



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. 2 • luglio-dicembre

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 Aroasio (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 (Gavagnate)
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

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.

IN PRIMO PIANO

5 Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali
di Cerveri G.

12 La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?
di Percudani M. e Clerici M.

RECENSIONI

15 In dialogo con la solitudine
Recensione, Commento, Divagazioni
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

19 Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana
di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.

26 Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive
di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŝtino A.

30 Il nulla che ferisce il sé - PARTE I
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Aroasi P.L.

37 Il nulla che ferisce il sé - PARTE II
di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Aroasi P.L.

45 L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC
di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.

55 Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana
di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.

66 L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità
di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.

73 Team leader in sanità
Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati
di Durbano F., Delvecchio G.

80 Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.
L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano
di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŝtino A., Gambini O.

84 Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza
di Grossi C., Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846

Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo

© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-2.5

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



SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

94 **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**
di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.

114 **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**
di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.

121 **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**
di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.

130 **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**
di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.

138 **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**
di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.

144 **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**
Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano
di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.

150 **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**
Il Programma Dafne in ASST Lariana
di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.

PSICHIATRIA FORENSE

154 **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**
di Mantovani R., Mantovani L.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

156 **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**
Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura
Un'analisi retrospettiva
di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.

165 **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**
La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19
Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi
di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.

Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali

Giancarlo Cerveri

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

Ci stiamo approssimando ai 18 mesi di convivenza con la pandemia Covid-19. L'utilizzo dei vaccini sta cambiando completamente il contesto di impatto e di risposta ma il ricordo e la paura sono ancora vive. Abbiamo assistito a 3 ondate di infezione, in molti vedono profilarsi all'orizzonte l'ombra di una quarta. In questi ultimi giorni è comparsa la variante Omicron che potrebbe essere capace di superare la protezione offerta dai vaccini.

Nulla però è stato così intenso come la prima ondata, essa ci ha colto completamente impreparati. Un'impreparazione che era materiale scientifica e culturale.

Materiale perché non sapevamo come proteggere noi e i nostri pazienti. Abbiamo dovuto ripensare alle procedure di ingresso nei reparti di psichiatria per chi vi veniva ricoverato, le modalità di accesso nostre nel Pronto Soccorso o nei reparti di altre discipline quando eravamo chiamati come consulenti. Abbiamo imparato a proteggerci con mascherine e guanti. Abbiamo modificato il modo di interagire con i pazienti e con i nostri colleghi. Abbiamo dovuto ripensare alle geometrie degli spazi destinati alle nostre attività, comprendere che aree dedicate alla salute mentale ampie non erano solo decorose e rispettose di chi veniva curato ma anche necessarie per condurre in sicurezza il nostro lavoro.

Scientifica perché non sapevamo nulla di tamponi e troppo poco di come si gestisce un'emergenza infettiva. Non avevamo una chiara indicazione su quali fossero le priorità organizzative. In qualche modo abbiamo dovuto creare, insieme ai nostri colleghi di altre discipline,

le strategie più adatte a gestire il rischio e mantenere attivo il servizio. Ricordo ancora una collega di Medici senza Frontiere che era presente a Lodi nei primi mesi di pandemia che mi parlò della necessità di definire uno "Scenario di Riferimento" per comprendere come agire.

Veniva da una lunga esperienza nella Repubblica del Congo. Aveva lavorato con l'infezione di Ebola, una condizione meno infettiva del Covid-19 ma enormemente più letale (circa il 50% di letalità rispetto allo 0,5-1% del Covid-19). Mi spiegò che si lavorava per annullare il rischio di ogni singola nuova infezione. Tutti gli sforzi erano finalizzati a bloccare la catena infettiva qualunque fosse il costo. Il vantaggio prodotto dall'impedire una nuova infezione era enorme. Il Covid-19 in quel periodo, siamo ad aprile 2020, si conosceva ancora poco, ma era chiaro che la mortalità era più vicina a quelle che storicamente erano state le infezioni da *Vibrio Cholerae*. E dunque lo scenario di riferimento doveva essere quello, la collega lo chiamò "Scenario Colera". Dovevamo diminuire il più possibile le infezioni ma al contempo mantenere attive tutte le attività che si ritenevano necessarie. Non era cioè eticamente tollerabile sospendere tutte le cure al fine di proteggere anche una sola nuova infezione. Su queste considerazioni si è operato per mantenere attive in quei giorni le attività ritenute indispensabili nell'area salute mentale, consapevoli che svolgendo i nostri interventi clinici qualcuno di noi si sarebbe potuto ammalare e che, pur adottando tutte le misure di protezione per abbattere il rischio, avremmo comunque potuto trasformarci in inconsapevoli vettori di infezione.



Caspar David Friedrich, Zwei Männer in Betrachtung des Mondes, 1819-1820

Culturale perchè ci siamo confrontati in modo nuovo con le nostre radici. Tutti gli appassionati di storia della psichiatria sanno che alla fine del diciannovesimo secolo esistevano nel mondo occidentale tre grandi Istituzioni Sanitarie definite come luoghi di cura e di segregazione che, finalizzati a proteggere e curare chi vi era ricoverato, avevano lo scopo implicito (o anche esplicito) di proteggere la popolazione generale dai malati, sia che il rischio fosse la contagiosità sia che fosse per motivi di ordine pubblico. Delle tre istituzioni noi conosciamo bene il Manicomio, ricordiamo con minore evidenza gli Ospedali Tubercolari (i Sanatori) ed i Lebbrosari. Il primo progetto per una struttura che ospitasse gli ammalati di tubercolosi

fu disegnato nel 1840 da George Bodington intitolato "An essay on the treatment and cure of pulmonary consumption, on principles natural, rational and successful". In questo scritto propose un programma di dieta, riposo e cure mediche per un ospedale che pensava di trovare a Maney. Il suo progetto subì numerosi attacchi da parte di esperti medici, diversi articoli pubblicati su *The Lancet* riuscirono a screditare Bodington ed egli tornò a occuparsi del ricovero dei malati di mente.

Ebbene, in questo periodo abbiamo ripreso a ragionare e a confrontarci anche con i nostri colleghi su trattamenti coattivi anche al di fuori della disciplina psichiatrica. Molti di noi sono stati interrogati in qualità di "esperti

della medicina senza consenso” su come comportarsi di fronte a persone affette da Covid-19 ed infettive che rifiutavano procedure di cura, quarantena o isolamento. Inevitabilmente abbiamo avvicinato le procedure, i linguaggi e molto spesso le modalità operative e organizzative del nostro lavoro clinico con quello dei colleghi delle medicine. La condivisione dei saperi è stata la risposta necessaria alla sfida che avevamo di fronte e forse mai come prima ci siamo sentiti parte dell’ospedale senza specificità o declinazioni particolari.

Il tutto è avvenuto con un costo personale di tutti gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. Non solo medici ma anche infermieri, psicologi educatori, assistenti sociali e operatori sociosanitari, tutti si sono confrontati con sentimenti di paura, di incertezza e rabbia. La maggior parte di loro ha continuato a operare con una responsabilità che discende da un impegno etico che viene contratto con la comunità di riferimento e che implica anche una dimensione di sacrificio personale finalizzato ad un bene collettivo.

Ricordo ancora quanto timore percepivo insieme ai miei colleghi medici ed infermieri, di fronte alla necessità di recarmi all’Ospedale di Codogno in quelle assurde prime 2 settimane di pandemia in cui, istituendo la Zona Rossa nel sud della provincia di Lodi, si sperava di trattenere il virus entro un ristretto ambito territoriale.

Un improvvisato cordone sanitario capace di salvare tutti dalla malattia. Ed io che, come i miei collaboratori, vivevo fuori dalla zona rossa ero incaricato di varcare “la soglia”, superare il limite di quella che era nostra la zona di sicurezza.

Fu un momento in cui un piccolo paese nella pianura padana, fino ad allora sconosciuto, divenne l’epicentro di una pandemia che spaventò il mondo. C’era l’esercito a presidiare gli ingressi ed il personale sanitario che affrontava la sfida. Ha così preso l’avvio una rappresentazione

mediatica di una retorica bellica in cui dottori ed infermieri (nella maggior parte dei casi di sesso femminile, è importante ricordarselo sempre) venivano equiparati ad eroici combattenti di una guerra epica contro il virus nemico.

E così abbiamo fatto! Abbiamo proseguito a lavorare facendo quello che era il nostro dovere per garantire la salute ai nostri pazienti, un senso del dovere che abbiamo condiviso fin dalle prime settimane con i nostri amici e colleghi delle province di Bergamo, di Cremona, di Brescia e di Piacenza e poi, purtroppo, con tutti gli altri. Il nostro dovere era garantire che i servizi di Salute Mentale e Dipendenze continuassero a rimanere aperti, attivi, capaci, pur in una situazione eccezionalmente difficile, di garantire salute con visite, interventi di urgenza nel territorio, nei Pronto Soccorsi e nei reparti di Psichiatria. Avevamo l’onere di assicurare, anche in quei momenti, le cure necessarie alle persone che si ammalavano di una patologia mentale. Individui e famiglie spaventate dalla pandemia e alle prese con episodi acuti di sofferenza psichica dovevano mantenere il diritto ad una cura.

In questo percorso, purtroppo, molti di noi si sono ammalati, qualcuno ha trasmesso la malattia ai propri cari, ai propri figli ai propri genitori. Questo però non ci ha fermato, abbiamo garantito l’accesso alle cure a persone sofferenti di patologia mentale in uno dei momenti più difficili per il nostro paese. Ovviamente questo sforzo è stato condiviso con i colleghi di tutte le discipline che in modo diverso hanno affrontato la sfida del cambiamento imposto dalla pandemia Covid-19.

Tutto ciò ha prodotto risultati che ora cominciano a risultare evidenti, molte persone hanno fiducia nei medici e nelle proposte di cura che essi fanno. Una fiducia che è rivolta a tutte le persone che hanno lavorato negli ospedali in questi terribili mesi, un senso di gratitudine e di riconoscenza che finisce per essere rivolto al contesto di un servizio pubblico inteso come organizzazione dei

servizi destinati alla comunità. Infermieri e medici hanno cioè contribuito a curare l'immagine che i cittadini hanno del loro paese, rendendo tutti anche un po' più fieri di come la "res pubblica" funziona.

A questo proposito recentemente sono stato intervistato dalla Radio di Stato Slovena. La giornalista voleva raccontare nel suo paese le storie di Lodi e Codogno, di come le persone hanno reagito nella drammatica prima ondata, come ci si è organizzati, come gli operatori sanitari abbiano resistito al caos e alla paura. Al termine dell'intervista mi raccontò che lo scopo vero dell'intervista era di raccontare ai suoi concittadini cosa accadde in un paese da loro considerato di successo. Questo siamo ai loro occhi: un paese portatore di una storia di successo. Un paese che ha saputo rimanere coeso e unito intorno alla propria capacità di funzionare. Un sistema in cui tante persone hanno continuato a uscire di casa e svolgere il loro dovere. La giornalista voleva raccontare di infermieri e medici che in molte occasioni hanno vinto le paure personali, donne e uomini che si alzavano la mattina anche quando la notte non dormivano e andavano a fare la loro parte per creare una soluzione che permettesse a tutti di uscire dall'incubo della malattia.

Il risultato è che abbiamo una percentuale molto alta di persone vaccinate. Noi ora siamo abituati a dibattere sulla minoranza che rifiuta la vaccinazione da Covid-19, questione enorme certamente, ma dimentichiamo che tante persone sono ora protette dal rischio di ammalarsi. Viaggiamo con percentuali superiori a quasi tutti i paesi Europei (dal 5 al 10% rispetto alla media) e molto superiori alla vicina Slovenia (oltre il 20% in più).

A questo punto il lettore potrebbe domandarsi quale nesso lega quanto sopra descritto con il titolo di questo editoriale? Cosa c'entra il Covid-19 con il diritto alla cura per le persone con patologia psichica?

Esiste una continuità di fondo tra quanto è accaduto

durante questi ultimi 18 mesi e le difficoltà che i servizi stanno ora affrontando. Questo nesso nasce dalla definizione di ciò che è necessario che l'individuo metta in campo in condizioni eccezionali e ciò che invece accade in condizioni ordinarie.

È vero che la pandemia ha posto il servizio sanitario di fronte ad uno stress che definiva caratteristiche di contesto fuori dalla comune attività lavorativa. È pur vero però che anche in quelle condizioni è stato richiesto ai servizi di Salute Mentale di proseguire il loro compito di assunzione in cura di persone sofferenti di gravi patologie psichiatriche garantendo interventi in ospedale e nella dimensione comunitaria, in urgenza e nella dimensione della continuità delle cure. Ed è altrettanto vero che la condizione di emergenza è proseguita con attenuazioni e riacutizzazione per oltre 18 mesi.

L'organo di coordinamento regionale in Lombardia ha determinato, in modo lungimirante, la necessità di proseguire la cura per le persone più gravi anche nel periodo della pandemia al fine di evitare sospensioni dei trattamenti o soggetti che potessero non trovare risposta di cura di fronte all'emergere del bisogno.

Cosa sarebbe potuto accadere se si fossero fatte scelte diverse, se le risorse professionali afferenti alla Salute Mentale fossero state destinate, come per molti nostri colleghi di altre discipline, alle aree Covid, sospendendo per un tempo non definibile in anticipo il funzionamento dei servizi?

Difficile fare previsioni di questo tipo, per quanto siano facilmente prevedibili gravi difficoltà. La questione è che si è giudicato, saggiamente, che non si poteva sospendere un servizio così importante e, dunque, si è chiesto agli operatori uno sforzo adattativo enorme, continuare a svolgere le proprie attività, perlomeno quelle giudicate essenziali, anche in una condizione eccezionale. Un'operazione che si è rivelata un costo per il sistema sanitario generale, che non ha potuto utilizzare tali risorse per altri

scopi (reparti covid), ma anche un costo per il personale in termini di stress, di fatica e di esposizione all'incertezza.

Il risultato quale è stato? Da una parte è ampiamente riconosciuto come si sia riuscito a dare continuità alla necessità di curare persone affette da patologie psichiatriche ma d'altro canto abbiamo tutti osservato la fatica a cui è stato sottoposto il personale. Una fatica che non solo lascia traccia sul singolo operatore in termini di riduzione della riserva funzionale quando viene esposto ad un ulteriore stress ma che contribuisce a rendergli il lavoro sempre meno tollerabile. Questo almeno in parte spiega un fenomeno osservato nel corso degli ultimi mesi ossia una netta riduzione di disponibilità di tante figure professionali.

È come se improvvisamente fosse venuta meno una quota consistente delle persone che a diverso titolo si occupavano nel Servizio Sanitario Nazionale di Salute Mentale.

È molto difficile in questa fase trovare la dimensione migliore per definire il fenomeno. Un'analisi del problema stretta sui confini della regione Lombardia è in sintonia con alcune specificità come l'intensità iniziale della pandemia, alcuni aspetti organizzativi del servizio sanitario (rapporto pubblico/privato), una storica assunzione di personale sanitario proveniente da altre aree del paese. D'altra parte il fenomeno è più ampio, se è pur vero che una quota non irrilevante di persone ha preferito, nel corso degli ultimi mesi, trasferirsi nelle zone di origine in altre regioni, il periodo che ha coinciso con la pandemia covid-19 ha portato un po' in tutto il mondo ad una difficoltà nel reclutamento del personale per cui si legge che in Gran Bretagna sono alle prese con la carenza di autisti di camion, in Australia propongono allettanti offerte a stranieri che vogliono recarsi in quel paese per lavorare nelle aree della ristorazione e del turismo, mentre a New York la paga per le persone disponibili a vestirsi da Babbo Natale nei negozi della grande mela è alle stelle per mancanza di disponibilità. È dunque

probabile che si stia affrontando un periodo più o meno transitorio in cui molte persone sono meno inclini a dedicare troppo tempo o troppe energie al lavoro. Una fase in cui riacquista importanza la possibilità di vivere la propria esistenza secondo modalità meno frenetiche. Un processo ancora da decodificare, qualche giornalista, con un malcelato spirito giudicante l'ha definito "Il Grande Illanguidimento", ossia una sorta di tensione a richiudersi in una dimensione intimista di riflessione e piacevole noncuranza rispetto a ciò che ci circonda. È presto per dare definizioni su un processo che ci riguarda e che sta cominciando a manifestarsi. È necessario darsi del tempo per comprenderlo meglio.

Possiamo ragionevolmente attenderci che quello che è accaduto durante la pandemia possa produrre delle reazioni nella nostra società come è già successo nel passato.

A tal proposito Tucidide descriveva i drammatici cambiamenti di comportamento degli ateniesi dopo la grande peste che sconvolse la città durante il conflitto con Sparta. Anche dopo la grande crisi del 1300 in Europa, crisi che coincise con una pandemia di peste che uccise da un terzo a metà della popolazione, cominciò un periodo di grande cambiamento che gli storici definirono a posteriori "Il Rinascimento". Ed infine dopo la pandemia di "Influenza Spagnola" che sconvolse l'Europa sul finire della Prima Guerra Mondiale, furono visibili anni di grande fermento sia negli Stati Uniti che in Europa in quelli che vennero poi definiti "I Ruggenti anni Venti".

È ovvio allora immaginare che il fenomeno dell'allontanamento dal mondo del lavoro possa essere più intenso tra coloro che sono stati più esposti alla pandemia e tra coloro che hanno un lavoro che più espone a richieste eccessive sia in termini di dimensione temporale che di intensità emotiva. L'identikit sembra adattarsi perfettamente alle donne e agli uomini che lavorano nel sistema sanitario ed in particolare a medici ed infermieri che sono inseriti

in servizi attivi 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Particolare rilevanza ha poi il fatto di svolgere attività in servizi di emergenza urgenza. Perché queste caratteristiche? Perché sono attività esposte a forti sollecitazioni emotive (l'urgenza) con un impatto sulla vita personale notevole (notti, festività e sensazione di dover pesare sui colleghi per la sostituzione in occasione di difficoltà a svolgere il proprio turno) con elevati livelli di responsabilità legali.

E questo è un problema che sta affliggendo in modo drammatico tanti ambiti della medicina.

È ampiamente riconosciuto come negli ospedali pubblici di molte regioni (soprattutto nel nord d'Italia) manchino infermieri e medici specialisti. In alcune aree critiche come il Pronto Soccorso, l'Anestesia, Pediatria e Ginecologia siamo già in una condizione di emergenza. Le cause sono molteplici, oltre a quanto sopra menzionato dobbiamo aggiungere il drammatico errore di programmazione nella formazione degli specialisti, una formazione costosa per lo stato che ha portato nel corso degli ultimi anni a numeri insufficienti ad assicurare il ricambio di chi andava in pensione ma forse numeri capaci di assicurare un certo risparmio nei conti. La pandemia da Covid-19, con la fatica di questo ultimo anno e mezzo, ha contribuito ad amplificare il fenomeno spingendo molti ad anticipare quando possibile la pensione o in altri casi a trovare lavori meno gravosi nel privato o più remunerativi, all'estero. C'è poi una costante tensione legata al rischio di contenzioso legale, il lavoro nelle aree di urgenza è a maggiore rischio di denuncia e dunque è più difficile trovare specialisti in queste aree. Infine esistono ragioni più locali, molti infermieri e specialisti, si formavano nelle Università del Sud del paese e, a seguito della riapertura dei concorsi in quelle aree, hanno deciso di "tornare a casa".

Ciò di cui si parla meno è il fatto che questo fenomeno in diverse regioni del nord sta investendo in modo drammatico l'area della Salute Mentale. Il sistema nato

con la riforma Basaglia costituito da servizi diffusi sul territorio è a rischio di essere disarticolato. In Lombardia hanno chiuso già 4 reparti psichiatrici per mancanza di specialisti. La condizione tende a diventare sempre più grave, sta colpendo in modo rilevante le aree più periferiche della nostra regione dove gli specialisti sono meno incentivati a prendere servizio e dove, forse, le condizioni di lavoro sono più gravose a causa della cronica ridotta disponibilità di personale che rende la turnazione particolarmente faticosa. È urgente trovare una soluzione. Il ministero dell'Università ha ampliato gli ingressi nella scuola di specializzazione ma la soluzione con questa strada arriverà tra 4 anni. Troppo tardi per le persone che soffrono di disturbi psichiatrici e che, fuori dalle grandi aree metropolitane della regione non troveranno più presidi di cura adeguati. Troppo per un personale già profondamente affaticato da periodo Covid, che ha dato prova di senso del dovere e coraggio e che non merita di essere lasciato solo.

È urgente una soluzione in pochi mesi al fine di evitare una sofferenza che non meritano i pazienti, i loro familiari e tutti quegli operatori che con ostinazione, fatica e senso del dovere hanno continuato a combattere di giorno e di notte, durante i giorni feriali e durante le feste per difendere il diritto dei cittadini a ricevere cure adeguate.

È necessario un progetto globale che possa definire in modo chiaro gli obiettivi che il Servizio Sanitario Regionale si pone sull'area Salute Mentale. In questo Progetto è indispensabile definire i diritti di cura a cui ogni cittadino può accedere ma al contempo, in un'organizzazione territoriale della psichiatria, livelli di personale adeguati per assolvere questi compiti.

È poi indispensabile anche un adeguamento strutturale dei luoghi di cura. Una dotazione adeguata è un prerequisito fondamentale per erogare cure dignitose ai cittadini che necessitano di interventi.

In sintesi un intervento urgente per il reclutamento immediato del personale medico ed infermieristico necessario ed un nuovo Piano Regionale per la Salute Mentale rappresentano i passi indispensabili per salvaguardare il diritto alle cure per i cittadini lombardi che soffrono di patologie psichiche e fare in modo che, alla luce dell'esperienza maturata durante la pandemia da Covid-19, il servizio sanitario smetta di essere considerato in modo miope un costo ma torni ad essere percepito come un investimento essenziale per la crescita di una società moderna.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi

CORRISPONDENZE:

giancarlo.cerveri@asst-lodi.it

La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?

Mauro Percudani e Massimo Clerici

PRESIDENTI SIPLO

Nell'ambito della sanità pubblica, la salute mentale è purtroppo una delle aree più trascurate. I disturbi mentali sono tra le principali cause di disabilità in tutto il mondo, il suicidio è la seconda causa di morte nei giovani, la maggior parte delle persone che soffre di una malattia mentale non riceve un trattamento appropriato e tempestivo e anche chi accetta le cure necessarie continua a subire stigma e discriminazione nella società. Lo stigma e la discriminazione che colpiscono le persone che soffrono di problemi di salute mentale non riguardano solo questi ultimi, limitando anche le loro opportunità educative e le prospettive di lavoro, ma anche famiglie e congiunti, troppo spesso coinvolti in un disagio che si allarga a tutti e si declina nelle difficoltà derivanti da stress diffuso, burn-out e depressione.

La pandemia da COVID-19 ha ulteriormente evidenziato le differenze che esistono oggi tra bisogni e risorse a disposizione per la tutela della salute mentale: ha colpito - e continuerà a colpire - persone di tutte le età, a generare lutti ed eventi stressanti, a impoverire chi è più fragile con perdita di lavoro e precarietà, a generare un incremento di disturbi emotivi e relazionali a seguito dell'isolamento e delle ridotte possibilità di socializzazione. Molte evidenze documentano, in questa fase pandemica, un costante incremento di casi di depressione, di disturbi dell'adattamento e di comportamenti suicidari: tutto ciò particolarmente nella popolazione più giovane e nella popolazione più anziana.

Nel 2021 la giornata mondiale della salute mentale è stata lanciata come "Mental Health in an Unequal

World", tematica che sottolinea la disparità di opportunità di trattamento vissute dalle persone che soffrono di disturbo mentale, rispetto a chi manifesta altre patologie, e il terribile "gap" che esiste nella società tra bisogni di salute mentale e opportunità di cura. Per ridurre queste differenze è assolutamente necessario "investire" sulla salute mentale, in termini di risorse economiche e umane ed in termini di migliori opportunità che devono essere offerte ai cittadini. In questa fase storica, la promozione e la tutela della salute mentale dovrebbe infatti essere un obiettivo prioritario per i sistemi sanitari. Ma esiste questa consapevolezza nelle Istituzioni? Sono previsti investimenti "speciali" per affrontare l'emergenza disturbi mentali in epoca di pandemia? Quali azioni sono programmate per contrastare il continuo impoverimento di risorse in cui versano i Servizi per la salute mentale?

La solidità di una rete di servizi che, per decenni, ha dimostrato di essere capace di evolvere e di affrontare anche i "nuovi" bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, mantenendo peraltro la presa in carico dei pazienti più gravi e - al contempo - avviando programmi innovativi per affrontare le problematiche meno note o imprevedute, è oggi messa in crisi da carenze di personale che peggiorano progressivamente da anni e dalla drammatica difficoltà di reclutamento, in particolare fra gli altri, di medici psichiatri in diversi territori regionali e nazionali. In Lombardia, la chiusura di alcuni SPDC, la riduzione di posti letto ospedalieri e la progressiva riduzione di offerta dei Servizi territoriali, rischia di essere l'avvio di un percorso di indebolimento di tutto il settore

difficile da contrastare se non con azioni tempestive e con “programmi speciali” di potenziamento dell’intera rete di offerta.

I documenti che la Società Italiana di Psichiatria Lombarda (SIPLo) e il Coordinamento dei Primari Psichiatri Lombardi (CPPL) hanno predisposto e inviato nei mesi passati alla DG Welfare di Regione Lombardia rappresentano proposte operative concrete per avviare un chiaro progetto di potenziamento dei Servizi di salute mentale e di miglioramento dell’appropriatezza dei trattamenti offerti alla popolazione. Le problematiche relative alla riorganizzazione dei Servizi territoriali, all’implementazione di Servizi di salute mentale dedicati alla fascia giovanile, alla revisione del sistema della “residenzialità psichiatrica”, ai percorsi da dedicare ai pazienti autori di reato ed alla gestione dell’emergenza psichiatrica in Pronto Soccorso rappresentano criticità che devono trovare soluzioni normative e organizzative urgenti e adeguati finanziamenti per migliorare la qualità e l’appropriatezza dell’assistenza psichiatrica attuale.

Le proposte SIPLo si collocano pienamente nella prospettiva definita della Legge 15/2016 che ha ridefinito il contesto organizzativo e gli obiettivi di lavoro dei Servizi di salute mentale in Lombardia. A distanza di alcuni anni dall’approvazione della Legge 15, la sua attuazione è tuttavia ancora poco omogenea e del tutto incompleta, sia dal punto di vista organizzativo che dal punto di vista della realizzazione dei percorsi assistenziali e del finanziamento di nuovi servizi. Rispetto alla prospettiva di integrazione disciplinare e di innovazione clinica prevista dalla Legge, prevalgono infatti ancora logiche di settore e autoreferenzialità, spesso nocive per tutta la salute mentale. Tale situazione rende difficile affrontare i nuovi problemi e le nuove manifestazioni espressione di un livello di sofferenza emotiva diffusa in costante crescita a livello territoriale, particolarmente nella fascia di età giovanile.

La sfida della prevenzione è, invece, la sfida per la salute mentale del futuro. Affrontare presto e bene i problemi emotivi e psicologici dei più giovani evita di dover curare, successivamente, persone con veri e propri disturbi mentali il cui esito, poi, si rivelerebbe incerto. Affrontare precocemente il problema di un giovane che incomincia ad utilizzare sostanze e sviluppare dipendenza significa anticipare la valutazione della gravità di tali problemi, evitarne l’incrocio con i fattori di rischio più rilevanti e, soprattutto, depotenziare il più possibile il progressivo incremento di gravità di un disturbo psichiatrico accertato. Offrire terapie farmacologiche e psicoterapiche ad un giovane che interrompe la scuola e si chiude alle relazioni sociali è una scommessa sul futuro, ma anche un aiuto concreto a genitori e famiglie, spaventate ed impreparate ad affrontare una situazione di crisi che può sembrare non avere soluzioni.

È poi necessario investire risorse per favorire una forte collaborazione tra Servizi sanitari pubblici e privati, terzo settore, privato sociale e realtà dell’associazionismo, con il pieno coinvolgimento di tutta la rete sociale e di chi ha presa sui giovani, riesce a parlare con loro e ad ottenere la necessaria attenzione su quanto può essere dannoso per il loro futuro a breve, medio e lungo termine. In questo senso è necessario sviluppare servizi dedicati ai giovani, centri di ascolto e di supporto facilmente accessibili e concepiti in modo tale da poter essere un punto di riferimento per quella popolazione.

In questa dimensione dei problemi attuali ed emergenti, possiamo sperare che le proposte da tempo avanzate in ambito scientifico e clinico e da anni tradotte in documenti operativi, trovino ascolto nelle Istituzioni e trovino finanziamento e realizzazione nella pratica quotidiana dei Servizi di Salute mentale? Le capacità, le competenze e lo spirito innovativo dei professionisti che operano nei servizi psichiatrici sono testimoniate - anche in questo numero di Psichiatria Oggi - come da anni avviene nella

comunità scientifica che rappresentiamo. Questo spirito e queste competenze rappresentano il primo motivo per mantenere in vita una forte dose di speranza in un futuro in cui la tutela della salute mentale divenga appunto obiettivo prioritario per le Istituzioni. Questo spirito e queste competenze rappresentano la principale garanzia che investimenti adeguati nei Servizi di salute mentale producano - a cascata - vantaggi per l'intero sistema sanitario e per la Società tutta.

In questa fase così delicata in cui operiamo, nella quale è sempre più evidente la sproporzione drammatica tra le richieste che la popolazione esprime e le risorse che i Servizi di salute mentale possono mettere a disposizione, risulta ancora più importante la partecipazione di tutta la comunità dei professionisti nelle forme che li rappresentano, scientificamente e organizzativamente: appare indispensabile poi che questa comunità si rappresenti agli interlocutori in modo unitario, autorevole ed efficace. Solo così le istanze, i bisogni e le priorità dei professionisti e degli utenti dei Servizi di salute mentale potranno essere riconosciute e permettere - almeno ce lo auguriamo - la costruzione di quelle fondamentali collaborazioni con le Istituzioni indispensabili al fine di ottenere quanto necessario in termini di finanziamenti adeguati al rafforzamento ed alla ricostruzione dei percorsi di cura atti a tutelare la salute mentale nella popolazione.



RECENSIONI

EUGENIO BORGNA

In dialogo con la solitudine¹

Recensione, Commento, Divagazioni

di Alberto Giannelli

FONDATORE PSICHIATRIA OGGI

Nel suo *La solitudine dell'anima* (Feltrinelli, Milano, 2011) *Borgna* già parlava della solitudine. Qui, ci parla del dialogo con la solitudine. La nostra e quella dei nostri malati, Anzi, di tutti i malati. Il dialogo presuppone una voce che parla e un'altra che ascolta. Ma nell'incontro con l'altro da noi, del dialogo fa parte anche *il silenzio*. Sono sempre stato affascinato, fin da ragazzo, dal silenzio delle grandi navate delle cattedrali e da quello dei monasteri e delle abbazie dove si parla solo con lo sguardo, i gesti, lo stile del camminare, del muoversi. Solo, senza nessuno che mi accompagnasse. Quali momenti migliori per dialogare con la solitudine, la nostra solitudine, questa imponderabile e seducente condizione dell'umana presenza? Solo nel silenzio si può dialogare con la nostra solitudine. O tentare di farlo. Che in quei luoghi sia nato il linguaggio gestuale che si usa con chi è sordo?

Ma capita che, una volta partiti, il viaggio verso la

nostra solitudine si interrompa. Lo dice bene un poeta dei nostri tempi, Giorgio Caproni: *quando cominciavo a capire il paesaggio si scende – dice il capotreno – il viaggio è finito*. Ma chi è il capotreno? Siamo noi timorosi di scoprire cose fortemente sgradevoli, che ci possono inquietare, o la nostra incapacità ad orientarci nell'isola cercandone i confini e trovando invece quelli dell'oceano o è, addirittura, il destino?

Dialogare con la solitudine, quella dei nostri malati, richiede empatia, e anche se in questo libro *Borgna* non lo dice esplicitamente ce lo fa capire, con i richiami alle sue esperienze di clinico e di terapeuta, non solo, ma anche con rimandi toccanti alle sue esperienze di vita, vissute nell'infanzia e nell'adolescenza, e anche oltre.

Empatia, questa indispensabile attitudine purtroppo oscurata oggi nella prassi e nella teoria dall'adesione, spesso acritica, al paradigma neurobiologico che mette in secondo piano l'irrinunciabile vocazione della psichiatria

1. edito da Einaudi, Torino, 2021

ad essere disciplina anche e soprattutto umana e sociale.

L'empatia, che deriva dall'estetica romantica del XIX sec, e poi trasferita ad opera di illuminati psicopatologi nel linguaggio della psichiatria e della psicopatologia cliniche, è l'attitudine a immedesimarsi, *restando sé stessi*, nei bisogni e nelle esigenze degli ammalati, riuscendo a coglierne le emozioni e, a volte, intuirne perfino i pensieri: quelli non espressi dalle parole, ma avvertibili dagli sguardi, dai gesti, dalle espressioni dei volti. Cosa, quest'ultima, che conoscono bene i genitori di fronte all'autismo di un figlio (magari il loro unico figlio). E conosciamo bene anche noi psichiatri quando tentiamo il dialogo con gravi depressi o psicotici prigionieri del loro negativismo.

Certo, essere empatici nel dialogo con i nostri malati, con le loro solitudini, le loro disperazioni, ma anche le loro speranze, richiede tempo, pazienza, disponibilità all'ascolto e al rispetto dei silenzi. Ma anche, come più volte *Borgna* ha scritto, gentilezza, garbo, sensibilità e, io aggiungo, capacità di sorridere. Molte di queste cose trascurate nel ritmo spesso frenetico che si vive in un reparto di psichiatria, oggi aggravato dalla pandemia, a causa della quale i nostri malati si sentono ancora più soli di quanto già non fossero prima, comunque da sempre gli ultimi a ricevere l'attenzione di chi è preposto a legiferare in tema di pubblica sanità.

Non so se la capacità di entrare nella solitudine dei nostri malati sia innata o acquisita nel tempo, non so se siamo fin dalla nascita empatici o lo diventiamo attraverso la socializzazione, gli esempi degli altruisti, le prove cui la vita prima o dopo ci sottopone (magari una seria malattia, nostra, non di altri). È un vanto della neurofisiologia italiana - quella della Scuola di Parma, diretta da Giacomo Rizzolatti - avere individuato nel funzionamento del *mirror system* la spiegazione cerebrale dell'empatia. Neuroscienze e psicopatologia devono dialogare tra loro, pur dotate di differenti percorsi metodologici, ed è compito della psichiatria fruire, ma senza diventarne subalterna, dei risultati della ricerca in questo ambito e in molti altri. Tale

dialogo è tanto più necessario in un'epoca come l'attuale in cui telemedicina e telepsichiatria devono fare i conti con lo sviluppo neuroscientifico e biotecnologico che non può non interferire nel rapporto medico-paziente.

Sta di fatto che il dialogo con la solitudine degli ammalati, ma anche con la nostra, è aperto da sempre, non è una sfida dei nostri giorni.

I richiami che *Borgna* fa di poeti, narratori e filosofi, in questo, come in molti altri dei tanti libri che ha scritto finora, sono significativi dell'importanza ma anche della complessità del tema della solitudine. Lui guarda al passato lontano (Agostino, Petrarca, Hölderlin, Leopardi, Dickinson e altri), ma anche a quello a noi più vicino (Nietzsche, Rilke, G. Trakl, Virginia Woolf, Simon Weil, Etty Hillesum, Antonia Pozzi). Del resto, ci ricorda che la follia è la sorella infelice della poesia - come diceva Clemens Brentano -, perchè non potrebbe esserlo anche la solitudine? Ai nomi appena citati aggiungerei quello di Alda Merini, scomparsa nel 2009, che ha conosciuto l'orrore del manicomio e dell'elettroshock, scrivendo *delle ombre che calavano sulla mente*. Questa immagine delle ombre, contrapposta a quella della luminosità delle sue poesie, mi fa venire in mente - ma non so quanto a proposito - quello che diceva C.G. Jung, e cioè che le ombre sono le parti inconscie della nostra personalità represses per convenzioni o convinzioni morali o religiose. So, perché l'ho conosciuta personalmente, che quando il suo disturbo bipolare le concedeva ampi spazi di libertà e di prolifica creatività, questa grande voce della poesia contemporanea era quella di una donna fortemente attaccata alla vita. E alla speranza. Come dice in un suo aforisma: *anche la follia merita un applauso*.

Anche nella follia, aggiungo io, si dialoga - si può dialogare - con la propria solitudine. E da un tale dialogo escono - possono uscire - capolavori che tali restano nel tempo.

Il dialogo con la propria - la nostra - solitudine non è disgiunto da quello degli ammalati con la loro. Ed esplorando la loro stiamo esplorando - magari senza accorgercene - la nostra, attraverso insondabili, per certi

versi misteriosi percorsi. La stessa cosa ci succede nei sogni. Sognando siamo soli, apparentemente passivi spettatori della scena onirica. Ma in realtà attori. Perché – scriveva Freud in un saggio successivo di qualche anno alla *Traumdeutung – nei sogni c'è sempre con noi l'amato Io*.

Questo di *Borgna*, oltre che bello, è un buon libro, non solo per l'eleganza della scrittura e la profondità del pensiero, del resto come i precedenti, ma anche perché permette di esternare propri punti di vista e introdurre, *divagando*, proprie considerazioni e aggiungere altre modalità di accesso a questo tema complesso ma affascinante. In fondo, *un buon libro lo fa anche un buon lettore*.

Ci sono anche *tre divagazioni* suggeritemi da questo libro e da ricordi, letture e pensieri che tornano da lontano

La prima è la solitudine che tutti abbiamo vissuto agli albori della nostra vita. Quella del feto solo e in silenzio nel grembo materno, ma che recepisce della madre il tono della voce, il ritmo del respiro e il battito del cuore. Quando, proiettato nel mondo, il neonato strilla o piange, si calma se la madre lo stringe a sé e l'abbraccio seno-brachiale gli fa rivivere quei suoni e quella voce sentiti, anzi goduti, nel paradiso perduto. Azzardo a dire che la solitudine è l'esperienza primigenia già in agguato ancor prima della nostra nascita.

La seconda attiene alla solitudine e al silenzio che Gesù (non Gesù Cristo, perché nei quattro vangeli canonici il nome di Cristo non compare, bisogna aspettare Paolo di Tarso) vive, dopo l'ultima cena, nell'orto degli olivi, nell'angoscia dell'abbandono dei discepoli e nell'imminenza del tradimento. Supplica Dio, ma Dio tace. Più tardi, ormai sulla croce, Lui griderà: *Mio Dio, mio Dio, perché mi hai abbandonato?* (Mc, XV, 33-35). Ma anche qui Dio tace. Forse la solitudine più drammatica nella storia del mondo di cui il Figlio Unigenito ha cambiato il destino. Un dialogo che, pur nell'atroce sofferenza carnale, si è piegato, inchinato a un insondabile monologo.

La terza, che deriva direttamente -se l'ho ben capito- dal testo di *Borgna*, è che il dialogo con la nostra solitudine è per noi psichiatri, anche quello con la solitudine

dei nostri malati. Qui torna il tema dell'empatia, della immedesimazione, che non ci fa smettere di essere noi stessi. Altrimenti, che vantaggio porteremmo a loro, ascoltandoli? Parafrasando una nostra scrittrice e saggista, Nadia Fusini, mi sento di dire che da terapeuti noi siamo altri senza smettere di essere quello che siamo. Se non c'è l'apertura all'altro non c'è dialogo con la sua solitudine. Scriveva Gabriel Marcel: *l'altro in quanto altro per me esiste solo in quanto mi sono a lui aperto*. Il dialogo con la solitudine è quello con *l'interiorità*. E l'interiorità -dice un nostro filosofo contemporaneo, Carlo Sini- è una categoria della mente che per il suo stesso costituirsi ha bisogno del dialogo interumano, intersoggettivo. Queste cose, del resto, *Borgna* le aveva già dette nel lontano 1988 scrivendo che la psichiatria, riconoscendosi nelle sue strutture dialogiche e relazionali, è autentica nella misura in cui è sociale, interpersonale.

Questi e altri insegnamenti, derivanti dalla sua scorrevole ma concettosa scrittura, mi convincono sempre di più che *Borgna* è, ormai da molti anni, l'unico psichiatra italiano che ha sempre qualche cosa di nuovo, di stimolante da dire e argomentare, ricorrendo con puntualità ai grandi pensatori e psicopatologi del passato sia remoto sia recente, che hanno fatto grande la psichiatria, quella mitteleuropea a cui, con orgoglio, accosto la nostra. Ha da parlarci anche di cose attuali, mondane, e con spirito umanitario cita la pandemia e i suoi effetti nefasti che aumentano, accentuano, a volte drammatizzano la solitudine, spesso coniugata con l'isolamento imposto dalle necessità contingenti, ma spesso ignorato o trasgredito. A questo proposito riporto alcune considerazioni di un noto psicoanalista - Vittorio Lingiardi- che scrive che la vita on-line, che tante volte abbiamo maledetto, questa volta durante i lockdown ci ha salvato nel senso che ha garantito la continuità delle nostre relazioni e terapie. Con la pandemia, che ancora non è finita, l'uomo ha subito la quarta umiliazione, dopo quelle copernicana, darwiniana, freudiana (*non siamo padroni in casa nostra*). Questa pandemia mortifica la nostra onnipotenza attraverso le

quarantene, la chiusura dei confini, le preoccupazioni del contagio e molte altre cose e mette in evidenza che da soli non ne usciamo perché non siamo un sistema isolato che possa funzionare da solo.

Leggere questo libro di *Borgna* mi ha permesso di aggiungere qualche mio pensiero sul tema del dialogo con la solitudine, anche con divagazioni personali. È un buon libro quello che, leggendolo o dopo averlo letto, ci pone domande alle quali non è sempre facile trovare risposte. Ed è un buon libro quello che ci mette in comunicazione con il suo autore avviando con lui un dialogo aperto a nuovi orizzonti, *nella speranza di un arricchimento che con Borgna non manca mai*. Diceva Agostino, che la speranza è la memoria del futuro. E, qualche secolo dopo, Leibniz che è la fede nel futuro. Due pensatori che Borgna conosce bene, anche perché proprio sulla speranza ha scritto cose eccellenti in altri suoi libri, tra i quali ricordo *Speranza e disperazione* (Einaudi, Torino, 2020).

Per chi volesse approfondire alcuni dei temi accennati consiglio: *Paolo Rumiz* Il filo infinito, *Feltrinelli* 2019; *Massimo Recalcati* La notte del Getsemani, *Einaudi* 2019; *Agostino* Le confessioni, *Einaudi* 2002; *Vito Mancuso* I quattro maestri, *Garzanti* 2020; *A.A.* Semi Tecnica del colloquio, *R. Cortina* 1985; *A. Giannelli* Elogio del silenzio (e della solitudine) *www Psichiatria oggi* dic. 2019; *E. Baroncelli* Falene, *Sellerio* 2012; *Vittorio Lingiardi* Arcipelago N, variazioni sul narcisismo, *Einaudi* 2021; *Nadia Fusini* Maestre d'amore, *Einaudi* 2021.



Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana

Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.

ABSTRACT

Gli studi epidemiologici si basano spesso su database amministrativi. Le informazioni relative agli agiti e alle ideazioni suicidarie in tali database sono spesso mancanti, incomplete o inaffidabili. I referti delle visite psichiatriche contengono informazioni più accurate, complete e affidabili ma risultano difficili da analizzare per la loro natura non strutturata, essendo salvati in forma di testo libero. La lettura manuale da parte di operatori per l'estrapolazione di informazioni è una procedura lunga, onerosa e poco attendibile. Al fine di poter estrarre informazioni dai testi in maniera rapida, affidabile e automatizzata abbiamo ideato e testato un algoritmo in grado di identificare i referti relativi a ideazione suicidaria all'interno di un corpus più ampio. Ne abbiamo quindi testato le performance su tre campioni di referti provenienti dai Pronto Soccorso (PS) dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana. Nonostante l'algoritmo sia ancora nelle prime fasi di sperimentazione, l'accuratezza è risultata superiore al 90% in tutti e tre i campioni da noi analizzati. Un algoritmo con performance sufficientemente elevate potrà essere utilizzato

per stimare gli andamenti epidemiologici degli episodi suicidari e autolesivi o, con modifiche opportune, per qualunque fenomeno psicopatologico che sia in qualche modo identificabile dai referti redatti dagli specialisti salvati in formato digitale.

INTRODUZIONE

Il Natural Language Processing (NLP) è un campo pertinente la linguistica, la computer science e l'intelligenza artificiale che si occupa dell'interazione tra computer e linguaggio umano, e dei metodi per programmare i computer al fine di analizzare grosse moli di dati in forma di linguaggio naturale (scritto o parlato) (Nadkarni et al., 2011). Descrive un insieme di tecniche utilizzate per convertire passaggi di testo scritto in set di dati interpretabili che possono essere analizzati da modelli statistici e di machine learning (ML) (Harrison & Sidey-Gibbons, 2021). È oggi utilizzata in vari ambiti della medicina per estrarre informazioni cliniche dai referti presenti nei database delle strutture sanitarie (Le et al., 2018; Savova et al., 2010; Le Glaz et al., 2021; Metzger et al., 2017; Corcoran & Cecchi, 2020; Bernert et al., 2020). Il suicidio, l'ideazione suicidaria e i gesti autolesivi rappresentano una delle più frequenti e gravi manifestazioni cliniche di svariati disturbi psichiatrici che spesso si presentano in Pronto Soccorso (PS) all'attenzione degli psichiatri (Owens et al., 2014; World Health Organization, 2013; Pestian et al., 2010). I dati strutturati presenti nei database delle strutture sanitarie vengono spesso utilizzati per studi epidemiologici osservazionali. Tuttavia questo tipo di dati sono spesso carenti e affetti da un elevato tasso di dati mancanti o incompleti (Davis et al., 2016). I referti redatti in PS dai medici specialisti rappresentano una

fonte di dati ricca di informazioni che possono essere utilizzate a integrazione delle informazioni disponibili (Stewart & Velupillai, 2021). Tuttavia la forma testuale ne rende difficile l'impiego nelle analisi in assenza di un adeguato trattamento. La lettura manuale dei referti è una procedura lunga, costosa e soggetta a errori (Ford et al., 2016).

Il nostro obiettivo è quello di proporre e di valutare le performance di un algoritmo in grado di automatizzare l'identificazione dei referti relativi a fenomeni suicidari all'interno di un corpus di referti specialistici più ampio. Tale algoritmo potrebbe trovare successivamente impiego, per esempio, nel monitoraggio degli accessi in PS per ideazione suicidaria o, con i dovuti adattamenti, per qualunque altro motivo pre-specificato. Come gold standard è stata utilizzata l'identificazione e la classificazione manuale dei referti da parte degli autori.

CRITERI DI CLASSIFICAZIONE

Sono stati considerati come positivi dagli autori tutti i referti chiaramente riferiti ad accessi nei PS dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana per le seguenti motivazioni:

- ideazione o intenzionalità suicidaria non agita;
- agiti messi in atto volontariamente a scopo autolesivo o suicidario (ingestione incongrua di farmaci o altre sostanze, lesioni da taglio, precipitazioni, ecc.).

Non sono stati considerati validi abusi di sostanze e overdose anche potenzialmente letali se non accompagnati da chiara intenzionalità autolesiva o episodi di agiti chiaramente involontari (per es. sovradosaggio di farmaci in caso di demenza). I referti appartenenti ai campioni sono stati letti e classificati da uno degli autori. Tale procedura è stata considerata il riferimento (gold standard) per la valutazione delle performance dell'algoritmo. I referti classificati come positivi dagli autori sono quindi stati ritenuti veri positivi, tutti gli altri come veri negativi.

ALGORITMO

L'algoritmo è stato concepito utilizzando tecniche di base del NLP. Si è ipotizzato che tecniche di base siano sufficienti per discriminare efficacemente i referti relativi a ideazioni suicidarie/agiti autolesivi. I referti medici sono scritti in generale con una certa uniformità di linguaggio, tendendo a descrivere fenomeni simili tra loro con una terminologia e sintassi piuttosto standardizzata. La seconda ipotesi su cui viene basato l'algoritmo è che nei referti relativi a ideazione suicidaria/agiti autolesivi, alcuni termini standard saranno più frequenti che nei referti relativi a pazienti giunti in PS per altre problematiche. L'indice "term frequency-inverse document frequency" (TF-IDF) (ovvero il rapporto tra la frequenza locale di una parola rispetto alla frequenza globale della stessa) (Balestri, 2019) è una funzione utilizzata in information retrieval (recupero dell'informazione) per misurare l'importanza di un termine rispetto a un documento o a una collezione di documenti. Si ipotizza quindi che l'indice TF-IDF relativo a parole tipicamente utilizzate per descrivere ideazione suicidaria/agiti autolesivi sia più alto nei referti a essa relativi. Gli autori hanno costruito un dizionario di termini che frequentemente utilizzano per identificare i fenomeni suicidari e autolesivi, utilizzato per la costruzione di un punteggio relativo a ogni referto e indicativo di una maggior presenza di termini relativi al fenomeno in oggetto. Fissato un cut-off di positività per il punteggio assegnato, è possibile identificare i referti positivi per ideazione suicidaria secondo l'algoritmo e confrontarli con il gold-standard secondo la Tabella 1.

Sensibilità e specificità per ogni determinato cut-off verranno calcolate come i rapporti:

$$\text{Sensibilità} = \frac{\text{Veri positivi}}{\text{Totale dei positivi}}$$

$$\text{Specificità} = \frac{\text{Veri negativi}}{\text{Totale dei negativi}}$$

Al variare del cut-off varieranno i valori di sensibilità e specificità, permettendo di costruire la curva Receiver Operating Characteristic (ROC) e di calcolarne l'Area Under the Curve (AUC), utilizzata come misura di accuratezza complessiva dell'algoritmo. Sia per la programmazione dell'algoritmo che per l'analisi delle prestazioni è stato utilizzato il software R versione 4.1.1. L'algoritmo prevede i seguenti passaggi (Bottarelli & Parodi, 2003).

Creazione del dizionario

Le parole inserite nel dizionario sono state scelte dagli autori, i quali hanno individuato un insieme di parole di frequente utilizzate nella redazione dei referti inerenti agiti autolesivi e ideazioni suicidarie. Il dizionario è stato quindi sottoposto a stemming (riduzione della forma flessa di una parola alla sua forma radice) attraverso il software, di modo da renderlo confrontabile con il database risultante dai referti.

Importazione dei file pdf dei referti in formato tabellare

I file pdf dei referti vengono scaricati direttamente dal software ospedaliero. Ogni campione viene scaricato in una cartella. Raccolto il campione di referti in formato pdf, una funzione li raggruppa in un database strutturato come nella tabella seguente (Tabella 1):

Tabella 1: struttura del dataframe generato dall'importazione dei referti dal formato pdfa

n.referto	testo
1	testo referto 1
2	testo referto 2
...	...
n	testo referto n

Tokenizzazione e rimozione delle stop word

La tokenizzazione è il processo attraverso il quale un testo viene suddiviso in singoli token. Un token può essere qualunque suddivisione del testo: parole, frasi, espressioni regolari (regex), fino all'intero documento. Nel nostro algoritmo i referti vengono tokenizzati in singole parole, ottenendo un dataframe nella forma riportata in tabella. Da tale dataframe vengono rimosse le stop words italiane. Le stop words sono parole non informative in termini di contenuto, per esempio articoli, congiunzioni, alcuni verbi come la declinazione del verbo essere o avere, ecc. Nel nostro caso, è stata utilizzata la versione italiana del dizionario stopwords-iso. Sono stati inoltre rimossi tutti i termini importati dall'intestazione dei referti, non utili all'identificazione dell'outcome. A questo punto, tutte le parole del dataframe vengono sottoposte a stemming come il dizionario, mantenendo nel dataframe solo il tema di ogni parola (Tabella 2).

Tabella 2: struttura del dataframe a seguito della tokenizzazione

n.referto	parola
1	parola 1 referto 1
1	parola 2 referto 1
...	...
i	parola j referto i
i	parola j+1 referto i
...	...
n	parola k referto n

Calcolo del punteggio

Per ogni parola rimasta nel dataframe viene calcolato l'indice TF-IDF. Tale indice viene moltiplicato per 1 se presente nel dizionario o per 0 se non presente. Il

punteggio finale per ogni referto viene calcolato come somma semplice dei valori così ottenuti in quel referto. La formula complessiva è la seguente:

$$\sum_{i=1}^{J_i} \text{TF}(x_{ij}) * \text{IDF}(x_{ij}) * I_{[\text{dizionario}]}(x_{ij})$$

dove x_{ij} rappresenta la parola j -esima nel i -esimo referto presente nel corpus analizzato, J_i il numero totale di parole selezionate del referto i -esimo, "TF" (x_{ij}) e "IDF" (x_{ij}) le rispettive funzioni di TF e IDF:

$$\text{TF}(x_{ij}, i) = \frac{f(x_{ij})}{\sum_{x \in i} x} = \frac{\text{frequenza della parola } j\text{-esima nel referto } i\text{-esimo}}{\text{n}^\circ \text{ totale di parole nel referto } i\text{-esimo}}$$

$$\text{IDF} = \log \frac{N}{\{i \in I: x_{ij} \in i\}} = \log \frac{\text{n}^\circ \text{ di referti nel corpus}}{\text{n}^\circ \text{ di referti nel corpus con la parola } j\text{-esima}}$$

e $I_{[\text{dizionario}]}(x_{ij})$ la funzione indicatore:

$$I_{[\text{dizionario}]}(x_{ij}) = \begin{cases} 1, & x_{ij} \in \text{dizionario} \\ 0, & x_{ij} \notin \text{dizionario} \end{cases}$$

RISULTATI

Non essendo presenti in letteratura precedenti esperienze in lingua italiana, ed essendo il dizionario basato semplicemente sull'esperienza clinica degli autori, non è possibile risalire a valori di cut-off di riferimento per l'indice TF-IDF utilizzato. Per valutare le prestazioni dell'algoritmo è stata impiegata l'Area Under the Curve (AUC) della curva Receiver Operating Characteristic (ROC). Il valore della AUC può variare tra un minimo di 0,5 (a livello del quale la capacità discriminatoria sarebbe pari a quella del lancio di una moneta non truccata) a 1 (in caso di perfette sensibilità e specificità). Il gold-standard di riferimento è stata la classificazione manuale dei referti

da parte degli autori stessi. Nella prima fase, si è testato l'algoritmo su due campioni di referti. Il primo di 20 referti di cui 7 classificati dagli autori come agiti autolesivi. Il secondo campione di 72 referti di cui 43 inerenti agiti autolesivi. Infine il terzo test è stato eseguito sul dataframe globale dato dall'unione dei due campioni. I risultati sono riportati di seguito.

Sul primo campione l'AUC è risultata di 0,9341, suggerendo ottime capacità di discriminazione. Di seguito è rappresentata la curva ROC risultante (Figura 1) e alcuni valori di sensibilità e specificità in tabella per tre valori soglia del punteggio (Tabella 3).

Figura 1: curva ROC sul primo campione

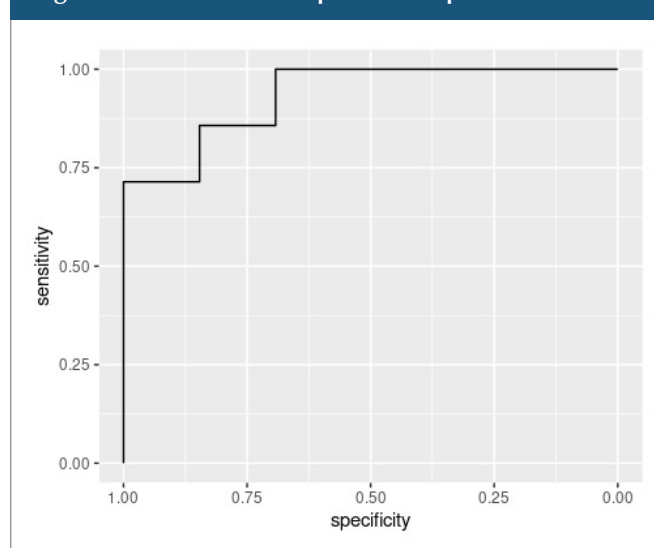


Tabella 3: Specificità e sensibilità sul primo campione al variare del cut-off del punteggio

Cut-off	sensibilità	specificità
0.015	1.000	0.692
0.038	0.857	0.846
0.083	0.714	1.000

Sul secondo campione si è riscontrato un valore di AUC di 0,9174, confermando anche in questo caso ottime prestazioni per quanto riguarda l'accuratezza. Di

seguito è rappresentata la curva ROC (Figura 2) e sono riportati i valori di sensibilità e specificità per alcuni valori di cut-off del punteggio (Tabella 4).

Figura 2: curva ROC sul secondo campione

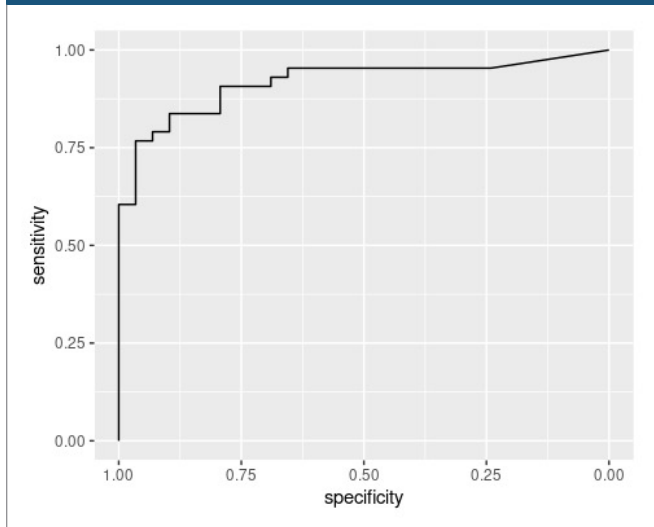


Tabella 4: Specificità e sensibilità sul secondo campione al variare del cut-off del punteggio

Cut-off	sensibilità	specificità
0.000	1.000	0.000
0.021	0.953	0.655
0.027	0.930	0.690
0.033	0.907	0.793
0.041	0.837	0.897
0.046	0.791	0.931
0.051	0.767	0.966
0.066	0.605	1.000

Figura 3: curva ROC sul terzo campione

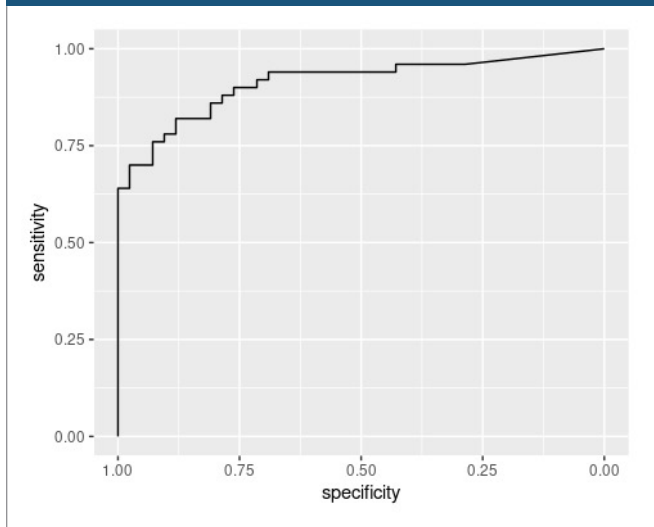


Tabella 5: Specificità e sensibilità sul terzo campione al variare del cut-off del punteggio

Cut-off	sensibilità	specificità
0.000	1.00	0.000
0.013	0.96	0.429
0.022	0.94	0.690
0.029	0.92	0.714
0.033	0.90	0.762
0.035	0.88	0.786
0.039	0.86	0.810
0.046	0.82	0.881
0.049	0.78	0.905
0.054	0.76	0.929
0.065	0.70	0.976
0.068	0.64	1.000

Sul campione globale infine l'AUC è risultata 0.9133 senza quindi sostanziali variazioni dovute all'aumento di numerosità del campione. La curva AUC (Figura 3) e i valori di sensibilità e specificità ottenuti (Tabella 5) sono riportati di seguito.

DISCUSSIONE

I dati preliminari ottenuti suggeriscono ottime potenzialità dell'algoritmo da noi ideato. Nonostante siano solo i primi tentativi, le performance di accuratezza ottenute, con AUC costantemente superiori al 90%, suggeriscono già una eccellente capacità discriminatoria. L'ottimizzazione dell'algoritmo stesso, eventualmente tramite l'implementazione di tecniche di ML, potrebbero portare a ulteriori miglioramenti. I primi risultati

(qui non riferiti) relativi all'impiego di un modello di regressione logistica (la più semplice tecnica di ML) hanno condotto a risultati sovrapponibili a quelli riportati in questo articolo. I limiti principali di questo progetto al momento sono i seguenti. Innanzitutto sarebbe opportuno identificare un dizionario italiano validato riguardo l'ideazione suicidaria. I termini da noi impiegati sono stati identificati sulla base di un confronto tra gli autori, tutti operanti presso ASST Lariana. Tali termini potrebbero non coincidere con quelli utilizzati presso altri servizi e comunque non sono stati sottoposti ad alcun processo di validazione. Il TF-IDF è calcolato sulla base della frequenza dei termini sia all'interno del singolo referto e (inversamente) alla frequenza all'interno del corpus di referti analizzato. Differenze nella prevalenza di referti inerenti a ideazione suicidaria potrebbero portare a variazioni significative dei punteggi e quindi delle performance. Per valutare il potenziale impatto di questo aspetto è necessario condurre ulteriori analisi per verificare se le prestazioni vengono mantenute in caso di prevalenze inferiori (o superiori) rispetto a quelle analizzate, in cui la prevalenza è stata impostata ad hoc.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - ASST Lariana

CORRISPONDENZA

alberto.alamia@asst-lariana.it

BIBLIOGRAFIA

1. Nadkarni P.M., Ohno-Machado L., Chapman W.W. *Natural language processing: an introduction*. J Am Med Inform Assoc 2011;18(5):544-51.
2. Harrison C.J., Sidey-Gibbons C.J. *Machine learning in medicine: a practical introduction to natural language processing*. BMC Med Res Methodol 2021;21:158.
3. Le D.V., Montgomery J., Kirkby KC, Scanlan J. *Risk prediction using natural language processing of electronic mental health records in an inpatient forensic psychiatry setting*. J Biomed Inform 2018;86:49-58.
4. Savova G.K., Masanz J.J., Ogren P.V., Zheng J., Sohn S., Kipper-Schuler K.C., et al. *Mayo clinical text analysis and knowledge extraction system (cTAKES): Architecture, component evaluation and applications*. J Am Med Inform Assoc 2010;17(5):507-13.
5. Le Glaz A., Haralambous Y., Kim-Dufor D., Lenca P., Billot R., Ryan T.C., et al. *Machine learning and natural language processing in mental health: Systematic review*. J Med Internet Res 2021;23(5):e15708.
6. Metzger M.H., Tvardik N., Gicquel Q., Bouvry C., Poulet E., Potinet-Pagliaroli V. *Use of emergency department electronic medical records for automated epidemiological surveillance of suicide attempts: a French pilot study*. Int J Methods Psychiatr Res 2017;26(2):e1522.
7. Corcoran C.M., Cecchi G.A. *Using Language Processing and Speech Analysis for the Identification of Psychosis and Other Disorders*. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging 2020;5(8):770-779.
8. Bernert R.A., Hilberg A.M., Melia R., Kim J.P., Shah N.H., Abnoui F. *Artificial Intelligence and Suicide Prevention: A Systematic Review of Machine Learning Investigations*. Int J Environ Res Public Health 2020, 17, 5929.
9. Owens C., Roberts S., Taylor J. *Utility of local suicide data for informing local and national suicide prevention strategies*. Public Health 2014;128(5):424-429.
10. World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization 2013 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>
11. Pešćian J., Nasrallah H., Matykiewicz P., Bennett A., Leenaars A. *Suicide Note Classification Using Natural Language Processing: A Content Analysis*. Biomed Inform Insights 2010;4:2010(3):19-28.
12. Davis K.A., Sudlow C.L., Hotopf M. *Can mental health diagnoses in administrative data be used for research? A systematic review of the accuracy of routinely collected diagnoses*. BMC Psychiatry 2016 Jul 26;16:263.
13. Stewart R., Velupillai S. *Applied natural language processing in mental health big data*. Neuropsychopharmacology 2021;46(1):252-253.
14. Ford E., Carroll J.A., Smith H.E., Scott D., Cassell J.A. *Extracting information from the text of electronic medical records to improve case detection: a systematic review*. J Am Med Inform Assoc 2016 Sep;23(5):1007-1015.
15. Balestri M. *Natural Language Processing per l'estrazione di informazioni mediche dai testi. = Natural Language Processing for medical information extraction*. Rel. Paolo Garza. Politecnico di Torino, Corso di laurea magistrale in Ingegneria Informatica (Computer Engineering), 2019.
16. Bottarelli E., Parodi S. *Un approccio per la valutazione della validità dei test diagnostici: Le curve ROC (receiver operating characteristic)*. Ann Fac Medic Vet di Parma 2003;23:49-68.

Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive

Baccara A.*°, Del Giudice R.°, Bertelli S.°,
D'Agostino A.*°

INTRODUZIONE

L'Anoressia Nervosa (AN) è un grave disturbo mentale caratterizzato da un'intensa paura dell'aumento di peso e da una percezione distorta dell'immagine di sé, che motivano una severa restrizione dietetica o altri comportamenti di perdita di peso come l'abuso di lassativi o un'eccessiva attività fisica (Treasure et al., 2015). Inoltre, nelle persone affette si osserva una compromissione del funzionamento cognitivo ed emotivo di varia gravità. L'AN inizia tipicamente nella prima adolescenza, sebbene possa manifestarsi a qualsiasi età (Herpertz-Dahlmann, 2009), ed ha incidenza maggiore nel sesso femminile rispetto a quello maschile negli adolescenti, con un rapporto compreso tra 10/1 e 15/1 (Swanson et al., 2011). Nella fisiopatologia dell'AN rientrano fattori genetici, psicologici, neurobiologici e ambientali. Le comorbidità psichiatriche più comuni sono la depressione e i disturbi d'ansia. La prevalenza *lifetime* di questi ultimi è stimata tra il 64% e l'83% nei pazienti con AN e Bulimia Nervosa (Godart et al., 2000) ed il disturbo d'ansia sociale è considerato il più comune. Anche il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è frequentemente in comorbidità con l'AN. Meno comunemente associati sono i disturbi da uso di sostanze, che risultano più frequenti nella forma di AN con abbuffate e condotte di eliminazione. Tra i disturbi della personalità, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (OCPD) ed il disturbo *borderline* di personalità (BPD), sono i più frequentemente associati, con una prevalenza stimata intorno al 22%.

La prognosi dell'AN mostra una grande variabilità. Vi sono casi più lievi, in cui il paziente va incontro a remissione spontanea senza trattamento, casi in cui il

recupero avviene solo dopo diverse tipologie di trattamento, con un andamento del peso fluttuante e ricadute più o meno frequenti, fino a condizioni più gravi con un deterioramento progressivo, causato dalla malnutrizione, che possono condurre anche alla morte. Se cronicizza, la malattia può presentarsi nella forma di una sindrome completa o nella forma di un disturbo della nutrizione o alimentazione senza altra specificazione.

Numerosi studi hanno indicato che gli esiti di mortalità, funzionamento psicosociale, disturbi psichiatrici e comportamenti problematici legati all'alimentazione risultano migliori nelle forme di anoressia ad esordio adolescenziale rispetto alle forme più tardive (Steinhausen et al., 2003). Per quanto riguarda il decorso temporale, diversi studi di follow-up hanno dimostrato che in pazienti adulti il tempo per la remissione completa è compreso tra 5 e 6 anni (Herzog et al., 1997).

Tra tutti i disturbi mentali, l'AN è stata associata al più alto tasso di mortalità. Sebbene la maggior parte dei decessi sia una diretta conseguenza di complicazioni mediche legate alla malnutrizione, come le complicazioni cardiache e le infezioni, un quinto dei decessi di questi pazienti deriva dal suicidio (Smink et al., 2012).

PRINCIPI DI TRATTAMENTO EVIDENCE-BASED

L'AN prevede un trattamento multidisciplinare che coinvolge diversi specialisti. Secondo le linee guida del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2017, ultimo aggiornamento 2020), l'obiettivo chiave consiste nell'aiutare i pazienti a raggiungere un peso o un BMI appropriato, tappa fondamentale nel promuovere altri cambiamenti psicologici, fisici e di qualità della vita, necessari per il miglioramento. La valutazione iniziale del paziente comprende un colloquio approfondito, un esame fisico e indagini per stabilire la gravità e la natura dei sintomi psicologici e fisici concomitanti. Quando possibile, è importante coinvolgere altre persone significative (*familiari, partner, caregiver*) nella valutazione

e nel trattamento successivo. In alcuni pazienti può essere necessario il ricovero immediato a causa di ipotensione importante, disidratazione, gravi anomalie elettrolitiche, aritmie o grave bradicardia e rischio di suicidio.

Per i pazienti per i quali il ricovero immediato non sia giustificato (o per coloro che sono già stati ricoverati), le alternative al trattamento ambulatoriale includono il trattamento residenziale e il trattamento diurno.

IL MANAGEMENT NUTRIZIONALE

Diverse linee guida sottolineano l'efficacia dell'alimentazione nasogastrica per i pazienti malnutriti, affrontando il rischio di sindrome da rialimentazione. Le recenti linee guida britanniche (2018) raccomandano di iniziare la rialimentazione a 5-10 kcal/kg/die per i pazienti gravemente sottopeso e di aumentare gradualmente fino a 20 kcal/kg/die entro 2 giorni. In assenza di fattori di gravità, si raccomanda l'assunzione di 20-25 kcal/kg/giorno senza superare 70-80 kcal/kg/die.

Inoltre, cinque linee guida raccomandano un aumento di peso minimo di 0,5 kg/settimana in ambiente ospedaliero, fino ad un massimo di 1,5 kg/settimana secondo le linee guida olandesi (2017).

LA PSICOTERAPIA

Nonostante il ripristino nutrizionale rappresenti il caposaldo del trattamento, sovente i miglioramenti ottenuti non vengono mantenuti sul lungo periodo in assenza di altri supporti. Tra questi nel corso degli anni ha assunto un ruolo fondamentale la psicoterapia, che nel caso di bambini e adolescenti coinvolge spesso anche la famiglia. La psicoterapia familiare (*Family-Based Therapy*, FBT) produce migliori risultati rispetto ad altre e si dimostra di aiuto nel percorso di rialimentazione. Tali interventi promuovono comportamenti alimentari sani e aiutano l'intero nucleo familiare ad allearsi contro il disturbo alimentare, piuttosto che attribuire la colpa a chi ne è affetto. I genitori monitorano attentamente tutti i pasti e le attività del paziente per prevenire un esercizio fisico

eccessivo e le condotte di eliminazione. Man mano che il trattamento avanza nella seconda fase, l'autonomia alimentare viene gradualmente trasferita al soggetto affetto e ci si concentra sul migliorare la comunicazione familiare e sul raggiungimento dell'indipendenza. Un altro approccio diffuso e validato è la terapia cognitivo comportamentale per disturbi alimentari (*Cognitive-Behavioral Therapy – Eating Disorders*, CBT-ED), che fa riferimento ad un trattamento psicologico personalizzato "transdiagnostico" specifico per i disturbi alimentari. Gli obiettivi della CBT-ED sono di aiutare il paziente a modificare e stabilizzare il proprio schema alimentare, concentrarsi sui processi che mantengono il problema alimentare e porre enfasi sul futuro e sul mantenimento dei cambiamenti che sono stati raggiunti.

Le linee guida NICE propongono anche altri trattamenti psicoterapeutici adatti all'AN quali il Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA), basato sulla ricerca biologica e psicologica e adattato ai tratti caratteriali di questo disturbo; lo Specialist Supportive Clinical Management (SSCM), un modello che combina la gestione clinica con uno stile terapeutico di supporto progettato per costruire una relazione terapeutica positiva e per favorire il miglioramento del paziente tramite l'identificazione e la revisione regolare dei sintomi target, psicoeducazione, monitoraggio dello stato fisico, definizione di un intervallo di peso obiettivo, educazione e consulenza nutrizionale. Viene infine consigliata la Eating Disorder-focused Focal Psychodynamic Therapy (FPT), un trattamento concepito come una psicoterapia ambulatoriale orientata alla psicodinamica di 40 ore per pazienti moderatamente malati con BMI > 15 kg/m² se CBT-ED, MANTRA ed SSCM non sono accettati, sono controindicati o risultano inefficaci.

Una recente Network Meta-Analysis ha evidenziato come gli interventi psicologici possano essere associati a miglioramenti moderati del decorso clinico e della qualità della vita, in assenza di evidenze circa la superiorità o inferiorità di una tecnica rispetto alle altre (Solmi et al., 2021).

LA TERAPIA FARMACOLOGICA

Non vi sono oggi disponibili farmaci con indicazione specifica per AN, ed il trattamento va pertanto considerato primariamente per le co-morbidità psichiatriche (ad es. disturbi d'ansia e dell'umore, DOC) (Aigner et al., 2011). Alcuni studi randomizzati hanno dimostrato che vari farmaci antidepressivi appartenenti alla classe degli Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, quando usati in combinazione con la psicoterapia, come la CBT, non risultano più efficaci della sola psicoterapia. Analogamente, non vi sono evidenze sufficienti che gli antipsicotici possano contribuire all'aumento di peso o ridurre i sintomi del disturbo alimentare di base.

LE NUOVE FRONTIERE TERAPEUTICHE

Per quanto riguarda i nuovi approcci terapeutici, grazie ad una miglior comprensione dei circuiti neurali coinvolti nell'AN, è stato possibile utilizzare con buoni risultati dei trattamenti di neuromodulazione, come la stimolazione cerebrale profonda (DBS), la stimolazione transcranica magnetica ripetitiva (rTMS) e la stimolazione transcranica a corrente continua (DMS), sia come mezzo di indagine dei meccanismi tipici della malattia, sia come strumento di trattamento.

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) è un approccio psicoterapeutico riconosciuto dal NICE e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quale trattamento di prima scelta per il disturbo da stress post-traumatico (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD). In seguito all'accumularsi di evidenze sul ruolo del trauma e degli eventi di vita avversi nell'eziologia di diversi disturbi, l'applicazione di questa tecnica viene oggi studiata in diversi gruppi di pazienti. Sebbene esistano protocolli d'intervento mirati su pazienti con diagnosi di disturbo alimentare (Zaccagnino, 2019), non vi sono ad oggi evidenze di efficacia in AN indipendentemente dalla co-morbidità con PTSD e dalla presenza di memorie traumatiche esplicite, ma alcuni studi in corso propongono di verificare gli esiti dell'intervento verso

terapie *gold standard* come la CBT (Bertelli, <https://doi.org/10.1186/ISRCTN16211499>; Ruggeri, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03156959>).

Infine, è importante considerare anche trattamenti emergenti e alternativi, tra i quali lo yoga risulta essere il più utilizzato. Questa pratica è stata a lungo utilizzata per aumentare la consapevolezza e il rilassamento, concentrandosi sulla connessione mente-corpo. L'allenamento della consapevolezza permette di affinare l'attenzione verso i meccanismi psicologici che contribuiscono al malessere emotivo e la padronanza dei propri contenuti mentali e degli stili abituali di pensiero permette maggiori possibilità di esplorazione, espressione e cambiamento di tali contenuti (Rizzuto et al., 2021).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia;

° Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Ospedale San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano, Italia

CORRISPONDENZA A:

armando.dagostino@unimi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Treasure J, Zipfel S, Micali N, et al. *Anorexia nervosa*. Nature Reviews Disease Primers, 2015; 1: 15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
2. Herpertz-Dahlmann B. *Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2009; 18: 31–47. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499308000552?via=ihub>
3. Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. *Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement*. Archives of General Psychiatry, 2011. 68(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
4. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. *Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance*. European Psychiatry, 2000; 15:38–45. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00212-1](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00212-1)
5. Steinhausen HC, Boyadjieva S, Grigorieu-Serbanescu M, Neumärker KJ. *The outcome of adolescent eating disorders, finding from an international collaborative study*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2003. 12: 91–98. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1112-x>
6. Herzog W, Schellberg D, Deter HC. *First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: a discrete-time survival analysis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997. 65(1), 169–177. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.169>
7. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. *Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates*. Current Psychiatry Reports, 2012; 14: 406–14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409365/>
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE guideline 69, 2017 (update 2020). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896>
9. Ministry of Health Clinical Practice Guidelines for the BC *Eating Disorders Continuum of Services*, 2018. <http://mh.providencehealthcare.org/sites/default/files/BC%20Eating%20Disorders%20Clinical%20Practice%20Guidelines.pdf>
10. Dutch Foundation for Quality Development in Mental Healthcare. *Practice guideline for the treatment of eating disorders [Zorgstandaard Eetstoornissen]*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ; 2017.
11. Solmi M, Wade TD, Byrne S, Del Giovane C, Fairburn CG, Östinelli EG, De Crescenzo F, Johnson C, Schmidt U, Treasure J, Favaro A, Zipfel S, Cipriani A. *Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry. 2021 Mar;8(3):215-224. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30566-6. Epub 2021 Feb 15. PMID: 33600749.
12. Aigner M., Treasure J., Kaye W., Kasper S. *The WFSBP task force on eating disorders World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders*. World J. Biol. Psychiatry. 2011;12:400–443. <https://doi.org/10.3109/15622975.2011.602720> <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/202996>
13. Zaccagnino M. (2019). *EMDR therapy protocol for the management of dysfunctional eating behaviors in anorexia nervosa*. In M. Luber, (Ed.), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets: Treating eating disorders, chronic pain, and maladaptive self-care behaviors (pp. 79-126). New York, NY: Springer Publishing Co.
14. Bertelli S. *Comparing EMDR with CBT for the treatment of anorexia nervosa* <https://doi.org/10.1186/ISRCTN16211499>
15. Ruggeri M. *CBT-Eb Plus EMDR Versus CBT-Eb in Patients With Eating Disorders (REAT-EMDR)* <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03156959>
16. Rizzuto L, Hay P, Noetel M, Touyz S. *Yoga as adjunctive therapy in the treatment of people with anorexia nervosa: a Delphi Study*. J Eat Disord 9, 111 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00467-9>

Il nulla che ferisce il sé

PARTE I

Barbieri S. *, Soardo L. °, Bertelli S. °, Aroasi P.L. *

INTRODUZIONE

Nonostante la letteratura empirica non offra ancora sufficienti evidenze, è evidente a chi svolge attività clinica nei servizi psichiatrici una recente trasformazione della clinica da forme nosograficamente definite a sindromi di confine e/o in comorbidità, mutevoli nel corso del tempo, spesso refrattarie agli approcci terapeutici tradizionali. Si osserva inoltre una “psichiatriizzazione” del disagio sociale e dell’antisocialità che ha drasticamente modificato la nostra utenza.

Ci proponiamo in questa ricerca di indagare questa trasformazione da due vertici distinti ma confluenti: l’epistemologia (utilizzando la sonda filosofica e antropologica) e la clinica (effettuando una ricognizione della letteratura, purtroppo scarsa, sul tema). L’obiettivo è quello individuare prospettive di riflessione sul disagio mentale postmoderno¹. Ciò con l’obiettivo di riorientare alcune pratiche terapeutiche.

La nostra ricerca si articola in due parti distinte che possono essere lette separatamente ma che hanno una loro coerenza interna:

- una prima parte che comprende una sintesi dei tentativi di autocomprensione filosofica della nostra epoca e un’analisi antropologica della cultura postmoderna;
- una seconda parte più specificatamente clinica, dove si darà conto della letteratura che indaga le trasformazioni del disagio mentale contemporaneo e si tenterà di rispondere alla domanda se e come siano pensabili una clinica e una semeiologia postmoderne.

Il presente articolo si propone dunque di utilizzare la sonda filosofica e quella antropologica per indagare le

caratteristiche della cultura postmoderna, nell’ottica di indagare se e in quale misura esse si riverberino sulla clinica; questa specifica indagine sarà oggetto dell’articolo successivo.

SUI PRINCIPALI TENTATIVI DI AUTOCOMPRESIONE FILOSOFICA DEL NOSTRO TEMPO

Essi sono stati tutti fortemente influenzati dal pensiero di Nietzsche: il nichilismo nelle sue varie declinazioni interpreta la crisi dell’uomo contemporaneo come prodotto di una generale svalutazione dei valori e degli ideali che guidavano l’agire dell’uomo, determinandone disorientamento e paralisi.

L’uomo è costretto a confrontarsi con il nulla e la potenza del negativo: il venir meno delle risposte alle domande essenziali sulla vita non può che provocare angoscia, spaesamento e perdita di senso.

La visione nicciana, grandiosa ed ermetica, individua nel nichilismo l’inevitabile approdo della cultura occidentale, mettendo in crisi i presupposti metafisici della filosofia a partire da Platone: per Nietzsche l’unica verità è l’assenza di verità e l’unica realtà è quella di un mondo in continuo divenire nel movimento dell’eterno ritorno¹.

La diagnosi nichilistica della crisi dei valori porta nei primi decenni del ‘900 a radicali critiche alla civiltà in seno alla cosiddetta “filosofia della vita”²⁻⁴: secondo questo variegato orientamento la vita deve essere colta al suo livello originario, non secondo le modalità filosofiche, religiose o positivistiche tradizionali. Tutto questo determina un profondo disincanto relativo al nostro tempo, di cui l’esponente più lucido è Max Weber.

La crisi dell’uomo si manifesta anche nella caduta dell’ideale illuministico come guida dell’umanità verso un destino migliore e governo delle sue azioni. Prende piede l’idea di una forza estranea all’uomo, che lo domina suo

1. Per postmodernità adottiamo la definizione di J.F. Lyotard²⁴; essa designa lo stato della cultura dopo le trasformazioni subite dalla scienza, dalla letteratura e dalle arti dalla fine del ‘900, dunque la generale condizione del sapere nelle società più sviluppate.

malgrado e si sottrae al governo della ragione (lo spirito vitale di Bergson, l'Erlebnis di Dilthey, l'inconscio di Freud, l'archetipo di Jung, il demoniaco di Thomas Mann, per rimanere a riferimenti familiari a noi psichiatri).

Sarà Heidegger a interrogare radicalmente il nulla in termini filosofici, facendone una delle categorie privilegiate per interpretare il lato oscuro dell'Occidente contemporaneo⁵; con Junger negli anni '50 la diagnosi arriva a compimento: egli individua nel nulla la cifra del nostro tempo, coglie l'angoscia e il disorientamento dell'uomo contemporaneo di fronte ad esso e individua nell'accelerazione tecnologica uno dei catalizzatori principali di questa crisi. Infine, individua come antidoto possibile a questa condizione la religione, il mito, la cosmologia, avvicinandosi al pensiero di Jung e Mircea Eliade.

Osserviamo così il pensiero contemporaneo di fronte alla crisi organizzarsi in due filoni principali:

1. un pensiero ateo e nichilista, che si pone in stretta continuità con l'esistenzialismo francese⁶;
2. un'apertura al sacro e al divino con la teologia e la filosofia della religione⁷.

Jonas e Jaspers hanno significativamente notato come esista una stretta continuità tra esistenzialismo, nichilismo e apertura al sacro come aspetti speculari di un'interpretazione della postmodernità.

L'elemento centrale di questa interpretazione è che con l'epoca postmoderna finisca la storia intesa come progresso (visione illuministica) e si entri in una situazione di stagnazione e stasi di cui sembra impossibile intravedere evoluzioni. Da qui la nozione di "post-storia": una condizione in cui la dinamica dello sviluppo tecnologico determina un movimento perenne ma sempre uguale che cristallizza una società edonista e consumista, con un crescente standard di vita ma con una completa perdita di ideali e utopie, concentrata solo sul qui e ora.

Ma quali rimedi la filosofia contemporanea ha evocato di fronte al profondo malessere della nostra cultura di cui il nichilismo è espressione?

Da un lato, si osserva una diffusa domanda di etica.

Dall'altro, si auspica un radicale rinnovamento della filosofia che comporti l'addio a nozioni come "realtà", "verità", "oggettività".

In Italia il principale esponente di questo secondo orientamento è Vattimo con il suo "pensiero debole" che si limita a interpretazioni parziali e transitorie, senza la pretesa di offrire certezze, ma è capace di ragionare anche in assenza di presupposti assoluti, anzi proprio in virtù della loro assenza.

Per contro, non sono mancate posizioni che hanno ribadito il primato della verità (Habermas, ad esempio) o della realtà oggettiva (in Italia Ferraris con il nuovo realismo).

All'interno di questo dibattito che attraversa il pensiero contemporaneo spicca il lavoro di Carlo Sini⁸.

Nel suo più noto testo intitolato "Immagine di verità" egli pone la distinzione tra verità come significato e verità come evento: transito significa che la verità è un continuo farsi, un work in progress, un dato mai compiuto; che verità (significato) è farsi verità (evento) e che nel momento in cui questo lavoro cessa si cade inevitabilmente nell'errore. Si tratta di una prospettiva che non può non toccare profondamente il clinico per la sua ricchezza e fecondità.

IL CONTRIBUTO DELL'ANTROPOLOGIA

L'antropologia che indaga il mondo occidentale contemporaneo deriva da due filoni fondamentali:

1. il postmodernismo, che si propone di descrivere le caratteristiche della nostra epoca, definita appunto post-moderna (gli esponenti principali ne sono Lyotard e Baumann);
2. la filosofia della tecnica, che ha avviato una riflessione sull'impatto della tecnica e della scienza (definite con un termine chimerico tecnoscienza) come fattore di accelerazione del nichilismo e della crisi del '900. Superando l'ideale illuministico e positivista si sono indagati i pericoli della tecnoscienza che mette

in discussione la tradizionale visione umanistico-cristiana dell'uomo, tipica della cultura occidentale, senza proporre una diversa concezione dell'uomo e dunque un'antropologia alternativa. Accanto a potenti e straordinarie soluzioni di problemi, si osserva come la tecnoscienza sia incapace di esperienze simboliche in grado di offrire un senso in cui inscrivere il nostro essere nel mondo e nella storia. Da qui, una crisi antropologica radicale che è stata descritta da molti autori e indagata con le classiche metodiche antropologiche di osservazioni sul campo.

La società del terzo millennio, definita "liquida", ha come caratteristiche la complessità, la precarietà del lavoro, l'individualismo, la perdita dei grandi ideali che fanno prevalere ciò che è materiale.

Uno psichiatra e psicoanalista francese, Benasayang, descrive il nostro tempo come tempo delle "passioni tristi" nell'accezione di Spinoza⁹: tempo di disgregazione, di perdita di valore, di impotenza soggettiva che hanno come risposta reattiva quella dell'onnipotenza del materiale e del virtuale. La sua tesi, che parte dal lavoro in un servizio di psichiatria per giovani nella periferia parigina, è che le crisi psicopatologiche adolescenziali siano da inscrivere e da leggere in una più generale crisi della nostra cultura.

Vediamo come i più noti studi antropologici analizzano la cultura del III millennio.

1. Nelle culture avanzate lo scandire della vita degli individui è data dal criterio anagrafico: alcuni storici della famiglia parlano di "invenzione" dell'infanzia e dell'adolescenza come conquista della società occidentale contemporanea¹⁰. In epoche precedenti l'unica differenza significativa era tra essere giovani e adulti. Dobbiamo dunque riconoscere l'adolescenza come un passaggio costitutivo della nostra cultura dove avviene il transito tra l'infanzia e l'adulthood. Possiamo dunque definirla come un concetto specificatamente europeo occidentale.
2. La precarietà lavorativa e la crescita economica

stentata determinano una dipendenza delle nuove generazioni da quelle precedenti e una difficoltà al distacco: da qui un'ipertrofia dell'adolescenza e il depotenziamento del conflitto generazionale. Molte indagini sociologiche osservano, di fronte al venir meno delle rotture generazionali, due fondamentali atteggiamenti da parte dei giovani: da un lato un ripiegamento sulla propria posizione di dipendenza, dall'altra un senso di fallimento per non essere riusciti a fare ciò che i genitori hanno fatto prima di loro^{11,12}.

3. Parallelamente è entrato in crisi il modello educativo tradizionale basato sulla verticalità giovane/vecchio: viene meno il principio di autorità dei genitori, degli insegnanti e delle figure educative in generale¹³. Inevitabilmente la perdita del principio di autorità ha come conseguenza l'affievolimento o l'abolizione dell'esperienza del limite.
4. Questo appiattimento tra le generazioni ha portato ad un indebolimento dei riti di passaggio. In generale i riti (intesi come atti ripetitivi che hanno una valenza simbolica), molto presenti nelle società tradizionali e collegati al sacro, sono molto più difficili da rintracciare nella società occidentale¹⁴. Il concetto di rito è molto importante per lo studio antropologico perché rende più chiara e leggibile la struttura e l'organizzazione sociale: in particolare consente di osservare la dinamica generazionale e la trasmissione della cultura e delle tradizioni. Arnold von Gennep ha coniato il termine di "rito di passaggio" in un celebre libro del 1909¹⁵, divenuto un classico della letteratura antropologica e sociologica. Per von Gennep per riti di passaggio si intendono quei momenti collettivi che segnalano la transizione di un individuo da uno status a un altro; il più significativo e accompagnato da prove iniziatiche è solitamente il momento di transizione nell'età adulta. Nelle società tradizionali i riti di iniziazione riguardano il corpo, a cui viene inflitto dolore (la sopportazione del dolore è considerata un'esperienza necessaria per

accedere all'età adulta) e il confronto con la morte (generalmente, il superamento di una prova che sancisca definitivamente la morte dell'infanzia).

Se nelle società tradizionali il rito segnava in forma collettiva e regolata l'ingresso nell'età adulta, in quella contemporanea i riti di passaggio hanno subito una radicale trasformazione¹¹. Sono prima di tutto privatizzati, tecnicizzati e desacralizzati: si muore sempre più spesso in ospedale, i matrimoni non hanno quasi più una valenza religiosa, i festeggiamenti di momenti di passaggio sono vissuti in contesti sociali ristretti. Nel nostro paese, dopo l'abolizione della leva (naja, da natalia = nascita), forse solo l'esame di maturità rimane un rito collettivo con una certa forza simbolica. Al di fuori di quest'unico esempio i riti di passaggio contemporanei avvengono in modo frammentato, individualistico, mentre nelle società tradizionali rappresentano un tutt'uno simbolico e coerente, officiato da specialisti adulti che si facevano garanti e tutori della cerimonia¹⁶. Con il venir meno dell'asimmetria generazionale e della dimensione rituale e collettiva i riti di passaggio degli adolescenti sono necessariamente depotenziati, per quanto ancora presenti. Essi mostrano tre caratteristiche fondamentali¹⁷:

- vengono affrontati a livello individuale
 - si è persa la funzione tutoria degli adulti
 - vengono adottate soluzioni orizzontali che escludono le generazioni precedenti: si creano "riti autonomi" che proprio per l'assenza della funzione tutoria degli adulti possono diventare estremi e pericolosi.
5. L'analisi psicosociologica e antropologica di questi nuovi riti autonomi di iniziazione appare particolarmente illuminante rispetto alla sofferenza mentale dell'adolescente. Essi rappresentano strategie attraverso le quali l'adolescente affronta nodi problematici relativi al corpo, alla separazione dagli oggetti d'amore dell'infanzia, al senso di

sé e all'autostima, all'appartenenza, al rapporto con la prima presa di coscienza della morte. Una strategia iniziatica di semplice fruizione, incoraggiata dalla cultura consumistica, riguarda l'attaccamento ad un oggetto inanimato¹⁸. Può trattarsi di un oggetto di abbigliamento, di un accessorio tecnologico, di un motorino, di un tatuaggio o di un piercing: questo oggetto assume valenze simboliche cruciali relativamente all'identità, all'appartenenza al gruppo dei pari, al tentativo di emanciparsi da oggetti umani più ingombranti, al persistente bisogno di protezione e sicurezza. È come se l'oggetto di consumo rappresentasse una sorta di schermo su cui si possono cogliere aspetti del mondo interno dell'adolescente e in particolare i suoi bisogni profondi, subito saturati dall'offerta pubblicitaria. Gli oggetti di consumo finiscono così per scandire il processo evolutivo: il passaggio da un prodotto all'altro rappresenta una sorta di iniziazione e di passaggio da uno status ad uno successivo. Altri tipici riti di passaggio orizzontali sono la scelta dell'amico del cuore, spesso un alter ego che rispecchia il proprio mondo interno, e il gruppo dei pari monosessuale. Questi legami offrono un'area intermedia tra gli attaccamenti infantili e quelli adulti e offrono supporto alla creazione dell'identità di genere. Pietropolli Charmet insiste molto sull'importanza iniziatica orizzontale del gruppo classe nelle scuole medie, epoca in cui si definisce in modo definitivo l'uscita dall'infanzia ma il vissuto corporeo, emotivo-affettivo e pulsionale è così caleidoscopico e indefinito da richiedere contenitori simbolici molto potenti¹¹. Per alcuni adolescenti narcisisticamente molto fragili la fruizione del gruppo dei pari come rito di passaggio è impossibile. Si osservano così percorsi iniziatici alternativi che testimoniano di questo scacco e che per lo più avvengono in solitudine:

- da un lato, si osserva la difesa regressiva: ecco allora i ritiri sociali protratti, la fobia scolare, i

- fenomeni di eremitaggio urbano come quello degli hikikomori;
- dall'altro, può comparire la risposta della sfida, della trasgressione, dell'ingresso nella devianza: rientrano in questa categoria gli sport estremi e pericolosi, la pratica del tagliarsi, la tossicodipendenza, l'antisocialità. I comportamenti antisociali e l'uso di droghe può consumarsi in solitudine o nel gruppo evoluto (o involuto) in banda. Talvolta il gruppo-banda arriva, per imporsi come soggetto forte, a commettere azioni incredibilmente violente e crudeli.
6. Con il depotenziamento dei riti di passaggio e la perdita del limite nel confronto generazionale l'adolescente, che del limite ha bisogno per definire se stesso, intravede nella morte l'unico, ultimo e possibile limite da sfidare. Possiamo leggere in quest'ottica la ricerca dell'estremo, del pericolo, in modi e forme talvolta illegali. Ciò accade in una cultura che ha del tutto rimosso il tema della mortalità⁸. Questa rimozione non consente un discorso pubblico, fruibile ai giovani, sul recupero della morte come possibilità della vita; usando le parole di Heidegger, la morte non come negazione, ma come "scigno dell'essere". È il dover morire che dà un senso e una traiettoria al vivere.
 7. Il tempo, nella nostra cultura, è diventato orizzontale: c'è solo il presente che si dilata a dismisura, spariscono il passato e il futuro. Inoltre, il presente diventa rapidissimo, caleidoscopico, in continuo movimento su sé stesso. Augè parla di "non tempo", ovvero di appiattimento in un presente eterno su cui sembra di scivolare senza attrito alcuno. Accanto alla perdita del presente, il venir meno dell'idea illuministica di un progresso dell'umanità crea un'idea di futuro carica di manaccia^{9,19}. Da qui l'inevitabile lutto per l'assenza di futuro, che riduce l'esistenza ad un eterno presente come unica dimensione possibile e determina di conseguenza un profondo scacco all'evoluzione dell'identità.
 8. L'assenza di futuro e l'ipertrofia del presente ha inoltre determinato una trasformazione antropologica del desiderio, che richiede per dispiegarsi un tempo di frustrazione e attesa e trova per contro nella mercificazione e nel possesso una soluzione immediata^{8,20,21}. Il desiderio e la passione sono temi cruciali in prospettiva terapeutica e li approfondiremo in un successivo lavoro.
 9. L'apprendimento digitale e il flusso incessante di informazioni che caratterizzano la nostra cultura evidenziano nuove forme di funzionamento cognitivo, come suggeriscono osservazioni sociologiche svolte in contesti scolastici (livello superiore e universitario)²⁰⁻²³:
 - un indebolimento della percezione cronologica e un'attenuazione della scansione temporale del racconto di sé
 - un deficit di nessi cognitivi
 - una povertà del linguaggio
 - una difficoltà a stabilire nessi emotivi
 - la prevalenza dell'azione sul pensiero.

CONCLUSIONI

Il pensiero filosofico contemporaneo offre diverse prospettive diagnostiche sulla crisi antropologica dell'uomo postmoderno, di cui il nichilismo è espressione. È in sintesi estrema venuto meno un modello di senso in cui inscrivere il nostro tempo e la nostra storia.

Da questa radicale crisi di significato derivano le specifiche caratteristiche della nostra cultura: la liquidità, il venir meno delle gerarchie generazionali e del principio di autorità (e di conseguenza il limite), il depotenziamento dei riti di passaggio tra le diverse epoche della vita.

Si è verificata di conseguenza un'"ipertrofia dell'adolescenza" e dei suoi conflitti, con conseguenti minori luoghi/tempi simbolici per elaborarli e superarli. Da qui la necessità per i giovani di elaborare strategie autopoietiche di crescita senza la mediazione degli adulti, potenzialmente pericolose per soggetti narcisisticamente

fragili. L'indebolimento del limite, inoltre, porta l'adolescente, che di esso ha bisogno per definire sé stesso, la sfida alla morte come unico e ultimo limite da sfidare, in una cultura che ha rimosso la mortalità e non dispone dunque di un linguaggio adatto per parlarne ai giovani.

È all'interno di questo scenario che dobbiamo collocare e intendere come tecnici della salute mentale la psicopatologia dell'adolescente e del giovane adulto.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *ASST di Pavia, Italia;*

° *Università degli Studi di Pavia, Italia*

BIBLIOGRAFIA

1. Nietzsche F. *Il Nichilismo Europeo*. Adelphi, ed.; 2006.
2. Spengler O. *Il Tramonto Dell'Occidente*. Librati, ed.; 2003.
3. Jaspers K. *La Situazione Spirituale Del Tempo*. Jouvence, ed.; 1982.
4. Husserl E. *La Crisi Delle Scienze Europee*. Il Saggiatore, ed.; 1960.
5. Heidegger M. *Essere e Tempo*. Longanesi, ed.; 2005.
6. Sartre JP. *L'essere e Il Nulla*. Il Saggiatore, ed.; 1965.
7. Garaventa R. *Nichilismo, Teologia Ed Etica*. Milella, ed.; 1999.
8. Sini C. *Immagini Di Verità*. Spirali, ed.; 1985.
9. Benasayang M. *L'epoca Delle Passioni Tristi*. Feltrinelli, ed.; 2003.
10. Ariés P. *Padri e Figli Nell'Europa Medievale e Moderna*. Laterza, ed.; 1968.
11. Aime, M., Pietropolli Charmet G. *La Fatica Di Diventare Grandi. La Scomparsa Dei Riti Di Passaggio*. Einaudi, ed.; 2014.
12. Ladame F. *Gli Eterni Adolescenti. Come Si Diventa Adulti*. Salani, ed.; 2004.
13. Cataluccio F. *Immaturità. La Malattia Del Nostro Tempo*. Einaud, ed.; 2004.
14. Segalen M. *Riti e Rituali Contemporanei*. Il Mulino, ed.; 2002.
15. A. VG. *Riti Di Passaggio*. Bollati, ed.; 2012.
16. Douglas M. *Purezza e Pericolo*. Il Mulino, ed.; 1976.
17. Zoja L. *Nascere Non Basta. Iniziazione e Tossicodipendenza*. Cortina, ed.; 2003.
18. Frontori L. *Adolescenza e Oggetti. I Consumi: Ostacoli o Alleati Alla Crescita?* Cortina, ed.; 1992.
19. Benasayang M. *Oltre Le Passioni Tristi*. Feltrinelli, ed.; 2016.
20. Galimberti U. *L'ospite Inquietante. Il Nichilismo e i Giovani*. Feltrinelli, ed.; 2007.
21. Galimberti U. *Psiche e Techne. L'uomo Nell'età Della Tecnica*. Feltrinelli, ed.; 1999.
22. Gardner H. *Educare Al Comprendere*. Feltrinelli, ed.; 1993.
23. Augè M. *Che Fine Ha Fatto Il Futuro? Dai Non Luoghi Al Non Tempo*. Eleuthera, ed.; 2009.
24. Lyotard J.F. *La Condizione Postmoderna*. edizione italiana Feltrinelli, ed.; 1981.

Il nulla che ferisce il sé

PARTE II

Barbieri S.; Soardo L.°; Bertelli S.°; Aroasi P.L.**

INTRODUZIONE

In questo lavoro proveremo a rispondere all'interrogativo se e come il contesto antropologico post-moderno, che abbiamo descritto nella prima parte di questo lavoro, determini le forme in cui si manifesta oggi la sofferenza mentale.

Il presente articolo è organizzato in tre punti:

1. una rassegna della letteratura, non molto ampia nonostante la pregnanza del tema;
2. un tentativo di descrizione psicopatologica in senso transnosografico a partire da osservazioni sul campo;
3. una proposta per arricchire i nostri tradizionali punti di reperi semeiologici.

L'obiettivo è dunque indagare la nuova clinica e proporre un arricchimento della semeiologia classica.

RASSEGNA DELLA LETTERATURA

La letteratura attuale sugli esordi psicopatologici in adolescenza si articola soprattutto in due filoni fondamentali:

1. il superamento della dicotomia tra servizi per l'infanzia e l'età adulta, nell'implicito riconoscimento di un allungamento dell'epoca adolescenziale, tipico della nostra cultura, e dei relativi conflitti; da qui la necessità di elaborare strategie organizzative che consentano una continuità assistenziale durante le fasi iniziali della malattia;
2. la presentazione clinica polivalente, che si pone al confine di varie problematiche (psichiatriche, tossicologiche, di poli-dipendenza, sociali, giudiziarie), e la necessità di una presa in carico globale del paziente, rinunciando in un primo tempo all'incasellamento in categorie diagnostiche e nosografiche e focalizzandosi su tutti gli aspetti psicopatologici ed esistenziali dell'individuo.

L'adolescenza, che come abbiamo sottolineato nel precedente articolo è un prodotto tipicamente postmoderno, è da intendere come lo snodo centrale da cui originano le radici profonde delle malattie mentali, in relazione ai cambiamenti a livello cerebrale che avvengono in questo delicato periodo della vita¹.

Questa evidenza scientifica però è in netto contrasto con la strutturazione attuale dei servizi psichiatrici in Italia che creano una discontinuità di cura proprio nell'età più critica, in cui entrano in stretta risonanza fattori biologici, intrapsichici, relazionali e sociali in un contesto antropologico e culturale che non favorisce processi simbolici atti a favorire il transito verso la maturità (tema per il quale si rimanda alla prima parte di questo lavoro).

Nella pratica clinica il passaggio dall'U.O.N.P.I.A. ai servizi psichiatrici per adulti rappresenta spesso un momento critico di rottura in cui la difficile comunicazione tra i servizi e la sensazione di abbandono/perdita che vive il paziente (spesso eco di altre analoghe perdite in contesti scolastici e sociali) rappresentano fattori di rischio per l'interruzione del trattamento.

In molti Paesi (Australia, Canada, UK) vi è già stato un forte impegno nella creazione di servizi che garantiscano una continuità di cura nella fase evolutiva della vita, focalizzandosi su un approccio olistico e che permetta un accesso rapido e privo di stigma all'aiuto.

Pioniera in tal senso è stata l'Australia con la creazione di HEADSPACE, un programma governativo di intervento precoce dedicato ai giovani dai 12 ai 25 anni. Esso adotta un approccio olistico che fornisce supporto non solo al disagio mentale ma anche alla salute fisica (ad esempio relativamente alle abitudini sessuali), a problematiche familiari, sociali e di abuso di alcol e sostanze. L'accesso al servizio è libero e può avvenire anche online, abbattendo quindi le classiche barriere di accesso alla cura e garantendo un contatto che parla la lingua dei giovani, quella del web².

Questo approccio globale al giovane paziente si basa sulla riflessione critica di una nuova epidemiologia psichiatrica, in cui il disagio è sempre più difficilmente

inquadabile in una nosografia rigida ed è sempre più spesso intrecciato con problematiche familiari, sociali, di abuso e scolastiche. Questo cambio di prospettiva è rappresentato dalla psichiatria trans-diagnostica che configura un nuovo concetto di psichiatria, sfidando le rigide categorie nosografiche esistenti (ICD e DSM) non solo per creare un miglior sistema classificativo ma per ottimizzare la strutturazione dei servizi esistenti³.

Lo sviluppo di servizi iperspecializzati come i servizi per le tossicodipendenze, gli ambulatori per i disturbi di personalità etc garantiscono da un lato una presa in carico da parte di terapeuti altamente formati per specifiche entità nosologiche ma dall'altra rischiano di escludere dalle cure pazienti con sintomi sotto-soglia per gravità che non ricadono (momentaneamente) in una specifica categoria diagnostica.

Tale problematica risulta molto evidente quando nella nostra pratica quotidiana ci troviamo di fronte a pazienti psicotici con concomitante abuso di sostanze, evenienza sempre più frequente.

Una recente meta-analisi ha analizzato la letteratura di oltre un quindicennio in merito all'uso di sostanze in pazienti nello spettro schizofrenico e i risultati mostrano una prevalenza che raggiunge il 42% e un incremento negli anni dell'uso di sostanze illecite in questi individui⁴.

Per contro l'abuso di sostanze persistente dopo l'episodio psicotico correla con una prognosi peggiore a 10 anni rispetto a quelli che ne interrompono l'uso⁵, anche a causa di una minore utilizzazione dei servizi.

Questo minore accesso alle cure rimane immutato anche quando si verificano tentativi di suicidio⁶.

Accanto alla letteratura empirica, sono riportate numerose osservazioni aneddotiche orientate secondo diversi approcci teorici.

Vi è una estesa letteratura psicoanalitica che pone in relazione l'emergere delle patologie narcisistiche alla post-modernità, di cui si rimanda alla rassegna, molto puntuale ed esaustiva sul tema, di Gabbard e Crisp⁷.

LA PRESENTAZIONE CLINICA IN OTTICA TRANS-NOSOGRAFICA

Ci collochiamo nel filone aneddotico e proviamo a sistematizzare le nostre osservazioni sul campo (un'unità operativa psichiatrica che conta circa 150 mila abitanti in una zona prevalentemente rurale della Lombardia del Sud).

Il primo accesso ai nostri servizi (S.P.D.C. e C.P.S.) riguarda pazienti sempre più giovani e con problematiche di confine.

Ciò pone prima di tutto un problema di raccordo tra servizi diversi, che mostra la nostra attuale difficoltà a farci carico dei loro bisogni in modo integrato.

I pazienti sempre più spesso provengono da prolungati trattamenti presso le U.O.N.P.I.A. o sono stati valutati e seguiti in ambito specialistico per disturbi dell'apprendimento e ADHD (ciò apre all'importante tema della continuità tra disturbi dell'apprendimento e della condotta e psicopatologia dell'età adulta). Hanno non di rado avuto segnalazioni al Tribunale per i Minorenni e sono stati seguiti fino alla maggiore età dal Servizio di Tutela Minori.

Mostrano invariabilmente problematiche di dipendenza patologica (sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo, videotermini).

Hanno gravi difficoltà scolastiche, che vanno dal calo del rendimento fino al ritiro e alla fobia scolare.

Talvolta hanno commesso reati e giungono ai servizi con prescrizione della magistratura, spesso dopo periodi di detenzione in carcere o degenza in R.E.M.S..

Il primo contatto con i nostri servizi avviene solitamente con due modalità:

1. una crisi psicotica acuta e/o gravi disturbi comportamentali in stato di intossicazione, il più delle volte da un cocktail di stupefacenti (l'uso concomitante e polimodale ha sostituito la scelta elettiva di una sostanza, che caratterizzava la tossicodipendenza del passato);
2. un tentativo di suicidio, o un suicidio mancato, in situazioni di ritiro che con estrema difficoltà giungono

all'osservazione al di fuori della fase acuta; oppure in relazione a vissuti di fallimento che travolgono soggetti narcisisticamente fragili.

Il superamento della fase acuta consegna alla nostra osservazione un mondo interno all'apparenza desertificato. Nel vissuto dello psichiatra e dell'equipe curante si crea la percezione di una enigmaticità molto diversa dall'esperienza del "perturbante", di cui parla Freud, evocata dall'incontro con lo psicotico: c'è un' abissale sensazione di vuoto, di assenza, di nulla.

Sono pazienti che faticano molto a raccontare la loro storia.

L'anamnesi va spesso raccolta attraverso terzi e si rende necessario un lavoro di raccolta documentale dei percorsi terapeutici precedenti e di liason con i colleghi e le istituzioni che li hanno seguiti in passato.

Costituisce a nostro parere prova del nulla che evocano il fatto, di frequente riscontro, che i precedenti terapeuti ne hanno ricordi sfocati e spesso indefiniti. Non di rado anche le comunità educative che li hanno accolti durante l'infanzia o l'adolescenza devono ricorrere alla documentazione clinica perché gli operatori non li ricordano.

Il loro linguaggio, la capacità di utilizzare nessi cognitivi e logici nel discorso e di accedere ad un funzionamento astratto del pensiero fa sospettare un livello cognitivo deficitario o ai limiti. Stupisce, quando si somministrano i test di livello cognitivo, valori nella norma, sovente buoni. Non c'è correlazione tra le performances testistiche e la presentazione clinica.

È deficitaria la capacità di rappresentazione, di produrre fantasie e narrazioni, di sognare, di esprimere verbalmente il proprio mondo affettivo. Non c'è nesso tra pensiero ed emozioni. Non c'è auto-rappresentazione e rappresentazione del mondo interno altrui.

La semeiologia ci orienta verso una coartazione affettiva, più che verso una depressione dell'umore. Talvolta intravediamo un profondo nucleo melanconico, ma esso rimane del tutto scisso e inaccessibile. La somministrazione dei test proiettivi di personalità è caratterizzata da

estrema povertà del protocollo e da numerosi rifiuti. I rapporti interpersonali sono scarsamente investiti.

Nelle osservazioni più approfondite e prolungate nel contesto della comunità terapeutica si rende evidente una profonda sfiducia nella possibilità di legame con l'altro.

L'indagine sui legami familiari è spesso caratterizzata da racconti, spesso stereotipi, di normalità.

Se vengono evocati eventi traumatici, di solito mai spontaneamente dai pazienti ma esplicitati dal terapeuta perché presenti nei racconti dei familiari, dei colleghi o nella documentazione nel frattempo raccolta, la reazione è di estremo distacco. Le risposte che si ottengono sono di solito: "non ci penso mai", "non mi ricordo più".

Vi è una scarsità o un'assenza di ricordi relativamente alla propria infanzia. Più che a un oblio frutto di meccanismi di difesa sembra che ci troviamo di fronte a veri e propri buchi che costellano il paesaggio interiore.

L'inserimento nel gruppo dei pari di solito è stato difficoltoso. Talvolta il paziente ha svolto il ruolo di "capro espiatorio" delle dinamiche del gruppo classe ed è stato vittima di fenomeni di bullismo.

Insieme alle difficoltà scolastiche ciò crea una frattura narcisistica molto grave e rende ancora più difficile elaborare i conflitti intrapsichici tipicamente adolescenziali.

Capita talvolta che il paziente in modo reattivo cerchi di affermare la propria identità attraverso atti trasgressivi, condotte antisociali, esperienze tossicomane, consumate in solitudine o in gruppi-bande devianti.

I legami con la famiglia di origine, a fronte del fallimento di un'appartenenza grupppale alternativa, rimangono adesivi. L'impossibilità ad elaborare i conflitti adolescenziali li condanna ad una dipendenza infantile dal contesto familiare che è contemporaneamente carica di frustrazione e rabbia. I legami familiari dunque appaiono tanto tenaci quanto conflittuali, in un clima che è sovente di asimmetria generazionale, di inversione di ruolo, di tendenze endogamiche.

La profonda sfiducia nel legame ha come posizione reattiva la ricerca di relazioni amicali, sentimentali o sessuali nel mondo virtuale. Solo attraverso la rassicurante

distanza garantita dal mezzo tecnologico sembra possibile un incontro di corpi e di affetti. Quando gli incontri avvengono “in vivo”, spesso dopo lunghe titubanze, sono deludenti e il più delle volte si interrompono.

L'interesse per la sessualità è scarso, anche dove si costituiscono coppie. Esse mostrano le caratteristiche dell'amore narcisistico in cui l'altro non è investito come oggetto a sé stante ma come appendice della propria persona e deve svolgere la funzione di appagamento dei propri bisogni. Quando questa funzione viene meno la relazione si interrompe.

Lo scarso interesse per la sessualità e l'amore rimanda a un tema a nostro parere centrale, che è l'assenza del desiderio. Questa assenza va inquadrata nella concezione del tempo post-moderna, analizzata nella prima parte di questo lavoro: non c'è passato e non c'è futuro, c'è un presente ipertrofico in cui la possibilità di trovare tutto e subito toglie il senso dell'attesa, che è l'essenza stessa del desiderio. Se si può avere tutto e subito non si può desiderare nulla.

Al tema del futuro assente e del desiderio impossibile si collega il tema della passione, a nostro avviso centrale in una prospettiva terapeutica. Non si ravvisa, in questi ragazzi, un elemento vitale che li attragga e che sia in grado di polarizzare i loro interessi, le loro attività e iniziative. Non esiste per loro nulla che dia senso al loro esistere e dia valore alla vita stessa. Manca una progettualità, se non immediata e volta a soddisfare i bisogni del momento. Interrogati sul futuro, rispondono che non sanno o non ci hanno mai pensato; di frequente avvertono un senso di minaccia e pensano di non avere nessuna possibilità.

La difficoltà a costituire una propria identità determina un'ipertrofia del corpo e della sua presentazione. Il corpo diventa parlante e si ha spesso l'impressione che interrogare l'abbigliamento, il look, il trucco, i capelli, i piercings e i tatuaggi rappresenti il primo, possibile linguaggio con cui entrare in contatto con questi ragazzi. A volte un capo di abbigliamento, un piercing, un tatuaggio, un oggetto tecnologico o qualcosa di inanimato sembrano svolgere

la funzione di oggetti di transizione tra le vicissitudini dell'età infantile e l'impossibilità ad accedere ad investimenti più adulti. Il senso di questo oggetto va allora interrogato e valorizzato come elemento semeiologico di un mondo relazionale interno di cui il paziente non è in grado di dire nulla.

Raramente questi ragazzi sanno indicare adulti con cui si identificano e a cui desiderano assomigliare. Nello stesso tempo non si osserva nemmeno un principio di differenziazione tra la propria generazione e quelle precedenti e non c'è traccia di principio di autorità nei rapporti con gli adulti significativi. Da qui, un'estrema difficoltà a tollerare regole e frustrazioni, particolarmente evidenti nelle osservazioni comunitarie.

Correlativamente non si osserva il senso del limite. Accanto ad una generale perdita di significato, tutto diventa possibile. Ciò rimanda anche al senso di onnipotenza che si accompagna reattivamente ad un'identità fragile: di fronte ad un senso di impotenza assoluto e alla percezione di assenza del limite arriva la sfida ultima alla morte, con attacchi al corpo, reiterati tentativi di suicidio, condotte autolesionistiche di varia gravità.

La rabbia e l'aggressività non si esprimono, se non attraverso agiti che spesso scaturiscono in modo imprevedibile e assumono forme enigmatiche e indecifrabili.

Ciò che colpisce in modo particolare è l'assenza di una vera sofferenza soggettiva e la mancata percezione del bisogno di aiuto, a dispetto di una notevole gravità clinica.

Percepriamo un vuoto che non è quello tradizionalmente ascritto alle gravi forme depressive, alla psicosi, al disturbo di personalità narcisistico che sono comunque vuoti “pieni” di significato. Qui ci troviamo di fronte ad un “vuoto ontologico”⁸, al nulla come è stato tematizzato filosoficamente: è un vuoto che ha a che vedere con un Sé annientato dall'assenza di senso e dall'angoscia di esistere. L'assenza di senso determina una completa perdita di speranza rispetto all'investimento vitale. Dove la speranza si è congedata non vi è nemmeno possibilità di sofferenza. Sopravvive solo il nulla.

Ci sembra che l'osservazione di questi giovani così gravi, destrutturati, enigmatici, difficilmente collocabili in categorie nosografiche definite, inaccessibili prima di tutto a loro stessi, metta a dura prova anche le tradizionali concettualizzazioni sul narcisismo.

L'elemento fenomenologico centrale del loro vuoto è l'assenza di un senso e la perdita di speranza di poterlo trovare. La clinica del vuoto, su cui si interroga la psichiatria contemporanea orientata psicoanaliticamente, ci sembra evolvere in una più enigmatica clinica del nulla.

È del tutto evidente, in questo scenario, l'inadeguatezza degli approcci terapeutici tradizionali.

VERSO UNA NUOVA SEMEIOLOGIA

Di fronte a un giovane paziente incapace di parlare di Sé, di auto-rappresentarsi, di manifestare sofferenza e richiesta di aiuto, come possiamo iniziare a farci un'idea del suo mondo interno?

Lo studio antropologico e i dati clinici ci aiutano ad arricchire l'approccio semeiologico classico individuando alcuni punti di reperi aggiuntivi.

1. In assenza di una capacità autodescrittiva è molto utile studiare la rappresentazione che il paziente dà di sé sui social. Foto, immagini, post, citazioni forniscono un primo indicatore di come il paziente si auto-percepisce e si presenta al mondo. Facebook e Instagram sono divenuti importanti vie di accesso al mondo interno del paziente che inizialmente non è altrimenti accessibile.
2. Occorre porre particolare attenzione al corpo e al modo di viverlo e presentarlo: abbigliamento, piercings, tatuaggi, look in generale. Si tratta di uno spazio intermedio tra dentro e fuori che va esplorato e soprattutto considerato nelle sue evoluzioni nel corso tempo. Altrettanta attenzione va posta agli oggetti-sé inanimati, di cui abbiamo parlato sopra: la scelta dell'oggetto e il rapporto che il paziente intrattiene con esso. Esso testimonia delle vicissitudini che intercorrono tra i legami infantili, difficili

da sciogliere, e l'accesso ad attaccamenti più adulti e differenziati; talvolta è solo attraverso l'oggetto inanimato che possiamo rappresentarci questo complesso passaggio. È dunque rilevante come questo rapporto evolve, se e come viene sostituito, se la sua funzione si modifica: tutto questo può fare almeno in parte da specchio alle vicissitudini relazionali interne, che soprattutto nei contesti di osservazione comunitaria si proiettano in parallelo sul contenitore istituzionale. La tensione tra questi due poli osservativi a nostro parere è clinicamente molto feconda.

3. L'approfondimento delle relazioni implica una più accurata definizione delle dinamiche familiari secondo una direttrice evolutiva. Laddove l'adolescenza si dilata, la sofferenza trae in parte origine, in parte viene amplificata dalle tipiche dinamiche adolescenziali. Esse vanno colte in quella specifica costellazione familiare in modo da favorirne l'evoluzione da un punto di vista terapeutico. È importante chiarire i miti familiari di generatività e filiazione, la trasmissione trans-generazionale, la dimensione del traumatico. Di solito in queste famiglie si osserva una eccessiva permeabilità versus impermeabilità tra le generazioni e ciò rende i riti iniziatici verso l'adultità inefficaci.
4. L'assenza di una distinzione tra generazioni e l'abolizione del principio di autorità rende necessario indagare riti iniziatici orizzontali e capire se e perché sono falliti. Va indagato secondo questa prospettiva il rapporto con i gruppi dei pari (amici, gruppo-classe) e con realtà sociali alternative alla famiglia, la presenza di amicizie caratterizzate da particolare affinità. L'indagine dei rapporti con la scuola evidenzia il più delle volte un fallimento nel favorire un investimento alternativo: anche la scuola ha perso l'appello di luogo deputato al sapere e gli insegnanti, impoveriti del principio di autorità, subiscono lo stesso destino dei genitori. Non a caso osserviamo spesso, a testimonianza del fallimento della verticalità, conflitti tra genitori e insegnanti. Nella storia di

questi pazienti spiccano spesso considerazioni relative al fallimento del rapporto con alcuni insegnanti che vengono vissuti dal paziente stesso e dai genitori come persecutori responsabili dei loro fallimenti. Le criticità relazionali con gli insegnanti non vengono sempre supplite dalla possibilità di investire su un gruppo-classe che può rappresentare una possibilità di senso dell'esperienza scolastica contemporanea. È dunque importante comprendere se l'isolamento in una dimensione regressiva sia frutto dell'incapacità a collocarsi nel gruppo o peggio ancora di una dinamica gruppale di tipo persecutorio che porta il paziente a divenirne il capro espiatorio. Nell'anamnesi si riscontra spesso l'essere stati vittima di aggressioni e fenomeni di bullismo. Viceversa, può attivarsi reattivamente l'adesione a un gruppo banda che porta il paziente a commettere atti antisociali. Il successo o l'insuccesso di queste appartenenze vanno indagate e ricostruite in relazione all'emergere di manifestazioni psicopatologiche. Anche il gruppo di appartenenza, vissuto o fallito, e il legame affettivo con un amico del cuore forniscono insieme all'oggetto-Sé inanimato una proiezione del mondo interno del paziente, l'immagine di sé e le sue aspettative rispetto alle relazioni, le oscillazioni delle dinamiche tra dipendenza e autonomia, appartenenza e individuazione.

5. L'impovertimento del senso del limite impone di indagare il rapporto del paziente rispetto alla dinamica impotenza/onnipotenza. Dove tutto è possibile e non vi sono limiti, ancora una volta la risposta può essere una regressione nell'impotenza assoluta versus un atteggiamento di trasgressione onnipotente: da qui l'uso di sostanze stupefacenti, le condotte antisociali, la continua sfida, la ricerca di situazioni estreme e autodistruttive. Spesso le due condizioni coesistono: da una condizione regressiva scaturisce un agito grave, imprevedibile e apparentemente indecifrabile che testimonia del fallimento dell'integrazione tra

i due poli. Entrambe le condizioni vanno lette nella stessa prospettiva.

6. Al tema del limite si collega quello della morte, che a nostro parere ad un certo punto del percorso di cura va esplicitato: occorre indagare con il paziente il suo vissuto relativo alla mortalità, l'interfaccia tra la vita e la morte, la morte da un lato come limite estremo da sfidare, dall'altro come potenzialità del vivere. Il tema della morte è molto presente nella mente degli adolescenti come dimensione assoluta e vertiginosa, di cui prendono consapevolezza per la prima volta, e occorre elaborare un linguaggio con il quale parlarne. Spesso indagare pensieri suicidari consente di aprire un discorso che a poco a poco potrà dispiegarsi verso la ricerca di un senso al resistervi, laddove è proprio la perdita di speranza di trovare un senso, e dunque la potenza soverchiante del negativo, ciò che rende impossibile vivere.
7. Nella prospettiva dell'assenza di senso, in un tempo appiattito su un presente ipertrofico e un futuro impossibile, occorre indagare possibili tracce di desiderio. Comprendere se sopravviva da qualche parte una dimensione desiderante e saperla cogliere come polo della matassa dalla quale partire terapeuticamente. Solo la riattivazione del desiderio e della passione possono costituire un antidoto al vuoto ontologico e offrire un possibile senso all'esserci. Si tratta dunque di orientare i nostri interventi terapeutici, variamente declinati, nella direzione di riattivare il desiderio e intrecciare a partire da esso una passione che sia passione del fare, passione del sapere, in una parola speranza di trovare attraverso una prassi il senso del vivere la vita. Questa riattivazione non è da pensare in meramente psicologici e psicoterapici, che in una prima fase ci sembrano poco utili, se non iatrogeni, per questi pazienti (va comunque sempre tenuta viva una dimensione psicoterapica in termini di una sorta di pensiero sotterraneo). È piuttosto una riattivazione che passa

attraverso una prassi quotidiana, che diventa cruciale nei contesti di comunità: la ritmicità quotidiana, la fatica delle attività di condivisione del vivere comune, l'obbligo che nel tempo diventa piacere delle relazioni, l'impegno in un'attività di studio o lavorativa. Da questa prassi, che va pazientemente riproposta dopo ogni crisi, dopo ogni ripiegamento nel negativo, può scaturire la percezione del valore e della bellezza della vita. Dove la disperazione è così assoluta da non generare nemmeno sofferenza è solo attraverso una prassi che si possono somministrare piccole iniezioni di senso. Spesso è la cura dell'altro, la scoperta di un hobby o di un lavoro che appassiona, il ritrovamento di un antico talento, il piacere di condividere momenti di gruppo a riattivare briciole di speranza, che si alternano all'assenza e al ritiro, per lungo tempo. Con una pratica paziente, continua, quotidiana, instancabile pur nella consapevolezza della sua labilità e vulnerabilità, è forse possibile ridare la speranza di trovare un senso.

CONCLUSIONI

La letteratura sul tema della clinica contemporanea suggerisce da un lato trasformazioni epidemiologiche, dall'altro la necessità di adottare un approccio trans-nosografico per intercettare e trattare olisticamente le problematiche dei giovani pazienti all'esordio. Ciò pone importanti ricadute sull'organizzazione dei servizi.

In questo articolo abbiamo tentato di delineare una descrizione clinica trans-nosologica dei giovani pazienti gravi suggerendo nuovi, possibili punti di reperi semeiologici.

Abbiamo inoltre mostrato, in continuità con la prima parte di questo lavoro, come le caratteristiche del mondo post-moderno¹ contribuiscano a dare nuove forme alla clinica e costituiscano elementi di ulteriore vulnerabilità socio-culturale.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *ASST di Pavia, Italia;*

° *Università degli Studi di Pavia, Italia*

1. Per postmodernità adottiamo la definizione di J.F. Lyotard⁹: essa designa lo stato della cultura dopo le trasformazioni subite dalla scienza, dalla letteratura e dalle arti dalla fine del '900, dunque la generale condizione del sapere nelle società più sviluppate

BIBLIOGRAFIA

1. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* Nat Rev Neurosci. 2008. doi:10.1038/nrn2513
2. Headspace National Youth Mental Health Foundation.
3. Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, et al. *Transdiagnostic psychiatry: a systematic review.* World Psychiatry. 2019. doi:10.1002/wps.20631
4. Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. *Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis.* Drug Alcohol Depend. 2018;191:234-258. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011
5. Weibell MA, Hegelstad WTV, Auestad B, et al. *The Effect of Substance Use on 10-Year Outcome in First-Episode Psychosis.* Schizophr Bull. 2017;43(4):843-851. doi:10.1093/schbul/sbw179
6. Suominen KH, Isometsä ET, Lönnqvist JK. *Comorbid substance use reduces the health care contacts of suicide attempters with schizophrenia spectrum or mood disorders.* Schizophr Bull. 2002;28(4):637-647. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006970
7. Gabbard, G., Crisp H. *Il Disagio Del Narcisismo.* Cortina, ed.; 2019.
8. Galimberti U. *L'ospite Inquietante. Il Nichilismo e i Giovani.* Feltrinelli, ed.; 2007.
9. Lyotard J.F. *La Condizione Postmoderna.* edizione italiana Feltrinelli, ed.; 1981.

L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC

Bellini L.[°], Papini B.[°], Spera M.^{*}, Vergani V.[^], Mencacci C.[§]

ABSTRACT

L'obiettivo dell'Intervento Cognitivo Comportamentale di Gruppo (ICCG) nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) è quello di migliorare la competenza, la partecipazione attiva e l'adesione alle cure dei Pazienti, riducendo di conseguenza anche la frequenza di agiti aggressivi/violenti e il ricorso a misure coercitive. Abbiamo introdotto questo trattamento presso il nostro reparto per verificarne l'efficacia e l'opportunità di un inserimento routinario.

Questo studio pilota ha confrontato il gruppo di Pazienti che aveva preso parte al ICCG presso il nostro SPDC con uno di controllo, formato da degenti ricoverati nell'anno precedente l'introduzione dell'Intervento. Il focus della nostra attenzione era prevalentemente orientato agli effetti del trattamento su adesione alle cure, aggressività e suo contenimento. Un confronto analogo è stato fatto all'interno del solo gruppo dei partecipanti tra il semestre precedente e quello successivo all'Intervento. Dato che il numero ridotto del campione non supportava un'analisi statistica, i risultati di questo report sono solo descrittivi e preliminari, mentre continuiamo a raccogliere i dati per ampliare il campione.

Nel primo confronto il numero di Pazienti contenuti, gli episodi di contenzione e la durata degli stessi, sono risultati nettamente inferiori nel gruppo partecipanti. Anche l'adesione successiva alle cure territoriali si è mostrata migliore in questo gruppo. Tra i soli partecipanti, nel semestre precedente l'ICCG sono risultati più numerosi

e più lunghi i ricoveri, si sono registrate più contenzioni e di maggiore durata rispetto a quello successivo. In entrambi i confronti i nostri dati sembrano confermare precedenti studi sull'impatto positivo dell'ICCG sulle variabili connesse alla mancata compliance alle cure e all'aggressività.

In conclusione, benchè preliminari, i dati raccolti presso il nostro SPDC suggeriscono che l'ICCG, mirato ad aumentare la consapevolezza e la partecipazione alle cure, si mostri utile alla riduzione dell'aggressività e al miglioramento della sua gestione nei reparti per acuti.

INTRODUZIONE

L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo (ICCG) è stato concepito principalmente a partire dagli studi di Fowler sul trattamento cognitivo comportamentale individuale nella terapia delle psicosi (Fowler et al., 1995; Morosini, 1998) e dal modello di intervento psicoeducativo di Falloon (Falloon et al., 2004).

Il modello teorico di riferimento è quello definito "stress-vulnerabilità-coping" (Fowler et al., 1995; Casacchia et al., 2000) che focalizza l'attenzione sugli eventi stressanti e sulle risorse individuali di fronteggiamento. La vulnerabilità allo stress, intesa come fattore di rischio per le riacutizzazioni psicopatologiche, è modificabile attraverso l'utilizzo di strategie di coping adeguate: a livello biologico, attraverso l'utilizzo di farmaci, a livello psicologico e sociale modificando pensieri, emozioni e comportamenti per renderli maggiormente adattivi. D'altra parte il gruppo valorizza il confronto tra pari al fine di promuovere un clima di accettazione e collaborazione e un reciproco scambio di restituzioni e commenti propositivi (Liotti, 1995).

L'obiettivo generale dell'ICCG è quello di ottenere la partecipazione attiva e informata del paziente alle cure e, conseguentemente, diminuire la frequenza dei comportamenti violenti e aggressivi. Per gli operatori è uno strumento utile per acquisire informazioni cliniche sui pazienti osservati nella dinamica di gruppo, migliorare

le relazioni e il clima del reparto e ridurre il fenomeno del burn out. L'introduzione di questo intervento all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) a integrazione delle terapie farmacologiche ha prodotto miglioramenti nella competenza dei Pazienti, nell'aderenza alle terapie farmacologiche, nel funzionamento psicosociale, nella capacità di far fronte allo stress e nel numero di rientri in seguito al ricovero indice (Casacchia et al., 2008; Veltro et al., 2007; Veltro et al., 2013; Raune et al., 2011; Zucca et al., 2017).

Il nostro SPDC si sta impegnando nel reperimento di strumenti che consentano di ridurre il ricorso a pratiche restrittive: eravamo quindi molto interessati all'introduzione di strategie utili a rinforzare l'adesione ai motivi del ricovero e alle cure. Dal marzo 2019 si è introdotto l'utilizzo dell'ICCG all'interno del reparto con l'obiettivo di verificare, nel contesto di un SPDC metropolitano ad elevato turnover di accettazioni, i risultati di precedenti studi che riportavano il miglioramento della consapevolezza e della capacità di gestione delle crisi dei Pazienti come incisivo sulla riduzione degli episodi di aggressività o violenza (Dosa et al., 2010; Travi et al., 2010) e quindi sul ricorso a misure coercitive (Veltro et al., 2005).

Per valutare l'impatto del ICCG sui nostri pazienti e la sua eventuale inclusione routinaria tra le pratiche del SPDC abbiamo confrontato alcuni indicatori di partecipazione alle cure ed efficacia nel tempo tra Pazienti non partecipanti e partecipanti al trattamento e, tra questi ultimi, abbiamo confrontato il semestre precedente con quello successivo al ricovero indice.

METODO

Date le dimensioni numericamente ridotte del campione questo report è solo descrittivo. Stiamo continuando a incrementare il nostro campione per consentire una analisi statistica affidabile.

Lo scopo di questo studio era di osservare se la partecipazione all'ICCG inducesse dei cambiamenti rispetto agli esiti del ricovero, alla partecipazione alle cure, alla

progettualità personale rispetto al proprio percorso terapeutico e soprattutto se potesse ridurre gli agiti aggressivi durante la degenza e conseguentemente il ricorso al contenimento meccanico della stessa.

Il primo confronto ha riguardato il gruppo di pazienti partecipanti all'ICCG vs il gruppo di controllo, utilizzando come indicatori di efficacia del metodo: la durata del ricovero, i TSO attuati in reparto, le dimissioni volontarie, gli agiti di violenza e/o di aggressività, il numero, la motivazione e la durata delle misure contenitive. È stato inoltre valutato il proseguimento delle cure sul territorio dopo le dimissioni. Sul solo gruppo di partecipanti si è condotto un confronto valutando il numero dei ricoveri, la loro durata e tipologia, gli agiti aggressivi e le contenzioni nei sei mesi precedenti e successivi all'intervento.

Setting e materiali

Come modello di intervento ci siamo attenuti a quello manualizzato da Vendittelli, preferendo come riferimento la seconda anziché la terza versione (Vendittelli et al., 2008; Vendittelli et al., 2015). L'ICCG si è tenuto tre mattine a settimana (lunedì, mercoledì, venerdì) nel salone da pranzo del SPDC per la durata di circa un'ora. Ogni ciclo completo prevedeva la somministrazione ai Pazienti dei 5 moduli costanti corrispondenti a quelli del manuale: "Cosa è accaduto prima del ricovero", "Modello stress-vulnerabilità", "Psicofarmaci", "Segni precoci di crisi" e "Obiettivi individuali alla dimissione". Ogni argomento è stato trattato con modalità cognitiva e maieutica. Abbiamo somministrato il modulo "Psicofarmaci" in due incontri per l'interesse e l'attenzione particolari solitamente manifestati dai nostri pazienti per l'argomento. Per lo svolgimento di un intero ciclo di sei incontri erano quindi necessarie due settimane.

Il gruppo prevedeva la presenza contemporanea di due operatori, il conduttore per la trattazione dell'argomento e attento alle dinamiche del gruppo e il co-conduttore per facilitare lo scambio comunicativo e per segnare i principali punti trattati su una lavagna. Quando presente il

medico ha svolto sempre il ruolo di conduttore, affiancato dallo psicologo o dall'educatore (37 incontri); questi ultimi due professionisti hanno condotto gli altri 23 incontri. Non è stato possibile, per motivi organizzativi, che gli infermieri conducessero la discussione pomeridiana dei moduli con i pazienti partecipanti al gruppo del mattino, come previsto dal manuale. Tutti i Pazienti venivano invitati a partecipare, a meno di motivazioni ostative da parte del curante. I pazienti si disponevano con le sedie in semicerchio e il conduttore e il co-conduttore sedevano tra di loro. Dall'inizio dell'emergenza sanitaria Covid-19 sono state rispettate tutte le regole di distanziamento e protezione durante lo svolgimento dei gruppi.

Questo report fa riferimento al periodo compreso tra la metà di settembre 2019 e il maggio 2020, durante il quale nel nostro SPDC si sono svolti 10 cicli completi dei 5 moduli costanti. Altri cicli sono stati iniziati ma non portati a termine per problemi organizzativi in reparto o eccessivo turnover dei pazienti. Ci siamo infatti sempre posti come requisito minimo per lo svolgimento del gruppo la presenza di almeno 3 pazienti.

Partecipanti totali

I posti letto presso il nostro SPDC sono 15. Nel periodo preso in considerazione hanno partecipato all'ICCG 109 pazienti in totale, con una media di 3 incontri per partecipante.

L'età media dei 109 partecipanti era di 43 anni (ds 14,9) con una distribuzione praticamente uguale tra i sessi, 55 maschi e 54 femmine. In media hanno partecipato 5 pazienti a incontro. Nonostante venissero invitati anche i pazienti in TSO, la loro partecipazione non è stata frequente: sui 60 incontri svolti sono stati presenti 18 volte. In alcuni casi, è stato possibile concludere il ciclo di incontri nonostante le dimissioni, o perché i pazienti erano presenti in regime di DH per monitoraggio post dimissione, o perché volontariamente presenti in reparto come esterni allo scopo di terminare gli incontri.

Le diagnosi dei partecipanti sono state formulate secon-

do i criteri del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2015) e raggruppate in macroaree diagnostiche. Si è deciso di considerare la diagnosi al momento della dimissione e di escludere la categoria "dipendenze" in quanto, nel nostro campione, sempre presente solo in comorbidità.

Le macro aree diagnostiche erano rappresentate da:

- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici (38 partecipanti)
- Disturbi depressivi e Disturbo bipolare e correlati (42 partecipanti)
- Disturbi di personalità (27 partecipanti)
- Disturbi d'ansia (1 partecipante)
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (1 partecipante)

Criteri di inclusione/esclusione del campione e gruppo di controllo

Il confronto dei dati ha preso in considerazione un campione più piccolo dal momento che abbiamo deciso di escludere chi ha presenziato ad un solo incontro o ha partecipato a più incontri ma non nel corso dello stesso ricovero.

Dopo questa correzione, il campione di partecipanti ai gruppi si è ridotto a 36 maschi e 33 femmine per un totale di 69 pazienti, con un'età media di 42 anni (ds 15). Le macro aree diagnostiche erano rappresentate da:

- Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici (20 partecipanti)
- Disturbi depressivi e Disturbo bipolare e correlati (29 partecipanti)
- Disturbi di personalità (18 partecipanti)
- Disturbi d'ansia (1 partecipante)
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (1 partecipante).

Hanno partecipato in media a 4 incontri.

Il gruppo di controllo è stato formato recuperando i dati dei degenti ricoverati negli stessi periodi in cui si sono svolti i gruppi nel 2019 ma l'anno prima dell'introduzione dell'ICCG. Poiché l'avvio dell'ICCG in reparto è iniziato

nel marzo 2019, l'arruolamento dei pazienti per il gruppo di controllo è terminato in questa data. Il campione di controllo è risultato composto di 64 pazienti con un'età media di 43,5 (ds 16,3) anni, divisi in 34 maschi e 30 femmine; 39 di loro avevano una diagnosi appartenente allo spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, 15 di disturbo depressivo o bipolare e 10 di disturbo di personalità (tabella 1).

Non per tutti questi pazienti è stato possibile avere informazioni su alcune variabili studiate dopo le dimissioni perché al di fuori della competenza territoriale o perché seguiti privatamente.

giorni, mentre nel gruppo di controllo uno di 21 giorni.

Tra i partecipanti all'ICCG 3 si sono dimessi volontariamente: la loro diagnosi era di disturbo di personalità. Nel gruppo di controllo ci sono state 2 dimissioni volontarie in pazienti con diagnosi di psicosi e disturbo di personalità.

Per il calcolo delle contenzioni si è fatto riferimento all'apposito registro regionale.

Sui 69 partecipanti all'ICCG 6 sono stati contenuti per un totale di 7 episodi di contenzioni e 66,7 ore complessive (durata media della contenzione per paziente 11,1 ore; ds 8,7) mentre il campione di controllo registra 12 pazienti contenuti, per un totale di 48 episodi e per un tempo complessivo di 386,5 ore (durata media della

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e cliniche del campione

	Gruppo Partecipanti	Gruppo di controllo
Numero di pazienti	69	64
Età media	42 Ds 15	43,5 Ds 16,3
Sesso	36 M -33 F	34 M - 30 F
Diagnosi	29 disturbi depressivi e bipolari 20 disturbi spettro schizofrenia e psicosi 18 disturbi della personalità 1 disturbo d'ansia 1 disturbo della nutrizione e alimentazione	15 disturbi depressivi e bipolari 39 disturbi spettro schizofrenia e psicosi 10 disturbi della personalità
Pz rintracciabili nei CPS	42	42

RISULTATI

Partecipanti vs gruppo di controllo

La durata del ricovero è stata in media di 14 giorni (ds 9,8) per i 69 partecipanti all'ICCG e di 18 giorni (ds 20,5) per il gruppo di controllo.

Abbiamo considerato TSO eseguiti in reparto solo quelli avvenuti dopo almeno sei ore dal ricovero, equiparando quello effettuato nelle ore precedenti a quello eseguito in PS. Nel gruppo dei partecipanti si sono registrati due TSO, rispettivamente della durata di 6 e 18

contenzione per paziente 32,2 ore, ds 36,5) (Tabella 2).

Le motivazioni cliniche che hanno determinato tale intervento venivano elencate dal medico nell'apposito registro regionale. Il gruppo di partecipanti riportava 5 volte la motivazione "agitazione", 2 volte "aggressività". Nel gruppo di controllo tale intervento veniva motivato 9 volte a causa di "agitazione", 36 volte a causa di "aggressività".

Un obiettivo dell'ICCG è quello di rendere il paziente più consapevole del proprio disturbo, più informato sulle terapie e più attivo nel processo di cura. L'attesa

Tabella 2. Variabili confrontate tra i due gruppi di pazienti

	GRUPPO PARTECIPANTI 69 Pazienti	GRUPPO DI CONTROLLO 64 Pazienti
Durata media del ricovero	14 giorni ds 9,8	18 giorni ds 20,5
Tso in reparto	2	1
Durata del tso	6 e 18 giorni	21 giorni
Dimissioni volontarie	3	2
Numero episodi di contenzione	7	48
Numero dei pazienti contenuti	6	12
Durata totale delle contenzioni	66,7 ore	386,1 ore
Durata media della contenzione per paziente	11,1 ore ds 8,7	32,2 ore ds 36,5

era che chi ha seguito questo intervento di gruppo fosse più aderente al trattamento. Per questo motivo abbiamo scelto la variabile “aggancio al CPS” (presenza del Paziente presso il Servizio di competenza territoriale per i primi tre appuntamenti fissati dopo la dimissione dall’episodio indice) volta a misurare se alla dimissione chi ha partecipato al gruppo sia stato maggiormente costante nel recarsi in visita dal proprio psichiatra e/o abbia partecipato alle attività che gli venivano proposte dagli operatori.

Dei 69 partecipanti all’ICCG, 18 non erano residenti in zone di competenza della nostra Unità Operativa e non abbiamo potuto accedere ai dati di 9 pazienti perché seguiti da un curante privato. I rimanenti 42 avevano una cartella clinica aperta e consultabile presso i CPS ed erano noti al Servizio prima del ricovero. Per motivazioni analoghe anche il gruppo di controllo è risultato composto da 42 pazienti.

Nel gruppo dei partecipanti in 36 casi i pazienti si sono presentati al CPS per tutti e tre gli appuntamenti successivi alla dimissione, in 6 hanno mancato un incontro; nel gruppo di controllo 27 pazienti si sono presentati a tutti gli appuntamenti e 15 non si sono presentati affatto (Tabella 3).

Tabella 3. Aggancio ai Servizi Territoriali dopo le dimissioni

	Gruppo di partecipanti	Gruppo di controllo
Frequenza regolare del CPS	36	27
Assenza immotivata	6	15

Pazienti partecipanti all’ICCG: i sei mesi prima e dopo l’intervento

Abbiamo analizzato per i 51 partecipanti all’ICCG residenti nella nostra Unità Operativa il numero di ricoveri, la durata, le contenzioni e i TSO nei sei mesi precedenti e successivi al trattamento.

I ricoveri prima dell’ICCG sono stati 16 per un totale di 198 giorni nei sei mesi precedenti mentre nei sei successivi 8, per la durata complessiva di 66 giorni.

Dei 16 ricoveri precedenti la partecipazione all’ICCG 8 hanno richiesto un TSO. La durata complessiva di tali provvedimenti è stata di 58 giorni (media 7,2; ds 5,3). Degli 8 ricoveri posteriori all’ICCG 4 sono avvenuti in regime di TSO. La durata complessiva è stata di 16 giorni (media 4; ds 2,4)

Gli episodi di contenzione avvenuti nei 16 ricoveri precedenti l'ICCG sono stati 21, effettuati su 4 pazienti, per un totale complessivo di 223 ore (durata media della contenzione per paziente 55,8; ds 46). Nel semestre successivo tra questi quattro pazienti, una è tornata in DH e un altro in regime di ricovero volontario nel corso del quale non è mai stato contenuto. Viceversa, un paziente che era stato ricoverato nel periodo precedente l'ICCG, senza bisogno di contenzioni, si è dimostrato particolarmente aggressivo durante il ricovero nei sei mesi successivi, tanto da richiedere tale provvedimento, della durata di 4 ore (Tabella 4).

finalità proposti. La media delle votazioni ha indicato un livello moderato di difficoltà.

Per potenziale utilità in termini clinici si intende il raggiungimento da parte dei partecipanti di una maggiore consapevolezza del disturbo, una migliore conoscenza delle finalità della terapia farmacologica, e quindi una più autentica adesione al trattamento. In quest'area si è valutato un buon livello di raggiungimento degli obiettivi.

Infine il livello di partecipazione dei pazienti è risultato mediamente molto soddisfacente.

Tabella 4. Trattamenti Sanitari Obbligatori e contenzioni nei sei mesi precedenti e posteriori all'ICCG

	Semestre precedente	Semestre successivo
Numero dei ricoveri	16	8
Durata complessiva dei ricoveri	198 giorni	66 giorni
Durata media del ricovero	12,4 giorni ds 10,3	8,2 giorni ds 3,7
Numero di TSO	8	4
Durata complessiva dei TSO	58 giorni	16 giorni
Durata media del TSO	7,2 giorni ds 5,3	4 giorni ds 2,4
Episodi di contenzione	21	1
Numero di Pazienti contenuti	4	1
Durata complessiva delle contenzioni	223 ore Media per paziente 55,8 Ds 46	4 ore

Valutazione degli incontri da parte dei conduttori

A conclusione di ogni modulo i conduttori hanno compilato una scheda di valutazione atta a misurare, su una scala Likert a 4 punti, la difficoltà nella conduzione, la potenziale utilità dell'incontro e il livello di partecipazione dei pazienti.

Il primo indice si riferisce alla difficoltà incontrata nella conduzione, rispetto alla fatica del contenere i pazienti più disturbati dai sintomi, provocatori o particolarmente acritici, oltre all'impegno per rimanere sul tema e le

DISCUSSIONE

I dati raccolti da questo campione preliminare sembrano confermare altre ricerche e reports nazionali sull'efficacia dell'ICCG anche in contesti di trattamento delle patologie psichiatriche acute (Veltro et al., 2007; Veltro et al., 2013; Veltro et al., 2017)..

La prima raccolta di dati ha messo a confronto i pazienti partecipanti all'ICCG con un gruppo di controllo costituito dai pazienti ricoverati nello stesso periodo un anno prima.

La durata del ricovero è risultata leggermente inferiore tra i pazienti che hanno aderito all'attività, non in maniera sufficiente a confermare che la partecipazione al gruppo abbia ridotto i tempi di ricovero. Rispetto ai TSO e le dimissioni volontarie, basandoci su numeri esigui, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi.

Il nostro scopo principale era valutare se l'introduzione dell' ICCG, mediante il miglioramento della partecipazione attiva alle cure e del confronto reciproco positivo potesse contribuire a ridurre la gravità e la frequenza degli agiti aggressivi, come già evidenziato in altri recenti lavori sull'introduzione nei reparti per acuti di strumenti riabilitativi di gruppo (Zucca et al., 2017; Szabo et al., 2015; McCann et al., 2015).

Il numero delle contenzioni è apparso quasi dimezzato nel gruppo dei partecipanti rispetto a quello di controllo e si sono diversificate le motivazioni: nel gruppo di partecipanti tale provvedimento è stato preso più frequentemente a causa dell'eccessiva agitazione e irrequietezza del paziente, mentre nel gruppo di controllo per contenere agiti aggressivi.

Abbiamo osservato che le contenzioni nel gruppo dei partecipanti erano tutte antecedenti alla partecipazione all'attività. Questo dato può essere letto come naturale, dal momento che la partecipazione ad un gruppo spesso avviene una volta superata la prima fase di acuzie, oppure come un effetto della partecipazione al gruppo, che permetterebbe di sentirsi maggiormente accolti, ascoltati e competenti nel contenere alcuni sintomi critici.

Osservando la durata delle contenzioni si nota una drastica riduzione nei pazienti partecipanti al gruppo, passando dalle 386,5 ore del gruppo di controllo a 53,5. Il dato sembra confermare gli ancora pochi lavori sulla relazione tra introduzione negli SPDC di terapie riabilitative e riduzione del ricorso alla contenzione meccanica (Veltro et al., 2005).

I pazienti che hanno aderito al trattamento hanno dimostrato una maggiore compliance alle cure ambulatoriali dopo le dimissioni, presentandosi più regolarmente agli

appuntamento con il curante in CPS. Inoltre leggendo le annotazioni sul diario clinico territoriale di alcuni pazienti che da ricoverati hanno partecipato all'ICCG abbiamo trovato annotazioni quali: "molto più adeguato", "le nuove terapie sembrano più tollerate", "chiede informazioni sulla terapia", "telefona per sistemare la terapia". Nei moduli che trattano l'uso degli psicofarmaci e le strategie per riconoscere e gestire i segnali premonitori di ricaduta sintomatica, si invitano i pazienti ad avere un ruolo attivo nel monitorare il proprio stato di salute e a collaborare con il proprio psichiatra al fine di adeguare il dosaggio del farmaco alle oscillazioni psicopatologiche. I Pazienti si sono mostrati spesso curiosi e molto partecipativi a questi incontri, chiedendo informazioni o ponendo delle criticità che talvolta non erano emerse nei colloqui individuali. Annotazioni di questo tipo nel diario clinico territoriale, assenti nei colloqui precedenti al ricovero in cui si sono trattati questi argomenti e nei diari dei pazienti del gruppo di controllo, suggeriscono che la partecipazione all'ICCG abbia contribuito a formare pazienti più coinvolti, partecipativi e aderenti al proprio progetto terapeutico, elementi importanti per il miglioramento della prognosi e per raggiungere una più completa recovery (Cohen et al., 2007).

Il secondo confronto era riferito alle variazioni di alcuni parametri nello stesso campione di pazienti tra i sei mesi precedenti e quelli successivi il ricovero indice, durante il quale hanno partecipato al trattamento. I dati mostrano un dimezzamento del numero dei ricoveri dopo il trattamento e una riduzione della loro durata media. Anche i TSO, sebbene complessivamente poco rappresentati, sono risultati ridotti e più brevi nel semestre successivo alla partecipazione all'ICCG.

Il dato che abbiamo trovato più interessante riguarda il numero e la durata delle contenzioni, che sono diminuite da 21 su 4 pazienti a 1 passando da un numero complessivo di 222,25 ore a 4.

Considerando che le variabili cliniche sono state raccolte sugli stessi pazienti in periodi diversi è presumibile

pensare che le manifestazioni sintomatiche siano state simili ma che la partecipazione all'ICCG abbia consentito di raggiungere una migliore consapevolezza, la capacità di formulare una più precoce richiesta di aiuto, un miglioramento della fiducia negli operatori e abbia fornito maggiori strumenti per controllare alcune manifestazioni, specie quelle più gravi come l'aggressività e l'agitazione psicomotoria, come già evidenziato da altri studi (Cro, 2010).

L'introduzione dell'ICCG ha permesso di accedere ad un quantitativo di informazioni preziose sul paziente e sul suo modo di rapportarsi alla patologia, alla terapia e allo stare in relazione con gli altri all'interno di un gruppo. Malgrado non siamo riusciti a oggettivare tutte le nostre percezioni con indicatori clinici, ci sembra importante aggiungere che come equipe ci siamo trovati più volte a commentare la profondità degli scambi comunicativi ed emotivi emersi durante il gruppo. Questo strumento ci ha permesso di avere una conoscenza più globale del paziente e ha spesso modificato la relazione terapeutica migliorando la partecipazione attiva e la fiducia dei Pazienti nel percorso di cura. Ci è sembrato significativo che alcuni dimessi abbiano scelto di tornare in reparto solo per terminare il percorso di gruppo.

In conclusione questa osservazione preliminare conferma che l'introduzione in SPDC di strumenti riabilitativi di gruppo quali l'ICCG possa contribuire a promuoverlo a luogo deputato a elaborare la crisi, a ridefinire la terapia farmacologica sperimentando nuovi approcci clinici e nuovi modelli gestionali, a impostare delle strategie di prevenzione sulle ricadute e ad accrescere il consenso del paziente attraverso un sistema di cura community based. L'introduzione routinaria in SPDC di questo strumento, formando pazienti più competenti e aderenti al trattamento e alle strategie di recovery, sembra inoltre utile a ridurre notevolmente il ricorso a interventi coercitivi, migliorando la fiducia degli utenti nei confronti dei Servizi di cura (Ruggeri et al., 2012).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

^o *Psichiatra Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

^{*} *Psicologa Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

[^] *Educatrice Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

[§] *Direttore Emerito Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

CORRISPONDENZA

laura.bellini@asst-fbf-sacco.it

BIBLIOGRAFIA

1. Fowler D., Garety P., Kuipers E. *Behavior Cognitive therapy for psychosis: theory and practice*. New York: Wiley and Son, 1995.
2. Morosini P. *La valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici: il caso della terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi*. In: Fowler D., Garety., Kuipers E. (a cura di). *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi*. Milano: Masson, 1998.
3. Falloon IRK., Montenero I., Sungur M., et al. *Implementation of evidence based treatment for schizophrenic disorders: two years outcome of an international field trial of optimal treatment*. *World Psychiatry*, 3:104-109, 2004.
4. Casacchia M., Roncone R. *Trattamenti psicosociali familiari*. In: Pancheri P., Cassano GB. (a cura di). *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson, 2000.
5. Liotti G. *La teoria della motivazione in Lichemberg: un confronto con la prospettiva ecologica evolutivista*. *Psicoterapia*, 2:104-112, 1995.
6. Casacchia M., Cavicchio A., Di Pucchio A., et al. *Valutazione delle abilità di riconoscimento delle emozioni, di comunicazione e di risoluzione di problemi nell'ambito dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Valutazione di esito*. *Giornale italiano di psicopatologia*, 14 (S): 207, 2008.
7. Veltro F., Vendittelli N., Oricchio I., et al. *Studio di efficacia nella pratica dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow up di 4 anni*. *Giornale italiano di psicopatologia*, 13 (4): 497-503, 2007.
8. Veltro F., Chiarullo R., Leanza V., et al. *Descrizione dell'esperienza, dell'efficacia pratica e della diffusione dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura di psichiatria*. *Riv Psichiatr*, 48: 2, 2013.
9. Raune D. & Daddi I. *Pilot Study of group cognitive behaviour therapy for heterogeneous acute psychiatric inpatients: treatment in a sole-standalone session allowing patients to choose the therapeutic target*. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39 (3): 359-365, 2011.
10. Zucca C., Ortolani E., Frattarolo S., et al. *Interventi riabilitativi di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo*. *Riv Psichiatr*, 52 (5): 200-207, 2017.
11. Dosa M., Cavicchio A. *Gruppi per il miglioramento dell'atmosfera di reparto e la diminuzione di comportamenti aggressivi*. *Abstract Book*, 2010;87. http://www.sirp-abruzzo.it/cms/images/stories/abstract_book_sirp_2010.pdf
12. Travi M., Cappuccini M., Pinzaglia L. *Valutazione nell'SPDC di Arezzo di "L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo in SPDC"*. *Nuova rassegna di studi di psichiatria, rivista online*, 1, 2010.
13. Veltro F., Cuccaro A., Vendittelli N., et al. *Valutazione dell'efficacia dell'intervento strutturato cognitivo-comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati*. *Riv Psichiatr* 6: 353-9, 2005.
14. Vendittelli N., Veltro F., Oricchio I., Bazzoni A., et al. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2008.
15. Vendittelli N., Veltro F., Oricchio I., Cappuccini M., Roncone R., Simonato P. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura*. Milano: Edi-Ermes, 2015.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: fifth edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric press, 2013.
17. Veltro F., Sošto G., Gallo L. *Psichiatria. Efficacia ed efficienza dell'intervento psicoeducativo di gruppo: il bilancio delle esperienze nazionali a Campobasso*. *Quotidianosanità*. it, rivista online, 1, 2017.
18. Szabo KA., White CL., Cummings SE., Wang RS., Quanbeck CD. *Inpatient aggression in community hospitals*. *CNS Spectr*, 20: 223-230, 2015.
19. McCann T., Baird J., Muir-Cochrane EC. *Social climate of acute old age psychiatry inpatient units: Staff perceptions within the context of patient aggression*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22: 102-8, 2015.
20. Cohen M., Andersen H. *Enhanced recovery orientation*. Aarhus, Denmark: The City of Aarhus, Department of

Social Services, 2007.

21. Cro F. *Diminuzione delle contenzioni nel SPDC di Viterbo: fattori di miglioramento interni ed esterni*. In: Sangiorgio P., Polselli CM. (a cura di). *Matti da (non) legare*. Roma: Alpes, 2010.
22. Ruggeri M., Bonetto C., Lasalvia A. et al. *A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial*. *Trials*, 13: 73, 2012.

Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della asst melegnano e della martesana

Camporota V.; Carnevali S.*; Durbanò F.°*

INTRODUZIONE

Le misure di lockdown correlate alla pandemia SARS-Cov2 hanno avuto un impatto significativo sulle scuole, soprattutto su quelle secondarie superiori. Infatti la chiusura degli istituti, la prevalenza della didattica a distanza (DAD) e i non sempre adeguati sistemi informatici a disposizione degli studenti hanno determinato una significativa sofferenza non solo nei percorsi formativi (ne fanno fede anche i recenti risultati delle prove Invalsi del 5° anno soprattutto nella fascia di età adolescenziale – scuole secondarie di secondo grado ma anche di primo seppur con danni più limitati, cfr. <https://www.invalsiopen.it/risultati/risultati-prove-invalsi-2021/>) (Graziani, 2020; Domenici, 2020; Bonal, 2020). Confermando gli allarmi già lanciati nella scorsa primavera 2020, di nuovo evidente nell'autunno 2020 e ancora ribadito nel 2021, anche i percorsi di crescita e maturazione individuale dei giovani ne hanno risentito significativamente (Minozzi et al., 2021). Infine, i dati qualitativi disponibili evidenziano un aumento della domanda di accesso ai servizi territoriali e, in generale, dei bisogni psicologici dell'utenza già in carico ai servizi, con un crescendo di complessità ipoteticamente correlato agli effetti della pandemia (Townsend, 2020).

Nel mese di Aprile 2021, contestualmente al prolungarsi della pandemia e delle conseguenze ad essa connesse, ci siamo quindi interrogati su quali potessero essere gli effetti nel breve e nel lungo termine sulla qualità di vita e sulla salute mentale dei più giovani, con la finalità non solo di capire il fenomeno ma anche – in quanto erogatori di prestazioni specialistiche nell'area salute mentale – di

sviluppare eventuali strategie di intervento e riduzione del danno (D'Ambrosi et. al., 2020; Ponzetti e Valentini, 2020).

DESCRIZIONE E FINALITÀ

Abbiamo pertanto sviluppato una ricerca finalizzata a raccogliere dati utili a verificare delle possibili implementazioni delle risposte al bisogno di cura emergente nei giovani in conseguenza di tutti i provvedimenti messi in atto in questo ultimo anno per il contenimento dell'infezione da Covid19.

L'indagine si è sviluppata implementando la collaborazione tra due progetti già attivi all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Melegnano e della Martesana: a) il Progetto Innovativo Regionale di Prevenzione e Intervento precoce dei disturbi psichici in età giovanile e disturbi psichiatrici adolescenziali, che opera presso la Psichiatria e la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e b) il Progetto C.I.C. Centro di Informazione e Consulenza attivo presso otto Istituti Superiori nel territorio.

È stato quindi sviluppato un Questionario finalizzato a rappresentare e restituire oggettivamente un'immagine contestuale dei bisogni dello stato emotivo e psicologico degli adolescenti del territorio, nonché di individuare possibili ulteriori conseguenze nel futuro, ivi comprese quelle relative ai lockdown, alla DAD, e alle misure di distanziamento sociale anche quando l'emergenza sanitaria sarà rientrata, in linea con altre analoghe esperienze (Esposito et al., 2021).

METODOLOGIA

Il questionario è stato sviluppato sulla piattaforma Google Moduli, che ha consentito un facile accesso e la creazione di un link inviabile alla popolazione in modo rapido. Il sistema di somministrazione via web è stato infatti ritenuto più vicino alle modalità di comunicazione sociale della popolazione target dell'indagine. L'indagine è stata completamente anonima per garantire una maggior autenticità alle risposte.

Il questionario è composto da 19 domande di cui 9 valutate con scala likert a 4 punti e 10 con risposta multipla.

Escluse le prime 2 domande, volte ad individuare sesso ed età, la totalità delle aree esplorate ha mirato ad indagare il variare degli aspetti emotivi nei mesi dell'isolamento causato dalle misure di contenimento per la pandemia, l'eventuale presenza o aumento di disagio psicologico e come questo è stato affrontato, i bisogni contestuali nonché la percezione del futuro alla luce di quelle che possono essere le conseguenze immaginate del post-pandemia; questo ultimo punto è stato utilizzato come indicatore indiretto di una possibile evoluzione dei disagi descritti nei punti precedenti.

In prima istanza si è provveduto ad inviare da parte del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze una e-mail ai Dirigenti Scolastici con l'obiettivo di presentare il progetto e le sue finalità. Si è ottenuta una completa adesione, in seguito alla quale è stata avviata una fase esplorativa rispetto alle possibilità del singolo Istituto nel far pervenire il link del Questionario alla popolazione degli studenti. La quasi totalità degli Istituti ha predisposto una circolare interna, pubblicata sul registro elettronico, contenente il link al Questionario e una presentazione delle finalità dello stesso; un solo Istituto ha inviato il link al Questionario e la descrizione delle finalità dello stesso direttamente alla mail individuale di Istituto di ogni singolo studente. Il questionario è rimasto a disposizione on line per la compilazione a partire dal giorno 29/04/2021 fino al giorno 18/06/2021.

PARTECIPANTI

All'iniziativa di indagine nella popolazione adolescenti hanno aderito otto Istituti Superiori del territorio, all'interno dei quali risultava già attivo il Progetto C.I.C. (Centro di Informazione e Consulenza). Il totale della popolazione coinvolto è di 4310 studenti, di cui 1686 femmine (39,12%) e 2624 maschi (60,88%)

ANALISI DEI DATI

Il numero dei questionari compilati, seppur inferiore a quello complessivo dell'intera popolazione a cui è stato proposto, si è rivelato adeguato all'individuazione di un campione variegato in termini di genere ed età. Il Questionario è stato proposto alla totalità della popolazione studentesca di questi Istituti, con 598 questionari compilati, pari al 13,9% della popolazione target. I questionari validi utilizzabili per le valutazioni statistiche sono stati 594, pari al 13,8% del campione target. Inoltre, non tutti i rispondenti dei questionari validi hanno risposto a tutte le domande, pertanto le analisi statistiche sono state fatte solo sul campione dei rispondenti nelle singole variabili analizzate. I numeri totali (e i relativi indici proporzionali) possono essere pertanto diversi dal campione totale.

L'età media del campione, in coerenza con quello della popolazione studiata, è di anni 16,33 + 1.63. Non sono state rilevate differenze rispetto al sesso.

La distribuzione per sesso è di 331 maschi (55,7%), 258 femmine (43,8%) e 5 che non hanno risposto alla domanda (0,8%). Tale dato sembra essere compatibile con una maggior prevalenza di maschi a scuola e quindi rispecchia la distribuzione della popolazione, a prevalenza maschile, propria degli istituti indagati, sebbene statisticamente il campione dei rispondenti sia spostato verso il sesso femminile rispetto al campione generale della popolazione indagata (60,88% maschi e 39,12% femmine). Il campione raccolto è stato quindi considerato rappresentativo della popolazione studentesca target.

L'indagine dei vissuti emotivi è stata effettuata prima nel campione globale e poi stratificata per sesso. La valutazione statistica delle differenze è stata calcolata con il test del χ^2 (Tabella 1).

Le emozioni maggiormente sperimentate nella fase di chiusura (era richiesto di autovalutarsi in un periodo di 6 mesi precedenti l'indagine) sono quelle con valenza negativa. La scala relativa alla gioia, infatti, appare essere l'unica con uno sbilanciamento delle risposte ai punteggi più bassi della scala, indicando che solo un numero esiguo

Tabella 1 – risposte emotive

Negli ultimi 6 mesi, in che misura ha

	Rabbia			Tristezza			Indifferenza			Gioia			Noia/mancanza di obiettivi/ perdita di senso			Ansia			Solitudine		
	Mas	Fem	Tot.	Mas	Fem	Tot.	Mas	Fem	Tot.	Mas	Fem	Tot.	Mas	Fem	Tot.	Mas	Fem	Tot.	Mas	Fem	Tot.
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col	% col
Per nulla	36	11	47	48	9	57	58	62	120	67	39	106	31	17	48	38	11	49	94	43	137
	10,9%	4,3%	8,0%	14,5%	3,5%	9,7%	17,8%	24,0%	20,5%	20,4%	15,1%	18,1%	9,4%	6,6%	8,2%	11,5%	4,3%	8,3%	28,5%	16,7%	23,3%
Poco	108	71	179	98	43	141	125	85	210	152	138	290	68	46	114	94	25	119	87	57	144
	32,6%	27,7%	30,5%	29,6%	16,7%	23,9%	38,3%	32,9%	36,0%	46,2%	53,5%	49,4%	20,7%	17,9%	19,5%	28,4%	9,7%	20,2%	26,4%	22,1%	24,5%
Abbastanza	111	103	214	101	108	209	82	70	152	87	61	148	109	76	185	91	45	136	91	85	176
	33,5%	40,2%	36,5%	30,5%	41,9%	35,5%	25,2%	27,1%	26,0%	26,4%	23,6%	25,2%	33,1%	29,6%	31,6%	27,5%	17,4%	23,1%	27,6%	32,9%	29,9%
Molto	76	71	147	84	98	182	61	41	102	23	20	43	121	118	239	108	177	285	58	73	131
	23,0%	27,7%	25,0%	25,4%	38,0%	30,9%	18,7%	15,9%	17,5%	7,0%	7,8%	7,3%	36,8%	45,9%	40,8%	32,6%	68,6%	48,4%	17,6%	28,3%	22,3%
Totale	331	256	587	331	258	589	326	258	584	329	258	587	329	257	586	331	258	589	330	258	588
Pearson x2 (val., G.L., P)	12,029	3	0,007	41,032	3	0	4,768	3	0,19	4,324	3	0,228	5,49	3	0,139	79,321	3	0	18,62	3	0

ha affermato di averla provata negli ultimi 6 mesi.

Le maggiori elevazioni si osservano sui vissuti di tristezza, Noia/Mancanza di obiettivi /Perdita di senso, Ansia e Rabbia; si rileva, invece, un maggior bilanciamento rispetto al vissuto di Indifferenza e di Solitudine.

L'analisi della distribuzione per sesso identifica alcune variabili di sofferenza emotiva autoriportata che sono più frequenti tra il sesso femminile rispetto a quello maschile: rabbia, tristezza, ansia e solitudine. Le altre variabili invece sono equamente suddivise, in termini di gravità percepita, in entrambi i sessi (noia, indifferenza, perdita di gioia) (Tabella 1, confronto tra sessi).

Rispetto all'età (tabella 2), emerge un chiaro differenziale tra età più "giovani" ed età più "avanzate" nei profili di risposta sulle reazioni emotive. Suddividendo il campione in base alle risposte "per nulla + poco" e "abbastanza + molto", emerge una differenza significativa nelle aree rabbia, tristezza, noia, solitudine (età più alte

sono più rappresentate nelle aree dei sentimenti negativi), mentre l'area gioia segue un andamento opposto, in cui le fasce più giovani sono maggiormente rappresentate nell'area dei sentimenti più positivi.

Altro dato in linea con questa espressione di sofferenza psicologica intensa si osserva con le risposte alle domande sul rischio autolesivo (tabella 3), in cui rispettivamente il 18,2% (per un totale di 105 risposte affermative) ha dichiarato negli ultimi 6 mesi di essersi fatt* del male con gesti autolesivi o, comunque, di aver pensato di farlo e il 2,4% (per un totale di 140 risposte affermative) ha asserito che negli ultimi 6 mesi uno o più degli amici ha raccontato di essersi fatt* del male o di aver pensato di farlo.

A entrambe le domande il campione di sesso femminile ha registrato un tasso di positività alla risposta significativamente più alto del campione di sesso maschile (tabella 3, confronto tra sessi).

Con una domanda a risposta aperta sono state esplo-

Tabella 2 – reazioni emotive in relazione all'età

Negli ultimi 6 mesi, in che misura ha provato sentimenti di

0=Per nulla / poco	Rabbia		Tristezza		Indifferenza		Gioia		Noia		Ansia		Solitudine	
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Età media	16.01	16.53	16.02	16.48	16.25	16.46	16.46	16.06	16.06	16.43	16.17	16.39	16.14	16.5
Dev.Stad.	1.46	1.7	1.59	1.63	1.58	1.68	1.66	1.55	1.52	1.67	1.54	1.66	1.58	1.67
T	3.814		3.294		1.529		-2.773		2.505		1.493		2.674	
D.F.	590		592		587		590		589		592		591	
P	<0.05		<0.05		N.S.		<0.05		<0.05		N.S.		<0.05	

Tabella 3 – rischio autolesivo

Negli ultimi 6 mesi, ti è capitato

Di farti del male (Gesti autolesivi) O pensare di farlo?	Mas	Fem	Totale	Che un* o più dei tuoi amici ti abbia raccontato di essersi fatt* del male o di aver pensato di farlo?	Mas	Fem	Totale
	N	N	N		N	N	N
	% Col	% Col	% Col		% Col	% Col	% Col
Sì	35	70	105	Sì	49	91	140
	10,80%	27,70%	18,20%		15,00%	35,40%	24,00%
No	290	183	473	No	277	166	443
	89,20%	72,30%	81,80%		85,00%	64,60%	76,00%
Totale	325	253	578	Totale	326	257	583
Pearson x2 (val., G.L., P)	27,327	1	<0.05		32,704	1	<0.05

rate le aree ritenute maggiormente critiche (tabella 4). Le risposte raccolte e standardizzate hanno permesso di rilevare che il contesto elicitante le maggiori fatiche sul piano dell'esperienza recente (ultimi 6 mesi) riguarda in ordine decrescente la *frequenza della scuola da remoto e la gestione dello studio* (31,1%, 185 risposte), la *gestione*

del tempo e delle routine quotidiane (16,3%, 97 risposte), *l'assenza di amici/partner e solitudine* (12%, 71 risposte). Percentuali minori si sono osservate agli item conflittualità in famiglia (5,6%, 33 risposte) e *conflittualità con gli amici/partner* (2,7%, 16 risposte). Il 20,5% dichiara che tutte le aree proposte nel questionario hanno comportato aspetti

di criticità, mentre il 10,8% ha dichiarato che nessuna di esse è stata vissuta in modo problematico.

Rispetto alla età, i soggetti più giovani hanno verbalizzato più frequentemente ideazione autolesiva, anche se la differenza non è statisticamente significativa (età media + d.s. campione a rischio 16.10 + 1.64 vs campione non a rischio 16.4 + 1.64, $t=1.667$, g.d.l. 581, $p=0.096$).

Tabella 4 – aree critiche

Quale ritieni essere stata l'area più critica nella tua esperienza negli ultimi 6 mesi?	N	%
nessuna risposta	6	1
Conflittualità con gli amici/partner	16	2,7
Conflittualità in famiglia	33	5,6
Assenza di amici/partner e solitudine	71	12
Gestione del tempo e delle routine quotidiane	97	16,3
Frequenza della scuola da remoto e gestione dello studio	185	31,1
Nessuna delle precedenti	64	10,8
Tutte le precedenti	122	20,5
Totale	594	100

È stata poi indagata la ricaduta delle limitazioni connesse alle misure di contenimento della pandemia con la finalità di mettere in evidenza quale area sia stata maggiormente colpita nella percezione dell'adolescente (tabella 5 prima colonna). Si è rilevato che l'aspetto vissuto come particolarmente limitante ha riguardato la limitazione delle *uscite con gli amici e la socialità in generale* (56,9%, 338 risposte), a seguire, ma sempre riguardante il piano interpersonale, troviamo la *chiusura dei luoghi di intrattenimento/agggregazione* (16,5%, 98 risposte), il *rinunciare alle attività extrascolastiche (sport, corsi, ecc)* (13,5%, 80 risposte) e il *rinunciare alla scuola in presenza* (12%, 71 risposte).

L'indagine dei cambiamenti vissuti dai ragazzi negli ultimi 6 mesi (tabella 5 seconda colonna) ha messo in evidenza che più aree significative di interesse specifico per la valutazione del benessere psicologico sono state investite da modificazioni rilevanti, con un aumento di alcuni indicatori di rischio. In particolare il 39% (225 risposte) ha dichiarato *difficoltà nello studio*, il 33,3% (192 risposte) *aumento delle ore trascorse on-line o su smartphone esclusa la DAD*, il 16,5% (95 risposte) *alterazioni del sonno*, l'8,5% (49 risposte) *disordini alimentari* e il 2,8% (16 risposte) *uso di alcol/sostanze*.

Tabella 5 – aree di limitazione maggiormente sofferte e cambio abitudini

Negli ultimi 6 mesi, qual è l'area che secondo te è stata maggiormente colpita, per te e i tuoi coetanei?	N	%	Negli ultimi 6 mesi, quali delle tue abitudini hanno subito una modifica più rilevante?	N	%
Nessuna risposta	7	1,2	difficoltà nello studio	225	39
Chiusura luoghi di intrattenimento/agggregazione	98	16,5	aumento delle ore trascorse on-line o su smartphone esclusa la DAD	192	33,3
Rinunciare alla scuola in presenza	71	12	alterazioni del sonno	95	16,5
Rinunciare alle attività extrascolastiche (sport, corsi, ecc)	80	13,5	disordini alimentari	49	8,5
Uscite con amici/socialità	338	56,9	uso di alcol/sostanze	16	2,8
Totale	594	100	possibilità di risposta multipla		

Relativamente all'approfondimento degli stati emotivi è stata posta una domanda finalizzata ad indagare in modo generico la percezione di malessere, chiedendo di valutare se, nell'arco degli ultimi 6 mesi, ci siano stati episodi di significativo disagio (tabella 6). A fronte di 10 astensioni, si rileva comunque un dato significativo in quanto si sono rilevate n° 331 risposte affermative per un totale del 56,8 % che ha dichiarato di essersi sentito particolarmente male negli ultimi 6 mesi.

Tabella 6 – segnalazione di malessere generale

Negli ultimi 6 mesi, ci sono stati momenti in cui ti sei sentito davvero male?	Mas	Fem	Totale
	N	N	N
	% col	% col	% col
Sì	146	185	331
	44,90%	71,70%	56,80%
No	179	73	252
	55,10%	28,30%	43,20%
Totale	325	258	583
Pearson χ^2 (val., g.l., p)	42,038	1	<0.05

Anche in questo caso il campione di sesso femminile ha evidenziato un tasso di positività alla risposta significativamente più alto del campione di sesso maschile (tabella 6 confronto tra sessi).

La rilevazione di un disagio significativo si scontra però con una scarsità di interventi volti alla gestione psicologica del malessere stesso. Il 39% (130 risposte) di coloro che

hanno manifestato la presenza di una sofferenza psichica ha dichiarato di non aver attuato *nessun intervento*, il 25,5% (85 risposte) ha cercato il *supporto di amici*, il 22,5% (75 risposte) ha *gestito in famiglia*, il 6,6% (22 risposte) ha avuto *accesso ai Servizi Specialistici* del Territorio e nell'1,5% dei casi (5 risposte) sono intervenute le Forze dell'Ordine.

Del campione che alla domanda specifica se si sia rivolto agli specialisti (83 soggetti in tutto, pari al 32,7% del campione totale), il 38,6% (32 risposte) si è rivolto ai *consultori*, il 34,9% (29 risposte) a *studio privato di specialisti della salute*, il 18,1% (15 risposte) alla *scuola* e l'8,4% (7 risposte) al *Servizio Sanitario Nazionale*.

Alla domanda volta ad indagare le motivazioni per cui non ci sia stata un'attivazione mirata ad individuare un servizio che potesse trattare il disagio psicologico si sono rilevate 191 mancate risposte sul totale dei questionari (32,2% del totale). I restanti 403 affermano di non aver chiesto aiuto a figure specializzate per motivazioni così distribuite: pensavo non ne valesse la pena (64% del sottocampione, 258 risposte), *nessuno mi può aiutare* (13,4%, 54 risposte), *non volevo che i miei genitori lo sapessero* (12,2%, 49 risposte), *non sapevo a chi rivolgermi* (9,4%, 38 risposte) e *ho provato, ma non ho trovato spazio* (1%, 4 risposte). Di fatto, il 74,4% del campione dei rispondenti manifesta atteggiamenti pessimistici sulla possibilità di trovare un aiuto.

Per verificare se le mancate risposte siano correlate alla dichiarazione di non sofferenza generale, le risposte sono

Tabella 7 – confronto tra richiesta di aiuto e risorse cercate

Negli ultimi 6 mesi, ci sono stati momenti in cui ti sei sentito davvero male?	Totale	si	no
Non risponde	189	86	103
Ho provato, ma non ho trovato spazio	4	4	0
Nessuno mi può aiutare	53	37	16
Perché non hai chiesto aiuto?			
Non sapevo a chi rivolgermi	36	28	8
Non volevo che i miei genitori lo sapessero	49	44	5
Pensavo non ne valesse la pena	257	134	123
Totale	588	333	255

state incrociate con la domanda sulla sofferenza percepita (tabella 7). Dei 333 soggetti che hanno dichiarato uno stato di sofferenza generale, 86 non hanno risposto alla domanda sulle motivazioni di non richiesta di aiuto, e una rilevante quota di soggetti che non ha dichiarato uno stato di sofferenza ha comunque registrato motivi per non chiedere aiuto, denotando una condizione di ambivalenza significativa.

A fronte delle criticità rilevate, l'analisi del bisogno (tabella 8) ha messo in luce che il 44% (218 risposte) del campione afferma di necessitare l'apertura di *spazi di aggregazione per i giovani*, andando a confermare quel dato rilevato alla domanda 14 in cui il campione rilevava come fattore maggiormente critico e fonte di disagio la significativa riduzione della socialità. Il 26,8% (133 risposte) esprime invece il bisogno di *sapere quali sono le possibilità d'aiuto possibili*, il 27,2% (135 risposte) il bisogno di *supporto psicologico* e il 2% (10 risposte) il bisogno di *terapia farmacologica*.

Incrociando le risposte alla domanda precedente con quella rispetto al malessere generale (tabella 8 confronto), emergono dei profili di bisogno differenziati rispetto alla presenza / assenza di malessere. In particolare il 33,3% (111 su 333 casi validi) dei soggetti che lamenta malessere ritiene necessario un supporto psicologico rispetto al 8,6% dei soggetti "non sofferenti" (22 su 255); al contrario, il

47,1% dei "non sofferenti" (120 su 255) ritiene utile uno spazio di aggregazione rispetto al 29,4% dei "sofferenti" (98 su 333).

Il Questionario si conclude con un approfondimento volto ad indagare quanto, nella percezione degli adolescenti, si sia modificato l'orizzonte futuro.

Si è rilevata una netta predominanza di risposte che mettono in luce una modificazione significativa della visione del futuro: il 30,5% (180 risposte) si posiziona all'estremo massimo della scala sul punto "abbastanza" e il 37,7% (223 risposte) sul punto "molto".

Lo stesso vale per la percezione dell'orizzonte temporale di quelle che saranno le conseguenze della pandemia a lungo termine. Nello specifico il 51,2% (301) delle risposte si posiziona al punto "abbastanza tempo" e il 20,4% (120) al punto "molto tempo". Ciò indica che la maggior parte del campione di prefigura un perdurare nel lungo periodo degli effetti derivati della pandemia anche a emergenza risolta.

La dichiarazione di malessere generale o meno non modifica il profilo delle risposte, che sembrano rappresentare quindi elementi indipendenti dallo stato di sofferenza percepita.

Tabella 8 – analisi dei bisogni e richiesta di aiuto

Negli ultimi 6 mesi, ci sono stati momenti in cui ti sei sentito davvero male?	Totale	si	no
Non risponde	98	36	59
Ad oggi, di cosa sentiresti di aver bisogno per le difficoltà emerse in questi ultimi 6 mesi?			
Sapere quali sono le possibilità di aiuto che potrei avere a disposizione	133	79	54
Spazi di aggregazione per i giovani	218	98	120
Supporto psicologico	135	111	22
Terapia farmacologica	10	9	0
Pensavo non ne valesse la pena	257	134	123
Totale	594	333	255

CONCLUSIONI

L'indagine svolta ha restituito in forma quantitativa un'immagine precisa del quadro psicologico e dei bisogni degli adolescenti del territorio, nonché un'indicazione di quelle che sono le necessità di cura emergenti in conseguenza di tutti i provvedimenti messi in atto per il contenimento dell'infezione da Covid19 (Clemens et. al., 2020).

Si ritiene che il numero totale dei questionari compilati e validi (n. 594) possa ritenersi bilanciato e rappresentativo della popolazione in termini di genere ed età.

Dall'analisi dei vissuti emotivi emerge che le maggiori elevazioni negli ultimi sei mesi si osservano sui vissuti con accezione negativa quali tristezza, noia, mancanza di obiettivi, perdita di senso, ansia e rabbia; la scala relativa alla gioia appare essere l'unica con uno sbilanciamento delle risposte ai punteggi più bassi della scala, indicando che solo un numero esiguo ha affermato di averla provata negli ultimi 6 mesi.

In base a una stratificazione dei dati ottenuti per fasce d'età, emerge che l'emozione positiva della gioia è risultata maggiormente presente nell'esperienza dei più giovani del campione, mentre si è rilevata una maggior elevazione nell'intensità delle emozioni negative, quali rabbia, tristezza, noia e solitudine, nei soggetti di età più avanzata. A fronte di tutte le limitazioni imposte dai provvedimenti messi in atto per il contenimento della pandemia, si ipotizza che tale dato sia in accordo con la percezione, nelle fasce d'età più alte della popolazione studentesca a campione, di una più ampia privazione circa gli spazi di socialità e di autonomia, nonché di perdita maggiormente significativa in abitudini e routine già acquisite.

Rispetto ai vissuti emotivi, come variabili di indagine, si sono osservate interessanti e significative differenze, stratificando i dati della popolazione anche per sesso. Nello specifico, alcune variabili di sofferenza emotiva autoriportata, quali rabbia, tristezza, ansia e solitudine, sono più frequenti tra il sesso femminile rispetto a quello maschile. Le altre variabili (noia, indifferenza, perdita di senso, gioia) sono equamente suddivise, in termini

di percezione, in entrambi i sessi. Inoltre, questa stessa stratificazione per sesso, ha evidenziato differenze rispetto al rischio autolesivo, indagato da due specifiche domande (riguardanti l'essersi fatt* del male o di aver pensato di farlo e se uno o più degli amici avesse raccontato loro di essersi fatt* del male o di aver pensato di farlo). Ad entrambe le domande il campione di sesso femminile ha registrato un tasso di positività alla risposta significativamente più alto del campione di sesso maschile. Anche rispetto al grado di sofferenza generale percepita, il campione femminile fa registrare un tasso di positività alla risposta significativamente più alto del campione di sesso maschile.

Si è rilevato quindi un livello di sofferenza emotiva generalizzata maggiormente riferito dal campione femminile, spiegabile attraverso evidenze di maggiori effetti negativi della pandemia proprio questa parte della popolazione rispetto alle variabili indagate (Prowse et al., 2021) nonché nelle differenze nell'espressione clinica e psicopatologica.

Nell'attuale fase di re-start post-Covid, tali considerazioni ci indicano la necessità di strutturare trattamenti individualizzati in base al sesso e all'età a partire dalle differenze osservate sul disagio esperito e sull'espressione dello stesso.

In un'osservazione più ampia, indipendentemente dal sesso e dalle aree di sofferenza specifiche, si ravvisa una generalizzata espressione significativa di disagio: il 43,4% ha dichiarato di aver avuto episodi di importante malessere negli ultimi sei mesi e il 18,4% ha dichiarato di essersi fatt* del male con gesti autolesivi o, comunque, di aver pensato di farlo negli ultimi 6 mesi e il 24 % ha asserito che uno o più degli amici ha raccontato di essersi fatt* del male o di aver pensato di farlo negli ultimi 6 mesi.

Tale dato di significativa sofferenza psicologica si scontra però con una scarsità di interventi volti alla gestione psicologica del malessere stesso: il 23,3% di coloro che hanno manifestato la presenza di una sofferenza psichica ha dichiarato di non aver attuato nessun intervento, il

23,3% ha cercato il supporto di amici, il 20,3% ha gestito in famiglia. Solo il 5,9% ha avuto accesso ai Servizi Specialistici del Territorio, mentre nell'1,3% dei casi sono intervenute le Forze dell'Ordine.

Le motivazioni connesse all'assenza di attivazione rivelano che il 64% esprime il pensiero "*pensavo non ne valesse la pena*", il 13,4% "*nessuno mi può aiutare*", il *non volevo che i miei genitori lo sapessero* (12,2%, 49 risposte), *non sapevo a chi rivolgermi* (9,4%, 38 risposte) e *ho provato, ma non ho trovato spazio* (1%, 4 risposte).

Solo 86 soggetti dei 333 che hanno dichiarato uno stato di importante sofferenza generale non hanno risposto alla domanda sulle motivazioni di non richiesta di aiuto, e una rilevante quota di soggetti che non ha dichiarato uno stato di sofferenza ha comunque registrato motivi per non chiedere aiuto, denotando una condizione di ambivalenza significativa. Resta di rilievo l'indicazione per cui, a fronte di una maggioranza che ha riportato di essersi sentita davvero male, la maggior parte tra questi ha riferito che non valesse la pena richiedere un aiuto.

Viceversa, a fronte della maggioranza di coloro per i quali si sono registrati elevati livelli di disagio e che ha espresso il bisogno di supporto psicologico, la richiesta di spazi di aggregazione per giovani è risultata invece come la prevalenza assoluta nelle risposte totali, elevata anche in coloro che non avevano dichiarato elevati livelli di sofferenza. Si ipotizza pertanto come, in ragione delle restrizioni connesse alla pandemia, l'area di sofferenza maggiore, e di conseguenza quella in cui si concentrano i maggiori bisogni in questa fascia di età, sia quella della socialità e della condivisione tra pari.

Per quanto riguarda le variabili seguenti, nello specifico si evince che le difficoltà maggiori si sono presentate a partire dalla frequenza della scuola da remoto, con conseguenze sulla gestione dello studio, ma più in generale sulla strutturazione del tempo e delle routine quotidiane. Altro aspetto di rilevanza è rappresentato dalle conseguenze che l'isolamento, causato alle misure di contenimento della pandemia, ha avuto sull'assenza di

amici o partner nella quotidianità vissuta, sulla chiusura dei luoghi di aggregazione e sull'impossibilità di praticare attività extrascolastiche (sport, corsi, ecc.), con relativi sentimenti di solitudine, in linea con i dati di letteratura disponibili (Saulle et al., 2021).

Anche nel nostro studio, come da dati disponibili di altri lavori, diverse aree significative di interesse specifico per la valutazione del benessere psicologico sono state investite da modificazioni rilevanti, con un aumento di alcuni indicatori di rischio: difficoltà nello studio, aumento delle ore trascorse on-line o su smartphone esclusa la DAD, alterazioni del sonno, disordini alimentari e uso di alcol/sostanze (Cellini et al., 2021).

A fronte delle criticità rilevate, l'analisi del bisogno ha messo in luce che il 44% (218 risposte) del campione afferma di necessitare l'apertura di *spazi di aggregazione per i giovani*, andando a confermare quel dato rilevato alla domanda 14 in cui si manifestava la chiusura di possibilità sul piano della socialità come il contesto di cambiamento vissuto con più disagio negli ultimi mesi. Il 26,8% (133 risposte) esprime invece il bisogno di *sapere quali sono le possibilità d'aiuto possibili*, il 27,2 % (135 risposte) il bisogno di *supporto psicologico* e il 2% (10 risposte) il bisogno di *terapia farmacologica*.

Il Questionario si conclude con un approfondimento volto ad indagare quanto, nella percezione degli adolescenti, si sia modificato l'orizzonte futuro.

Si è rilevata una netta predominanza di risposte che mettono in luce una modificazione della visione del futuro: il 30,5 % (180 risposte) si posiziona all'estremo massimo della scala sul punto 4 e il 37,7% (223 risposte) sul punto 3 (Luperini e Puccetti, 2020).

Lo stesso vale per la percezione di quelle che saranno le conseguenze della pandemia a lungo termine. Nello specifico il 51,2% (301) risposte si posiziona al punto 3 e il 20,4% (120 risposte) al punto 4. Ciò indica che la maggior parte del campione prefigura un perdurare nel lungo periodo degli effetti derivati della pandemia anche a emergenza risolta.

Questa indagine, sebbene non esaustiva delle varie problematiche nell'area giovanile, è però uno stimolo a ripensare i servizi di salute mentale dedicati all'età adolescenziale (14-24 anni). Sicuramente bisognerà programmare investimenti sulle ore di assistenza psicologica, ma anche pensare a spazi di erogazione delle prestazioni specificamente dedicati ai giovani, e esterne ai servizi tradizionali. Ugualmente, le modalità di gestione delle problematiche psicologiche dovranno trovare meccanismi più vicini ai bisogni dichiarati: socialità, condivisione, supporto tra pari, sviluppo delle competenze comunicative della sofferenza e dei bisogni sono solo alcune delle aree su cui investire in un centro giovani dedicato, e gestito in modi attenti al mondo psicologico della popolazione giovanile.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psicologa Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze,*

ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

° *Psichiatra Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze,*

ASST Melegnano e della Martesana

CORRISPONDENZA

federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it

BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.invalsiopen.it/risultati/risultati-prove-invalsi-2021/>
2. Graziani I., *The Covid effect on teaching: positive or negative?*, 26 EDiMaST — Volume 6, 2020, ISSN 2421-7247
3. Domenici G., *Lockdown e didattica emergenziale: una criticità non risolta Editoriale*, ECPS Journal – 22/2020 - ISSN 2037-7924 - Print ISSN 2037-7932 - ISBN 978-88-7916-960-8
4. Bonal X., González S. *The impact of lockdown on the learning gap: family and school divisions in times of crisis*. Int Rev Educ. 2020 Sep 15;1-21. doi: 10.1007/s11159-020-09860-z. Epub ahead of print. PMID: 32952208; PMCID: PMC7490481.
5. Minozzi S., Saulle R., Amato L., Davoli M. *Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura [Impact of social distancing for covid-19 on the psychological well-being of youths: a systematic review of the literature.]*. Recenti Prog Med. 2021 May;112(5):360-370. Italian. doi: 10.1701/3608.35873. PMID: 34003188
6. Townsend E. *Debate: The impact of school closures and lockdown on mental health in young people*. Child Adolesc Ment Health. 2020 Nov;25(4):265-266. doi: 10.1111/camh.12428. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33049100; PMCID: PMC7675670.
7. D'Ambrosi D., Marciano R., Paolucci A., Crescenzo P., Ferrara I., Maiorino A., *L'impatto psicologico del Covid-19 sulla popolazione: analisi descrittiva delle problematiche psicologiche lockdown correlate Progetto: SoStegno Psicologico #iorestoacasa; The psychological impact of Covid-19 on the population: descriptive analysis of lockdown related psychological problems Project: #iorestoacasa Psychological Support*, JPS, 2020, Vol. 4 (2), pp. 1 – 14 Section: ORIGINAL RESEARCH Doi: 10.23823/jps.v4i2.76
8. Ponzetti E., Valentini S., *L'Assistenza Specialistica a scuola durante il lockdown Coronavirus: Dalla diagnosi al gruppo [The Specialist Assistance at school during lockdown for Coronavirus: From diagnosis to group]*. Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 8(1), 33-44.(2020).
9. Esposito S., Giannitto N., Squarcia A., Neglia C., Argentiero A., Minichetti P., Cotugno N., Principi N. *Development of Psychological Problems Among Adolescents During School Closures Because of the COVID-19 Lockdown Phase in Italy: A Cross-Sectional Survey*. Front Pediatr. 2021 Jan 22;8:628072. doi: 10.3389/fped.2020.628072. PMID: 33553079; PMCID: PMC7862750.
10. Clemens V., Deschamps P., Fegert JM., Anagnostopoulos D., Bailey S., Doyle M., Eliez S., Hansen AS., Hebebrand J., Hillegers M., Jacobs B., Karwautz A., Kiss E., Kotsis K., Kumperscak HG., Pejovic-Milovancevic M., Christensen AMR., Raynaud JP., Westerinen H., Visnapuu-Bernadt P. *Potential effects of "social" distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020 Jun;29(6):739-742. doi: 10.1007/s00787-020-01549-w. PMID: 32447569; PMCID: PMC7245163.
11. Prowse R., Sherratt F., Abizaid A., Gabrys RL., Hellemans KGC., Patterson Z.R., McQuaid RJ. *Coping With the COVID-19 Pandemic: Examining Gender Differences in Stress and Mental Health Among University Students*. Front Psychiatry. 2021 Apr 7;12:650759. doi: 10.3389/fpsy.2021.650759. PMID: 33897499; PMCID: PMC8058407.
12. Saulle R., Minozzi S., Amato L., Davoli M. *Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sulla salute fisica dei giovani: una revisione sistematica della letteratura [Impact of social distancing for covid-19 on youths' physical health: a systematic review of the literature.]*. Recenti Prog Med. 2021 May;112(5):347-359. Italian. doi: 10.1701/3608.35872. PMID: 34003187.
13. Cellini N., Di Giorgio E., Mioni G., Di Riso D. *Sleep and Psychological Difficulties in Italian School-Age Children During COVID-19 Lockdown*. J Pediatr Psychol. 2021 Feb 19;46(2):153-167. doi: 10.1093/jpepsy/jsab003. PMID: 33517438; PMCID: PMC7928801.
14. Luperini V., Puccetti E C., *Quale scuola dopo la pandemia? Which school after the pandemic?*, 2020, VOL. 17, N. 36, pp. 93 -102 ISSN 2279-9001

L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità

Cardani C. *, Porcellana M. *, Morganti C. *,
Di Bernardo I. *, Percudani M. *

INTRODUZIONE

L'esperienza clinica ed evidenze sperimentali descrivono la gravosità in ambito territoriale della gestione di utenti affetti da Disturbi di Personalità, suggerendo la necessità di una presa in carico multisetoriale e multifattoriale.

Fondamentale per implementare e mantenere una stabilità clinica è instaurare una valida alleanza terapeutica, basata su obiettivi definiti consensualmente che valutino, con il progredire del tempo, le aree di funzionamento e fragilità del singolo.

Definire un progetto personalizzato volto all'aderenza terapeutica e ad una completa *recovery* significa integrare i bisogni del singolo con interventi psicosociali e farmacologici.

Il Budget di Salute (BdS) è *“un modello innovativo che favorisce l'integrazione tra il sistema di cura e il sistema di comunità”* (Pellegrini, 2019) e rappresenta *“l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità”* (Righetti, 2013). La metodologia difatti promuove l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali attraverso progetti che mettano a sistema risorse di tipo sanitario e di tipo sociale attivabili nella comunità.

Basandosi sulle esperienze già realizzate in maniera estensiva in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Franciacorta, che hanno dimostrato una significativa efficacia degli interventi e un'ottima soddisfazione da parte

dei beneficiari (Ferri, 2015; Ridente, 2016; Materzanini, 2016), nel 2018 è stato avviato il Progetto *“aMIcittà: Budget di Salute e Attivazione della Comunità”*, finanziato da Fondazione Cariplo con capofila Cooperativa Lotta contro L'Emarginazione e come core partner sanitario il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano.

Il progetto aMIcittà ha voluto promuovere lo sviluppo di una comunità accogliente ed il protagonismo delle persone con disagio psichico, sperimentando il passaggio a un modello di *“welfare comunitario”*, dove le competenze sono messe a disposizione della persona con disagio mentale e del suo contesto per realizzare percorsi inclusivi, valorizzando le risorse dei beneficiari.

Grazie allo sviluppo e potenziamento delle equipe territoriali dei Centri Psicosociali (CPS) che hanno rilanciato il ruolo del *case manager* ed il lavoro di *assessment*, si è definito un metodo strutturato di programmazione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI), con uno stretto monitoraggio semestrale delle azioni effettuate e definite nei Contratti individualizzati *recovery oriented* e modulate a seconda delle necessità, delle possibilità e dei *desiderata* della persona, in ambito relazionale e sociale, formativo-lavorativo, e abitativo.

In particolare, con l'utenza in carico ai CPS dell'ASST GOM Niguarda affetta da Disturbo di Personalità, si è voluto focalizzare l'intervento su pazienti con bisogni complessi, quali un elevato carico familiare, assenza di rete sociale, situazioni di isolamento, frequente abbandono del programma terapeutico, o in procinto di essere dimessi da Strutture Residenziali.

Sono stati definiti in modo condiviso obiettivi a breve, medio e lungo termine, secondo 3 Assi (Abitare, Lavoro e Inclusione Sociale) ed è stato stipulato il Contratto di Progetto personalizzato di Budget di Salute di Comunità, inserito nel PTRI, contenente le azioni da intraprendere e le tempistiche.

RISULTATI

A Settembre 2021 il Progetto aMIcittà contava 67 Budget di Salute attivati, di cui 22 per beneficiari con diagnosi di Disturbo di Personalità (ICD10 F60-69): 9 cluster A, 5 cluster B, 4 cluster C, 4 NAS. Dieci (45,4%) maschi e 12 (54,6%) femmine con un'età media di 39,32 anni (range 23-58 anni, ds 11,04), soprattutto celibi/nubili (n=19; 86,4%); 8 (36,4%) hanno un diploma di scuola media inferiore, 10 (45,4%) un diploma di scuola superiore e 4 (18,2%) sono laureati. Al momento della presa in carico del Progetto, 17 (77,3%) erano disoccupati, mentre 2 (0,9%) avevano un lavoro dipendente ed 1 un'attività saltuaria. In 17 (77,3%) vivevano al proprio domicilio (9 con la famiglia d'origine, 7 da soli, 6 con altre persone), 2 (0,9%) in Residenza Leggera (RL), 3 (13,6%) in una Struttura Residenziale (2 in CPA, 1 in CRA).

La maggioranza di loro (54,5%, n=12) presentava in anamnesi ricoveri in SPDC.

Per quanto riguarda le variabili testali al reclutamento (To), i risultati erano coerenti con i criteri d'inclusione e priorità adottate dal Progetto. In particolare, raggruppando i 12 items della *Health of Nation Outcome Scale* (HoNOS) nei 4 clusters (items 1-3 problemi comportamentali; items 4-5, impairment; items 6-8, sintomi ed items 9-12, problemi sociali), il punteggio medio maggiore si notava nel cluster sociale (1,67), evidenziando le problematiche relazionali, abitative ed ambientali degli utenti.

Gli stessi beneficiari, compilando autonomamente la *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL-breve), segnalavano come particolarmente deficitaria l'area sociale (media 34,35) suggerendo la necessità di interventi correttivi.

Nella Recovery Star, infine, i punteggi medi più bassi si notavano nell'item "reti sociali" (5,18) e "lavoro" (5,59) confermando il bisogno di nuove prospettive e di supporto lavorativo, come evidenziato dal punteggio nella scala "capacità lavorative" della *Specific Level of Functioning* (SLOF (13,27).

Rispetto ai dati di efficacia, il tasso di ricoveri a 12

mesi tra i beneficiari del Progetto è stato del $4/22 = 18,2\%$ contro il $28,9\%$ (336/1164) dei pazienti del DSMD con percorso di cura "presa in carico" non coinvolti nel Progetto e scelti come gruppo di controllo.

Tutti i pazienti coinvolti nel BdS hanno migliorato la qualità della vita rispetto all'inizio del percorso su almeno una delle aree di intervento.

In particolare, le medie sono state confrontate mediante Test T per campioni appaiati con miglioramenti statisticamente significativi nelle seguenti variabili:

WHOQoL 1 "Area Fisica" ($p=0.026$), WHOQoL "Area psicologica" ($p=0.032$) WHOQoL 4 "Area Ambiente" ($p=0.009$), Recovery STAR 9 "Identità ed Autoestima" ($p=0.029$), SLoF "Accettabilità sociale" ($p=0.026$).

I punteggi nelle scale a To e T1 sono riassunti in Tabella 1.

Tabella 1

	T0	T1
HoNOS		
H1 comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi, agitati	0,55	0,54
H2 comportamenti autolesivi	0,50	0,49
H3 problemi legati all'assunzione di alcool o droghe	0,20	0,23
H4 problemi cognitivi	0,65	0,71
H5 problemi di malattia somatica o disabilità fisica	0,85	0,92
H6 problemi legati ad allucinazioni o deliri	0,70	0,62
H7 problemi legati all'umore depresso	1,30	1,38
H8 altri problemi psichici e comportamentali	2,50	2,23
H9 problemi relazionali	2,40	2,38
H10 problemi nelle attività della vita quotidiana	1,05	1,15
H11 problemi nelle condizioni di vita	1,50	0,85

Tabella 1

H12 problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	1,75	1,23
WHOQOL Breve		
WHOQOL Area fisica	93,65	98,91
WHOQOL Area psicologica	70,12	78,55
WHOQOL Area Sociale	34,35	37,45
WHOQOL Area dell'Ambiente	100,47	112,0

RECOVERY STAR

Gestione della propria salute mentale	6,14	6,12
Cura di sé	6,50	7,00
Abilità per la vita quotidiana	7,05	7,18
Reti sociali	5,18	5,59
Lavoro	5,59	6,12
Relazioni personali	5,86	6,29
Dipendenze	7,77	8,35
Responsabilità	8,14	7,82
Identità e autostima	5,94	6,29
Fiducia e speranza	5,77	6,41
SLOF		
SLOF Condizione Fisica	24,77	24,71
SLOF Competenze nella cura di sé	32,73	33,07
SLOF Relazioni interpersonali	23,18	24,64
SLOF Accettabilità sociale	32,21	33,43
SLOF Attività	49,91	50,93
SLOF Capacità lavorative	13,27	16,71

Rispetto ai Budget di Salute di Comunità, sono state attivate 42 azioni, così ripartite sui 3 assi:

- 15 nell'asse Abitare (supporto domiciliare e - per pazienti inseriti in Strutture Residenziali - ricerca di soluzioni abitative alternative offerte dai partner di Progetto o alloggi popolari del Comune di Milano).
- 12 nell'asse Lavoro (percorsi di orientamento, individuale o in gruppo grazie alla rete fra il Polo Lavoro

ed Integralavoro - Progetto Innovativo Regionale TR 106, ricerca di corsi di formazione professionalizzanti; inserimenti lavorativi, tirocini osservativi).

- 15 nell'asse Inclusione Sociale (inserimento nei Centri Diurni dei Servizi; uscite individuali sul territorio ed accompagnamenti, gruppi risocializzanti sia in modalità online che in presenza negli spazi dei Servizi e sul territorio, uscite tematiche quali visite a mostre, musei, luoghi di interesse pubblico; gite in provincia, una settimana di vacanza di gruppo).

Confrontando le valutazioni effettuate con la Recovery Star ad inizio progetto (t₀) e dopo 12 mesi (t₁), abbiamo notato un netto miglioramento in quasi tutte le aree, sintomo di fiducia nel proprio percorso da parte dei beneficiari e dell'oggettivo raggiungimento degli obiettivi a breve termine. L'unica area in cui si è visto un lieve peggioramento di media è l'area della responsabilità, individuale e civile: sentendosi maggiormente responsabilizzati nella cura della casa oppure nel doversi recare puntuali sul luogo di lavoro, tirocinio o formazione, i beneficiari hanno descritto una maggiore quota di stress percepito, mostrando al contempo una maggiore progettualità e consapevolezza. Nelle aree inerenti la gestione della propria salute mentale, il proprio senso di identità e la gestione delle relazioni (differente rispetto all'area della propria rete sociale) invece vi è stato un aumento costante di punteggio e miglioramento della propria condizione al baseline: l'adesione al Progetto e il clima di fiducia reciproca fra i beneficiari e l'equipe sono stati fondamentali per la compliance alla terapia e riabilitazione dei pazienti; il raggiungimento degli obiettivi definiti da se stessi ha migliorato di conseguenza l'autoestima e il senso d'identità, riuscendo dopo diverso tempo a vedersi collocati "in un posto nel mondo, con uno scopo" e arrivando anche ad ipotizzare un futuro; le varie esperienze gruppali e gli incontri individuali mirati alle social skills hanno poi contribuito a sviluppare relazioni più stabili e a maturare quelle già presenti nelle vite dei beneficiari.

Infine, aver pianificato progetti terapeutici e riabilita-

tivi personalizzati, ad hoc e *recovery oriented*, ponendo al centro il paziente, i suoi bisogni globali e il suo percorso, validato dalla Cura, ha giovato e migliorato la qualità di vita della maggioranza dei beneficiari, riducendo anche il numero di atti autolesivi e ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (solo 4/22 pazienti).

IL CASO DI C.

La paziente è una donna di 32 anni in carico al CPS competente da 6 anni con diagnosi di Disturbo di Personalità Emotivamente Instabile.

C. racconta di non aver avuto particolari difficoltà durante l'infanzia e l'adolescenza, a parte qualche contrasto con i genitori, descritti come "rigidi e esigenti". Le piaceva studiare con ottimo profitto, tanto che decide al termine del liceo di iscriversi alla facoltà di Medicina e Chirurgia, passando con successo il test d'ingresso. L'esordio psicopatologico viene riferito all'età di 22 anni quando, dopo la conclusione di un rapporto sentimentale, presenta un primo episodio depressivo, caratterizzato da apatia e anedonia che portano ad un progressivo ritiro sociale e abbandono degli studi di Medicina. Si rivolge ad uno specialista privato che imposta una terapia farmacologica assunta per alcuni mesi e poi sospesa per più di un anno, fino all'insorgenza di un secondo episodio depressivo. Si alternano dunque periodi caratterizzati da forte ansia sociale ed inadeguatezza per cui la paziente inizia ad abusare di benzodiazepine e periodi di relativo benessere e normotimia, fino al terzo episodio depressivo (26 anni), quando C. prende contatti con il CPS.

Lo stesso anno, agisce un TS mediante assunzione incongrua di benzodiazepine per cui viene ricoverata in SPDC. Discontinua nell'assunzione delle terapie ed alle visite in CPS, a 29 anni si rende necessario un nuovo ricovero per propositi suicidari.

Alla dimissione viene presentata all'equipe del Progetto aMIcittà.

La situazione clinica di presentazione era caratterizzata da ansia e vissuti di inadeguatezza, specie in contesti di

gruppo. Negli anni C. aveva interrotto molte amicizie, definite da lei disfunzionali, sparendo progressivamente anche da coloro che inizialmente le erano stati vicini, aumentando le proprie difficoltà relazionali. Dall'interruzione degli studi di Medicina, a causa delle varie condotte, non aveva ripreso gli studi; dalle dimissioni del ricovero, aveva iniziato a cercare lavoro come segretaria o impiegata *backoffice*, cambiando però spesso luogo di lavoro poiché "non si trovava bene" o "le chiedevano compiti che non le competevano", risultando così incapace di mantenere un impegno lavorativo costante e impegnandosi in numerosi corsi di formazione. La frustrazione e lo stress causato dai continui cambi di routine e dalla costante ricerca di un lavoro "migliore", si ripercuotevano in casa, in cui si affrontavano periodiche crisi di rabbia. Risultava invece sotto controllo la gestione delle condotte d'abuso di farmaci ed alcool, grazie anche alla terapia farmacologica assunta con costanza.

Dopo aver concordato con la microequipe del CPS la presa in carico di C. da parte del Progetto aMIcittà, inizia la fase di valutazione con la compilazione condivisa della *Mental Health Recovery Star* e l'individuazione dei bisogni principali:

- Asse Inclusionione Sociale, con l'obiettivo di sperimentarsi a livello relazionale in un contesto protetto, quale un gruppo di pari coadiuvato da un'operatrice, e riprendere ad uscire sul territorio per frequentare luoghi pubblici.
- Asse Lavoro, iniziando un percorso di orientamento e successivamente inserimento lavorativo.

Per l'area lavoro, inizia i colloqui di orientamento con l'AS del progetto: vengono individuate oltre alle aree di interesse, i punti di forza e fragilità di C., i contesti più tranquilli per lei, gli aspetti da evitare (es: luoghi troppo affollati e caotici, posizioni da centralinista). Viene quindi definito un progetto lavorativo *ad hoc*, strutturato in vari step: essendo molto capace grazie ai corsi che ha frequentato precedentemente, si procede subito con la revisione del CV e l'inserimento di questo nel *database*

del polo lavoro, così da poter intercettare nel breve tempo una postazione disponibile, come tirocinio osservativo inizialmente, eventualmente a tempo determinato poi grazie al riconoscimento della Legge 68/99 (“Norme per il diritto al lavoro dei disabili”).

Contemporaneamente, viene inserita nel “gruppo delle ragazze”, composto da altre beneficiarie del Progetto, anch’esse con un’età compresa fra i 20 e i 35 anni, con cui confrontarsi sul proprio percorso (un pomeriggio a settimana), ma anche organizzare uscite sul territorio, quali visite a mostre organizzate, musei, pomeriggi al cinema. C. viene anche aggiunta nella chat di gruppo, in cui si mostra socievole.

Progressivamente, dopo i primi giorni, si nota un maggiore ritiro sociale, non partecipa alla scelta dell’uscita settimanale e tende a non rispondere alle sollecitazioni dell’educatrice. Ci informa di non voler partecipare all’attività poiché troppo stimolata, preferendo le uscite in rapporto 1:1. Concordiamo con C. e la microequipe di accogliere questa sua richiesta, mantenendo la presenza nella chat con le altre ragazze e alternando il colloquio settimanale con la case manager con un’uscita individuale, in vista di una partecipazione ad un micro-gruppo, composto da 2-3 persone.

A due mesi dall’avvio del progetto, C. comunica via email di voler sospendere gli incontri sia con la TeRP che con l’AS, in quanto ha autonomamente trovato lavoro *fulltime* come segretaria in un ambulatorio privato rivolto a giovani con diagnosi di Dipendenza Patologica. La invitiamo a confrontarsi con noi, ma si nega in quanto ha “già accettato perché era un’offerta non rifiutabile”. Interrompe i contatti per diverse settimane, fino a quando non scrive un’email di scuse, manifestando uno stato di sconforto e sofferenza tale da richiedere un ricovero immediato. Labile, piangente, descrive di essere sopraffatta dal troppo lavoro, dall’ambiente molto esigente, dalle responsabilità che le vengono affidate. Una volta tranquillizzata, analizziamo l’escalation delle ultime settimane e rivediamo insieme il progetto individuale,

concordando di rimodularlo e fidarci reciprocamente.

Ricominciano i colloqui con l’AS e la ricerca attiva di un tirocinio osservativo *part-time*, che possa far riprendere a C. una routine sostenibile e riprendono anche i colloqui individuali con la Terp.

Inizia invece un periodo frenetico in cui C. ricontatta le amicizie universitarie, inizia una relazione affettiva, cerca insistentemente un contatto con l’educatrice del gruppo; sostiene contemporaneamente diversi colloqui di lavoro, informando il servizio a posteriori e di fatto evitando un confronto sulle varie opzioni; si iscrive in palestra che inizia a frequentare diverse volte la settimana, inizia la ristrutturazione di una casa di famiglia.

In equipe viene deciso di rivedere il PTRI ma C. conferma la propria volontà di autonomia e si concorda dunque di chiudere il Progetto.

Compilando nuovamente la Recovery Star, C. valuta di avere acquisito le abilità che le mancavano dichiarando di essere pronta a “camminare da sola”, chiedendo al contempo la possibilità di un supporto laddove ne sentisse la necessità per cui rimangono come figure di riferimento il medico psichiatra, con cui continuerà a monitorare la terapia farmacologica, e la tutor del Polo Lavoro al bisogno, con un ruolo di mantenimento.

In equipe ci siamo confrontati a lungo sul caso di C.: probabilmente abbiamo dapprima messo in campo troppe azioni, sollecitati dalla paziente stessa, con il risultato iniziale di averla sopraffatta di stimoli che non è riuscita a sopportare. Dalla chiusura formale del Progetto siamo rimasti a disposizione di C., la quale ha confermato di aver comunque bisogno di un contatto assiduo, ma con un’operatrice scelta da lei, con i tempi e le modalità che preferisce, oltrepassando le indicazioni e le regole concordate inizialmente con la cura.

Di seguito sono riportate la valutazione HoNOS (Tabella 2.), compilata dalla microequipe di cura, e la Mental Health Recovery Star, compilata con la paziente. Da entrambe le valutazioni si evince un generale miglioramento in alcune aree di funzionamento, in primis l’area

Tabella 2.

C.	h1	h2	h3	h4	h5	h6	h7	h8	h9	h10	h11	h12
t0	1	2	0	0	0	0	2	2	3	1	0	2
t1 (6 mesi)	1	1	0	0	0	0	2	1	3	1	0	2
t2 (12 mesi)	1	1	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1

lavorativa, grazie alle esperienze positive maturate dopo il primo momento di crisi e dimissioni, e un miglioramento più lieve nelle reti sociali, grazie al lungo e costante lavoro che ha fatto capire a C. come non scappare davanti alle discussioni. È molto migliorata rispetto alla prima fase di presentazione anche la gestione della quotidianità, avendo ripreso ad uscire di casa anche da sola, e la cura di sé, riferita principalmente alla cura dell'aspetto fisico. Avendo raccolto risultati positivi è di conseguenza aumentata la valutazione della propria autostima, fiducia in sé e senso d'identità.

La gestione della propria salute mentale per C. è positiva: c'è più *compliance* con la farmacoterapia, assunta regolarmente, mentre oggettivamente resta oscillatoria la relazione con i curanti e la propria dipendenza dal cibo, correlata allo stato d'animo della paziente.

CONCLUSIONI

La presa in carico di pazienti con disturbo di personalità richiede una flessibilità e personalizzazione degli interventi ed una valida coesione dell'equipe curante che deve essere pronta a rimodulare progetti ed obiettivi in base alle necessità dell'utente.

In questo senso il modello del budget di salute di comunità, con i suoi strumenti di assessment e le revisioni temporali del contratto con l'utente, conferma la sua validità per rispondere ai bisogni variegati dei beneficiari, mantenere la compliance e la relazione terapeutica con il Servizio.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

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

CORRISPONDENZA

matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO), *ICD 10: Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali*. Criteri diagnostici per la ricerca, Masson, 1995.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Raffaello Cortina ed, 2013
3. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*, Laterza editore, 2013.
4. Ferri M., Pellegrini P., De Santis I., *Dalla residenzialità psichiatrica al budget di salute*. Nuova rassegna studi psichiatrici, 2015; 12; 7.
5. Ridente P., Mezzina R., *From residential facilities to supported housing: The personal health budget model as a form of coproduction*. International Journal of Mental Health, 2016, 45(1): 59-70.
6. Materzanini A. *Perché non bastano gocce e pastiglie Se la salute mentale è data da casa, lavoro e rete sociale*. Animazione Sociale, 2016; sett/ott, 44-51.
7. 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.
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. 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 Psichiatr, 2017; 52(6): 247-254.
10. 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.
11. Morganti C., Porcellana M., et al, *L'esperienza Budget di Salute di Comunità dell'ASST GOM Niguarda con AMicittà: metodologia e dati preliminari*, Psichiatria Oggi, 2019; XXXII(1):88-94.

Team leader in sanità.

Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati

Durbano F.°, Delvecchio G.*

INTRODUZIONE

La sanità è in continua riforma; i cambiamenti si susseguono repentini e gli operatori faticano a mantenere il passo di fronte a novità scientifiche, innovazioni tecnologiche, rivoluzioni informatiche, assestamenti burocratici, difficoltoso turnover del personale, incremento di una domanda di salute sempre più variegata, sempre più multiculturale e che richiede una risposta sempre più qualificata.

La recente riforma “sperimentale” del SSR della Regione Lombardia ha, poi, rivisitato l’intero assetto della sanità regionale derubricando vecchie realtà e creando nuove appartenenze sia territoriali che professionali. In alcune aree tale riforma ha rispettato l’ambito territoriale preesistente lasciandolo inalterato nella distribuzione delle strutture erogatrici; in altre aree ha inciso profondamente in quella che ormai era una radicata distribuzione di servizi e di strutture pubbliche con consolidati rapporti di reciproco riconoscimento e coordinamento nell’erogazione di un pubblico servizio. Tale stato di cose è ancora fonte di fatica e di difficoltà per molti che devono riallocare le proprie esperienze e afferenze in nuovi contenitori di competenze e funzioni.

In particolare, presso la nuova ASST Melegnano e della Martesana si è costituito un nuovo Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) accorpando storie diverse di servizi diversamente localizzati riguardanti l’area della salute mentale adulti, l’area della neuropsichiatria infantile

e dell’adolescenza e l’area della dipendenza. L’integrazione, di fatto imposta *ope lege*, si è innestata su traiettorie organizzative che storicamente divergono fin dalla metà degli anni ’70 del secolo scorso. Anche il fondamento normativo (da cui nasce il divergente sviluppo organizzativo) è profondamente divergente sia a livello centrale (Stato) sia a livello locale (Regione). Su queste premesse si sono innestate, nei decenni, ulteriori riforme non ultime quelle delle professioni sanitarie, che hanno acquisito maggiori autonomie e ruoli di organizzazione e management cui non erano mai stati chiamati in precedenza.

Su questo stato di cose che potremmo definire “strutturale”, la pandemia di SARS-Cov-2 ha agito da catalizzatore facendo emergere ulteriori difficoltà organizzative e mettendo a dura prova le capacità di resistenza e di resilienza dei professionisti impegnati a evadere anche in psichiatria, con le stesse risorse, molte nuove inattese domande di salute e molti nuovi problemi organizzativi.

Tra i professionisti più direttamente coinvolti nel processo trasformativo locale vi sono i sanitari e segnatamente i medici che, per loro storica formazione e per la prevalenza delle discipline tecnico-scientifiche, non sono preparati ad assumere il ruolo richiesto a tutti coloro che devono indirizzare e guidare il cambiamento. Né, al riguardo, vanno confusi i corsi di management, necessari per accedere alle funzioni apicali, con la formazione alla leadership. Se il manager è esperto in strutture, filiere e budget, il leader è altro; il leader crea vision, indirizza e motiva le persone ed è esperto nel condurre uomini all’obiettivo. Tale esigenza di leadership, del resto, non è nuova ed è stata acutamente riportata all’attenzione, del tutto recentemente, come problema per l’intero Servizio sanitario nazionale. Come detto in precedenza anche l’irrompere, nelle posizioni organizzative, delle professioni sanitarie, ancor meno preparate, nel cursus honorum di base, ha contribuito ad evidenziare criticità nella gestione delle equipe sempre più multiprofessionali e multidisciplinari. Criticità che si riflettono, in ultima analisi, non solo sulle relazioni verticali aziendali ma

anche su quelle orizzontali tra i servizi (bisogni integrativi), e che possono avere rilevanti ricadute sulla corretta e qualitativamente adeguata erogazione delle prestazioni.

Per cominciare a formare medici-leader (e, successivamente, operatori-leader) del cambiamento il DSMD della ASST Melegnano e della Martesana, fin dagli anni 2017 e 2018, ha programmato ed avviato innovativamente, unico nel panorama nazionale, un percorso di formazione continua dedicata alla leadership.

PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO

Nella fase iniziale si è provveduto ad un'analisi del bisogno e alla successiva ricognizione della realtà locale per una coerente programmazione didattica. Numerosi incontri e contatti preliminari tra docente e direttore del Dipartimento hanno portato a individuare come bisogno formativo emergente la condizione di incertezza in cui il personale direttivo si trova quando cimentato nella costruzione del nuovo Dipartimento. Individuato questo bisogno, fin dalla primavera 2017 si è provveduto a ricercare la migliore soluzione formativa per supportare il cambiamento in atto che vede coinvolte realtà fino ad ora del tutto estranee alla nuova gestione dipartimentale.

Come destinatari del percorso formativo sono stati individuati fin da subito i direttori di unità operative complesse e unità semplici, intesi come gli elementi chiave con funzioni e ruoli "a cerniera" per l'implementazione, il mantenimento e la funzionalità attuale e futura del nuovo dipartimento nelle minute continue connessione con e tra le singole subunità dello stesso.

Successivamente ci si è resi conto che l'evoluzione normativa e organizzativa imponeva di coinvolgere anche le figure di coordinamento (formale ma anche informale) delle professioni sanitarie non mediche. Infatti, nei servizi afferenti al DSMD l'organizzazione è solo formalmente "medico-centrica", e l'organizzazione risponde ad una presenza di linee gerarchiche non solo parallele ma anche incrociate, a volte con afferenze esclusivamente di dipendenza funzionale a volte strettamente gerarchica.

Anche la complessità della riforma prevista dalla legge 23/2015 ha posto il DSMD in dipendenza gerarchica dalla Direzione Socio-Sanitaria, ma imprescindibilmente vi è anche (per la componente ospedaliera degli SPDC) una afferenza gerarchica significativa dalla Direzione Sanitaria, oltre che dalla Direzione Amministrativa per le parti di competenza su acquisizione di risorse, personale, beni e servizi. La difficoltà della gestione delle linee gerarchiche si è rivelata in maniera drammatica nel periodo di gestione della pandemia e della campagna vaccinale massiva recentissime, in cui le varie afferenze gerarchiche si sono ulteriormente incrociate, sovrapposte e, in alcuni casi, confuse, creando un senso di instabilità già latente ma ulteriormente evidenziato dal nuovo contesto socio-sanitario.

Già dalla fase della pianificazione era chiaro lo scopo del corso, consistente nel render consapevoli i partecipanti degli elementi cognitivi ed affettivi essenziali per la costruzione cooperativa di un progetto condiviso ed integrato, rappresentato dalla afferenza e dalla costituzione del nuovo dipartimento. Consapevoli della difficoltà del compito, fin dall'inizio era altresì chiara la necessità di erogare un complesso intervento d'aula, ovvero di un intervento formativo non a spot ma in profondità, e pertanto da realizzarsi in tempi successivi, il primo dei quali avente un carattere generalistico e il secondo dedicato ad un approfondimento specialistico. Per esigenze amministrative le due fasi del corso sono state inserite come due eventi autonomi nel Piano di formazione aziendale per l'anno 2017 e del successivo analogo Piano per l'anno 2018. Negli anni successivi sono state programmate iniziative formative sempre più specifiche costruite in base ai bisogni emersi nei corsi precedenti e considerate meritevoli di attenzione ed approfondimento.

ORGANIZZAZIONE D'AULA

Si ricapitolano in breve gli aspetti organizzativi essenziali del percorso formativo realizzato in due fasi a distanza semestrale.

Nella prima fase intitolata: *“Tra il dire il fare... Preliminari cognitivi per costruire un team in sanità”*, gli incontri si sono svolti in quattro date prefissate tra fine settembre e ottobre 2017 nella sede della Direzione del Dipartimento nel PREST di Gorgonzola. Nella seconda fase di approfondimento intitolata: *“Come è profondo il mare... Introduzione alle resistenze e al cambiamento organizzativo in ambito di dipartimento”*, gli incontri si sono svolti in tre date prefissate nel mese di giugno 2018 sempre nei locali della Direzione del Dipartimento nel PREST indicato. Per garantire continuità al tema, per eliminare dispersioni cognitive e per non diluire l'attenzione e l'impegno dei partecipanti si è scelto di accorpare in date ravvicinate tutti gli incontri, comunicandole con largo anticipo ai destinatari in modo da poterle calendarizzare senza intralci con la programmazione di altre attività d'istituto.

Tutti gli incontri hanno avuto una durata intensiva di quattro ore con notevole prolungamento extra orario in ogni incontro. Tale prolungamento è stato il segno di un'attiva partecipazione che ha coinvolto tutti i 12 direttori di UOC e UOD nonché il direttore del Dipartimento e il personale in staff alla direzione stessa.

Si è proseguito nel giugno dell'anno 2019 con il corso intitolato: *“Come fanno i marinai... Modelli manageriali e ruolo della comunicazione dell'équipe”*. Il corso si è sviluppato in tre giornate tenutesi sempre presso il PREST di Gorgonzola con il coinvolgimento in questo caso anche dei coordinatori delle varie funzioni sanitarie e socio-sanitarie ospedaliere e territoriali sia per adulti che per minori. Dopo una sospensione imprevista ma obbligata nell'anno 2020 in base agli articolati normativi relativi alla formazione in epoca di pandemia e stante l'impossibilità di una piena didattica partecipativa con modalità in remoto, finalmente nell'ottobre 2021, con la ripresa delle attività d'aula, si è provveduto ad erogare il quarto evento dal titolo: *“Viaggio ad Itaca. Modelli di conduzione e modelli di strutturazione dell'équipe”*. Il corso, pianificato su quattro giornate tenutesi nell'aula magna del presidio ospedaliero di Cassano d'Adda, ha visto la piena partecipazione di tutto

il personale medico e non medico con funzioni direttive e di coordinamento del DSMD.

L'idea condivisa da tutti i partecipanti è di mantenere anche per gli anni successivi un percorso formativo che ha evidenziato potenti aspetti integrativi tra i servizi coinvolti. Dopo il viaggio a Itaca, sulla scorta dei report e dei bisogni espressi in aula, si sta programmando l'evento per l'anno 2022 che avrà per titolo: *“Le colonne d'Ercole. Leadership, membership e performance cooperativa”*.

METODOLOGIA DIDATTICA E TEMATICHE

Nei lavori si è fatto ricorso ad una modalità didattica androcentrica per oltre il 90% del tempo d'aula, alternando attività in plenaria su mandati specifici e attività autonoma in due gruppi di lavoro con restituzioni pubbliche e dibattiti.

Nella scelta e nella presentazione in aula del materiale didattico si è ricorso ad una modalità narrativologica, ricorrendo a materiale scientifico originale e inedito predisposto appositamente per le singole giornate nonché scritti, testimonianze di cui alcune iconografiche appartenenti ad istituzioni statali e a singoli artisti e presentate coll'autorizzazione degli aventi diritto, documentari storici, spezzoni selezionati di film d'autore, immagini e brani di musiche d'autore nel rispetto delle direttive sull'uso didattico delle opere d'arte.

Le modalità andragogica e narrativologica sono state individuate appositamente come strumenti maieutici per favorire un pensiero riflessivo circolante tra e legante tutti i partecipanti coinvolti in una critica attività metacognitiva riversata quindi in una concomitante e progressiva attività costruttivistica e cooperativa del proprio sapere di leader con mutuo, reciproco, franco confronto.

Per facilitare questo impegno da parte dei colleghi discenti e per favorire la libertà e la spontaneità con cui si è realizzato questo obiettivo di condivisione comune, il docente, sempre in atteggiamento non giudicante, si è riservato brevi interventi d'introduzione e di alline-

amento iniziale dei lavori e di sintesi conclusiva delle singole tematiche e delle singole giornate operando una generalizzazione dai contenuti affrontati; per il restante tempo d'aula il docente è stato motivante e supportivo: ha presentato stimoli a singoli e al gruppo, fornito incentivi alla discussione somministrando materiale didattico, introdotto progressivi elementi scientifici ed esperienziali di arricchimento delle discussioni riconducendo la progressione dei lavori alla scaletta concordata nella programmazione, fornito una guida metodologica ai lavori d'aula e dei gruppi.

Con queste modalità di lavoro sono stati sviluppati i seguenti principali gruppi tematici:

1. dipartimento e riforma del SSR; definizioni istituzionali preliminari; successo e fallimento organizzativo; strumenti per la leadership;
2. successo individuale e organizzativo; determinanti psicologici e sociali del successo organizzativo; performance cooperativa; efficacia teorica ed efficacia pratica; complessità e dinamiche causali;
3. leadership; potere, autorità, autorevolezza; comunicazione come strumento dell'organizzazione e della leadership; complessità ed esito progettuale;
4. management e leadership; strumenti pedagogici del cambiamento organizzativo;
5. resistenze e resilienze nel cambiamento;
6. ruoli e identità sociali e riconoscimento pubblico del leader;
7. introduzione alla filosofia della complessità declinata nell'organizzazione: dal singolo autore all'azione del sistema per la produzione della salute.

Al termine della ultima giornata dei corsi è stato affidato ai vari gruppi d'aula il compito di individuare un aspetto critico in comune nell'ambito dell'attività di coordinamento dipartimentale rispetto al quale avevano l'impegno di produrre ipotesi di soluzione da testare successivamente sul campo.

Tutto il materiale fornito e prodotto in aula è rimasto a disposizione dei partecipanti.

CONSIDERAZIONI INTEGRATIVE E CONCLUSIVE

La partecipazione, con coinvolgimento e attenzione, è stata attenta e continuativa. Tutti gli incontri sono stati caratterizzati da ampia discussione tra i partecipanti che hanno contribuito con la propria personale esperienza e con riflessioni originali contribuendo ad un clima d'aula estremamente favorevole alla discussione, alla critica e all'apprendimento collaborativo senza valutazioni impositive, critiche inappropriate, tensioni tra le parti e chiusure e isolamenti.

Nel prosieguo degli anni si è sviluppata una profonda confidenza col docente il quale, d'altro canto, ha avuto il privilegio di osservare una progressiva maturazione del gruppo e una costruzione più solida e convinta da parte di ognuno nel ruolo direttivo occupato. Tutto questo è potuto avvenire solo all'interno di un set protetto, in cui le esperienze, le esternazioni e le considerazioni di ognuno avevano e hanno tutte le garanzie di pari dignità, di rispetto e di tutela. Rispetto al mandato finale, sono stati prodotti materiali e avanzate alcune proposte innovative di pratica efficace per la funzionalità del dipartimento: connessione tra servizi nel passaggio di pazienti tra neuropsichiatria e psichiatria; costruzione dell'immagine del dipartimento all'esterno dell'Azienda presso Enti pubblici; centralizzazione della comunicazione con Enti esterni.

Oltre i questionari di customer ECM, sono stati distribuiti ad ogni edizione questionari anonimi predisposti dal docente; tutti sono stati resi. Vi risalta da parte di tutti grande soddisfazione in merito al corso che ha corrisposto alle aspettative dei partecipanti. Prima dell'ultima giornata è stato chiesto ai discenti di stendere una breve valutazione critica anonima di tutto il percorso rispetto al proprio ruolo di leader. Ne sono emerse significative considerazioni sull'opportunità dell'intervento formativo realizzato. Grazie al corso è emerso spontaneamente che più persone hanno individuato criticità nel loro operato ed una persona ha riconosciuto la propria personale inadeguatezza nel ricoprire un ruolo di leader.

Da tutti i partecipanti viene espressa grande soddisfazione in merito ai temi trattati e alla modalità di lavoro e di conduzione dell'aula che figurano come punti di forza del corso che da tutti i partecipanti è stata riconosciuta come "un'occasione con tempo dedicato (in epoca di risorse e di tempi limitati!) perché per fare il capo ci vuole un tempo per pensare". In particolare, tra gli ultimi temi trattati, è stato molto apprezzato l'aver introdotto la filosofia della complessità intesa come la migliore teoria esplicativa a disposizione per interpretare sia le macrodinamiche socio-organizzative che le microdinamiche entro un team. Per quanto riguarda lo stile di conduzione, nell'anonimato della customer, un partecipante ha invece molto apprezzato: l'"esposizione molto poco convenzionale per un argomento di difficile collocazione" ed un altro segnala: "lo stile di conduzione... imparare l'arte e metterla da parte!"

Non sono state rilevate dai partecipanti criticità rilevanti. Un partecipante avrebbe desiderato maggior tempo per i lavori di gruppo mentre un altro partecipante, visto il clima d'aula propositivo in cui tutti si era collaborativamente cimentati, ha considerato addirittura superfluo il lavoro dei gruppi.

Le tematiche affrontate durante il corso hanno fatto emergere ulteriori rilevanti spunti la cui analisi avrebbe richiesto ulteriori spazi didattici non previsti dalla programmazione d'aula; in particolare sono emersi come temi di rilievo: dinamiche di comunicazione e dinamiche di leadership; assertività e ascolto; negoziazione e funzione del leader. L'interesse per tali aspetti in tutti i partecipanti merita di essere ricomposto in ulteriori sedi formative, come già detto.

Alla fine del corso sono state avanzate dai partecipanti richieste di approfondimento futuro in merito a: leadership e lavoro in équipe; stili di leadership e ruoli sociali; azioni disgregatrici nel lavoro d'équipe; costruzione del clima e coinvolgimento emotivo nel lavoro in équipe; ruolo del leader proveniente dall'interno della U.O. nel confronto con colleghi.

Nelle discussioni finali sono emersi sotto forma di

ulteriori bisogni, parte espliciti e parte impliciti, i seguenti ambiti tematici: differenze tra management e leadership, ruolo della membership nell'economia del gruppo, funzioni delle linee-guida in rapporto all'azione direttiva, scollamento di obiettivi nella linee di comando tra alta dirigenza e dirigenza intermedia, modalità individuali e cooperative di problem solving e decision making, project management, gestione dell'incertezza per la decisione, etica del comando, sofferenza organizzativa nella sanità moderna; identità professionale e anonimato nella decentrazione delle competenze; valori e leadership. Segno della maturità del gruppo e dei partecipanti, progressivamente resi sempre più sicuri nel loro ruolo, nonché segno indiscusso della sicurezza garantita dal setting didattico, alcuni hanno espresso il bisogno di trattare pubblicamente temi assai importanti ma di grande delicatezza quali l'errore del leader e la colpa e la gestione dell'invidia nel team.

Non ultimo, il lavoro ha permesso di condividere, in un setting protetto e finalizzato, i diversi saperi non solo organizzativi ma anche clinici e fondativi delle diverse aree (psichiatria, dipendenze, neuropsichiatria infantile) al di fuori delle criticità quotidiane, che spesso sono fonte di attriti e disfunzioni. In aula ci si è consentito di declinare le varie criticità affrontandole con uno spirito più collaborativo indotto dalla mission formativa, ci si sono permesse maggiori libertà di critica che hanno permesso un confronto più sereno e, in ultima analisi, di affrontare le criticità stesse con una ottica più costruttiva. Sebbene sia ancora presto per valutare indicatori di esito (peraltro molto aleatori nella loro definizione e misura) quali il miglioramento della leadership del gruppo, la condivisione delle responsabilità organizzative tra diverse professionalità, la gestione condivisa delle risorse umane del DSMD, le prime impressioni sono di un netto miglioramento della comunicazione tra settori un tempo separati e contrapposti tra loro. Questo ha permesso, nel mondo reale extra aula, di organizzare attività integrate tra servizi, la più importante delle quali è stato il tavolo di condivisione per i casi di transizione, che vede

coinvolte mensilmente le diverse professionalità dei tre servizi coinvolti. Il che, data la situazione di sofferenza degli organici diffusa, non ci sembra poca cosa.

In conclusione, si ritengono pienamente raggiunti gli obiettivi formativi da parte di tutti i partecipanti che hanno dedicato interesse e risorse sotto forma di impegno ai compiti affidati e fatti propri da ognuno.

A latere si segnala che dalla frequentazione dei corsi finora effettuati è nata l'ambizione di promuovere un evento congressuale per tutto il personale del dipartimento dedicato alla "salute mentale tra complessità ed etica della cura. Insegnamenti da Covid-19" affrontato in maniera interprofessionale (mezza giornata come evento dipartimentale).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

° *Direttore, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze,
ASST Melegnano e della Martesana,*

* *Medico e Formatore*

CORRISPONDENZA

federico.durbano@asst-melegnano-martesana.it

BIBLIOGRAFIA

1. Cornaglia Ferraris P., *Il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di formare medici leader del cambiamento*, *Recenti Prog Med* 2018; 109(6): 319-321
2. Bonardi R., Lupi C., Rebora G., *Leadership e organizzazione*, LibriEste, Milano 2012
3. Flahaul T.D., Roemer M.I., *Leadership for primary health care*, WHO, Geneva 1986
4. Warren O.J., Carnall R., *Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it*, *Postgrad Med J* 2011;87:27e32. doi:10.1136/pgmj.2009.093807
5. Rotenstein L. S., Huckman R. S., Cassel C.K., *Making Doctors Effective Managers and Leaders: A Matter of Health and Well-Being*, *Acad. Med.* 2021; 96(5): 652-654

Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.

L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

Ferrara P.^{}, Capone A.[°], Villa A.[°], Oliverio V.[°],
Betella M.[°], Destrebecq A.[^], D'Agostino A.^{° ^},
Gambini O.^{° ^ §}*

INTRODUZIONE

La professione infermieristica è in rapido cambiamento e ha raggiunto traguardi significativi, sospinta da innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, tecnologico e formativo, oltre che dal continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la disciplina (Hastings et al., 2012).

L'infermieristica si giustifica in un corpo sistematico di conoscenze che, al pari di tutte le altre discipline, necessita di una revisione continua per garantire un'attività sicura ed efficace. Negli ultimi anni la diffusione dei risultati della ricerca scientifica, unitamente alla promozione di una cultura basata sull'appropriatezza e sull'efficacia degli interventi ha permesso lo sviluppo dell'*Evidence-Based Nursing*, fondando l'agire infermieristico su prove di documentata efficacia e dunque su conoscenze validate, che costituiscono una guida sicura per l'agire del professionista (Balakas & Smith, 2016).

L'attività di ricerca rappresenta quindi una parte integrante ed essenziale per la crescita professionale poiché in grado di unire teoria, formazione e pratica, in ogni *setting* clinico in cui l'infermiere si trova ad operare. La ricerca infermieristica in ambito psichiatrico in Italia, partita forse con qualche anno di ritardo rispetto ad altre aree cliniche, ma sospinta dal crescente numero di lavori a livello internazionale, sta rapidamente evolvendo e recuperando terreno anche nel nostro Paese. Su queste

basi negli ultimi 5 anni all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano è stato sviluppato un percorso di ricerca che ha previsto la collaborazione dell'equipe infermieristica, in sinergia con il Corso di Laurea in Infermieristica del Polo San Paolo ed i Dipartimenti di Scienze Biomediche della Salute di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Milano. Ad oggi sono stati intrapresi lavori in differenti aree assistenziali, progettati e condotti dagli infermieri in autonomia o, in un'ottica multidisciplinare, in sinergia con tutte le altre figure professionali del Dipartimento.

IL NOSTRO PERCORSO

I principali filoni di studio sviluppati hanno riguardato le seguenti aree di interesse, relativamente alle quali si riassumono i risultati più salienti:

Rischio clinico in SPDC:

- È stata prodotta e validata la versione italiana della scala "Brøset Violence Checklist" (BVC) per la valutazione del rischio di agiti violenti durante il ricovero in SPDC. La BVC-ita ha dimostrato ottima affidabilità intervalvatore ($\rho=0.96$, $p < 0.001$), soddisfacente omogeneità ($\alpha=0.86$) e, al *cut-off* di 2, adeguati livelli di sensibilità (81.8%) e specificità (95.1%) dimostrandosi dunque valida ed affidabile al fine di supportare la valutazione infermieristica delle condotte etero-lesive (Terzoni, Ferrara, Logiudice & Destrebecq, 2015).
- L'esigenza di individuare precocemente le persone a rischio di cadere durante il ricovero in SPDC ha stimolato il gruppo alla creazione di uno strumento in grado di supportarne la valutazione infermieristica. La scala creata, denominata *Italian Psychiatric Fall Risk Assessment Tool* (IPFRAT), al *cut-off* pari a 11 ha dimostrato una sensibilità del 100% e una specificità dell'80.2%; gli ulteriori parametri indagati (affidabilità intervalvatore: $R=0.93$, consistenza interna: $\alpha=0.63$, validità di contenuto: $CVI-S=90.9\%$) hanno confer-

mato le buone doti psicometriche dello strumento (Morici, Terzoni, Ferrara & Destrebecq, 2016).

- È stato condotto uno studio di prevalenza per valutare del rischio di malnutrizione in difetto e di Sindrome Metabolica in tutti i soggetti maggiorenni ricoverati al momento del ricovero in SPDC. Lo studio ha evidenziato la rilevanza della problematica all'interno della popolazione studiata: il 29.70% è risultato a rischio o già in condizione di malnutrizione in difetto; sono emerse associazioni significative ($p < 0.05$) con la diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, livelli sierici di albumina sotto *range* e bassi livelli di appetito; l'11.88% ha soddisfatto i criteri di Sindrome Metabolica con associazioni significative ($p < 0.05$) con la diagnosi di Disturbo Psicotico, alti livelli di appetito e assunzione di "cibo spazzatura" oltre 4 volte alla settimana (Albieri, Ferrara, Terzoni, Salcuni, Destrebecq & Gambini, 2020).
- È stato condotto uno studio di validazione per testare le proprietà psicometriche della versione italiana della scala *Nurses' Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR-ita) indagandone la validità predittiva rispetto alle condotte suicidarie. La NGASR-ita è stata sottoposta ad un processo di *back-translation* e successivamente somministrata al momento del ricovero in SPDC (Ferrara et al., 2019a) e alle dimissioni (Ferrara, D'Agostino & Destrebecq, 2019b). Gli score di validità di contenuto (CVI-S= 96.7%), validità concorrente ($r = 0.98, p < .001$), concordanza intervalvatore ($\rho = .97, p < .001$), stabilità test-retest ($p = .96$) e dell'analisi fattoriale esplorativa (5 fattori che spiegano il 61.29% della varianza) hanno confermato le doti di validità ed affidabilità della scala. I valori di sensibilità (90.0%) e specificità (78.51%) durante la degenza, al follow-up a 30 giorni (sens= 80.0%, spec=95.76%) e 90 giorni dalle dimissioni (sens=85.71%, spec=97.41%) hanno dimostrato inoltre

la predittività della NGASR-ita e dunque la sua utilità al fine di supportare la valutazione infermieristica del rischio di suicidio.

Cronobiologia dei disturbi dell'umore in SPDC:

Molte evidenze da studi clinici suggeriscono l'efficacia degli interventi di cronoterapia singoli (Humpston et al., 2020) o in combinazione (D'Agostino et al., 2020) nel trattamento della depressione. Non vi sono però ad oggi evidenze circa la possibilità di implementare questa tipologia di interventi nel contesto clinico *real-world* italiano. A partire dal 2019 il gruppo di studio ha pertanto progettato ed avviato un trial clinico randomizzato controllato con l'obiettivo di stabilire l'efficacia di un intervento di tripla cronoterapia (trattamento combinato di privazione totale di sonno, luce terapia e avanzamento di fase del sonno) in pazienti affetti da depressione unipolare o bipolare, ricoverati in SPDC. Lo studio è attualmente in corso, il termine dell'arruolamento dei soggetti candidabili è previsto per ottobre 2021, prima in caso di raggiungimento della dimensione campionaria prevista (Ferrara et al., 2020). Le caratteristiche specifiche degli interventi cronoterapici rendono centrale il ruolo dell'assistenza infermieristica per l'esito del trattamento.

Qualità di vita del caregiver:

La combinazione tra pressioni fisiche, emozionali e sociali, può determinare nel *caregiver* uno stato di stress-psico fisico e disagio psicologico definito Caregiver Burden (CB), che a sua volta comporta ripercussioni importanti sulla salute ed il benessere del *caregiver* stesso.

- È stato condotto uno studio multicentrico, in collaborazione con le ASST di Crema, Melegnano-Martesana e Cremona, per misurare il CB e le caratteristiche sociodemografiche ad esso associate in un campione di *caregiver* informali di persone affette da disturbo schizofrenico. Centosei *caregiver* hanno partecipato

allo studio presentando un punteggio mediano di CB pari a 116/200; maggiori livelli di CB sono stati ottenuti dai *caregiver* disoccupati, da chi riveste il ruolo di genitore e con almeno 5 anni di esperienza di *caregiving* ($p < 0.05$). Lo studio ha posto in evidenza la dimensione del fenomeno, suggerendo come la presa in carico della persona affetta da schizofrenia da parte degli infermieri a livello territoriale sia ancor più complessa poichè accompagnata da una attività di continuo monitoraggio e di supporto del *caregiver* informale (Milani, Destrebecq, Giovinetti, Terzoni, Ferrara, 2020).

- Gli approfondimenti sul fenomeno del CB nei Disturbi Alimentari sono scarsi e non esistono strumenti mirati per misurare il fenomeno in questa popolazione di *caregiver*. In un campione di *caregiver* di soggetti affetti da Disturbo Alimentare seguiti presso l'ambulatorio dipartimentale dedicato, è stato adattato e validato il Caregiver Burden Inventory. L'analisi fattoriale esplorativa ha evidenziato una struttura a 5 fattori, e le misure psicometriche ottenute hanno suggerito che il CBI sia effettivamente valido ed affidabile in questa popolazione e dunque utile a supporto dell'infermiere nella valutazione del CB (Bertelli et al., in revisione).

Il benessere infermieristico:

Il Moral Distress (MD) è un fenomeno diffuso ed indagato in quasi ogni contesto assistenziale. Tuttavia, nel contesto psichiatrico ancora poco esplorato e senza approfondimenti nella realtà italiana. Si è deciso di indagarne la diffusione esplorando inoltre il suo legame con i livelli di *burnout* tra gli infermieri del Dipartimento di Salute Mentale, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere Sacco ed Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano. I risultati dell'indagine hanno evidenziato un livello medio-basso di MD ed una modesta, ma significativa, correlazione con il Burnout infermieristico (Del Frate et al., 2018).

CONCLUSIONI

L'obiettivo del percorso intrapreso all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano è quello di ampliare il corpo di conoscenze della professione in risposta agli innumerevoli quesiti clinici che l'infermiere si pone e alle criticità emergenti durante la pratica clinica quotidiana. Divulgazione e condivisione dei risultati ottenuti rappresentano un passaggio chiave nell'ambito di un percorso di miglioramento orientato alla creazione di un corpo unico di conoscenze, e dunque alla crescita professionale dell'infermieristica nell'ambito della salute mentale.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano;*

° *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Ospedale San Paolo, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano;*

^ *Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano;*

§ *CRC "Aldo Ravelli" for Neurotechnology and Experimental Brain Therapeutics, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia*

CORRISPONDENZA

armando.dagostino@unimi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Albieri J., Ferrara P., Terzoni S., Salcuni S., DeStrebecq A., & Gambini O. (2020). *Assessment of nutritional risk in persons with mental health disorders admitted to the acute psychiatric inpatient unit: an Italian Study*. Prof Inferm, 73(3), 196-204.
2. Balakas K., & Smith J.R. (2016). *Evidence-Based Practice and Quality Improvement in Nursing Education*. The Journal of perinatal & neonatal nursing, 30(3), 191-194.
3. Bertelli S., Ferrara P., Di Modica S., Terzoni S., Bergamelli E., Gambini O., D'Agostino A., & DeStrebecq A. *Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory in Eating Disorders*. Journal of Eating Disorders, in revisione.
4. Delfrate F., Ferrara P., Spotti D., Terzoni S., Lamiani G., Canciani E., & Bonetti L. (2018) *Moral distress and burnout in mental health nurses: a multicenter survey*. La Medicina del Lavoro, 109(2), 97-109.
5. D'Agostino A., Ferrara P., Terzoni S., Ostinelli E. G., Carrara C., Prunas C., Gambini O., & DeStrebecq A. (2020). *Efficacy of Triple Chronotherapy in unipolar and bipolar depression: A systematic review of the available evidence*. Journal of Affective Disorders, 276(July), 297-304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.026>
6. Ferrara P., Terzoni S., D'Agostino A., Cutcliffe J., Pozo Falen Y., Corigliano S., Bonetti L., DeStrebecq A., & Gambini O. (2019). *Psychometric properties of the Italian version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale*. Rivista di Psichiatria, 54, 31-36 (a).
7. Ferrara P., D'Agostino A., & DeStrebecq A. (2019). *Predictive Validity of the NGASR in Suicide Attempts and Early Readmission to a Psychiatric Inpatient Unit*. Psychiatric Services, 70, 1 (b).
8. Ferrara P., D'Agostino A., Terzoni S., Ostinelli E., Cavallotti S., Basi C., Bertino V., Gambini O., & DeStrebecq A. (2020). *La Triple Chronotherapy come approccio per la riduzione della sintomatologia depressiva e dell'intenzionalità suicidaria in pazienti ospedalizzati: Protocollo di studio di un Trial clinico Randomizzato*. *Controllato*. Professioni Infermieristiche, 73(1), 21-25.
9. Hastings C.E., Fisher C.A., McCabe M.A., National Clinical Research Nursing Consortium, Allison J., Brassil D., Offenhardt M., Browning S., DeCandia E., Medina R., Duer-Hefele J., McClary K., Mullen N., Ottosen M., Britt S., Sanchez T., & Turbini V. (2012). *Clinical research nursing: a critical resource in the national research enterprise*. Nursing outlook, 60(3), 149-156.
10. Humpston C. S., Benedetti F., Serfaty M., Markham S., Hodsoll J., Young A. H., & Veale D. (2019). *Chronotherapy for the rapid treatment of depression: A meta-analysis*. Journal of Affective Disorders. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.078>
11. Milani L., DeStrebecq A., Giovineti V., Terzoni S., & Ferrara P. (2020). *Il Burden del caregiver della persona con diagnosi di schizofrenia: studio multicentrico*. L'infermiere, 4, 61-68.
12. Morici V., Terzoni S., Ferrara P., & DeStrebecq A. (2016). *Development and Validation of a New Tool for Assessing Risk of Falls in Acute Psychiatric Settings*. International Journal of Emergency Mental and Human Resilience, 18(2), 742-747.
13. Terzoni S., Ferrara P., Logiudice A., & DeStrebecq A. (2016). *Validazione italiana della Broset Violence checklist per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti di un'unità psichiatrica*. L'infermiere, 53 (1), e1-e6.

Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza

Chiara Grossi*, Camilla Gesi°, Ernesto Consorti^, Giorgio Fiorentini §, Luigi Bergamaschini †, Elisabetta Vercesi ‡, Giancarlo Cerveri*

SOMMARIO

L'emergenza senza precedenti legata all'epidemia di COVID-19 ha imposto un forte stress al sistema sanitario e sociosanitario italiano.

I lavoratori di questo settore appaiono fortemente esposti a fenomeni di stress legato alla eccezionale portata dell'andamento epidemico della pandemia Covid-19 per diversi motivi:

- Le strutture socioassistenziali rivolte a soggetti anziani sono state le più esposte ai decessi legati agli effetti dell'infezione.
- I cambiamenti organizzativi volti a ridurre il rischio di trasmissione hanno coinvolto in misura rilevante tutte le strutture comunitarie sanitarie e sociosanitarie con rilevanti riflessi sull'organizzazione del lavoro degli operatori preposti.
- Le strutture sociosanitarie italiane ed in particolar modo quelle operanti in alcune aree del nostro paese (Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna) sono state esposte alla prima ondata europea della pandemia, confrontandosi con gli effetti senza una adeguata preparazione in termini di prevenzione e trattamenti disponibili.

Fondazione Onda ha proposto un'indagine su tale argomento alle 177 RSA e Case di Riposo che hanno partecipato all'ultimo bando per i Bollini Rosa Argento (2021-2022).

INTRODUZIONE

A dicembre 2019, lo scoppio della Sindrome Respiratoria Acuta Grave da Coronavirus 2 (Severe acute respiratory

syndrome SARS-CoV-2) nella regione di Wuhan nella Repubblica Popolare Cinese, spinge molti tecnici a ritenere il fenomeno locale con limitate possibilità di diffusione. Nell'arco di poche settimane il fenomeno ha raggiunto proporzioni pandemiche, il 20 febbraio 2020, dopo l'osservazione di casi sporadici in tutta Europa, veniva identificato a Codogno il caso 1 che portava all'identificazione di un rilevante focolaio italiano ed una successiva diffusione su tutto il territorio nazionale e continentale.

Nel febbraio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha nominato la malattia causata da SARS-CoV-2 la malattia del Coronavirus del 2019 (COVID-19) e nel marzo 2020 ha dichiarato l'epidemia una pandemia. Il COVID-19 è stato trasmesso rapidamente in Italia ed è stato collegato ad alti tassi di mortalità, soprattutto nelle persone anziane. Secondo recenti statistiche del Population Reference Bureau, l'Italia ha la seconda più grande percentuale di anziani (65+) nel mondo [1]

Secondo i dati ufficiali diffusi dal Ministero della Salute italiano, il numero di decessi per COVID-19 in Italia è passato da 10 a 32007 tra il 25 febbraio e il 18 maggio 2020. Il 13% di queste sono persone risultate positive al test di rilevamento della presenza del virus[2].

I tassi di mortalità più elevati legati all'età sono probabilmente dovuti a un sistema immunitario più debole negli anziani che consente una più rapida progressione dell'infezione virale [3]. Altri potenziali fattori coinvolti nell'aumento della vulnerabilità degli individui anziani sono la presenza di malattie fisiche concomitanti associate all'età avanzata e lo spazio relativamente ristretto in cui molti di loro vivono, come le RSA [4].

Al 30 gennaio 2021, l'Italia è uno dei più grandi centri mondiali di diffusione della malattia da coronavirus (COVID-19), con oltre 2.500.000 casi e oltre 90.000 decessi complessivi [5]. Questa massiccia emergenza ha imposto una forte pressione al sistema sanitario italiano e socio-sanitario, che per lunghi mesi ha fatto fatica a fornire risorse o personale adeguatamente formato e protetto per far fronte a questa crisi. Tale condizione

è risultata poi particolarmente acuta dove sono state osservate le concentrazioni più rilevanti di focolai pandemici [6]. Affrontando questa situazione critica, gli operatori sanitari e socio-sanitari sono a rischio di sviluppare disagio psicologico e altri sintomi di salute mentale, come conseguenza di molteplici fattori di stress simultanei, che includono il numero sempre crescente di casi e il carico di lavoro travolgente, la mancanza di dispositivi di protezione personale, la paura di essere infettati e/o di infettare gli altri, la sensazione di essere supportati in modo inadeguato, la necessità di stare lontani o ridurre i contatti con i parenti a casa come salvaguardia dal contagio, [7]. Studi precedenti hanno riportato reazioni psicologiche avverse tra gli operatori sanitari durante l'epidemia di SARS del 2003, nonché durante l'epidemia di COVID-19 in Cina [8,9]. Il più grande studio tra gli operatori sanitari cinesi durante il COVID-19 ha coinvolto 1.257 professionisti delle regioni dell'Hubei e ha dimostrato che le donne, gli infermieri, coloro che lavorano a Wuhan e il personale in prima linea hanno riportato sintomi più gravi di depressione, ansia e angoscia [9]. Diversi studi sono stati pubblicati sull'impatto che la pandemia ha avuto nelle prime fasi di diffusione. Molti di questi si sono concentrati sulle prime zone colpite (Lombardia) e sul personale sanitario [10-11], rilevando nei mesi successivi alla prima fase di diffusione della pandemia un effetto rilevante sia sul rischio di sviluppare sintomi depressivi e ansiosi che sul rischio di avere sintomi specifici ascrivibili al Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Particolarmente rilevante è la maggiore esposizione a questi disturbi del personale di sesso femminile e con ruoli infermieristici.

Tuttavia, una serie di domande sono rimaste senza risposta, in particolare per quanto riguarda l'impatto dell'emergenza COVID-19 nelle regioni o specialità meno colpite e la relazione tra sintomi di angoscia e cambiamenti nelle procedure o attività lavorative e nella vita familiare. Inoltre resta inesplorato l'effetto di lungo

periodo di questa vicenda epidemica sui lavoratori esposti in modo più diretto ed intenso, con particolare rilevanza ai lavoratori delle strutture socioassistenziali per anziani che hanno ricevuto l'impatto più intenso in termini di mortalità e modificazione dell'organizzazione del lavoro. Nelle RSA, né i residenti né i lavoratori tendono ad avere accesso immediato alle stesse competenze, farmaci e attrezzature degli ospedali. In una ricerca pubblicata su un ampio campione di strutture residenziali [12] per anziani con dati raccolti dopo la prima ondata e relativi al personale di assistenza, si osserva una prevalenza di sintomatologia ansiosa o per PTSD nel 43% dei soggetti indagati. Le lavoratrici di sesso femminile e coloro che erano entrati direttamente in contatto con il virus risultano i più esposti alla sintomatologia. In particolare, da questo studio sono emerse considerazioni interessanti per gli obiettivi della nostra ricerca.

Tutto il personale (compreso il personale sanitario, amministrativo, tecnico e professionale) che lavora nelle RSA è stato sottoposto a una pressione fisica e psicologica particolarmente intensa dall'inizio dell'epidemia. La pressione è derivata da diverse direzioni; in primo luogo, le persone anziane con o senza disabilità vivono vicine tra loro e tendono a stringere legami stretti con tutto il personale, inoltre gli anziani e le persone con malattie fisiche concomitanti sono a maggior rischio di morte o gravi esiti COVID-19. Inoltre, tutti i membri del personale hanno avuto a che fare con un ricambio di personale insolitamente veloce a causa della rapida trasmissione del virus.

Nel periodo coperto da questa indagine sono morti un totale di 6773 residenti, di cui 2724 (ovvero il 40,2% di tutti i deceduti) sono risultati positivi al COVID-19 o hanno mostrato sintomi compatibili con COVID-19 (le politiche sui tamponi differivano sul territorio). La maggior parte di questi decessi (91%) si è concentrata nella regione del Nord, che è stata anche la più colpita dal contagio da COVID-19. Inoltre, un certo numero di personale sanitario e amministrativo che lavorava nelle

strutture coinvolte nella ricerca è risultato positivo al COVID-19.

La complessa emergenza umanitaria sopra descritta può generare maggiori livelli di disagio, paura della contaminazione e sofferenza psicologica legata alla compassione verso i pazienti a rischio. Queste reazioni psicologiche sono in linea con quelle documentate dell'epidemia di SARS del 2003 che includeva la paura di infettare familiari, amici e colleghi; la sensazione di incertezza e stigmatizzazione e alti livelli di sintomi di stress, ansia e depressione [13].

Rispetto a quanto presente nei dati di letteratura si ritiene rilevante definire con una valutazione più approfondita, tramite scale di valutazione della sintomatologia depressiva e dell'adattamento lavorativo l'impatto che la pandemia ha avuto sui lavoratori più direttamente esposti all'evento. È infine utile determinare, a distanza di 12 mesi dalla prima e più rilevante ondata in termini di stress adattativo, quali siano gli esiti più duraturi dello stress a cui i lavoratori sono stati esposti.

OBIETTIVI

La presente ricerca ha come scopo principale: Valutare l'esito sulla Salute Mentale dell'epidemia di COVID-19 a distanza di 1 anno dal lockdown iniziale su un ampio campione di lavoratori delle Residenze Socio Assistenziali che partecipano al network Bollini RosaArgento (medici, infermieri, personale socio-sanitario e amministrativo) di tutte le regioni italiane tramite la descrizione dei sintomi depressivi, di ansia e ascrivibili ad una condizione di PTSD.

Obiettivi secondari saranno la valutazione dell'adattamento sociale e lavorativo, la modificazione stabili di specifiche abitudini di vita ed eventuali correlazioni tra sintomi residui e un'ampia gamma di variabili come tipo di lavoro, sesso, età, anni di esperienza e altre variabili socio-demografiche.

Questa parte dello studio mira a fornire una valutazione del carico di stress e le caratteristiche che favoriscono

maggiore resilienza negli operatori valutati al fine di fornire indicazioni utili per indirizzare la protezione del benessere mentale tra gli operatori sanitari.

METODI

L'indagine è stata realizzata tramite il collegamento ad una piattaforma digitale (Google Modules), divulgata agli operatori sanitari attraverso la comunicazione diretta di Fondazione Onda con le 177 strutture socio-sanitarie aderenti al circuito dei Bollini RosaArgento. La lettera di invito include una breve presentazione delle finalità dell'indagine ed una dichiarazione sull'anonimato della raccolta dei dati. Sono state raccolte le principali variabili socio-demografiche e legate al lavoro, comprese le informazioni sui cambiamenti nel lavoro e nella vita familiare dovuti all'epidemia e ai casi di COVID-19 tra i membri della famiglia. L'accesso all'intervista invita le persone reclutate a completare i seguenti strumenti di autovalutazione finalizzati a stabilire il livello di trauma esperito dai soggetti all'indagine, i livelli di ansia e depressione, la qualità di vita professionale e l'adattamento sociale e lavorativo:

- Impact of Events scale-Revised (IES-R) (Weiss, 1997) [14]
- Questionario sulla salute del paziente 9 (PHQ-9) (Kroenke, 2001) [15]
- Questionario per Disturbo d'Ansia generale 7 (GAD-7) (Spitzer, 2006) [16]
- Scala della qualità della vita professionale (Pro-QOL) (Hudnall Stamm, 2009) [17]
- Scala di adattamento sociale e lavorativo (WSAS) (Mundt, 2002) [18]

Tutti i questionari hanno eccellenti caratteristiche psicometriche e sono stati ampiamente utilizzati in studi precedenti sulla popolazione generale, in campioni di servizi di emergenza e tra gli operatori sanitari durante l'epidemia di COVID-19 in Cina [8,9].

L'indagine è stata condotta dall'8 marzo 2021 (a 1 anno dal 1° lockdown nazionale) per 60 giorni.

RISULTATI

1.1 Response Rate Management

Il questionario è stato inviato a 177 strutture appartenenti al circuito dei Bollini RosaArgento tramite una comunicazione diretta al rappresentante legale degli stessi. Le risposte pervenute risultavano provenienti da 31 strutture. Il tasso di risposta positiva da parte delle strutture è stato pertanto del 17,5%.

In totale, il numero totale dei dipendenti che hanno ricevuto il link al questionario, a oggi è pari a 1.505. Di questi, 326 hanno compilato il questionario, con un tasso di risposta dei lavoratori del 21,7%.

1.2 Descrizione del campione

Dopo aver ripulito il *dataset* dai casi incompleti e da quelli con consenso non valido, il campione finale risultava di 300 soggetti.

L'età media dei partecipanti allo studio era di 44 anni, (età minima 23 anni, massima 71 anni), prevalentemente donne (n=253, 84,3%) (Figura 1). Di questi, 142 (47,4%) afferivano a strutture del nord Italia, 75 (25%) a strutture del sud Italia e i restanti 83 (27,6%) a strutture del centro (Figura 2). 36 soggetti (12%) lavoravano in strutture pubbliche; 180 (60%) in strutture private convenzionate e la restante parte (n=84, 28%) in strutture private.

I lavoratori con ruolo sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti) erano 91 (30,3%), 99 (33%) quelli con ruolo assistenziale (ASA, OSS) e 110 (36,6%) quelli con ruolo amministrativo. 58 rispondenti erano infermieri (19,3%) (tenuti separati perché di solito più colpiti dallo stress professionale). 54 soggetti (18%) riferivano pregressi disturbi d'ansia/depressione.

In media il nucleo familiare dei partecipanti alla ricerca era composto da 3 persone (DS=1), la maggior parte degli intervistati avevano almeno uno dei genitori viventi (n=251, 84%) ed avevano almeno un figlio (n=202, 67,5%).

L'anzianità di servizio media era di 14 anni (SDS=11, min=1, max=46). 79 (26,3%) hanno contratto il virus da

SarsCov-19, che ha portato una durata media di giorni di isolamento pari a 43,5 giorni (DS=13,5). In alcuni casi (n=36, 12%) sono stati ricoverati, per infezione da SarCov-19, parenti o amici stretti dei partecipanti alla ricerca. 33 (11%) hanno perso dei cari. 161 (53,8%) erano stati destinati ad aree Covid, nella maggior parte dei casi (n=224, 74,5%) mantenendo la stessa mansione. 198 (65,9%) riportavano un aumento del carico di lavoro e 144 (48%) riportavano di essersi sentiti abbastanza autonomi nella gestione dei carichi di lavoro.

Nella tabella 1 sono state riportate alcune caratteristiche socio-demografiche del campione suddivise per lavoratori con ruolo sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti), ruolo assistenziale (ASA, OSS) e ruolo amministrativo.

Figura 1

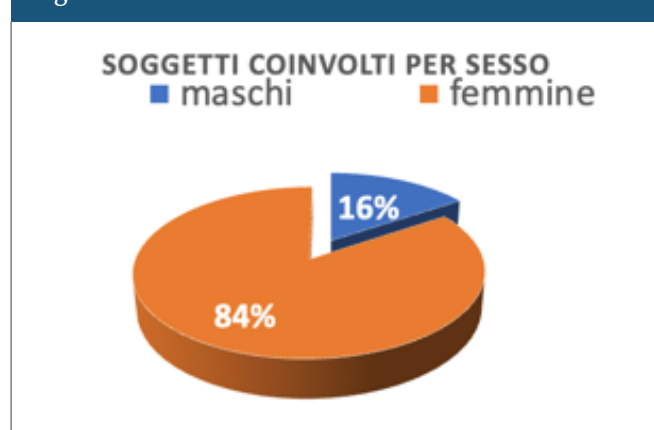


Figura 2

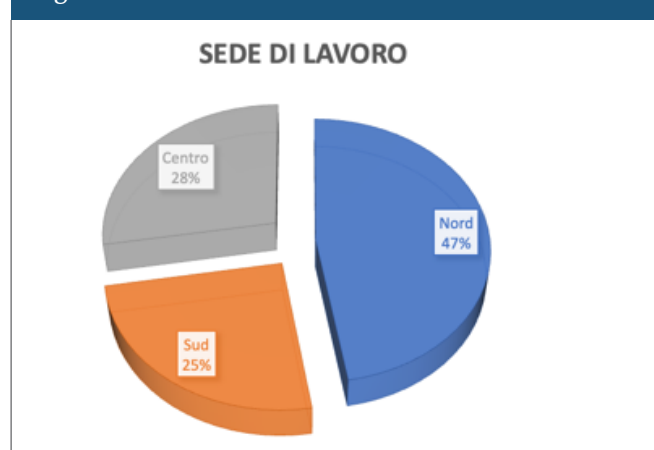


Tabella 1: Caratteristiche socio-demografiche suddivise per lavoratori con ruolo sanitario 91 (medici, infermieri, fisioterapisti) (30,3%), 99 (33%) ruolo assistenziale (ASA, OSS) e 110 (36,6%) ruolo amministrativo

	Ruolo Sanitario N(%)	Ruolo Assistenziale N%	Amministrativi N%
Età (media±DS)	43,6±11.8	43,4±11.8	45.3±SD 10
Sesso			
Femmine	76(83.5%)	76(83.5%)	75(83.5%)
Maschi	15 (16.5%)	15 (16.5%)	16(17.5%)
Provenienza			
Nord	41 (45%)	34 (33%)	70 (63%)
Centro	29 (31.8%)	32 (33%)	18 (16.3%)
Sud	21 (23%)	33 (33%)	22 (20%)
Famiglia di origine			
Almeno un genitore in vita	79 (86%)	77 (77,7%)	96 (87.2%)
Genitori deceduti	12 (14%)	22 (22.3%)	14 (12.8%)
Figli			
sì	57 (62,6%)	70 (70.7%)	74 (67.2%)
no	34 (37.4%)	29 (29.3%)	36 (32.8%)
Figli minorenni	38 (41%)	39 (39.4%)	46 (41.9%)
Infezione COVID-19			
sì	29 (31.8%)	30 (30.3%)	20 (18.1%)
no	62 (68.2%)	69 (69.7%)	90 (81.9%)

1.3 I risultati della valutazione psicometrica

I risultati relativi alle valutazioni psicometriche sono sintetizzati in figura 3. La GAD-7 è stata usata per valutare i sintomi ansiosi. 90 soggetti (30%) presentavano punteggi di 10 o superiori [16], indicativi di un possibile GAD. In particolare, 34 (11,3%) avevano un punteggio di 15 o superiore, indicativo di una sintomatologia severa.

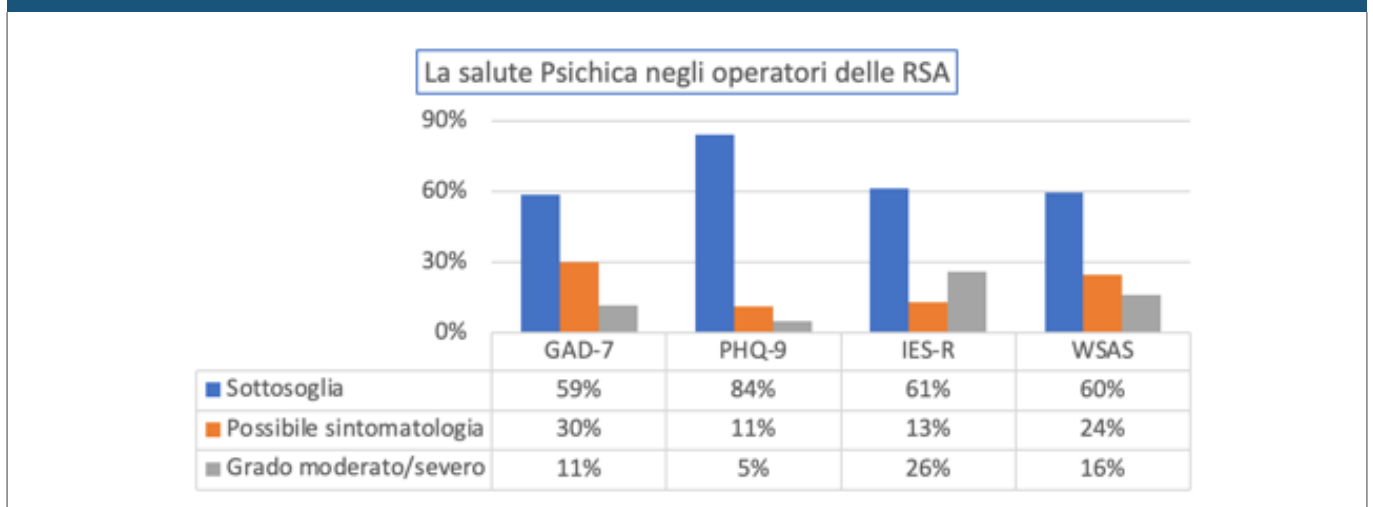
La PHQ-9 è stata usata per valutare la sintomatologia depressiva. La gran parte dei rispondenti (n=256, 85,3%) non presentavano livelli significativi di depressione (punteggi inferiori a 10) [9]. I rimanenti 44 soggetti (14,7%) presentavano un livello di sintomi depressivi meritevole di attenzione clinica. In particolare, 34 rispondenti (11,3%) riportavano un punteggio compreso fra 10 e 14, indicativo di depressione moderata, e 10 (3,3%) riportavano un punteggio superiore a 14, indicativo di una sintomatologia depressiva meritevole di trattamento. Un dato importante è che è emersa una differenza significativa fra il punteggio medio dei soggetti con e senza anamnesi di un precedente disturbo psichico, con i primi che riportavano punteggi più elevati. Inoltre, esisteva una differenza significativa fra soggetti del Nord e soggetti del Centro, con i primi

che hanno mostrato mediamente punteggi più alti.

La IES-R è stata utilizzata per valutare eventuali eventi di natura traumatica vissuti dai lavoratori. La scala include una domanda-filtro iniziale nelle quale viene chiesto se il soggetto ritiene di aver vissuto qualche esperienza traumatica nel corso del suo lavoro in tempo di pandemia. In caso di risposta positiva, il soggetto viene invitato a descrivere brevemente all'evento e a compilare il questionario. In caso di risposta negativa, il questionario non viene compilato. Complessivamente, 151 (50,3%) soggetti hanno dato risposta positiva e compilato il questionario. Gli eventi descritti come traumatici erano molto vari, ma riconducibili ad alcune macro-aree: 1) Organizzazione inefficace, 2) Positività al Covid/paura del contagio, 3) Decesso di pazienti, 4) Lontananza dai cari, 5) Cambiamenti legati alla pandemia, 6) Perdita/contagio di cari. Rispetto ai punteggi totali, 88 (29,3%) soggetti avevano punteggi suggestivi di un PTSD almeno moderato

Secondo la WSAS 121 soggetti (40,3%) presentavano interferenza significativa dei sintomi sopra descritti con il funzionamento. Di questi, 48 (16%) presentavano interferenza di grado severo.

Figura 3



DISCUSSIONE

Tassi di risposta

L'adesione delle strutture e la risposta del personale

Nella presente ricerca il tasso di risposta del 17,5% delle strutture interpellate rende la lettura dei dati critica e sicuramente rappresenta un limite alla generalizzazione dei risultati, sebbene il tasso di risposta a *survey* condotte tramite email o internet sia frequentemente inferiore al 20%. Per esempio, un'indagine analoga condotta sempre in Italia all'indomani della prima ondata COVID-19 ha riportato un tasso di risposta delle strutture del 18% [12]. Verosimilmente non esiste un univoco motivo per il quale tante strutture non hanno provveduto a divulgare al personale l'indagine. In alcuni casi ci è stato comunicato che valutazioni analoghe erano già state condotte internamente; in altri casi non ci sono state fornite indicazioni specifiche. Sicuramente molte precedenti *survey* sono state divulgate in questi mesi e la salute dei lavoratori sanitari è stata oggetto di grande attenzione, talora forse saturando la disponibilità a "mettersi a disposizione" della ricerca, molto sentita all'inizio e poi diminuita col passare dei mesi. D'altra parte, si può anche supporre che tematiche relative a criticità organizzative vissute durante la pandemia abbia spinto ad una scarsa adesione alle presente ricerca. La stessa considerazione, d'altro canto, può suggerire un'interpretazione anche opposta. Infatti, sebbene numericamente simile alla precedente indagine, il tasso di risposta alla nostra *survey* appare più significativo in considerazione del fatto che è stata divulgata molti mesi più tardi, in una fase ormai "cronica" della pandemia, che potrebbe aver verosimilmente ridotto la motivazione generale a partecipare ad un'indagine riguardante un tema ormai "secondario" e non più cogente come lo era la pandemia durante la prima ondata. Nel confronto con il precedente indagine dobbiamo anche tenere conto che questa era limitata a strutture del nord Italia, più precocemente e severamente colpito dalla pandemia, mentre la nostra indagine era destinata a strutture sparse su tutto il

territorio nazionale. Questo può aver "diluìto" l'intensità delle risposte patologiche riscontrate nell'indagine, ma anche la percezione della pandemia come un problema di significativo impatto sulla salute mentale degli operatori. Il tasso elevato di risposte nel sesso femminile è comparabile con la precedente ricerca ed è, a nostro avviso, dipendente sia dalla elevata rappresentazione femminile nei lavoratori di questo tipo sia dalla minor propensione degli uomini – anche dovuta a stereotipi di genere - ad occuparsi della propria salute mentale.

La valutazione clinica

Quello che emerge a distanza di 12 mesi dal primo *lock-down* e dopo la terza ondata di Covid-19 è un livello consistente di sofferenza psichica nel personale in concordanza con quanto osservato in ricerche analoghe. Per esempio, la percentuale di punteggi al GAD-7 di livello moderato-severo è risultata del 30% nel nostro campione mentre era del 21,9% nell'altro studio analogo condotto dopo la prima ondata. Mentre i sintomi da PTSD rilevati con la scala IES-R è risultata del 29,3% con sintomi moderati-severi nella nostra *survey* e del 40,4% nell'altra ricerca [12]. Infine per quanto riguarda la sintomatologia depressiva si osservano livelli moderati-severi in circa il 15% della popolazione. Il dato inerente alla sintomatologia ansiosa è un dato saliente, che mostra come, a distanza di molti mesi dall'inizio della pandemia, l'adattamento dei lavoratori delle RSA sia ancora critico ed in grado di elicitare sintomi ansiosi. Anche il dato relativo alla sintomatologia depressiva appare ragguardevole: esso mostra, da una parte, che la situazione di stress protratto ha fatto emergere sintomi depressivi in una percentuale non certo trascurabile di soggetti, ponendo i lavoratori delle RSA in un gruppo indubbiamente di rischio. Dall'altra, la presenza di punteggi più alti in coloro i quali avevano anamnesi di precedenti disturbi mentali conferma che un'anamnesi psichiatrica positiva rappresenta un importante fattore di rischio per ulteriori ricorrenze. Non inaspettatamente, inoltre, le regioni del

Nord, più precocemente ed intensamente colpite dalla pandemia, mostravano punteggi medi più alti rispetto a quelle del Centro. Infine, il dato relativo alla IES-R e quindi alla sintomatologia PTSD merita una riflessione molto attenta. Se è vero che il tasso di soggetti con sintomi moderati-severi è ridotto rispetto alla precedente *survey* relativa alla prima ondata, è altrettanto vero che la variabile del tempo è tutt'altro che trascurabile. Una sintomatologia PTSD che non ha mostrato risoluzione entro i 12 mesi dall'esordio è una sintomatologia che si può considerare ormai cronica e, pertanto, connessa ad una serie di *outcome* negativi anche in termini di salute generale. Sebbene non disponiamo di una valutazione longitudinale che ci permetta di dire che i sintomi di PTSD che abbiamo registrato nella nostra *survey* siano esorditi più di 12 mesi fa, sembra verosimile che almeno una buona quota di questi siano stati conseguenti alle prime fasi della pandemia, durante le quali la maggior parte degli aspetti drammatici della pandemia si sono svolti. Per questo motivo, il dato di un 29% di soggetti impiegati nelle RSA con sintomi PTSD moderati-severi a distanza di 18 mesi dall'inizio della diffusione del COVID-19 nel nostro paese merita attenzione da parte dei clinici ed azione da parte delle istituzioni.

Interferenza con il funzionamento sociale e lavorativo

Aver utilizzato la scala WSAS ha permesso di valutare l'impatto esperienziale di un disturbo ed il modo in cui compromette la capacità di funzionare giorno per giorno. L'interesse nella misurazione e nel monitoraggio di tali cambiamenti, oltre ai sintomi, è in continua espansione.

Appare rilevante che, a distanza di 12 mesi dal primo *lock-down* circa il 40% del personale presenta un'interferenza significativa nel proprio funzionamento sociale e lavorativo e poco più del 15% ha un impatto severo.

CONCLUSIONI

La ricerca condotta presenta alcuni limiti e aggiunge al contempo alcune informazioni rilevanti sull'impatto

della pandemia Covid-19 sul personale delle strutture socio-assistenziali per anziani.

I limiti sono legati al basso livello di risposta che si è osservato e che testimonia almeno in parte le enormi difficoltà organizzative che molte strutture hanno incontrato. Questa difficoltà di indagine ha limitato una comprensione più profonda del fenomeno.

D'altra parte l'indagine condotta ad un anno di distanza ha permesso di osservare cosa è restato in termini di danno psichico nei soggetti che lavorano nelle strutture coinvolte nel circuito dei Bollini RosaArgento. Risulta cioè che circa il 30% dei soggetti presenta elementi suggestivi di sintomi connessi a PTSD, con livelli moderati di ansia. Il 15% del campione presenta invece livelli moderati di sintomi depressivi e un impatto severo sul funzionamento sociale e lavorativo. Rappresentano la quota di lavoratori (e più spesso lavoratrici) su cui la pandemia ha lasciato tracce più profonde che a distanza di oltre 12 mesi si manifesta ancora con livelli consistenti di sofferenza e disagio.

Sono queste persone coloro verso cui sarebbero indicati interventi di aiuto e sostegno specifici come è già avvenuto in molte strutture sanitarie.

Vista la prevalenza femminile tra gli operatori sanitari ed in particolare tra i rispondenti a questa *survey* (84%) si potrebbero integrare le politiche a supporto della conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa, le politiche di genere, così che offrano strumenti di ausilio operativo in un contesto di emergenza; situazione che purtroppo potrebbe diventare sempre più frequente. Flessibilità organizzativa per cambiamenti di mansione tale da sviluppare una "job rotation" funzionale alle risposte sia del cambiamento della domanda di servizi, sia delle esigenze di intervento mirato sul "burnout" di alcuni dipendenti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi;*

° *Dipartimento Di psichiatria e delle dipendenze Asst
Fatebenefratelli-Sacco Milano;*

^ *Università degli Studi di Milano;*

§ *Università Bocconi - Fondazione ONDA*

† *DIBIC, Università degli Studi di Milano - Fondazione ONDA;*

‡ *Responsabile Bollini RosaArgento Fondazione ONDA,
Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere*

CORRISPONDENZA

chiara.grossi@asst-lodi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Kaneda T., Greenbaum C., Patierno K. 2019 *World population data sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. See <http://www.prb.org/2019-world-population-data-sheet/>.
2. Istituto Superiore di Sanità. 2020 *National Survey on COVID-19 Contagion in residential and social-health structures. Third report*. See <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-3.pdf>.
Google Scholar
3. Li Q et al. 2020 *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia*. N. Engl. J. Med. 382, 1199-1207. (doi:10.1056/NEJMoa2001316)
Crossref, PubMed, ISI, Google Scholar
4. Honan K., Brody L., Calfas J. 2020 *U.S. deaths top 71,000, as impact on nursing homes mounts*. See <https://www.wsj.com/articles/coronavirus-latest-news-05-05-2020-11588669450>.
Google Scholar
5. <https://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/boc68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>
6. Odone A., Delmonte D., Scognamiglio T., Signorelli C. *COVID-19 deaths in Lombardy, Italy: data in context*. Lancet Public Health. 2020 Apr 24. pii: S2468-2667(20)30099-2.
7. Remuzzi A., Remuzzi G. *COVID-19 and Italy: what next?* Lancet. 2020 Apr 11;395(10231):1225-1228.
8. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*. Psychiatr Serv. 2004;55(9):1055-1057.
9. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. JAMA Netw Open. 2020 Mar 2;3(3):e203976.
10. Carmassi C., Cerveri G., Bui E., Gesi C., Dell'Osso L. *Defining effective strategies to prevent post-traumatic stress in healthcare emergency workers facing the COVID-19 pandemic in Italy*. CNS Spectr. 2020 Jul 14:1-2. doi: 10.1017/S1092852920001637.
11. Carmassi C., Cerveri G., Bertelloni C.A., 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.
12. Riello M., Purgato M., Bove C., MacTaggart D., Rusconi E. 2020 *Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy*. R. Soc. Open Sci. 7: 200880. <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.200880>
13. Bai Y., Lin C.C., Lin C.Y., Chen J.Y., Chue C.M., Chou P. 2004 *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*. Psychiatr. Serv. 55, 1055-1057. (doi:10.1176/appi.ps.55.9.1055)

Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico

Leon E. *, Bosetto D. + & Clerici M. °

PLAYLIST:

GREEN DAY, *Basket Cases* (1994)

<https://www.youtube.com/watch?v=nutgr5t3moy>

Il presente contributo nasce da una serie di riflessioni - effettuate a livello di un CPS lombardo - sulle caratteristiche, sia cliniche che sociologiche, identificate in questi anni seguendo una popolazione giovanile che si colloca a "scavalco" tra le esigenze assistenziali di un Servizio di Salute Mentale pubblico e la marginalità sociale. Tale popolazione giovanile che, in questa sede, assumerà simbolicamente il nome di "*Basket Cases*" (dal titolo di una famosa canzone degli anni '90 del gruppo musicale statunitense "punk rock" dei Green Day), si caratterizza per essere "a rischio" di sviluppo psicopatologico con manifestazioni per lo più diversificate. Tra queste, la sindrome di psicosi attenuata, l'autolesività non suicidaria, fino agli episodi depressivi con ipomania di breve durata, il disturbo da comportamento suicidario o a veri e propri esordi psicotici, in gran parte sostenuti dall'uso di sostanze. In tale cornice diagnostica polimorfa, costantemente cangiante e, spesso, rapidamente evolutiva - in quanto marcata da condizioni cliniche e/o comportamentali espressione di un potente disorganizzatore nosografico, quale si rivela ai più diversi livelli il disturbo correlato all'uso di sostanze - si declinano spesso le più ampie alterazioni della processualità temporale dei disturbi mentali classicamente descritti e quelle molteplici forme di disagio psichico, anche potenzialmente croniche, che difficilmente vengono intercettate prima dell'insorgenza di una vera e propria sindrome. Lo sviluppo di queste manifestazioni, almeno per come viene percepito a

livello territoriale dai nostri Servizi, sembra mostrarsi proprio in quel periodo di "allerta fluida" dove prevalgono sintomatologie polimorfe che si possono esprimere in difficoltà scolastiche e lavorative, grave deterioramento delle relazioni interpersonali e affettive, ampia alternanza di iper-connesione e ritiro sociale, nonché espliciti comportamenti a rischio o autolesivi.

All'interno di questo complesso panorama il Servizio di Salute Mentale (CPS) si sforza di ricercare, con grande fatica, la definizione di un comun denominatore di segni e sintomi - non di rado sottosoglia - caratterizzanti la popolazione dei "*Basket Cases*": ciò attraverso l'individuazione di una prossimità - a volte solo confluenza e non completa sovrapposibilità - con il Disturbo di Personalità Borderline o, tutt'al più, con i Disturbi di Personalità "senz'altra specificazione" (come da DSM 5) o "NAS" (come da DSM III, III-R, IV o IV-TR; 2001). Questo approccio si giustifica a partire dalla necessità di fornire comunque un quadro sintomatologico sinottico che possa giungere almeno ad una grossolana differenziazione per nucleo patologico di appartenenza marcando, in un certo senso, anche un assessment della possibile evoluzione del caso.

Se l'analisi di questi casi parte, in genere, da alcune delle proposte di revisione diagnostica reperibili nella sezione terza del DSM 5 (2013) - relativa alle condizioni che necessitano ulteriori studi (revisione dei Disturbi di Personalità su base dimensionale e tratto-specifica; Sindrome Psicotica Attenuata e Stati Mentali a Rischio; Disturbo da Gioco su Internet - *Gaming*) - e si amplia al concetto diagnostico di Spettro Autistico Sotto-soglia (Dell'Osso, Dalle Luche, 2016), alle tematiche relative ai comportamenti a rischio e autolesionistici (Marchetti, Bracaglia, Cavalli, 2013) o allo IAD (Lugoboni, Zamboni, 2018), il quadro complessivo sembra allargarsi "a fisarmonica" e rendere spesso difficile la lettura clinica nella sua dimensione fenomenica. Per meglio comprendere la multidimensionalità e la multifattorialità che caratterizzano la genesi del disagio psichico tipico dei

Basket Cases può essere dunque utile recuperare anche una chiave di lettura sociologica che riferisca agli Adolescenti Digitalmente Modificati - ADM (Scognamiglio, Russo, 2018) e alla loro specifica appartenenza ai contesti dell'epoca iper-moderna.

Ne deriva che ogni obiettivo di attivare nuove opzioni di presa in carico specialistica e/o correggere l'intervento "classico" dei nostri Servizi a favore di popolazioni da agganciare precocemente in chiave preventiva finisce per costituire - a nostro parere - il discrimine fra una costante progressione ora verso un disturbo conclamato (con i rischi connessi di inevitabile cronicizzazione), ora - all'opposto - la possibilità di preservare un'identità funzionale "fuori" dal Servizio, implementando competenze emotive, abilità cognitive e di socializzazione proprie dell'età di questi giovani utenti: ciò al fine di favorire inclusione sociale e sostegno all'autonomia, secondo i modelli del self-care management e della recovery (APA, 2001; Caruana et al., 2018)

"BASKET CASES": PROFILI PSICOPATOLOGICI E CARATTERISTICHE QUALIFICANTI DISTURBI MENTALI TENDENZIALMENTE DIAGNOSTICATI COME "SENZA ALTRA SPECIFICAZIONE"

Con "*Basket Cases*" vogliamo indicare giovani - dai 16 ai 24 anni (ma tale barriera non è invalicabile) - che "danzano sulla frontiera" del disagio psichico: a volte solo "transitati" nelle strutture della neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva, altre volte "in transito" dalla neuropsichiatria alla psichiatria adulta, altre ancora "mai pervenuti" in modo strutturato, fino all'emergenza in Pronto Soccorso. In genere tale deriva si arresta al confine con un primo episodio psicotico conclamato, un tentato suicidio o gli esiti estremi, soprattutto disfunzionalmente relazionali, di comportamenti "a rischio" o autolesivi. Come detto, questi giovani manifestano profili polimorfi, accomunati da un'estrema "mobilità" psicopatologica, inquadrabile come difficoltà a comprenderli in categorie diagnostiche

precise e definite, tanto che lo stesso DSM - nella sua 5a edizione (2013) - sembra difficilmente accogliere tale complessità "post-moderna" e chiede di interrogarsi su come coinvolgerla in azioni cliniche il più possibile efficaci rispetto alle manifestazioni prodromiche tipiche del primo episodio psicotico.

Di particolare interesse risulta, in relazione potenziale ai casi "*Basket Cases*" o - in termini più esplicitamente clinici - ai soggetti con Stati Mentali a Rischio (ARMS), la sezione terza del DSM 5 che propone alcuni nuovi modelli e strumenti di valutazione, fra cui anche quello cosiddetto alternativo per i disturbi di personalità, basato su un approccio dimensionale e tratto specifico. Nell'approccio che qualifica il capitolo "Condizioni che necessitano ulteriori studi", si potrebbe identificare, quindi, anche un tentativo di cogliere almeno parzialmente un'istantanea dell'attuale disagio giovanile emergente attraverso la proposta di "nuove" categorie diagnostiche meno legate alla tradizione categoriale dei Manuali Diagnostici e Statistici dei Disturbi Mentali che ci hanno accompagnato nell'ultimo quarantennio.

Nella definizione di *Sindrome Psicotica Attenuata*, l'attenzione - oltre che sulla proposta di una nuova categoria diagnostica "finestra" - si concentra sulle fasi prodromiche, approfondisce i fattori di rischio, indaga segni e sintomi di cambiamento nelle aree affettiva, cognitiva e comportamentale da considerarsi - proprio nelle prime fasi - soprattutto aspecifici, lievi e di breve durata: un periodo "finestra", mediamente di 5 anni, viene proposto ancor più fortemente del solito all'attenzione clinica del diagnosta come oggetto di possibili cure preventive.

Sempre nella sezione terza si colloca anche il nuovo modello alternativo di diagnosi per i disturbi di personalità che sembra andare nella direzione di una possibile apertura alla complessità post-moderna, proprio in quanto più facilmente rispecchiabile in una pratica clinica dove i pazienti, specie della fascia giovanile, si presentano sempre più frequentemente con quadri sintomatologici che, all'osservazione, corrispondono a più disturbi di

personalità “in sovrapposizione”. Rispetto a quelli attualmente classificati nel DSM 5 (derivanti dall’approccio DSM IV-TR non modificato), si è spinti ad esplorare una “nuova” concettualizzazione in grado di valorizzare congiuntamente - nella chiave di lettura categoriale e nella prospettiva dimensionale - quella nozione di intervento precoce (ad es., nel Disturbo tratto specifico) che meglio si addice a disturbi caratterizzati contemporaneamente da compromissioni grossolane del funzionamento della personalità guidate contemporaneamente, ad esempio, dall’impiego di sostanze psicoattive e da tratti di personalità patologici. Questo approccio include, per l’appunto, una diagnosi di disturbo di personalità tratto-specifico (DP-TS) che può essere formulata quando un disturbo di personalità è considerato presente, ma non vengono affatto soddisfatti i criteri per un disturbo specifico (DSM 5 p. 883).

Tale rimodulazione dell’approccio diagnostico - e lo sforzo interpretativo che ne è correlato - è tanto più auspicabile in quanto ben si adatta, plasticamente, alla fascia d’età compresa fra i 14 e i 24 anni, considerata critica relativamente al fisiologico processo di definizione del sé e, parallelamente, in rapporto al tema degli esordi, in particolare quelli psicotici e gli stati mentali a rischio. È proprio in questo periodo, infatti, che i giovani portano a compimento un “percorso” maturativo ed evolutivo, manifestando contemporaneamente sia bisogni di cura che di supporto da parte degli adulti di riferimento e di emancipazione e differenziazione grazie all’identificazione e alla ricerca di appartenenza con il gruppo dei pari.

In questa “finestra” evolutiva emerge come le popolazioni giovanili arrivino a presentare, con sempre maggiore frequenza, quei segni e quei sintomi che pongono alcuni dei loro rappresentanti, almeno potenzialmente, nell’area degli “stati mentali a rischio”: l’osservazione sul campo nei nostri Servizi ci spinge a fermarsi su eterogenee variazioni nell’area affettiva, cognitiva e comportamentale che - oltre ad essere eventualmente prodromiche alla “sindrome psicotica attenuata” - possono transitare nei disturbi dello

spettro ansioso e depressivo, nei già citati disturbi della personalità (in particolare borderline e antisociale), nei disturbi del comportamento alimentare o nei disturbi da *addiction* (in senso lato), tutti epifenomenicamente rappresentativi di un incremento importante di condotte a rischio (Biffi, de Isabella, 2012).

Diversi studi epidemiologici hanno confermato, negli anni, l’esigenza di tenere conto della specificità dell’insorgenza precoce di problematiche legate alla salute mentale con fasi prodromiche dai sintomi aspecifici e dai deficit rilevabili sul piano cognitivo, neuropsicologico e psicosociale (Schultze-Lutter et al, 2010; 2015) che - proprio per la difficoltà di un preciso inquadramento nosografico - determinano ritardi nel riconoscimento del disturbo e nell’attivazione dei percorsi di cura che possono variare dai 5 ai 10 anni.

Da cosa può nascere, allora, questa estesa fragilità? Nell’epoca iper-moderna (Scognamiglio, Russo, 2018) il processo di “crisi” sotteso alla costruzione identitaria individuale sembra essere divenuto permanente: il continuo moltiplicarsi dei “mondi possibili” e delle scelte che ne derivano, mette maggiormente in scacco le capacità di scelta dell’adolescente e del giovane adulto, acuendo le ferite narcisistiche che ogni rinuncia comporta e facendole percepire come intollerabili e minacciose per l’integrità del sé. L’impossibilità a restringere il campo del possibile caratterizza così un’“adolescenza del pensiero” (Faliva, Cozzani 2011) che diventa intrinseca anche alla prima età adulta, rendendola particolarmente fragile, specie nei primi anni. In questo scenario, l’adolescenza non può più essere intesa - in accordo con le teorie classiche dell’età evolutiva - come periodo di ricerca e di costruzione del proprio sé tramite l’assoluzione di compiti di sviluppo culturalmente determinati e di attivazione di una separazione necessaria per raggiungere l’individuazione (Scognamiglio, Russo, 2018).

Peraltro, la grave crisi della funzione normativa - priva di limiti, regole, autorità e oggetti esterni di conflitto (come quello tra libertà e legge) - depaupera i ragazzi

dell'oggi di quelle *milestones* culturalmente condivise che possono fungere da orientamento e contenimento come i grandi contenitori simbolici (Famiglia, Scuola, Stato e Chiesa) che sono andati progressivamente perdendo quella funzione che – ancora per le generazioni digitalmente adottate (nati prima del 1985) – avevano avuto un ruolo fondamentale nella formazione della fase adulta della vita (Scognamiglio, Russo, 2018). Anche la scomparsa di punti di riferimento quali i “riti di iniziazione” o i “riti di passaggio” (tappe di chiusura di periodi scolastici come diploma o l'uscita di casa) rendono i confini del percorso adolescenziale permanentemente mobili e i suoi tratti “liquidi” (Baumann, 2010), con abbassamento della “soglia d'accesso” agli 11-12 anni e innalzamento del “punto di uscita” dai 20 ai 30 anni. Se l'identità è plasmata, infatti, entro un sistema culturale che permette ai suoi membri di attribuire senso al mondo (Bruner, 2002), il rischio per gli adolescenti e i giovani adulti di oggi è quello di oscillare fra un' “identità diffusa” (caratterizzata dalla pervasiva confusione e frammentazione di ruoli in fase di sperimentazione) e un' “identità negativa” (totalmente identificata in valori e modelli comportamentali valutati come devianti dalla cultura di riferimento): il tutto in una società che non chiede più nulla all'adolescente, né nulla da lui pretende, se non che “faccia esperienza”, condannandolo così, in qualche modo, ad una libertà senza confini (Marchetti, Bracaglia, Cavalli, 2013). Tale libertà, però, lo mette in scacco verso un corpo, sempre più stimolato, e in una terra di nessuno che la sociologia cerca di cogliere nel fenomeno dei Neet (*not engaged in education, employment or training*) e la psichiatria – nei suoi aspetti più esplicitamente psicopatologici – forse negli “stati mentali a rischio”.

ALCUNE EVIDENZE PSICOSOCIALI: IPER-MODERNITÀ E ADOLESCENTI DIGITALMENTE MODIFICATI

Prima di affrontare il tema dei “*Basket Cases*” dal punto di vista clinico, può essere utile approfondire una breve

analisi di tipo socio-culturale, al fine di delineare lo scenario entro cui si muovono questi “ragazzi-imprendibili”. Scognamiglio e Russo (2018) coniano appunto il termine di “Adolescenti Digitalmente Modificati (ADM)” ponendo l'accento non solo sulle trasformazioni socio-culturali dell'iper-modernità ma, soprattutto, sui cambiamenti a livello del corpo che essa sta producendo nelle nuove generazioni. Ad una prima valutazione, emergono alcuni interessanti tratti salienti che accomunano gli ADM:

- la confusione somato-psichica;
- *l'iper o hypo arousal*, il *multitasking* e la disattivazione della memoria: gli ADM sono caratterizzati da corpi immersi in un'iper-stimolazione sensoriale che sembra renderli, però, poco abili nella mentalizzazione e nelle capacità rappresentative. Il qui ed ora degli ADM è compulsivo, orientato da una logica mentale *erase/reset* in cui la necessità di muoversi velocemente fra più scenari va a discapito dell'immagazzinamento di informazioni connotate emotivamente. Costoro sono inseriti in routine fitte di impegni spesso “pre-confezionate” dalle figure genitoriali senza chiedere una reale adesione all'adolescente, se non una disponibilità e una permeabilità *multitasking* a spostarsi da un'attività all'altra, quasi come nello scenario di un gioco on-line. Se la paura del futuro e una competitività spesso proiettata su un pensiero debole animano la condotta contro-fobica genitoriale, ai ragazzi – privi delle condizioni per sedimentare una vera memoria – non resta che la continua ricerca di iper-stimolazione (le chat sullo *smartphone*, la musica in cuffia, lo spasmodico bisogno di interrompersi a lezione...) per sfuggire alla sensazione panica che i pochi momenti di vuoto generano in loro. L'impossibilità di reggere la frustrazione e l'attesa sono, in tal senso, altri indici di questo rapporto annichilente con il vuoto;
- la devianza, che si manifesta con modalità eterogenee e, perlopiù, attivata dal “branco”;
- il prevalere dell'assenza di desiderio, imbarazzo o empatia: nelle relazioni iper-moderne il consumo

sostituisce il desiderio e l'incontro è improntato al non svelamento di fronte all'altro, per un'intrinseca fragilità narcisistica (Scognamiglio, Russo, 2018). Nei meccanismi da *adrenaline addiction* dello *speed-dating* e del sesso on-line, l'imbarazzo di mostrarsi cessa di esistere laddove non esiste l'intimità. Il superamento dell'imbarazzo non è indice di maggiore *self-confidence*, ma deriva da un'incapacità di riconoscere all'Altro la sua separatezza rispetto al sé. L'altro reale diventa protesi del proprio corpo, nella ricerca di piacere e, subito dopo, vuoto a rendere in un contesto in cui il corpo - anche il proprio - è insieme "iperattivato e reificato" (Lugoboni, Zamboni, 2018). Dove non c'è più spazio per sentire l'imbarazzo, il senso di colpa, il dubbio o l'incertezza non possono trovarsi "immedesimazione, compenetrazione e assimilazione" (Scognamiglio, Russo, 2018). In alcuni casi - che possono addirittura scivolare nella clinica - le relazioni amicali o quelle affettive sono mantenute, con enorme fatica, per conservare un sembiante sociale solo a beneficio dei familiari e a tutela del proprio isolamento;

- l'egotismo somatico e l'isolamento relazionale: la "cameretta" diventa luogo di fuga e di decompressione in cui abbassare l'*arousal* e dove un solo click permette di evadere. I dispositivi digitali diventano portali d'accesso a universi paralleli (chat e gruppi di interesse), improntati all'orizzontalità relazionale, all'omogeneità di interessi e al recupero di spazi individuali di piacere. Il contatto in chat risulta più appagante di quello reale, non esponendo al rischio del rifiuto, alla necessità della narrazione di sé e dell'ascolto dell'altro, essendo improntato a forme di comunicazione iper-specialistica (ad es., gruppi di interesse) o allo *speed-dating*;
- il vuoto e il panico: il fallimento della funzione normativa, lo svuotarsi dei contenitori valoriali e la "morte da noia" lasciano i ragazzi in balia del vuoto, depotenziati in termini di capacità connettive e creative e iper-stimolati corporeamente, a cercare in solitudine oggetti per "scaricare" la tensione generata dal rischio

- di uno stato di immobilità psichica nel quale mancano le rappresentazioni (Scognamiglio, Russo, 2018). In questa generazione ad alto tasso di analfabetismo emotivo l'angoscia non di rado si esprime in sintomi corporei (gastriti, cefalee, attivazioni ortosimpatiche che arrivano all'attacco di panico...) che non riescono però ad essere resi significanti, data la difficoltà a mentalizzare, a recuperare un punto di osservazione interno sulla propria condotta e una visione metacognitiva sul processo nel suo insieme. Il panico e le varie forme di fobia sociale sempre più diffuse possono allora essere lette come estremi tentativi di una soggettività estromessa che cerca di riprendere il comando del corpo. L'incremento osservato per quanto riguarda il profilo Alessitimico predispone a reinterrogarsi su questo costrutto, trovando innovative valenze esplicative alla luce delle problematiche psicopatologiche cui si correla e che lo vedono legato a fenomeni di disregolazione emotiva, più che ad una mancanza di emozioni. L'alessitimia si rafforza dunque come una dimensione trans-nosografica, non solo presente come un tempo nelle patologie psicosomatiche, ma attiva proprio in quei disturbi clinici a prevalenza delle condotte agite su quelle mentalizzate - ad esempio dipendenze, DCA e disturbi da discontrollo degli impulsi in genere - o dove si delinea una difficoltà ad utilizzare l'affetto come sistema informativo e motivazionale e nel rapporto con gli altri - ad esempio disturbi d'ansia, depressivi e post-traumatici da stress - rimandando alle più attuali elaborazioni di altri costrutti, come l'intelligenza emotiva di Salovey, il codice multiplo di Wilma Bucci e la teoria sul trauma di Krystal. (Caslini, Clerici, Zappa, 2013);
- la diffusione di "rapporti orizzontali" e crisi dei "rapporti verticali" dove l'interazione precoce con la tecnologia porta nei bambini e nei ragazzi ad un cambiamento della struttura stessa del flusso soggettivo dell'esperienza e del senso di efficacia (Scognamiglio, Russo, 2018) attraverso "l'info-sfera" come dimensione

dei segni intenzionali che circondano l'organismo sensibile (Berardi, 2011).

Già a partire dalla fine degli anni novanta, si è avviato un processo di interazione corpo-tecnologia che - specie nei nativi digitali - ha portato, in piena fase evolutiva (e quindi nel massimo della neuroplasticità), ad un'integrazione ed interdipendenza tale nei gesti di uso quotidiano da:

- rendere questi mezzi quasi una sorta di "protesi digitali" (realtà aumentata),
- creare una nuova prossemica, digitalmente orientata,
- modificare processi di pensiero e stili cognitivi (con valorizzazione del codice digitale).

A seguito della "democratizzazione" dell'utilizzo del pc e dello *smartphone* negli anni 2000, la tecnologia ha rinforzato queste modalità attraverso la divulgazione di contenuti attraverso le pagine web, organizzate secondo una logica digitale e visiva. Si è passati così dal "leggere" allo "scorrere" perdendo il senso della lettura narrativa, dei nessi sintattici che collegano e del piacere della lentezza del dettaglio descrittivo, a favore di una fruizione immediata e complessiva che accumula in modo onnivoro e salta da un punto all'altro per giustapposizione, ma si rivela scarsamente efficace nei processi di pensiero selettivi. Questa modalità è quella naturalmente acquisita dai nativi digitali (Prensky, 2012), cioè dalle generazioni nate dopo il 1985 e succedutesi con velocità impressa dai ritmi dell'innovazione tecnologica (nativi digitali 1985-93; google generation dal 1998; I-generation 1995-2010).

I ragazzi appartenenti - per nascita - a queste fasi storiche si sono trovati immersi, da sempre, nel nuovo contesto iper-moderno che allena e rinforza codici digitali e processi di comunicazione direttamente rivolti al corpo e alla sfera sensoriale, senza filtri cognitivi o relazionali. La conseguenza, dal punto di vista evolutivo nelle nuove generazioni, appare come un rafforzamento delle abilità intuitive e una maggiore difficoltà nelle attività che richiedono procedure sequenziali (ad esempio, nell'infanzia quelle relative alla coordinazione ed integrazione

percettivo motoria: allacciarsi le scarpe, andare in bici, scrivere un dettato...) e nelle attività cognitivamente complesse (scrivere o riassumere un testo). Anche la scrittura manuale perde fluidità, sostituita dalla digitalizzazione. Il fenomeno si riflette nell'osservazione di un rilevante cambio degli stili cognitivi in età evolutiva, con una importante crescita di diagnosi di ADHD, disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi dello spettro autistico. Secondo un sondaggio di AVG - azienda specializzata in software di protezione, effettuato nel 2010 su un campione di 2200 mamme di bambini tra i 2 e i 5 anni residenti in diversi Paesi (fra cui l'Italia) - il 58% di costoro è in grado di utilizzare il computer per giocare e il 25% è in grado di aprire un browser e navigare, mentre solo il 20% sa nuotare e il 9% sa allacciarsi le scarpe da solo. Una crescita nella rilevazione di casi di disturbi specifici dell'apprendimento certificati viene segnalata anche dal MIUR che passa dallo 0,7% nel 2010/11 al 2,1% della popolazione scolastica di ogni ordine e grado nel 2014/15. Esiste quindi allerta, rispetto alle generazioni prive di esperienza pre-digitale, relativamente a una somma di rischi di analfabetismo affettivo, distorsione del rapporto col proprio corpo, precarietà dell'autostima e sviluppo di quadri di dipendenza patologica (Lugoboni, Zamboni, 2018).

Un ulteriore elemento di forte cambiamento - rispetto alle generazioni non native digitali - è osservabile nella trasformazione delle modalità di gioco che stimolano un'aumentata reattività riflessa, subtalamica, a scapito della costruzione simbolica e valoriale. Il *video-gaming*, a cui la stragrande maggioranza degli ADM è massicciamente esposta sin dall'infanzia e di cui si rivela forte fruitrice in adolescenza, addestra infatti ad uno stile di gioco improntato all'azione diretta ed alla gratificazione immediata, all'arco-riflesso stimolo-risposta/azione-azione, in cui l'attivazione sensoriale trova un'immediata compensazione nell'agito, rinforzato da ricompense, bonus e passaggi di livello. Il corpo resta protagonista, ma ciò che viene valorizzato è la competenza logica e la rapidità

nel processare informazioni in input, trasformandole in output. Lo stimolo viene dall'esterno e il corpo non è il soggetto della costruzione narrativa (come accadeva nel gioco analogico/simbolico), non introduce elementi autobiografici e non si sperimenta nella relazione con l'altro, costruendo gerarchie funzionali allo sviluppo dell'azione (ad es., giocare a guardia e ladri, alla famiglia, ai pirati, etc...). Le trame-cornici del videogame addestrano i ragazzi ad una modalità relazionale orizzontale, alla costruzione di universi paralleli egotisticamente connotati (*minecraft*), all'identificazione con "specie a sé stanti" che poco hanno a che fare con l'umanità: la "crescita" è sostituita dall'"evoluzione" (quasi una mutazione genetica intrinseca) e la competenza emotiva e affettiva dalla percezione sensoriale immediata (l'uomo diventa pelle: *skin* di *fortnite*). Anche la fascinazione del gioco non è più connessa alla costruzione e sperimentazione di scenari sociali, ma al continuo e rapido cambiamento. I giochi devono essere in grado di fornire, almeno parzialmente, l'effetto "sorpresa multipla" (*packaging* con molti *wrap* da scartare e piccoli oggetti distribuiti ciascuno in un *wrap*) e le identità "polimorfe" tipiche del *gaming* (trasformazioni attraverso accessori, ma anche vere e proprie "mutazioni/cambi di pelle").

Un altro interessante elemento che può contribuire a ricostruire, almeno parzialmente, la complessità degli ADM è dato dalla iper-stimolazione del canale visivo. Attraverso l'ininterrotta disponibilità di immagini sempre più *catching* (HD, 3D), i più vari *devices* (senza escludere la televisione) hanno addestrato i ragazzi ad una continua ed intensa eccitazione che si configura in divertimento, sganciato dall'ideazione fantastica e dalla condivisione emotiva con l'altro e che rende la condizione di consumo individuale quasi preferibile, aprendo al rischio dell'isolamento, della compulsione e del corto-circuito dell'attenzione (che gesti quali lo *zapping* in qualche modo simboleggiano), a scapito di abilità ideative e creative. Questa tendenza ha uno degli esiti più visibili nella costituzione di un "immaginario

amoroso digitale" tra adolescenti che fanno massiccio ricorso ai canali web, non solo per ricercare informazioni, ma anche per consumare incontri sessuali virtuali o cercare partner occasionali. Di fatto l'educazione sessuale più ambita dagli adolescenti, anche femmine, passa dal modello hardcore del web, disponibile spesso senza filtri a chiunque e a qualunque età. Se ne possono vedere le ripercussioni sul piano delle aspettative dell'incontro con l'Altro, non più giocato in termini di un'affettività condivisa, bensì su una performance sessuale da esibire (Scognamiglio, Russo, 2018), da cui un sempre maggior rischio di ricerca di sostanze legali e illegali in grado di favorire il potenziamento delle performances sessuali fra giovani adulti.

Alla luce di queste complesse mutazioni in atto, gli ADM - o *Google Generation* - appaiono quindi non solo "mutanti", ma anche portatori di veri e propri disagi che derivano dai profondi cambiamenti tecnologico-culturali descritti; per poter sperare di incontrarli e sostenerli educativamente o terapeuticamente senza pregiudizio è dunque assolutamente necessario assumere nuove categorie di osservazione e mettere in crisi sistemi di credenza acquisiti, portandoci ai "confini" della realtà delle generazioni digitalmente adottate (i nati prima del 1985).

ALCUNE CRITICITÀ DIAGNOSTICHE E CLINICHE

Proprio alla luce dei rapidi cambiamenti socio-culturali in atto, i "ritardi" o le "incertezze" nell'inquadramento in specifiche categorie diagnostiche del malessere psichico che si manifesta nella fascia dei giovani adulti (16-24) possono essere lette - più o meno esplicitamente - ora come uno sforzo volto ad evitare forme di "etichettamento" precoce, ora invece come un fattore di "cronicizzazione" vs la malattia di "tratti" spesso ancora recuperabili attraverso programmi terapeutico-risocializzanti ad hoc.

In senso diagnostico, una prospettiva di valutazione inclusiva a partire da un approccio dimensionale - specie per i disturbi di personalità, ma anche per gli esordi psi-

cotici - può valorizzare il continuum fra normalità e stati patologici e risultare, pertanto, decisamente auspicabile per popolazioni pre-cliniche: ciò al fine di aderire, proprio dal punto di vista della restituzione diagnostica, a quella estrema “mobilità” - intrinseca del mondo giovanile - che ci viene costantemente offerta dalle indagini sociologiche e demografiche, prima ancora che dai dati clinici.

Il termine di “*Basket Cases*” che abbiamo scelto per queste riflessioni si adatta dunque bene - a nostro parere - a quella popolazione giovanile “a rischio di sviluppo” di manifestazioni pre-cliniche che vediamo soprattutto in Pronto Soccorso, ma che risulta difficile avviare ad una presa in carico stabile nelle strutture del territorio attualmente a disposizione nel Sistema di Intervento: esordi psicotici, certo, ma comunque anche altre forme di disagio psichico omologabili nella fase precedente all’insorgenza sindromica vera e propria. L’individuazione precisa - e condivisibile tra operatori anche di diverso orientamento - di tale quadro di segni, sintomi, tratti e vissuti che costituiscono questa condizione giovanile di “allerta fluida” è funzionale a favorire una presa in carico stabile ed un’inclusione produttiva in programmi specifici finalizzati, primariamente, ai seguenti obiettivi:

- prevenzione degli esordi psicotici (soprattutto se sostenuti dall’impiego abituale di sostanze);
- interventi precoci atti ad evitare la progressione in disturbo conclamato di tratti/elementi marcatamente disfunzionali, ma non assimilabili a quadri clinici o caratterizzati da cluster sintomatologici non sufficienti per la diagnosi strutturata;
- antagonismo ai “percorsi” di cronicizzazione,
- possibilità di preservare e implementare le competenze emotive, le abilità cognitive e quelle sociali.

Per descrivere i “*Basket Cases*” si deve dunque fare riferimento a categorie nosografiche, ancora in fase di definizione nel DSM 5 e in corso di approfondimento nelle ricerche EBM della comunità scientifica, come evoluzione dei grandi “classici” della cultura psichiatrica contemporanea, sempre in fase di rivisitazione (o

per meglio dire su cui il dibattito clinico non si è mai interrotto), ma secondo nuovi modelli interpretativi anche della diagnostica RDoc e similari. È evidente che precursori quali gli “stati mentali a rischio” (ARMS) e “a ultra rischio” (UHR), la “sindrome psicotica attenuata”, i comportamenti a rischio su base autolesiva non suicidaria, i disturbi da *addiction*, lo spettro autistico sotto-soglia e i disturbi di personalità del Cluster impulsivo, siano al centro dell’attenzione di chi osserva il mondo giovanile.

Per quanto riguarda i primi - gli “stati mentali a rischio” (ARMS) e “a ultra rischio” (UHR) e la “sindrome psicotica attenuata” - non si può dimenticare come, a partire dagli anni novanta (McGorry, Singh, 1995; Yung et al, 1996), anche in Italia sia aumentata l’attenzione dell’ambiente scientifico e clinico alle fasi pre-morbose: ciò al fine di sviluppare nuovi modelli di prevenzione, riconoscimento e presa in carico degli stessi (*Early Intervention*; Cocchi, Meneghelli, 2012, Cozzi 2017).

Nello stato ARMS la condizione osservata è caratterizzata da:

- ritiro sociale
- insorgenza di episodi depressivi, quadri dissociativi, attacchi di panico, disturbi d’ansia, sintomi ossessivo-compulsivi,
- accentuazione di tratti disfunzionali di personalità (fino al disturbo), in particolare borderline e antisociali,
- uso di alcool e sostanze,
- comportamenti a rischio e autolesivi,
- emarginazione/devianza sociale e quadri familiari complessi (caratterizzati da marginalità, povertà, abusi, traumi o neglect in infanzia).

Nello stato UHR, caratterizzato da sintomi psicotici attenuati e sintomi psicotici brevi e transitori (APA, DSM 5, 2013) è osservabile una condizione-limite, caratterizzata appunto da sintomi psicotici in forma attenuata che possono sfociare in disturbi psichiatrici eterogenei tra cui anche, ma non necessariamente, i disturbi dello spettro psicotico.

La Sindrome Psicotica Attenuata si distingue dalle altre sindromi psicotiche per la presenza di sintomi con intensità sotto-soglia e di maggior transitorietà e per una maggiore preservazione di *insight* ed esame di realtà. Tuttavia è una condizione di forte disagio e che impatta negativamente sul funzionamento dell'individuo, dato che spesso - in concomitanza - possono essere presenti altri sintomi o condizioni cliniche, quali stati o disturbi ansiosi e depressivi, ritiro sociale, alterazioni emotive, comportamentali e cognitive (APA, 2013).

La prevalenza di adolescenti/giovani che rientrano in questi quadri clinici è difficile da stabilire in quanto solo un'esigua percentuale si rivolge a centri specialistici e viene diagnosticata (Tsuang et al, 2013), ma è ipotizzabile intorno al 5% (Linscott, Van Os, 2012). La progressione in disturbo psicotico o in altri disturbi (in particolare dell'umore, d'ansia e di personalità) non è necessaria, ma probabilmente molto più frequente rispetto al resto della popolazione giovanile. La validazione definitiva della condizione di sindrome psicotica attenuata, come categoria diagnostica, sarebbe importante proprio per una presa in carico stabile di quei pazienti che, pur non soddisfacendo - nell'ambito dei disturbi psicotici - i criteri per una diagnosi "pura", mostrano disagio clinicamente significativo e, nell'attualità, troppo spesso restano in una condizione di rischio senza ricevere le cure necessarie perché il quadro psicopatologico rimane, fortunatamente, ancora *soft*. Data l'eterogeneità e la frequente discontinuità di segni e sintomi che caratterizzano il loro stato, costoro tendono a rivolgersi ai Servizi di Salute Mentale con una certa frequenza, ma soprattutto per altre condizioni cliniche associate, quali ansia, depressione o uso di sostanze.

In assenza di una categoria diagnostica legittimata e di programmi specifici ad essa dedicati, la presa in carico può quindi essere parziale, discontinua e, talvolta, ambivalente in relazione alla posizione ideologica sul tema tipica dei singoli operatori. Ciò induce, non di rado, interruzioni precoci: quelle che, appunto, si configurano in qualche modo come "*Basket Cases*", con il rischio di

sottovalutare e peggiorare soprattutto i primi cluster sintomatologici negativi, come ritiro sociale, difficoltà scolastiche o lavorative, deterioramento dei rapporti e relazioni interpersonali (Bechdolf et al, 2005). A sostegno dell'importanza di una presa in carico precoce in caso di UHR, troviamo - tra le altre ricerche - una meta-analisi (27 studi per un totale di 2500 pazienti) che ha mostrato un rischio di sviluppo di psicosi molto elevato, che aumenta nel corso degli anni (la transizione è stimata intorno al 18% dopo i primi 6 mesi, al 22% dopo il primo anno e al 29% dopo due anni; dopo il terzo anno la transizione alla psicosi è del 36%; Fusar-Poli et al., 2012).

Per quanto riguarda i comportamenti a rischio su base autolesiva non suicidaria - in linea con le nuove proposte del DSM 5 fra cui, appunto, anche la condizione clinica di autolesività non suicidaria (APA, 2013) - il questionario self-report RTSHIA (*Risk-Taking and Self-harm Inventory for Adolescent*) di Fonagy e Vroua (Marchetti; Bracaglia, Cavalli, 2013) contribuisce ad un'utile rivisitazione di tali manifestazioni alla luce della teoria della mentalizzazione. Si può evidenziare, in maniera più strutturata, come la sofferenza emotiva e il disagio psichico ad essa correlati sia riconducibile, nella popolazione giovanile, ad una scarsa capacità degli adolescenti contemporanei di gestire le emozioni, riflettendo sugli stati interni; da questa scarsa o assente capacità di mentalizzazione e autoregolazione, unita a fattori ambientali e temperamentali predisponenti, deriverebbero le forme devianti di comportamento a rischio e di comportamento autolesivo.

A) *Comportamenti a rischio*

Il comportamento a rischio in adolescenza e nella prima età adulta spesso non ha in sé una valenza disadattiva, ma evolutiva: quella, cioè, di essere una forma di autoregolazione, di sfida e di apprendimento del limite personale in grado di guidare il giovane verso una progressiva maturazione all'interno di un'assimilazione creativa dei valori della cultura

di appartenenza. Rischiare è, per l'adolescente e il giovane adulto, la possibilità di segnare il confine - fra sé e la famiglia d'origine, fra sé e il gruppo dei pari - fronteggiando l'ansia connessa alla dialettica fra impotenza e onnipotenza, insita nel processo di individuazione e crescita. È un comportamento fisiologico, con picco massimo di espressione oggi anticipato ancor prima della fascia 16-24 anni e che trova riscontro (anche dal punto di vista delle neuroscienze) nei mutamenti ormonali e del SNC che presiedono la maturazione cognitiva e la regolazione affettiva, emotiva, motivazionale, esecutiva e del ragionamento sociale guidata dai livelli di dopamina nelle regioni prefrontali associate all'aumento della salienza per la ricompensa e del *sensation seeking*. Ciò significherebbe che gli stimoli gratificanti vengono sperimentati come maggiormente gratificanti e assumono un incremento d'importanza in relazione ai rinforzi emotivi e sociali del gruppo di pari. Tutto ciò considerando il temporaneo disallineamento tra affetti, cognizioni e capacità di autoregolazione, dovuto alle parallele mutazioni a carico delle strutture cerebrali deputate alle funzioni esecutive, in particolare in quella fase della vita, ma anche agli effetti diretti delle sostanze eventualmente impiegate. Ciò che discrimina, allora, l'assunzione del rischio, come processo evolutivo, dal *risk taking*, inteso come comportamento deviante, è la sua potenziale correlazione con fattori predisponenti di carattere ambientale, siano essi psicologici, sociali e culturali.

Dal punto di vista psicologico, possiamo considerare fattori predisponenti ad assunzioni di rischio disadattive le seguenti:

- personalità caratterizzate da scarsa coscienza, scarsa energia, nevroticismo;
- autoestima bassa o smisuratamente alta;
- percezione di scarsa auto-efficacia, specie in contesti scolastici o sociali;
- scarsa empatia;

- tratti temperamentali quali difficoltà nella regolazione del controllo, nella pianificazione e nell'individuazione degli errori, impulsività, oltre a veri e propri disturbi di personalità.

Secondo una lettura socio-culturale, invece, l'allettarsi dei vincoli normativi e il rafforzarsi di una cultura narcisisticamente ripiegata su di sé hanno, come conseguenza, il cambiamento di direzione dell'energia del gesto trasgressivo, da sfida all'altro a sfida autodistruttiva al sé. Cambia così, simbolicamente e culturalmente, il senso del "rischio": i comportamenti di rottura giovanili non sono più "problematici", cioè minaccia verso l'esterno e sovvertimento dell'ordine pre-costituito, ma diventano "a rischio", cioè atti in cui il "bersaglio" dell'azione trasgressiva diventa l'attore stesso e il potenziale creativo implode in condotte autodistruttive quali uso di alcool e/o sostanze psicotrope, farmaci, comportamenti sessuali promiscui, guida pericolosa, atti impulsivi o violenti, gioco d'azzardo, etc... Si definisce così, allora, il fenomeno del *risk taking* in senso non più evolutivo, ma clinico: quando presente consistentemente, esso correla con disturbi di personalità di cluster B (borderline, antisociale, narcisistico...), del neurosviluppo (disturbo oppositivo provocatorio, disturbo da deficit di attenzione e iperattività), disturbi dell'umore e d'ansia, disturbi post-traumatici, del comportamento alimentare e anche con gli esordi psicotici.

Anche il contesto familiare e la rete amicale possono influire come fattori di rischio o di protezione rispetto ad agiti di *risk taking*: in particolare - proprio in relazione alla famiglia - un attaccamento di tipo insicuro-preoccupato rende più complessa, per l'adolescente, la gestione dell'autonomia che costui sta acquisendo, specie in un contesto familiare intrusivo o manipolativo. Stili educativi permissivi sembrano altresì correlati con la manifestazione di *risk taking* laddove l'assenza di contenimento e di limiti inducono all'agito impulsivo nella ricerca di un'auto-limitazione. Fami-

glie altamente conflittuali, invischiate o, all'opposto, assenti risultano quindi allo stesso modo predisponenti all'*acting out* nei figli adolescenti.

In tal senso il gruppo dei pari – o un gruppo dei pari eterodiretto/facilitato in chiave preventiva e/o curativa da un Servizio - può svolgere la funzione di fattore protettivo, rispetto a contesti familiari problematici, soprattutto quando le relazioni siano connotate affettivamente, direzionate verso scopi sociali (ad es., volontariato, sport, etc...) o caratterizzate da modalità di mutuo-aiuto (ad es., in ambiti quali quello scolastico e della socializzazione compensatoria). Al contrario, gruppi di pari in cui le relazioni siano caratterizzate da aggressività, condotte trasgressive e scarsa vicinanza possono agire come rinforzo rispetto alla messa in atto di comportamenti a rischio, così come rapporti sessuali precoci e promiscui in cui spesso la scelta è inconsapevolmente indirizzata verso partner che condividono problematiche simili. Anche l'isolamento sociale, amplificato dall'inserimento in un contesto familiare vissuto dal giovane come problematico rientra nei fattori di rischio per atti impulsivi e/o di discontrollo.

B) *Autolesività non suicidaria*

L'autolesività non suicidaria è un fenomeno in continuo aumento nella popolazione giovanile e, quindi, di crescente interesse clinico come categoria a sé, non di rado correlabile a differenti quadri di manifestazioni di disagio o di vero e proprio disturbo. Ricerche condotte su campioni di studenti rilevano da tempo prevalenze in aumento (Hawton, James, 2005; Gratz, 2007, Marchetti, Bracaglia, Cavalli, 2013).

L'autolesività non suicidaria è così diventata proposta per approfondimento nel DSM 5 (APA, 2013) e viene descritta come comportamento autolesivo in cui la persona si infligge intenzionalmente danni alla superficie corporea, in grado di provocare sanguinamento, lividi o dolore, con l'aspettativa che tale ferita procuri sollievo da sensazioni o stati cognitivi negativi, induca

sensazioni positive o risolva difficoltà interpersonali e produca danni fisici solo lievi o moderati. Non vi è quindi intento suicidario. Le ferite, i tagli, le mutilazioni (con prevalenza nella popolazione adolescenziale femminile), le bruciature, le contusioni (con prevalenza nella popolazione adolescenziale maschile) vengono preferibilmente agite in parti del corpo non visibili e l'atto di ferirsi è legato ad un bisogno impellente di sollievo psichico e vissuto, successivamente, con insorgenza di sentimenti di vergogna e inadeguatezza che - impattando negativamente su un'autostima già fortemente deficitaria - rafforzano il circolo vizioso dell'autolesionismo.

In un'area di attenzione limitrofa, seppur non ancora presente nei criteri diagnostici, si pongono forme "para-suicidarie" prive di intenzionalità suicidaria, come l'assunzione di farmaci non stupefacenti (come paracetamolo o analgesici) per overdose o comportamenti quali attività fisica estrema, che si associano ad alcune forme di *addiction* come quella da sostanze e/o altri comportamenti a rischio come i disturbi del comportamento alimentare soprattutto nella loro dimensione bulimica.

I comportamenti autolesivi, quindi, possono abbracciare/essere trasversali a vari quadri nosografici - oltre al disturbo di personalità borderline, al quale sono stati tradizionalmente associati - e possono manifestarsi anche in sua assenza in ragazzi che presentano, all'apparenza, comportamenti collaborativi e relazioni positive. Il gesto autolesivo, per chi lo compie, può infatti rispondere a vari bisogni, accorpabili in due ampie categorie funzionali,

- *crying of pain*. funzione di confronto interiore,
- *crying for help*. funzione di confronto sociale,

In generale, l'agire il *self-harm* riduce l'*arousal* e la percezione di emozioni negative e può interrompere stati dissociativi. Da un punto di vista psicopatologico, alla luce delle attuali evidenze neuroscientifiche, è possibile ipotizzare come un dolore "esterno" e che

coinvolge il corpo sarebbe per l'appunto meno doloroso a livello percettivo di un dolore "interno" di tipo emotivo/relazionale, da cui la scelta dell'adolescente di provocarsi ferite o lesioni per interrompere un dolore emotivo più intenso a livello di percezione. Infatti, è stato rilevato come le aree del cervello che codificano l'intensità del dolore non siano tendenzialmente in grado di differenziare tra stimoli dolorosi generati dal contesto esterno e quelli auto-prodotti; al contrario nell'autoproduzione di dolore la corteccia somatosensitiva primaria manifesta una minore attivazione (Helmchen et al, 2006). Le proiezioni a livello delle aree del lobo temporale rilevanti per la memoria tattile, ossia per quella che viene denominata "rappresentazione implicita corporea", potrebbero rendere i comportamenti autolesivi un modo discretamente efficace per "riaggiustare" i livelli di endorfine.

Anche alla luce degli aspetti citati, risulta allora fondamentale non trascurare mai la diagnosi differenziale rispetto a comportamenti con intenti suicidari, specie in relazione al potenziale trattamento di chi si trova a chiedere aiuto dopo essersi volontariamente fatto del male. Per esempio, i comportamenti autolesivi possono essere assimilati ai tentativi di suicidio in base all'impatto emotivo che hanno sull'operatore, alla loro gravità percepita o alle conseguenze non volute alle quali hanno condotto. Il trattamento, però, può rivelarsi controproducente in caso di comportamenti autolesivi con rischio di peggioramento quale la reiterazione o la conclamazione degli agiti autolesivi (Marchetti et al, 2013).

Tra i fattori predisponenti che possono facilitare l'insorgenza di comportamenti autolesionistici troviamo - come per altri comportamenti a rischio in adolescenza - i contesti familiari a rischio psicosociale, quelli violenti, quelli con alto tasso di separazione o conflitti, la presenza di disagio mentale in uno dei due genitori, le cure genitoriali insufficienti, il neglect o le esperienze traumatiche in infanzia. Per questo partico-

lare cluster sembrano molto rilevanti le esperienze di violenza/abuso in infanzia e i vissuti emotivi negativi in grado di indurre paura (Polk, Liss, 2007).

Nella presa in carico di adolescenti che praticano *self-harm* è primariamente importante intervenire sulla difficoltà di autoregolazione dell'*arousal* che i ragazzi presentano, connessa ad abilità di mentalizzazione scarsamente sviluppate o quasi assenti nel fronteggiare alti livelli di emotività ed esperienze interiori fonti di distress che nascono, come già citato, da un tipo di attaccamento insicuro, spesso di tipo preoccupato. Se il ruolo del gruppo dei pari all'interno di sottoculture giovanili che valorizzano il *self-harm* può costituire un elemento di rinforzo nella sua pratica, va colto anche l'intento comunicativo rispetto alla condizione di distress che il gesto autolesionistico e la sua condivisione può assumere, specie quando protetto dall'anonimato (da tenere in considerazione il forte isolamento sociale da cui spesso questi profili sono caratterizzati) e, soprattutto, in *community* omogenee on-line. Nei forum e nei siti dedicati al *self-harm* - peraltro frequentemente moderati da persone che ricorrono esse stesse a comportamenti autolesivi (e quindi prive di una preparazione specifica sul tema aiuto) - il fatto di poter condividere la propria condizione e sofferenza e i vissuti che portano al *self-harm* può rappresentare una risorsa, ovviamente non sufficiente, per un primo passo verso l'allontanamento dalla condizione di vergogna e di estremo isolamento che caratterizza questi adolescenti. In molti casi i frequentatori di siti dedicati al *self-harm* affermano che il supporto ricevuto dalla *community* li ha aiutati a ridurre la frequenza e l'intensità del comportamento autolesivo.

È importante differenziare il *self-harm* anche da altri comportamenti sanciti socialmente che esitano in lesioni corporee permanenti autoprodotte o auto-deliberate, come gesti rituali o culturali (quali tatuaggi, piercing...) e che tuttavia, di nuovo, sono indicatori di una cultura giovanile in cui il corpo è al centro,

un corpo estetizzato e insieme autoriferito nelle sue manifestazioni emotivamente non decodificabili e, quindi, non comunicabili.

Per quanto riguarda i disturbi da *addiction* (disturbo da gioco su internet, ma non solo...), questi sono citati in letteratura come i fattori correlati al crescente isolamento sociale ed al peggioramento delle performance scolastiche e delle abilità relazionali degli adolescenti e dei giovani adulti: un aumentato impiego di tempo passato a giocare on-line o nelle attività sociali on-line sviluppa, nei casi più gravi, segni e sintomi simili a quelli dei disturbi correlati all'uso di sostanze (tolleranza, astinenza, craving, infruttuosi tentativi di smettere o ridurre il comportamento, compromissione del funzionamento). L'attenzione clinica vero questo fenomeno si evidenzia appunto nella sezione terza del DSM 5 in cui viene introdotto - almeno preliminarmente - il concetto diagnostico, ancora in fase di approfondimento, di Disturbo da Gioco su Internet, per riferirsi a una modalità di eccessivo e prolungato gioco su internet che risulta in un insieme di sintomi cognitivi e comportamentali, tra cui la progressiva perdita di controllo sul gioco, la tolleranza e i sintomi di astinenza analoghi ai sintomi presenti nei disturbi correlati all'uso di sostanze. Come nel caso di questi disturbi, gli individui con disturbo da gioco su internet continuano - per lunghi periodi - a stare seduti davanti al computer e ad impegnarsi nel gioco, trascurando fortemente ogni altra attività individuale e sociale. Tipicamente, costoro dedicano a questa attività 8 o 10 ore e più al giorno e almeno 30 ore la settimana (APA, 2013). Il disturbo da gioco su internet (che si differenzia tendenzialmente dal *gambling* per l'assenza di perdita di denaro durante il gioco) o, comunque, l'utilizzo massiccio di pc e smartphone per partecipare a giochi on-line con altri giocatori, può portare a gravi ripercussioni sul rendimento scolastico, compromettere ampiamente la socializzazione, incidere negativamente sui ritmi sonno-veglia, indurre ritiro sociale ed evidenziare comorbidità con molteplici disturbi quali quelli depressivi, ossessivo-compulsivi o da deficit di

attenzione e iperattività. Anche giovani con fobia sociale possono essere particolarmente esposti allo sviluppo di tali forme di dipendenza.

Il legame fra utilizzo incontrollato di internet (quindi non solo riferito al *gaming* ma, in senso lato, inclusivo di *social network*, *dating* e *cyber-sex*) e stati di particolare disagio psicologico quali solitudine, ansia, depressione, discontrollo degli impulsi, uso di alcool/sostanze e isolamento sociale è stato ormai rilevato da molti Autori (Young, 1998; Lee et al, 2016; Lugoboni, Zamboni, 2018) e riconfermato dalla letteratura più recente che evidenzia una elevata comorbidità psicopatologica nei pazienti IAD.

In particolare, si possono citare alcune caratteristiche salienti e ancora attuali per la definizione di questi profili:

- tendenza ad utilizzare internet come mezzo per regolare stati emotivi e pensieri negativi;
- preferenza per una "vita di relazioni virtuali" rispetto a quelle reali, con svalutazione di quest'ultime;
- tendenza a mettere in atto su internet, attraverso figure simboliche di avatar, parti di sé non esplicitate nella realtà, fino a giungere a livelli di vera e propria creazione di false identità e fenomeni dissociativi ("trance dissociativa da videoterminale"; Caretti, La Barbera, 2009);
- tendenza alla distorsione temporale e alla negazione del tempo trascorso on-line, associata a vissuti di vergogna.

La dimensione on-line diventa "sostitutiva" di quella off-line, attraverso un processo in tre fasi (Young, Rogers, 1998) che si sviluppa dal forte "coinvolgimento", alla "sostituzione" on-line con ciò che è percepito come inarrivabile off-line e, infine, alla "fuga" da stress e frustrazioni attraverso la dimensione on-line percepita come unica realtà in grado di dare gratificazione. L'accessibilità, la sensazione di controllo sulle attività svolte e la forte eccitazione neurovegetativa, offerte dalla rete - ed in particolare dal *gaming* on-line - rendono internet un luogo dal fascino magico ed irresistibile in cui il gesto negato può trovare spazio e enfasi di iper-gesto.

Anche in relazione all'insorgenza delle più diverse forme di dipendenza da internet o, comunque, di un eccesso di tempo trascorso "in connessione", possono venire sottolineati come elementi tipici della vulnerabilità in fase adolescenziale: la bassa autostima, insicurezze nello sviluppo dell'identità, competenze sociali deboli, relazioni immature, affiliazione deviante e rifiuto dei pari, mancanza di interessi, mancanza di ideologie e valori, legami familiari poveri, mancanza di monitoraggio familiare, scarso impegno scolastico" (Lugoboni, Zamboni, 2018), tutti o in parte elementi riscontrabili in quelli che abbiamo definito "Basket Cases".

La rete - con le sue caratteristiche di anonimato e di "onnipotenza democratica" - diventa allora particolarmente rischiosa, in termini psicopatologici, per soggetti dove il processo si innesca su un senso di impotenza, inefficacia e inadeguatezza personale, come oggi frequentemente accade nelle popolazioni adolescenziali marginalizzate o dove le alterazioni neuropsicologiche interferiscono progressivamente - a livello di biologia del SNC - nei compiti di attenzione selettiva, apprendimento mnestico, elaborazione degli stimoli somato-sensoriali, gratificazione differita e controllo dell'impulsività, con marcata accentuazione delle componenti impulsive nei processi decisionali, *decision making* e regolazione emotiva (Weinstein, 2017).

Nelle forme di *addiction* - in particolare la dipendenza da internet - il rischio è quello che il soggetto non riesca più ad orientarsi e ad integrare nell'unicum di un'identità consolidata, i molti sé decentrati che sperimenta nei vari mondi virtuali. A questo proposito, un'interessante ipotesi interpretativa sul *gaming* è quella di Formica e Giordano (citati in Lugoboni, Zamboni, 2018) secondo cui la compulsione legata al rimanere connessi sembra più correlabile alla "fissità dell'incanto" - che viene mantenuta rigidamente dall'intensità in-equivalente del piacere offerto dall'inter-realtà - che non dall'astinenza da "io *disconnected*". Il mondo del *gaming* offrirebbe cioè, attraverso l'attuazione di processi di proiezione, identi-

ficazione proiettiva e introiettiva, la materializzazione virtuale del proprio ideale dell'IO. "La considerazione di questo modello diventa indispensabile nelle dipendenze da internet in cui la fanno da padrone i giochi on-line come i MMORPG MUVE (*Massive Multiplayer Online Role-Playing Game - Multi-User Virtual Environment*), ovvero mondi virtuali in cui più utenti possono interagire e vivere simultaneamente come se ci si trovasse nel mondo reale (giochi di ruolo on-line multi-player). Tutte queste dimensioni di gioco rappresentano un forte fattore di rischio in termini di dipendenza/dissociazione a causa della presenza di avatar in cui il soggetto può identificarsi a tal punto da vivere una vita parallela on-line, creare una nuova storia, una nuova identità, rincorrendo la materializzazione, seppur virtuale, del proprio ideale dell'IO". Giocatori di *World of Warcraft* - che spendono in media 23 ore alla settimana nei panni del loro avatar - attivano le stesse zone cerebrali coinvolte quando pensano al proprio sé reale: "il cervello mostra, infatti, una maggiore attività nella corteccia mediale pre-frontale, zona adibita all'elaborazione di informazioni riguardanti il sé" (Lugoboni, Zamboni, 2018, p. 214-25).

Emerge quindi, con una certa evidenza, come questi "sé decentrati", ma reali, debbano anch'essi venire inclusi nel processo di cura. La "*avatar therapy*" - proposta da Kerley nel *Center for Positive Mental Health* sulla piattaforma *Second Life*, pur nell'estrema sperimentale e "provocatorietà" della proposta - segna un'importante *milestone* in termini di efficacia e di possibili confini di questo approccio "immersivo": ciò al fine di sviluppare, anche in ambito di presa in carico dello IAD, un lavoro congiunto di team multidisciplinari che, oltre alle competenze psicoeducative, siano anche dotati di abilità informatiche. La realtà "immersiva" in cui adolescenti e giovani adulti si trovano a vivere oggi richiede la maturazione di competenze digitali anche da parte degli operatori, al fine di raggiungerli laddove è, per costoro, più facile essere in qualche modo "agganciati" e dove si manifestano insieme le prime dinamiche relazionali disfunzionali: la

sfida potrebbe essere, dunque, la messa a disposizione di forme di *chat therapy*, cioè rendere *whatsapp*, *messenger* e quanto altro verrà creato nei prossimi anni da luogo di dispersione, esclusione, cyber-bullismo a strumento effettivo e fattivo di rieducazione e pratica comunicativa in grado di generare senso e ancoraggio alla realtà del corpo e del contatto.

Dallo spettro autistico sotto-soglia ai disturbi di personalità del cluster impulsivo (in particolare quello *borderline*) può derivare un'ulteriore interessante ipotesi di lavoro. Nei precedenti paragrafi sono stati descritti una serie di segni e sintomi che costituiscono il comun denominatore della storia della popolazione clinica fin qui definita come "*Basket Cases*": questi casi dovrebbero essere identificati prima della presa in carico presso i Servizi di Salute Mentale territoriali dove, non raramente, prevale in modo aspecifico una diagnosi di Disturbo di Personalità *Borderline* o - ancora più spesso - una diagnosi NAS o "senza altra specificazione" (dal DSM III al DSM IV-TR al DSM 5). In realtà, alla valutazione di chi se ne occupa nei Servizi, tali diagnosi sono quasi sempre convenzionalmente afferenti all'area *Borderline* e, raramente, evolvono verso la ricerca di elementi psicopatologici più precisi e definiti, proprio per la prevalenza delle manifestazioni sotto-soglia di cui costoro sono portatori. Per una piena comprensione dei "*Basket Cases*" e della loro vicinanza - a volte confluenza ma, tuttavia, non completa sovrapponibilità - al Disturbo *Borderline* di Personalità, risulta invece importante un approccio in grado di coniugare, o per lo meno, aprire alla coesistenza degli opposti che, in questo caso, associano un'interpretazione del fenomeno secondo un'ottica sociologica a quella di orientamento neurobiologico-clinico.

Si può cogliere e apprezzare, oggi, lo sforzo di una clinica di impianto "socio-culturale" in molti indirizzi interpretativi del costrutto di ADM (Adolescenti Digitalmente Modificati; Scognamiglio, Russo, 2018) precedentemente trattato. Proprio la nuova proposta di

revisione dei Disturbi di Personalità su base dimensionale (sezione terza del DSM 5) riconosce l'importanza dei fattori sociali nell'insorgenza e rispetto ad un affinamento della diagnosi e di una migliore conoscenza dell'espressività del disturbo di personalità. Le aree diagnostiche di "funzionamento della personalità" e di "tratto patologico della personalità", mostrano un'intrinseca attenzione a fattori esterni alla sola psicopatologia, in particolare al funzionamento sociale e relazionale dell'individuo. Il paziente di "spettro" *borderline* risulta così soggetto ad alterazioni del funzionamento verso se stesso (immagine di sé e direzione del sé) e verso gli altri (deficit nell'empatia e nell'intimità) che si caratterizza per un'affettività tendenzialmente negativa (tendenze depressive, labilità, ansia e ansia da separazione), disinibizione (impulsività e *risk taking*) e antagonismo (condotte ostili nelle relazioni interpersonali). La complessità sociale dell'epoca post-moderna viene quindi - almeno come orientamento di ricerca in senso diagnostico - meglio evidenziata nella multi-fattorialità che caratterizza la genesi del disturbo mentale (e del disagio psichico in generale), ponendo l'accento in maniera forte sulle componenti sociali che, per molto tempo, sono state sottodimensionate pur nel paradigma biopsicosociale imperante e a fronte dei continui progressi delle neuroscienze che hanno reso altrettanto importante mettere l'accento sulla vulnerabilità biologica come fattore predisponente.

Si rivelano quindi di particolare interesse gli studi di Dell'Osso e Dalle Luche (2016) sullo Spettro Autistico Sotto-soglia come substrato neuropatico impattante nella genesi di vari disturbi fra cui, appunto, il Disturbo di Personalità *Borderline* (DBP). Partendo dal DSM 5 e, appunto, dalla riproposizione del concetto di "spettro" per significare gruppi diagnostici che condividono un medesimo substrato neurobiologico, psicopatologico e sociale, questi ricercatori hanno posto l'attenzione su una serie di elementi sintomatologici - quali aspetti deficitari nella comunicazione sociale e nelle relazioni (criterio A) o fissità e ripetitività negli interessi (criterio B) - che si rivelano

non sufficienti per una diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico. Tale insufficienza è marcata nei suoi aspetti di grave invalidazione ma, tuttavia, facilmente riscontrabile in molti giovani contemporanei che presentano “forme di ritiro domestico, chiusura interpersonale, *addiction* a internet o ai videogiochi” (Dell’Osso, Dalle Luche, 2016, p. 231). Costoro possono essere considerati come individui che non soffrono di autismo e che, tuttavia, ne condividono alcuni tratti che costituirebbero appunto - secondo gli Autori - quel “terreno di coltura” (in particolare relativamente a deficit marcati nell’insight e nella capacità di far fronte ed elaborare eventi traumatici) in cui fattori scatenanti fisici o psichici, come traumi ripetuti, episodi di bullismo, abuso sessuale, lutti, possono portare allo sviluppo di disturbi dell’umore, d’ansia, ossessivi o psicotici, in un quadro costante di disturbo di personalità borderline. Lo spettro autistico, così come definito (cioè in termini di spettro autistico sotto-soglia), “potrebbe rappresentare un substrato neuropatico su base neuro-evolutiva, secondo un modello di diatesi-stress o di diatesi-vulnerabilità-stress. Potrebbe dunque essere un fattore determinante nel mantenere nel tempo, di fronte ad un evento traumatico, non solo disregolazioni dell’emotività e delle funzioni vitali, come insonnia o mancanza di appetito, esperienze dissociative acute, incubi e tutti gli altri sintomi di PTSD, ma anche ruminazioni a lungo termine e condotte di evitamento, cioè una sintomatologia protratta assimilabile a PSTD, fino a condizioni croniche più pervasive come appunto i quadri borderline, complicati da abusi di sostanze e dipendenze comportamentali.” (Dell’Osso, Dalle Luche, 2016, p. 219). Il problema del DBP - in termini di esordio e decorso - è, infatti, quello di includere varie dimensioni psicopatologiche (ad es., tra le altre, lo spettro dei disturbi da stress) che spesso riverberano l’uno sull’altro in un labirinto di estrema complessità e sofferenza per chi si trova a viverlo. Fra queste dimensioni si possono citare:

- elementi fobico sociali,
- deficit di empatia, reciprocità e competenze sociali,
- elementi ruminativi/ossessivi e compulsivi,

- marcata impulsività e dipendenza.

L’ipotesi di “Spettro Autistico sotto-soglia”, a questo punto, permetterebbe la costruzione di un modello diagnostico suggestivo in cui il disturbo del neurosviluppo sotto-soglia (con i numerosi elementi di vulnerabilità impliciti a questa condizione innata ereditaria e spesso non valutati), connesso a fattori ambientali, predispongono - nell’incontro con fattori scatenanti quali eventi traumatici - all’insorgenza di un quadro polimorfo e complesso come quello borderline. Il trauma, in tale scenario, esiterebbe facilmente in complicazioni più gravi e croniche proprio perché innestato su una già presente vulnerabilità alla sua elaborazione, data appunto dal quadro riscontrabile nello SAS (“alterazione dei meccanismi di oblio, rimuginazioni, fenomeni dissociativi e di distacco dalla realtà, ritiro, isolamento”; Dell’Osso, Dalle Luche, 2016, p. 189).

Il modello diverrebbe quindi funzionale alla presa in carico e al trattamento di quegli adolescenti e giovani adulti che non rientrano completamente nella diagnosi di DBP in base ai criteri standardizzati messi a punto - tra gli altri - da Gunderson (Gunderson, Hoffman, 2010) e ripresi nei Manuali DSM III, DSM IV e DSM-5 (escludendo le proposte della sezione terza) a partire da elementi e tratti altamente disfunzionali della triade trauma, spettro borderline e spettro autistico:

- gli aspetti fobico-sociali e panico-claustro/agorafobici: timore di essere criticati, avversione alle situazioni di esposizione sociale, tratti contro-fobici, ipersensibilità alle separazioni, compromissione delle capacità comunicative ed empatiche;
- sintomi da disfunzionalità cognitiva: balbuzie o disturbi specifici dell’apprendimento o della memorizzazione, ruminatività, criticità nel *problem solving* e delle *social skills*;
- deficit nell’empatia (oscillazione fra iper-coinvolgimento affettivo e distacco e freddezza), ipersensibilità somatoestesica e sensoriale, scarse capacità di *social cognition* e reciprocità;
- aspetti ossessivo/compulsivi, perfezionistici, rigidità

- di pensiero, interessi ristretti, ortoressia o DCA;
- disturbi cronici nell'*arousal* (insonnia, impulsività, ansia cronica)
- instabilità emotiva, dell'umore e relazionale
- disturbi dell'identità e aspetti dissociativi
- atteggiamenti di evitamento e diffidenza rispetto a situazioni che richiamano il trauma
- resilienza paradossa ad abbandoni, abusi e traumi ripetuti nell'infanzia (abbandoni, lutti, *neglect*) e adolescenza (bullismo, rapporti sessuali precoci, abbandoni);
- discontrollo degli impulsi, crisi di rabbia, pattern relazionali intensi e instabili; intolleranza alle separazioni, promiscuità, comportamenti a rischio, autolesionistici e *risk-taking*;
- aspetti tossicofilici e isolamento/solitudine ipercompensati da dipendenze comportamentali.

In un insieme così sfaccettato di manifestazioni e sintomi, spesso non presenti contemporaneamente, un approccio terapeutico solo parziale può rischiare lo spostamento del sintomo stesso, cioè l'estinzione della manifestazione disfunzionale in un'area e la corrispondente riaccensione e/o rafforzamento in un'altra, essendo tutte/i intrinsecamente collegate/i da un unico stato di vulnerabilità. Uno strumento utile per l'affinamento della comprensione diagnostica e la messa a punto di un coerente impianto trattamentale rivolto a questa utenza potrebbe risultare l'*Adult Autism Subthreshold Spectrum - SelfRating* (AdAS Spectrum - SR, questionario sviluppato dall'Università di Pisa in collaborazione con le Università di Napoli, Siena, Pavia, Brescia, Catania e Firenze e la scuola superiore Sant'Anna di Pisa; Dell'Osso, Dalle Luche, 2016). Questo strumento è rivolto alla valutazione dell'intera gamma di segni, sintomi, manifestazioni comportamentali e tratti temperamentali inclusi in questo quadro, sia per quanto riguarda i setting clinici che la popolazione generale.

CONCLUSIONI

In base a quanto delineato finora, ci sembra di aver cercato di mettere a fuoco - in senso clinico e, almeno parzialmente, sociologico - alcune caratteristiche della popolazione giovanile "post-adolescenziale" denominata come "*Basket Cases*" che oggi si può qualificare, tipologicamente, per la non facile identificabilità nel ruolo tradizionale di paziente e la conseguente difficoltà di giungere ad una presa in carico definita a livello di Strutture psichiatriche. Questa popolazione sta comunque crescendo nella pratica corrente dei Servizi pubblici e - soprattutto per quanto riguarda l'accesso ai Pronti Soccorsi e nei centri territoriali della Psichiatria, della Neuropsichiatria Infantile e dei SerT - comincia a rappresentare un problema clinico di non secondaria importanza. Si è detto che i "*Basket Cases*" si caratterizzano per la sintomatologia polimorfa in grado di disorganizzare nosograficamente la processualità attesa dei disturbi mentali attraverso una mobilità di segni e sintomi spesso imprevedibile. Queste condizioni raramente riescono ad essere lette a pieno con gli attuali indicatori e criteri di inclusione diagnostica: dalla sezione terza del DSM 5 (relativa a condizioni che necessitano di ulteriore studio quali la Sindrome Psicotica Attenuata, gli Stati Mentali a Rischio, le dipendenze comportamentali e altro) abbiamo tratto alcuni suggerimenti in grado di meglio comprendere i contorni di quelle costellazioni sintomatologiche, estremamente diversificate, che lasciano ancora aperti più dubbi che certezze sulla loro collocazione diagnostica. Data la complessità emergente dai quadri definibili, forse provocatoriamente, come "*Basket Cases*" non si può non sottolineare, pertanto, la necessità di una presa in carico "a rete" che possa sfruttare - appunto sinergicamente - le reti di sostegno formali e quelle informali presenti nel territorio. Tra quest'ultime, le Agenzie socio-sanitarie e assistenziali del Terzo Settore e del Privato Sociale che possono diventare un riferimento centrale per potenziali utenti che si presentano ora con quadri multi-problematici su cui impattano stressors ambientali importanti, ora con

puntiformi “urgenze” cliniche, ora con manifestazioni di disagio derivanti perlopiù da condizioni macro-economiche del contesto di appartenenza e *life-events* significativi ma privi di contenuti psicopatologici.

Per tutte queste condizioni risultano dunque fondamentali e attesi dei modelli di presa in carico precoce ed “integrata” finalizzati alla preservazione di un’identità “base”, all’implementazione del funzionamento psico-sociale, alla regolazione emotiva e, più in generale, alla manutenzione di quelle competenze necessarie ad un percorso di socializzazione adeguato all’età, laddove invece gli obiettivi a medio-lungo termine rimangono quelli di favorire almeno momenti informali di contatto fra utenza, operatori e Servizi che si possano rivelare pro-pedeutici al rinforzo di un aggancio utile per valorizzare l’apprendimento imitativo di stili affettivi e relazionali più funzionali e, se necessario, una presa in carico finalizzata alla crescita di consapevolezza sui bisogni complessivi cui inevitabilmente corrispondere.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Case Manager, Psicologa Consulente DSMD ASST Monza*

+ *Direttore Scuola di Psicoterapia Adleriana CRIFU, Professore di Analisi e Trattamento del Disagio Psicico e delle Psicopatologie, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi e Campus*

° *Professore Ordinario di Psichiatria, Università degli Studi Milano Bicocca, Direttore DSMD ASST Monza*

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington; American Psychiatric Press.
2. American Psychiatric Association (2001). *Practice guide for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington; American Psychiatric Press.
3. Baumann Z. (2010). *Modernità liquida*. Roma-Bari; Laterza.
4. Bechdolf et al. (2005). *Subjective quality of life in subjects at risk for a first episode of psychosis: a comparison with first episode schizophrenia patients and healthy controls*. Schizophr Res, 79(1):137-143.
5. Berardi F.B. (2011). *After the future*. Oakland (USA); AK Press.
6. Biffi G., De Isabella G. (2012). *Nuove sfide per la salute mentale: innovazioni cliniche e organizzative*. Santarcangelo di Romagna; Maggioli.
7. Bruner J. (2002). *La fabbrica delle storie*. Bari; Laterza.
8. Caretti V., La Barbera D. (2009). *Le nuove dipendenze*. Diagnosi e clinica. Roma; Carocci.
9. Caruana E. et al. (2018). *A Comparison of Vocational Engagement Among Young People with Psychosis, Depression and Borderline Personality Pathology*. Community Ment Health J, 54(6):831-841.
10. Caslini M., Clerici M., Zappa L.E. (a cura di) (2013). *Le parole senza voce. Il costrutto Alessitimico tra disturbi del comportamento alimentare e dipendenze*. Milano; Franco Angeli.
11. Cocchi A., Meneghelli A. (2012). *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua*. Manuale di intervento precoce. Milano; Edi-Ermes.
12. Cozzi A. (2017): <http://www.stateofmind.it/2017/10/psicosi-esordio-psicotico-sintomi>.
13. Dell'Osso L., Dalle Luche R. (2016). *L'altra Marilyn, psichiatria e psicoanalisi di un cold-case*. Firenze; Le Lettere.
14. Faliva C., Cozzani B. (2011). *Lo sviluppo nell'adolescenza*, in: Faliva C. (a cura di), *Tra normalità e rischio*. Manuale di psicologia dello sviluppo e dell'adolescenza. Santarcangelo di Romagna; Maggioli.
15. Fusar Poli P. et al. (2012). *Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis*. Schizophr Bull, 22:58-66.
16. Gratz K.L. (2007). *Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury*. J Clin Psychology, 63:1091-1103.
17. Gunderson J.G., Hoffman P.D. (2005). *Disturbo di Personalità Borderline* (ed. italiana a cura di Clerici M.). Milano; Springer (2010).
18. Hawton K., James A. (2005). *Suicide and deliberate self-harm in young people*. BMJ, 330:891-94.
19. Helmchen C. et al. (2006). *Neural activity related to self versus externally generated painful stimuli reveals distinct differences in the lateral pain system in a parametric fMRI study*. Hum Brain Map, 27(9):755-65.
20. Lee T.K., et al. (2016). *The relationship of problematic internet use with dissociation among south Korean internet users*. Psychiatry Res, 241:66-71.
21. Linscott R.J., Van Os J. (2012). *An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders*. Psychol Med, Epub online publication.
22. Lugoboni F., Zamboni L. (2018). *In sostanza, vol 1 e 2*. Verona; Edizioni Clad Onlus.
23. Marchetti A., Bracaglia E., Cavalli G. (2013). *Comportamenti a rischio e autolesivi in adolescenza*. Il questionario RTSHIA di Fonagy, Vroua. Milano; Franco Angeli.
24. McGorry P.D., Singh B.S. (1995). *Schizophrenia: risk and possibility*. In: Handbook of Preventive Psychiatry (Raphael B, Burrows GD, eds.). Amsterdam; Elsevier, pp. 492-514.
25. Polk E., Liss M. (2007). *Psychological characteristics of self-injurious behavior*. Personality and Individual Differences, 43:567-77.
26. Prensky M. (2012). *La mente aumentata*. Dai nativi digitali alla saggezza digitale. Milano; Erickson.
27. Schultze-Lutter F. et al. (2010). *Predicting first-episode*

-
- psychosis by basic symptoms criteria*. Clin. Neuropsychiatry, 4(1):11-22.
28. Schultze-Lutter F. et al. (2015). *EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses*. I. Eur Psychiatry, 30(3):405-416.
29. Scognamiglio R.M., Russo S.M. (2018). *Adolescenti digitalmente modificati (Adm): competenza somatica e nuovi setting terapeutici*. Milano; Mimesis.
30. Tsuang M., et al. (2013). *Attenuated psychosis syndrome in DSM5*. Schizophr Res, 150(1):31-35.
31. Weinstein A. (2017). *An update overview on brain imaging studies of internet gaming disorder mini review*. Front Psychiatry, 29(8):185-192.
32. Young K.S., Rogers R.C. (1998). *The relationship between depression and internet addiction*. Cyber-Psychology and Behavior, 1:25-28.
33. Yung A.R., et al. (1996). *Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis*. Schizophr Bull, 22(2):283-303.

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi

Ivan Limosani, Camilla Ciliberti, Laura Longo, Martina Turco, Mauro Percudani

INTRODUZIONE

Secondo il DSM-5, il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), patologia emergente in Italia, è caratterizzato da un comportamento problematico, persistente e ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi (DSM-5, 2013). È la prima dipendenza comportamentale riconosciuta ad oggi come un disturbo da addiction, in analogia al disturbo da uso di sostanze (DUS). In effetti, secondo i numerosi dati oggi a disposizione, esistono numerose similitudini tra il DUS e il DGA, quali la tolleranza, i sintomi d'astinenza, oltre alle drammatiche conseguenze in ambito relazionale, sociale ed economico (Bianchetti, Croce, 2007).

La prevalenza del DGA nella popolazione generale oscilla tra l'1% e il 3%; nella popolazione di pazienti affetti da disturbo psichiatrico o da DUS, tale prevalenza arriva al 6,9% e 4,3% rispettivamente (Potenza, 2019). Invece, secondo lo studio NESARC, ben il 96% degli individui affetti da DGA ha uno o più disturbi psichiatrici. Tale dato, che non tiene conto delle diagnosi di disturbo di personalità, sembra indicare che la comorbidità tra disturbi psichici e gioco d'azzardo sia la regola piuttosto che l'eccezione.

Non va tuttavia dimenticato che la condotta di gioco di per sé non è patologica né riconducibile necessariamente all'area dell'*addiction*; dobbiamo infatti immaginare il gioco d'azzardo come un continuum che va dal gioco come attività ludica-ricreativa (quasi 1 persona su 2 ha giocato nell'ultimo anno almeno una volta a uno dei giochi d'azzardo disponibili in Italia) fino al gioco d'azzardo patologico, con le inevitabili ripercussioni sanitarie, relazionali, sociali.

In Lombardia, la cura del DGA è affidata ai Servizi per le Dipendenze (SERD) e dal 2012 con il D.lg. 13 settembre 2012, n. 158 entra per la prima volta tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); viene di conseguenza riconosciuto al soggetto affetto, il diritto alla cura presso il sistema sanitario nazionale. Negli anni, con successive leggi, vengono stanziati fondi per la prevenzione del gioco d'azzardo, e vengono inasprite le normative che lo regolano.

In questo contesto, a fine del 2019 nasce lo Sportello per il contrasto al Gioco d'Azzardo, Spazio [Gio], del Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Pensato per veicolare all'interno dell'ospedale generale il messaggio del DGA come patologia curabile, per sensibilizzare sul tema operatori e personale, per intercettare pazienti con un disturbo all'esordio e per fare invii precoci ai SERD, lo sportello si è, nel tempo, strutturato come un'ulteriore e specifica offerta rivolta ai pazienti DGA.

CARATTERISTICHE CLINICHE DEL CAMPIONE

Abbiamo analizzato le caratteristiche demografiche e cliniche dei primi 50 pazienti che si sono rivolti allo sportello (tab.1).

Si tratta di un campione costituito per la gran parte da uomini (78%), in linea con la distribuzione abituale del fenomeno tra i due sessi, con età media di 43,2 anni e scolarità media di 11,38 anni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidisciplinare dalle diverse figure professionali coinvolte (medico psichiatra, psicologa, TERP, assistente sociale), a raccolta anamnestica e a screening tramite somministrazione del test di auto-compilazione Canadian Problem Gambling Index (CPGI) (Ferris, 2001) per la valutazione della gravità delle condotte di gioco. Inoltre, tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione psicodiagnostica sulla personalità tramite PID-5.

Come evidenziabile dalla tabella 1 tutti i pazienti intercettati presentavano punteggi al CPGI che si collocavano

Tabella 1

ID	Età	Sesso	Titolo di studio	Condizione lavorativa	CPGI	Diagnosi	CGI
1	43	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DUS + DP borderline	4
2	62	F	Licenza Elementare	Inoccupato	8+	Depressione	4
3	43	M	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	DUS + DP narcisistico	6
4	24	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DUS + DP Nas	4
5	22	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DP narcisistico	4
6	52	M	Licenza Media	Inoccupato	8+	DP Nas	4
7	20	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DUS + DP borderline	5
8	28	M	Licenza Media	Occuopato	8+	Disturbo depressivo NAS	4
9	54	M	Laurea	Occuopato	8+	DP dipendente	5
10	42	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DUS + DP narcisistico	6
11	52	F	Licenza Media	Occuopato	8+	DP borderline	5
12	24	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP narcisistico	6
13	38	F	Licenza Media	Invalido	8+	Psicosi NAS	6
14	51	F	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Depressione + DP Nas	4
15	64	F	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	DUA + DP duster B	6
16	50	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DUA + DP Nas	5
17	29	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DUS + DUA	4
18	46	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DUS + DP borderline	6
19	53	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP narcisistico	4
20	42	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Disturbo Bipolare	6
21	45	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP Antisociale	6
22	50	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Depressione + DP Antisociale	6
23	45	M	Licenza Media	Occuopato	8+	Ansia + DP evitante	5
24	27	M	Laurea	Occuopato	8+	DP Antisociale	4
25	63	M	Licenza Elementare	Occuopato	8+	Depressione	5
26	26	M	Licenza Media	Inoccupato	8+	Psicosi Nas	6
27	45	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP Narcisistico	5
28	23	M	Laurea	Occuopato	8+	DP duster B	5
29	68	M	Laurea	Pensionato	8+	DP borderline	4

Tabella 1

30	55	F	Laurea	Occuopato	8+	DP Nas	6
31	35	M	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	DP Nas	6
32	48	F	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	Shopping compulsivo + DP borderline	6
33	40	M	Diploma Superiore	Invalido	8+	Disturbo Schizoaffettivo	7
34	30	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Sex addiction + DP borderline	5
35	27	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP NAS	4
36	41	F	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Depressione	4
37	49	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Episodio depressivo con sintomi psicotici	6
38	26	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP borderline	6
39	39	M	Laurea	Occuopato	8+	DP NAS	4
40	30	M	Nessuno	Occuopato	8+	Depressione + PTSD + DP NAS	5
41	33	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP NAS	5
42	59	M	Licenza Elementare	Occuopato	8+	Depressione	6
43	46	F	Diploma Superiore	Occuopato	8+	Disturbo bipolare	7
44	36	M	Licenza Media	Invalido	8+	Psicosi Nas	7
45	52	M	Laurea	Occuopato	8+	Psicosi da sostanze + PTSD + DP NAS	4
46	52	M	Diploma Superiore	Inoccupato	8+	DP NAS	5
47	61	M	Licenza Media	Pensionato	8+	DP narcisistico	4
48	73	F	Licenza Elementare	Pensionato	8+	Disturbo delirante	5
49	45	M	Diploma Superiore	Occuopato	8+	DP NAS	5
50	47	M	Licenza Media	Occuopato	8+	DP NAS	5

DP= disturbo di Personalità

DUS= disturbo da uso di sostanze

DUA= disturbo da uso di alcool

Nas= Non altrimenti specificato

PTSD= disturb post traumatico da stress

nella fascia "8+= problemi seri di gioco".

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica gran parte dei pazienti presentavano una diagnosi psichiatrica o già nota precedentemente all'arrivo allo sportello oppure formulata nel contesto della valutazione effettuata; la gran parte dei pazienti presentavano una diagnosi di disturbo di personalità, con aspetti borderline, antisoc-

ciali e narcisistici (33 soggetti), anche in comorbidità con un DUS o con un'altra diagnosi psichiatrica. Molto frequente anche la diagnosi di depressione (9 pazienti); 4 casi di disturbo psicotico, 2 di disturbo bipolare, 2 casi di PTSD. Comune la comorbidità con DUS e DUA (10 pazienti); 2 pazienti presentavano invece una comorbidità con un'altra dipendenza comportamentale (shopping

compulsivo, cyber-sex addiction).

Alla Clinical Global Impression (CGI) tutti i pazienti si collocavano tra il punteggio 4 (“moderatamente ammalato”) e il punteggio 7 (“è tra i pazienti più gravi”) (tab. 1).

L'osservazione della casistica qui presentata permette di fare alcune considerazioni: i pazienti che si sono rivolti al nostro Servizio presentavano una condizione clinica mediamente grave, sia per quanto riguarda il DGA (vedi gli alti punteggi della CPGI), sia per quanto riguarda l'impressione clinica generale. Si tratta di pazienti che in molti casi presentavano oltre alla diagnosi di DGA una diagnosi di disturbo dell'umore, di uno specifico disturbo di personalità, o di un disturbo da uso di alcool e sostanze, oltre che di altre dipendenze comportamentali. Molti dei pazienti avevano già una storia di disturbo psichiatrico, con una terapia psicofarmacologica strutturata; qualcuno aveva subito uno o più ricoveri in SPDC per anomalie del comportamento, agiti autolesivi o gravi sintomi depressivi. Assenti, invece, pazienti con situazioni meno problematiche quali quelli all'esordio della malattia o senza significative comorbidità.

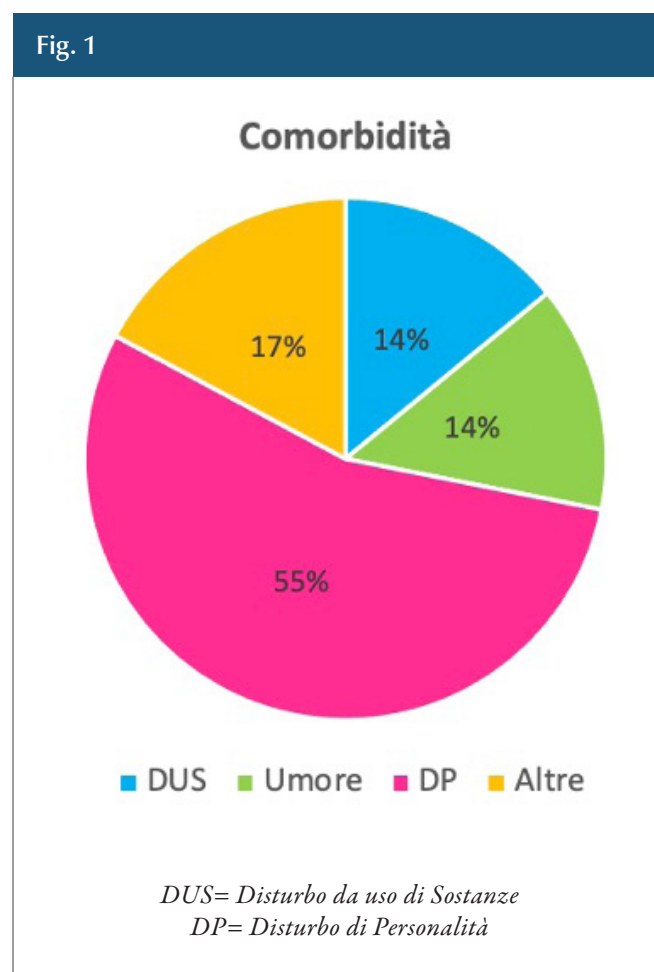
DISCUSSIONE

Nella popolazione analizzata il DGA appare come uno dei sintomi che costituisce il complesso corollario clinico, che presenta, con il restante corteo sintomatologico un rapporto variabile sia per causalità, che per gravità. Non sempre, infatti, il DGA rappresenta la principale problematica del paziente, che soffre di altri disturbi a carico della cognizione, del comportamento o dell'emotività. In alcuni casi il DGA viene addirittura considerato dal paziente come un'attività con azione auto terapeutica (finalizzata all'estraniamento dalla realtà, al tentativo di socializzazione o di aderire ad un modello di normalità). Secondo l'attuale approccio categoriale, per tenere conto delle diverse patologie presenti, bisogna ricorrere al concetto di “doppia diagnosi”, nonostante la doppia diagnosi rappresenti in questa categoria di pazienti più

la regola che l'eccezione e nonostante in alcuni casi si debba ricorrere anche ad una terza o quarta diagnosi (Depressione-DUS-DGA ad esempio).

Più della metà dei pazienti appartenente al campione analizzato presentava una comorbidità con un Disturbo di Personalità (fig.1). È ben noto che la presenza di disturbi di personalità rappresenta un aspetto di vulnerabilità per lo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo (Coriale, 2015), e che tali disturbi possono essere considerati una modalità profondamente disfunzionale di funzionamento

Fig. 1



che si manifesta in svariati ambiti.

A questo proposito, sembra interessante e particolarmente aderente alla nostra popolazione il modello del “*gambling dual disorder*” (Szerman, 2020). In sintesi, secondo questo modello il DGA si presenta con regolarità in comorbidità con altri disturbi psichici in quanto manifestazione di una profonda alterazione del neuro-

sviluppo, che interessa il *brain reward system*, ovvero quel sistema cerebrale deputato ai processi di gratificazione e che rappresenta lo strumento cognitivo attraverso cui il raggiungimento di importanti obiettivi, evolutivamente fondamentali, quali l'apprendimento, l'esplorazione, il piacere, risulta gratificante a livello cerebrale. L'alterazione di questa struttura, mediata dal sistema dopaminergico, colinergico e dal sistema degli oppioidi endogeni e degli endocannabinoidi, sembra precedere lo sviluppo clinicamente conclamato del disturbo e rappresentarne il substrato organico. Quanto alle cause di questa alterazione, la cui caratteristica principale sarebbe una ipodopaminergia, questa è "determinata geneticamente, diretta epigeneticamente e influenzata dall'ambiente" (ibid). Infatti, i pazienti con DGA presentano un'alterazione del pattern di attivazione della corteccia orbitofrontale, ritenuta coinvolta nei processi di *reward* (Li Y, 2019). È interessante ricordare che, a differenza di quanto accade nei disturbi da uso di sostanze, nel DGA non vi è una sostanza esogena che possa essere ritenuta responsabile dell'alterazione del substrato biologico, alterazione che sembra quindi essere di natura endogena. Tale squilibrio si manifesterebbe non solo con una compromissione delle normali strategie finalizzate al raggiungimento della gratificazione, ma anche con specifici deficit neuropsicologici quali alterazione dei processi decisionali, della *working memory*, dell'incapacità a gestire l'impulsività (Kuss, 2012). Anche un'alterazione dei processi di controllo del dolore sarebbe caratteristica dell'alterazione di questo sistema. Recenti studi indicano che gli individui affetti da DGA presentano una relativa intolleranza al dolore e le evidenze a disposizione suggeriscono un'alterazione del sistema degli oppioidi endogeni (Mick, 2016; Grant, 2020).

Lo stesso dicasi per il sistema degli endocannabinoidi, coinvolto in questa profonda disregolazione emotiva: i dati indicano una cronica attivazione dei recettori dei cannabinoidi del tipo CB₁ e tale attivazione sembra sia correlata a un *impairment* nel processo decisionale e correlato quindi all'impulsività (Blum, 2018). La difficoltà

a controllare l'impulsività, la disregolazione emotiva, l'alterazione dei processi alla base del controllo del dolore, rappresentano aree sintomatologiche comuni proprio ad alcuni Disturbi di personalità, disturbi con cui il DGA presenta così alta comorbidità.

CONCLUSIONI

La popolazione analizzata sembra condividere delle caratteristiche estremamente omogenee: elevata impulsività, una struttura di personalità disfunzionale o francamente patologica, frequente comorbidità con disturbi dell'umore e con altre dipendenze. Se questa condizione è la regola, piuttosto che l'eccezione, sembra forzato ricorrere costantemente al concetto di doppia diagnosi. Sarebbe più corretto, e più utile nella gestione integrata del paziente, considerare la complessità di questi pazienti come una condizione unitaria, con diverse manifestazioni sintomatologiche, parte integrante dello stesso processo patologico. Ne deriverebbe la necessità di un percorso di cura unitario, non spezzettato all'interno dei diversi Servizi, con ricorso a tutte le risorse disponibili. (D'Egidio, 2017).

È necessario ricordare però che non tutti i pazienti affetti da DGA presentano la stessa gravità sintomatologica; il nostro campione potrebbe essersi selezionato per "gravità" per motivi strutturali: la presenza dello Sportello all'interno dell'Ospedale, luogo di cura per eccellenza, può aver attirato pazienti in condizioni cliniche già gravi, che già riconoscevano la necessità di cura, o che già avevano fallito percorsi di cura tradizionali. Inoltre, sono stati facilitati gli invii allo sportello dall'interno del Dipartimento di Salute Mentale. Potrebbero essere rimasti esclusi invece quei pazienti con problematiche più lievi, non ancora strutturate in un franco disturbo, o quelle condizioni legate più a una situazione ambientale che a un disturbo psicopatologico (Blaszczynski, 2002).

Interessante, sarebbe allora estendere la nostra casistica e confrontarla con quella di altre popolazioni analoghe, ad esempio i pazienti già in carico ai SERD o quelli che

si sono rivolti agli sportelli d'ascolto cittadini.

Ciò nonostante, l'esistenza di questa tipologia di pazienti, rappresenta una sfida all'attuale organizzazione dei Servizi – con patologia psichiatrica “troppo grave” per accedere ai Servizi per le dipendenze, e con problemi di *addiction* “troppo gravi” per i Servizi di Salute mentale tradizionali.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

“Spazio[Gio]”, Sportello Gioco d'azzardo Patologico

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Grande Ospedale

Metropolitano Niguarda, Milano.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, D.C.: APA
2. Bianchetti R., Croce M., (2007). *Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni*. Sociologia del diritto, 2, Milano: Franco Angeli.
3. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J, Grant JE, Petry NM, Verdejo-Garcia A, et al. *Gambling disorder*. Nat Rev Dis Primers. (2019) 5:51. doi: 10.1038/s41572-019-0099-7
4. Cowlishaw S, Hakes JK. *Pathological and problem gambling in substance use treatment: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC)*. Am J Addict. (2015) 24:467–74. doi: 10.1111/ajad.12242
5. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*. (15G00222) (GU Serie Generale n.302 del 30-12-2015 – Suppl. Ordinario n. 70
6. Ferris, J. e Wynne, H. 2001, *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*. Canadian Centre of Substance Abuse. Traduzione Italiano: Capitanucci D. (2006)
7. Coriale, G., Ceccanti, M., De Filippis, S., Falletta Caravasso C., De Persis S.(2015). *Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento*. Riv Psichiatr 2015; 50(5): 216-227.
8. Szman N, Ferre F, Basurte-Villamor I, Vega P, Mesias B, Marín-Navarrete R and Arango C (2020) *Gambling Dual Disorder: A Dual Disorder and Clinical Neuroscience Perspective*. Front. Psychiatry 11:589155. doi: 10.3389/fpsyt.2020.589155
9. Li Y, Wang Z, Boileau I, Dreher JC, Gelskov S, Genauck A, et al. *Altered orbitofrontal sulcogyral patterns in gambling disorder: a multicenter study*. Transl Psychiatry. (2019) 9:186. doi: 10.1038/s41398-019-0520-8
10. Kuss DJ, Griffiths MD. *Online gaming addiction in children and adolescents: a review of empirical research*. J Behav Addict. (2012) 1:3– 22. doi: 10.1556/JBA.1.2012.1.1).
11. Mick I, Myers J, Ramos AC, Stokes PR, Erritzoe D, Colasanti A, et al. *Blunted endogenous opioid release following an oral amphetamine challenge in pathological gamblers*. Neuropsychopharmacology. (2016) 41:1742–50. doi: 10.1038/npp.2015.340).
12. Grant JE, Chamberlain SR. *Cold pressor pain and gambling disorder: implications for the opioid system*. CNS Spectr. (2020) 25:426–33. doi: 10.1017/S109285291900107X.
13. Blum K, Gondre-Lewis M, Steinberg B, Elman I, Baron D, Modestino EJ, et al. *Our evolved unique pleasure circuit makes human different from apes: reconsideration of data derived from animal studies*. J Syst Integr Neurosci. (2018) 4:5761. doi: 10.15761/JSIN.1000191.
14. D'Egidio PF, Carpiniello B, Costantino MA. *Carta dei Servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbilità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction ("Doppia Diagnosi")*. FEDERSERD, SIP, SINPIA (2017).
15. Blaszczynski A, Nower L. *A pathways model of problem and pathological gambling*. Addiction. (2002) 97:487– 99. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.

Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici

Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.

ABSTRACT

Secondo la moderna suicidologia il dolore mentale rappresenta uno dei principali fattori di rischio suicidario, accanto a costrutti più tradizionali come depressione, ansia e *hopelessness*. Questo lavoro si è posto l'obiettivo di approfondire la relazione tra livelli di dolore mentale e rischio di attuare un suicidio o un tentativo di suicidio nel breve periodo al fine di comprendere se la misurazione del dolore mentale possa essere utilizzata come strumento di screening nell'ambito della prevenzione suicidaria. A tale scopo, 105 soggetti con diagnosi psichiatrica sono stati reclutati presso la Struttura Complessa di Psichiatria Varese di ASST Sette Laghi in occasione di una visita di controllo presso i centri psico-sociali (CPS) di Varese, Azzate e Arcisate e presso l'ambulatorio specialistico per l'ansia e la depressione dell'ospedale di Circolo con misurazione dei livelli di dolore mentale, *hopelessness*, ansia e depressione, attraverso scale psicometriche. Sono state inoltre raccolte le variabili cliniche e sociodemografiche del campione. A distanza di 18 mesi, sono stati ricercati eventuali suicidi o tentati suicidi occorsi nel periodo successivo al reclutamento. Da quanto emerso dalle analisi statistiche, valori elevati delle scale BDI-II, OMMP e HAM-D hanno mostrato una significativa associazione con il rischio di mettere in atto un tentativo suicidario e, tra queste, OMMP e BDI-II hanno mostrato caratteristiche di buona applicabilità e predittività mostrandosi adatte ad essere utilizzate come potenziali strumenti di screening e prevenzione primaria del fenomeno suicidario.

INTRODUZIONE

Il suicidio costituisce un rilevante problema di salute pubblica dal momento che rappresenta una delle principali cause di morte a livello globale. Si stima che le vittime di suicidio a livello globale siano quasi un milione ogni anno e che i tentati suicidi (TS) siano fino a 30 volte più frequenti rispetto ai suicidi (Bachmann S, 2018). Secondo la moderna suicidologia, il maggior fattore di rischio per suicidio non sarebbe rappresentato dalla diagnosi psichiatrica, bensì dai livelli di dolore psicologico ("psychache"), descritto come esperienza soggettiva intollerabile alla quale la persona desidera porre fine con ogni mezzo a disposizione, inclusa la morte fisica (Shneidman, 1996; Pompili, 2013). Diversi studi condotti sia su pazienti affetti da patologia psichiatrica, sia su soggetti non affetti da malattie psichiche, hanno evidenziato una relazione tra una storia di tentativi di suicidio e dolore psicologico, giungendo alla conclusione che il dolore psicologico è significativamente correlato sia con pregressi suicidi e tentativi di suicidio, sia con la presenza di ideazione suicidaria (Patterson et al., 2012; Troister et al., 2013). Secondo questi lavori, inoltre, il dolore mentale sembrerebbe rappresentare un fattore di rischio indipendente sia dalla diagnosi psichiatrica, sia dalla presenza di altre condizioni come i sintomi depressivi e perdita di speranza (Pompili, 2013; Orbach et al., 2003). Gli studi finora condotti su questo argomento sono prevalentemente di tipo *cross-sectional*. Questo modello permette di identificare la correlazione tra livelli di dolore mentale e storia di pregressi suicidi e tentativi di suicidio, o tra livelli di dolore mentale e ideazione suicidaria attuale, ma non permette di capire se il rischio potenziale individuato si traduca poi in un tentativo concreto. Inoltre, la maggior parte dei lavori fa riferimento a campioni di pazienti affetti da disturbi dell'umore, tralasciando molte delle diagnosi storicamente associate a rischio suicidario (per es. disturbi di personalità e abuso di sostanze) e discostandosi, in questo modo, da quella che è la realtà clinica dei servizi psichiatrici. I pochi lavori prospettici condotti sull'argomento mostrano come

elevati livelli di dolore mentale predicano cambiamenti dell'ideazione suicidaria sia nel breve periodo (settimane, mesi), sia sul lungo periodo (fino a quattro anni); tuttavia, questi lavori (Troister et al., 2012; Troister et al., 2013; Lambert et al., 2020; Montemarano et al., 2018) sono condotti su campioni non clinici (studenti universitari) e valutano cambiamenti nell'ideazione, ma non effettivi suicidi completi o tentativi suicidari nel periodo di *follow up*. Partendo dal presupposto che il dolore mentale è un costrutto misurabile attraverso delle scale psicometriche, semplici e rapide da somministrare, il presente studio è stato disegnato con lo scopo di individuare uno strumento attraverso il quale sia possibile effettuare uno *screening* precoce dei livelli di dolore mentale e comprendere se tale misurazione possa essere predittiva di suicidio o tentativo suicidario nel breve periodo, e in tal caso, inserire tale strumento nel contesto della prevenzione suicidaria.

MATERIALI E METODI

La seguente ricerca consiste in uno studio di tipo osservazionale retrospettivo: sono stati considerati tutti i pazienti arruolati in un precedente studio ($n = 105$ pazienti) avvenuto nell'anno 2019 (gennaio-dicembre), a cui sono state somministrate delle scale di valutazione dei livelli di depressione, ansia, *hopelessness* e dolore mentale, prefiggendosi i seguenti due obiettivi:

1. calcolare un'eventuale correlazione tra il livello di dolore mentale, misurato attraverso le scale somministrate al momento del reclutamento, e il rischio di commettere un suicidio o un tentato suicidio nei 18 mesi successivi;
2. approfondire la correlazione tra variabili sociodemografiche, cliniche e psicometriche con il rischio suicidario nel breve termine al fine di aiutare i clinici ad individuare le persone candidabili a un percorso di prevenzione mirato.

I pazienti sono stati reclutati presso la Struttura Complessa di Psichiatria Varese di ASST Sette Laghi, in occa-

sione di una visita di controllo presso i centri psicosociali (CPS) di Varese, Azzate e Arcisate e presso l'ambulatorio specialistico per l'ansia e la depressione dell'ospedale di Circolo in accordo ai seguenti criteri di inclusione: età maggiore di 18 anni; presenza di una diagnosi psichiatrica diagnosticata seguendo i criteri diagnostici del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5); sottoscrizione di un consenso informato per l'utilizzo dei dati in forma anonima a scopo di ricerca.

Sono stati esclusi dallo studio i soggetti affetti patologie neuropsichiatriche maggiori quali epilessia, deficit cognitivi o sindromi genetiche con correlati psichiatrici, pazienti affetti da condizioni che non consentivano di completare la valutazione quali problemi linguistici, grave dislessia, scarsa conoscenza della lingua italiana.

Durante la prima valutazione sono state somministrate le seguenti scale psicometriche:

- **Suicide Columbia Severity Rating Scale (C - SSRS)** (Posner et al., 2011): scala somministrata dal clinico che indaga la gravità dell'ideazione suicidaria, l'intensità dell'ideazione, il comportamento e la letalità del gesto suicidario;
- **Hamilton Rating Scale For Anxiety (Ham-A)** (Hamilton et al., 1959): scala somministrata dal clinico, composta da 14 elementi: indaga i sintomi di natura ansiosa, sia di tipo psichico che somatico.
- **Hamilton Rating Scale For Depression (Ham-D)** (Hamilton et al., 1960): scala somministrata dal clinico; valuta la presenza e la gravità di sintomi depressivi psichici e psicosomatici, composta da 21 item;
- **Psychache Scale (PAS)** (Holden et al., 2001): scala autosomministrata composta da 13 item; misura la frequenza e l'intensità del dolore mentale;
- **Mental Pain Questionnaire (OMMP)** (Orbach et al., 2003): scala autosomministrata che misura i livelli di dolore mentale, costituita da 44 item che indagano le 9 principali componenti del dolore mentale;
- **Beck Depression Inventory-II (BDI II)** (Beck, Steer,

- Brown, 1996*): scala autosomministrata che stima la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi riferiti alle ultime due settimane tramite 21 domande a risposta guidata;
- **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)** (*Bernstein & Fink, 1998; Innamorati et al., 2016*): questionario autosomministrato composto da 28 item; valuta diversi tipi di maltrattamento infantile, quali l'abuso fisico, sessuale, emotivo e la trascuratezza sia fisica che emotiva;
 - **Beck Hopelessness Scale (BHS)** (*Beck et al., 1988*): scala autosomministrata che valuta i tre aspetti fondamentali di un costrutto chiamato *hopelessness* tramite 20 affermazioni con risposta di tipo "vero" o "falso".

A distanza di 18 mesi dalla data del reclutamento, sono state analizzate le banche dati ospedaliera (PORTALE) e territoriale (PSICHEWEB) e le cartelle cliniche con l'obiettivo di evidenziare eventuali suicidi o tentati suicidi occorsi durante il periodo di *follow up*. Sono stati considerati suicidi completi o tentativi suicidari che hanno determinato un accesso in Pronto Soccorso con necessità di osservazione di almeno 24 ore, o successivo ricovero, oppure a cui è seguito un intervento terapeutico d'urgenza; sono stati inoltre considerati agiti che non hanno determinato l'accesso ai servizi di emergenza, ma che sono stati descritti come obiettivamente anticonservativi dai clinici di riferimento e segnalati nella documentazione clinica del paziente.

Le variabili indagate sono state presentate come media e deviazione standard per le variabili continue e come ranghi della media e percentuali per le variabili qualitative; tutti i test sono stati considerati significativi con p value ≤ 0.05 . Il test Shapiro Wilk è stato utilizzato per valutare la distribuzione delle variabili e tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software SPSS Statistics (IBM SPSS Statistics for Windows, versione 24.0; IBM Corp., Armonk, New York, USA).

RISULTATI

Il campione è risultato composto da 74 maschi e 31 femmine per un totale di 105 pazienti. La maggior parte dei pazienti si colloca nella fascia di età compresa tra i 50 e i 59 anni (23,8%); l'età d'esordio della malattia si attesta tra i 10 e i 19 anni nel 31,4% dei casi. Il 74,3% del campione è in politerapia mentre il 68,6% del campione è in trattamento con benzodiazepine. Le diagnosi psichiatriche più rappresentate sono: Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo della Personalità, Disturbo dell'adattamento. Relativamente ai dati di *follow-up*, 11 soggetti su 105 hanno effettuato un tentato suicidio nei 18 mesi successivi al reclutamento.

Le variabili che hanno mostrato una prevalenza statisticamente significativa nel gruppo di pazienti con nuovo tentativo suicidario sono mostrate nella *tabella 1*. In particolare, la sottocategoria "invalidi" è risultata essere quella maggiormente a rischio di incorrere in un nuovo TS. L'assenza di comorbilità è associata a un minor rischio suicidario mentre il disturbo da abuso di sostanze è più frequente in coloro che hanno effettuato un tentativo suicidario nel *follow-up*, in particolare per quanto riguarda l'abuso di alcol. Anche la presenza di disabilità ed encefalopatia è più rappresentata nel gruppo di pazienti che hanno messo in atto un tentativo suicidario durante il *follow-up*. L'assunzione di una polifarmacoterapia che includa anche antipsicotici si è riscontrata con una prevalenza maggiore nei soggetti con nuovo tentativo suicidario. La presenza di un pregresso tentativo suicidario in anamnesi rappresenta infine uno dei principali fattori di rischio anamnestico.

I soggetti che hanno effettuato un tentativo suicidario nel follow-up hanno totalizzato un punteggio maggiore in tutte le scale psicometriche, tuttavia, solo le scale BDI-II, PAS, OMMP e HAM-D hanno raggiunto la significatività statistica.

Nel *grafico 1* e nella *tabella 2* sono presentate le medie dei valori totalizzati nelle scale tenendo conto dei coefficienti di significatività statistica.

Tabella 1: Variabili sociodemografiche e cliniche che hanno mostrato una significativa differenza nei due gruppi. Le percentuali si riferiscono alla frequenza con cui le variabili in ascissa si sono presentate nei gruppi che differiscono per il nuovo Tentato Suicidio (TS) nel follow-up di 18 mesi.

Impiego	No nuovo TS (%)	Si nuovo TS (%)	P value
Invalido	3.19%	27.27%	=,002
Comorbidità	No nuovo TS (%)	Si nuovo TS (%)	P value
Nessuna	74.46%	18.18%	=,000
Disturbo da abuso di sostanze	5.32%	36.36%	=,000
Disabilità ed encefalopatie	1.06%	18.18%	=,000
Trattamento antipsicotico	No nuovo TS (%)	Si nuovo TS (%)	P value
Nessuna	65.96%	18.18%	=,006
Quetiapina	8.51%	45.45%	=,006
Anamnesi di abuso di sostanze stupefacenti	No nuovo TS (%)	Si nuovo TS (%)	P value
Nessuna	77.66%	36.36%	=,008
Poliabuso	9.57%	36.36%	=,008
Attuale abuso di sostanze stupefacenti	No nuovo TS (%)	Si nuovo TS (%)	P value
Nessuna	82.98%	27.27%	=,000
Alcol	7.44%	45.45%	=,000
Progresso TS	No nuovo TS (%)	Si nuovo TS (%)	P value
No	67.02%	27.27%	=,010
Si	32.98%	72.73%	=,010

Grafico 1: Medie dei punteggi delle scale psicometriche associate al rischio di nuovo TS; in grigio i punteggi non significativi, a colori i punteggi con pvalue < 0.05.

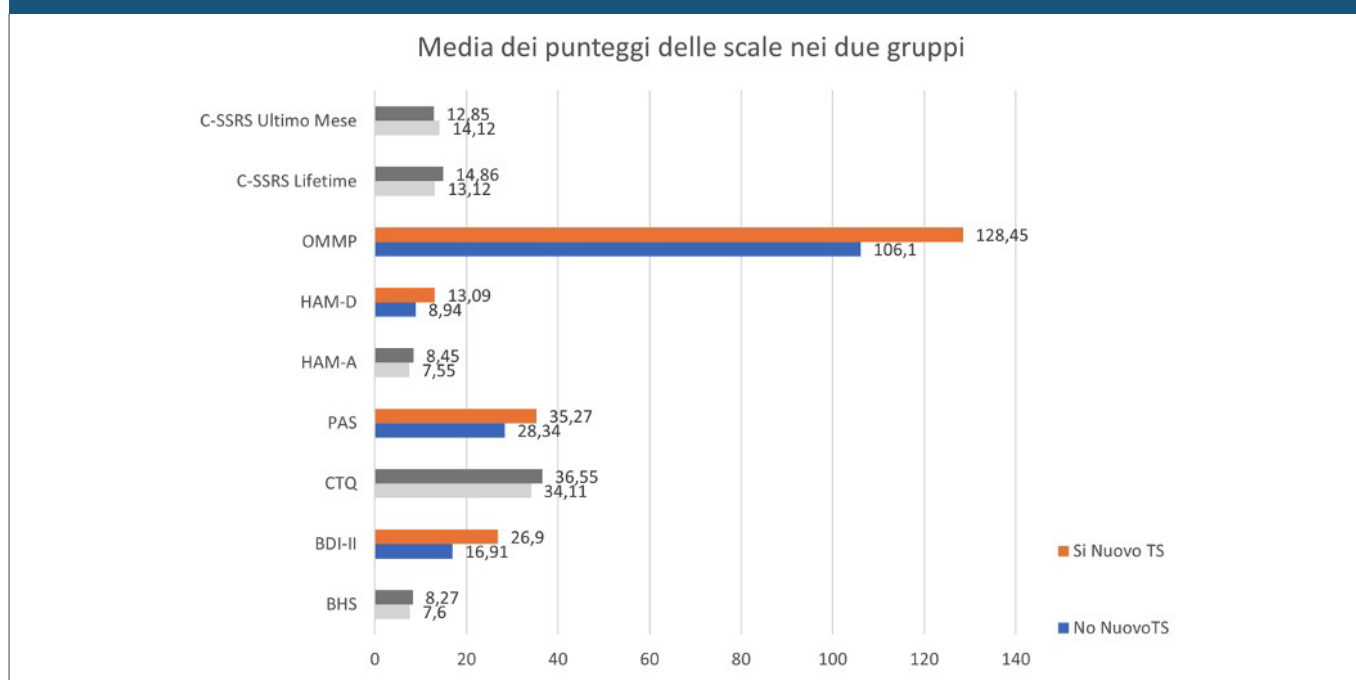


Tabella 2: Medie dei punteggi delle scale psicometriche associate al rischio di nuovo TS e differenze tra i due gruppi

Variabile	Media gruppo Nuovo TS NO	Media gruppo Nuovo TS SI	Differenza medie	pValue
BHS	7.60	8.27	0.67	0.626
BDI-II	16.91	26.90	9.99	0.018
CTQ	34.11	36.55	2.44	0.509
PAS	28.34	35.27	6.93	0.035
HAM-A	7.55	8.45	0.9	0.721
HAM-D	8.94	13.09	4.14	0.033
OMMP	106.10	128.45	22.34	0.023
C-SSRS Lifetime	13.12	14.86	1.74	0.362
C-SSRS Ultimo Mese	14.12	12.85	1.27	0.240

Utilizzando la regressione logistica binaria sono stati utilizzati dei modelli predittivi del rischio suicidario che sono riportati nella *tabella 3*; elevati punteggi medi ottenuti nelle scale BDI-II, HAM-D e OMMP aumentano la probabilità di incorrere in un tentativo suicidario nei 18 mesi successivi; in particolare, l'aumento di una unità nel punteggio totalizzato alla scala BDI-II si traduce in

una probabilità maggiore del 5,6% di tentare un nuovo suicidio ($p=0.020$); allo stesso modo, all'aumentare del punteggio di HAM-D ($p = 0.028$) di una unità corrisponde un rischio maggiore del 12,9% di incorrere in un nuovo TS; infine, l'aumento di una unità nel punteggio della scala OMMP ($p = 0.048$) risulta in una probabilità di compiere un nuovo TS maggiore del 10,9%.

Tabella 3: Associazione tra scale psicometriche e rischio predittivo di incorrere in nuovo TS

Variabile	R-Quadro Nagelkerke	pValue	Exp(B)
C-SSRS Lifetime	0.022	0.431	1.062
C-SSRS Ultimo Mese	0.021	0.506	0.937
BHS	0.003	0.686	1.024
BDI-II	0.104	0.020	1.056
CTQ	0.028	0.222	1.060
PAS	0.058	0.080	1.044
HAM-A	0.007	0.544	1.040
HAM-D	0.095	0.028	1.129
OMMP	0.078	0.048	1.109

DISCUSSIONE

I fattori di rischio sociodemografici e clinici individuati confermano i dati presenti in letteratura. In particolare, la presenza di comorbidità e un quadro pluripatologico più grave sono risultati maggiormente a rischio di agire nuovi suicidi (Baldessarini, 2020). L'abuso di sostanze si conferma essere un importante fattore di rischio, in particolare l'abuso di alcol. È ragionevole supporre che l'abuso di alcool possa far precipitare il comportamento suicidario, attraverso la disinibizione, l'impulsività e la mancanza di giudizio correlato all'utilizzo di questa sostanza; nondimeno, l'abuso di alcool è in grado di aggravare i sintomi depressivi e psicotici, ed esplica un ruolo negativo anche a livello sociale, portando il soggetto all'emarginazione, alla povertà e allo sviluppo di ulteriori complicazioni somatiche (Borges et al., 2017). Molto interessanti sono i risultati emersi dalle analisi dei dati relativi alle scale psicometriche deputate alla misurazione del dolore mentale, del livello di ansia e depressione, dell'*hopelessness* e la loro relazione con il rischio di tentare un nuovo suicidio. Infatti, i valori medi dei punteggi totali misurati alle scale BDI-II, PAS, OMMP e HAM-D sono risultati significativamente più elevati nei soggetti che entro 18 mesi hanno messo in atto un nuovo TS, mentre i punteggi ottenuti nelle altre scale non hanno raggiunto una significatività statistica in grado di correlarsi allo stesso rischio. Ciò ci permette di confermare che i livelli di dolore mentale, depressione e *hopelessness* sono più elevati in coloro che compiranno un TS, come già riscontrato in altri lavori (Orbach et al., 2003; Levi et al., 2008; Pereira et al., 2010; Troister & Holden, 2010; Patterson & Holden, 2012; DeLisle & Holden, 2009; Lester, 2000; Holden et al., 2001; Leenaars & Lester, 2004) e che questi strumenti psicometrici sono potenzialmente utili nel discriminare tra "elevato rischio suicidario" e "basso rischio suicidario". Allo scopo di individuare le scale che possono essere utilizzate come metodo di *screening* del rischio suicidario, si è analizzata la capacità di ciascuna di queste di costituire un modello

di predittività. Le scale BDI-II, HAM-D e OMMP sembrerebbero in grado di stimare la probabilità di incorrere in un nuovo TS. Tra queste, la BDI-II e la OMMP sono strumenti *self-reported* quindi molto più agevoli nella somministrazione rispetto alla HAM-D che risulta essere operatore dipendente (Callegari et al., 2013). È inoltre importante sottolineare come queste due scale misurino due costrutti differenti: la scala BDI-II misura, infatti, i livelli di depressione, quindi potrebbe essere limitata solo a questo tipo di diagnosi. Nel nostro campione, pur essendo incluse diverse diagnosi, la diagnosi di disturbo depressivo e di disturbo dell'adattamento con sintomi depressivi sono le più rappresentate; questo, unito alla limitata numerosità campionaria potrebbe rappresentare un fattore confondente. La scala OMMP, misurando un costrutto interno come il dolore mentale, risulta essere invece diagnosi-indipendente. Questo conferisce a tale strumento la caratteristica di essere potenzialmente applicabile a più diagnosi e a più contesti, anche extra-psichiatrici e quest'ultimo punto risulta, a nostro avviso, meritevole di approfondimenti.

In ultimo, considerando le tempistiche dello studio in questione, con il periodo di *follow up* a distanza di 18 mesi che per la maggior parte dei pazienti ricade in piena pandemia da COVID-19, quest'ultima è stata considerata come una variabile impattante in egual misura l'intero campione analizzato; inoltre, lo scopo dello studio si prefigge di analizzare il fattore interno del dolore mentale rispetto a fattori esterni quali, per l'appunto, l'impatto della pandemia e le condizioni socio-demografiche del campione preso in oggetto.

CONCLUSIONI

I risultati emersi hanno dimostrato come elevati livelli di depressione, misurati con le scale HAM-D e BDI-II, ed elevati livelli dolore mentale, misurati attraverso la scala OMMP, siano correlati ad una maggior probabilità di incorrere in un tentato suicidio nel breve periodo. Viste le caratteristiche di rapidità e semplicità di utilizzo delle

singole scale, si ritiene utile includere la BDI-II e la OMMP tra i metodi di *screening* da proporre nel contesto della prevenzione suicidaria al fine di fornire al clinico un aiuto aggiuntivo nell'individuare precocemente i pazienti con maggiore rischio suicidario e quindi indirizzarli tempestivamente a un percorso di cure mirato.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Divisione di Psichiatria,
Università degli Studi dell'Insubria, Varese, Italy*

BIBLIOGRAFIA

1. Bachmann S. *Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective*. Int J Environ Res Public Health. 2018 Jul 6;15(7):1425.
2. Shneidman E.S. *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press 1996.
3. Pompili M. *La prevenzione del suicidio*. Bologna: Il Mulino 2013.
4. Patterson A.A., Holden R.R. 2012. *Psychache and suicide ideation among men who are homeless: a test of Shneidman's model*. Suicide and Life-Threatening Behavior 42:147-156.
5. Troister T., Holden R.R. 2013. *Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality*. Measurement and Evaluation in Counseling and Development 46:50-63.
6. Orbach I., Mikulincer M., Gilboa-Schechtman E., Sirota P. (2003b). *Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2003b;33:231-241.
7. Troister T., Holden R.R. 2012. *A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates*. Journal of Clinical Psychology 68:1019-1027.
8. Lambert C.E., Troister T., Ramadan Z., Montemarano V., ekken C.G., Holden R.R. *Psychache Predicts Suicide Attempter Status Change in Students Starting University*. 2020 Jun;50(3):668-678.
9. Montemarano V., Troister T., Lambert C.E., Holden R.R. *A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior*. J Clin Psychol. 2018 Oct;74(10):1820-1832.
10. Posner K., Brown G.K., Stanley B., Brent D.A., Yershova K.V., Oquendo M.A., Currier G.W., Melvin G.A., Greenhill L., Shen S., Mann J.J. *The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults*. Am J Psychiatry. 2011 Dec; 168(12): 1266–1277.
11. Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. Br J Med Psychol 1959; 32:50–55.
12. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56–62.
13. Holden R.R., Mehta K., Cunningham E.J., McLeod L.D. *Development and preliminary validation of a scale of psychache*. Canadian Journal of Behavioural Science, 2001;33(4):224-232.
14. Beck AT, Steer RA, Brown G. *Beck depression inventory–II*. APA PsycTests, 1996.
15. Bernstein D.P., Fink L., Handelsman L., Foote J. *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. 1998; APA PsycTests.
16. Marco Innamorati, Denise Erbutto, Paola Venturini, Fagioli F., Federica Ricci, Lester D., Amore M., Girardi P., Pompili M., *Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients*, Psychiatry Research, Volume 245, 2016, (297-302)
17. Beck A.T. Beck Hopelessness Scale. The Psychological Corporation, 1988.
18. Baldessarini R. (2020). *Epidemiology of suicide: Recent developments*. Epidemiology and Psychiatric Sciences.
19. Borges G., Bagge C., Cherpitel C., Conner K., Orozco R., & Rossow I. (2017). *A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt*. Psychological Medicine, 47(5), 949-957.
20. Levi Y., Horesh N., Fischel T., Treves I., Or E., Apter A. 2008. *Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an "impossible situation"*. Journal of Affective Disorders 111:244- 250.
21. Pereira E.J., Kroner D.G., Holden R.R., Flamenbaum R. 2010. *Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates*. Personality and Individual Differences 49:912-917.
22. Troister T., Holden R.R. *Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide*. Personality and Individual Differences. 2010;49(7):689-693.
23. DeLisle M.M., Holden R.R. 2009. *Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates*. Measurement and Evaluation in

-
- Counseling and Development 42:46-63.
24. Leenaars A.A., Lester D. 2004. *A note on Shneidman's psychological pain assessment scale*. Omega: Journal of Death and Dying 50:2004-2005.
25. Callegari C., Vender S., Poloni N. 2013. *Fondamenti di Psichiatria*. Varese. Raffaello Cortina Editore

Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia

Prini C., Amadei I.*, Colnaghi F.*, Fresco A.*, Grignani S.*, La Greca E.*, Lucchini B.*, Meliante M.*, Moreno Granados G. N.*, Parisi C.*, Pozzetti T.*, Amatulli A.°*

INTRODUZIONE

Numerosi autori hanno rilevato come, negli ultimi anni, si siano verificati sia un abbassamento dell'età di insorgenza del disagio mentale, sia un ampliamento delle diagnosi e dei quadri psicopatologici rispetto ai quali è necessario intervenire precocemente per contenere il rischio, mitigare lo sviluppo della malattia e contrastare eventuali percorsi verso la cronicizzazione (Read et al, 2018). Di conseguenza, tutte le attività volte a valutare situazioni di rischio psicopatologico o a intervenire precocemente sul disagio mentale devono prevedere un ampio e intenso ventaglio di interventi (Davey e McGorry, 2019; McGorry e Mei, 2018, Chanen et al. 2020).

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (da ora in avanti, DSMD) della ASST Brianza è presente dal 2006 una équipe per la valutazione degli stati a rischio di gravi psicopatologie e per gli interventi precoci (in breve, Progetto Giovani), formata da psicologi psicoterapeuti – prevalentemente di orientamento cognitivo-comportamentale – un educatore e un tecnico della riabilitazione psichiatrica. Inizialmente il Progetto Giovani era dedicato all'intervento precoce su giovani a rischio e all'esordio psicotico, nella fascia di età compresa fra i 18 ed i 30 anni. Da qualche anno ormai, in accordo con la più recente letteratura e ancor più con la realtà presente nei servizi come nel tessuto sociale, il range di intervento è stato anticipato e ristretto ai 16-24 anni, e i profili psicopatologici inclusi nel programma hanno ricompreso anche i gravi disturbi di personalità (Monzani

E., Meneghelli A., Percudani M., 2019).

Fra gli indicatori dell'esordio di gravi psicopatologie sono stati individuati la passività sociale, la graduale perdita di interessi e il fallimento scolastico; diversi studi hanno evidenziato poi quanto sia essenziale il mantenimento del ruolo sociale per gli adolescenti a rischio, elettivamente nelle tre dimensioni scuola, sport e occupazione lavorativa (Prete et al., 2012). Diventa, quindi, fondamentale adoperare strumenti efficaci per la promozione del benessere e, tra questi, l'apprendimento di competenze di studio (study skills), che permettano ai ragazzi di migliorare il sentimento di self efficacy, le capacità di autoregolazione, di pianificazione e di organizzazione individuale (Cornoldi e De Beni, 2015; Tirelli et al., 2014).

Alla luce di questa cornice teorica, il Gruppo Giovani del DSMD della ASST Brianza ha messo in campo nel 2018 un progetto pilota di Study Skills Training per favorire proprio l'autonomia e il benessere scolastico dei giovani in carico. La novità di tale sperimentazione consiste nel superamento della comune prassi di sostegno scolastico, fondata esclusivamente sul buon senso dell'operatore; a questo fine è stato introdotto un metodo evidence based derivato dalla scienza ABA (Applied Behavioural Analysis) che permette il recupero e il mantenimento del ruolo scolastico e sociale degli adolescenti. Dopo un primo anno di sperimentazione, tale progetto si è andato a configurare come attività e metodica di routine, ampliando di conseguenza il numero di utenti che ne possono beneficiare.

COMPITI A CASA: PERCHÉ VENGONO DATI E COME SVOLGERLI

Gli homeworks sono i compiti assegnati dagli insegnanti che lo studente deve svolgere al di fuori dell'orario scolastico; essi risultano efficaci per migliorare il rendimento dei discenti quando vengono attuati interamente e con accuratezza. Epstein (Epstein, 2001) individuò svariate ragioni per l'affidamento di esercizi a casa, fra le quali

vi sono il mettere in pratica le competenze acquisite tra i banchi, il partecipare attivamente al proprio apprendimento e il favorire la relazione fra pari, così come quella fra genitori e figli – quando i primi aiutano questi ultimi nella loro preparazione. Spesso, però, accade che i compiti non vengano svolti, o che vengano completati solo parzialmente. Ciò può accadere a causa di svariati problemi, quali assegnazioni complesse e/o sconnesse dall'attività in classe, mancanza di spiegazioni sufficienti in aula, richieste di standard troppo elevati, carenza di abilità di studio o percezione di scarsa utilità dei compiti da parte dello scolaro, ma anche eccessiva mole di lavoro. Tutto ciò può provocare, soprattutto in certa parte dei giovani alunni, sentimenti di frustrazione e demotivazione. Gli studenti che patiscono tali vissuti hanno più facilmente uno scarso rendimento, con elevato rischio che si instauri un circolo vizioso che di conseguenza alimenta ulteriormente i sentimenti negativi legati alle fasi dell'apprendimento.

COSA SONO LE STUDY SKILLS E QUALI LORO OBIETTIVI

Imparare a studiare in modo efficace può essere paragonato ad apprendere un'arte. Vi sono autori che sostengono l'importanza dell'utilizzo di strategie basate sull'evidenza per l'insegnamento di un corretto metodo di studio. Tali competenze possono essere definite con il termine di "study skills" – o abilità di studio – e permettono un aumento del benessere e del rendimento nei giovani in età scolastica. Le study skills (Motevalli et al., 2013) possono essere definite come un insieme di attività intenzionali che comportano l'uso di funzioni cognitive – quali l'attenzione, il ragionamento e la memoria – e di attività di autoregolazione, che influenzano la capacità di pianificare e organizzare il proprio carico di studio, così come di apprendere e adoperare strategie efficaci per imparare, aumentando così la propria motivazione. Lo studio è, dunque, un'attività multidimensionale, che prevede l'utilizzo e l'interazione di componenti cognitive, metacognitive, emotive e moti-

vazionali (Cornoldi e De Beni, 2015; Tirelli et al., 2014) e dipende da vari fattori, quali: tecniche di apprendimento e memorizzazione, abilità di lettura, abilità di autogestione del tempo e del compito, e abilità in compiti specifici – come sottolineare, riassumere, prendere appunti, preparare mappe concettuali.

Le più recenti strategie basate sull'evidenza per migliorare le competenze nello studio prevedono l'uso dell'abilità della fluenza e di due schede di automonitoraggio, derivate dal metodo ABA, il "Goal Setting" (Miller e Kelly, 1994) e la "Checklist delle Autonomie" (Xu, 2008; Tirelli, 2015). Per fluenza si intendono la scorrevolezza e la disinvoltura nello svolgimento di un compito, e viene misurata attraverso i parametri di accuratezza e di rapidità. La costanza con cui si ripete un'azione la rende gradualmente più agevole e automatica da perseguire. Il Goal Setting consiste, invece, in uno schema cartaceo consegnato allo studente, il cui scopo è quello di insegnare a darsi degli obiettivi realistici e a conseguirli, così come di aumentare la capacità di autocontrollo. In tal modo viene posta maggiore attenzione al processo piuttosto che al risultato finale, facilitando l'instaurarsi di una routine nello svolgimento dei compiti, così come di un certo livello di generalizzazione delle abilità di studio, che possono, tra l'altro, essere applicate anche in altri contesti. Perché il Goal Setting sia efficace, occorre identificare un rinforzo idoneo per il soggetto (una pausa, un gioco, uno spuntino), quindi stabilire l'obiettivo desiderato; ciò permette di raggiungere lo scopo prefissato, controllando le conseguenze del comportamento e rendendo quest'ultimo sempre più adeguato. Il Goal Setting giornaliero consiste in una tabella che prevede vari campi per misurare la capacità dell'alunno di stimare il tempo che gli occorre per portare a termine un compito complesso, suddiviso in azioni più semplici; vi sono, infatti, le diciture "tempo stimato" e "tempo effettivo", che aiutano a prendere consapevolezza rispetto a una possibile discrepanza fra le proprie aspettative e la realtà. Tale strumento di automonitoraggio viene inizialmente

compilato insieme all'operatore e, gradualmente, si porta lo studente a stilarlo in autonomia.

La gestione del tempo è cruciale per raggiungere gli obiettivi in modo efficace, in qualsiasi ambito, comprese naturalmente le attività di studio (Bucks County Community College, n.d. web). Il livello massimo di concentrazione che un allievo può mantenere, mediamente, dura circa 40-45 minuti; è quindi essenziale fissare delle brevi pause di circa 5 minuti al termine di ogni periodo di lavoro, per poi ricominciare. Questo schema, 40/45 minuti di lavoro – 5 minuti di pausa, va ripetuto due o tre volte, per poi allungare l'intervallo di pausa fino a 15 minuti. Quest'ultimo, comunque, non deve protrarsi per un tempo maggiore rispetto a quello stabilito per non inviare al cervello il messaggio che il lavoro sia terminato: dopo una pausa eccessiva, riuscire a riprendere diventerebbe molto faticoso.

Un altro tema fondamentale riguarda l'ambiente ottimale per studiare con efficienza (Issues I face, n.d. web). Per mantenere buoni standard di attenzione e concentrazione, la postazione di lavoro dovrebbe essere in un ambiente tranquillo, ordinato, e tutto ciò che serve per studiare pronto per l'utilizzo; altri indispensabili accorgimenti sono quelli di avere una quantità e un tipo di luce adeguate (luce naturale o artificiale calda), così come una temperatura corretta (stimata fra i 22°C ed i 25°C). È bene, inoltre, valutare quali possano essere le fonti di distrazione nell'ambiente, che spesso non permettono di studiare in modo adeguato e sono uno dei maggiori ostacoli che il discente deve affrontare. Lo smartphone rappresenta una delle più comuni cause di deconcentrazione, ma l'importanza che ha assunto nella vita quotidiana dei giovani non permette il suo completo allontanamento durante lo studio. Buona prassi può essere quella di concordare di silenziare le notifiche e procrastinarne l'utilizzo ai momenti di pausa.

L'altro strumento utilizzato è la "Checklist delle Autonomie". Si tratta di uno schema, utilizzato questa volta dall'operatore, che riguarda le modalità organizzative dello studio da parte del ragazzo.

Consiste nella osservazione iniziale delle abilità spontanee presenti, per una prima comprensione di cosa aspettarsi, condotta con un'attitudine di non giudizio. Vengono considerati diversi aspetti, come ad esempio: porta con sé tutto il materiale necessario allo studio (diario, libri, quaderno, astuccio); è capace di iniziare in meno di cinque minuti dall'inizio dell'ora prefissata; è capace di organizzare l'ambiente di studio e di gestire le pause; svolge i compiti assumendo una postura adeguata; ecc. A ogni aspetto osservato viene attribuito un punteggio:

1. "+" il ragazzo è subito autonomo nell'autogestione del lavoro;
2. "-" il ragazzo non è in grado di organizzarsi in autonomia;
3. "A" il ragazzo ha bisogno di un aiuto forte;
4. "P" il ragazzo ha bisogno di un aiuto minimo.

All'inizio l'operatore lascia il tempo necessario al ragazzo per valutare se intervenire o meno, e quale tipo di aiuto occorra. Nel caso di ragazzi che presentano difficoltà, è importante garantire sempre dei momenti di lavoro in autonomia, per facilitare un senso di competenza e un sentimento di piacevolezza che accresce l'autoestima; importante, poi, trovare un accordo in caso di demotivazione e scarsa collaborazione, ed esprimere sempre la propria approvazione sincera e spontanea come rinforzo positivo per consolidare l'aggancio e la forza della relazione.

Le Study Skills prevedono un apprendimento graduale, perché l'utilizzo di nuove strategie di studio richiede tempo per essere assimilato e generalizzato. Si tratta, infatti, di modificare delle abitudini radicate nei ragazzi. Infine, tali cambiamenti possono risultare poco visibili agli occhi dello studente, e per questo motivo gli strumenti di Goal setting e di Checklist delle Autonomie risultano utili, perché permettono di prendere coscienza in modo concreto e progressivo dei miglioramenti da una compilazione all'altra.

PROGETTO ASST BRIANZA

Una parte dell'équipe del Progetto Giovani ha partecipato

al workshop teorico-pratico “StudyLab – strategie evidence based per promuovere il funzionamento scolastico nei giovani”, presso la scuola di psicoterapia ASIPSE di Milano, in collaborazione con Tice Live & Learn, Cambiare la Rotta ONLUS e AIAMC.

Il progetto pilota è iniziato nel giugno 2018, evolvendo nell’attualità in una routine clinica all’interno dell’intervento multidisciplinare. Fino al febbraio 2020 il numero dei pazienti era andato aumentando grazie anche all’integrazione del progetto su quasi tutti i servizi territoriali del DSMD. Con l’avvento della pandemia da SARS-CoV-2 e le sue limitazioni nelle attività in presenza, è sorta la necessità di rivedere l’attività di gruppo, per non far perdere agli utenti l’opportunità di parteciparvi e di trarne i conseguenti benefici. La valutazione, sia iniziale che di esito, è stata effettuata attraverso i test normativi TMA (Bracken, 1993), STAI-X1, STAI-X2 e QD (CBA 2.0 - Sanavio et al., 1985). È stato anche formulato un breve test criteriale per verificare, prima dell’ingresso nel gruppo, la motivazione e l’attitudine allo studio. Tale test, denominato “Io che studente sono”, ha la funzione di aiutare il giovane a essere maggiormente consapevole di come organizza lo studio, di quale utilità gli attribuisce e delle sue aspettative rispetto alla partecipazione al gruppo di Study Skills. Per migliorare il metodo di studio è, infatti, molto importante essere consapevoli delle proprie abitudini e riuscire a distinguere quali strategie di apprendimento sono “funzionali” e quali sono “disfunzionali”. È utile porsi domande concrete sul proprio modo di studiare e rendersi conto cosa migliorare, modificare o rinforzare. Il questionario somministrato non serve a valutare le capacità individuali, ma ha lo scopo di fornire spunti di riflessione sul personale modo di studiare per sperimentare poi strategie metodologiche migliori.

Il setting è grupppale per poter favorire la socializzazione, il confronto e la motivazione; l’intervento, però, è previsto anche in forma individualizzata quando emergono bisogni particolari. Il gruppo è tenuto da almeno due operatori formati, con una frequenza settimanale

e una ripartizione stagionale di moduli di 10 incontri da un’ora e mezza ciascuno. Il tutto, come detto sopra, a seguito dell’avvento pandemico ha avuto la necessità di essere subitaneamente declinato in modalità online.

MODALITÀ ONLINE (GRUPPO PILOTA)

Le restrizioni dovute alla pandemia SARS-CoV-2 hanno imposto la riformulazione del setting, per l’impossibilità all’attività di gruppo in presenza. Abbiamo, quindi, in tempi estremamente stretti, sperimentato la modalità da remoto, attraverso vari canali. In prima battuta, si è provato a utilizzare la piattaforma messa a disposizione da ASST Brianza, che però rendeva assai difficile la comunicazione a causa di frequenti disconnessioni, probabilmente dovute sia all’elevato numero di partecipanti che al sovraccarico della rete. Quindi, si è fatto un tentativo, ugualmente fallimentare per le medesime ragioni, con Skype e, alla fine, si è trovato un equilibrio attraverso l’utilizzo dell’applicazione Google Meet. I partecipanti si collegano dalla propria abitazione e ogni incontro è suddiviso in tre parti; vi è un momento iniziale di saluto, pianificazione del lavoro e verifica che tutti si siano preparati in maniera responsabile al collegamento e al compito – materiale e postazione di studio favorevole. Quindi si procede con la divisione in gruppi, uno dedicato allo studio per la patente di guida e l’altro allo studio scolastico; i due sottogruppi accedono a separate stanze virtuali, ognuna delle quali prevede la presenza costante di un operatore. Le sessioni di studio prevedono due momenti di circa 35 minuti di lavoro, spezzati da una pausa di 10 minuti. Ci si ritrova, al termine, per un momento di chiusura condivisa, in cui i ragazzi si confrontano sulle difficoltà e i metodi efficaci sperimentati.

Analizzando l’esperienza della modalità online, sono stati individuati sia dei punti di forza che dei limiti. Per quanto riguarda i primi, il collegamento da remoto ha permesso ai soggetti maggiormente timidi e ritirati di esporsi al gruppo con maggiore gradualità. Ragazzi che, all’inizio, tenevano la telecamera spenta, hanno iniziato

a tenerla accesa dopo qualche incontro; inoltre, la suddivisione in piccoli gruppi è risultata determinante, in quanto ha favorito una maggiore rassicurazione e fiducia. La divisione in stanze virtuali a seconda del tipo di studio (scuola secondaria e patente) ha facilitato il confronto fra i ragazzi, specialmente per quanto riguarda alcuni argomenti comuni a tutti, quali i quiz di teoria per la patente. Si sono, infine, ridotti i problemi di tipo logistico, quali sprechi di tempo per gli spostamenti e necessità di dipendere da un caregiver per essere accompagnati in CPS. Si è, quindi, ben dimostrata e sperimentata, all'atto pratico, l'efficacia della modalità da remoto, acquisita da tutti i partecipanti senza gravi problemi.

Per quanto concerne, invece, i limiti nell'utilizzo di una piattaforma online, abbiamo incontrato una consistente difficoltà nel mantenere una connessione stabile all'applicazione scelta, cosa che ha portato alla necessità di provarne diverse prima di trovarne una che si adattasse alle nostre esigenze. Inoltre, l'opzione da remoto non permette di offrire un setting comune per tutti i partecipanti,

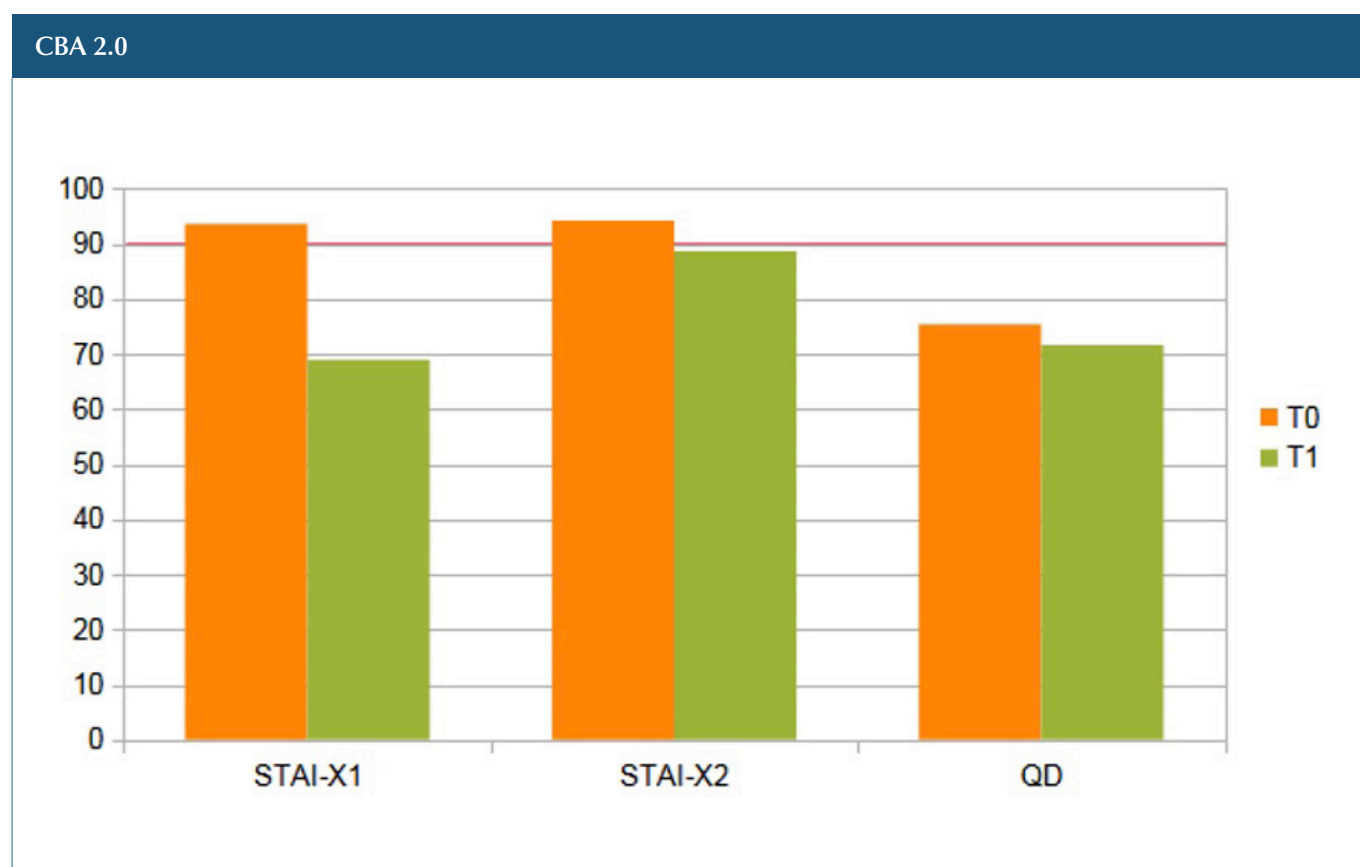
i quali si trovano costretti a scegliere come postazione di studio una stanza della propria abitazione, chi senza alcun disagio soggettivo e chi con qualche difficoltà di privacy, soggettiva od oggettiva. Le Study Skills richiedono tempo e costanza per essere apprese e produrre successo, e questo rappresenta una messa alla prova altamente sfidante per i giovani perché spesso impulsivi nel volere ottenere successo e miglioramenti nell'immediato, senza darsi il tempo necessario per andare a modificare abitudini cognitive da tempo sedimentate, esponendosi, così, più facilmente a sentimenti di frustrazione.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

E RISULTATI

A oggi, nel gruppo pilota relativo alla modalità online sono stati coinvolti 7 pazienti fra i 19 ed i 25 anni, di cui 4 focalizzati sullo studio della teoria della patente e 3 sullo studio relativo alla scuola secondaria di secondo grado.

A un anno dal principio del progetto condiviso, presentiamo i risultati di esito (T0-T1) raccolti attraverso le



tre scale considerate del CBA 2.0 (STAI-X₁, STAI-X₂ e QD) e il test TMA, citati in precedenza.

Dalle somministrazioni dei test (T₀ e T₁) si evince come i pazienti, nella maggior parte dei casi, abbiano mostrato un miglioramento sia a livello di autostima che a livello di sintomatologia ansioso-depressiva. Nel dettaglio, si osserva una netta diminuzione dell'ansia di stato (da una media di 93,67 a una di 69) e una lieve diminuzione sia dell'ansia di tratto (da una media di 94,17 a una di 88,71) che della depressione (da una media di 75,42 a una di 71,64). Si segnala che quest'ultima, peraltro, non aveva raggiunto la soglia del 90° percentile anche durante la prima somministrazione. Per ansia di stato si intende la reazione fisiologica che si attiva a causa di una contingenza, come probabile risposta a una situazione che ha luogo nel qui e ora. L'ansia di tratto, invece, è un attributo stabile della personalità dell'individuo, che riguarda il modo con cui il soggetto tende a cogliere come pericolosi degli stimoli e degli accadimenti intorno a lui (Psychiatry on line, n.d. web).

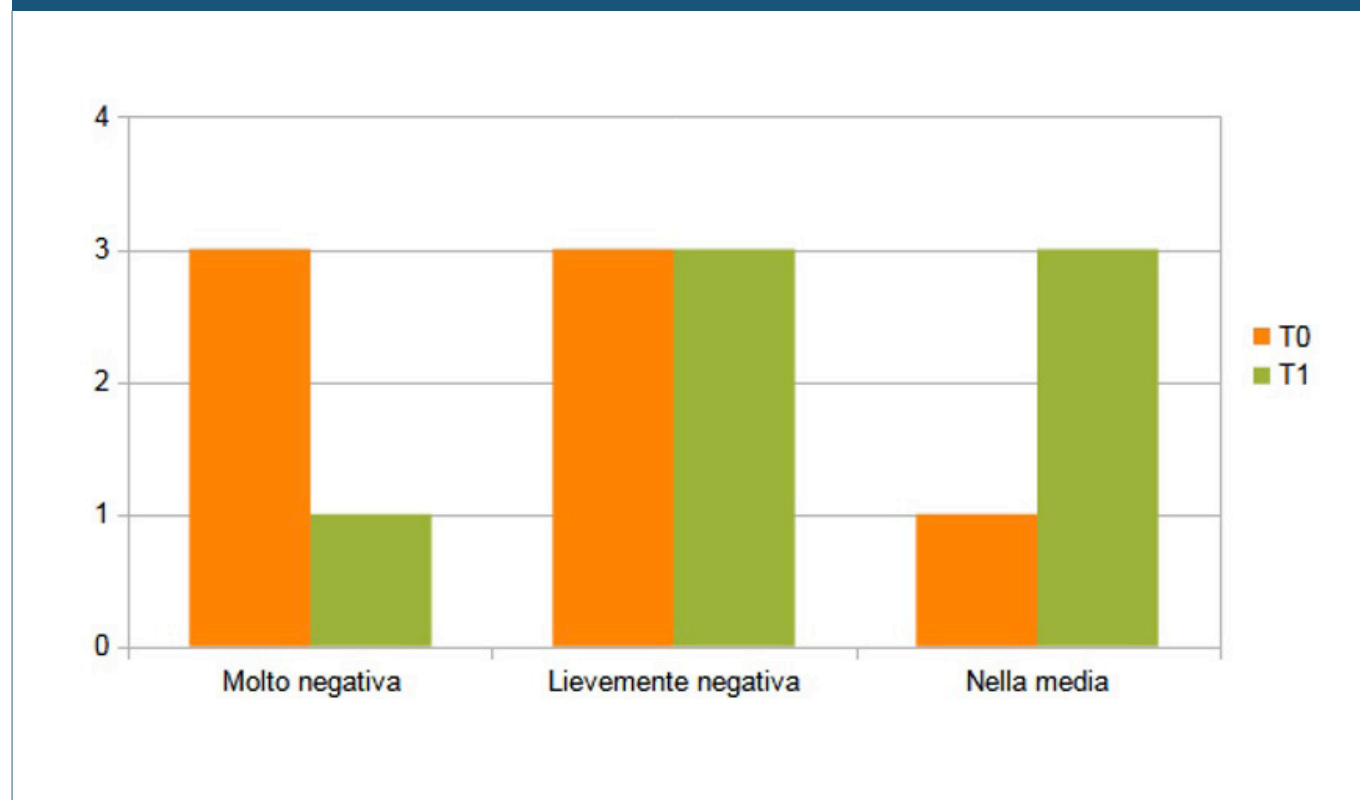
Per quanto concerne il TMA, si registra un miglio-

ramento globale dell'autostima: da 3 "molto negativa" in T₀ a 1 soltanto in T₁, e da 1 "nella media" in T₀ a 3 in T₁. La fascia di punteggio "lievemente negativa" sembra essere rimasta apparentemente invariata, ma – di fatto – i passaggi da una fascia all'altra sono stati gradualmente, senza che si verificasse un salto da "molto negativa" a "nella media". In due casi, invece, non si è verificato alcun cambiamento di fascia di punteggio, sebbene lo scoring sia di fatto leggermente migliorato da una somministrazione alla successiva (es. da 93 in T₀ a 99 in T₁ – entrambi appartenenti alla fascia "nella media").

CONCLUSIONI

Da i dati raccolti durante questo progetto pilota emerge come la modalità online non abbia compromesso sia lo svolgimento dell'attività di gruppo, che l'efficacia del trattamento. Nel contesto della pandemia, la necessità di ricorrere alla procedura da remoto si è rivelata non di ostacolo, ma ha – anzi – permesso scambio, confronto e condivisione fra i ragazzi. Ha favorito, inoltre, una loro

Autostima (TMA)



costante presenza alle sessioni, risolvendo così problematiche legate alla distanza, a difficoltà e limiti negli spostamenti e alle limitazioni specifiche imposte dal Covid-19, permettendo loro di portare avanti lo studio in condizioni di sicurezza e stabilità. Ulteriori valutazioni relativamente a fattori positivi legati all'utilizzo della Teleriabilitazione e a limiti connessi a differenti variabili, nonché una maggiore capacità di gestire altri aspetti intrinseci nella metodica (garanzie di riservatezza, riproducibilità, ad esempio) saranno possibili con il progressivo ampliamento del campione di studio e il proseguimento dell'attività in corso.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Programma Innovativo TR57, DSMD ASST Brianza*
° *Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze,
ASST Brianza.*

CORRISPONDENZA:

antonio.amatulli@ast-brianza.it

BIBLIOGRAFIA

1. Read H., Roush S., Downing D., *Early Intervention in Mental Health for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review*, The American Journal of Occupational Therapy, Vol. 72 (5), 1-8, 2018.
2. Davey C.G., McGorry P.D.: *Early intervention for depression in young people: a blind spot in mental health care*, Lancet Psychiatry, Mar;6(3):267-272, 2019.
3. McGorry P.D., Mei C.: *Early intervention in youth mental health: progress and future directions*, Evid Based Ment Health, Nov;21(4):182-184, 2018
4. Chanen A.M., Nicol K., Betts J.K., Thompson K.N.: *Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People*, Current Psychiatry Reports Vol. 22 (25), 2020
5. Monzani E., Meneghelli A. & Percudani M. a cura di: *Stati mentali a rischio: Riconoscere, prevenire, curare nei giovani*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2019
6. Preti A., Pisano A., Cascio M.T., Galvan F., Monzani E., Meneghelli A., Cocchi A.: *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, 2012
7. Cornoldi C., De Beni R. e Gruppo M.T.: *Imparare a studiare. Strategie, stili cognitivi, metacognizione e atteggiamenti nello studio*, Erickson, Trento, 2015
8. Tirelli, V., Cavallini, F., & Casarini, F.: *Compiti a casa: un mezzo di collaborazione tra scuola e casa*, Psicologia dell'educazione, Vol 8 (1), 55-80, 2014
9. Epstein, J. L., Salinas, K. C., & Van Voorhis, F. L.: *Prototype TIPS Interactive Homework Activities for the Elementary and Middle Grades*. Center on School, Family, and Community Partnerships, Johns Hopkins University, Baltimore, 2001
10. Motevalli, S., Roslan, S., Sulaiman, T., Sahandri, G., Hassan, N., & Garmjani M.: *New Study Skills Training Intervention for Students Who Suffer from Test Anxiety*, Asian Social Science, 7, 85-96, 2013
11. Miller D.L. & Kelly M.L.: *The use of goal setting and contingency contracting for improving children's homework performance*, Journal of Applied Behaviour Analysis, 27, 73-84, 1994
12. Xu, J.: *Validation of scores on the homework management scale for high school students*, Educational and Psychological Measurement, 68(2), 304-324, 2008
13. Tirelli V.: *Homework e Study Skills: verso un intervento efficace e socialmente significativo*, tesi di dottorato di ricerca, Università degli studi di Parma, ciclo XXVII, Mancini T., 2015
14. Issues I face (n.d. web), *Study skills: choose a good study area*, <https://issuesiface.com/magazine/choose-a-good-study-area>
15. Bucks County Community College (n.d. web), *Managing your time and study environment*, <http://faculty.bucks.edu/specpop/time-manage.htm>
16. Sanavio E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G., Zotti A.M.: *Cognitive Behavioural Assessment 2.0 - Scale primarie*, Giunti Editore, Firenze, 1985
17. Bracken B.A.: *TMA. Test di valutazione multidimensionale dell'autoestima*, Erickson, Trento, 1993
18. Psychiatry on line (n.d. web), *Ansia-tratto, ansia-stato*, <http://www.psychiatryonline.it/node/3606>

L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano

Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.

INTRODUZIONE. QUALI IMPATTI DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA DI PERSONE CON DISAGIO PSICHICO?

Quanto e quale è stato l'impatto della pandemia da Covid-19 sugli esiti riabilitativi e occupazionali dei percorsi di inclusione lavorativa di pazienti in carico ai servizi psichiatrici territoriali? Quale quello sui servizi e sulle attività territoriali che si occupano di lavoro per persone con disabilità psichica? Quali modelli d'inclusione lavorativa possono adattarsi più elasticamente a caratteristiche contestuali mutate ed emergenziali come quelle appena passate?

Esiste uno certo consenso sul fatto che, nell'ambito della pandemia nel 2020, la riorganizzazione dei sistemi sanitari lombardi non abbia intaccato l'attività dei servizi di salute mentale, che è stata, infatti, ridimensionata e ricalibrata seguendo le progressive direttive dei legislatori regionali e nazionali, senza però essere mai sospesa (Bartali et al., 2020). Esiste anche evidenza della tipologia di rimodulazioni che sono avvenute, quali l'avvio di azioni di telepsichiatria che si sono rivelate valide (Thomas et al., 2020), il potenziamento di azioni di assistenza domiciliare e la variazione di alcune tipologie di prestazioni (Saponaro et al., 2020). Minori elementi si riscontrano sull'impatto che può aver avuto il periodo pandemico sui servizi che si occupano d'inclusione lavorativa in psichiatria e in generale sull'integrazione lavorativa delle persone con problematiche di salute mentale. Nell'esperienza bolognese, caratterizzata dall'adesione al modello dell'Indi-

vidual Placement and Support (IPS), la rimodulazione ha previsto il passaggio a videochiamate, telelavoro e formazione a distanza (Ceroni et al., 2020), ma l'impatto più dettagliato in termini di esito non è definito.

A differenza di altre discipline e saperi attivi in salute mentale, i processi e gli esiti di chi si occupa d'inclusione lavorativa sono strettamente correlati alle dinamiche generali del mercato del lavoro. In merito a ciò, l'anno 2020 ha costituito in Italia "una crisi senza precedenti" che ha visto un calo dell'occupazione pari al 2% a livello nazionale (ISTAT, 2020). A livello locale, la città metropolitana di Milano ha registrato una perdita di posti di lavoro pari a circa 19.000 unità, soprattutto nei settori del commercio, alberghi e ristoranti; sono stati particolarmente colpiti i giovani tra i 15 e i 24 anni di età, il cui tasso di occupazione è calato dal 21,4% del 2019 al 18,9% (Assolombarda, 2020).

IL SISTEMA DI RETE PER IL LAVORO DI PERSONE CON FRAGILITÀ PSICHICA NELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

A Milano è attivo il Progetto Innovativo Regionale TR106 dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco, che dal 2009 si è occupato di raccordare, rafforzare, implementare la rete cittadina per l'inclusione sociale e lavorativa per persone con difficoltà psichica in carico ai Servizi di salute mentale della città e che ha nel tempo costruito e consolidato un osservatorio atto a raccogliere dati, elaborarli e divulgarli (Caputo et al., 2013).

Il progetto si è strutturato in un contesto particolare e problematico. Erano presenti risorse e opportunità, ma in uno scenario di proliferazione confusa, in una rete cittadina non sempre attraversata da autentico spirito collaborativo. Queste risorse, pur presenti, erano frammentate e non equamente accessibili ai pazienti, e le competenze professionali non erano ottimizzate e fruibili nella rete. Era, inoltre, carente una metodologia condivisa che garantisse ai candidati programmi di sele-

zione, formazione, accompagnamento e mantenimento del posto di lavoro nel rispetto della salute del lavoratore e delle richieste delle imprese. Si andava così ad alimentare una confusione concettuale fra lavoro – inteso come fonte di benessere, senso, prodotto e reddito - e occupazione – intesa come occupazione del tempo, senza costruire significato o generatività per i pazienti e per le imprese. Le incomprensioni e le differenze di obiettivi tra comparto sanitario e comparto produttivo alimentavano divergenze, inefficienze e isolazionismi.

La scelta strategica e di politica sanitaria non è stata quella di centralizzare o costituire un ulteriore servizio per l’inserimento lavorativo, che andasse a sovrapporsi a quanto già reperibile nel contesto sanitario e dei servizi al lavoro comunali e regionali, ma al contrario di ottimizzare il più possibile la ricchezza delle opportunità già presenti sul territorio, di favorirne l’integrazione, l’omogeneizzazione e l’equa accessibilità, in un’ottica di non frammentazione degli interventi. Il modello organizzativo di intervento prevede una regia centrale partecipata, che promuova accordi operativi fattivi e procedure monitorate in una visione d’insieme tra istituzioni sanitarie, sociali e mondo del lavoro. L’obiettivo è che sia garantita alla persona con disagio psichico in carico alle equipe dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) metropolitani (denominate Poli Lavoro) l’accessibilità a tutte le risorse del territorio in termini di inclusione lavorativa, e al contempo sia favorita l’ottimizzazione delle opportunità già presenti sul territorio in termini di integrazione, omogeneizzazione e appropriatezza degli interventi. Gli elementi peculiari del modello costituitosi sono quindi la Governance centrale e partecipata, finalizzata e raccogliere e diffondere informazioni sull’andamento delle opportunità in rete e a costruire strategie di volta in volta su bisogni emergenti; la figura del Coach di Rete, ovvero un professionista formato per realizzare e garantire la connessione fra esigenze del singolo candidato al lavoro e la rete delle opportunità del territorio, che collabora attivamente nell’apportare sviluppo ai sistemi di rete; un’equipe funzionale sovra-zonale,

con il ruolo di regia centrale e il compito di essere garante degli accordi inter-istituzionali, nonché del valore clinico dell’intervento.

Dal 2012 al 2019 sono transitati dal PIR TR-106 più di mille pazienti (Ferrara et al, 2021) ed è in corso di stesura l’analisi dei principali esiti sui percorsi riabilitativi dei pazienti. La progressiva maggior congruità delle segnalazioni, il ridotto numero di drop out e gli esiti occupazionali evidenziano come sia cresciuta nel tempo e sia diffusa una cultura clinico-riabilitativa rivolta al lavoro, sia per i soggetti da accompagnare alla ricerca di opportunità occupazionali, sia per i soggetti già occupati. È, inoltre, diminuita la frammentazione, la sovrapposizione degli interventi e la disomogeneità dei servizi offerti dai diversi DSMD ai propri assistiti; è aumentata la fruibilità e l’accessibilità delle risorse del territorio per l’inclusione sociale, l’appropriatezza degli interventi, la cultura della compartecipazione e della condivisione, con un focus privilegiato sul benessere del candidato al lavoro. Non per ultimo, il sistema collaborativo creatosi ha saputo definire e diffondere strumenti per accrescere il dialogo con il comparto aziendale, aiutando la finalizzazione fattiva dei processi d’inclusione.

GLI IMPATTI DELLA PANDEMIA SULLA RETE PER IL LAVORO MILANESE E SUI PERCORSI DEI CANDIDATI. QUALI GLI ASPETTI DA VIGILARE E QUALI LE RIMODULAZIONI AUSPICABILI

Nonostante le limitazioni legate al periodo, nella primavera 2020 è stato possibile mantenere in essere la maggior parte delle attività offerte sia ai candidati in carico ai Poli lavoro dipartimentali, sia ai partner della rete cittadina che si occupano di lavoro, anche grazie all’utilizzo di dispositivi a distanza (colloqui telefonici e/o in videochiamata, equipe in video-conferenza, gruppi da remoto). Questo risultato è stato ottenuto attraverso una serie di azioni concrete e strategiche.

Come referenti di progetto ci siamo preoccupati in

primo luogo del gruppo di lavoro, non solo per contenere le reazioni ansiose che ogni persona o operatore sanitario può avere in un periodo di criticità (Cerveri, 2021; Carmassi, 2021), ma anche per le peculiarità del modello organizzativo del sistema di rete sostenuto dal progetto, che - come tutti i modelli organizzativi - ha caratteristiche specifiche, limiti e risorse proprie. A differenza di un servizio centralizzato con un gruppo di lavoro numericamente importante, questo sistema di rete si appoggia su piccoli gruppi di operatori dei DSMD (i Poli Lavoro), impiegati in questo compito per un impegno spesso parziale del proprio tempo lavorativo, aiutati nell'interconnessione e nelle focalizzazioni operative dai Coach di rete. Si crea così un sistema di contatti e di vicinanze che risulta fluido, caratterizzato da molte parzialità (di tempo, di appartenenze istituzionali e professionali), che deve sapersi calibrare su più livelli, dal piano teorico-clinico a quello pratico-amministrativo. Agli operatori del PIR TR106 viene, quindi, richiesta alta autonomia sul piano psicologico e funzionale, attitudini di problem solving individuali elevate, capacità di modulare le proprie identificazioni professionali e attitudinali, e altro ancora. Per questo motivo abbiamo deciso di attivare un intervento di coaching di gruppo, tenuto da un formatore esterno, per aiutarci a evitare reazioni ansiose, di isolamento o altre forme di stress, che potessero esitare in una frammentazione del gruppo di lavoro e quindi in disconnessione col territorio. Siamo stati aiutati a comprendere meglio il periodo, individuare direttive validate per attraversare il momento storico e aumentare, quindi, le risorse di resilienza a nostra disposizione. Il nostro lavoro è orientato quotidianamente a tenere insieme e far funzionare un sistema di rete, funzione che sarebbe stato arduo svolgere se non ci fossimo curati "di tenere insieme" psicologicamente noi stessi e il nostro gruppo di lavoro durante il periodo pandemico.

È stata poi costruita e inviata una Survey come azione diagnostica in rete, che rilevasse l'accessibilità ai servizi e alle opportunità da remoto, sia dei pazienti candidati al

lavoro che degli operatori stessi dei Poli Lavoro. Gli esiti della Survey ci hanno consentito di fotografare l'esistente e di approntare soluzioni su misura. Come è facile immaginare, i Poli Lavoro sono andati in sofferenza durante i due mesi di lockdown: l'operatività è stata fortemente limitata, il passaggio al lavorare da remoto con pazienti e aziende non è stato immediato, né di facile attuazione, oltre al fatto che alcuni operatori sono stati riassorbiti da altre necessità più urgenti del DSMD o della propria vita personale. A ciò si è affiancato il monitoraggio e l'attivazione costante verso i Poli dei Coach di rete, che non hanno mai fatto mancare loro reperibilità, sostegno, attivazione verso i problemi da risolvere di volta in volta.

Il tavolo di Integr@lavoro (www.integralavoro.com) ha inoltre rappresentato durante il periodo di lockdown una opportunità aumentata per interconnettere e favorire lo scambio per gli operatori dei Poli Lavoro. Visto il rischio di frammentazione causato dalla difficoltà di incontro delle equipe dei dipartimenti, è stata accolta di buon grado da parte dei coach dei Poli Lavoro la proposta del PIR TR106 di estendere gli incontri mensili non solo ad un referente per polo, ma a tutti gli operatori deputati, traslando gli incontri del tavolo in virtuale. Questa modifica non solo ha favorito uno scambio proficuo di informazioni, normative e risorse in linea con le contingenze del periodo, in continuo aggiornamento e spesso ignote agli attori in gioco, ma ha anche avuto una funzione di argine rispetto ai vissuti - nonché alle condizioni oggettive, in alcuni casi - di isolamento degli operatori e di frattura rispetto all'andamento ordinario delle proprie attività.

Durante il periodo emergenziale è stata anche disposta una riformulazione in modalità da remoto dei gruppi di formazione/informazione al lavoro già previsti dal calendario 2020, e sono stati proposti gruppi mirati ad hoc su vari focus per sostenere i pazienti nel periodo pandemico. Purtroppo una parte di questi non sono partiti per mancanza di candidature da parte dei coach dei Poli: questo è attribuibile sia alla resistenza iniziale

– oggi giorno del tutto scomparsa - a livello culturale da parte degli operatori sanitari nel proporre ai pazienti gruppi formativi online, sia alle sopra citate condizioni di operatività molto ridotta, che si è tradotta nel mantenimento dei servizi esclusivamente essenziali da parte dei Poli Lavoro.

I sistemi di coordinamento consolidati da anni di progetto hanno favorito una fluida gestione delle iniziative gestionali e amministrative connesse all'emergenza, quali la pronta gestione delle sospensioni o interruzioni dei tirocini in essere presso le aziende ospitanti, in raccordo con il Comune di Milano, ente erogatore del fondo sociale, e in ottemperanza delle progressive comunicazioni da parte del decisore regionale. Gli utenti in fase di sospensione lavorativa sono stati monitorati e contattati con regolarità da remoto. I Poli Lavoro sono stati in grado di continuare nel monitoraggio dei pazienti inseriti presso le aziende, che non hanno sospeso le attività produttive e svolgevano quotidianamente l'attività in smart-working, oltre a disporre ragionevoli accomodamenti e adattamenti delle mansioni nelle situazioni che lo richiedevano.

Sebbene alcuni eventi pubblici siano stati annullati o posticipati, le attività procedurali di coordinamento e di raccordo istituzionale non hanno subito battute di arresto, mantenendo in rete i Poli Lavoro, i referenti comunali, il Centro di Mediazione al Lavoro del Comune attraverso la comunicazione da remoto. Sono stati mantenuti i tavoli già calendarizzati, spostandoli su piattaforme online, tra cui il Tavolo "Abilitiamo la dis-Abilità", un gruppo di lavoro interaziendale per la sensibilizzazione e la diffusione di best practice sull'inclusione lavorativa delle persone con disabilità, al quale partecipano importanti aziende di carattere nazionale. È stato organizzato e svolto un webinar rivolto a medie e grandi aziende sul tema Inclusione Lavorativa per le persone con disagio mentale, così come commissionato dal tavolo "Abilitiamo la disabilità". Ha proseguito le sue attività anche il Tavolo per la programmazione della formazione annuale e continua degli operatori di Integralavoro, nonché il gruppo di lavoro sulla raccolta e analisi dei dati.

Nel complesso, a nostro avviso tre fatti si sono rivelati di grande utilità per ridurre l'impatto della situazione pandemica sulle possibilità occupazionali e sul benessere di candidati in carico ai Poli lavoro: il livello elevato di codifica dei processi, consolidata da anni di prassi e ormai di immediato accesso nella mente degli operatori dei Poli; la presenza e la immediata reperibilità degli interlocutori della rete per il lavoro, che si è attivata in modo particolare tramite i Coach di rete del progetto; la funzione di regia centrale prevista dal Progetto, che ha consentito celerità e adeguatezza nel mettere in campo azioni mirate di monitoraggio e di intervento sui bisogni via via emergenti.

Se confrontiamo i dati sugli interventi 2020 con l'anno 2019, si riscontra in primo luogo un aumento delle prestazioni non riconducibili direttamente al paziente, che sono state comprensibilmente più elevate. Viste le contingenze, le azioni progettuali si sono maggiormente orientate verso funzioni di raccordo rivolte sia al comparto sanitario, sia alla rete dei servizi per il lavoro, al fine di favorire risposte coerenti e coese nella gestione di questioni emergenziali rispetto al tema dell'inclusione lavorativa. Pertanto, in continuità con il mandato istituzionale del progetto, sono state incrementate tutte quelle azioni volte a garantire una rete coordinata fra servizi sanitari e imprese, al fine di affrontare e co-costruire problem solving ai nodi della rete che impediscono la fruizione delle risorse, rese ancora meno accessibili data la situazione emergenziale.

Dal punto di vista degli esiti, nel 2020 si è riscontrato un lieve aumento nelle formazioni avviate (dal 55 al 59%), e una quota raddoppiata di interventi relativi ad azioni di mantenimento del posto di lavoro (dal 4 al 7%). Questa tipologia di interventi di fatto non sarebbe specifica del Progetto, in quanto come azione viene effettuata in autonomia dai Poli Lavoro. Il dato è da attribuire all'elevata richiesta di consulenze che i Poli hanno indirizzato ai coach di rete e/o al gruppo scouting del PIR TR106 relativamente a tutte quelle azioni inerenti i cambiamenti negli scenari aziendali causati dall'epidemia (licenziamento e

ammortizzatori sociali) e alla ricerca di un miglioramento della situazione lavorativa in essere.

A fotografare, però, il duro impatto del periodo pandemico sul mercato del lavoro e quindi dell'occupazione della nostra fascia di utenza, riscontriamo tra il 2019 e il 2020 un calo sostanziale sia nella percentuale di stage attivati (che passano al 22%), sia nel tasso di assunzioni con contratto di lavoro (calati al 12%, dati in corso di pubblicazione). Diverse realtà aziendali, infatti, una volta avviato il processo di selezione, non si sono poi più rese disponibili a procedere con il matching, a effettuare il colloquio o hanno posticipato o annullato la selezione causa COVID-19.

D'altro canto, si è anche osservato nei tavoli istituzionali ai quali partecipiamo un massiccio intervento promosso dalle aziende a favore del benessere dei loro lavoratori, in un periodo in cui l'emergenza ha reso ciò cruciale. Questo ha rappresentato uno stimolo al cambiamento a livello culturale e a livello strutturale per le aziende, attraverso un miglioramento delle condizioni di lavoro, che in più occasioni ha favorito una maggiore inclusione delle differenze e ha aperto il dialogo con nuove risorse aziendali e del terzo settore. Per dirla con le parole di un nostro interlocutore aziendale, nel lockdown "sono cadute le barriere fra disabili e non disabili, perché all'improvviso siamo diventati tutti disabili".

CONCLUSIONI. UN SISTEMA ELASTICO CHE FAVORISCE ALLINEAMENTI OPERATIVI, CENTRATURE PROGRESSIVE ED INTERVENTI FOCALIZZATI SUI BISOGNI EMERGENTI

Il 2020 ha visto a causa della pandemia da Covid 2019 uno scenario di difficoltà e di crisi del sistema lavorativo nel territorio milanese per candidati al lavoro con disagio psichico, che ha visto dimezzare gli esiti in termini occupazionali e di stage; un moderato aumento delle azioni di mantenimento e di formazione per gli utenti; una rimodulazione verso interventi consulenziali per

sostenere la rete e gli adattamenti necessari ai percorsi occupazionali. Il sistema di rete ha saputo rispondere in modo mirato ed elastico, adattandosi alle necessità del momento, individuando strategie mirate per favorire resilienza, coesione, operatività per una pronta ripartenza nel post pandemia. Lo dimostrano i dati in netta ripresa nel I semestre del 2021. Alcune innovazioni sperimentate nel periodo, come le attività da remoto in gruppo e a coppie (riunioni, gruppi di formazione e riabilitazione, tavoli istituzionali, webinar) hanno acquisito consistenza e guadagnato legittimazione.

È possibile affermare che, nonostante le limitazioni e le necessarie cautele dettate dalle contingenze attuali, il sistema di rete venutosi a creare ha permesso al progetto di continuare ad operare come garante della continuità di servizi inerenti all'inclusione lavorativa, intesa come parte integrante del percorso di cura. Allo stesso tempo la solidità del sistema e la rete dei servizi cittadini messi in campo dal 2009 a oggi hanno rappresentato un'opportunità per raccogliere e far fronte a bisogni emergenti del candidato al lavoro con fragilità psichica e per promuovere quegli accomodamenti, sia all'interno del comparto sanitario, sia del comparto aziendale utili a trasformare lo scenario attuale in un'opportunità di innovazione sociale e tecnologica anche per i pazienti psichiatrici.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

Asst Fatebenefratelli-Sacco, Milano

CORRISPONDENZA:

quarenghi.andrea@asst-fbf-sacco.it

rubelli.paola@asst-fbf-sacco.it

barbara.sanna@asst-fbf-sacco.it

BIBLIOGRAFIA

1. Barlati S., Calzavara Pinton I., Savorelli A., Vita A. *L'impatto dell'emergenza COVID-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica e organizzazione*. Noos, Il pensiero scientifico editore, 1:2020
2. Thomas R.K., Suleman R., Mackay M., et al. *Adapting to the impact of COVID-19 on mental health: an international perspective*. J Psychiatry Neuroscience 2020; 45: 229-33
3. Saponaro A., Ferri M., Ventura C., Carozza M.P., Chiesa S., Fioritti A., Grassi G., Natali A., Pellegrini P., Ravani C., Starace F. *Monitoraggio impatto pandemia COVID-19 sui Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche. Sestante*. Rivista scientifica di valutazione nella salute mentale, dipendenza patologica e salute nelle carceri, n.10 luglio 2020
4. Ceroni P., Azzali C., Molinaro V.I., Daolio M.C., Sartori E., Costa M., Bertè G., Rizzi D., Bassi E., Pellegrini P. *Una diversa vicinanza. La realtà del CSM di Parma. Sestante*. Rivista scientifica di valutazione nella salute mentale, dipendenza patologica e salute nelle carceri, n.10 Luglio 2020
5. ISTAT, Istituto nazionale di statistica. *Il mercato del lavoro 2020. Una lettura integrata*. www.istat.it/archivio
6. Centro Studi di Assolombarda. *Comunicato stampa del 1 aprile 2021*. www.assolombarda.it/media
7. Caputo C., Franciosi E., Maranesi T., Percudani M., Quarenghi A. *I progetti per l'integrazione lavorativa nelle pratiche riabilitative dei servizi per la salute mentale*. Capitolo all'interno di Cerati G. Percudani M, Petrovich L, Vita A. *La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*. Mc Graw-Hill 2013
8. Ferrara L., Varinelli A., Caricasole V., Dragoni C., Mazzardis S. Quarenghi A., Rubelli P., Fusi A. Percudani M., Cisima M., Mencacci C., Maranesi T., Gambini O., Barbieri V., Brambilla P., Lazzaretti M., Carrà G., Latina A., Viganò C., Dell'Osso B. *A longitudinal analysis of a work inclusion model for psychiatric patients in the Mental Health Departments of the city of Milan*. International Journal of Social Psychiatry 1-9, 2021
9. Carmassi C., Cerveri G., Bertelloni C.A., Marasco M., Dell'Osse 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
10. Cerveri G. *Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19*. Psichiatria Oggi, n.1 del 2021
11. Regione Lombardia. Comunicati in materia di tirocini extracurricolari del 12 marzo 2020, 30 marzo 2020, 16 aprile 2020

I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi.

*Uno studio condotto presso il CPS
Giovani di Milano*

Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.

INTRODUZIONE

Negli ultimi due anni il virus SARS-Cov-2 si è progressivamente diffuso a livello globale a partire dal suo focolaio iniziale a Wuhan (in Cina) generando, ad oggi, un totale di più di 250 milioni di casi accertati di contagio nel mondo (dati del Ministero della Salute). Le conseguenze del propagarsi della pandemia sono tuttavia andate oltre l'aspetto prettamente sanitario, estendendosi ad implicazioni economiche e psicosociali. Uno studio retrospettivo americano ha evidenziato come una diagnosi di Covid-19 fosse associata con l'aumento dell'incidenza di una prima diagnosi psichiatrica nei 90 giorni successivi (Taquet et al., 2020). Tuttavia, non è stato solo l'impatto diretto del virus ad avere conseguenze sulla salute mentale della popolazione. Nel tentativo di ridurre le infezioni sono state infatti introdotte dai governi drastiche misure di contenimento e restrizione, che hanno significativamente limitato i contatti interpersonali. Proprio l'isolamento sociale è stato un fattore rilevante intervenuto nella compromissione della salute mentale della popolazione a livello globale. Studi condotti sulla precedente epidemia di SARS del 2003 avevano, in effetti, già identificato le conseguenze di misure come la quarantena sulla salute mentale, registrando soprattutto un aumento di diagnosi di ansia, depressione, disturbo post traumatico da stress (PTSD) e comportamenti evitanti (Brooks et al., 2020). Su queste basi, molti clinici e ricercatori, con l'esplosione della nuova pandemia, hanno annunciato l'emergenza di una "crisi della salute mentale globale". L'impatto

psicopatologico della pandemia di Covid è stato studiato inizialmente soprattutto in Cina, riportando come la maggioranza della popolazione cinese, dal 7% al 53.8%, a seconda degli studi, abbia sperimentato distress psicologico durante le prime fasi della pandemia (Talevi et al., 2020). A livello mondiale, nella popolazione non esposta a rischio lavorativo specifico, viene riportato un generale aumento delle principali forme di disagio psicologico quali ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico, disturbi del sonno, abuso di sostanze o alcol e disturbi alimentari (Ferrari et al., 2021). Ad esempio, in una ricerca irlandese condotta tra marzo e aprile del 2020 su un campione di più di 1000 soggetti, il 20% manifestava disturbo d'ansia generalizzato e il 22.8% depressione (Hyland et al., 2020). Inoltre, il sondaggio realizzato a luglio del 2020 dal KFF Health Tracking Poll ha trovato che il 36% dei soggetti aveva difficoltà nel riposo notturno e il 32% presentava iporessia; inoltre, vi era stato un aumento del 12% dell'utilizzo di alcol e sostanze (Hamel et al., 2020). Infine, un precedente studio italiano ha registrato un leggero ma significativo aumento dei ricoveri per tentato suicidio nel periodo post lockdown, se comparato agli stessi periodi del 2018 e del 2019 (Boldrini et al., 2021).

Nonostante, come già esposto, l'emergenza sanitaria abbia avuto un pesante impatto su tutta la popolazione, sembrerebbe aver gravato in modo importante sulla salute mentale dei giovanissimi. L'adolescenza e la giovane età adulta sono periodi caratterizzati da un'accresciuta sensibilità agli stimoli sociali e da un maggior bisogno di contatto con i pari. Molti studi hanno perciò identificato l'interruzione della vita sociale e delle principali attività come preminente fonte di stress percepito nei giovani adulti durante il lockdown. Una ricerca condotta in Svizzera su circa 1600 giovani ha concluso che circa il 48% delle ragazze e il 35% dei ragazzi ha percepito stress elevato nel dover cambiare, cancellare o sospendere le proprie attività; inoltre, circa il 41% delle ragazze e il 38% dei ragazzi inclusi nello studio hanno subito stress psicologico a causa dell'impossibilità di partecipare alle

attività sociali (Mohler-Kuo et al., 2021). Una ricerca condotta in Cina su più di 8000 adolescenti minori di 18 anni ha riportato un'alta prevalenza di sintomi depressivi (43%) e ansia (37%) durante le prime fasi della pandemia. Il genere femminile era il maggiore fattore di rischio per questa sintomatologia (Zhou et al., 2020). Inoltre, diversi studi sulla salute mentale degli adolescenti durante la pandemia hanno ipotizzato un aumento del rischio di sviluppo di PTSD (Liu et al., 2020; Liang et al., 2020). Secondo molte ricerche, la chiusura delle scuole e l'isolamento sociale hanno effettivamente condotto all'aumento di stress e preoccupazione negli adolescenti, oltre che ad una più alta frequenza di comportamenti a rischio (Meherali et al., 2021). In particolar modo, alcuni studi hanno individuato un aumento del 7%, dal 2019 al 2020, di episodi di autolesionismo in bambini e adolescenti, nonostante una generale diminuzione degli accessi ospedalieri psichiatrici nella stessa fascia di popolazione (Ougrin et al., 2021). Un'altra ricerca, condotta nei mesi di giugno e luglio del 2020 su una popolazione di circa 800 ragazzi canadesi, di età media di 15,7 anni, ha trovato come il 26% di essi dichiarasse sia ideazione suicidaria recente che agiti deliberatamente autolesivi (Turner et al., 2021).

METODI

L'obiettivo di questo studio è stato quello di analizzare e monitorare l'accesso ad un servizio specialistico per giovani, sia quantitativamente, rispetto alla richiesta di una prima valutazione, che qualitativamente, soprattutto indagando la presenza di agiti autolesivi nel periodo della richiesta, andando a verificare se ci fosse stato un aumento di questi comportamenti coincidente con la situazione di emergenza sanitaria legata al Coronavirus. La ricerca si è svolta presso il C.P.S. (Centro Psico Sociale) Giovani di via Livigno a Milano, che si occupa dell'identificazione precoce, del trattamento e della presa in carico dei disturbi psichici in età giovanile. Gli utenti del servizio sono giovani adulti (dai 18 ai 24 anni) del territorio di

competenza del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Il campione di studio è composto dai soggetti che hanno effettuato un primo accesso al C.P.S. Giovani nel periodo da maggio a ottobre del 2019 (N=77) e dai soggetti che hanno effettuato un primo accesso al C.P.S. negli stessi sei mesi del 2021 (N=84), per un totale di 161 partecipanti. Sono state analizzate le cartelle cliniche di tutti i soggetti e in particolare le raccolte anamnestiche registrate al primo accesso in C.P.S. e i diari clinici dei primi colloqui. Tramite questa analisi è stato possibile fare un confronto sulla frequenza degli agiti autolesivi nei giovani giunti al servizio in un periodo precedente all'esplosione del Covid-19 e in coloro che hanno avuto invece accesso al C.P.S. successivamente al propagarsi della pandemia.

Nell'analisi della presenza di comportamenti autolesivi sono stati considerati solo quelli agiti nella storia recente (attuali o negli ultimi tre mesi) che, nel caso dei soggetti del 2021, si fossero quindi sviluppati successivamente all'emergere della pandemia. Sono stati inclusi tutti i comportamenti deliberatamente autolesivi (cutting, morsi, graffi, pizzicotti), l'assunzione incongrua di farmaci o sostanze e i tentativi di suicidio, ma anche l'ideazione suicidaria e i pensieri autolesivi.

RISULTATI

Il campione è composto da 69 maschi e 92 femmine, di età compresa tra i 18 e i 24 anni.

Dall'analisi preliminare dei dati è emerso innanzitutto un aumento del 9.1% di richieste di accesso al C.P.S. dal 2019 al 2021. Questo dato risulta significativo nell'evidenziare come, durante l'emergenza sanitaria, ci sia stato nella popolazione giovanile un incremento della sofferenza percepita, tale da richiedere un intervento sanitario. In particolar modo, le diagnosi registrate all'inizio della valutazione dei pazienti giunti al servizio nell'anno 2021 sono state prevalentemente disturbo dell'adattamento,

sindromi ansiose e depressive e disturbi della personalità.

Dei 77 pazienti del 2019, 16 (20.8%) hanno dichiarato la presenza di agiti o pensieri autolesivi attualmente in corso o avvenuti negli ultimi tre mesi. Per quanto concerne invece gli 84 soggetti del 2021, il numero di soggetti con agiti o pensieri autolesivi sale a 30 (35.7%).

DISCUSSIONE

Nonostante i dati provenienti da altre strutture psichiatriche italiane abbiano registrato una riduzione del 41% degli accessi durante il primo lockdown, i dati che si riferiscono al periodo post lockdown riportano un nuovo aumento degli accessi, sino ai livelli pre-Covid (Porcellana et al., 2020). Studi su larga scala sugli effetti a lungo termine della pandemia sono ancora in via di sviluppo, ma è ragionevole aspettarsi che, a causa del considerevole aumento di disturbi mentali dovuti al Coronavirus, vi sia anche un conseguente aumento delle richieste di accesso a strutture di salute mentale, come registrato presso il C.P.S. Giovani.

Si osservi come la pandemia abbia determinato lo svilupparsi di diversi fattori esacerbanti per i comportamenti autolesivi e come, per contro, nei periodi di forti restrizioni vi sia stata una ridotta ricerca di aiuto da parte di questo gruppo vulnerabile, a causa della maggiore difficoltà di accesso alle cure dovuta al lockdown (Warne et al., 2021). Tra i fattori scatenanti, alcune ricerche hanno elencato la solitudine e l'isolamento, l'interruzione della normale routine quotidiana, la preoccupazione generale riguardo all'impatto del Covid, l'isolamento sociale e la perdita del lavoro. Tuttavia, uno dei principali fattori alla base dello sviluppo di agiti autolesivi è stata la presenza di problemi di salute mentale, nati con la pandemia, oppure già preesistenti e peggiorati con la situazione di emergenza sanitaria. In particolare, disregolazione emotiva, ansia e depressione sembrerebbero correlati ai comportamenti autolesivi (Hawton et al., 2021; Nock, 2009). Il risultato è in linea con la letteratura, che testimonia come vi sia stato un generale aumento, connesso con lo sviluppo della

pandemia, di episodi di comportamento autolesivo, sia nella popolazione generale, che nella fascia di popolazione di bambini e adolescenti. Uno studio condotto nel Regno Unito su soggetti maggiorenni durante le prime 5 settimane di lockdown mostra, per l'appunto, un aumento dei casi di comportamenti autolesivi al 27%, dall'11% del 2019 (Olding et al., 2020). Per quanto concerne la popolazione più giovane, una ricerca condotta in Svizzera su 786 soggetti di età media di 22 anni ha trovato che il 9% dei partecipanti riportava almeno un caso di ferita autoinflitta registrata tra la primavera e l'autunno del 2020 (Steinhoff et al., 2021).

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti hanno evidenziato quanto atteso, mostrando come, ad un anno dalla fine del primo periodo di lockdown più severo, vi sia stato un significativo aumento di richieste di aiuto nei giovani. La pandemia di Covid-19 e le conseguenze psicosociali ad essa correlate, così come testimoniato dalla letteratura internazionale, sembrerebbero quindi aver avuto un impatto rilevante sulle vite degli adolescenti e dei giovani adulti, causando malessere psicologico e sofferenza, che è talvolta evoluta in disturbi diagnosticabili. Un dato interessante emerge analizzando le diagnosi di accesso dei ragazzi che hanno messo in atto comportamenti autolesivi. Infatti, questi ultimi non sono presenti solo in casi in cui la sintomatologia è direttamente collegata all'autolesionismo (primo tra tutti il DP borderline), ma talvolta anche in coloro che portano come problematica principale altri sintomi e che fanno emergere i comportamenti autolesivi successivamente, durante la raccolta anamnestica e testistica. Tra le diagnosi di accesso al C.P.S. dei soggetti che hanno dichiarato agiti autolesivi troviamo, infatti, oltre al DBP, disturbo da attacco di panico, DP NAS e psicosi.

Nonostante l'emergenza sanitaria, il C.P.S. Giovani ha garantito, anche durante il periodo di lockdown, il procedere di tutti i servizi di base e il progredire dei percorsi di cura, anche avvalendosi dell'implementa-

zione di tecniche di telemedicina (utilizzo di tablet per videochiamate o colloqui telefonici), riuscendo in questo modo a fronteggiare l'aumento generale delle richieste e l'incremento della casistica di pazienti potenzialmente "gravi", dimostrati dai dati raccolti in questo studio. Alcune ricerche condotte a partire dal diffondersi della pandemia hanno dimostrato l'utilità della telepsichiatria e l'efficacia dei trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici eseguiti telematicamente, seppur riconoscendone alcuni limiti (E Reay et al., 2020; Guinart et al., 2020).

La crescita così significativa del numero di ragazzi che hanno manifestato agiti autolesivi, ha condotto ad una riflessione sulla risposta che il servizio può offrire a questa problematica. Già prima dell'emergenza legata al Coronavirus, era attivo presso il C.P.S. un gruppo di Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) che, come comprovato da una foltissima letteratura, risulta essere significativamente efficace per il trattamento del disturbo borderline di personalità (Murphy et al., 2020; Pasiczny et al., 2011). Compresa la necessità della continuità di questo servizio, specialmente in un momento di forte esposizione ad eventi stressanti come è stato quello della pandemia, il gruppo DBT ha sempre proseguito, anche durante i mesi di restrizioni, tramite degli incontri svolti da remoto su piattaforme online. Ad oggi, l'accesso alla terapia DBT è stato reso possibile ad un numero maggiore di pazienti; l'obiettivo per il prossimo futuro è quello di differenziare la proposta di trattamento DBT sulla base dello stadio di malattia a cui si trova ciascun soggetto e soprattutto di poter offrire questa terapia non solo a ragazzi con diagnosi di DBP, ma anche a coloro che presentano significativa disregolazione emotiva ed agiti autolesivi, ma in un quadro diagnostico differente, come alcuni dei soggetti partecipanti allo studio.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *CPS Giovani via Livigno*

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze - ASST

Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

CORRISPONDENZA:

simona.barbera@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. Boldrini T., Girardi P., Clerici M. et al. *Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: Reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, Volume 110, 2021.
2. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., & Rubin GJ. (2020). *The information psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Lancet. Mar 14;395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
3. E Reay R., Looi, J. Keightley P. et al., *Telehealth mental health services during COVID-19: summary of evidence and clinical practice*. Australasian Psychiatry 2020, Vol 28(5) 514-516.
4. Ferrari G., Martori G. *Disagio psichico, dipendenze e suicidio nella popolazione durante la pandemia da COVID-19: una revisione narrativa della letteratura*. G Ital Psicol Med Lav. 2021;1(1):11-22.
5. Giallonardo V., Sampogna G., Del Vecchio V., et al. (2020) *The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial*. Front. Psychiatry 11:533
6. Guinart D., Marcy P., Hauser M. et al. *Patient Attitudes Toward Telepsychiatry During the COVID-19 Pandemic: A Nationwide, Multisite Survey*. JMIR Ment Health 2020;7(12):e24761.
7. Hamel L., Kearney A., Kirzinger A. et al. *KFF Health Tracking Poll – June 2020 – Racism, Protests, and Racial Disparities – 9491*.
8. Hawton K., Casey D., Bale E. et al. *Self-harm during the early period of the COVID-19 pandemic in England: Comparative trend analysis of hospital presentations*, Journal of Affective Disorders, Volume 282, 2021, Pages 991-995.
9. Hyland P., Hevlin M., McBride O. et al. *Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic*. Acta Psychiatr Scand 2020; 142: 249-256.
10. Liang L., Gao T., Ren H. et al. *Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency*. Journal of Health Psychology 2020, Vol. 25(9) 1164-1175.
11. Liu N., Zhang F., Wei C. et al. *Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter*. Psychiatry Research 287, 2020.
12. Meherali S., Punjani N., Louie-Poon S., Abdul Rahim K., Das J.K., Salam R.A., Lassi Z.S. *Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 3432.
13. Mohler-Kuo M., Dzemaili S., Foster S., Werlen, L., Walitza S. *Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 4668.
14. Murphy A., Bourke J., Flynn D. et al. *A cost-effectiveness analysis of dialectical behaviour therapy for treating individuals with borderline personality disorder in the community*. Irish Journal of Medical Science (1971 -) (2020) 189:415-423.
15. Nock M.K. *Why Do People Hurt Themselves?: New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury*. Curr Dir Psychol Sci. 2009 Apr 1;18(2):78-83.
16. Orben A., Tomova L., Blakemore S. *The effects of social deprivation on adolescent development and mental health*. Lancet Child Adolesc Health 2020, 4: 634-40.
17. Ougrin D., Wong B., Vaezinejad M. et al. *Pandemic relate emergency psychiatric presentations for self harm of children and adolescents in 10 countries (PREP kids): a retrospective international cohort study*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2021.
18. Pasioczny M., Connor J. *The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial*. Behaviour Research and Therapy, Volume 49, Issue 1, 2011, Pages 4-10.
19. Porcellana M., Morganti C., Boccalari L., et al. *The impact of*

-
- the COVID-19 emergency in a community mental health setting of a metropolitan hospital*. Journal of Psychopathology 2020; 26:134-40. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-399>
20. Talevi D., Socci V., Carai M., et al. *Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic*. Riv Psichiatri 2020; 55(3): 137-144.
21. Taquet M., Luciano S., Geddes J.R. et al. *Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA*. Lancet Psychiatry 2021; 8: 130-40.
22. Turner B.J., Robillard C.L., Ames M.E. *Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation and Deliberate Self-harm in Canadian Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2021.
23. Warne N., Heron J., Mars B. et al. *Disordered eating and self-harm as risk factors for poorer mental health during the COVID-19 pandemic: A population-based cohort study*. medRxiv 2021.04.30.
24. youngminds.org.uk. *Coronavirus: Impact on young people with mental health needs*. Survey 2: Summer 2020.
25. Zhou S.-J., Zhang L.-G., Wang L.-L. et al. *Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2020.

Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto

Il Programma Dafne in ASST Lariana

Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.

INTRODUZIONE

Il cervello umano produce attività elettrica in forma di onde che possono essere rilevate dall'elettroencefalografo attraverso il posizionamento di elettrodi in punti specifici del capo. Quando vengono analizzati i risultati di una misurazione elettroencefalografica i clinici sono in grado di identificare determinati schemi di onde cerebrali sulla base dei valori di frequenza e ampiezza. Le onde cerebrali nello stato di veglia assumono diverse frequenze e sono identificate come: onde alfa (medie), onde beta (veloci) e onde theta (lente). Le onde alfa vengono registrate quando il soggetto si trova in uno stato rilassato e non pensa attivamente o non interagisce con il proprio ambiente. Le onde beta sono presenti quando la persona interagisce con l'ambiente circostante e si concentra, pensa o risolve i problemi. Le onde theta sono spesso osservate durante i periodi di sonnolenza, nel sognare ad occhi aperti o durante il sonno leggero, ma possono anche verificarsi durante l'iperattività senza pensieri e irrequieta. Un quarto tipo di onda cerebrale, chiamato delta, si osserva nel sonno profondo.

L'analisi dei tracciati elettroencefalografici (EEG) dei soggetti affetti da ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) permette di distinguere due pattern principali: uno caratterizzato da bassi livelli di eccitazione nelle aree cerebrali frontali, con eccesso di onde theta e deficit di onde beta e un secondo gruppo caratterizzato da un eccesso di attività (hyperarousal) sulle regioni frontali, con incremento relativo di onde beta e decremento delle onde alfa e del rapporto theta/

beta. Quest'ultimo pattern si rileva frequentemente nei pazienti che mostrano una ridotta risposta al trattamento psicofarmacologico (Monastra et al., 2005).

I sostenitori del Neurofeedback (NF) suggeriscono che il cervello può essere allenato per modificare l'attività EEG in specifiche regioni cerebrali al fine di ridurre i sintomi dell'ADHD. Il NF permette di monitorare l'attività cerebrale nel corso del trattamento e di fornire al paziente un feedback semplice, come un segnale acustico, o complesso come uno stimolo multimediale (un video o un'animazione). Quando le onde cerebrali raggiungono la frequenza e/o l'ampiezza desiderate, un feedback informa il paziente, che rinforzerà i corrispondenti comportamenti/attività ricercati.

IL NEUROFEEDBACK NELL'ADHD

Il NF si configura come una delle più promettenti terapie non farmacologiche per l'ADHD, soprattutto se combinato con altre forme trattamentali (trattamento farmacologico, psicoeducativo individuale e di gruppo) all'interno di un percorso di cura multimodale.

Schönenberg e colleghi (2017) hanno compiuto uno dei primi studi sulla popolazione adulta con ADHD mettendo in comparazione due gruppi di pazienti: uno trattato soltanto con NF ed uno trattato esclusivamente con terapia psicologica di stampo metacognitivo. I risultati di questa comparazione hanno rilevato l'assenza di significatività nella differenza di trattamento: entrambi i gruppi di pazienti hanno infatti manifestato miglioramenti nella percezione dei sintomi e nelle performance neuropsicologiche registrate nella valutazione a posteriori.

Diventa importante definire e comprendere come l'aggiunta del trattamento con NF e la sua integrazione in un modello di trattamento multimodale possa migliorare la condizione clinica ed il manifestarsi dei sintomi riferibili all'ADHD e alle patologie comorbili.

Un rapido excursus su quanto è già stato rilevato negli studi condotti con bambini e adolescenti permette di osservare che il maggior problema nel trattamento

dell'ADHD ha a che fare con la presenza di serie limitazioni nel mantenimento a lungo termine della remissione sintomatologica (Enriquez-Geppert et al., 2019). L'osservazione di una popolazione di bambini e adolescenti norvegesi affetti da ADHD sottoposti a trattamento multimodale includente il NF ha permesso di rilevare il mantenimento dell'efficacia a sei mesi dall'interruzione dei trattamenti (Duric et al., 2017), mentre altre meta-analisi includenti l'uso del NF riportano la presenza di miglioramenti su tutti i sintomi nucleari fino a 12 mesi (Van Doren et al., 2019).

Per quanto riguarda l'impiego del NF sulle popolazioni adulte purtroppo sono ancora scarsi gli studi, ma alcune conferme sembrano arrivare da training sperimentali sulle onde alfa che paiono avere un effetto sull'aumento del controllo inibitorio (visibili miglioramenti nelle prove neuropsicologiche di Stroop) (Deiber et al., 2020).

Quanto qui esposto pare confermare le intuizioni di Fisher (2014), la quale sostiene che la terapia con NF possa costituire quella *conditio sine qua non* per poter implementare altre forme trattamentali. Riequilibrare le onde cerebrali (a livello di frequenze di onde alfa e beta), lavorando sulle condizioni di ipoarousal o iperarousal, potrebbe quindi costituirsi come condizione propedeutica atta a favorire l'accesso del paziente a forme trattamentali più comuni, di stampo psicologico e/o farmacologico, per le quali potrebbe sussistere una bassa aderenza alle prescrizioni o drop out quando il cervello non sia regolato da un punto di vista fisiologico ed elettrico.

DAFNE. PROGRAMMA DI NEUROFEEDBACK PER L'ADHD DELL'ADULTO PRESSO IL SERVIZIO SOVRAZONALE DEL CPS DI OSSUCCIO

Il Programma di NF applicato presso l'ambulatorio sovrazonale ADHD dell'adulto del Centro Psicosociale (CPS) di Ossuccio dell'Azienda Socio Sanitaria (ASST) Lariana (Uccello et al., 2020) utilizza il dispositivo ProComp 5 Infiniti di Thought Technology Ltd, con

posizionamento monopolare dell'elettrodo nel punto centrale (CZ) secondo il sistema di misurazione 10-20 standard del cranio.

Il NF viene da noi utilizzato sia nella fase diagnostica che in quella trattamentale.

La fase diagnostica multidimensionale si compone di una valutazione neuropsicologica, psicodiagnostica ed elettroencefalografica. Nello specifico la valutazione neuropsicologica permette di indagare il funzionamento cerebrale superiore di tipo attentivo-esecutivo, quella psicodiagnostica è invece volta a identificare l'organizzazione di personalità, il funzionamento psicologico attuale e le eventuali comorbilità associate all'ADHD, mentre la valutazione elettroencefalografica permette di rilevare l'andamento delle onde cerebrali theta, beta e alfa.

Nella fattispecie i soggetti che hanno terminato l'iter neuropsicologico e psicodiagnostico valutativo specifico per l'ADHD vengono poi sottoposti ad una prima valutazione (To) elettroencefalografica allo scopo di ottenere una misurazione oggettiva del rapporto tra la frequenza delle onde theta e delle onde beta e l'attività alfa.

Il protocollo di valutazione da noi ideato, effettuato in unica seduta, è suddiviso in tre diverse fasi e ci permette di avere una misurazione basale pre-trattamentale:

- CNS valutazione 1 EG: valutazione a due attività nella quale il soggetto viene invitato a rimanere concentrato su qualcosa, cercando di muoversi il meno possibile, mentre tiene gli occhi aperti per due minuti e, successivamente, ad occhi chiusi per altri due minuti;
- EEG 4 attività: valutazione a quattro attività nella quale il soggetto viene sottoposto ad un maggiore sforzo cognitivo attraverso lo svolgimento di quattro semplici compiti: i primi due sono i medesimi della fase precedente (occhi aperti-occhi chiusi), ed i successivi hanno a che fare con l'ascolto di un breve brano e con la ricerca visiva di numeri;
- CNS valutazione 1 EG: viene nuovamente riproposta la prima fase valutativa delle due attività ad occhi aperti e ad occhi chiusi al fine di poter valutare il rapporto

theta/beta dopo uno sforzo attentivo prolungato. Nella fase trattamentale, invece, il NF viene utilizzato come uno strumento che va ad aggiungersi, all'interno di un programma multimodale, a quello farmacologico e psicoeducativo individuale e/o di gruppo per migliorarne la specificità individuale e l'efficacia.

Accedono al NF, per esempio, i pazienti che non si sottopongono al trattamento farmacologico oppure quelli per i quali riteniamo di poter ottenere una ulteriore efficacia in associazione al trattamento psicoeducativo e farmacologico.

Il nostro protocollo trattamentale di NF prevede sedute a cadenza settimanale della durata di 20 minuti ciascuna per circa un anno con due tipologie di training:

1. training theta/beta volto a intensificare l'attività beta per migliorare i pattern attentivi, iperattivi e impulsivi;
2. training alfa/beta volto a incrementare l'attività alfa nei pazienti con iperarousal.

La scelta tra i due tipi di training viene stabilita strategicamente sulla base dei dati derivanti dalla valutazione multidimensionale (pattern sintomatologico ADHD, comorbidità, assetto elettroencefalografico) e dei dati clinici emergenti nel decorso trattamentale.

CONCLUSIONI

Seppure non vi sia una letteratura scientifica molto ampia sull'utilizzo del NF nella popolazione adulta affetta da ADHD e gli studi esistenti tendano a valutarne l'efficacia in comparazione al trattamento farmacologico, noi riteniamo che il NF possa esprimere un maggior valore terapeutico se utilizzato strategicamente all'interno di un programma multimodale di trattamento.

In quest'ottica l'utilizzo del NF nella nostra pratica clinica ci ha permesso di evidenziarne tre livelli di applicazione:

1. come strumento sostitutivo applicabile nelle popolazioni cliniche che non accedono al trattamento farmacologico (per controindicazione, per scelta

personale o per scelta strategica);

2. come strumento di potenziamento (add-on) utilizzato nelle diverse fasi del percorso trattamentale sulla base dei dati desunti dai follow-up periodici di risposta ai trattamenti psicoeducativo e psicofarmacologico;
3. come strumento di consolidamento della risposta nella popolazione clinica che giunge a fine trattamento farmacologico, per consolidare e mantenere la risposta terapeutica nel tempo.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - ASST Lariana

CORRISPONDENZA:

marco.uccello@asst-lariana.it

BIBLIOGRAFIA

1. Monastra V.J., Lynn S., Linden M., Lubar J.F., Gruzelier J., LaVaque T.J. *Electroencephalographic biofeedback in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Appl Psychophysiol Biofeedback 2005;30(2):95-114.
2. Schönenberg M., Wiedemann E., Schneidt A., Scheeff J., Logemann A., Keune P.M., et al. *Neurofeedback, sham neurofeedback, and cognitive-behavioural group therapy in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a triple-blind, randomised, controlled trial*. Lancet Psychiatry. 2017;4(9):673-684.
3. Enriquez-Geppert S., Smit D., Pimenta M.G., Arns M. *Neurofeedback as a Treatment Intervention in ADHD: Current Evidence and Practice*. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(6):46.
4. Duric N.S., Assmus J., Gundersen D., Duric Golos A., Elgen I.B. *Multimodal treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a 6-month follow-up*. Nord J Psychiatry. 2017;71(5):386-394.
5. Van Doren J., Arns M., Heinrich H., Vollebregt M.A., Strehl U., K Loo S. *Sustained effects of neurofeedback in ADHD: a systematic review and meta-analysis*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(3):293-305.
6. Deiber M.P., Hasler R., Colin J., Dayer A., Aubry J.M., Baggio S., Perroud N., Ros T. *Linking alpha oscillations, attention and inhibitory control in adult ADHD with EEG neurofeedback*. Neuroimage Clin. 2020;25:102145.
7. Fisher S.F. *Neurofeedback nel trattamento dei traumi dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2017.
8. Uccello M., Meola L., Fraticelli C. *Il servizio per l'ADHD dell'adulto durante la pandemia da COVID-19. Tra riorganizzazione e individualizzazione degli interventi*. Psichiatria Oggi. 2020 Anno XXXIII:1;71-75.



PSICHIATRIA FORENSE

In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?

Renato Mantovani – Avvocato Cassazionista
Letizia Mantovani – Dottoressa in Giurisprudenza

Al fine di tutelare l'operatore sanitario nell'esercizio della propria attività, ospedaliera o libero professionale, la legge Gelli (l. n. 24/2017), ai sensi dell'art. 6, esclude la responsabilità professionale quando la condotta si realizza nel rispetto delle linee guida, adeguate al caso di specie, pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità.

Non sempre, tuttavia, la situazione concreta che il professionista si trova ad affrontare rientra nella casistica regolamentata dalle sopraccitate linee guida oppure, quando anche prevista, può presentare delle peculiarità tali da renderne inadeguata l'applicazione. Per evitare l'automatico configurarsi di una possibile ipotesi di colpa medica, ogni qualvolta si verificano simili circostanze, il legislatore del 2017 ha previsto che l'operato del clinico non sia penalmente perseguibile, in assenza di appropriate linee guida, qualora conforme alle buone pratiche clinico-assistenziali.

In merito, la Suprema Corte ha precisato che «le linee guida differiscono notevolmente, sotto il profilo concettuale, prima ancora che tecnico-operativo, dalle buone pratiche clinico-assistenziali, sostanziandosi in raccomandazioni di comportamento clinico sviluppate

attraverso un processo sistematico di elaborazione concettuale, volto a offrire indicazioni utili ai medici nel decidere quale sia il percorso diagnostico terapeutico più appropriato in specifiche circostanze cliniche»¹.

Le linee guida, dunque, consistono «nell'indicazione di standards diagnostico-terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica, a garanzia della salute del paziente e costituiscono il condensato delle acquisizioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche concernenti i singoli ambiti operativi, e, quindi, si sostanziano in qualcosa di molto diverso da semplici buone pratiche clinico-assistenziali». Queste ultime, infatti, si qualificano come semplici prassi consolidate, ritenute efficaci dalla comunità scientifica e, pertanto, ampiamente descritte e trattate in letteratura ovvero in opere di manualistica medica.

Contestualizzando le più generiche previsioni normative contenute nell'art. 43 c.p., (che specifica cos'è l'elemento psicologico del reato differenziando il dolo dalla colpa) si osserva che la condotta del professionista sanitario risulta colposa - e quindi penalmente rilevante - quando disattende, per imprudenza, negligenza o imperizia dell'agente, l'osservanza delle regole che tutelano

1. Cass. penale, Sez. IV, 22 giugno 2018, n.47748.

la salute del paziente. In tale contesto, le buone pratiche clinico-assistenziali rivestono un ruolo sussidiario nella valutazione dell'attività svolta dal professionista poiché assumono rilevanza giuridica solo e soltanto nel caso in cui la situazione in cui quest'ultimo si è trovato ad operare non sia già regolata da linee guida specifiche.

In una recente sentenza² la Suprema Corte di Cassazione ha fatto luce su questo punto e, in particolare, si è espressa sulla possibilità di ravvisare l'elemento della colpa nella decisione di un medico del Pronto Soccorso di non rispettare l'ordine di priorità degli accertamenti diagnostici a cui occorreva sottoporre la paziente, successivamente deceduta. Nel caso di specie l'operatore sanitario non si è conformato alla prassi clinica che prevede la primaria esecuzione degli accertamenti «indispensabili per verificare la necessità di interventi eventualmente salvifici, posticipando gli altri, attraverso l'assegnazione di un diverso ordine di precedenza, che renda chiaro il percorso ed utile l'intervento». In assenza di specifiche linee guida che indichino, passo per passo, quale debba essere il corretto comportamento del clinico che prende in carico il paziente dopo il *triage* del pronto soccorso, la Consulta ha ritenuto violato l'articolo 6 della legge Gelli per il mancato rispetto di quella che nel corso del dibattito penale i vari consulenti hanno indicato come buona prassi comunemente seguita in situazioni analoghe e, conseguentemente, punibile la non conforme scelta operata dal medico d'urgenza.

I giudici di legittimità non indicano con precisione la fonte a cui si rifà la summenzionata pratica clinico-assistenziale, bensì giustificano la propria decisione individuando in capo ai professionisti del settore della medicina d'urgenza il dovere, connesso al contesto emergenziale in cui operano, di individuare il migliore approccio terapeutico per il paziente, nell'ottica di garantirne, prima di tutto, l'immediata sopravvivenza.

La Suprema Corte ha quindi posto a fondamento

della condanna del professionista sanitario il mancato rispetto di riconosciute elementari regole cautelari, ritenute tali dalla buona prassi clinica, pur non formalizzate in specifiche linee guida nei termini indicati dalla Legge Gelli.

CORRISPONDENZA

studioman@italex.it

2. Cass. penale, Sez. IV, 13 gennaio 2021, n. 12144



CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura

Un'analisi retrospettiva

Camuccio C. A.; Bonaldi E.°; Vitale E.^*

RIASSUNTO

Introduzione

Le situazioni in cui i lavoratori vengono aggrediti, intimiditi e spaventati sono un problema crescente nelle istituzioni sanitarie, in particolare per gli infermieri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), poiché essi sono più a contatto con i pazienti e di conseguenza i più esposti alla violenza. La prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari richiede che vengano identificati i fattori provocazionali o di rischio.

Nonostante una notevole attenzione sull'argomento, il problema rimane sottostimato, con la maggior parte del personale che ritiene che la violenza e l'aggressività facciano parte del proprio lavoro di routine.

Obiettivi

Analizzare quali sono i più significativi fattori predi-

spendenti in merito alla comparsa di un agito aggressivo, verificare se alcuni di questi ultimi sono maggiormente presenti rispetto ad altri ed analizzare gli interventi messi in atto al fine di contrastare gli agiti aggressivi osservati.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo, indagando in merito al fenomeno dell'aggressività e della violenza presso due SPDC della Regione Veneto, andando ad analizzare la documentazione clinica ed infermieristica per un periodo complessivo di un anno.

Risultati

Si sono registrati un totale di 109 agiti aggressivi attuati da 63 soggetti. Di questi 21 sono stati recidivi. C'è stata una leggera prevalenza di uomini tra i soggetti identificati come aggressori. L'aggressività verbale è risultata maggiore rispetto alla fisica, soprattutto da parte di donne. I

fattori provocazionali hanno riguardato maggiormente la presenza della sintomatologia al momento dell'aggressione ed il rifiuto alle richieste dei pazienti da parte dello staff. Nella maggior parte le aggressioni vengono rivolte ad infermieri.

Conclusione

L'agito aggressivo è condizionato da fattori intrinseci al paziente, quali: età, sesso, condizione clinica, fattori organizzativi tra i quali personale ospedaliero, nonché la sua condotta risulta essere fortemente influente. Maggior enfasi al fenomeno in studio e una mirata formazione al personale, potrebbero ipoteticamente comportare una riduzione dell'evento stesso.

PAROLE CHIAVE

“Aggressività”, “Reparto Psichiatrico”, “Pazienti Psichiatrici”, “Valutazione Del Rischio”, “Fattori Casuali”.

INTRODUZIONE

La letteratura riporta come il rapporto tra il comportamento aggressivo e la malattia psichiatrica è stato oggetto di un notevole dibattito nel corso della storia. Secondo un'indagine nazionale condotta in Italia, tra le variabili socio-demografiche, i pazienti maschi, single, più giovani, meno istruiti e disoccupati, o pazienti che ricevono una pensione di invalidità, risultano essere i maggiori a rischio di comportamenti ostili e/o violenti. Tra le variabili cliniche, invece, la schizofrenia è stata la diagnosi prevalente in tutti e tre i gruppi in studio (pazienti non ostili, pazienti ostili e pazienti violenti) (Grassi, 2001). A questo, seguono diagnosi, quali: disturbo bipolare, disturbo antisociale di personalità, e abuso di sostanze/alcol, come fattori significativamente correlati al comportamento aggressivo e violento. La probabilità di aggressione è pertanto influenzata dal decorso della malattia e dalla natura del suo trattamento (Hills, 2018). Infatti, la probabilità che i pazienti psicotici si comportino in modo aggressivo, è maggiore durante la fase acuta della malattia. I comportamenti

aggressivi passati si sono visti predittivi di un possibile comportamento ostile futuro, quindi l'identificazione precoce dei pazienti ostili, aggressivi e/o violenti potrebbe diventare l'obiettivo di programmi volti a ridurre la violenza in ambito ospedaliero e psichiatrico (Hodgkinson, 1985; Giarelli, 2018). Questo viene sottolineato altresì da una revisione sistematica, che appunto dichiara come un episodio precedente di aggressività e una durata più lunga del ricovero, siano i predittori più coerenti e più presenti nella letteratura (Daffern, 2002). Oltre alle caratteristiche cliniche tuttavia, è noto che anche fattori situazionali e contestuali possano contribuire all'aggressività. Questi possono essere suddivisi in fattori correlati allo staff e fattori correlati all'organizzazione di reparto.

I primi riguardano la giovane età del personale, meno esperienza o abilità, scarsa motivazione, basso numero di dipendenti e instabilità del gruppo. Per quanto riguarda l'organizzazione di reparto si è evidenziato che anche l'ora del giorno può influire negativamente sul paziente aggressivo. Inoltre si ipotizza che il sovraffollamento contribuisca all'aggressività attraverso lo stress derivante dalla sovrastimolazione dovuta alla mancanza di spazio personale. Ulteriori fattori predisponenti sono: basso numero del personale, scarsa qualità e quantità della formazione del personale, restrizioni, mancanza di privacy e scarsa qualità delle cure. Inoltre, il ricovero in regime di TSO può innescare o amplificare l'ostilità e gli atteggiamenti violenti dei pazienti, al momento del ricovero e durante la degenza forzata, poiché essi non sono in grado di riconoscere il loro bisogno di cure urgenti (Bader, 2014).

Pertanto, le caratteristiche del reparto, le norme e i regolamenti in base ai quali operano i reparti e il comportamento del personale e di altri pazienti, possono anche essere percepiti come provocatori portando così ad un aumento dell'aggressività. In accordo con questa revisione, le provocazioni percepite possono derivare da un'errata interpretazione degli stimoli ambientali derivanti dai sintomi psicotici del paziente. Molti incidenti aggressivi si verificano a seguito di richieste da parte dei

pazienti al personale infermieristico, soprattutto quando quest'ultime vengono rifiutate. Il personale nei contesti psichiatrici, può quindi ridurre il rischio di aggressione utilizzando strategie di relazione terapeutica come: praticare una buona comunicazione, sostenere i pazienti, essere disponibile, avere forti capacità di valutazione clinica, fornire istruzioni al paziente e collaborare con esso nella pianificazione del trattamento (Barelli, 1998).

LA RICERCA DELL'AGITO VIOLENTO: I PRESUPPOSTI PROVOCAZIONALI

Il modello Nijman e Duxbury

Intercalandoci sempre più nel contesto dei reparti psichiatrici, è necessario citare il modello d'aggressione proposto da Nijman (2002), al fine di comprendere quali sono i fattori correlati ad un eventuale atto aggressivo. Il modello proposto chiarisce come determinate variabili correlate al paziente, allo staff e al reparto possano interagire nel causare fenomeni di aggressività (Nijman, 1999). L'articolo ipotizza infatti come il ripetersi delle aggressioni nei reparti psichiatrici possa essere il risultato di un circolo vizioso: alle violenze del paziente spesso segue un aumento delle tensioni ambientali e comunicative con il seguente aumento del rischio di nuova violenza; di fatto, studi svolti confermano l'ipotesi che il paziente violento è spesso recidivo. Il circolo vizioso precedentemente descritto, comprende prevalentemente tre tipologie di variabili:

1. *variabili del paziente*: si sostiene a tal proposito, che la psicopatologia grave, le distorsioni percettive rispetto alle attività del servizio e il ricovero in regime di TSO, siano alcune delle principali fonti di aggressione ospedaliera.
2. *variabili correlate al reparto* nelle quali entrano in gioco diversi fattori di stress ambientale. Queste riguardano la riduzione della privacy conseguente al ricovero, un reparto psichiatrico sovraffollato, lo stress generale correlato all'ambiente.
3. *variabili correlate allo staff*, dette anche variabili inter-

personali. Il comportamento dei membri dell'equipe verso la malattia mentale, è infatti un significativo fattore interazionale. Esso, può avere un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza erogata alla persona con problematiche di salute mentale. I fattori interazionali riguardano la difficile e/o errata comunicazione tra personale e paziente, i limiti del contesto e i regimi restrittivi, la mancata informazione in merito al trattamento e alla cura, l'incoerenza del personale rispetto una regola da seguire, la contrapposizione e le pratiche invasive.

Successivamente Duxbury (2001) applicò il modello di Nijman (1999) all'infermieristica di salute mentale; ella riconobbe la natura multifattoriale dell'aggressività del paziente psichiatrico, riconoscendo tre modelli come possibili fattori causali:

1. *modello interno*: l'aggressività è vista come dovuta in gran parte a fattori interni alla persona aggressiva, come la malattia mentale o la personalità;
2. *modello esterno*: l'aggressività è considerata come causata principalmente da fattori nell'ambiente fisico o sociale della persona, come la disposizione fisica del reparto, o il modo in cui il reparto è governato dal personale
3. *modello interazionale/situazionale*: i fattori della situazione immediata, come l'interazione tra il paziente e gli altri, in particolare i membri del personale, sono visti come le questioni più importanti da affrontare tra i fattori che contribuiscono allo sviluppo dell'aggressività (Duxbury et al, 2002).

MATERIALI E METODI

In due SPDC appartenenti alla medesima Azienda Unità Locale Socio Sanitaria della Regione Veneto sono state consultate retroattivamente 557 cartelle dal periodo decorrente dall' 01/07/2019 all' 1/07/2020, ricercando gli eventuali agiti aggressivi avvenuti e verificando al tempo stesso le condizioni situazionali degli agiti aggressivi osservati.

Nella ricerca sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati che avevano messo in atto almeno un episodio di aggressività nel periodo di studio, con diagnosi di malattia psichiatrica, con un'età superiore ai 18 anni, senza distinzione alcuna di sesso ed etnia.

Tutte le cartelle cliniche appartenenti a ai pazienti minorenni o con diagnosi di tipo non psichiatrico, come ad esempio quella di declino cognitivo, sono state incluse dall'indagine.

Per organizzare le informazioni raccolte, è stata utilizzata una griglia di estrazioni dati costruita ad hoc, considerando soprattutto gli studi di Njiman et al. (1999) e lo studio di Barelli et al. (1998). Nello specifico, la griglia di estrazione dati ha tenuto in considerazione quattro principali parametri di studio:

1. *Dati anagrafici ed anamnestici del paziente*, ovvero la data, l'ora ed il luogo nella quale si è verificato l'incidente, l'età ed il sesso dell'aggressore, la diagnosi principale, la tipologia ed il numero di ricoveri.
2. *Tipologia dell'aggressione*, ovvero il comportamento aggressivo attuato, se di natura verbale o fisica. Nell'agito aggressivo verbale sono stati incluse alcune sottocategorie quali: insulti agli altri, aggressione verbale sessista, minacce verbali contro gli altri o contro sé stessi, intimidazioni. Invece, tra le aggressioni fisiche sono state ricomprese per lo più tutti gli atteggiamenti violenti riferiti ad autolesionismo, aggressioni verso oggetti ed aggressioni fisiche contro persone terze.
3. *Tipologia dei fattori provocazionali*, ovvero i fattori di provocazione percepiti di tipo relazionale, come la presenza della sintomatologia in fase acuta al momento dell'aggressione, le eventuali discussioni e/o litigi con altri degenti, le discussioni e/o i litigi con il personale, la mancanza di comunicazione tra staff e paziente e la presenza di famigliari in visita; ed i fattori di provocazione correlati al contesto, come la tipologia di ricovero, la limitazione della libertà, il reparto chiuso, il sovraffollamento, la scarsa illuminazione, i rumori eccessivi, la mancanza di

informazione al paziente.

4. *Personale coinvolto ed interventi*, ovvero a chi è stata rivolta l'aggressione e quali sono stati gli interventi per fermarla, se di tipo farmacologico, fisico o relazionale.

I dati raccolti sono stati registrati in un foglio Excel ed elaborati presentandoli in frequenze e percentuali.

RISULTATI

Nel periodo considerato, su 557 cartelle esaminate in totale si sono manifestati un totale di 109 *agiti aggressivi*. Il numero totale dei soggetti che hanno messo in atto almeno un agito aggressivo nel periodo di studio è di 63.

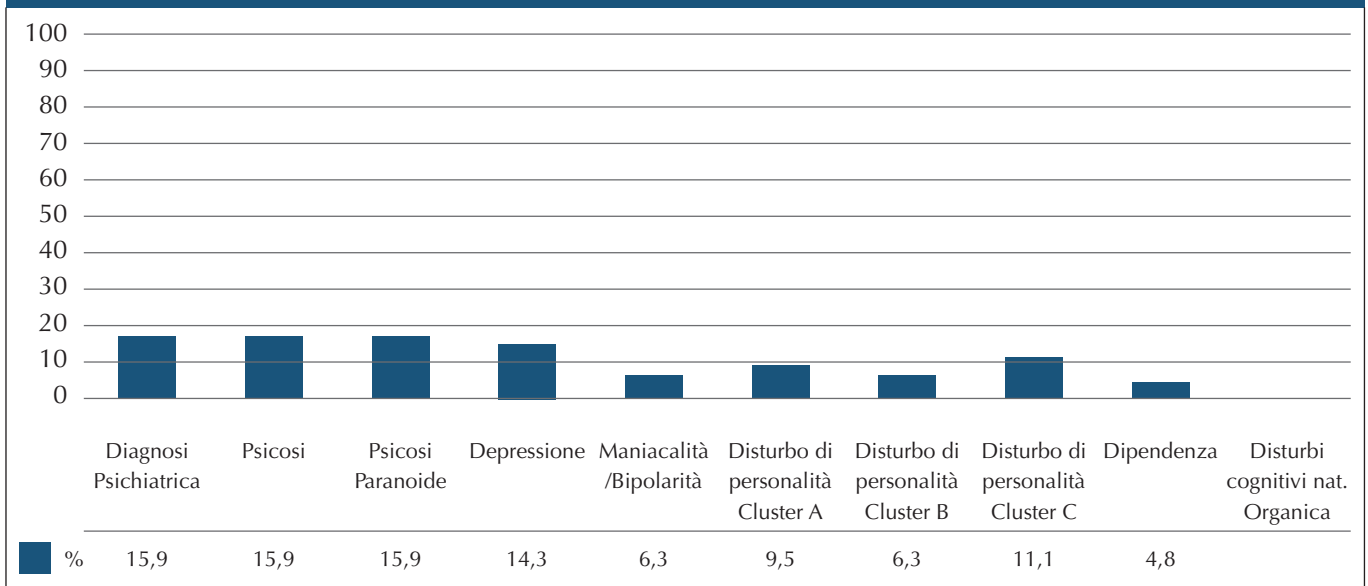
Il campione comprende 32 (50.79%) uomini e 31 (49.21%) donne con un'età media di 48 anni. Gli agiti violenti si sono manifestati per lo più nei pazienti già conosciuti: solo per 12 pazienti su 63 totali è stato il primo ricovero (19.05%).

Per quanto riguarda la diagnosi clinica del paziente, questa è stata inizialmente riportata nella griglia di estrazione dati nella documentazione clinica consultata, e successivamente, al fine di eseguire una migliore analisi dei dati, suddivisa in nove cluster principali comprendenti: psicosi, psicosi paranoide, depressione, disturbo maniacale e/o bipolare, disturbo di personalità (cluster A, B, C), dipendenza e disturbi cognitivi di natura organica. Considerando i 63 soggetti identificati come aggressivi, le tipologie di diagnosi maggiormente registrate sono state riportate nella Figura 1.

Considerando i 109 agiti aggressivi, tra i soggetti con disturbo psicotico, 7 sono stati uomini e

sono state donne (2 uomini sono stati recidivi). Le aggressioni in questo caso sono state prevalentemente di tipo verbale con urla o insulti verso gli altri. In cinque casi è stata invece messa in atto aggressione fisica. Tra i soggetti con psicosi paranoide ci sono state 15 aggressioni verbali (tra cui 5 minacce contro gli altri, due di queste rivolte all'infermiere, una sola ad un operatore socio

Figura 1. Diagnosi dell'Aggressore.



sanitario e due al personale non specificato) e 12 fisiche (tra cui 2 rivolte a sé stesso, 9 rivolte ad oggetti propri od altrui, 1 rivolto ad un familiare). In 23 casi gli agiti aggressivi per questo tipo di diagnosi sono stati messi in atto da uomini (85%) e in soli 4 casi da donne. I soggetti con disturbo depressivo sono stati in maggioranza donne, hanno infatti messo in atto un agito aggressivo 9 donne su 14 casi totali) e si sono manifestate 6 aggressioni verbali, e 8 fisiche (di cui 3 rivolte a sé stesso, e 5 rivolte ad oggetti).

Tutti gli agiti violenti registrati si sono distribuiti nelle 24 ore, con 39 (35,78%) casi nel turno mattutino in leggerissima prevalenza di tipo verbale (51%); 42 (38,53%) casi nel turno pomeridiano con una maggioranza di casi di aggressività verbale (57%); in fine, 28(25,68%) casi nel turno notturno con pari aggressività fisica e verbale.

I casi nel pomeriggio si sono tuttavia spartiti in modo equo tra le varie stanze dei reparti: 8 eventi in camera propria del paziente o di un'altro degente, 9 casi nel corridoio del reparto, 7 casi in altre stanze quali ad esempio soggiorno, ambulatorio medico, stanza fumo e in 18 casi il luogo non è stato specificato. Dall'osservazione dei dati si nota tuttavia come in questa fascia oraria (14:00-22:00), sia per quanto riguarda la camera (75%) che per quanto riguarda il corridoio (66,6%) siano maggiormente presenti

aggressioni di tipo fisico. Tra i 28 casi notturni, 15 sono stati attuati nella camera propria del paziente "aggressore" o di un altro degente e nel 73% da donne (n=11). Nella Tabella 1 sono state riportate tutte le tipologie di aggressioni registrate.

Tabella 1. Gli agiti aggressivi registrati

Agito aggressivo	Tipologia di agito aggressivo	n;%
Agito aggressivo verbale	Urla o insulti agli altri	41;70.69%
	Aggressione verbale assistita	0;0%
	Minaccia contro gli altri	13;22.41%
	Minaccia contro se stesso	3;5.17%
	Intimidazioni	1;1.72%
	Altro	0;0%
Agito aggressivo fisico	Contro se stesso	13;25.49%
	Contro oggetti	27;52.94%
	Contro altri	11;21.57%
	Altro	0;0%

Tabella 2. Tipologia dei fattori provocazionali.

Fattori provocazionali	Tipologia	n;%
Provocazione relazionale	Presenza sintomatologia al momento dell'aggressione	15;42.86%
	Discussione/litigio con altri degenti	3;8.57%
	discussione/litigio con il personale	4;11.43%
	Presenza di famigliari in visita	9;25.71%
	Telefonata con persone esterne	4;11.43%
Provocazione organizzativa	Ricovero in regime di TSO	3;6.67%
	Richieste non condivise	18;40%
	Richiesta di uscita	7;38.89%
	Richiesta di fumo	8;44.44%
	Richiesta di utilizzo del denaro	0;0%
	Richiesta di doccia	0;0%
	Richiesta di ricevere una visita	1;5.56%
	Richiesta di utilizzo del cellulare	2;11.11%
	Porte chiuse a chiave	3;6.67%
	Mancanza di privacy	0;0%
	Eccessivi rumori	0;0%
	Insofferenza al ricovero e volontà di dimissione	13;28.89%
	Pazienti in regime di contenzione	8;17.78%
	Provocazione non specificata	

La maggior parte degli agiti violenti, si sono manifestati nei primi giorni di ricovero, con una maggioranza nel secondo giorno di ricovero pari a 25 (22.94%) casi. Inoltre, un solo paziente ha manifestato 7 agiti aggressivi, due pazienti hanno avuto un totale di 6 aggressioni, un paziente ha attuato 5 agiti, tre pazienti hanno avuto 4 agiti, tre pazienti ne hanno avuti 3 e undici pazienti ne hanno avuti 2. Tutti gli altri pazienti, 42 totali, hanno manifestato un solo episodio di aggressività nel periodo in studio.

Tra i fattori provocazionali relazionali, è risultata prevalente la presenza della sintomatologia al momento dell'aggressione (42.86%), in particolar modo in pazienti con diagnosi di psicosi paranoide (n=3), maniacalità/bipolarità (n=3) e dipendenza da sostanze (n=3). Nella Tabella 2 sono riportati i fattori provocazionali relazionali, organizzativi e di natura non specificata riscontrati nell'analisi dei dati.

Inoltre, il numero assoluto di aggressioni riportate a "sé stesso" sono state 18 totali nei casi di automutilazione, 26 casi di atti contro nessuno e contro gli oggetti. 65 agiti violenti sono stati messi in atto contro il personale ospedaliero, soprattutto contro gli infermieri con 18 casi, 8 casi contro gli operatori di supporto e 9 casi contro un proprio familiare.

Infine, gli interventi messi in atto sono stati raggruppati in cinque categorie. Nella stragrande maggioranza dei casi è stato tuttavia messo in atto l'intervento farmacologico (n=52), seguito poi dall'intervento fisico (n=24).

Non vi è un'associazione tra tipologia di aggressione e tipologia di intervento. L'intervento farmacologico ha conseguito infatti 26 casi di aggressività verbale e 26 casi di aggressività fisica. Allo stesso modo l'intervento fisico è stato attuato in 12 casi di aggressività verbale e 12 casi di aggressività fisica. L'intervento di tipo relazionale segue invece prevalentemente l'aggressione di tipo verbale, nel 66.66% dei casi (12 eventi su 18 totali).

DISCUSSIONE

Gli agiti aggressivi all'interno degli SPDC, come è stato sopra descritto, derivano da una moltitudine di fattori. Nel presente studio, viene reso noto come soprattutto i pazienti di sesso maschile tendono ad essere solo in leggera prevalenza più aggressivi (50.79%) rispetto alle pazienti di sesso femminile (49.21%). Questo dato è in disaccordo con la letteratura scientifica, secondo la quale gli uomini sarebbero più aggressivi (Biancosino, 2009). È pur vero che fra donne e uomini cambia il tipo di aggressività con la verbale maggiormente agita dal sesso femminile. Simile allo studio di Grassi et al. (2001), la maggior parte degli episodi si sono manifestati entro la prima settimana di ricovero con un'esponenziale maggioranza tra la prima (15.60%) e la seconda giornata di degenza (24.77%). Per quanto riguarda la distribuzione dei casi durante la giornata, si è registrata una prevalenza di casi durante il pomeriggio. Questo risultato è coerente con lo studio condotto da Bader et al. (2014), che evidenzia come le aggressioni si verificano maggiormente nel pomeriggio, ipotizzando come le frustrazioni delle prime ore della giornata continuino a fermentare ed intensificarsi nel tempo fino a un grave atto aggressivo. Il pomeriggio poi è di solito con attività ridotte. È importante anche sottolineare come durante la notte gli agiti siano prevalentemente correlati a provocazioni di tipo organizzativo (15 casi su 28). Tra questi, la maggior parte si sono registrati subito dopo la richiesta di uscita o di fumo da parte del paziente che non era condivisa dallo staff. In linea con la letteratura anche negli SPDC oggetto di indagine dei 63 pazienti coinvolti in incidenti violenti, 21 sono stati recidivi. Questi pazienti hanno rappresentato il 60.55% dei 109 agiti aggressivi identificati. Simile a Grassi (2001), il luogo nella quale si è verificato il maggior numero di agiti aggressivi è stato il corridoio del reparto (31.19%) seguito dalla camera del paziente o di altri degenti. Alcuni articoli, oltre che portare alla luce come la maggior parte degli agiti vengano attuati negli spazi comuni, fanno notare come gli eventi con maggior

intensità o di tipo "aggressione fisica", vengano messi in atto in preponderanza nella camera da letto del paziente (Podubinski, 2017).

Simile allo studio condotto da Steinert (1999), la diagnosi riscontrata maggiormente nei soggetti aggressori è stata in primo luogo la diagnosi di psicosi paranoide (disturbo psicotico paranoide, disturbo delirante e psicosi di tipo paranoide) nel 23.08% dei casi. Anche questo dato risulta essere concorde con quanto riportato nei dati registrati nello studio presente. Inoltre, tra i soggetti identificati come aggressori, alla quale è stato diagnosticato questo specifico disturbo, il 67% erano uomini (Bader, 2014; Daffern, 2002; Giarelli, 2018; Grassi, 2001; Nijman, 1999; Steinert, 1999; Zampieron, 2010).

Dai dati riportati, la categoria professionale maggiormente esposta agli agiti aggressivi risulta essere il personale infermieristico. A tal proposito si può supporre che questo sia dovuto al fatto, oltre alla maggiore numerosità degli infermieri, che il personale infermieristico imponi più frequentemente limiti e decisioni, avendo il maggior contatto con i pazienti, rispetto al resto del personale assegnato ai reparti ospedalieri di psichiatria (Li, 2020).

Se a tale prevalenza si associa il fatto che molti studi hanno riportato come gli infermieri tendono a non segnalare incidenti classificati "meno gravi", ad esempio le aggressioni verbali, e che al contrario segnalino più frequentemente gli incidenti ritenuti più gravi (Najafi, 2018), si potrebbe pensare quanto il fenomeno sia diffuso e sotto stimato. Alcuni studi hanno evidenziato relazioni significative tra variabili situazionali del reparto e rischio di comportamento violento (Partridge, 2017), come: mancanze di comunicazione tra staff e paziente, sovraffollamento, eccessivi rumori, errata illuminazione dell'ambiente, (Biancosino, 2009; Podubinski, 2017) attesa troppo lunga nei confronti di una richiesta del paziente e mancanza di informazione del paziente in merito agli obiettivi del ricovero. Tuttavia in questo studio non è stato possibile osservare questo tipo di variabili, in quanto dall'analisi della documentazione clinica dei pazienti

coinvolti, le variabili situazionali non erano state segnalate o prese in considerazione dal personale.

LIMITI

Il primo importante limite di questo studio osservazionale retrospettivo riguarda le ridotte dimensioni del campione di riferimento, dovute principalmente al breve periodo nella quale è stato deciso di condurre lo studio. Per avere dei risultati maggiormente significativi sarebbe stato necessario prendere in considerazione un periodo di tempo più ampio, con dei campioni più numerosi anche allargando il numero degli SPDC in senso multicentrico. Correlato a quanto sopra descritto le dimensioni del campione di alcuni cluster diagnostici sono state numerosamente piccole, pertanto non è possibile generalizzare il risultato. In secondo luogo, la frequenza dei comportamenti aggressivi, soprattutto quelli di minore gravità ed intensità, potrebbe essere stata non segnalata in quanto presumibilmente sottostimata. In terzo luogo i fattori provocazionali sia di tipo relazionale sia organizzativo, alla quale susseguono gli eventi oggetto di studio, potrebbero essere stati alle volte non segnalati.

CONCLUSIONI

Questo studio ha evidenziato come le caratteristiche degli incidenti aggressivi vengano alle volte influenzate dallo stato clinico dei pazienti, dalle relazioni tra i degenti, tra i degenti ed il personale e tra i degenti e i rispettivi familiari. Infatti, in molti casi l'aggressione viene scatenata dalla presenza della sintomatologia, come allucinazioni o deliri, ma anche in presenza di sintomatologia anche da regole e fattori organizzativi che il paziente non accetta e che contesta secondo modalità aggressive. Quindi spesso un intreccio di fattori psicopatologici e organizzativo-gestionali che andrebbero accuratamente analizzati e ripensati in un'ottica di prevenzione degli agiti aggressivi.

Il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario è in preoccupante aumento e non dev'essere minimizzato, bensì monitorato, contrastato ed affrontato con decisio-

ne. La formazione del personale, diviene quindi punto cruciale nel scongiurare l'instaurarsi di un nuovo agito aggressivo, nel favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare tali situazioni, nell'educare il personale ad una corretta e precisa segnalazione degli eventi ed in fine, nel far sì che tutto il personale abbia le conoscenze e le competenze necessarie per prevenire, gestire e proteggere sé stessi ed i colleghi da atti di aggressione.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Corso di Laurea in Infermieristica di Feltre Università di Padova, Direttivo Società Scientifica di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM)*

° *Infermiera, residenza per anziani la Madonnina Bassano del Grappa (Vi)*

^ *Centro di Salute Mentale, Area 3, Modugno, ASL Bari, Italia. Direttivo Società Scientifica di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM)*

CORRISPONDENZA:

vitaleelsa@libero.it

BIBLIOGRAFIA

1. Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Zanchi, P., & Vanni, A. (2001). *Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: A 5-year Italian Study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 273–279.
2. Hills, D. J. (2018). *Defining and classifying aggression and violence in health care work*. *Collegian*, 25(6), 607–612.
3. Hodgkinson, P. E., McIvor, L., & Phillips, M. (1985). *Attacchi di pazienti allo staff di un ospedale psichiatrico: Uno studio retrospettivo di due anni*. *Medicine, Science and the Law*, 25(4), 288–294.
4. Giarelli, E., Nocera, R., Jobes, M., Boylan, C., Lopez, J., & Knerr, J. (2018). *Exploration of Aggression/Violence Among Adult Patients Admitted for Short-term, Acute-care Mental Health Services*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 215–223.
5. Daffern, M., & Howells, K. (2002). *Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches*. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 477–497.
6. Bader, S., Evans, S. E., & Welsh, E. (2014). *Aggression Among Psychiatric Inpatients: The Relationship Between Time, Place, Victims, and Severity Ratings*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*.
7. Barelli, Bosetti L., Casagrande A. (1998). *Il ruolo dell'infermiere fra contenzione e contenimento della crisi in SPDC: una esperienza di monitoraggio e prevenzione degli agiti aggressivi*.
8. Nijman, H. L. I. (2002). *A model of aggression in psychiatric hospitals*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(s412), 142–143.
9. Nijman, H. L. I., á Campo, J. M. L. G., Ravelli, D. P., & Merckelbach, H. L. G. J. (1999). *A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards*. *Psychiatric Services*, 50(6), 832–834.
10. Duxbury, J. (2002). *An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325–337.
11. Biancosino, B., Delmonte, S., Grassi, L., Santone, G., Preti, A., Miglio, R., de Girolamo, G., & Group, for the P.-A. (2009). *Violent Behavior in Acute Psychiatric Inpatient Facilities: A National Survey in Italy*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 772–782.
12. Podubinski, T., Lee, S., Hollander, Y., & Daffern, M. (2017). *Patient characteristics associated with aggression in mental health units*. *Psychiatry Research*, 250, 141–145.
13. Steinert, T., Wiebe, C., & Gebhardt, R. P. (1999). *Aggressive Behavior Against Self and Others Among First-Admission Patients With Schizophrenia*. *Psychiatric Services*, 50(1), 85–90.
14. Li, Y.-L., Li, R.-Q., Qiu, D., & Xiao, S.-Y. (2020). *Prevalence of Workplace Physical Violence against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1).
15. Najafi, F., Fallahi-Khoshknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A., & Rahgozar, M. (2018). *Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e116–e128.
16. Partridge, B., & Affleck, J. (2017). *Verbal abuse and physical assault in the emergent department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security*. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(3), 139–145.

La riabilitazione psichiatrica Ai tempi del covid-19

Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi

Scagliarini V. , Fioletti B.°, Bonazzi I.^, Zaniboni F^.*

INTRODUZIONE

Come riportato in letteratura, i cambiamenti nell'ambito della Psichiatria, così come in tutte le altre discipline professionali sanitarie, tra cui quella della Riabilitazione psichiatrica, durante la pandemia da Covid-19, sono stati senza precedenti e, in un primo momento, senza chiare linee-guida cui fare riferimento (1).

L'ESPERIENZA DEL DSMD DELL'ASST DI LODI.

Essendo consapevoli dell'eterogeneità delle esperienze dei servizi lombardi che si sono occupati di riabilitazione psichiatrica ai tempi del Covid-19, si è scelto di raccontare l'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi per cui realizzare interventi strutturati, individuali e, successivamente, di gruppo, è stato come iniziare una gigantesca inaspettata partita con il *Cubo di Rubik*: al riordino di una faccia del cubo, per un lungo periodo, si è generato il caos nelle altre.

A seguito del necessario arresto delle attività quotidiane dei Servizi di Salute mentale nel momento di maggior contagiosità del virus (avvenuto nei mesi di febbraio, marzo e aprile 2020)(2) (3) si sono attuati, nel rispetto delle normative vigenti, interventi di natura individuale (se ritenuto opportuno, attraverso tele-riabilitazione), centrati, ad esempio, su abilità di base, cura del sé, ri-

socializzazione, gestione della salute mentale e fisica, *coping*, psicoeducazione, gestione dello stress generato dalla scorretta informazione, dal *surplus* mediatico, dalle chiusure, dalla paura del contagio o di contagiare, dall'isolamento, dalla convivenza stretta col nucleo familiare e più, in generale, sul mantenimento di uno stile di vita il più corretto possibile, in corrispondenza di un periodo storico caratterizzato da una pandemia.

A partire dal mese di maggio, in relazione alle modifiche reintrodotte dalle normative, le équipe hanno potuto iniziare una nuova partita, sfidate dal bisogno crescente di tornare alle modalità operative pre-Covid-19 e dalla necessità di creare nuove possibilità adattando le modalità e le tecniche di intervento canonico agli sconvolgimenti portati dalla pandemia.

Continuità del percorso di cura.

Il periodo di chiusura dei servizi, così come quella degli spazi pubblici sul territorio, ha impattato negativamente sugli utenti con disagio psichico incidendo sul rischio di eventuali peggioramenti della sintomatologia e di ricadute, oltre che sull'andamento del proprio percorso di cura, delle abilità sociali e dei livelli di resilienza e fiducia in se stessi (4). Certi di questo, d'altronde, non sarebbe stato possibile pensare ad altre misure, soprattutto in una fase iniziale, o ad eventuali graduali riaperture, nei mesi

seguenti, senza tenere da conto il grado di vulnerabilità degli utenti rispetto al Covid-19 in termini di elevati rischi di sviluppare comorbidità con patologie respiratorie, cardiovascolari e metaboliche; di età; di deficit in ambito cognitivo, comportamentale e sociale che avrebbero potuto in qualche misura interferire con le normative correnti del vivere quotidiano con il Coronavirus (5).

Incertezza.

La limitata conoscenza del virus ha generato una diffusa incertezza sulla natura della malattia, sulla sua diffusione, sulla sua portata e sul suo impatto recando un disagio crescente in tutta la popolazione, inclusi utenti e operatori dei servizi di Salute mentale, anche fra coloro che non sono stati direttamente esposti alla malattia. Risposte disfunzionali, a obblighi, restrizioni e chiusure, rilevate da differenti studi, son state, ad esempio, angoscia; frustrazione; noia; irritabilità; percezione di un carico eccessivo; senso di perdita della libertà, del ruolo e della speranza; stati d'ansia, depressione, stress post-traumatico; diminuzione della percezione della sicurezza; rabbia; paura, sospettosità fino alla stigmatizzazione; isolamento; crescente preoccupazione per la propria salute e i sintomi fisici, con maggior ricorso all'assistenza sanitaria dovuta a timori del contagio; uso o abuso di alcol, sostanze o tabacco; perdita della routine abituale con disturbi del sonno; disordini alimentari; alterazione equilibrio tra attività lavorativa (intesa anche in termini di attività riabilitative svolte presso i Servizi di Salute mentale) e vita privata; conflittualità familiare per elevata emotività espressa; agiti auto e etero-aggressivi, più o meno gravi. In tal senso, gli operatori sanitari si sono impegnati, fin dalle prime fasi della pandemia, a raccogliere informazioni aggiornate, credibili e affidabili sul suo andamento e a comunicarle in tempo reale, in modo chiaro e comprensibile; a correggere eventuale disinformazione; a monitorare l'esposizione ai media; promuovere interventi di psicoeducazione e, più in generale, interventi atti a sostenere, nel rispetto delle normative, i pazienti e i loro familiari (6) (7) (8).

Contagio.

In un'ottica più allargata, ogni utente e ogni operatore, hanno scelto, secondo la propria sensibilità rispetto alla tematica Covid-19, e, nello specifico degli operatori sanitari, secondo la propria etica professionale, di continuare o meno a fare attività, individuali e, quando possibile, in piccolo gruppo, in presenza e, nel caso specifico delle famiglie di origine, di essere di supporto al proprio congiunto nella ripresa della vita di comunità, vivendo e condividendo il senso di incertezza dato dal rischio di essere contagiato e/o di poter contagiare. Ancora una volta in accordo, gli operatori hanno garantito il rispetto di regole e normative, hanno approfondito i propri saperi in materia pandemica, son stati rassicurati e hanno rassicurato, hanno gestito paure, senso di solitudine, timori, propri e altrui, son state accoglienti nei confronti della capacità della tematica Covid-19 di permeare le membrane del *setting* di lavoro gruppale ed individuale, si son mostrati fermi negli intenti e fiduciosi nei Servizi, negli utenti e nel rispettivo operato.

Presenza.

A seguito della dimostrata efficacia della tele-medicina (9) (10) (11), così come della tele-riabilitazione (12) (13), i professionisti hanno valutato, in base alla tipologia di utenza coinvolta, alle abilità strumentali, alle risorse disponibili, alle caratteristiche del *setting* abitativo, alla presenza di familiari conviventi, al tipo di attività proposta, alla possibilità di garantire l'uscita dall'isolamento abitativo per il raggiungimento di spazi di cura, se procedere lavorando a distanza, seguendo le linee-guida disponibili (attraverso l'uso di telefoni, cellulari, e-mail, applicazioni di messaggistica istantanea, computer dotati di piattaforme per video-conferenze), o, appena possibile, riprendendo in presenza. In quest'ultimo caso, si è reso necessario l'aumento dell'attenzione, da parte di tutti gli operatori sanitari, rivolta alla corretta igiene degli ambienti (ad esempio, areazione frequente, trattamento superfici di contatto con soluzione alcolica), degli strumenti

adoperati (ad esempio, kit ad uso personale o frequente utilizzo di gel per le mani e spray alcolici per le superfici) e degli utenti (ad esempio, interventi per incrementare la cura del sé, ricordare di evitare di toccarsi faccia, naso, occhi con le mani non lavate, curare la procedura per il lavaggio mani, con sapone o soluzione gel, cambiare mascherina, realizzare triage comprendente monitoraggio temperatura corporea e compilazione dichiarazione di non contatto diretto con persone positive al Covid-19, di esiti di tamponi eseguiti, di eventuali sintomi respiratori e gastrointestinali, disturbi all'olfatto e al gusto), nell'ottica di ridurre la possibilità di contagio e di rendere lo stare in presenza il più sicuro possibile, sia durante le attività sia durante le pause sia durante i momenti di tempo libero o attività quotidiane.

Distanziamento.

Con l'intento condiviso di svolgere le attività, individuali e gruppali, in presenza, si sono valutate tutte le possibilità logistiche, compresa quella di svolgere l'attività in spazi all'aperto, attrezzandoli in modo adeguato. Dopo un periodo di ricerca e validazione delle varie opzioni, si è scelto di riprendere in presenza, assicurando il rispetto del distanziamento sociale e dell'obbligo dell'utilizzo dei presidi, al chiuso. Si è reso necessario, quindi, ad esempio, scindere i gruppi più numerosi, in sottogruppi, comunicare in modo comprensibile a tutti le nuove regole del *setting* e fornire spunti utili a incentivarne il rispetto (ad esempio, disposizione sulle sedie di cartelli con la scritta "Qui non mi siedo", indirizzare gli utenti per evitare assembramenti e monitoraggio di eventuali contatti sociali, come lo stringersi la mano).

Organizzazione.

Dividendo i gruppi originari in sottogruppi e scegliendo di lavorare in parallelo, è stato richiesto da parte degli operatori sanitari, in un momento storico in cui il carico di lavoro quotidiano era già nettamente aumentato così come il livello di stress associato, un maggior numero

di ore da dedicare, nello specifico, alla realizzazione di interventi di riabilitazione sia in termini di tempi legati alla conduzione, sia di progettazione, sia di preparazione personale, sia di formazione che di supervisione. Uno sforzo condiviso che ha richiesto un aumento delle energie investite anche per la gestione di imprevisti legati a: interruzioni dettate dai decreti; sospensioni per esiti positivi dei tamponi degli utenti coinvolti nelle attività o di quelli degli operatori; riorganizzazione e riprogettazione delle attività in base al modificarsi di differenti normative vigenti legate alla diversa natura dei servizi di provenienza degli utenti e degli operatori coinvolti. Sulla base di quanto premesso, quindi, si è resa necessaria l'introduzione di alcuni adattamenti alla struttura manualistica delle attività proposte dettati, ad esempio, dall'esigenza di: ridurre il grado di sollecitazione degli utenti in gruppo che, numericamente ridotti, sarebbero stati troppo sotto pressione mantenendo invariato il precedente piano delle sessioni; sollecitare la motivazione dell'utente alla partecipazione, ad esempio attraverso colloqui individuali, a causa del susseguirsi di sospensioni più lunghe, sia per eventuali ricadute legate alla psicopatologia sia per l'isolamento richiesto dalla positività dei tamponi di pazienti e/o operatori; mantenere il *focus* sulla possibilità futura di poter ricostruire i gruppi originali lavorando sui sottogruppi parallelamente; condividere quanto osservato, monitorare l'andamento e stabilire, se necessario, strategie condivise per la risoluzione di eventuali problemi o criticità programmando un maggior numero di supervisioni, in presenza o a distanza; veicolare livelli maggiori di intimità, profondità, vicinanza, apertura, cura, attenzione, riscoperta, appartenenza, apprendimento e sperimentazione, consentiti dal lavoro in piccoli gruppi, dando la possibilità di riconoscere risorse e ruoli inaspettati; avere un maggior supporto, grazie al lavoro di rete, da parte del rispettivo Servizio di provenienza, che ha saputo dimostrare grandi capacità di adattamento, flessibilità e resilienza.

In conclusione, crediamo sia possibile sostenere che finché l'epidemia non verrà dichiarata a tutti gli effetti conclusa, non sarà possibile deporre le armi sfoderate durante i recenti tempi avversi o abbassare il livello di guardia. Saranno pertanto, ancora necessarie, per il prossimo futuro, insieme al sapere integrato dell'équipe, flessibilità, sforzo, energia, tenacia, determinazione, curiosità, fiducia, creatività, speranza, presenza, passione, al fine di assicurare il mantenimento di interventi riabilitativi efficaci ed efficienti anche nel futuro più prossimo.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Tecnico della riabilitazione psichiatrica, collaboratore Lib.Prof.
presso ASST DI LODI e ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano;*

° *Membro Direttivo Nazionale ATS AITERP,
formatore e formazione in arte terapia;*

^ *Educatore professionale-ASST di Lodi.*

BIBLIOGRAFIA

1. I.Guan, N.Kirwan, M.Beder, M.Levy, S.Law. *Adaptations and Innovations to Minimize Service Disruption for Patient with Severe Mental Illness during COVID-19: Perspectives and reflections from an Assertive Community Psychiatry Program*. Community Mental Health Journal, Springer Nature 2020.
2. M.Percudani, M. Corradin, M.Moreno, A.Indelicato, A. Vita. *Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak*. Psychiatry Research 288 (2020)112980.
3. G.de Girolamo, G.Cerveri, M.Clerici, E.Monzani, F. Spinogatti, F.Starace, G.Tura, A.Vita. *Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response*. JAMA Psychiatry. Settembre 2020. Volume 77, number 9.
4. S.K.Chaturvedi. *Covid-19, Coronavirus and Mental Health Rehabilitation at times of crisis*. Springer Nature India Private Limited 2020.
5. A.Chevance, D.Gourion, N.Hoertel, PM Llorca, P.Thomas, R.Bocher, MR Moro, V.Laprévote, A.Benyamina, P.Fossati, M.Masson, E.Leaune, M.Leboyer, R.Gaillard. *Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review*. L'encéphale 46(2020)193-201.
6. Center for the study of traumatic stress. Department of Psychiatry. *Prendersi cura dei pazienti durante l'epidemia di Coronavirus: Una guida per psichiatri*. (Traduzione a cura di G.Soro).
7. Center for the study of traumatic stress. Department of Psychiatry. *Effetti psicologici della quarantena durante l'epidemia di Coronavirus: che cosa devono sapere gli operatori*. (Traduzione a cura di G.Soro)
8. G.Serafini, B.Parmigiani, A.Amerio, A.Aguglia, L.Sher, M. Amore. *The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population*. QJM:An international Journal of medicine, 2020,529-535.
9. Deepak Jayarajan, Thanapal Sivakumar, JB Tourous, Jagadisha Thirtalli. *Telerehabilitation in Psychiatry*. Indian Journal of psychological medicine, vol.42,Supplement Issue, October 2020.
10. T.Molfenter, T.Heitkamp, A.A.Murphy, S.Tapscott, S. Behlman, O.J.Cody. *Use of telehealth in Mental Health Services during and after COVID-19*. Community Mental Health Journal, Springer.
11. S.L.Kopelovich, M.Monroe-DeVita, B.E.Buck, C. Brenner, L.Moser, L.F.Jarskog, S.Harker, L.A. Chwaściak. *Community Mental Health Care delivery during the COVID-19 pandemic: practical strategies for improving care for people with serious mental illness*. Community Mental Health Journal, Springer.
12. Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica. Gruppo di lavoro: MG. Angelilli, V. De Lorenzo, V. Di Ludovico, M. Di Matteo, R.Famulari, M. Melo, F.Mondelli, MF. Neroni, F.Russo, V.Salvatore, A. Salza. *Teleriabilitazione: indicazioni per i Tecnici della Riabilitazione psichiatrica*. Versione giugno 2020. A.I.Te.R.P.
13. Fioletti B.. *Online "In arte terapia"*. Ar-tè. Quaderni italiani delle artiterapie, numero 14, dicembre 2020.

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