, non molti sanno quali sono le valutazioni effettuate in ambito giudiziario, sia dal punto di vista interpretativo che in merito alla validazione di tale tecnica di utilizzo farmacologico.

A livello Comunitario, sono da tempo state istituite procedure per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali, ad uso umano e veterinario, in forza delle quali l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) è stata autorizzata a monitorarne l'impiego qualora il farmaco, in questo caso definito "off-label", non risulti coperto dall'autorizzazione all'immissione in commercio. L'AIFA, qualora lo ritenga opportuno, potrà anche adottare i provvedimenti necessari alla salvaguardia della sicurezza dei pazienti interessati ad un tale uso.

È bene comunque sottolineare che la normativa dell'Unione Europea in materia di prodotti farmaceutici non vieta la prescrizione di un medicinale "off-label".

Fatte queste premesse, vediamo cosa succede in ambito di responsabilità professionale del medico nella particolare

ipotesi in cui il farmaco è prescritto in casi diversi da quelli indicati al momento della sua immissione in commercio, ovvero dalle modalità di somministrazione autorizzate dal Ministero della Salute.

La rilevanza penale della prescrizione di farmaci "off-label" (con finalità terapeutiche diverse da quelle riconosciute ai medesimi) si ha, sostanzialmente, solo in caso lesioni (o morte) derivate al paziente dalla somministrazione fuori dalle indicazioni d'uso ufficiali.

Gli eventi avversi eventualmente verificatisi verranno ascritti, a titolo di colpa, alla responsabilità del medico che ha prescritto il farmaco o lo ha somministrato (come per esempio accade oggi per il vaccino anti Covid 19) nel caso in cui, sia pure in modo lecito, abbia ritenuto corretto l'utilizzo off label senza contestualmente e successivamente verificare gli effetti da esso prodotti su quel paziente. Si tratta di ipotesi in cui il professionista sanitario non ha correttamente e prudentemente valutato il rapporto rischio-beneficio nell'utilizzazione del farmaco in forma off label in relazione al tipo di cura proposta al paziente.

Dal punto di vista pratico si deve sempre ricordare che l'attività medico-chirurgica, per essere legittima, presuppone il "consenso" del paziente, in quanto solo così si configura il presupposto di liceità del trattamento.

Consenso che, per legittimare il trattamento terapeutico,

deve essere “informato”, cioè espresso a seguito di una informazione completa, da parte del medico, sulle possibili conseguenze negative della terapia o dell’intervento chirurgico, sulle possibili controindicazioni nonché sulla gravità degli eventuali effetti collaterali al trattamento.

La prescrizione “off-label” di un medicinale non indicato espressamente per la terapia, in assenza di una adeguata informazione e della prospettazione di eventuali valide alternative terapeutiche, considerata anche la mancanza di un attento monitoraggio degli effetti prodotti dalla sua somministrazione sulla salute del paziente, configura un illecito penalmente perseguibile.

Secondo la prevalente giurisprudenza, la prescrizione di farmaci “off-label”, previo consenso del paziente debitamente informato e a condizione di un controllo costante sull’andamento del trattamento, rientra comunque nella libertà del medico di operare secondo scienza e coscienza nonché sulla base del diritto del malato ad essere curato attraverso percorsi terapeutici leciti.

Nel caso di un eventuale processo penale, non si ravviserà, pertanto, l’elemento soggettivo della colpa se il medico dimostrerà di aver correttamente ritenuto necessaria una prescrizione off label, a beneficio del paziente, sulla base di circostanze non controverse ed allineate alla buona pratica clinica relativa al trattamento farmacologico adottato. Tale valutazione si realizza anche attraverso l’osservanza del rapporto rischio-beneficio che passa, ineludibilmente, attraverso un’attenta analisi dei dati clinici e scientifici forniti dalla letteratura specialistica.

Si deve anche tenere presente che il delitto di somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute ex art. 445 f.r.l. codice penale, costituendo sostanzialmente una forma grave di frode in commercio, considera incidente sulla salute pubblica il somministrare farmaci ritenuti pericolosi e che, in quanto tali, possono portare danni alla salute del paziente.

La condotta che realizza la fattispecie richiamata può essere individuata, trattandosi di frode in commercio, anche nella somministrazione di farmaci in modo difforme

rispetto a quanto stabilito ab origine per il loro utilizzo. La somministrazione di prodotti farmacologici o medicinali in modalità “off-label” dovrà, pertanto, sempre essere effettuata (non ci si deve stancare di ripeterlo) con particolare cura a livello di informazione e di successivo controllo sugli effetti che il farmaco produce sul paziente interessato.

Da ultimo, ritengo utile sottolineare come, in pieno regime pandemico causato dal Covid 19, occorra prestare particolare attenzione alla possibilità di posticipare il richiamo del vaccino oltre i termini espressamente indicati dalla casa farmaceutica produttrice al fine di consentire l’immunizzazione, con la prima dose, di un più alto numero di persone.

Anche in questo caso, sia pure considerando il parere favorevole espresso da EMA e da AIFA, ci si troverebbe di fronte ad una somministrazione off label e quindi con necessità di informare correttamente, e in anticipo, sia il personale sanitario addetto alla somministrazione del vaccino che i soggetti che si sottopongono volontariamente a detta vaccinazione.

CORRISPONDENZA

studioman@italex.it



LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

Contributo proposto dalla Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale S.I.S.I.S.M.

L'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura

Studio osservazionale

Iacometti Giulia*, Parini Anna Maria**,
Frediani Gianpaolo ^, Moro Cesare †

ABSTRACT

Premessa

L'Intelligenza Emotiva (IE), intesa come la capacità di gestire e canalizzare positivamente le proprie emozioni, è una caratteristica fondamentale per tutti gli operatori che lavorano in sanità. Per gli infermieri in generale e soprattutto per coloro che operano nella salute mentale avere una IE più elevata può garantire un'assistenza migliore e quindi aumentare il livello di soddisfazione dell'utenza con conseguente miglioramento della adesione ai trattamenti.

Obiettivo

Osservare il contesto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del presidio ospedaliero Fatebenefratelli dell'ASST Fatebenefratelli Sacco da due punti di vista: l'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'assistenza ricevuta dagli utenti in dimissione o dimessi nei sei mesi precedenti all'indagine.

Materiali e metodi

Gli strumenti utilizzati per svolgere l'indagine sono: il Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue-SF) e la versione italiana del New Castle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS), di cui si utilizza unicamente la sezione 2. Lo studio è svolto presso il reparto di psichiatria del P.O. Fatebenefratelli, nel periodo di settembre – ottobre 2020. I campioni presi in esame sono: gli infermieri dell'SPDC; i pazienti in dimissione nel periodo di settembre-ottobre oppure dimessi nei sei mesi precedenti alla rilevazione.

Risultati

I risultati mostrano che complessivamente, il campione di infermieri presenta dei livelli di IE che si collocano in positivo rispetto a una media complessiva di 5.2, per le dimensioni "Benessere" e "Emotività", le quali ottengono punteggi medi totali maggiori rispetto alle altre due ("Autocontrollo" e "Socialità"). Anche il campione dell'utenza appare complessivamente soddisfatto (64,7%)

sia a livello generale sia per i singoli item indagati. Infine, non vi sono differenze, in relazione ai fattori socio demografici indagati, se non per il sesso nei valori di entrambi, il titolo di studio e l'ultimo ricovero nei valori dell'utenza.

Discussioni e conclusioni

Accanto ad un buon livello di IE degli infermieri si colloca una soddisfazione complessiva dell'utenza. L'intelligenza emotiva rappresenta una caratteristica importante per ogni professionista dell'ambito della salute mentale che può essere accresciuta e migliorata. Per questo, si spera siano intrapresi dei processi di accrescimento per questa abilità, così da poter raggiungere sempre più alti livelli di soddisfazione.

PAROLE CHIAVE

"intelligence emotion", "experience", "questionnaire", "satisfaction", "patient", "psychiatric nurse", "nursing staff", "nurses", "attitude", "psychiatric patient", "mental health nurses", "Trait Emotional Intelligence Questionnaire", "Newcastle Satisfaction with Nursing Scales", "validation", "communication", "patient – centred care", "relationship".

INTRODUZIONE

Da sempre, il nursing è visto come quella miscela perfetta di cure e competenze interpersonali, in cui il professionista, con le sue abilità, conoscenze e complesse competenze tecniche, emotive e relazionali eroga alla persona, una patient – centred care attraverso un'assistenza olistica, basata sul rispetto della sua personalità, capacità e soggettività (Birks YF, 2007).

Per analizzare l'importanza di una cura centralizzata alla persona e la complessità del rapporto infermiere – paziente nell'ambito della salute mentale, vengono presi in considerazione due costrutti: l'intelligenza emotiva e la soddisfazione del paziente. L'intelligenza emotiva assume diverse definizioni e significati, in relazione all'autore che la descrive, universalmente però il costrutto è inteso come la capacità di identificare, comprendere e gestire le proprie

ed altrui emozioni tramite la combinazione di empatia, consapevolezza di sé, motivazione, autoregolazione e abilità sociali: elementi indispensabili al professionista per fronteggiare positivamente le situazioni stressanti e difficili contrastando l'impotenza e la negatività che ne potrebbero derivare e anzi incrementando la resilienza e l'empowerment (Mangubat MDB, 2017).

“La qualità assistenziale oltre ad essere uno strumento di supervisione e gestione di una buona prassi socio-lavorativa, dovrebbe essere anche un'occasione di approfondimento di alcune tematiche spesso poste in secondo piano nelle relazioni che si vengono a creare nell'ambiente di lavoro stesso quali la comunicazione, le relazioni interpersonali, la gestione delle emozioni, la motivazione” (Coluccia A, 2009). La qualità assume, quindi, un ruolo decisamente rilevante nel determinare i punti di forza del processo di cura su cui far leva, ma anche i punti di debolezza per poterli migliorare e con essi rendere conseguentemente l'assistito più aderente all'intero percorso terapeutico (Duan X, 2014) (Miglietta E., 2018).

Da quanto affermato nasce quindi l'esigenza di indagare il contesto del ricovero ospedaliero su due fronti: l'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente, nell'ottica di un costante miglioramento sia per l'assistenza fornita, ma anche per il benessere dei professionisti che la erogano.

MATERIALE E METODI

In seguito a una revisione della letteratura, si è deciso di utilizzare due questionari, validi e attendibili, per la misurazione e valutazione dei due costrutti: il *“Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short-Form”* (TEIQue-SF) e la *“Newcastle Satisfaction With Nursing Scale”* (NSNS).

Il TEIQue-SF, questionario rivolto agli infermieri, consta di due sezioni: la prima relativa alle informazioni di contesto utili al fine dell'indagine; la seconda relativa al questionario somministrato.

Questo è uno strumento *self-report* su scala ordinale, caratterizzato da 30 item con una valutazione su scala Li-

kert con un punteggio da 1 (completamente in disaccordo) a 7 (completamente d'accordo). I 30 item sono suddivisi in 4 dimensioni: "Benessere" (comprendente 6 item: 5, 9, 12, 20, 24, 27); "Autocontrollo" (comprendente 6 item: 4, 7, 15, 19, 22, 30); "Emotività" (comprendente 8 item: 1, 2, 8, 13, 16, 17, 23, 28) e infine, "Socialità" (comprendente 6 item: 6, 10, 11, 21, 25, 26). (Di Fabio A., 2011).

4 item (3; 14; 18; 29) invece, risultano "autonomi" rientrando nella categoria "Adattamento e Automotivazione". (Chiesi F. 2020).

L'analisi dello "score finale", viene fatta sommando i punteggi relativi a ciascun item e dividendo tale somma per il numero di item presenti. In alcuni casi, però, è necessario invertire il punteggio secondo la tecnica del "reverse score". Questo perché, alcuni item (2; 4; 5; 7; 8; 10; 12; 13; 14; 16; 18; 22; 25; 26; 28) (Leonidas A., 2011) presentano simili contenuti, ma diversa formulazione proprio per garantire, essendo questo uno strumento self report e quindi auto-somministrato, maggiore coerenza interna. (Di Fabio A., 2011).

Anche l'NSNS, questionario rivolto all'utenza, consta di due sezioni: la prima relativa alle informazioni sociodemografiche; la seconda relativa al questionario, di cui ci si avvale unicamente della sezione 2 che mira ad indagare la soddisfazione dell'utenza in merito all'assistenza infermieristica ricevuta. È composto da 19 item, valutati su scala Likert con punteggio che va da 1 (Per niente soddisfatto) a 5 (Completamente soddisfatto). Il punteggio finale si ottiene sommando quello dei singoli item e dividendo la somma per il numero di item presenti. (Piredda M., 2007).

Per entrambi i gruppi, è stato garantito l'anonimato, facendo riporre il questionario somministrato all'interno di apposite scatole, aperte solamente al termine della raccolta dati.

RISULTATI

L'indagine, eseguita dal 1 Settembre al 6 Ottobre 2020, è rivolta a tutti gli infermieri operanti presso il reparto

di SPDC del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli e agli utenti maggiorenni in fase di dimissione o già nei sei mesi precedenti la raccolta dati. Gli utenti in fase di dimissione vengono identificati tramite il coordinatore di reparto, mentre, per quanto riguarda l'altro gruppo di assistiti, si ha una identificazione tramite le piattaforme "Psicheweb" e "Aurora", che procedono ad identificare anche i relativi Centri Psico Sociali di riferimento. Sono stati esclusi dalla ricerca utenti minorenni e al primo ricovero in reparto.

Al termine del periodo di osservazione, per il campione degli infermieri l'aderenza è stata del 100%. Infatti, sono presenti 16 infermieri e 16 hanno risposto a tale indagine.

Dalle informazioni di contesto indagate, emerge che il campione è equamente diviso in relazione al sesso; la metà ha un'anzianità di servizio pari a 0-5 anni; il 43,75% ha un'età compresa tra i 20 e i 30 anni e, infine, il 68,75% ha una laurea.

In relazione, invece, al campione dell'utenza, si hanno due sottogruppi:

- 32 pazienti in dimissione dall'1/09 al 6/10. Di cui esclusi 9 in quanto: 2 al primo ricovero in SPDC, 2 non attendibili e 5 per impossibilità tecniche. Selezionati quindi 23.
- 163 pazienti dimessi nei sei mesi precedenti la raccolta dati, dall'1/03 al 31/08. Di cui esclusi 75 in quanto: 64 non in carico a CPS di riferimento o risiedono in comunità, quindi impossibili da contattare; 3 non trovati in "Psicheweb"; 7 al primo ricovero in reparto; 1 deceduto. Dei restanti 88 si è riusciti a contattarne telefonicamente 54 e a selezionarne infine 28.

Al termine dell'indagine, quindi, il campione dell'utenza consta complessivamente di 51 utenti.

In relazione alle informazioni di contesto indagate, emerge che il campione si dimostra equamente diviso in relazione al sesso e all'ultimo ricovero; più della metà, precisamente il 54,90% al momento della somministrazione del questionario, risulta non occupato, così come per la durata della patologia che, per il 78,43%, è maggiore di 3 anni.

DISCUSSIONI

Dall'analisi dei punteggi relativi al grado di soddisfazione dell'utenza rispetto all'assistenza infermieristica ricevuta appare che, complessivamente, il 64,7% del campione in esame si dimostra soddisfatto con valore medio di 3,7 (DS: 0,77, range da 2,2 a 5).

Rispetto ai diversi fattori sociodemografici indagati non si evidenziano importanti differenze nella soddisfazione.

Nonostante ciò, si nota che gli uomini si presentano maggiormente soddisfatti rispetto alle donne che, invece, presentano un più alto indice d'insoddisfazione. Dato in contrasto con quanto presente in letteratura, che afferma il contrario (Omoronyia FR, 2020).

Per quanto riguarda l'età si può notare che, seppure il gap sia minimo, il campione dei giovani appare meno soddisfatto rispetto a quello dei più anziani (Omoronyia FR, 2020). Stessa cosa per il titolo di studio, infatti il campione con un più alto grado di formazione si dimostra maggiormente insoddisfatto rispetto a chi ha una licenza media o elementare.

Anche per la durata della patologia il gap risulta essere minimo, ma si può comunque affermare che il campione con una durata inferiore ai 3 anni si dimostra insoddisfatto rispetto all'altro gruppo. Questo probabilmente perché, così come per l'età, l'anziano con un decorso patologico maggiore tenderà a non dare importanza ad alcuni aspetti dell'assistenza che, invece, un giovane all'esordio della sua condizione patologica, si aspetta.

In relazione all'ultimo ricovero, il campione a cui è stato sottoposto il questionario in reparto si è dimostrato maggiormente insoddisfatto rispetto a coloro a cui è stato somministrato in CPS. Questo probabilmente è legato al tempo che intercorre tra la somministrazione dello strumento e l'ultimo ricovero, che tenderà ad affievolirne il ricordo.

Infine, in relazione alla diagnosi, si osserva che i campioni di pazienti con diagnosi di psicosi e disturbi dell'umore si dimostrano più insoddisfatti. Dato in contrasto con quanto affermato da studi realizzati in

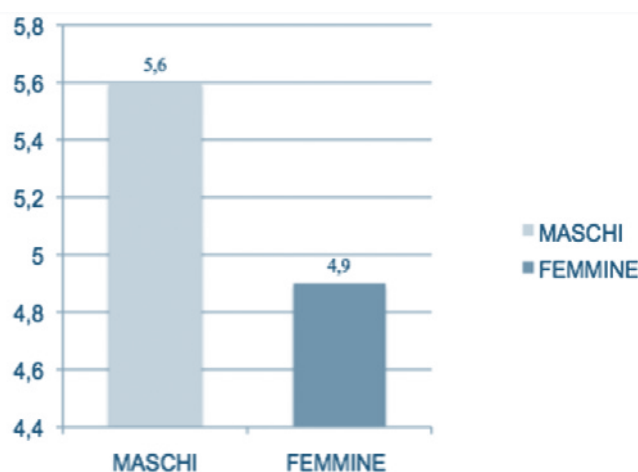
precedenza in quanto, si afferma che la depressione, di solito, si presenta come la diagnosi che comporta maggior gradi di insoddisfazione (Omoronyia FR, 2020).

Anche in relazione all'analisi relativa ai singoli item indagati dal questionario si hanno risultati simili a quanto individuato in precedenti studi (Omoronyia FR, 2020). Risultano, infatti, insufficienti gli item indaganti le informazioni fornite dagli infermieri; il modo in cui loro assicuravano parenti e amici; la frequenza dei controlli e le conoscenze sul caso.

Al contrario, si ha un buon gradimento in merito agli item che indagano le competenze degli infermieri nel loro lavoro e l'empatia presente nel processo di cura.

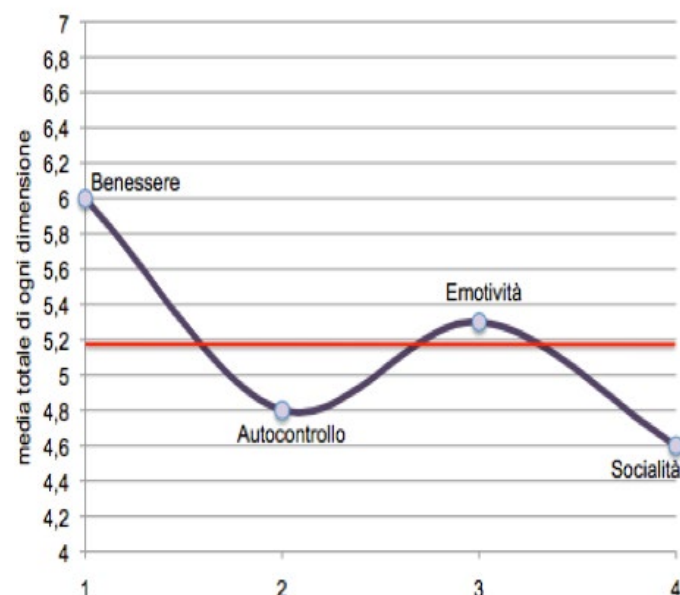
In relazione all'analisi dei punteggi di IE ottenuta con la somministrazione del questionario, si può affermare che non sono emerse differenze se non per quanto riguarda il sesso.

Come riportato dal grafico, infatti, la media relativa al punteggio di intelligenza emotiva ottenuta dal sesso maschile appare maggiore rispetto a quello ottenuto dal sesso femminile, un dato che appare in contrasti rispetto a studi precedenti che, invece, evidenziano il contrario (Van Dusseldorp LR, 2011).



Anche in relazione alle singole dimensioni indagate, su una media complessiva del campione pari a 5,2 (DS: 0,62; range che va da 4,1 a 6,6), rappresentata con la linea rossa sul grafico che segue, si può osservare che la dimensione

“Benessere” ed “Emotività” si collocano positivamente, al contrario delle dimensioni “Autocontrollo” e “Socialità” che, invece, totalizzano punteggi nettamente inferiori. Il dato che emerge da questa analisi, si dimostra concordante con quanto affermato in letteratura. (Andrei F, 2016).



AFFERENZA DEGLI AUTORI:

* Infermiera – ASST Fatebenefratelli – Sacco

** Infermiera Tutor Didattico – ASST Fatebenefratelli – Sacco

^ Coordinatore Infermieristico – ASST Fatebenefratelli – Sacco

† Coordinatore Infermieristico – ASST Bergamo Ovest –

Presidente S.I.S.I.S.M.

CONCLUSIONI

Si può concludere affermando che, il campione dell'utenza ha dimostrato di essere soddisfatto in merito all'assistenza infermieristica ricevuta. Questo è dato grazie anche al campione d'infermieri preso in esame, che dimostra di aver ottenuto un buon livello d'intelligenza emotiva.

Quindi, si auspica che possano essere intrapresi dei processi di accrescimento dell'intelligenza emotiva, riportati anche in letteratura come importanti (Ishii S, 2019) (Fitzpatrick J, 2016) vista anche la totale aderenza e predisposizione degli infermieri al cambiamento, con l'obiettivo di raggiungere in questo modo più alti livelli di qualità assistenziale.

Il presente studio vuole essere inoltre uno spunto per future ricerche volte a verificare l'implementazione di tale capacità e dei conseguenti outcome assistenziali.

BIBLIOGRAFIA

1. Birks Y.F., Watt I.S., *Emotional intelligence and patient-centred care*. Journal of the Royal Society of Medicine. 2007; 100(8): 368-37
2. Mangubat M.D.B., *Emotional intelligence: Five pieces to the puzzle*. 2017; 47(7): 51-53
3. Coluccia A., Ferretti F., Cioffi R., *Qualità Percepita in sanità. Cenni Teorici Sul Concetto della Qualità Percepita in Sanità*. 2009; 31(3): 31-41
4. Duan X., Shi Y., *Current status of quality evaluation of nursing care through director review and reflection from the Nursing Quality Control Centers*. International Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2014; 7(10): 3737-3745
5. Miglietta E., Belessiotis-Richards C., Ruggeri M., Priebe S., *Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review*. Journal of Psychiatric Research. 2018; 100: 33-46
6. Di Fabio A., Palazzeschi L., *Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue – SF): proprietà psicometriche della versione italiana*. Giornale di psicologia dello sviluppo. 2011; 100: 14 – 23
7. Chiesi F., Lau C., Marunic G., Sanchez-Ruiz M.J., Plouffe R.A., Topa G., *Emotional intelligence in young women from five cultures: A TEIQue-SF invariance study using the omnicultural composite approach inside the IRT framework*. Personality and Individual Differences. 2020; 164: 2-6
8. Leonidas A. Zampetakis. *The measurement of trait emotional intelligence with TEIQue – SF: An analysis based on unfolding item response theory models*. Research on Emotion in Organizations. 2011; 7: 289-315
9. Piredda M., Cossu L., Amato S., Alvaro R., Tartaglini D., Spiga F., *Misura della soddisfazione del paziente per l'assistenza infermieristica ricevuta: versione italiana del "Newcastle Satisfaction with Nursing Scale"*. International Nursing Perspective. 2007; 7 (2-3): 25-31
10. Omoronyia F.R., Aina J.O., Ogungbesan O.O., *Patient Satisfaction With Psychiatric Nursing Care: A Survey in Calabar, Nigeria*. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services. 2020; 58(5): 50-55
11. Van Dusseldorp L.R., Van Meijel B.K., Derksen J.J., *Emotional intelligence of mental health nurses*. Journal of Clinical Nursing. 2011; 20(3-4): 555-562
12. Andrei F., Siegling A.B., Aloe A.M., Baldaro B., Petrides K.V., *The Incremental Validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue): A Systematic Review and Meta-Analysis*. Journal of Personality Assessment. 2016; 98(3): 261-76
13. Ishii S., Horikama E., *The Emotional Intelligence of Japanese Mental Health Nurses*. Journal Frontiers in Psychology. 2019; 10: 1-6.
14. Fitzpatrick J., *How to bolster Emotional Intelligence among psychiatric mental health nurses*. Archives of Psychiatric Nursing. 2016; 30(2): 131

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

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

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

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni