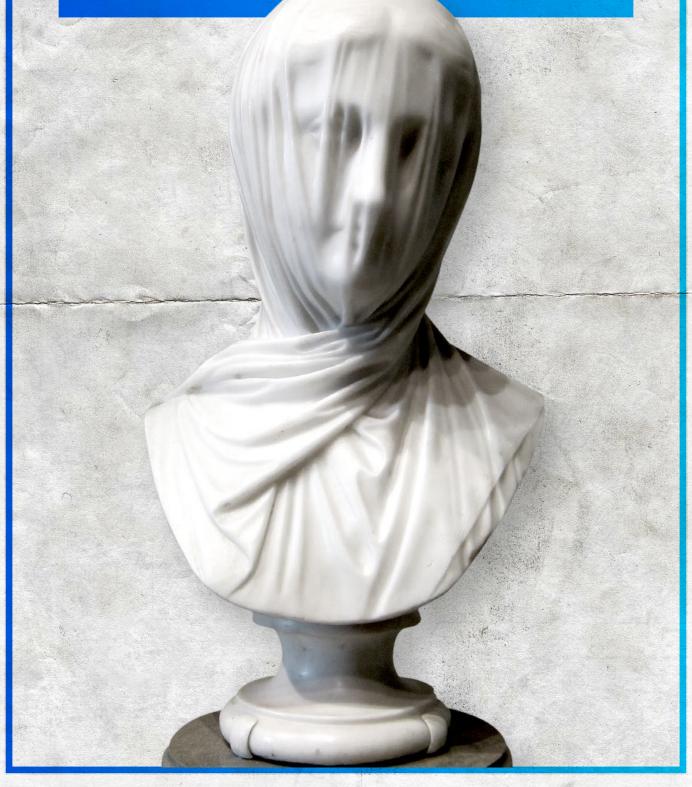


PSICHIATRIA OGGI

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.





Verranno a te sull'aure i miei sospiri ardenti... Alcune riflessioni sulla musica e la musicoterapia di Giannelli A

Psichiatria e Salute Mentale 11 Le nuove prospettive di lavoro per la SIPLo di Percudani M.e Clerici M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica 15 Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting di Giannini C., Viganò V., Zavatto F. e Amatulli A.

Favorire la salute psichica nei figli di pazienti con gravi disturbi psichici Criticità ed opportunità di Beraldo S. e Biffi G.

Quaranta anni di riforma psichiatrica La lettura degli atti parlamentari per affrontare le nuove sfide nella tutela della salute mentale di Damiani T.

43 Prevenzione della sindrome metabolica nella persona affetta da disturbo psichiatrico in trattamento nei servizi territoriali di Fumarola G., Frediani G., Biagi M.P., Parini A., Salvi V., Migliarese G. e Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico di Mantovani R.

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (Bergamo) Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:

Claudio Mencacci (Milano, MI)

Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)

Giorgio Cerati (Legnano)

Emilio Sacchetti (Brescia)

Silvio Scarone (Milano) Gian Carlo Cerveri (Milano)

Arcadio Erlicher (Milano)

Simone Vender (Varese) Antonio Vita (Brescia)

Giuseppe Biffi (Milano)

Mario Ballantini (Sondrio)

Franco Spinogatti (Cremona)

Costanzo Gala (Milano)

Gabriella Ba (Milano)

Cinzia Bressi (Milano)

Claudio Cetti (Como)

Giuseppe De Paoli (Pavia)

Nicola Poloni (Varese)

Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)

Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)

Andrea Materzanini (Iseo, BS)

Alessandro Grecchi (Varese) Francesco Bartoli (Monza)

Lucia Volonteri (Milano)

Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

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

PSICHIATRIA OGGI

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

Verranno a te sull'aure i miei sospiri ardenti...1

Alcune riflessioni sulla musica e la musicoterapia

Alberto Giannelli

rendo lo spunto per queste riflessioni dall'articolo di Amatulli e Coll. letto in anteprima e che compare in questo stesso numero della Rivista sull'esperienza che stanno facendo da tempo e della quale descrivono finalità, metodi e risultati nell'articolo

che ho letto in anteprima e viene riportato in questo stesso numero. Un'esperienza interessante, ma anche coraggiosa in quanto portata avanti in quel segmento di un DSM, il SPDC, che generalmente, ma erroneamente viene considerato il meno idoneo a un'esperienza del genere. Apprezzo questo loro lavoro assai impegnativo e degno della massima attenzione. Tuttavia, le mie riflessioni attengono ai perchè la musica occupa (deve occupare) il primo posto nelle diverse forme in cui si dispiega l'arteterapia (soprattutto, perché avvia o incremense non la fusione, almeno l'interazione mente-corpo).

La prima osservazione è di carattere storico

Davide con l'arpa e la lira placava le ire di Re Saul; negli ospedali psichiatrici arabi (sorti prima di quelli europei) la musicoterapia era molto impiegata; alla corte dei Re di Spagna il famoso castrato Farinelli era spesso

impegnato a sollevarne il tono dell'umore cantando; invitato da Esquirol e dal suo allievo Leuret, Franz Liszt, al culmine della sua fama mondana e di musicista, andava sovente alla Salpetrière a intrattenere le alienate e a farle suonare e ballare; Mesmer accompagnava le sedute di ipnosi suonando lui stesso l'armonica.

La musicoterapia, per quanto diffusa soprattutto nelle pratiche riabilitative, non ha ancora raggiunto un suo statuto scientifico e metodologico e non ha ancora espresso tutte le sue potenzialità. Tra l'altro, nella storia della musica, a differenza di quello che riguarda la



Vanessa Bell, A String Quartet, Hoogart Press, 1921

1 Da Lucia di Lammermoor (atto I) di Gaetano Donizetti

3 In Primo Piano

pittura figurativa (penso a Bosch, a Dürer, a Cranach Il Vecchio, a Bocklin, a Munch, a Ligabue ecc,), pochi sono gli esempi di opere che specificamente si riferiscono ai disturbi mentali. L'unico che mi viene in mente è il movimento finale del Quartetto opera 18, n.6, di Beethoven. Altrettanto pochi sono i compositori che hanno vissuto in prima persona l'esperienza della follia: Schumann, Ciajkovskij, Wolf, Donizetti: di quest'ultimo ricordo Lucia nella quale nel III atto c'è la celebre aria della follia cantata dal soprano, la melodia più lunga che sia stata scritta dai nostri grandi melodrammatisti romantici del XIX secolo (Bellini, Verdi e, appunto, Donizetti) nella quale si dispiega in tutta la sua bellezza una gara spericolata tra la voce del flauto e quella del soprano. Né conosco casi di sindrome di Stendhal a seguito dell'ascolto di un brano musicale, come invece è successo (e succede ancora) agli Uffizi di fronte a quadri quali la Venere di Botticelli piuttosto che la Medusa di Caravaggio, (Mi sembra doveroso citare che è stata una nostra collega, la psichiatra fiorentina Graziella Magherini, a occuparsi per prima di fenomeni di questo genere, di cui si parla a partire dal grave malessere che provò Stendhal appena uscito da una visita a Santa Croce nel 1817). Recentemente è uscito un saggio di Paolo Isotta, che traccia un nesso filologico tra la poesia di Ovidio e la musica, da Monteverdi fino ai nostri giorni: Malipiero, R. Strauss ecc. Ma non ricordo libri o saggi che riguardino i nessi tra la pittura e la musica, tranne uno, ma molto interessante, quello di Eric R. Kandel, cui accennerò più avanti.

Eppure, scriveva Alberto Savinio, la musica è in ritardo rispetto alla pittura: per trovare l'equivalente musicale di Tintoretto bisogna attendere Wagner, all'incirca trecento anni; per trovare quello pittorico di Bach bisogna risalire a Giotto, forse a Cimabue.

La seconda osservazione è di ordine psicofisiologico.

Quanto detto finora può indurre la (falsa) sensazione che, a differenza della pittura, la musica (qualunque musica, anche se qui parlo solo di quella classica o grande che dir si voglia) non abbia il diritto di occupare un posto privilegiato nell'arteterapia. Ma non è così, anzi è vero il contrario. Il suo linguaggio appare il più idoneo ad aprire o tenere aperto il dialogo con la follia (qui intesa nella sua accezione più ampia) perché è un dialogo che risale alle nostre esperienze primarie, elementari, alle stagioni più remote della nostra esistenza, rivisitandole e riattualizzandole. È possibile ricondurre la sua nascita, come dice Romolo Rossi, a una fase dello sviluppo caratterizzata dall'uso di archaic meaning schemata preverbali, nell'ambito di esperienze di tipo transizionale. Nessuna altra forma di espressività artistica riporta a quel paradiso dal quale l'evento (catastrofale) della nascita ci ha espulso, lacerando la beata unità originaria. La musica è la voce del paradiso perduto. Identificandosi in essa, scrive H. Kohut, il nostro Io regredisce a uno stato primitivo che gli consente un piacere estatico.

A uno stato estatico, sognante, ritorna il neonato tutte le volte che, ricevendo il piacere del latte, tiene lo sguardo fisso sul volto della madre, con un'espressione, appunto, di sognante beatitudine. Franco Fornari si è occupato a fondo di questi vissuti. Egli ci ricorda che il neonato modella la sua poppata sul ritmo del battito cardiaco della mamma e, ancora, che nel grembo materno egli percepisce un insieme di suoni, primi fra tutti il battito del cuore della madre, il ritmo del suo respiro, la sua voce. È un'esperienza comune che per acquietare un neonato, al di là di soddisfare il suo bisogno di latte, occorre la voce carezzevole della madre oppure gli si fa ascoltare il battito del suo cuore registrato su un nastro durante la gravidanza o, ancora, lo si prende in braccio, in modo da riprodurre con l'abbraccio seno-brachiale il perduto contenimento uterino.

Il suono, dunque, è la prima esperienza sensoriale vissuta ancora prima della nascita. Rivoltando il Vangelo di Giovanni, Franco Fornari scrive che "All'inizio era il Suono, il Suono era presso la Madre, la Madre era il Suono". Già questo è un basilare elemento a sostegno della tesi che la

musica deve occupare un posto primario nei processi di interazione mente-corpo, una -se non la principale-finalità della *musicoterapia*. In proposito Antonio Di Benedetto così si esprime:

"Per questa sua capacità di entrarti dentro e di circondarti, il suono è in grado di stimolare un'esperienza di intimità con il mondo esterno assai più profonda e intensa di quella fatta con le esperienze visive... Con l'ascolto facciamo l'esperienza di qualcosa di esterno che sta all'intorno e all'interno che allo stesso tempo avvolge la nostra superficie cutanea e penetra nel nostro corpo....gli oggetti si rendono presenti allo stesso tempo dentro e fuori in un modo che è assimilabile al contatto provato con il corpo materno durante l'allattamento, allorché si sta dentro la madre circondati dalle sue braccia, e allo stesso tempo si riceve il suo latte dentro il proprio corpo".

La terza osservazione è di carattere psicodinamico.

Come chi guarda un quadro può passare da una prima, solistica osservazione a un esame più attento dei particolari, così chi ascolta un brano può passare da un ascolto naif che glielo fa percepire in forma totale, gestaltica, a un ascolto più differenziato e analitico. Mauro Mancia sottolinea come l'emisfero destro sia più impegnato nel primo, quello sinistro nel secondo, in funzione della nostra specializazione emisferica, lo studio della quale permette interessanti analogie e differenziazioni con il linguaggio parlato.

Molti autori (tra cui ricordo Michel Schneider, Vittorio Volterra, Piero Rattalino, Giovanni Piana, Fausto Petrella) si sono occupati , trattando del linguaggio musicale nei suoi diversi aspetti, e delle analogie che intrattiene con l'ascolto psicoanalitico: in ambedue c'è l'interpretazione e questo comporta scelte ed esclusioni. Vittorio Volterra ha msso in evidenza come facendo musica si ripropongano tra compositore e interprete gli stessi circuiti emozionali

che si attivano nelle sedute e come, facendo musica in gruppo, interagiscano i membri del gruppo tra di loro e ciascuno di loro con il compositore, richiamando dunque suggestive analogie con la psicoterapia di gruppo.

Tale analogia tra i due ascolti è anche in funzione dello spazio che l'autore si riserva andando da una posizione di rigorosa fedeltà alla grafia compositiva a una posizione di libertà espressiva nei suoi confronti. Spostandosi verso quella che M. Schneider chiama "falsificazione creativa" l'esecutore diventa interprete, si passa dall'esecuzione alla interpretazione. Glenn Gould, uno dei più grandi pianisti del secolo scorso, poteva -come riferisce l'autore appena citato- esporre il soggetto della Fuga in La Minore del I Libro del Clavicembalo ben temperato conferendogli un'impressione generale di leggerezza, trasparenza e vivacità grazie al ricorso allo staccato, oppure di pomposità tragica e pesantemente strutturata. "Io non suono quello che dicono le note", diceva il pianista canadese, "ma quello che sta dietro le note". È come discendere dal loro significato manifesto a quello latente, come si fa nell'interpretazione del sogno. Queste argomentazioni non sono condivise né da Stravinskj né da Schoenberg, secondo i quali la musica basta a se stessa: "quando odi uno sviluppo tematico non devi chiederti quale sia il pensiero che sta alla sua base e che esso porta all'espressione, dal momento che lo sviluppo tematico stesso è quel pensiero".

Ciascuno di noi, che non sia né un artista né un compositore, trova nel sogno (durante la fase REM del sonno) il suo momento di creatività, e Freud ne parla, come è noto, in *Il Poeta e la Fantasia*. Ma Enzo Funari, senza negare la creatività di vario genere che ci può offrire l'attività onirica, dice che l'artista non si limita a sognare, ma per creare deve fare i conti con il mezzo (Dante e Leopardi con le parole, Michelangelo con il marmo e, aggiungo io, Monteverdi e Bach con le note). Ma il sogno si differenzia da un'opera d'arte anche perché

5 In Primo Piano

per essere interpretato, oltre che ascoltato, deve entrare nel contesto di una relazione, quella del terapeuta con il paziente. Di un quadro possiamo goderne al primo sguardo o di un brano musicale al primo ascolto, di un sogno non al solo ricordo.

Mi sembra opportuno, nell'ambito dell'arteterapia, accennare brevemente a come la pittura si differenzi dalla musica, sia da quella ascoltata, sia da quella liberamente prodotta in un atelier. Esemplifico perché entrare nello specifico di tale differenziazione richiederebbe un articolo a se stante. Una volta fissato sulla tela il dipinto rimane immutato. I covoni di spighe di Monet, le famose mele di Cézanne, la Crocefissione di Grunewald, quella bianca di Chagall, il rosso di Velasquez, la luce di Rembrandt ecc. rimangono tali malgrado lo scorrere dei secoli e continuano a stupire chiunque li osservi. Per la musica non è così. Proprio perché ha bisogno dell'esecutore il suo linguaggio non è definitivo, e la stessa risonanza che ha nell'ascoltatore è diversa da persona a persona. Persino se chi ascolta è lo stesso compositore, egli può rischiare di non riconoscela come sua o non gradirne l'esecuzione. Noto è un episodio riportato da diversi musicologi. Un giovane pianista stava suonando uno dei *Preludi, op. 5* di Skrjabin e questi ad un certo punto sbottò a

dire "lo state suonando a metà tempo!". Il giovane smise di suonare e guardandolo fisso negli occhi gli disse "questa è la mia interpretazione". E di rimando il compositore "ma questa è la mia musica!".

Detto in altre parole, il dipinto ha una sua caratterizzazione s'paziale, è definitivo sincronicamente nelle sue varie componenti, è fissato sulla tela, conchiuso. Il brano musicale, invece, ha una sua caratterizzazione temporale, si definisce diacronicamente nei suoi vari elementi che si succedono separandosi e riprendendosi, in una sequenza ininterrotta di separazioni e ricongiungimenti. Quella pittorica è una produzione definitiva, non si modifica nel tempo, non ha bisogno di mediazioni, a differenza di quella musicale.

La quarta osservazione è di carattere neuro-scientifico.

Devo premettere che è necessario tenere ben distinto il neuro-scientismo, che si osserva spesso negli articoli a dir così divulgativi. dalle neuro-scienze propriamente dette che hanno un loro statuto metodologico ed empirico ben definito. Un rilievo questo che può sembrare ovvio, ma non lo è, visto che le neuro-scienze nel loro inarrestabile progresso stanno invadendo l'area delle scienze umane o umanistiche per cui si parla di neuro-etica, di neuro-fenomenologia, di neuro-diritto, di neuro-economia ecc., con legittimizzazioni ora più o meno convincenti, ma pur sempre basate su argomentazioni metodologicamente corrette.

Eric R. Kandel, premio Nobel della medicina nel 2000 per i suoi studi sui meccanismi biochimici della memoria nelle cellule nervose, oltre che neuro-scienziato, è psichiatra e neurologo, e si occupa da anni del contributo che le neuro-scienze possono dare -anzi, stanno dando- ai rapporti tra le attività cerebrali e le diverse espressioni della creatività artistica. A cominciare dal saggio del 2016 L'età dell'inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni fino all'ultimo del 2018 La mente alterata: cosa dicono di noi le anomalie del cervello. Tra questi due saggi sta un terzo del 2017 dal titolo Arte e Neuro-scienze: due culture a confronto, che riguarda in particolare i rapporti che intercorrono tra l'arte (specificamente la pittura astratta, da Kandinskj, a Mondrian, a Pollock e altri) e le neuroscienze. Date la sua formazione scientifica e umanistica Kandel ha una peculiare competenza a trattare con argomentazioni rigorose, ma nello stesso tempo chiare, temi di tale complessità e a sottolineare come si differenzino tra loro il linguaggio artistico da quello scientifico, gettando però tra i due un ponte di suggestivo impatto emotivo e conoscitivo. Un ponte tra l'interpretazione ermeneutica e quella neuroscientifica, che hanno tra loro più elementi in comune di quanti siamo abituati a pensare.

A proposito della musica, c'è un interessante rilievo storico che fa Kandel nel suo libro del 2017. Comunemente riteniamo Wassilj Kandinsky l'iniziatore della pittura astratta. In realtà, i primi quadri veramente astratti sono stati realizzati dal pioniere della musica astratta, ovverosia da Arnold Schönberg, più conosciuto come compositore (fondatore della Seconda scuola di Vienna, di cui hanno fatto parte Berg e Webern) che come pittore. Kandinsky aveva già tentato di abbandonare la pittura figurativa, ma senza riuscirvi. Il I° gennaio del 1911 si era recato al concerto di Capodanno a Monaco e aveva ascoltato per la prima volta il Secondo quartetto per archi composto da Schönberg nel 1906 e Tre pezzi per pianoforte, op. 11, del 1909. Schoenberg aveva introdotto una nuova concezione dell'armonia in cui non c'è una nota centrale, ma solo variazioni di timbro e tono (quella comunemente chiamata musica atonale). Scosso da quell'ascolto, Kandinsky iniziò a liberarsi dalla convenzione pittorica della rappresentazione della natura e non è casuale che un suo quadro del 1911 si intitoli proprio *Studio per composizione V*, da tutti (erroneamente) considerato il primo dipinto astratto, un'opera storica nel canone dell'arte occidentale. Un altro rilievo, più di carattere scientifico, che fa Kandel nello stesso libro del 2017 –e del quale sarebbe utile tenere conto nell'ambito della *musicoterapia* – è quello che per quanto cambiamenti strutturali siano possibili anche in un cervello maturo sono maggiori nei musicisti che hanno iniziato la loro formazione musicale molto presto, quando il cervello è più sensibile alle modifiche legate all'esperienza (oltre al fatto di avere "i geni giusti", ovverosia il talento). In proposito, Kandel si riferisce a un bambino violinista prodigio (Jascha Heifetz) poi diventato un celebre esecutore. La stessa cosa potremmo dire del pianista Ramin Bahrami, che tutti conosciamo come il più grande interprete di Bach, che rimase folgorato all'età di sei anni dall'ascolto della Toccata della Sesta partita in mi minore, nell'interpretazione di Glenn

Gould. Bach ti "sceglie e non ti abbandona più" dice Bahrami e aggiunge "anche ora, mentre scrivo, una parte del mio cervello è concentrata sullo scegliere le cose da dire, tutto il resto è invaso da Bach. In questo momento dalle Variazioni *Goldberg*".

A proposito della musica, Kandel riferisce di esperimenti condotti al National Instututes Health miranti a definire le differenze nei processi mentali che sono alla base dell'improvvisazione jazzistica, da un lato, e dell'esecuzione di una sequenza musicale memorizzata, dall'altro. Si è notato che l'improvvisazione è correlata con un caratteristico insieme di cambiamenti nella corteccia prefrontale dorsolaterale, un'area interessata al controllo degli impulsi. Prima che i pianisti iniziassero a improvvisare il loro cervello mostrava una "disattivazione" della suddetta corteccia. Invece, nell'esecuzione del brano memorizzato, essa rimaneva attiva. Vale a dire che mentre improvvisavano il loro cervello smorzava le inibizioni normalmente mediate dalla corteccia prefrontale dorsolaterale di cui sopra. Erano stati in grado di creare nuova musica in parte perché erano disinibiti e non autocoscienti della loro creatività. Il semplice spegnimento di detta corteccia tuttavia non farà di noi un grande pianista. I pianisti dell'esperimento appena citato hanno beneficiato della soppressione delle inibizioni perché, come la maggior parte delle persone creative che hanno successo, avevano trascorso anni a praticare la loro forma d'arte, riempiendo il loro cervello con idee musicali che potevano ricombinare spontaneamente al momento.

Ho dato spazio a questo esperimento appena ricordato sia per mettere in luce quanto prudenti siano le conclusioni che ne trae Kandel, sia perché andrebbero tenute presenti nella selezione dei pazienti da inserire nel gruppo di musicoterapia. Assai interessante è anche il rilievo che pazienti con demenza fronto-temporale dell'emisfero sinistro a volte mostrano una esplosività di creatività presumibilmente perché l'emisfero sinistro

7 In Primo Piano

lesionato rimuove il suo vincolo inibitorio sul destro, che è più interessato alle novità e ha una maggiore creatività. In fondo, annota Kandel, si rivaluta con le nuove tecnologie l'idea di Jackson che gli emisferi destro e sinistro si inibiscano a vicenda e che i danni del sinistro liberino le capacità creative del destro. Con la prudenza derivante dalla sua formazione clinica oltre che neuro-scientifica Kandel ammette che sappiamo ancora poco sulla biologia della creatività, pur essendo chiaro che essa comporta l'eliminazione delle inibizioni.

Quella che soprattutto va valutata è la posizione che l'arteterapeuta assume nell'ambito della relazione. Si fa arteterapia lasciando libero il paziente di disegnare o dipingere o modellare sulla creta ciò che vuole o suggerendogli un tema (magari preso dalla sua biografia) o indicandogli un oggetto da riprodurre ecc. Anche osservare un dipinto o ascoltare una poesia ed esprimere le emozioni e i sentimenti che ne derivano possono rientrare in alcuni progetti riabilitativi. Analogamente, con la musica si possono promuovere interventi attivi mettendo il soggetto al pianoforte o alla batteria, invitandolo a suonare quello che vuole oppure dandogli un pezzo da eseguire o magari -perché no?- interpretare. Certo, le varie modalità di intervento dipendono anche dalle risorse dell'atelier di arteterapia, dal talento individuale ("i geni buoni"), dalla conoscenza (anche rudimentale) della grafia musicale, dalla familiarità con questo o quello strumento ecc. Ricordo che un lontanissimo precursore del metodo di lasciare spazio all'inventiva individuale è stato Claudio Monteverdi, il quale spesso segnava sulla partitura soltanto le parole del canto e le note del basso, e tra queste due guide estreme l'orchestra doveva improvvisare armonie e contrappunti, come in seguito avrebbero fatto le orchestre tzigane e jazz. Va anche osservato il rapporto che si stabilisce tra chi suona e il suo strumento. Per alcuni, ad esempio, il pianoforte non è uno strumento di cui il loro corpo si serve, ma è

il loro corpo stesso (forse, ne hanno bisogno per avere essi stessi un corpo).

Altrettanto importanti sono gli intereventi di musicoterapia ricettiva, impropriamente detta passiva, che si realizzano facendo ascoltare i tipi più diversi di musica, dalla pop alla disco-music, dal rock and roll alla classica. E ascoltando e osservando i sentimenti e le emozioni (anche quelle mimiche o gestuali o di indifferenza) che ne derivano ai pazienti. Per quelli motivati alla partecipazione al gruppo di musicoterapia è importante correlare l'interesse, la partecipazione, la propensione a esprimere cosa a loro deriva da quegli ascolti con il tipo di malattia, la fase del suo decorso, la presenza o meno del farmaco o di intereventi psicoterapeutici in corso.

A proposito del tipo di malattia e della sua fase di decorso (in atto o in remissione o in recidiva o giunta al momento della riabilitazione) propongo alcune brevi osservazioni di cui, a mio avviso, il conduttore del gruppo dovrebbe tenere conto, accanto e al di là della sua competenza tecnica e della sua cultura musicale, in stretta collaborazione con l'equipe curante.

Sarebbe un (imperdonabile) errore fare sentire o, meglio, ascoltare un brano di musica allegra a un paziente depresso nel (vano) tentativo di risollevarne l'umore. Si raggiungerebbe un risultato opposto, quello di estraniarlo ulteriormente da quel mondo da cui si è ritirato e di mettere a repentaglio la possibilità di creare un rapporto terapeutico già di per sé difficile, a volte impossibile. A un malato chiuso nel ghetto del suo autismo melanconico sarebbe piuttosto indicato l'ascolto di una musica che si dispieghi sulla sua stessa lunghezza d'onda: ad esempio, il Lamento di Arianna di Claudio Monteverdi oppure la Berceuse élégiaque di Ferruccio Busoni o l'Adagietto della V di Mahler o, ancora, il Concerto per violino orchestra di Alban Berg (1938, scritto per la morte di Manon, la figlia diciottenne di Alma Mahler, ma in realtà un requiem che l'autore -morto pochi mesi dopo- compose, senza

saperlo, per se stesso). Questo approccio permetterebbe al depresso di trasferire sugli esecutori, anzi sugli autori, almeno parte dell'angoscia nella quale è avviluppato, ovverosia di trovare in quegli ascolti degli alleati con cui condividere il suo dolore. Di essere compreso, detto in altre parole (com-prendere, cioè prendere-con-sé, attuando quella che gli antichi greci chiamavano *terapeia*). Il trasferimento è, seguendo il linguaggio dell'inconscio, lo spostamento che consente di muovere, attraverso vie associative, l'accento, l'interesse, l'intensità di una rappresentazione da questa ad altre originariamente meno intense, anche se in qualche modo estranee al suo attuale sentire.

Diverso è il caso del paziente che, a seguito delle cure in corso, dà segnali di uscita dal tunnel della depressione. In questa evenienza l'ascolto andrebbe indirizzato a musiche che gli prospettino il rientro nel mondo e il riavvicinamento alle persone che lo abitano: penso a Corelli, a Paisiello, a Rossini, a Bernstein. Si incrementerebbe così il sentimento della speranza, che dà colore alla vita e sospinge l'esistenza verso il futuro.

Diversa ancora è la situazione di un paziente che soffra di un disturbo dello spettro schizofrenico. Qui l'unico errore sarebbe quello di fare ricorso alla musica atonale, dodecafonica, seriale. Con la tonale si ha quello che gli esperti chiamano l'ascolto "fusionale" che sottende al restauro e alla ricostruzione degli oggetti interni. Con quella atonale, si avrebbe l'ascolto "separato", che desta inquietudine derivante dalla facilitazione ulteriore della scissione e disorganizzazione degli stessi oggetti. A proposito della musica atonale, non è casuale che Erwartung di Schoenberg – ritenuta la prima importante opera in tal senso – risenta dell'affermazione dello stesso clima culturale in cui si sviluppa la psicoanalisi, come hanno scritto Incisa e Quarti in Creatività nell'arte:la rivoluzione musicale e pittorica espressionista alla luce del pensiero psicoanalitico e filosofico. A un paziente affetto da un disturbo

schizofrenico o schizofreniforme o schizoaffettivo farei ascoltare brani di Vivaldi, Mozart, alcuni di Chopin e altri, al fine, appunto, di sollecitare la ricomposizione del suo mondo interno e il raggiungimento di quell'armonia, contrapposta al caos, che Vito Mancuso ritiene una delle principali vie che portano alla bellezza (della vita, naturalmente), Facendogli, al contrario, ascoltare autori della musica novecentesca, quali Henze, Stochkausen, Hindemith ecc. sarebbe come mostrargli un volto di Schiele o un quadro di Kandinskj (dopo la sua conversione all'astrattismo) ecc.

Comunque, è importante tenere presente che per fare di un'opera d'arte (dipinto, musica, poesia) uno strumento terapeutico o, meglio, riabilitativo, è indispensabile che lo stato d'animo del paziente sia compatibile e consonante con la visione o l'ascolto o la lettura di quell'opera. La terapia, ma soprattutto la riabilitazione, vanno accompagnate, non imposte, a quel percorso che il paziente sta facendo spontaneamente o grazie alle cure in corso.

Utile sarebbe anche — risorse del servizio permettendo — accompagnare piccoli gruppi di pazienti all'ascolto di un concerto in un auditorium o all'aperto, perché la musica oltre che ascoltata va vissuta e condivisa, direi fisicamente, con chi la suona. Come in una seduta di psicoterapia si deve stabilire un circuito emozionale, sensoriale, quasi fisico, che coinvolge pazienti e psicoterapeuta.

Molte sono le domande che si deve porre chi fa musicoterapica. Che cosa ci farebbero vedere i più moderni mezzi di visualizzazione cerebrale se potessimo applicarli a chi, paziente o no, assiste a un'opera lirica? Dove oltre all'ascolto della musica si associano in contemporanea quello delle voci e l'apparato scenografico che si muove sul palcoscenico. Mi chiedo anche a chi applaude il pubblico alla fine di un concerto o di un'opera. Soprattutto quando si tratta di lavori di compositori ancora poco conosciuti o poco presenti nei programmi. Applaude (o qualche volta fischia) agli esecutori o all'autore o a questo

9 In Primo Piano

o quel cantante? Del resto, mi piace rappresentarmi lo psichiatra come lo spettatore di un'opera lirica, il quale deve spostarsi continuamente dall'azione all'emozione, cioè da quello che vede a quello che sente, per di più nel contempo leggere il libretto se l'opera è cantata in una lingua che non conosce. Lo psichiatra deve essere formato ad ascoltare le emozioni: non solo quelle dei pazienti, ma anche le proprie, ovverosia deve avere l'attitudine, come dice Alberto Lampignano, a sentire ciò che si sente.

Infine, un'ultima domanda. Ha ragione il compositore Nicola Campogrande quando dice che la musica registrata è solo musica tradita? Prima i compact disc con la promessa di un suono perfetto e durevole; quindi i DAT, di qualità ancora più alta; infine il web con le sue meraviglie. La possibilità di ascoltare un numero infinito di incisioni regala una vertiginosa ebbrezza. Solo all'inizio, però. Perché poi ci si chiede, continua Campogrande, se l'essenza della classica non sia nelle esecuzioni dal vivo, che nessuna tecnica restituirà mai nella loro complessità e magia. Si ripropone qui quanto poco sopra dicevo sulla opportunità di portare i pazienti all'ascolto diretto di un concerto o di un'opera in un auditorium piuttosto che all'aperto. Ma questo vale per tutti, pazienti e no. Dice alla fine del suo articolo Campogrande: "...oggi per me l'esperienza della musica classica è solo quella che si svolge in sala da concerto. E mi piacerebbe che, sempre di più, tornasse ad esserlo per tutti". Sono d'accordo con lui. Ma che dire di un musicista del calibro di Schumann che non voleva che la sua musica venisse suonata in pubblico o di un pianista della classe di Glenn Gould che preferiva suonare in una sala di registrazione anziché in una da concerto?

BIBLIOGRAFIA

- 1. Bahrami R. Il suono dell'occidente, Mondatori, 2014
- Campogrande N. La musica registrata è solo musica tradita,
 La Lettura, 371, 2019
- 3. Di Benedetto A. *Prima della parola*, F. Angeli, 2000
- 4. Fornari F. Psicoanalisi della musica, Longanesi, 1984
- 5. Freud S. *Il poeta e la fantasia (1907) in Opere*, Boringhieri, vol. V. 1976
- 6. Funari E. *Il senso della creatività artistica nella vita e in terapia*, Quaderni di Psiche Ricerca, anno quarto, 2007
- 7. Galimbert U. *Nuovo Dizionario di Psicologia, psichiatria,* psicoanalisi, neuroscienze, Feltrinelli, 2018
- 8. Giannelli A. *I linguaggi pittorico e musicale nel dialogo con la follia:è arteterapia?* I Colori della mente, Marsilio, 2000
- 9. Giannelli A. *Follia e psichiatria: crisi di una relazione*, F. Angeli, 2007
- 10. Isotta P. La dotta lira. Ovidio e la musica, Marsilio, 2018
- 11. Kandel E.R. Arte e neuroscienze, R. Cortina, 2017
- 12. Kandel E.R. La mente alterata, R. Cortina, 2018
- 13. Kohut H. La guarigione del Sé, Bollati Boringhieri, 1980
- 14. Lampignano A. Formarsi attraverso l'attualità. Percorsi possibili, Borla, 2005
- Mancia M. Psicoanalisi e forme musicali in V. Volterra (a cura di-) Melanconia e musica, Il Cardo, 1994
- 16. Mancuso V. La via della bellezza, Garzanti, 2018
- 17. Petrella F. Introduzione a Di Benedetto, v.sopra
- 18. Piana G. Filosofia della musica, Guerini e Ass., 1991
- 19. Rattalino P, Il linguaggio della musica, Garzanti, 1997
- 20. Rossi R., Nanni S. *Alma Mater:ricordo, dolore e musica nella*V di Mahler, Il Cardo, 1994
- 21. Savinio A. La scatola sonora, Ricordi, 1995
- 22. Schneider M. *Il significato della musica*, Rusconi, 1979 in U. Galimberti, v. sopra
- Schneider M. Glenn Gould. Aria et trente variations,
 Gallimard, 1989
- 24. Volterra V. Melanconia e musica. Creatività e sofferenza mentale, F. Angeli, 2002

Psichiatria e Salute Mentale

le nuove prospettive di lavoro per la SIPLo

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Da sempre la psichiatria si identifica, per storia e statuto epistemologico, come una disciplina "di confine" in grado di muoversi tra ambito sanitario e psicosociale. Negli anni più recenti — e, nell'attualità, grazie alla riforma voluta da Regione Lombardia per quanto riguarda il SSR lombardo — tale vocazione di disciplina "a frontiere mobili" si è riproposta fortemente all'interno in un crocevia complesso che chiede, in particolare per alcune tipologie di pazienti dai bisogni terapeutico-assistenziali complessi e più articolati, nuova attenzione, nuovi orientamenti e, nei limiti del possibile, nuove sperimentazioni.

Il Congresso della SIPLo - tenutosi a Milano presso l'Università Bicocca dal 20 al 22 giugno 2018 - ha affrontato la tematica dei "percorsi" dedicati ai pazienti portatori di bisogni complessi attraverso numerose sessioni di lavoro che hanno visto il contributo di relatori di esperienza nazionale o internazionale e che hanno permesso confronti stimolanti e un dibattito con le speculari esperienze lombarde. Nel corso delle diverse sessioni sono state affrontate problematiche e sono stati presentati progetti in corso relativamente a pazienti eterogenei dal punto di vista psicopatologico, ma qualificati dall'elemento comune di essere autori di reato, ai pazienti giovani - all'esordio - spesso portatori di diagnosi riconosciute come quelle dello spettro dell'umore o psicotico ma rese più complesse

ed articolate soprattutto in relazione all'uso di sostanze o alle più diverse addiction comportamentali, ai pazienti appartenenti a tutte le fasce d'età, ma con problemi legati a livelli diversi di disabilità, ai pazienti stranieri, di ambito multiculturale e alla drammatica condizione della sofferenza psicologica derivante dai flussi migratori.

A una Società Scientifica e Professionale come la SIPLO interessa, infatti, porre alla base della riflessione comune una cultura consapevole delle complessità attuali e delle scelte di cambiamento o di stabilità che esse continuamente chiedono: il carico crescente della domanda e le nuove sfide, l'identità professionale dello psichiatra, la reale accessibilità alle cure per i cittadini, l'incontro con il paziente e con la famiglia e la speranza di ripresa, il rapporto tra la clinica, la psicopatologia e l'organizzazione.

Il contributo che la SIPLo può dare alle Istituzioni regionali nella definizione dei futuri scenari del lavoro in salute mentale è indispensabile in una fase storica in cui le pratiche che la psichiatria territoriale ha attuato per decenni nel nostro paese (presa in carico, continuità di cura, integrazione e modello multiprofessionale di intervento) stanno diventando modelli di riferimento generali delle politiche sanitarie, come recentemente è stato sancito e confermato dai principi che hanno

11 In Primo Piano

ispirato la legge di riordino del SSR lombardo (Legge Regionale 23 del 2015). Tali principi vengono confermati e ampliati dalla Legge 15/2016 relativa alla nuova normativa regionale per la tutela della salute mentale, che definisce l'area "salute mentale" come un ambito nuovo, più comprensivo e in cui rientrano diverse discipline quali, appunto, psichiatria, NPIA, servizi per le dipendenze e disabilità psichica, psicologia clinica. Tale area, organizzata in forma dipartimentale, necessita di tener conto dei bisogni comuni a una fascia di popolazione sempre più ampia e trasversale rispetto alle competenze dei diversi Servizi, attribuendo un ruolo chiave all'integrazione interdisciplinare, alla continuità ospedale-territorio, alla presa in carico con il contributo delle reti sociali e familiari nei percorsi di cura.

Nel prossimo futuro, la ridefinizione degli ambiti organizzativi dell'area "salute mentale" dovrà vedere un contributo sempre più attivo della SIPLo nelle proposte da sottoporre alle Istituzioni regionali, con particolare attenzione ad alcune aree di intervento di stringente attualità quali il riordino della residenzialità psichiatrica, i percorsi di prevenzione e cura dei disturbi psichici in età adolesenziale e giovanile, i percorsi dedicati ai pazienti con disturbi psichici e le problematiche giudiziarie connesse. A tal fine é opportuno che nei prossimi mesi la SIPLo si attivi con gruppi di lavoro capaci di elaborare documenti di proposta che possano essere di supporto alle iniziative delle istituzioni per costruire un nuovo scenario per la salute mentale in Regione Lombardia.

Un particolare approfondimento merita l'attualità delle proposte relative al riordino dell'area residenziale, rispetto alla quale sono evidenti alcune criticità che rendono necessario attualizzare il sistema esistente per andare incontro a bisogni emergenti e a una evoluzione sostenibile dei servizi per la salute mentale.

Un primo elemento da considerare è caratterizzato dalla quota rilevante di risorse economiche assorbite dall'attività residenziale, che oggi rappresenta circa il 70% della spesa totale attribuita alla salute mentale. Se a questo dato economico si aggiunge l'evidenza che queste strutture trattano meno del 5% dei pazienti in carico ai DSMD, a fronte di quelle territoriali che trattano il 95% dei pazienti in carico, è chiara l'esistenza di un marcato divario tra la spesa per l'attività territoriale e per quella residenziale. Senza uno "spostamento" a livello di sistema di parte delle risorse della residenzialità verso l'area territoriale, non sarà possibile correggere e potenziare il modello di assistenza territoriale sul quale le indicazioni regionali in tema di presa in carico sembrano orientarsi.

Sul tema della residenzialità psichiatrica è necessario continuare nell'innovazione, introdotta dal PRSM del 2004 e dalla DGR 4221/2007, riaffermando espressamente i criteri che hanno rivoluzionato il sistema, passato da strutture rigide, contenitori indistinti di cronicità (post o neo manicomiali), a strumenti flessibili e differenziati per programmi di cura, riabilitazione e assistenza, concepiti come non separati ma integrati con il percorso territoriale. A questo riguardo appare indispensabile la definizione di percorsi residenziali dedicati ad utenti con bisogni specifici, quali i disturbi di personalità, i disturbi del comportamento alimentare, le doppie diagnosi, i pazienti con provvedimenti giudiziari. Allo stesso tempo il sistema residenziale deve considerare bisogni emergenti e di forte criticità per il sistema, quali i pazienti in cui il disturbo psichiatrico

è in comorbidità con l'abuso di sostanze o la disabilità intellettiva, le problematiche psicogeriatriche, le situazioni di post-acuzie per pazienti dimessi dagli SPDC e che necessitano ancora di ambiente protetto a forte valenza clinica.

Un ulteriore elemento di criticità da non sottovalutare è dato dalla presenza di una rete di strutture residenziali per la salute mentale appartenenti solo all'area sanitaria: ne consegue la mancanza di strutture sociosanitarie dedicate in grado di integrare bisogni non coperti. Tale mancanza comporta significativi problemi nella cura dei pazienti con disturbi mentali gravi, a cui le strutture esistenti sono dedicate. Da un lato, infatti, l'attuale rete di strutture psichiatriche a carattere sanitario non risponde in modo appropriato ed efficiente ai crescenti bisogni assistenziali di alcune tipologie di pazienti, legati sia alla disabilità connessa al quadro psicopatologico che non permette un rientro in famiglia o una vita parzialmente autonoma, sia alle compromissioni fisiche (patologie organiche invalidanti o parzialmente invalidanti) che insorgono prima dell'età prevista per l'ingresso in RSA (65 anni).

Dall'altro lato, le strutture a carattere sanitario hanno limiti temporali precisi che determinano - allo scadere del termine stabilito - lo spostamento del paziente in una altra struttura, anche perché il downgrading dell'intensità della assistenza (da alta intensità a media e bassa) rappresenta un elemento potenzialmente critico, dal punto di vista gestionale, per gli erogatori. Ciò determina, per alcuni pazienti, il passaggio attraverso strutture differenti, invece che il rimanere nella stessa struttura con un'intensità minore di assistenza. La disponibilità di strutture sociosanitarie senza limiti di durata della degenza permetterebbe di porre fine a questi passaggi, favorendo l'inserimento "a lungo ter-

mine" di chi abbia prevalenti bisogni socioassistenziali in strutture dedicate. La creazione di questa nuova rete di strutture, specifiche per i disturbi mentali gravi, favorirebbe l'appropriatezza nell'assistenza a questi pazienti e ridurrebbe il numero di quelli inseriti nelle strutture sociosanitarie per anziani e disabili.

Da ultimo, ma con ricadute rilevanti nell'attualità, la classificazione regionale delle strutture oggi esistente non sembra adeguata a quanto previsto dal Documento della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 2013 e recepito dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Una nuova classificazione deve uniformare a tali indicazioni le tipologie delle strutture psichiatriche e dei programmi che vi si svolgono per l'area sanitaria e creare un nuovo settore assistenziale in quella sociosanitaria. Le Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi dovrebbero rispondere alla necessità di assorbire la domanda assistenziale per tempi prolungati, come avviene per i programmi estensivi non più prorogabili e per le varie forme di residenzialità a bassa assistenza o leggera. In quanto strutture socioriabilitative e non puramente sanitarie, si dovrebbe pensare a fondi o quote per l'integrazione sociosanitaria, anche derivanti da capitoli di bilancio differenti, in armonia con quanto previsto dalla Legge Regionale 23/2015 e in analogia con altre Regioni, o con altre categorie di utenti.

In ogni caso, considerando il problema del contenimento/razionalizzazione della spesa sanitaria, è necessario aprire alla possibilità di proporre programmi di praticabilità immediata che affianchino e integrino quelli di Residenzialità Leggera esistenti, per le situazioni lungo-assistite più bisognose di uscire dal circuito delle Strutture Residenziali sanitarie, riferibili

13 In Primo Piano

sia alla 46san che alla 43san, ponendo attenzione anche a specifiche condizioni o fasce d'età (ad es., pazienti con disturbi mentali diventati anziani).

I fondi "integrativi" di cui sopra potrebbero essere erogati attraverso progetti sperimentali, su base ISEE, da quantificare di anno in anno con la legge regionale di bilancio in ragione delle disponibilità. In particolare occorre, a livello regionale, riconoscere anche per l'area salute mentale e per i pazienti affetti da disturbi psichici - in analogia a quanto avviene per altre categorie di utenti (ad es., anziani o disabili) - l'opportunità di fruire di contributi sociali che garantiscano i diritti di cittadinanza e l'erogazione di fondi sociali specifici "perequativi" (specie in ordine all'abitare) nelle situazioni di indigenza che rendono necessari contributi sociali da garantire in accordo con gli Enti territoriali quali Comuni e ATS. Una linea di indirizzo, questa, che potrebbe realmente coniugare diritto all'assistenza, appropriatezza organizzativa, effettivo contenimento della spesa e condivisibilità da parte degli stakeholders e su cui potrebbero convergere competenze di diversi assessorati.

Infine, oltre a intervenire sull'area della residenzialità, occorre avviare, contemporaneamente, la discussione su nuovi requisiti per i servizi di salute mentale che comprendano anche una revisione delle attività dei CPS. In questa prospettiva, nell'ambito di una revisione complessiva del sistema di salute mentale, non si devono eludere tematiche emergenti che dovrebbero essere affrontate identificando modalità innovative di offerta, anche sulla base delle tante esperienze consolidate già in atto in diversi Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze: i progetti sul budget di salute, l'intervento dedicato alla fascia giovanile (15–24 anni),

la prevenzione, il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici del periodo perinatale, la diagnosi e i percorsi di consulenza per disturbi emotivi comuni, il trattamento dei disturbi di personalità e la gestione delle comorbilità per uso di sostanze, la strutturazione di equipe dedicate a pazienti con problematiche giudiziarie. Queste esperienze appaiono ormai mature per aprire al grande tema della revisione dell'accreditamento delle attività dei CPS con i relativi requisiti strutturali e organizzativi, indicando obiettivi di riforma e riqualificazione rispetto alla situazione attuale.

In conclusione, a nostro avviso occorre puntare a una riforma complessiva del sistema, che riveda i percorsi attuali e il sistema di finanziamento oltre che consideri il forte incremento di bisogni legati a problematiche di salute mentale nella popolazione e la necessità di rinforzare le risorse umane di tutti gli ambiti professionali che operano nei DSMD a livello ospedaliero, territoriale e residenziale, in ottemperanza ai requisiti di accreditamento delle strutture e con particolare attenzione a ricercare soluzioni che garantiscano il turnover e il potenziamento di quei ruoli professionali (in primo luogo i medici psichiatri) rispetto ai quali nei prossimi anni —a seguito dell'elevato numero di pensionamenti previsti e delle difficoltà di reclutamento — vi è il rischio che, in molti territori, diventi impossibile garantire agli utenti percorsi di cura appropriati oltre che garantire la continuità di funzionamento delle strutture attualmente afferenti ai DSMD.

La musicoterapia nell'ambito della acuzie psichiatrica

Riabilitazione precoce e umanizzazione del setting

C. Giannini*, V. Viganò**, F. Zavatto*** e A. Amatulli****

ABSTRACT

la musicoterapia è un intervento riabilitativo, singolo o più spesso di gruppo, che si rileva capace di una duplice valenza di risocializzazione e più intrinsecamente di riattribuzione di significati e di decodificazione di linguaggi, e in psichiatria ha numerose ragioni di applicazione. Più difficile condurre tali attività nel setting del SPDC ospedaliero, per la situazione di scompenso psicopatologico dei possibili candidati e per l'elevato turn over di una attività di gruppo che vi si conduce. Viene qui proprio descritta una lunga attività di musicoterapia di gruppo nel SPDC, evidenziandone le criticità parallelamente alle potenzialità e alle ricadute che ha rappresentato nella vita e nella équipe del reparto stesso nonché nella popolazione di utenti che vi ha via via partecipato.

Uno dei problemi principali che caratterizzano il setting del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è la sua chiusura nei confronti dell'esterno. Più spesso questa chiusura è anche fisica (porte di accesso normalmente chiuse), ma sempre il trattamento dell'acuzie, delle anomalie del comportamento, dei quadri dissociativi acuti

e dell'aggressività fisica implica un'incidenza forte della parte "terapeutica" dell'intervento. Questa ha forme spesso standardizzate e ripetute, poco personalizzate, e sostanza sufficientemente "hard" per potere fare fronte a importanti disregolazioni emotive e comportamentali. Tutto ciò, fatalmente, almeno nei momenti della cura, va a discapito della dimensione ambientale del tempo che scorre, delle relazioni interpersonali, dell'ascolto delle singolarità.

È ampiamente condivisa l'importanza di pensare a SPDC non troppo separati dall'esterno, con arredamenti e atmosfera, quando possibile, orientati anche al comfort e alla personalizzazione, con attività riabilitative e risocializzanti precoci che forniscano linguaggi alternativi alle procedure ospedaliere, e che risultano più congeniali alle singole personalità dei pazienti ricoverati perché basate su linguaggi comuni, artistici e creativi. Tipico, nel novero degli interventi riabilitativi in psichiatria, è la musicoterapia, la quale, come vedremo in esteso, coniuga l'espressività immediata alla possibilità di indagare singoli funzionamenti in chiave interpretativa e riabilitativa.

La musicoterapia ha ormai da tempo uno spazio preciso in psichiatria (Lu et al., 2005), e si è rilevata efficace anche nei confronti dei disturbi maggiori, come la schizofrenia, con evidenze non fortissime ma relative ai differenti ambiti della qualità di vita, del funzionamento sociale, della sintomatologia generale (Geretsegger et al., 2017). Questi risultati positivi, spesso comparati con il solo trattamento standard, devono però essere confermati rispetto, ad esempio, al tasso ottimale di interventi di musicoterapia che necessiterebbero (nei vari studi il loro numero è assolutamente variabile), sul lasso di tempo

rispetto al quale valutare i risultati (se a breve, a medio o a lungo termine), e infine sugli specifici domini più spesso interessati agli interventi di musicoterapiae ai loro esiti (Gold et al., 2017). In più, la musicoterapia ha dimostrato una certa efficacia anche nei setting dell'acuzie psichiatrica, naturalmente in aggiunta al trattamento standard e nel sottoinsieme di pazienti che accettano il tipo di intervento (Morgan et al., 2017). Con certa frequenza l'attività di gruppo di musicoterapia appare diminuire i valori medi della BPRS anche nei pazienti acuti (Peng et al., 2013) e, infine, in un lavoro condotto in un SPDC italiano, oltre a evidenziarsi una diminuzione significativa dei valori della BPRS e della CGI, l'intervento si è dimostrato più efficace nella sottopopolazione di pazienti acuti con maggiore componente affettiva (Volpe et al., 2011); la quale cosa potrebbe risultare intuitiva.

Con queste premesse, da tempo una specifica attività di musicoterapia è attuata presso il SPDC della UO di psichiatria di Vimercate, nonostante le difficoltà di inserire in un setting dell'acuzie attività nate nella dimensione ambulatoriale e dei servizi di riabilitazione. Sono qui esposte le ragioni della scelta, le finalità e le modalità di intervento, nonché l'impatto generale che è avvenuto nell'ambito ospedaliero deputato al contenimento e alla cura dei disturbi psichiatrici acuti.

COME È NATO IL PROGETTO

Questo progetto (esperienza) è nato nel 2014 con la finalità di ampliare la proposta espressiva e riabilitativa già presente all'interno del SPDC dell'Unità Operativa di Psichiatria della ASST di Vimercate dove, da diversi anni, l'Associazione di volontariato vimercatese "Avolvi" proponeva attività artistiche manuali a scopo riabilitativo e di intrattenimento. A seguito di un percorso di formazione dei volontari Avolvi operanti nel contesto psichiatrico, l'Associazione "Mutàr" ha deciso di proporre all'interno del reparto un'attività espressiva che avesse, invece, una valenza strettamente terapeutico-riabilitativa, utilizzando in particolare l'espressività musicale. L'esperienza

si è concretizzata inizialmente con un progetto pilota di musicoterapia che ha avuto respiro semestrale, con sedute a cadenza settimanale della durata indicativa di un'ora e con un gruppo di circa 8 pazienti. Considerato il riscontro positivo di questa fase di sperimentazione tra il personale coinvolto e tra i pazienti in cura, il progetto è divenuto stabile, proseguendo tutt'ora.

L'UTILIZZO DELLA MUSICA IN AMBITO TERAPEUTICO

Nel corso del tempo, la musica è stata spesso utilizzata per fini terapeutici: gli stregoni di alcune tribù la utilizzavano per favorire la guarigione, la Bibbia racconta come Davide calmasse con il canto i turbamenti emotivi di Re Saul, la medicina tradizionale cinese e indiana si affida da sempre agli effetti benefici dei suoni (Maròthy, 1987) (Fubini, 1976) (Michel, 1986).

È all'indomani della fine della seconda guerra mondiale che l'utilizzo della musica a fini terapeutici si sviluppa in alcuni paesi europei: negli ospedali erano ricoverati molti soldati feriti durante i combattimenti, e molti soffrivano di gravi disturbi mentali causati dalle terribili e traumatiche esperienzedi guerra. Per provare a distrarre e, talvolta, divertirei soldati durante la convalescenza, alcuni gruppi musicali suonavano nei diversi reparti. Avendo notato che tutto ciò portava un certo miglioramento dello stato d'animo dei pazienti, alcuni medici si misero a sperimentare gli effetti di diversi tipi di musica sui disturbi psicologici e psicopatologiciDa allora l'utilizzo della musica in ambito terapeutico è stata oggetto di numerosi studi e si sono sviluppate diverse teorie che hanno portato, nel 1985, alla fondazione della World Federation of Music Therapy, l'organizzazione internazionale che unisce le associazioni di musicoterapia nazionali, attiva nello sviluppo e nella promozione di questa disciplina a livello globale attraverso scambi professionali, collaborazioni e progetti. In tutti questi anni di esperienze e definizione di questa nuova disciplina terapeutica, diversi ospedali europei hanno provato a

integrare la musicoterapia nel trattamento dei pazienti ricoverati. Essa è a oggi un'attività disciplinata ai sensi della Legge n.4 del 14 gennaio 2013, art. 1, comma 2. Norma volontaria approvata dal Ministero della Salute a ottobre 2015: "Figure professionali operanti nell'ambito delle Artiterapie".

COS'È LA MUSICOTERAPIA

La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive delle persone (World Federation of Music Therapy). È una disciplina che usa il suono, la musica e il movimento per produrre effetti "regressivi" e per aprire canali di comunicazione che ci mettano in grado di iniziare il processo di preparazione, di aiuto e di recupero del paziente (Benenzon, 1981). Si basa essenzialmente sulla capacità dei suoni di favorire una comunicazione che oltrepassa l'uso del linguaggio facilitando l'espressione dei vissuti profondi, sorta di "scarica" delle tensioni e degli affetti che animano l'interiorità umana. La musica è un'esperienza d'immediato rimando ad aree primarie della comunicazione, e ha avuto una certa rappresentanza tra le pratiche terapeutiche in tutta la storia della medicina arrivando, ai giorni nostri, ad avere un ruolo di agente terapeutico che si specifica poi particolarmente in ambito psicologico e psichiatrico.

Nell'applicazione della musicoterapia si distinguono due procedimenti fondamentali, per lo più tra loro collegati:

- uno attivo, basato sull'utilizzo di uno strumento musicale facilmente manipolabile (possibilmente, vista la nostra utenza, non potenzialmente pericoloso con un uso improprio) e fonte di gratificazione anche per soggetti privi di competenze specifiche
- l'altro recettivo, consistente nell'ascolto di brani musicali o improvvisazioni sonore scelti dal musicoterapeuta o portati dai pazienti. Durante l'ascolto il paziente può essere accompagnato dal musicotera-

peuta in un'esperienza di improvvisazione guidata del corpo che si esprime nello spazio ed eventualmente in momenti grafico-pittorici (contemporaneo utilizzo di materiale specifico).

LA MUSICOTERAPIA IN AMBITO PSICHIATRICO

Nell'ambito della salute mentale, la musicoterapia è stata utilizzata in moltissimi setting e per numerose patologie, come in parte più sopra già detto. Esistono lavori relativi a musicoterapia e bambini, adolescenti — tra cui alcuni, recentissimi, nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico (Sharda et al., 2018) (Geretsegger et al., 2014) — adulti o anziani, persone sorde, cieche, insufficienti mentali o disabili fisici.

In generale, la riabilitazione psichiatrica si pone come obiettivo, tra gli altri, lo sviluppo delle capacità della persona affetta da patologia mentale, il miglioramento della qualità della sua vita e delle sue relazioni. Per arrivare a ciò vengono utilizzati diversi strumenti, e la musicoterapia attiva è uno di questi. Inparticolare, essa facilita:

- l'espressione delle cariche pulsionali
- l'integrazione mente-corpo
- la ristrutturazione dei concetti di tempo e durata
- l'utilizzo di una comunicazione non verbale
- l'istituzione di una relazione interpersonale mediata dall'"oggetto" musicale
- l'integrazione della personalità
- l'espressione delle emozioni e la rimozione di eventuali blocchi
- lo sviluppo di capacità di socializzazione nel gruppo
- lo sviluppo della creatività

Solitamente l'intervento riabilitativo in ambito musicale viene svolto in gruppo e guidato da due figure: il conduttore, che ha un ruolo direttivo, e il co-conduttore, che invece interviene direttamente a fianco dei pazienti in difficoltà. È importante partire da un livello di base comune a tutti, di modo che ogni membro del gruppo

possa partecipare senza problemi. Progressivamente la complessità dell'intervento potrà crescere, ma sempre in conformità con l'andamento e le competenze del gruppo. È utile anche garantire la possibilità di usare diverse modalità comunicative a seconda dell'esigenza dei diversi pazienti: verbale, motoria, grafica, ecc.

L'utilizzo della musicoterapiacorrisponde alla tendenza generale a integrare, nel trattamento dei disturbi psichici, diverse risorse e modalità di approccio. Tale integrazione è finalizzata alla ricerca delle possibilità di modulare la relazione terapeutica con il paziente in rapporto alle esigenze dei diversi livelli di necessità riabilitative personali.

La musicoterapia viene dunque a rappresentare un arricchimento dello strumentario nel percorso riabilitativo e risocializzante, con possibilità di apertura di canali di comunicazione rappresentati soprattutto da messaggi difficilmente verbalizzabili, e specialmente in quei pazienti con i quali risulta particolarmente difficile, strutturalmente o congiunturalmente, una modalità di contatto che si sviluppi attraverso colloqui strutturati.

In sintesi, l'obiettivo di un progetto di musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica consiste nel miglioramento dell'apprendimento (o del ri-apprendimento) di modalità relazionali socialmente adeguate, fornendo ai partecipanti una sorta di nuovo mezzo per esprimersi e comunicare, utilizzando stili, mezzi e strumenti linguistici che, spesso, rimangono ignorati e inutilizzati. Si arricchiscono così le possibilità espressive del soggetto per comunicare aspirazioni e bisogni, si fornisce un supporto per rimuovere inibizioni motorie e psicologiche, si determina un certo grado di distensione sviluppando, infine, la creatività.

Se la pratica riabilitativa si propone in generale di facilitarela comunicazione sfruttando l'utilizzo di canali alternativi, la socializzazione e le capacità empatiche, il mezzo sonoro può divenire, allora, facilitatore di questa comunicazione. Al di là della comunicazione formale, oltre che sofferente e spesso disturbata nell'ambito di un SPDC (ma non solo), esiste una possibilità di mettersi in gioco superando la passività del rapporto paziente-

cura in un atteggiamento che diviene ricettivo e quindi reattivo. Anche solo ripetere a specchio ciò che ci viene comunicato (nel nostro caso attraverso lo strumento musicale) può essere un modo semplice e curiosamente scontato per iniziare a realizzare una relazione.

LA RIABILITAZIONE (E LA MUSICOTERAPIA) IN SPDC

La domanda che ci si è posti all'avvio del progetto è stata quale senso avesse proporre un'esperienza di musicoterapia all'interno del SPDC, servizio dedicato alla presa in carico dell'acuzie, dello scompenso e della dis-regolazione. Quali fossero le capacità, e ancor prima le disponibilità delle persone sofferenti acutamente di accostarsi a un setting inusuale, completamente de-medicalizzato, apparentemente fuori di sesto rispetto al sistema-reparto. Dopo una prima fase preparatoria, e anche facendo nostre altre esperienze presenti in letteratura, abbiamo concluso che la riabilitazione è sempre possibile, che sempre si riesce a rintracciare nel paziente una capacità di relazionarsi che esuli dal malessere che turba l'Io, anche drammaticamente: basta saperla cercare, individuarla, proteggerla dal momento distruttivo dell'identità psichica. E quindi abbiamo pensato che proporre musicoterapia all'interno delSPDC potesse significare un momento di avvio precoce di un percorso riabilitativo, perché anche nell'ambito drammatico dell'acuzie si possa sperimentare la possibilità di ri-costruire. In fondo, abbiamo pensato che quell'ambito "disorganizzato" potesse essere, almeno in parte, (ri)concepito proprio perché (ri)pensato e cercato da una istanza esterna non coinvolta nell'impatto con l'acuzie, non troppo tecnicamente "prevenuta"; e questo è esattamente quanto noi siamo e rappresentiamo con la nostra "tecnica".

Già De Martis (12) aveva attribuito quattro funzioni al SPDC, che lui identificava come luogo in cui potere:

- 1. Gestire le situazioni di emergenza
- 2. Fare diagnosi accurate attraverso l'osservazione assidua del paziente

- 3. Contenere il paziente in termini farmacologici, fisici o relazionali
- 4. Avviare una funzione di sblocco: ossia la possibilità di aiutare una persona a superare momenti di chiusura e di inibizione assicurando al soggetto un quadro di riferimento che gli consenta di reinvestire sulla realtà esterna e lo renda disponibile a cimentarsi ancora con essa (funzione di "rianimazione"; e ciò, diceva, può realizzarsi più facilmente attraverso forme di comunicazione non verbali, meno dirette, meno "accusatorie, più "neutre" e quindi percepite come meno pericolose e destabilizzanti).

Il SPDC ha, quindi, diverse funzioni, che vanno dalla presa in carico, all'accudimento (anche negli aspetti più fisici), alla cura, al contenimento. Accanto a queste funzioni "tradizionali", si può aprire uno "spazio" strutturato, con funzioni precocementeriabilitative che prevedano programmi tesi a sviluppare o a conservare comportamenti socialmente competenti in aree quali la cura personale (cura del sé), le relazioni interpersonali, lo spazio sociale e ricreativo. Occorre inoltre tenere presente l'esperienza del "vuoto" in SPDC che, insieme alle tempeste del comportamento e all'angoscia (spesso) psicotica, alla rabbia o alla paura, così drammaticamente può caratterizzare il tempo e l'interiorità delle persone, esperienza che può ribaltarsi sugli operatori causando noia e demotivazione, ancor di più legittimate da ciò che sempre nell'SPDC viene vissuto come primario, e cioè l'urgenza medica, l'atto medico e sanitario, il funzionamento ospedaliero, la concretezza degli esami e degli accertamenti, e delle terapie.Come ben descritto da Zapparoli, la noia può diventare l'atmosfera che pervade l'SPDC, così come la paura, senza alcun contrappeso, può divenire emozione predominante (Zapparoli, 1979). Come scrive De Martis, la finalità di un SPDC dovrebbe essere "quella di trasformare un'esperienza mortificante e repressiva, come obiettivamente è il ricovero, in un'esperienza autenticamente significativa per il soggetto" (De Martis, 1986). Per fare questo è necessario un costante sforzo

di ricerca di senso nell'operare quotidiano, che non si richiama solo a motivi di solidarietà sociale, ma anche alla curiosità, alla fantasia e all'utilizzazione costruttiva di valenze ludiche. Ecco, quindi, le motivazioni e le ragioni che ci hanno mosso nella proposta di una lavoro riabilitativo di musicoterapia nell'ambito di un SPDC

IL PROGETTO

Il progetto espressivo di musicoterapia proposto in SPDC a Vimercate ha avuto come scopo primario quello di creare un luogo d'ascolto espressivo, un setting protetto e non giudicante, ove i pazienti possano sentirsi liberi di portare i propri contenuti o il proprio silenzio, in una relazione semi-direttiva con i conduttori.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- scoprire il proprio mondo interno sonoro e utilizzarlo in chiave relazionale
- poter esprimere e "portare fuori" l'indicibile
- sviluppare e attivare le risorse presenti, attraverso la creatività
- ascoltare il proprio disagio e la propria "stranezza" in una chiave diversamente interessante
- poter condividere i propri contenuti con il gruppo
- recuperare una dimensione analogica nella relazione
- avere una maggiore consapevolezza rispetto ai propri agiti
- aiutare il gruppo ad accettare i partecipanti più compromessi
- ottenere una maggiore compliance con il personale sanitario che partecipa alle sedute

Questa attività viene condotta da una coppia terapeutica musicoterapeuta e co-terapeuta.

Nel corso dei mesi, a partire dall'esperienza del progettopilota iniziale, sempre in collaborazione con l'équipe medico-infermieristica del reparto si è arrivati a strutturare le sedute in modo che fossero il più possibile sfruttabili e utili ai pazienti presenti in reparto in termini di orario, di forma e di contenuti.

Le sedute si svolgono sempre nella stessa stanza, la sala

che nelle ore dei pasti è adibita a sala da pranzo. Al centro di questa stanza viene creato uno spazio nel quale viene disposto un cerchio di sedie, in numero, normalmente, di dieci. All'interno del cerchio di sedie vengono disposti gli strumenti musicali: arpa celtica, music box, steel drum, ocean drum, xilofono, piccoli strumenti a percussione, melodici, e altri meno conosciuti. In caso di utilizzo di materiale grafico solitamente vengono sfruttati i tavoli presenti nella sala da pranzo.

Le sedute hanno cadenza settimanale e durano circa cinquanta minuti. Fin dall'inizio è stato pensato di proporre un'esperienza di gruppo alla quale i pazienti sono liberi di partecipare, sempre previamente considerato lo stato psicopatologico del momento (il quale, si deve notare, impedisce la partecipazione solo nei casi di più grave scompenso, agitazione o grave dissociazione).Un operatore del reparto è sempre presente alla seduta, sia per intervenire in caso di necessità sia, più importante, per permettere al personale del reparto di essere parte di un modo così "diverso" di "fare" nel SPDC. I musicoterapeuti non si informano prima della storia o della patologia dei pazienti, ma li incontrano direttamente nel setting, permettendo un lavoro sul qui e ora dei partecipanti senza che il conoscere la storia o la psicopatologia possa influenzare le modalità di approccio. La presenza del personale sanitario ha anche lo scopo, quindi, di garanzia rispetto alla possibilità che questa radicale disponibilità possa determinare momenti di difficoltà gestionale. In ogni caso, tale presenza deve lasciare il più possibile liberi i pazienti durante le seduteper permettere che i vissuti portati possano esserecostantemente ricollocati nel "campo di gioco" della musicoterapia.

Ogni seduta di musicoterapia ha un'"anticamera" d'informazione e promemoria rivolta ai pazienti. Il personale infermieristico inizialmente faceva il giro nelle varie camere annunciando l'inizio delle sedute; in seguito si è ritenuto più opportuno inviare direttamente il co-terapeuta espressivo per dare la comunicazione ai pazienti, così permettendo loro di avere un'immediata

visione di chi avrebbero poi incontrato durante la seduta; come ponte reale e tangibile di accompagnamento nella stanza, come conferma di un "altro" esterno al ritmo sanitario e standardizzato del reparto.

Le sedute di musicoterapia sono state pensate come contenitori d'ascolto tematici nei quali i pazienti e gli operatori mettono in campo i propri limiti e le risorse disponibili, al servizio di un nuovo modello di relazione.

Ogni incontro viene "ritualizzato" e suddiviso in tre fasi principali: il momento dell'accoglienza e della presentazione del tema, l'attività centrale della seduta, il momento di congedo e rielaborazione dei contenuti emersi. Tutto questo per aiutare la percezione e l'elaborazione di un tutto che si svolge, però, attraverso fasi differenti, caratterizzate da contenuti e finalità diverse, e che alla fine si riunificano ancora nell'unicità dell'esberienza. La condizione di degenza in un reparto per acuti, infatti, sia in relazione alle caratteristiche dello stato individuale sia per la sua medesima intrinseca identità, frequentemente mostra una evidente alterazione della percezione del tempo frantumato da un'esperienza psicotica, congelato in una depressione, discontinuo in esplosioni dell'emotività, oppure svuotato e ripetitivo nella routine medicalizzata dell'istituzione.

Il momento dell'accoglienza, in cui si attende l'arrivo dei pazienti, ognuno lasciato con il proprio vissuto del tempo e non perentoriamente portato all'appello, è seguito da un momento di informazione e consegna sull'attività prevista che tocca alcune questioni che, nel corso del tempo, è stato osservato essere importanti per la buona riuscita della seduta. Innanzitutto, viene chiarito che l'incontro di musicoterapia non è una lezione di musica, ma è un luogo in cui poter portare i propri vissuti e le proprie emozioni, senza particolari censure o aspettative. Poi si esprime la raccomandazione di sentirsi assolutamente liberi nel proprio attuale bisogno di comunicazione, con il registro desiderato, mantenendo l'unica regola del rispetto per tutti gli altri presenti e per lo strumentario in dotazione e in uso. Infine, viene

richiesto di fermarsi fino alla fine della seduta, riconoscendo come, a volte, ciò possa risultare difficile, faticoso per la situazione emotivamente originale o complicato per il semplice fatto di interagire con un gruppo. Questa consegna iniziale ha effettivamente diminuito il numero di pazienti usciti prima del termine della seduta, permettendo loro di poter fruire del complesso e della struttura generale della stessa dimostrando, nel contempo, lo spazio che l'assertività può avere una volta sostenuta da finalità e progettualità precise e comprensibili.

In ogni seduta viene proposto un tema diverso su cui lavorare, ma contenuti o tematiche proposte dai pazienti stessi sono naturalmente tenute in considerazione.

I temi trattati, ciclicamente ripetuti, comprendono:

- 1. L'Ascolto
- 2. Ascolto&Creatività (Musica e Arte)
- 3. Il Corpo (Musica e Corpo)
- 4. Comunicazione e Voce
- 5. Peso e Leggerezza
- 6. Ascolto&Costruzione (Musica e Arte)
- 7. Il vuoto
- 8. Energia e Risorse
- 9. Speranza
- 10. Il tempo
- 11. Il contenitore del sé (trovare spazio dentro di sé)
- 12. Lo spazio interpersonale

Alcuni dei temi sono nati durante una seduta e sono stati poi riproposti a un altro gruppo in momenti successivi

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Il denominatore comune dell'esperienza di musicoterapia è sempre l'ascolto di sé, in sé medesimo e in condivisione gruppale. In aggiunta sono stati utilizzati, oltre agli strumenti musicali, materiali artistici vari (china, tempere, matite colorate, carta di vari colori, stoffa). L'avvalersi di strumenti creativi trasversali alla musica, ove essa stessa fa sempre da sfondo alla seduta, permette una maggiore canalizzazione dei contenuti emotivi che via via emergono e una maggiore facilità, per i pazienti, di esplorare

la propria creatività in una forma più "diretta".

Quando durante le sedute di musicoterapia qualcuno voleva emergere "prepotentemente" nel gruppo andando a sottolineare una propria esclusività, il momento "da solista" veniva sottolineato, chiedendosi se in quel momento "la musica" che si suonava richiedesse un'attenzione esclusiva; se tendenzialmente non veniva opposto alcun limite o diniego a tale rappresentazione, si riusciva però così a far emergere contenuti e emozioni individuali, anche oppositivi certamente, ma comunque inquadrabili nella geometria e nel funzionamento del gruppo. Da queste dinamiche di confronto, dai rimandi degli altri partecipanti, poteva essere possibile, quindi, il passaggio a un nuovo assetto d'ascolto all'interno del gruppo stesso, divenuto così anche portatore di riflessionisul singolo individuo.

Dall'osservazione sui pazienti durante il lavoro si è denotata una dinamicità partecipativa importante e variegata: soggetti più desiderosi di osservare e ascoltare, altri bisognosi di mettere in scena i loro contenuti, partecipanti in "soccorso" di altri, soggetti con entrate e uscite alternate, alcuni poeti, altri inizialmente scettici e successivamente piacevolmente sorpresi.

Il personale sanitario coinvolto nell'esperienza ha esso stesso messo in scena l'importanza di comunicare oltre il linguaggio convenzionale, potendosi sperimentare con soddisfazione, dopo il periodo iniziale, in forme "diversamente interessanti". Naturalmente il personale ha espresso una valutazione di utilità relativamente ai pazienti. È stato anche osservato che la condivisione rende più fluida la comunicazione anche negli altri momenti della vita di reparto.

Si sono potute in generale identificare due linee concettuali essenziali su cui si è poggiato l'uso terapeutico dell'elemento sonoro-musicale:

- il rapporto musica-soggetto
- la relazione terapeutica tra paziente e terapeuta mediata dalla musica

Per quanto concerne la prima, si è posto l'accento sulle

potenzialità terapeutiche della musica; ovvero sullo stato emotivo e sulla risposta affettiva elicitati e prodotti dal suono. Le risposte affettive alla musica avvengono normalmente in funzione sia dei brani ascoltati sia dell'identità sonoro-musicale del soggetto, sorta di capacità individuale di cogliere, recepire, valutare, apprezzare la musica. Quest'ultima è stata prodotta sia direttamente con gli strumenti disponibili sia tramite supporti digitali, quando la musica veniva utilizzata per stimolare la produzione grafico-pittorica o un movimento corporeo spontaneo nel paziente.

Riguardo alla relazione terapeutica, l'elemento sonoro-musicale è stato presentato come mezzo per una comunicazione extra-verbale, permettendo di accedere a ciò che sfugge al linguaggio verbale, alle dimensioni analogiche. La musica, inoltre, come mezzo suscettibile di esperienze di relazione, è stata usata sia in maniera ricettiva (musicoterapeuta che suonava per il gruppo), oppure in forma attiva (dialogo sonoro tra terapeuta e paziente/i).

Considerando poi una problematica possibile trattando di utenti in fase acuta del disagio psichico, e quindi di possibili comportamenti disregolati o aggressivi, si vuole segnalare come non sia mai accaduto l'utilizzo degli strumenti musicali come oggetti contundenti, né tanto meno l'impulso a mettere in scena la propria aggressività fine a sé stessa.

Momenti d'energia e tendenti all'agito aggressivo sono stati mediati e rielaborati dai musicoterapeuti nel "qui e ora" tramite le modalità espressive stesse, esaurendosi quindi nella seduta con elementi positivi e pro-positivi. Pazienti altamente compromessi nell'area cognitiva hanno potuto inoltre coltivare, utilizzando le risorse presenti, piccoli momenti d'ascolto espressivo.

Sicuramente il progetto presenta alcuni punti critici, dovuti essenzialmente al fatto di essere collocato all'interno di una struttura in cui il turn-over dei pazienti è molto elevato e i pazienti ricoverati in stato di acuzie; quindi il gruppo su cui i terapeuti lavorano è un gruppo eterogeneo, sempre diverso e complesso nella gestione di base. Tutto ciò, però, al di là di rappresentare sicuramente una criticità per i conduttori, è una risorsa per i pazienti i quali possono rivivere la condizione del reparto esperita quotidianamente al di fuori del contesto della seduta, rielaborandola nel setting strutturato della musicoterapia e dei suoi strumenti, potendo anche mettere in campo momenti di aiuto reciproco: vedere una persona che ha fatto il proprio percorso in reparto e sta meglio può sicuramente aiutare chi, invece, è appena entrato e vive una situazione di profondo malessere.

Per quanto riguarda poila continua eterogeneità del gruppo, questo implica sicuramente una difficoltà nel poter svolgere un percorso continuativo con i pazienti presi singolarmente. Le sedute devono necessariamente lavorare sul "qui e ora" e devono necessariamente concludersi in cinquanta minuti; i contenuti proposti devono essere affrontati nella seduta e, quindi, se necessario, devono arrivare a una minima rielaborazione e ricollocazione quasi nell'immediato. Tutto ciò, se da una parte rappresenta una difficoltà per i musicoterapeuti che, spesso, vorrebbero poter vedere i pazienti in modo continuativo per lavorare su obiettivi almeno a medio termine, dall'altra è una risorsa per i pazienti che possono uscire dalla seduta con una quasi istantanea rielaborazione del proprio vissuto. Nel corso dei mesi ci sono comunque stati pazienti che hanno potuto partecipare a più sedute sia durante lo stesso ricovero, sia durante ricoveri differenti. In questi casi si è potuto osservare come il paziente che ha la possibilità di fare un percorso più duraturo è in grado poi di vivere l'esperienza in modo più significativo sia in termini di vissuto che in termini di setting terapeutico.

Una risorsa importante, in fondo una sorta di prerequisito del progetto, è la possibilità (di fatto l'indicazione) di collaborare e confrontarsi con l'équipe curante del reparto, con lo scambio quotidiano con il personale infermieristico e con le più rade riunioni svolte con il personale medico.

CONCLUSIONE

La musicoterapia non è un rimedio radicale del malessere psichico, ma un ponte reale e strutturato tra il sentire e l'agire: fornire questo contenitore espressivo è già di per sé un'opportunità trasformativa. Inoltre, è risultato possibile il suo utilizzo in un setting difficile come il SPDC, facendone strumento duttile e rigoroso nel contempo. Questa situazione apparentemente ossimorica si mantiene ancorata al reale solamente quando la capacità dei terapeuti è in grado di riunire il rigore del metodo con l'elasticità della valutazione del rapido mutamento del reale, nel rispetto profondo del "come" il partecipante "è" in quel momento. Questa una importante lezione appresa, questa una importante lezione da trasmettere. Solo così un'attività riabilitativa come la musicoterapia può essere portata nel SPDC con risultati positivi.

E questo era il secondo aspetto che si voleva dimostrare, o rendere evidente o forse semplicemente verificare: attività creative, espressive, emozionali, ancor più quando condotte in gruppo ed entro un gruppo assolutamente aperto, possono avere luogo nel SPDC con un senso e un modo alla fine precisi. La fase medicalizzata, radicalmente strutturata e standardizzata, enfaticamente orientata alla riduzione delle manifestazioni dell'essere umano (almeno nelle prime fasi) può tollerare, dare spazio e infine giovarsi di precocissime attività riabilitative, ancorché su registri così differenti dal contrasto dell'acuzie. E soprattutto se ne giovano le persone ricoverate, che possono vedere un parziale riempimento delle giornate spesso così eguali l'una all'altra, un piccolo luogo di attribuzione di senso, un momento dove si possono esprimere fuori dai linguaggi medici o medicalizzati da sintomi e segni che sono loro richiesti, che possono incontrare un tempo e un luogo per essere come si è, e curiosamente quasi sempre non è agitazione, non è rifiuto, ma è relazione.

Come ha verbalizzato un paziente, al termine di una seduta: "La musicoterapia permette di riscattare ciò che si sente, rendendo visibili le emozioni non a parole".

Afferenza degli autori:

Musicoterapeuta e formatrice, Responsabile Associazione Mutàr

**Musicoterapeuta, Terapista della Riabilitazione Psichiatrica

***Coordinatrice infermieristica, SPDC, UOC di Psichiatria,

ASST Vimercate

****Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze,
ASST Vimercate

BIBLIOGRAFIA

- Lu S.F., Lo C.H., Sung H.C., Hsieh T.C., Yu S.C., Chang S.C. Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia.
 Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18;(2):CD004025.
- Geretsegger M, Mössler K.A., Bieleninik Ł., Chen X.J., Heldal T.O., Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May 29;5:CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- Gold C., Heldal T.O., Dahle T., Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May 29;5:CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- 4. Morgan K., Bartrop R., Telfer J., Tennant C. A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. Arch Psychiatr Nurs. 2010 Dec;24(6):429–34. DOI: 10.1016/J.APNU.2010.04.001. Epub 2010 May 21.
- 5. Peng S.M., Koo M., Kuo J.C. Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. Complement Ther. Med. 2013 Dec 21(6):682-8. doi: 10.1016/j.ctim.2013.09.002. Epub 2013 Sep 20.
- Volpe U., Gianoglio C., Autiero L., Marino M.L., Facchini D., Mucci A., Galderisi S. Acute Effects of Music Therapy in Subjects with Psychosis During Inpatient Treatment. Acta Psychiatr Scand. 2011 Nov;124(5):363-71. DOI: 10.1111/J.1600-0447.2011.01739.X. Epub 2011 Jul 8.

- Maròthy J. Musica e uomo, Ricordi Unicopli, Milano, 1987,
 p.11
- Fubini E. L'estetica musicale dall'antichità al Settecento,
 Einaudi, Torino, 1976, p.140
- Michel I. Suoni Emozioni Significati, Clueb, Bologna, 1986, p.56
- 10. Benenzon R.O. Manuale di musicoterapia, Borla, Roma,
- 11. Sharda M., Tuerk C., Chowdhury R., Jamey K., Foster N., Custo-Blanch M., Tan M, Nadig A., Hyde K. Music improves social communication and auditorymotorconnectivity in children with autism. Trans Pychiatry. 2018 Oct 23;8(1):231. DOI: 10.1038/S41398-018-0287-3.
- 12. De Martis D.: Il reparto di diagnosi e cura in un'ottica relazionale. Riv. Sperim. di Freniatria, CX, 697, 1986
- 13. Zapparoli G.: La paura e la noia. Il Saggiatore, Milano, 1979
- 14. Geretsegger M., Elefant C., Mössler K.A., Gold C.: Music therapy for people with autism spectrum disorder.
 Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 17; (6):CD004381.
 Epub 2014 Jun
- 15. Lecourt E., La Musicoterapia, Cittadella Editrice.
- 16. Gaggero G., Esperienza Musicale e Musicoterapia, Mimesis
- 17. Pistorio G., Scarso G., *Musicoterapia Metodologie ricerche cliniche interventi*, Centro Scientifico Editore
- 18. Arecchi A. Diallo M., Il liuto e il Tamburo, Mimesis
- 19. Bottero E., Carbone I. *Musica e Creatività La didattica di Giordano Bianchi*, Franco Angeli.
- 20. L. Bunt, *Musicoterapia Un'arte oltre le parole*, Ediioni Kappa
- Kenneth E. Bruscia, Casi clinici di Musicoterapia (adulti),
 Edizioni Ismez
- 22. Kenneth E. Bruscia, *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Edizioni Ismez
- 23. Humeau S., Le musiche che guariscono, Ipsa Editore
- 24. Kenneth E. Bruscia, *Definire la Musicoterapia*, Edizioni Ismez
- 25. Kenneth E. Bruscia, *Casi clinici di musicoterapia (bambini ed adolescenti)*, Edizioni Ismez

- 26. G. Manarolo, M. Borghesi, *Musica & Terapia*, Edizioni Cosmopolis
- 27. G. Di Franco, Le voci dell'emozione, Edizioni Ismez
- 28. R. O. Benenzon, La nuova musicoterapia, Phoenix Editrice
- 29. R. O. Benenzon, *Musicoterapia esperienze di supervisione*, Phoenix Editrice

Favorire la salute psichica nei figli di pazienti con gravi disturbi psichici

Criticità ed opportunità

Beraldo S*, Biffi G** ASST-Santi Paolo e Carlo

«La depressione, secondo Winnicott, può costituire un'infermità cronica «che impoverisce la capacità d'affetto di un genitore, ovvero può essere una grave turba che si manifesta a periodi con una rottura più o meno improvvisa dei rapporti [...]. Quando un bimbo si trova in quello stadio in cui ha bisogno che la madre si occupi interamente di lui, può essere gravemente disturbato dal fatto di scoprire improvvisamente che la madre è preoccupata per qualcos'altro, qualcosa che riguarda solamente la vita personale di lei. Un bimbo in queste condizioni si sente terribilmente abbandonato»

D. Winnicot, 1992

Nonostante sia da tempo noto come il normale sviluppo psicofisico del bambino possa essere inficiato dalla presenza di un genitore affetto da malattia mentale, capita spesso che proprio i figli di pazienti anche gravi e in carico da anni al Servizio di Salute Mentale, rimangano invisibili agli operatori, soprattutto se minori, a fronte di una relazione continuativa che inevitabilmente porta il clinico a conoscenza del loro contesto esistenziale.

La trasmissione transgenerazionale è da considerarsi un fattore di rischio maggiore per lo sviluppo di patologie mentali (Mattejat F et al., 2008); per quantificare il problema basta riportare pochi dati significativi: circa il 4% della popolazione nei Paesi industrializzati soffre di schizofrenia, disturbo bipolare o depressione maggiore ricorrente (più di 35 milioni di adulti); di questi il 23–32% dei pazienti adulti ha figli minorenni (quindi 8-10 milioni di bambini o adolescenti hanno un genitore affetto da una malattia mentale grave); il rischio per i figli di genitori affetti da patologia mentale di sviluppare life-time un disturbo mentale si aggira tra il 41 e il 77 % (Thanhauser M et al., 2017).

L'insorgenza dei disturbi mentali nei figli di genitori affetti da malattia mentale severa è spesso anticipata rispetto alla popolazione generale; per i figli di pazienti psichiatrici il rischio di soffrire della stessa malattia dei genitori è maggiore per chi ha un genitore affetto da disturbo bipolare o da psicosi e lo è ancor più se entrambi i genitori soffrono di disagio psichico o se si hanno alle spalle due o più generazioni con disturbo mentale (3); la patologia della madre influisce più della patologia del padre e la gravità dell'influenza negativa dipende dalla misura in cui il genitore impone la sua modalità di rapporto al figlio (ad esempio una madre paranoide sarà più patogena di una madre oligofrenica vicariata); il corretto inquadramento diagnostico del genitore è elemento protettivo facilitando il distacco emotivo del figlio dalla relazione patogena. La presenza di familiari con patologia mentale si associa fin dai primi anni di vita del bambino a problemi psicosociali ed anche a maggior insorgenza di patologie organiche stress-correlate (asma, atopia) (National Research Council, 2009).

La presenza di un disturbo psichico nel genitore gioca un ruolo sostanziale nel rapporto con il figlio a seconda della gravità, della durata, della sintomatologia e dell'età del bambino quando essa si manifesta.

La letteratura sottolinea che la trasmissione transgenerazionale dipende dall'interazione tra fattori genetici e ambientali e non è solo legata ai primi come verrebbe ovvio pensare. Di recente è stato dimostrato infatti che i nati da genitori affetti da schizofrenia, disturbo bipolare e depressione maggiore oltre all'aumentato rischio di sviluppare la medesima patologia del genitore, presentano anche un rischio aumentato di sviluppare gli altri due disturbi, abuso di sostanze e disturbi d'ansia (Rasic, 2013). Questi risultati possono essere spiegati da quella che viene definita la "teoria della pleiotropia", secondo la quale un medesimo genotipo può determinare fenotipi diversi, indicando vie comuni, genetiche e ambientali, negli individui ad alto rischio familiare per patologie mentali severe, probabilmente mediati da fattori epigenetici, vale a dire da quelle modificazioni anche ereditabili che non alterano la sequenza del DNA, bensì la sua espressione genica e che risultano essere indotte dall'ambiente attraverso specifici meccanismi molecolari. In particolar modo fattori ambientali sfavorevoli quali famiglie non supportive, disfunzionali, avversità socio-ambientali ed emotive, deficit cognitivi o difficoltà nel percepire e rispondere ai bisogni della prole nei caregiver possono essere fattori che contribuiscono all'aumentato rischio di sviluppo di malattia mentale (Bora, 2013) (Thorup et al., 2105).

Un altro dato importante su cui ci si sta concentrando, nell'ottica di agire sempre più in termini di prevenzione primaria, è il concetto di markers precoci. Un primo studio risalente al 1962, condotto sui figli quindicenni di madri affette da schizofrenia, evidenziava già allora un incremento del rischio di alterazioni nello sviluppo neuromotorio, comportamentale, cognitivo ed emozionale, presente fin dai primi anni di vita del bambino (Mednick et al., 1987). È oramai assodato che i markers precoci di malattia per un intervento preventivo in fase premorbosa sono da considerarsi nel bambino la presenza di un QI deficitario (alcuni deficit cognitivi, ad esempio nella memoria a breve termine, attenzione e funzioni esecutive, sembrano correlare con un maggior rischio di insorgenza di psicosi), un ritardo nello sviluppo neuromotorio e nel linguaggio e un disfunzionamento sociorelazionale, elementi che possono pertanto considerarsi come endofenotipi, cioè manifestazioni che non necessariamente determinano poi l'insorgenza della malattia ma che sono ad essa strettamente correlate e che riflettono una specifica vulnerabilità genetica (Trumph et al., 2015).

A fronte di quanto detto lo psichiatra ha il dovere di porsi il problema della salute dei figli dei suoi pazienti perchè costituiscono uno specifico gruppo cui è essenziale rivolgere interventi preventivi, in primis per evitare che divengano i pazienti di domani e in seconda istanza per il diritto stesso sia del minore di essere tutelato, che dell'adulto, seppur malato, di avere preservato il suo diritto alla genitorialità, fattore quasi sempre protettivo per la salute psichica e come tale da salvaguardare.

Quali sono quindi per noi clinici le opportunità di intervento non essendo gli specialisti direttamente interessati nella cura dei minori? Basterebbe iniziare considerando il paziente anche come possibile genitore e valutando, volta per volta, gli effetti quotidiani che il disturbo psichico ha, in concreto, sulle sue capacità di accudire e occuparsi dei figli, e, soprattutto sulla sua disponibilità a "pensare" al bambino, mantenendo uno spazio mentale adeguato per il figlio. Nell'ambito del DSMD sarebbe opportuno promuovere negli operatori la consapevolezza del rischio e la capacità di rilevare gli endofenotipi o i sintomi subclinici, nonché introdurre interventi sui familiari finalizzati a rafforzare la capacità dei bambini di affrontare gli ambienti stressanti (Individuare un adulto altro di riferimento, dare informazioni chiare circa il disturbo psichico del paziente; promuovere relazioni sociali supportive; fornire informazioni su cosa fare nel caso in cui il genitore sia in difficoltà; favorire l'aggancio ai servizi a loro dedicati -UONPIA, sportelli pedagogici nelle scuole, consultori-), risanando in parte quello scollamento tuttora esistente tra neuropsichiatria infantile e psichiatria e tra cure primarie e specialistiche. In ambito scientifico sarebbe auspicabile colmare le lacune ancor presenti sull'individuazione degli indicatori cognitivi e fisiologici di rischio durante l'infanzia, nonché fornire linee guida che raccomandino screening (test cognitivi, imaging cerebrale) per i suddetti fattori e modalità di intervento efficaci.

Negli ultimi anni, pur rimanendo casi ancor isolati, hanno preso piede alcune iniziative come il Progetto Semola, la pubblicazione di "Si può dire", un testo divulgativo per i figli di persone affette da malattia mentale

severa, pensato per far capire ai più piccoli di cosa soffrono i loro genitori, ed un portale nazionale "My blue box", dedicato al tema della prevenzione del disagio nei figli di persone affette da un disturbo psichico grave. Il Progetto Semola è una forma di intervento di tipo psicoeducativo breve derivante da una decennale esperienza fillandese, che si articola in un percorso di tre colloqui, denominato "Let's Talk about Children" rivolto a tutti i pazienti e ai loro partners, in cui, focalizzandosi sui bambini, si tematizza coi genitori l'importanza di parlare loro del disagio psichico di papà o mamma e di capire come il bambino ne possa risentire nella sua vita quotidiana e nel proprio mondo interno, e di un secondo livello di intervento, il "Family Talk Intervention" che include anche i figli e si svolge in 5-6 colloqui (un colloquio individuale con ciascun figlio e un incontro familiare). Gli obiettivi primari del progetto sono sostenere gli adulti nella loro funzione genitoriale e ad aiutarli a parlare ai figli della sofferenza che stanno vivendo; promuovere la capacità dei minori di far fronte in maniera positiva alle situazioni difficili e a sostenerli nell'esplicitare i loro stati d'animo e le loro domande; migliorare la comunicazione e il benessere relazionale dell'intero nucleo familiare. Ad oggi i colloqui si effettuano c/o la sede dell'Associazione Contatto, in collaborazione con i servizi invianti (attualmente CPS via Litta Modignani) che partecipano al Progetto e che hanno in carico l'utente (www.mybluebox.it). A breve il medesimo progetto verrà avviato anche c/o il Centro Giovani "Ettore Ponti" dell'ASST Santi Paolo Carlo, inaugurato in data 22/11/18.

Le criticità in ambito preventivo ad oggi non sono certo trascurabili; sebbene sia assodato che i disturbi mentali, in particolar modo se cronici ed invalidanti, gravino in maniera complessa e interconnessa su tutta la famiglia, la nostra è ancora una pratica clinica a compartimenti stagni, che ostacola la possibilità di screening precoce; al di là della scarsa comunicazione tra gli psichiatri che trattano i genitori e i servizi di neuropsichiatria rivolti ai bambini, noi specialisti ci

focalizziamo ancora sul singolo utente e, a meno che non sia lo stesso a parlare dei propri figli, di norma quando già mostrano chiari segni di malessere, siamo abituati a considerare la famiglia solo nell'ottica di elemento supportivo al percorso di cura del paziente; i genitori malati, d'altro canto, rifiutano la ricerca di aiuto per mancanza d'iniziativa, perchè incapaci di riconoscere i problemi dei figli o per timore di trasmettere la malattia a i neonati (Krumm et al., 2103). Alcuni genitori inoltre possono aver avuto esperienze negative con i servizi e l'elemento che alimenta la maggior resistenza rispetto ad una possibile forma di intervento, soprattutto nel partner sano della coppia, è il timore che si attivino i servizi di custodia per i figli (Maybery et al., 2009); non si può infatti trascurare che il diritto alla genitorialità del paziente psichiatrico e il connesso diritto alla conservazione dei legami familiari rappresentano una complessa questione dove spesso si scontrano due punti di vista opposti; da un lato l'indicazione, sostenuta per lo più da chi ha in carico il paziente adulto, di mantenere il contatto tra il genitore affetto da malattia psichiatrica e il figlio, rapporto la cui privazione potrebbe essere per lui esiziale e, dall'altro, l'approccio dei Servizi Sociali, maggiormente orientato alla difesa del minore dall'esposizione al disturbo mentale del genitore.

Un superamento delle suddette criticità potrebbe in futuro essere favorito dalla collaborazione tra specialisti diversi disposta dalle modifiche della Legge Regionale del 30/12/2009 apportate con la Legge Regionale n.15 del 29/06/2016 (L.R. n.15/2016) nata proprio dall'esigenza di far fronte ai bisogni comuni ad una fascia di popolazione più ampia e trasversale rispetto alle competenze di diversi servizi (Psichiatria, Psicologia, NPI, Dipendenze e Disabilità psichica). La normativa in tale prospettiva sottolinea infatti la necessità di condividere i programmi tra le Unità Operative in collaborazione con tutti gli attori presenti nel territorio (enti locali, scuola, amministrazione giudiziaria, il servizio tutela minori, i servizi sociali e consultoriali).

Afferenza degli autori

- * Dirigente Medico Psichiatra CPS Corsico
- ** Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze(DSMD)

BIBLIOGRAFIA

- D. Winnicot, La famiglia e lo sviluppo dell'individuo. Roma 1992, p. 102
- Mattejat F et al. The children of mentally ill parents. Dtsch Arztbl Int 2008; 105: 413-418
- 3. Thanhauser M, G. Lemmer et al. Do preventive intervention for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. Current opinion 2017; 30 (4): 283–299
- 4. National Research Council (United States), Depression in parents, parenting, and children: opportunites to improve identification, treatment, and prevention. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
- 5. Rasic D., Hajek T. et al Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta analysis of family high risk studies.

 Schizophr bull. 2013; 40 (1): 28–38
- 6. Bora E., Pantelis C. Theory of mind impairments in first episode psychosis, individuals at ultra-risk for psychosis and first degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Schizophr. Res. 2013; 144: 31-36
- Thorup A.E., Larsen T.M. et al. Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness — A Danish register study. Schizophr. Res 2018; 197: 298–304
- 8. Mednick SA, Parnas J et al. The Copenhagen high risk project, 1962–1986. Schizophr bull. 1987; 13: 485–95
- Trumph et al. The Danish high risk and resilence study —
 VIA 7 a cohort study of 520 7-year-old children born of
 parents diagnosed with either schizophrenia, bipolar disorder
 or neither of these two mental disorders. BMC Psychiatry
 2015; 15: 233

- Krumm S., Becker T. et al. Mental health services for parents affected by mental illness. Curr. Opin. Psychiatry 2013; 26: 362-368
- 11. Maybery D, Reupert A. Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. J.
 Psychiatr. Ment. Health Nurs, 2009;16: 784-791

Quaranta anni di riforma psichiatrica

La lettura degli atti parlamentari per affrontare le nuove sfide nella tutela della salute mentale

Damiani Tiberio

Nel 1824 il barone Pietro Pisani venne nominato Deputato dell'Ospizio dei Matti di Paler uno dei suoi atti nel nuovo incarico fu l'invio al Luogotenente del Regno, marchese Pietro Ugo delle Favere, di un dettagliato rapporto sullo stato in cui versava la Real Casa dei Matti.

Pisani denuncia le condizioni inaccettabili dei locali in cui sono ammassati i malati: «Le stanze a piano terra anguste, scure, sordide, malsane, offrono l'aspetto più tosto di carceri che d'altro, anzi di quelle carceri segrete, dalle quali liberò... i delinquenti la beneficenza del nostro sovrano, col nuovo codice»; stigmatizza il trattamento disumano dei matti «frammisti e alla rinfusa, rinchiusi a due e a tre, furiosi, maniaci dementi, fatui, idioti, ipocondriaci... moltissimi senza paglioni, un gran numero prostrati sopra semplice paglia, e sudicia, altri sulla nuda terra, e lì legati con salde e pesanti catene al muro»; rileva le lacune igieniche e, in particolare, la carenza d'acqua: «Estrema è la penuria dell'acqua, che basterebbe appena quant'è a dissetare scarso numero di persone in buona salute»; lamenta la promiscua convivenza di malati psichici con «etici, leprosi e tutti quei travagliati da sozze malattie cutanee cacciati dallo Spedale Grande»; rimarca l'assenza di notizie sui malati ricoverati"1.

Nel luglio del 1827 Pisani pubblica le Istruzioni per

la novella Real Casa dei Matti... La Real casa dei Matti si reggeva su un'organizzazione gerarchica piramidale, che poneva al suo vertice il Re, quindi il Luogotenente Generale e il Direttore Amministrativo... che concentrava in sé tutti i poteri decisionali, sia nella gestione della struttura che nella cura dei malati, del loro esercizio rispondeva al Luogotenente che glieli conferiva e al Re da cui quest'ultimo promanava. In altre parole, il Direttore Amministrativo poteva assumere i dipendenti, sospenderli e licenziarli, vigilava sul loro operato e sul rispetto del regolamento, ma era anche il responsabile del "trattamento morale" dei matti ... I malati erano sottoposti a una "cura morale" esente da ricorso a farmaci; in merito ogni decisione spettava al Direttore Amministrativo, che non era necessario fosse un medico... Si prevedeva inoltre una figura che svolgeva le funzioni di sorveglianza dei malati e che operava più a diretto contatto con loro. Si trattava del "Maestro dei matti", come veniva definito nella prima versione del regolamento del manicomio di Aversa; ma Pisani decise di chiamarlo "Soprantendente ai servizi interni" perché nell'ospizio non si doveva pronunciare la parola matto... Il Soprantendente si avvaleva della collaborazione di personale ausiliario ma anche dei cosiddetti "matti tranquilli", in fase di guarigione da immergere nel lavoro, che, d'altronde, non mancava, anche per le donne: le matte tranquille rammendavano le camicie, si occupavano della lavanderia e di piccoli lavori di sartoria... Il ricovero era deciso dal Direttore Amministrativo, ferme restando le volontà di chi gli erano gerarchicamente sovraordinati, il Re e il Luogotenente; era esclusa la competenza medica... I pazienti erano suddivisi in maniaci, malinconici, imbecilli ed ebeti. I maniaci non erano segregati come nei comuni manicomi: mantenevano lo stato di libertà, seppure sotto attenta vigilanza, e si ricorreva alla camicia di forza solo nei casi di crisi di furore nel timore che arrecassero danni a se stessi e agli altri. I malinconici venivano aggregati in ambienti spaziosi e confortevoli, con pareti colorate e con finestre larghe e luminose. La loro cura consisteva anche nel fargli

^{1.} G. Agnetti, A. Barbato, Il barone Pisani e la Real Casa dei Matti, Sellerio, Palermo, 1987: 63 citato in: "Dialoghi mediterranei, 34 novembre 2018, "Dei matti di Pietro Pisani nella Real Casa di Palermo" di Antonio Cangemi; cfr. http://www.istitutoeuroarabo.it/DM/dei-matti-di-pietro-pisani-nella-real-casa-di-palermo/

ascoltare musica e nel contatto con la natura. Fu allestito pure un teatro per farli recitare. Metodi simili venivano adottati per gli ebeti e per gli imbecilli... Una delle prime misure da adottare dopo l'ammissione al ricovero era il separare i malati dai propri familiari e amici, poiché si presumeva che una delle cause del disagio psichico si annidasse negli ambienti familiari e sociali. Il regolamento postulava, tra gli altri, un principio di condotta basilare nel rapporto con i matti: con loro occorreva franchezza e sincerità; solo con comportamenti schietti e non simulati se ne conquistava la fiducia e, conseguentemente, si entrava nel loro mondo... Come per il ricovero, anche la dimissione era preceduta da un lungo e accorto periodo di osservazione. Al riguardo il regolamento prescriveva procedure complesse. I primi segni dell'approssimarsi della guarigione erano individuati nel riaffiorare delle abitudini dei sani, nel desiderio di rivedere i propri congiunti, nell'identificare con nettezza gli oggetti, nella progressiva consapevolezza.... Ai lavori necessari per ristrutturare e ampliare l'edificio sede della Real Casa dei Matti, offrirono un contributo non indifferente i pazienti. Scrive Pisani: «Degli uomini i più giovani ed i più robusti, unitamente ai furiosi, li assegnai alla costruzione del nuovo edificio, gli attempati ai lavori del giardino, il rimanente a nettare e pulire l'intero stabilimento, e pochi al servigio della cucina e del refettorio»². I biografi del filantropo barone riconoscono che l'apporto dei malati comportò significativi risparmi³... A che cosa mirarono gli interventi di restyling sui locali? A renderli più accoglienti e ameni. Rientrava nella cura morale far vivere i

malati in ambienti confortevoli, gradevoli e allegri. Non solo, ma anche ricchi di richiami allegorici funzionali alla terapia... tanti erano gli affreschi con raffigurazioni simboliche, spesso opere dei malati, e venivano messe in evidenza tavole sinottiche contenenti i nomi dei matti dismessi. Al centro dell'edificio vi era un ampio e leggiadro cortile, luogo principale di vita all'aperto della comunità. Attorno al cortile vi erano le stanze per i servizi comuni, il refettorio, la sala medica e i locali dove alloggiavano quasi tutti i pazienti poveri...

EVOLUZIONE DELLA LEGISLAZIONE

Il richiamo ad una delle tipologie di assistenza psichiatrica che precedettero l'unità di Italia è di certo parziale e non esaustivo. Nel 1865, durante il lento processo di unificazione politica ed amministrativa del Regno, venne affidato alle province il compito di mantenere i «mentecatti poveri» e di costruire edifici pubblici a loro destinati⁴. Tuttavia coesisterono a lungo le diverse organizzazioni assistenziali preunitarie.

Nel 1904 (14 febbraio) fu promulgata la legge 36, contenente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati", che aveva come scopo la tutela della società dal "pericolo e dallo scandalo" determinate dal malato; il ricovero quindi veniva deciso dal tribunale o dalla "pubblica autorità", oltre che dai sanitari, e comprendeva le due funzioni "custodia e cura". Ovvero le strutture ospedaliere diventano "il luogo di attuazione delle misure restrittive, basate sul giudizio di disvalore implicito nel concetto di pericolosità, di alienità e di scandalo pubblico, attribuito de facto e aprioristicamente ai malati di mente... Questa seconda finalità, ovvero la difesa della società dalla potenziale violenza dei devianti sociali, attraverso misure restrittive della libertà, spiega l'intervento della autorità giudiziaria e delle forze di polizia come modalità ordinaria di

^{2.} G. Agnetti, A. Barbato cit. pag. 91

^{3.} Osserva, ad esempio, Bernardo Serio, Biografia di Pietro Pisani, Palermo, 1839: 81: «Par dunque meraviglia come avesse potuto elevare sì nobile ed ampio edificio: e pure fu tanta l'avvedutezza dell'istitutore, che co' risparmi e col travaglio dei matti, potè mandare ogni suo pensiero ad effetto», citato in: "Dialoghi mediterranei 34, novembre 2018, "Dei matti di Pietro Pisani nella Real Casa di Palermo" di Antonio Cangemi; cfr. http://www.istitutoeuroarabo.it/DM/dei-matti-dipietro-pisani-nella-real-casa-di-palermo/

^{4.} Legge n. 2248 del 20 marzo 1865 per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia

ricovero in ospedale psichiatrico"5.

Si sommano in tale legge diversi elementi storici e culturali: il concetto della "alienazione dell'ammalato mentale... dai sani,... la scarsa conoscenza della natura della malattia mentale, la sopravvivenza di pregiudizi e paure irrazionali... che hanno determinato sovente reazioni espulsive largamente eccedenti le necessità".

Inoltre è da considerare il retaggio storico e la cultura scientifica dell'epoca "sino alla fine del 1700 il malato mentale è stato considerato un individuo dannoso e irrecuperabile da rinchiudere in carcere piuttosto che da curare; nell'800 la cultura positivistica ha dato della malattia mentale una interpretazione in termini rigidamente biologici, con scarsa considerazione per i fattori sociologici, psicologici e culturali,... ammalati da esaminare e trattare in appositi ambienti ospedalieri".

La istituzione manicomiale nasce in questo contesto storico e culturale in cui "perdura la convinzione della inguaribilità e della pericolosità, largamente condivisa dalla pubblica opinione e dai legislatori dell'epoca, unita alla richiesta di appositi spazi di cura avanzata dalla scienza medica di ispirazione positivista, affidati per ragione di finanziamento alle provincie" 8. Il "disvalore - attribuito all'ammalato mentale - era implicito nel concetto di pericolosità, di alienità e di scandalo pubblico attribuite de facto e aprioristicamente ai malati di mente" 9.

Nel 1909 fu emanato il regolamento manicomiale¹⁰ che dettagliava il funzionamento degli ospedali psichia-

- 6. ibidem
- 7. Ibidem
- 8. ibidem
- 9. Ibidem

trici (OP).

Nel 1948 la costituzione della Repubblica italiana, nell'articolo 32 definisce "la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"11, il cittadino ha il diritto di poter usufruire della propria salute in relazione al ruolo sociale nella collettività. La tutela della salute è parte della libertà personale, in quanto permette al cittadino la possibilità ed il dirittodovere di partecipare e contribuire alla vota sociale: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"12. Nell'articolo 3 inoltre si sancisce ancor più specificamente "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale ... È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese."13

La sanità resta dapprima competenza del Ministero dell'Interno (RD 477/1887)¹⁴, e in seguito diventa competenza della Presidenza del consiglio dei Ministri (DLL 417/1945).

La legge 13 marzo 1958 n. 296 istituisce il ministero della sanità e la tutela della salute non è più collegata alla funzione di controllo propria del ministero dell'interno.

- 12. Art 2 della Costituzione della Repubblica italiana
- 13. Art. 3 della Costituzione della Repubblica italiana
- 14. La legge 3 luglio 1887, istituisce la "Direzione generale della Sanità pubblica" presso il ministero dell'Interno

^{5.} http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf disegno di legge "accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" seduta del 19 aprile 1978 pag. 2

^{10.} R.D. 16-8-1909 n. 615 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati" Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 settembre 1909, n. 217

^{11.} Art. 32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

La assistenza psichiatrica resta tuttavia ancora competenza delle amministrazioni provinciali e quindi separata dalla assistenza sanitaria in generale.

Una prima grande innovazione avviene nel 1968 con la legge n.132 (legge Mariotti), nella quale si definisce il modello ospedaliero che comprende sia gli enti ospedalieri sia gli OP, dettagliati in forma organica dalla successiva legge n. 43 I dello stesso anno. Si individuano tre perni dell'assistenza psichiatrica: 1) i Centri di igiene mentale (CIM), 2) gli ospedali psichiatrici, 3) i servizi psichiatrici ospedalieri congiunti a servizi geriatrici. Viene introdotta la possibilità del ricovero volontario e viene abrogato l'art. 604 del Codice di Procedura Penale del 1930 che prevedeva l'iscrizione al casellario giudiziario dei ricoverati in ospedale psichiatrico, decisione fondamentale volta a limitare lo stigma del malato di mente¹⁵. Si tratta di alcuni iniziali passi verso una innovazione della assistenza psichiatrica, che avrà bisogno di altri dieci anni di gestazione, prima di essere formulata in maniera completa¹⁶.

Nel 1978, mentre era in corso il dibattito parlamentare che avrebbe portato alla istituzione del servizio sanitario nazionale, furono raccolte 700.000 firme per richiedere il referendum abrogativo della legge 36 del 1904, fatto che spinse il parlamento a stralciare dal corpus della riforma sanitaria la parte che riguardava la assistenza psichiatrica, che divenne la legge 180 del 13 maggio e fu inglobata poi

nella legge 833 del 23 dicembre 1978, istitutrice del servizio sanitario nazionale (SSN). "La legge n. 36 del 1904 è oggetto del referendum e ciò pone vari problemi... tutti giudichiamo l'istituto del referendum come un istituto democratico... nessuno vuole ignorare l'importanza delle 700 mila firme raccolte... il referendum con l'esito positivo di depenalizzare la malattia mentale... lascia scoperta a livello di norme e di punti di riferimento un'ampia fascia di sofferenza... da un lato crea una separazione dagli altri tipi di sofferenza con il rischio di criminalizzazione del disagio psichico, dall'altro lato fa emergere il pericolo di controspinte reazionarie nel tessuto culturale e sociale, senza superare in effetti la dolorosa realtà manicomiale "17.

Emergono, dagli atti parlamentari, sia la necessità di evitare il vuoto legislativo che la abrogazione della legge del 1904 avrebbe comportato, sia la "larga convergenza" la delle forze politiche e la precisa volontà di collegare strettamente la riforma sanitaria e la riforma psichiatrica in un quadro organico unitario 19, altrimenti "le novità nel settore dell'assistenza psichiatrica potrebbero perdere il loro senso e la loro portata, se non fossero inserite in un servizio sanitario rinnovato" 20.

Nel mese di settembre 1978, inframezzata tra le leggi

^{15.} http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/sanita/melani/cap3.htm#n185

^{16.} Camera dei Deputati, Atti Parlamentari, VII legislatura, Disegni di Legge e Relazioni, Disegno di legge n. 1252 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale, seduta del 16 marzo 1977, pag. 4 "La legge-ponte psichiatrica del 1968, come è noto, ha riformato solo in parte questo particolare settore, senza eliminare l'attuale condizione di emarginazione dei malati di mente, relegati in istituti psichiatrici avulsi dalle strutture sociali e degli altri presidi sanitari; al contrario nella filosofia della riforma sanitaria... l'intervento sanitario si esplica in un complesso operativo integrato, anche le malattie mentali trovano la loro naturale collocazione dell'ambito degli altri servizi delle Unità sanitarie locali"

^{17.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 179. On. Milano De Paoli Vanda

^{18.} Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag.210

^{19.} http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf Disegno di legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" seduta del 19 aprile 1978, pag. 4

Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag.209

^{20.} Ibidem

180 e 833, la "Conferenza Internazionale sull'Assistenza Primaria" della Organizzazione Mondiale della Sanità adotta la "Dichiarazione di Alma Ata", il cui primo punto è "La Conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale²¹ e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario", e al punto 4 "Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno"²², a testimonianza del clima culturale e politico diffuso non solo nel nostro paese, ma anche a livello internazionale, pur con tutte le sfumature e le declinazioni che ogni paese presentava.

Il Parlamento "aveva davanti due problemi: da un lato riconfermare tutto intero l'impianto del servizio sanitario nazionale, dall'altro dare una soluzione al vuoto che si sarebbe determinato con la abrogazione dei primi quattro articoli della legge sui manicomi del 1904... la tutela della salute mentale dovrà quindi necessariamente integrarsi, nel disegno riformatore complessivo, entro la dimensione della unità sanitaria locale, con gli altri interventi del servizio sanitario"²³.

La psichiatria si trova così a precorrere quattro principi

fondamentali del servizio sanitario nazionale: "la globalità del trattamento sanitario, la universalità dei destinatari, l'uguaglianza del trattamento sanitario e il rispetto della dignità della persona, comprendendo in questo il suo diritto di scelta, per quanto possibile libera, del luogo di cura e del medico.²⁴"

Vengono stabilite anche la centralità della prevenzione²⁵, la organizzazione di servizi alternativi sul territorio²⁶, "la priorità, almeno quantitativa, degli interventi sul territorio rispetto a quelli ospedalieri"²⁷. La stretta connessione tra ospedale e territorio, la continuità terapeutica nel DSM e la connessione con il "sociale"²⁸ non solo dal punto di vista della erogazione di sussidi e interventi di sostegno, sono un punto cardine per realizzare "una sensibilizzazione degli operatori sanitari del settore, ma

^{21.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 179. On. Milano De Paoli Vanda pag.178

^{22.} Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

^{23.} Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pagg.205-206

^{24.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 170

^{25.} Camera dei Deputati, Atti Parlamentari, VII legislatura, Disegni di Legge e Relazioni, Disegno di legge n. 1252 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale, seduta del 16 marzo 1977, pag. 3: La istituzione del Servizio sanitario nazionale nasceva dalla "crisi di un sistema di assistenza indirizzato quasi esclusivamente alla cura della malattia che di fatto ha emarginato la prevenzione... è convinzione largamente diffusa che sia necessario un ribaltamento degli obiettivi, attraverso il rilancio della prevenzione e operando in direzione della salvaguardia e della tutela dello stato di benessere psico-fisico del cittadino; da questo mutato ordine di priorità scaturisce il principio fondamentale del disegno di legge, ossia la globalità degli interventi, attraverso uno stretto collegamento e coordinamento dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione... soprattutto per le strutture periferiche del SSN, cioè le unità sanitarie locali "Cfr: http://www.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/12520001.pdf

^{26.} Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 211

^{27.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 171

^{28.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 169, "La necessità di garantire una continuità terapeutica, e di conseguenza l'unitarietà del servizio stesso; l'inserimento sempre più intimo dei servizi psichiatrici nella trama sociale"

anche degli amministratori locali e della stessa opinione pubblica; il ricovero negli ospedali generali degli acuti, per esempio, potrà non produrre problemi particolari se, attraverso una divulgazione delle motivazioni culturali, morali e sociali che hanno ispirato le norme in esame, si creerà una mentalità favorevole in tutta l'opinione pubblica"²⁹.

Il legislatore sottolinea "la consapevolezza... che la cura dei disturbati psichici richiede una crescita complessiva della società italiana³⁰, che va al di là della pura legislazione tecnica"31, e la necessità di un "coordinamento tra i servizi del territorio³²" fino a specificare con un linguaggio attuale e presente in tutti i documenti successivi alla legge che "uno dei concetti più nuovi del disegno di legge è rappresentato dal discorso della continuità terapeutica; viene per la prima volta riconosciuto che uno dei mali di tutta la struttura sanitaria del paese è quello della separazione del momento curativo da quello riabilitativo, nei vari settori della medicina e si individua, come supporto essenziale della nuova legislazione, la continuità terapeutica che caratterizza oggi il disegno di legge al nostro esame per il settore psichiatrico, ma che dovrà caratterizzare sempre più l'interazione dei vari momenti anche negli altri

settori di intervento del servizio sanitario nazionale"33.

La "libertà di scelta del medico e del luogo di cura"³⁴ è stabilita nell'articolo 3 della legge 180, molto spesso è oggetto di ambivalenze e controversie, ma a tale riguardo è opportuno ricordare che "tale principio di libertà che è sancito dalla Costituzione ed è ribadito dal disegno di legge si riforma sanitaria appare quanto mai opportuna"³⁵; tale libertà di scelta non può essere negata in ragione della provenienza territoriale, quando il paziente vuole avere consapevolmente un contatto con altro servizio, per libera scelta e desiderio di mantenere la distanza dal proprio servizio di zona.

Viene sancito la facoltà per il cittadino di effettuare il cosiddetto "accesso diretto" al DSM, anche se viene raccomandato che si sviluppi un raccordo in questi casi con il medico di medicina generale. E questa facoltà dell'accesso diretto al DSM viene ribadita dalla legge 833.

La dimissione dei pazienti dagli OP ha richiesto 22 anni per essere conclusa, con il decreto Bindi. Quella che era una norma sancita dalla riforma, per anni è stata una bandiera intorno alla quale contendere. Simbolicamente alcuni chiusi quasi a difendere un fortino e chi ne era uscito per poi tornare all'assalto dello stesso. In realtà la riforma prevede non solo la dimissione dei ricoverati, ma anche la dismissione degli ex OP per potenziare i servizi di salute mentale³⁶, un patrimonio immobiliare immenso

^{29.} Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 210

^{30.} Si afferma il ruolo del servizio sanitario per lo sviluppo della società, non solo nel campo della tecnologia sanitaria, ma anche nella relazione sociale e culturale. In un recente articolo è stato ripreso il medesimo concetto: "Hospitals as anchor institutions: how the NHS can act beyond healthcare to support communities". BMJ 2018; 361 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k2101 (Published 14 May 2018) Cite this as: BMJ 2018; 361: k2101.

^{31.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 184. On. Orsini Bruno

^{32.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 183. On. Orsini Bruno

^{33.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 181. On. Cirino Pomicino

^{34.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 170

^{35.} http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf disegno di legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" seduta del 19 aprile 1978, pag. 5

^{36.} Le regioni e le province autonome destinano, inoltre, ai Dipartimenti di salute mentale quote di finanziamento per la

e diffuso sul territorio. Basta pensare che il Santa Maria della Pietà, a Roma, si estende su una superficie di 40 ettari in zona urbana; tutti gli ex OP costruiti all'inizio del 1900 nel momento della riforma erano ormai stati raggiunti dalla urbanizzazione, con la conseguente moltiplicazione del valore. La sezione manicomiale di Città di Castello fu abbattuta e al suo posto è stato costruito un quartiere residenziale, nel pieno centro urbano. A questo riguardo sarebbero da riconsiderare le risorse economiche che la riforma psichiatrica ha messo a disposizione del SSN, intanto con la riduzione dei costi ospedalieri negli ex OP, poi con la dismissione e recupero funzionale degli immobili, e poi con la adozione e lo sviluppo della integrazione dei servizi sul territorio³⁷.

LA INNOVAZIONE GARANTISTA SUL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

La legge 180 è recepita dalla legge 833/78: articolo 33 ("Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori"), 34 ("Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale") e 35 ("Procedimenti relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale"). La tutela

realizzazione di strutture territoriali, in particolare residenziali e semiresidenziali. Dette quote possono derivare da programmi finanziati ex Articolo 20 della legge n. 67/1988, dall'alienazione dei beni relativi agli ex OP (Articolo 32 della legge n. 724/1994), da altre disposizioni normative, da fondi propri.

Cfr. anche: https://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2012/07/06/news/ospedali_psichiatrici-38658449/?refresh_ce "Il decreto firmato nel 1996 dall'allora ministro della Sanità Rosy Bindi parla chiaro: "I beni mobili e immobili degli ospedali psichiatrici dismessi sono destinati alla produzione di reddito, attraverso la vendita o l'affitto, e i soldi destinati all'attuazione del progetto obiettivo Tutela della salute mentale". Ma non basta. "Le Regioni hanno due anni di tempo per chiudere i manicomi e realizzare centri diurni e case alloggio".

37. Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag.206

della salute mentale è così equiparata alla tutela della salute fisica "la malattia mentale è una normale malattia, senza distinzioni e senza tutele differenziali; che non siano quelle suggerite in sede tecnica dalla scienza medica, da praticare comunque nel contesto della normale rete dei servizi e dei presidi territoriali, ambulatoriali e ospedalieri"³⁸.

La discussione parlamentare che ha portato alla legge 180 mette in evidenza tematiche e argomenti tuttora validi a 40 anni di distanza, a testimonianza di un percorso iniziato ma non del tutto attuato, perché irto di difficoltà e resistenze, come gli stessi parlamentari mettevano in risalto³⁹. "Il Parlamento raccoglie così, positivamente in una legge non già e soltanto una esigenza posta dalla richiesta referendaria, ma i termini attuali dell'ampio e articolato dibattito politico e culturale in atto nel paese; fa tesoro dei tentativi nuovi e dei risultati conseguiti, o in fase di esperimentazione... sostanzialmente lega l'i-stituzione al territorio, anzi l'affida alla organizzazione da parte dei pubblici poteri del territorio, senza la quale non esiste prospettiva seria capace di avviare il graduale superamento dell'ospedale psichiatrico" 40.

Il punto fondamentale della riforma stava nella "for-

Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, VII Legislatura, XIV commissione, seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 211: "Abbiamo la consapevolezza politica che nel superamento degli ospedali psichiatrici si incontreranno gravi difficoltà oggettive e molte resistenze di infermi, spesso anche di familiari e, talvolta, di operatori socio-sanitari.".

40. Ibidem pag. 206

^{38.} Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag. 3. Cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

^{39.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 183: "Dobbiamo tener presente che il cammino che questa legislazione predispone avverrà tra mille difficoltà".

mulazione non facile che sostituisse il concetto della pericolosità a sé o agli altri"41, ovvero il superamento della legge manicomiale del 1904 che "non si poneva alcuna finalità di ordine terapeutico" costituendo "il ricovero coatto una vera e propria misura di prevenzione applicabile a soggetti non imputabili per motivi di salute psichica"42; la legge trasforma il ricovero in ospedale psichiatrico, provvedimento giudiziario e amministrativo, in un ricovero ospedaliero, provvedimenti disposto dalla autorità sanitaria locale. Certamente la separazione tra malattia e pericolosità, è stata un elemento di progresso, che distingue la psichiatria italiana da quella degli altri paesi, dove invece la malattia e la pericolosità non sono ancora ben distinte, nonostante gli anni trascorsi dalla promulgazione del Codice napoleonico del 1810 che "costituisce un riferimento obbligato per l'intera storia del diritto, posto che informerà tutta la codificazione europea del XIX secolo, anche per le norme relative all'imputabilità. Il suo articolo 64 recitava: "Non esiste né crimine né delitto allorché l'imputato trovavasi in stato di demenza al momento dell'azione, ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non poté resistere"43.

Il dibattito parlamentare ribadisce a più riprese la necessità di "promuovere il più rapidamente possibile le condizioni per il consenso e la partecipazione dell'infermo al trattamento sanitario"⁴⁴, al fine di limitare le condizioni che portano alla obbligatorietà delle cure. Stabilisce che il TSO avvenga "con le più ampie garanzie costituzionali e giurisdizionali" con "l'obbligo per chi lo esegue di rispettare comunque la dignità della persona

41. Ibidem pag. 188

e i diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione"45, privilegia il "momento preventivo in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e segregazione, favorendo il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti a disturbi psichici46". Inoltre si evince che "anche se non espressamente previsto è evidente che i trattamenti sanitari obbligatori possono assumere forme molteplici: il trattamento ambulatoriale, quello domiciliare, quello in strutture pubbliche o private dichiarate idonee dalla regione"47. Abitualmente il TSO avviene in condizioni di degenza osbedaliera, quando "non sono accessibili le condizioni per un trattamento extra-ospedaliero", tuttavia non è stato raro sentire parlare fino alla fine degli anni '90 del TSO effettuato al domicilio del paziente, con le garanzie necessarie ad una efficace terapia. Il legislatore ha voluto specificare che le condizioni che possono portare al TSO "ripudiano il concetto difensivistico e reattivo dell'accertamento della vera o presunta pericolosità del malato di mente nei confronti degli altri; sottolinea inoltre la necessità che il TSO avvenga in condizioni di degenza ospedaliera, se constatato da più sanitari che tale trattamento può essere espletato correttamente solo in ospedale, per l'assenza di condizioni extra ospedaliere che ne consentano l'effettuazione senza il ricovero; nel provvedimento si sottolinea ripetutamente che il trattamento sanitario dei malati di mente – ove possibile - non deve avvenire in condizione di ricovero, ma nelle condizioni ambientali ordinarie di vita del soggetto e si

^{42.} Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag.206

^{43.} Isabella Merzagora Betsos , L'IMPUTABILITÀ, cfr: http://www.jus.unitn.it/users/dinicola/criminologia/topics/materiale/dispensa_4.pdf

^{44.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag.170

^{45.} Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag.4. Cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

^{46.} Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 206

^{47.} Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag. 5; cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

mette in risalto la priorità dell'intervento nell'ambito territoriale e la concentrazione degli sforzi dell'organizzazione delle spese nell'ambito extra ospedaliero, pur regolamentando, come necessario, quelle situazioni eccezionali in cui il TSO deve avvenire in condizioni di ricovero ospedaliero"⁴⁸.

È previsto espressamente "il diritto dell'infermo di comunicare con chi ritenga opportuno" ⁴⁹ durante la ospedalizzazione.

La legge dettaglia la procedura di garanzia per la attuazione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) non più affidato alla autorità di pubblica sicurezza o giudiziaria ma alla autorità sanitaria locale (il Sindaco quale autorità sanitaria locale). Stabilisce che, dopo l'ordinanza del Sindaco, sia il Giudice tutelare a effettuare un "intervento di controllo e convalida del provvedimento⁵⁰"; "la scelta del giudice tutelare non è senza significato: anzitutto si è fatto riferimento ad una categoria di magistrati che è presente capillarmente sul territorio; inoltre nel TSO si è voluto vedere non tanto una limitazione della libertà del singolo cittadino quanto una misura sanitaria; sarà il Giudice tutelare, che è competente per la tutela dei minori, degli interdetti, degli inabilitati e degli incapaci, a valutare l'opportunità di adottare i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo"51. Prevede il diritto di "chiunque

oltre all'interessato, di" di fare ricorso contro il provvedimento di TSO, sia facendone richiesta al sindaco sia al tribunale ordinario, ovvero "sia in sede amministrativa sia giurisdizionale facoltizzando chiunque, non solo l'interessato, a controllare l'adeguatezza del provvedimento previsto dalle norme, molto civili, della legge⁵²".

Quanto fa parte della adeguata comunicazione tra DSM e paziente la facoltà, sancita dalla legge, di fare ricorso contro il TSO, al fine di una corretta definizione dei processi terapeutici?

I lavori parlamentari mostrano esplicitamente la definizione di una equilibrata serie di garanzie, rivolte sia alle diverse istituzioni che hanno voce nella attuazione del TSO sia al paziente; si riconosce la "necessità di trattamenti obbligatori, dovuti ad una carente o errata coscienza di sé e dei rapporti con l'esterno e, quindi, all'impossibilità di partecipare volontariamente e consapevolmente ad un progetto di cura⁵³; tuttavia, l'attuazione dei trattamenti obbligatori deve essere accompagnata da ogni possibile iniziativa per promuovere al più presto il consenso e la partecipazione del paziente al trattamento sanitario e da un complesso di garanzie sanitarie, amministrative e giurisdizionali per evitare qualsiasi abuso"⁵⁴.

La psichiatria entra definitivamente nel SSN, le leggi 180 ed 833 stabiliscono la necessità di integrare le

camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

^{48.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 170

^{49.} Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag. 5; cfr: http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

^{50.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 170

^{51.} Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978, pag. 5; cfr: http://legislature.

^{52.} Ibidem, pag, 170

^{53. &}quot;La linea politica complessiva tendente alla conquista di una dimensione di vita più civile" (cfr. VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 180) coniuga qui il concetto della libertà civica, che deriva nella cultura francofona, e del benessere personale, derivato dalla cultura anglosassone, per di svolgere con adeguatezza il proprio suolo civico.

^{54.} Atti Parlamentari, VII Legislatura, Documenti, Disegni di Legge e relazioni, Camera dei Deputati n. 2130, Disegno di Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", seduta del 19 aprile 1978 cfr: http://legislature.camera. it/_dati/leg07/lavori/stampati/pdf/21300001.pdf

competenze sociali e sanitarie, costruendo una rete di interventi a favore della persona con maggior necessità o fragilità, superando le antinomie manicomiali, ma la prassi successiva ripropone esattamente la separazione, come un evento ciclico non controllato.

Una riflessione conclusiva sulla relazione tra la psichiatria e la legge, quando la seconda non sarà più necessaria per regolare il lavoro della prima, al pari delle alte specialità mediche?

LA NUOVA RESIDENZIALITÀ IN CRESCITA. LUOGHI O NON LUOGHI?

A distanza di quaranta anni, questa separazione determina non solo dei costi fuori controllo, ma anche la reviviscenza della alienazione progressiva del paziente dalla sua propria società originale, e resta uno scottante punto di riflessione, non solo italiano⁵⁵, l'accesso a strutture residenziali, ancora una volta dislocate dalla residenza del paziente, seguendo sempre il paradigma della "inguaribilità e della pericolosità dei malati di mente, i quali, pertanto, devono essere prima custoditi e poi, magari, anche curati, in luoghi per lo più lontani dai centri abitati, dove dessero cioè il minor fastidio" ⁵⁶.

A questo riguardo può essere utile il richiamo all'articolo 14 del regolamento manicomiale del 1909 ⁵⁷che stabiliva:

"Perché possa essere autorizzata la cura in una casa privata, che non sia la casa propria dell'alienato o della sua famiglia, occorre che sia dimostrata:

- a. la salubrità della casa e la sua capacità a ricevervi
- 55. http://www.bmj.com/content/355/bmj.i5339 BMJ 2016; 355 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.i5339 (Published 03 October 2016) Cite this as: BMJ 2016;355:i5339 NHS to pilot ways to stop sending mental health patients long distances for treatment
- 56. http://legislature.camera.it/_dati/leg07/lavori/stencomm/14/Leg/Serie010/1978/0428/stenografico.pdf seduta del 28 aprile 1978 pagina 168
- 57. R.D. 16-8-1909 n. 615 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati" Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 settembre 1909, n. 217, cit.

- convenientemente l'alienato, e l'adatta disposizione degli ambienti;
- b. la sua ubicazione, che deve essere fuori dai centri abitati, ad avere possibilmente una sufficiente estensione di terreno annesso;
- c. la possibilità che l'alienato sia adibito a qualche lavoro preferibilmente agricolo;
- d. la composizione della famiglia ed i lavori in cui essa è occupata, in maniera che si scorga se lo alienato possa avere la dovuta cura ed assistenza e sia eliminata ogni probabilità di pericolo per lo alienato o per altri, e di pubblico scandalo;
- la buona condotta e la moralità dei componenti la famiglia;
- f. l'assistenza medica assicurata, con l'indicazione del sanitario che assumerebbe la cura dell'alienato".

La prassi della dislocazione del paziente "dalla casa propria e destinato a proseguire le cure in case lontane dai centri abitati" rimane un dato di fatto attuale, pur con le declinazioni attuali. Ciò comporta un impegno di spesa non indifferente per i servizi psichiatrici, quando ci si rivolge a strutture private⁵⁸, e un disimpegno crescente nella attuazione di un progetto di riavvicinamento, alimentando così una spirale che viene definita "nuova cronicità".

Alcuni dati illustrano la situazione.

I ricoverati in Ospedale Psichiatrico erano: 12.913 nel 1875, 36.845 nel 1902, 39.500 nel 1905 (legge istitutiva degli OP del 1904), 54.311 nel 1914, 78.538 nel 1978.

Nell'anno 2000 sono stati 15.943 gli ospiti delle strutture residenziali⁵⁹.

^{58. &}quot;NHS to pilot ways to stop sending mental health patients long distances for treatment" BMJ 2016; 355 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.i5339 (Published 03 October 2016) Cite this as: BMJ 2016; 355: i5339

[&]quot;Margaret McCartney: Do we want an NHS that depends on outsourcing?" BMJ 2018; 360 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k670 (Published 19 February 2018) Cite this as: BMJ 2018;360:k670

^{59.} Cfr. studio PROGRES dell'Istituto superiore di sanità

Nell'anno 2010 la Regione Veneto ha registrato il seguente riparto dei costi per la assistenza psichiatrica⁶⁰:

- 28% è stata per la assistenza territoriale o ambulatoriale,
- 12% per la assistenza semiresidenziale,
- 27% per la assistenza residenziale
- 33% per la assistenza ospedaliera

Probabilmente nel corso di questo decennio la spesa residenziale è andata aumentando, per una combinazione di cause, la riduzione progressiva del personale nel SSN, la riduzione della spesa sociale disponibile per i pazienti del DSM, l'invecchiamento progressivo della popolazione con le difficoltà di avvicendamento generazionale dei caregivers. I criteri per l'accesso alle strutture sono stati definiti nel novembre 2016 con la definizione della "valutazione multidimensionale" nell'art. 6 del Nuovo Patto della salute 2014-2016 "Per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute. La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente"61.

LA POVERTÀ E L'IMPOVERIMENTO

Oltre alla crescente spesa residenziale, prevalentemente a carico del SSN, è da considerare il dato economico personale⁶²; la invalidità civile è pari ad euro 270; se ci sono le condizioni per effettuare un tirocinio per inclusione sociale ciò corrisponde ad una cifra di 150 euro; solo i pazienti con invalidità civile al 100% riconosciuta prima del decesso del familiare cui sono a carico, possono avere la pensione di reversibilità. L'accesso al mondo del lavoro per gli invalidi civile è fortemente condizionato dalla persistente crisi economica e anche dal blocco del turn over negli enti pubblici, che rendono complesso un percorso di autonomia del paziente senza l'appoggio economico della famiglia. Tale condizione di povertà esblode poi nel momento in cui si rende necessaria la compartecipazione economica per la permanenza in alcune tipologie di strutture residenziali. La legge prevede che siano chiamati i comuni a corrispondere tale compartecipazione se la persona e la famiglia non sono in grado. Alla povertà indotta dalla patologia⁶³, si somma la povertà delle risorse economiche e da ultimo, quando esiste la necessità di inserimenti residenziali, l'impoverimento per corrispondere la compartecipazione. Le cooperative sociali che sono state concepite per facilitare l'inserimento lavorativo, si scontrano con la difficoltà di acquisire lavoro, sia per le normative stringenti sugli

^{60.} Cfr. "I costi standard in salute mentale", di Lorenzo Rampazzo 2012, in: http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=8a02b2a4-ab55-4b87-9411-f05339acecb2&groupId=10793

http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/2014/199_200/02-rampazzo.pdf

^{61.} https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/00994183.pdf pag. 21 nota 15

^{62.} Outcome measure show increasing personal and familiar costs. The outcome measure are welfare, clinical (mortality and morbility) economical (direct and indirect costs) and humanist (quality of life and user's satisfaction). Cfr.: Francesco Dotta, La valutazione degli indicatori di processo e di Outcome. Quaderni del Ministero della Salute; in: http://www.quadernidellasalute.it/download/press-area/cartellastampa/10-luglio-agosto-2011/Prof.Francesco-Dotta.pdf

^{63.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 179, "Per quanto riguarda la problematica psichiatrica, essa trovala sua soluzione all'interno non solo della riforma sanitaria, ma anche di una serie di riforme che migliorino le condizioni dell'individuo in generale e che, quindi, servano a risolvere una serie di conflittualità"

appalti, sia per la riduzione delle commesse da parte degli enti pubblici sia per la non omogenea distribuzione sul territorio.

PROSPETTIVE

La separazione tra funzione sanitaria e sociale era stata riconosciuta come fattore critico già durante i lavori preparatori della legge, tanto da prevedere convenzioni specifiche perché la legge prevedeva, fino alla istituzione del SSN di "mantenere alle province la titolarietà di alcuni servizi, cercando peraltro di superare il rischio della dicotomia che si può determinare tra una competenza amministrativa e regionale del servizio ospedaliero e una competenza provinciale dei servizi extra ospedalieri." 64.

Rimane poco chiara la differenza tra gli esiti clinici rilevati per paziente e per patologia (outcome) ritenuta difficoltosa perché multifattoriale, e la somma delle prestazioni che un DSM fornisce (output) molto più agevole ma non indicativa della reale situazione del paziente. Una delle resistenze maggiori che si incontrano a 40 anni dalla riforma è il corretto utilizzo dei sistemi informativi da parte degli operatori, con un timore che mal cela la difficoltà di accettare il principio che l'operare psichiatrico debba rispondere a criteri di legge e di valutazione, quasi con una riproposizione della autoreferenzialità asilare, come se il DSM non debba esporre il proprio agire.

Sono trascorsi 40 anni dalla riforma psichiatrica ed è opportuno, o forse necessario, che si crei una formazione specifica, per la preparazione culturale adeguata del personale del SSN al lavoro integrato di rete, che comprende sia la parte clinica e sia quella sociale sul territorio. Negli anni immediatamente successivi alla riforma e fino alla definizione del primo progetto obiettivo nazionale per la salute mentale, molto è stato affidato alla spontanea relazione organizzativa sul territorio, con tutti i limiti che ciò ancora comporta, in particolare la scarsità di risorse

economiche e la conseguente discontinuità degli interventi a disposizione dei pazienti. La società italiana ha visto la chiusura degli ultimi presidi manicomiali solo nell'anno 2000, quando la generazione di operatori "usciti" dal manicomio, a seguito della legge 180/78, iniziava a concludere la propria esperienza professionale, ma molto della loro eredità culturale si è perso nella contrapposizione tra le "scuole" e nella persistente inutile contrapposizione ideologica di questi quaranta anni tra "medicalizzazione e la socializzazione della malattia mentale⁶⁵". La pretesa esclusività e la incapacità di riconoscersi parti di un solo insieme, senza dover scendere al livello di competizione ideologica ma rimanendo sul piano della collaborazione ed ascolto reciproco, ostacola il dialogo necessario per arrivare alla miglior espressione possibile per il paziente nel proprio contesto relazionale e familiare, e con l'uso più adeguata delle risorse economiche dei servizi pubblici ed il minor dispendio delle risorse emotive e psicologiche per il paziente e la rete relazionale, secondo il preciso richiamo del legislatore "creare una cultura ed una sensibilità diffuse" che pur essendo "già fatta propria dalla parte più sensibile dell'opinione pubblica, diventi automaticamente una nuova diffusa concezione culturale del nostro popolo; probabilmente perché ciò avvenga ci vorranno molti anni, ma ci sembra che il compito di una legge più che di sancire il fatto compiuto sia quello di educare la società a quei valori che la scienza ci propone come autentico progresso della vita sociale"66.

Dal 1978 ad oggi, quanto persiste ancora di tali condizioni storiche e culturali, illustrate fin dalla prima pagina dei lavori preparatori della legge 180?

Di certo abbiamo ancora la incompleta comprensione

^{65.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 180

^{66.} Camera dei Deputati, Commissioni in sede legislativa, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 17. Seduta di martedì 2 maggio 1978, pag. 208

^{64.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 171

della malattia mentale, per la sua complessità intrinseca e forse perché la psichiatria non ha saputo evitare la frammentazione della malattia che vorrebbe invece curare. La frammentazione è riproposta invece sotto forma di orientamenti scientifici "di scuola", crea artificiosamente delle distinzioni, che ricordano spesso la incomunicabilità tra paziente e la propria rete relazionale, talora somigliando ad una forma di difesa davanti alle difficoltà quotidiane (per le recidive, la cronicità e la imprevedibilità) di frequente, se non quotidiano, riscontro nel lavoro psichiatrico. La "clinica" a sua volta è oggetto di diatriba, se essa si svolga nell'ambiente universitario o ospedaliero, oppure se anche il lavoro ambulatoriale possa essere considerato tale. Conseguenza di queste separazioni e distinzioni è che il paziente non trova risposte unitarie, e gli stessi operatori rischiano di cadere nelle trappole delle distinzioni dialettiche.

La separazione, tra "clinica" e "fattori culturali e sociologici", la prima necessariamente riservata al sanitario, i secondi "relegati" a quanti non ne fanno parte, contraddice non solo la legislazione nazionale e regionale, ma anche la realtà del paziente nella sua appartenenza storica e relazionale.

LA RIABILITAZIONE

Il secondo motivo della lunga citazione storica iniziale, è il richiamo di alcuni elementi che si ripetono ancor oggi nella pratica psichiatrica, sempre ondivaga tra relazione interpersonale, tecniche terapeutiche e clinica pura, ognuna delle quali è destinata a un magro risultato senza una adeguata integrazione di competenze e capacità, necessaria per superare una deleteria autoreferenzialità priva di valore terapeutico.

Il testo parla di riacquisizione delle competenze personali nella relazione con il proprio corpo, con la propria famiglia, descrive lo sviluppo delle capacità lavorative e relazionali con l'ambiente e delle capacità espressive personali, come elementi di un percorso di "guarigione", senza che nessuno di questi elementi abbia un valore che possa sminuire tutti gli altri o escluderli. Si potrebbe dire che, quando una "tecnica relazionale" vuole fronteggiare isolatamente un singolo aspetto di una patologia grave, persistente per decenni e di origine plurifattoriale, rischia di divenire autoreferenziale, sviluppando una visione unilaterale e limitata di un quadro clinico complesso, con evidenze di interazioni che non compaiono mai compiutamente alla prima osservazione, ma tendono ad essere spesso taciute o trasformate.

Il testo ci parla di un tempo necessario per i pazienti affinché possano sviluppare la necessaria confidenza con la bellezza esterna, per cercare di apprezzare anche la possibile bellezza interiore, per quanto reso possibile dalla patologia medesima. Il tempo è il fattore, nel testo del 19' secolo come nella pratica clinica corrente, necessario per trasformare una visita o un insieme di visite in una relaziona terapeutica. Un tempo fatto di silenzi o comunicazioni progressive, in quanto un sistema di relazione (paziente-famiglia-rete sociale) deve trovare un nuovo equilibrio e nuovi ruoli reciproci durante il contatto con un altro sistema (medico di medicina generale, servizio psichiatrico, servi sociali...).

La relazione terapeutica si sviluppa sempre in base alla verità che un sistema possiede e soprattutto che può accettare di comunicare, in una specie di equazione con molte incognite e pochissime certezze. Una relazione familiare e sociale nella quale viene a determinarsi un disagio così grave e persistente da richiedere una serie di interventi pluridisciplinari, richiede sempre un tempo non prevedibile affinché si generi una cicatrice abbastanza resistente che possa mettere in risalto le relazioni positive e favorenti una attenuazione della patologia.

Oggi, come allora, ci troviamo di fronte ad una patologia ad insorgenza insidiosa, che precede talora di anni la manifestazione clinica, e che richiede un impegno multidisciplinare protratto nel tempo, con una incertezza costante sull'esito clinico e sociale. Oggi ci troviamo ancora ad osservare i "disturbi psichici da spedalizzazione protratta (ovvero indotti dalla permanenza protratta nelle strutture alternative); in altri termini, molte manifestazioni psico-

patologiche regressive, presentate da malati lungodegenti negli ospedali psichiatrici, non erano diretto effetto della malattia originaria, bensì della nociva azione esplicata su di essi dalla desocializzazione conseguente alla condizione di ricoverato cronico"⁶⁷.

"Attraverso il meccanismo degli ospedali psichiatrici, si è cronicizzata una patologia che non è medica e che semmai è di sradicazione e di impossibilità della nostra società di mantenere nel suo seno elementi che hanno la caratteristica degli emarginati e degli esclusi piuttosto che dei malati in senso stretto...oltre cinquantamila italiani, che stanno negli ospedali psichiatrici il più delle volte senza che sia indispensabile la loro enucleazione dal contesto sociale" 68.

Oggi ci troviamo ancora a fronteggiare la "cronicità" ma quanto siamo in grado di distinguere gli effetti della regressione indotta dall'isolamento sociale dalla regressione propria della patologia?

LE NUOVE SFIDE

Oltre alla necessità di ottemperare la legge che richiede una "nuova cultura" che favorisca la integrazione, la pratica attuale pone diverse sfide ai servizi di salute mentale. La breve enumerazione non vuole attribuire un ordine di priorità o di importanza. La questione dei farmaci: la introduzione in commercio dei farmaci a cadenza progressivamente più prolungata (a tre e sei mesi) comporterà quali mutazioni nella relazione terapeutica con il paziente? Un farmaco a cadenza così prolungata quali effetti metabolici potrà avere nello sviluppo di una gravidanza, o con la insorgenza di patologie cardiovascolari? Quali saranno le interazioni con le altre terapie mediche? Tutto ciò richiede una collaborazione maggiore con il medico di medicina generale, che ha sempre un ruolo cardine nella relazione terapeutica. La questione della povertà; il concetto di cronicità che inficia il lavoro del DSM e della rete sociale; la capacità di

cogliere e valorizzare il ruolo proattivo e sostanziale per il paziente che viene dalla rete informale, e affianca il ruolo formale dei servizi; l'invecchiamento della popolazione e le patologie collegate alla immigrazione e alla riformulazione complessiva del mondo del lavoro, che facendo venire a mancare le certezze precedenti, comporterà quali forme di disagio e necessità di adattamento alla precarietà e alla modifica progressiva delle condizioni sociali.

CONCLUSIONE

Le parole di Mauro Rostagno descrivono la sua idea di "comunità terapeutica" e richiamano quelle del barone Pietro Pisani.

"Innanzi tutto diamo l'aiuto della nostra presenza, cioè del fatto che innanzi tutto noi badiamo a noi stessi, ci godiamo una vita felice, una vita bella, piena di energie, di continua attenzione a noi stessi e poi degli aiuti tecnici specifici. Cosa vuol dire? Innanzi tutto offriamo questa casa e la abbiamo voluta bella, perché riteniamo che il paziente non vada punito, fustigato, non debba espiare delle colpe, ma vada appunto aiutato.

Quindi il luogo dell'aiuto deve essere grazioso. Questo aiuto viene costruendo una comunità, una rete sociale stretta, calda, vicina, pressante e quotidiana che riscaldi innanzi tutto, e poi delle regole, sveglia, colazione tutti insieme e poi dopo il lavoro.

I lavori vengono assegnati giorno per giorno, a seconda delle persone, poi il cibo tutti insieme.

E poi rituali la mattina, cioè delle forme di respirazione molto forte, ginnastica o meditazione, come preferisci chiamarla; all'inizio della giornata e alla fine della giornata.

Per il resto è lavoro.

Quando ci sono dei momenti di collasso, la rete della comunità riscalda, accoglie, avvicina, sostiene"

Sono tratte da una intervista televisiva che poi è stata ripresa dal programma Wikiradio di Radio tre Rai⁶⁹.

^{67.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 169

^{68.} VII Legislatura, Commissione XIV, Igiene e Sanità pubblica, 16, Seduta di venerdì 28 aprile 1978, pag. 171-172

^{69.} https://www.raiplayradio.it/audio/2014/09/Lomicidio-

Prevenzione della sindrome metabolica nella persona affetta da disturbo psichiatrico in trattamento nei servizi territoriali

Fumarola Giada¹, Frediani Gianpaolo², Biagi Maria Pia³, Parini Annamaria⁴, Salvi Virginio⁵, Migliarese Giovanni⁶, Mencacci Claudio⁷

ABSTRACT

Introduzione

Si parla di sindrome metabolica quando vi è la presenza di almeno tre dei seguenti cinque criteri diagnostici: obesità centrale o addominale, anormale metabolismo del glucosio, elevati livelli di trigliceridi e ridotto colesterolo HDL (dislipidemia aterogena) e ipertensione. Il concetto, introdotto già da molti anni e che ha visto modificare nel tempo i cut off dei criteri diagnostici, indica i soggetti a rischio di malattie cardiovascolari o disordini metabolici. La letteratura internazionale riporta che la sua prevalenza è del 58% più elevata nella persona affetta da Disturbo Psichiatrico rispetto al resto della popolazione.

Si rende quindi necessario impostare programmi di prevenzione attraverso un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie o ritardarne le complicanze. L'infermiere può essere figura cardine in questo processo.

Scopo

Creare un programma di prevenzione volto a identificare nella persona con diagnosi di Disturbo Psichiatrico la presenza della sindrome metabolica.

MATERIALI E METODI È stata effettuata una

ricerca bibliografica e successivamente una indagine, nel secondo semestre del 2018, rivolta agli utenti in terapia antipsicotica afferenti ai Centri PsicoSociali ed un Centro Diurno del Presidio Fatebenefratelli di Milano e alle équipe che vi lavorano. L'indagine si è realizzata attraverso un programma di prevenzione che ha utilizzato una scheda di monitoraggio per verificare la presenza di sindrome metabolica. Contestualmente sono stati attivati progetti, coordinati da personale infermieristico, volti a correggere gli stili di vita con particolare attenzione alla alimentazione e alla attività fisica.

Risultati Sono state monitorate 83 persone, di queste il 46% presenta la sindrome metabolica con prevalenza di diagnosi di disturbo schizofrenico e bipolare, il 68% di essi assume antipsicotici di seconda generazione.

CONCLUSIONI

L'indagine ha evidenziato una percentuale significativa di persone con la sindrome metabolica nella popolazione psichiatrica in trattamento antipsicotico, in linea con i risultati di molti studi presenti in letteratura. Occorre quindi monitorare tutte le persone in carico ai servizi con programmi di screening e interventi di prevenzione terziaria.

PAROLE CHIAVE

"metabolic syndrome", "epidemiology", "psychiatr", "mental illness", "schizophren*", "bipolar disorder", "nurs*", "antipsychotic terapy".

INTRODUZIONE

Per cercare di mantenere un buono stato di salute è necessario mettere in atto misure di prevenzione volte a ridurre o ad eliminare l'insorgenza di patologie. Per questo, uno dei principali requisiti del sistema sanitario dovrebbe essere quello di favorire l'efficienza nel rispondere ai cambiamenti epidemiologici e alle necessità assistenziali della popolazione anche attraverso programmi di screening. I principali vantaggi che si traggono da essi sono la possibilità di raggiungere un numero elevato di persone, avere un costo relativamente contenuto e permettere di fare diagnosi precoce.

Lo screening si realizza tramite la somministrazione di test ad un gruppo definito di persone al fine di identificare una fase iniziale, uno stadio preliminare, un fattore di rischio o una combinazione di fattori di una malattia. Il fattore di rischio è descritto come un criterio che, se non modificato o trattato, conduce allo sviluppo di una malattia. L'obiettivo è quello di identificare tale criterio al fine di curare, prevenire o ritardare la progressione di malattia e/o il danno d'organo. (Brunero and Lamont, 2009)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato nel 2016 i dati del Global Health Observatory sulle stime dei decessi relative al periodo 2000 – 2016 e tra le diverse cause di mortalità nella popolazione mondiale e una delle principali è la malattia cardiovascolare.

Per identificare maggiormente i soggetti a rischio è stato quindi introdotto il concetto di sindrome metabolica. Tale sindrome è rappresentata da un gruppo di anomalie cardiovascolari e metaboliche e considera la presenza di almeno tre di questi cinque criteri: obesità centrale o addominale, anormale metabolismo del glucosio, alti livelli di trigliceridi e ridotto colesterolo HDL (dislipidemia aterogena), ed ipertensione. Tali criteri sono correlati tra loro ma le loro patofisiologie non necessariamente si sovrappongono.

La prima descrizione della sindrome risale al 1956; negli anni ne sono seguite altre che si sono differenziate per i criteri diagnostici ed i cut-off utilizzati ad esempio nel 1998 l'OMS ha definito tale condizione clinica come "Sindrome Dismetabolica" considerando l'insulinoresistenza o il diabete mellito di tipo II come condizione necessaria unita ad almeno la presenza di altri due criteri. Nel 2001 l'Adult Treatment Panel (ATP III) del National Cholesterol Education Program NCEP formula una sua prima definizione di sindrome metabolica indicando che devono essere presenti tre o più fattori di rischio secondo i seguenti cut off: circonferenza dei fianchi ≥ a 88 cm nelle donne e ≥ a 102 cm negli uomini; valore dei trigliceridi ≥ a 150 mg/dl; valore del colesterolo HDL < di 50 mg/dl nelle donne e < di 40 mg/dl negli uomini; pressione arteriosa sistolica ≥ a 130 mmHg o diastolica ≥ a 85mmHg; glicemia a digiuno ≥ a 110 mg/dl.

Un'ulteriore definizione è stata proposta nel 2005 dalla International Diabetes Federation (IDF), modificando i range di circonferenza addominale in rapporto all'etnia (per gli europei: donna ≥ a 80 cm e uomo ≥ a 94 cm). Un mese dopo circa, l'American Heart Association ed il National Heart, Lung and Blood Institute ha introdotto il concetto che la terapia farmacologica adottata per correggere l'iperglicemia, l'ipertensione ed i valori lipidici è da considerare criterio diagnostico per la sindrome ed ha allargato i criteri dell'ATP III del 2001, portando il livello diagnostico della glicemia da 110 a 100 mg/dl.

Nel 2009, infine, l'IDF aggiunge il concetto che la circonferenza addominale alterata deve essere un criterio obbligatoriamente presente, poiché predittivo di aumento del rischio cardiovascolare. Infatti ad ogni 5 cm di incremento della circonferenza addominale si associa un aumento fino al 12% del rischio di decesso per malattia cardiovascolare. (De Luca P. et al., 2017 e Fiocca L. et al., 2010)

L'associazione tra disturbi mentali gravi e sindrome metabolica ha ricevuto, soprattutto negli ultimi anni, grande attenzione nella letteratura internazionale insieme alla tematica della comorbilità in psichiatria. Una recente meta-analisi ha mostrato che la prevalenza della sindrome metabolica è del 58% più elevata nelle persone affette da disturbo psichiatrico rispetto alla popolazione generale: il rischio di insorgenza di tale sindrome è osservata in maniera costante per ciascuno dei cinque

criteri che la definiscono, sebbene in minore misura per l'ipertensione. E' similmente elevato nelle persone affette da disturbo bipolare, schizofrenia e disturbo depressivo maggiore. In particolare il tasso di presenza di sindrome nelle persone affette da disturbo psichiatrico varia tra il 22 ed il 60% in quelli trattati con antipsicotici. (Penninx and Lange, 2018)

Gli antipsicotici di seconda generazione sono una classe di farmaci eterogenea per efficacia e sicurezza: essi sono indicati nel trattamento della schizofrenia, di episodi maniacali, agitazione e aggressività. Definiti atipici, rispetto agli antipsicotici convenzionali, hanno un'azione più specifica e selettiva sul sistema dopaminergico, riducendo gli effetti indesiderati, ed una maggiore efficacia sui sintomi negativi e, quindi, una migliore tollerabilità. Nonostante ciò, questa categoria di farmaci rappresenta un fattore di rischio importante per lo sviluppo della sindrome metabolica, come l'aumento di peso ed anormalità nel metabolismo dei lipidi e del glucosio. (Jeon and Kim, 2017)

L'European Psychiatric Association (EPA) sottolinea che il mantenimento adeguato del peso corporeo, una regolare attività fisica ed un'alimentazione sana sono componenti chiave per ridurre il rischio di insorgenza di alcune malattie cardiovascolari e migliorare la salute generale ed il benessere della persona: la presa in carico

si deve, quindi, sviluppare in molteplici attività cliniche e gestionali che abbraccino aspetti diversificati della vita della persona affetta da disturbi psichiatrici, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Importante, quindi, è identificare in maniera corretta una possibile alterazione dei cinque criteri citati in precedenza al momento della presa in carico della persona assistita e mettere in atto, successivamente, percorsi terapeutico-assistenziali volti a monitorare i fattori di rischio e contenere il danno derivante dall'insorgere di quadri patologici. Gli infermieri, insieme ad un'équipe multidisciplinare, sono coinvolti in tutte le fasi del processo assistenziale, per promuovere il benessere, prevenire la malattia o, se si è verificata, contenerne le complicanze allo scopo di restituire alla persona una salute ottimale.

MATERIALI E METODI

Si è costituito un gruppo di lavoro formato da diverse figure professionali quali medici, infermieri ed educatori. Lo studio ha visto coinvolti i professionisti durante tutte le fasi del processo iniziato nel secondo semestre del 2018. Nella prima fase sono stati organizzati incontri tra i responsabili delle strutture territoriali del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli, che comprendono quattro Centri Psico Sociali (CPS) ed un Centro Diurno (CD), in cui si è discusso dell'incremento della sindrome me-

Tabella 1. Criteri per la definizione della Sindrome Metabolica			
	OMS, 1998	NCEP, 2005	IDF, 2009
Obesità addominale	WHR2>0.85 (donna)	≥88 (donna)1	≥80 (donna)1
	WHR2>0.90 (uomo)	≥102 (uomo)1	≥94 (uomo)1
	BMI>30 kg/m ²		
Colesterolo HDL (mg/dl)	<39 (donna)	<50 (donna)	<50 (donna)
	<35 (uomo)	<40 (uomo)	<40 (uomo)
Trigliceridi (mg/dl)	≥150	≥150	≥150
Glicemia (mg/dl)	Insulino-resistenza	≥100	>100
Pressione arteriosa (mmHg)	PAS ≥ 140 e PAD ≥ 90	PAS ≥ 130 e PAD ≥85	≥130/85
Microalbuminuria (μg/min)	≥20		

tabolica nei soggetti affetti da Disturbo Psichiatrico.

Dopo aver effettuato una ricerca bibliografica per verificare quali fossero le ultime linee guida ed i cut-off da utilizzare si è deciso di creare una scheda di monitoraggio per tutti gli utenti e prevedere, dopo una prima rilevazione, un controllo a cadenza annuale (Allegato 1). I criteri diagnostici utilizzati sono quelli proposti nel 2005 dall' Adult Treatment Panel (ATP III) del National Cholesterol Education Program (NCEP), le più utilizzate in letteratura.

Contemporaneamente alla realizzazione della scheda di monitoraggio sono state censite le attività psicoeducative presenti nel dipartimento, finalizzate al miglioramento degli stili di vita, ed attivati ulteriori progetti di rinforzo dei comportamenti corretti da mettere in atto: con il procedere del programma di prevenzione verrà formulato un piano specifico di azione e verrà valutato l'impegno al cambiamento del singolo. La persona verrà, quindi, invitata a partecipare a gruppi riabilitativi/educativi finalizzati al miglioramento della situazione metabolica: gli interventi programmati riguardano in particolare l'alimentazione e l'attività fisica.

Durante il primo colloquio con l'utente è stato presentato il programma e, dopo aver ottenuto il consenso, è stata data indicazione per eseguire gli esami ematici utili all'inquadramento clinico. Nella seconda fase è stata completata la compilazione della scheda rilevando gli ulteriori dati e, quando questa è risultata positiva per la sindrome metabolica, si è, in collaborazione con l'équipe sanitaria, valutato quale fosse il percorso terapeutico più adeguato per ogni persona.

RISULTATI

L'indagine, eseguita dall' 1 settembre al 15 ottobre 2018, è stata effettuata in quattro strutture del Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli (tre Centri Psico Sociali ed un Centro Diurno); al termine dell'osservazione sono state compilate 83 schede ed il campione è risultato composto da 42 donne e 41 uomini. Valutando i risultati, secondo i criteri diagnostici delle linee guida statunitensi del National Cholesterol Education Program (NCEP), il 46% degli utenti è risultato essere affetto da sindrome metabolica in linea con quanto riportato in letteratura. (Penninx and Lange, 2018)

Analizzando i singoli criteri diagnostici, quello maggiormente colpito è la circonferenza addominale con l'82% seguita dall'ipertensione arteriosa con il 71%. Inoltre il 37% del campione affetto dalla sindrome soddisfa almeno quattro criteri diagnostici.

Stratificando successivamente il campione in sei gruppi in base all'età, si è notato che la percentuale della sindrome aumenta con il progredire degli anni: mentre il gruppo di età inferiore a 30 ha una prevalenza dell'8% e quello compreso tra 31 e 40 ha una prevalenza del 5%, si è arrivati al 32% per la fascia d'età 41-50 e del 39% per quella tra 51 e 60 anni.

Mettendo in relazione la sindrome metabolica con il Disturbo Psichiatrico, risulta che il 55% degli utenti è affetto da schizofrenia seguito dal 29% con il disturbo bipolare, di cui ben il 73% è di sesso maschile. Gli utenti con diagnosi di disturbo d'ansia non presentano sindrome metabolica. Il 26% del campione affetto da sindrome presenta familiarità per cardiopatia, diabete e ipertensione.

I risultati di questa indagine evidenziano che il 68% di utenti con sindrome metabolica utilizza i farmaci atipici mentre il 32% quelli convenzionali confermando quanto riportato dalla letteratura (Bozymski et al., 2018 et Jeon and Kim, 2017).

La terza parte della scheda di monitoraggio valuta altre informazioni, tra cui l'attività fisica ed il BMI (Body Mass Index): indici analizzati per programmare e personalizzare le attività di gruppo di chi soddisfa i criteri diagnostici. Di questi utenti solo il 16% è normopeso, il 45% è in sovrappeso, il 18% presenta obesità di I grado, mentre il 16% di III grado. Nonostante la letteratura affermi che una persona potrebbe risultare normopeso ma possedere un'alta percentuale di grasso corporeo depositata a livello

addominale, tale indice è stato analizzato in modo tale da confrontarlo nelle successive rilevazioni.

Il 34% del campione non svolge alcuna attività fisica regolare e il 42% svolge un'attività fisica lieve. L'8% riferisce invece di svolgere un'intensa attività fisica, cioè attività per più di 4 ore a settimana.

DISCUSSIONE

I dati rilevano la presenza significativa di sindrome metabolica confermando la necessità di farsene carico all'interno dei servizi. Vanno quindi avviati dei percorsi di inserimento in gruppi riabilitativi/educativi rivolti all'educazione alimentare come l'acquisto e la preparazione di cibi, e un counselling nutrizionale. Si proporrà all'utente un percorso di inserimento in gruppi riabilitativi rivolti al miglioramento degli stili di vita e allo svolgimento di adeguata attività fisica; se presente diabete e/o cardiopatia l'utente è inviato al medico di medicina generale (MMG) e allo specialista (diabetologo e/o cardiologo) per una valutazione ed un eventuale trattamento.

L'attuazione di programmi preventivi è considerata una modalità terapeutica nel contesto di vita del soggetto affetto da Disturbo Psichiatrico e può essere, inoltre, un modo per apportare benefici alla sua salute e al suo reinserimento sociale, riducendo l'isolamento ed aumentando l'autostima.

Tra le 38 persone risultate positive per sindrome metabolica, 18 sono state inserite nei diversi gruppi riabilitativi/educativi rispetto l'alimentazione e l'attività fisica. Per il primo aspetto ci sono gruppi cucina per la preparazione condivisa dei pasti, supporto nell'acquisto di alimenti, in cui l'infermiere accompagna personalmente l'utente a fare la spesa, e la condivisione del pasto principale all'interno del Centro Diurno. Per quando riguarda l'attività fisica ci sono gruppo calcio, gruppo palestra e, quando il tempo lo consente, attività all'aperto. Gli obiettivi sono quelli di indurre uno stabile cambiamento delle abitudini di vita che preveda di ridurre il più possibile comportamenti a

rischio, l'inattività fisica e di incrementare per quanto possibile le attività e le occupazioni di movimento.

CONCLUSIONI

Un aspetto che emerge con forza dall'indagine è quello relazionale/terapeutico che l'infermiere può instaurare con questa tipologia di utenti, in quanto si occupa di svariati aspetti di vita della persona in carico quali la terapia farmacologica ed i suoi effetti collaterali, il monitoraggio dei parametri, ma anche il fumo, l'alimentazione, le relazioni con i familiari e con i care giver. Programmi che rientrano, ovviamente, nel progetto di cura e riabilitazione elaborato e concordato con l'equipe curante multidisciplinare.

L'infermiere può facilmente essere figura di riferimento competente e di fiducia contribuendo in maniera determinante al coinvolgimento dell'utente e alla sua permanenza, nel tempo, nei programmi di prevenzione e riduzione del rischio metabolico. Frequentemente, è lo stesso professionista che svolge le attività assieme all'utenza, in questo modo è spesso garantita l'adesione ai progetti e la possibilità di monitorare nel tempo e sul campo i miglioramenti o le difficoltà incontrate dagli utenti. In questo modo l'infermiere può intervenire in maniera congrua e puntuale correggendo i punti deboli e migliorando gli aspetti positivi. Il coinvolgimento poi di familiari e care giver rinforzano in maniera determinante l'adesione, delle persone in carico, ai corretti stili di vita migliorando indirettamente anche la qualità di vita di tutti i soggetti coinvolti.

Un altro aspetto da sottolineare è la conoscenza da parte del professionista della rete dei servizi e delle offerte di attività dipartimentali, aspetto che permette all'infermiere di offrire percorsi di supporto personologico individualizzati tramite la proposta e, successivamente, l'invio a gruppi o corsi indicati specificatamente per la persona in cura. Il panorama delle attività psicoeducative e riabilitative in questo ambito è ampio e variegato: approfondimenti futuri

permetteranno di valutare se questi programmi potranno raggiungere gli obiettivi prefissati di monitoraggio e prevenzione del rischio e l'adozione di corretti stili di vita nel lungo periodo.

Attualmente il programma di prevenzione procede nei singoli servizi con lo scopo di monitorare tutti gli utenti per prevenire l'instaurarsi della sindrome metabolica, anche perché considerando il campione che alla prima rilevazione non è risultato affetto dalla sindrome, già ben il 38% soddisfa due criteri diagnostici.

Afferenza degli autori:

- 1. Infermiera
- 2. Coordinatore Infermieristico ASST Fatebenefratelli Sacco
- 3. Infermiera Tutor Didattico ASST Fatebenefratelli Sacco
- 4. Coordinatore Infermieristico Tutor Didattico ASST Fatebenefratelli Sacco
- 5. Medico Psichiatra ASST Fatebenefratelli Sacco
- 6. Medico Psichiatra ASST Fatebenefratelli Sacco
- 7. Medico Psichiatra Direttore DSMD ASST Fatebenefratelli Sacco

BIBLIOGRAFIA

- Bozymski K.M., Whitten J.A., Blair M.E., Overley A.M.,
 Ott, C.A., Monitoring and Treating Metabolic Abnormalities in Patients with Early Psychosis Initiated on Antipsychotic Medications. Community Ment. Health J. 2018:54, 717–724. https://doi.org/10.1007/810597-017-0203-y.
- 2. Brunero S., Lamont S. Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. Int. J. Ment. Health Nurs. 2009:18, 144–150. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00595.x.
- 3. De Luca P., De Luca A., Benvenuto A., Sperandeo M., Vendemiale G., Serviddio G. et al., Sindrome metabolica: criteri diagnostici, patogenesi e aspetti clinico-terapeutici.
- Fiocca, L., Musumeci, G., Rossini, R., Staffiere, E., Valsecchi,
 O., Gavazzi, A., La sindrome metabolica: impatto sul rischio cardiovascolare, 2010.
- 5. Penninx, B.W.J.H., Lange, S.M.M., *Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications.*Dialogues Clin. Neurosci. 2018: 20, 63–73.
- 6. Jeon, S.W., Kim, Y.-K., Unresolved Issues for Utilization of Atypical Antipsychotics in Schizophrenia: Antipsychotic Polypharmacy and Metabolic Syndrome. Int. J. Mol. Sci. 2017: 18. https://doi.org/10.3390/ijms18102174.

PSICHIATRIA FORENSE

L'affidamento del paziente in ambito psichiatrico

Renato Mantovani

l cardine normativo sul quali si deve ragionare quando si parla di affidamento del paziente psichiatrico può essere individuato in quanto disposto nell'art. 40 del Codice penale che testualmente recita: "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo. "

Tale norma con chiarezza evidenzia come una condotta che viola un comando o un divieto imposto dalla legge, sostanziandosi in un' azione od omissione, sia da ritenersi penalmente perseguibile.

Condotta od omissione sono da ritenersi a loro volta legate ad uno specifico evento per potere determinare quello che viene definito come nesso di causalità.

Per maggiore chiarezza si può affermare che avremo un nesso che lega l'azione o la omissione ogni qualvolta l'evento raffigurabile come reato si verifica a causa di una azione od omissione posta in essere da un soggetto che per la sua posizione (quale può essere quella del medico psichiatra) sarebbe tenuto a comportarsi o non comportarsi nelle forme il cui mancato rispetto porta

all'evento dannoso e che come talo gli viene attribuito come responsabilità professionale sia in ambito del diritto penale che di quello civile.

Un tale rigore, che può sicuramente apparire come eccessivo e disincentivante al corretto esercizio della professione, viene però ad essere mitigato da una interpretazione giurisprudenziale e dottrinale che va sotto il nome di "causalità adeguata" secondo la quale per individuare un nesso causale tra azione o omissione e l'evento dannoso penalmente imputabile al soggetto individua come necessariamente provato che l'evento sia determinato da un comportamento concretamente idoneo a determinare l'effetto dannoso riscontrato.

Questo con una valutazione di "normalità" da individuare sulla base della comune esperienza, non ritenendo pertanto imputabili quegli eventi che secondo il buon senso comune al momento dell'azione o della omissione di un determinato comportamento erano ragionevolmente ritenuti come sostanzialmente improbabili.

Nell'ambito della responsabilità professionale sanitaria per individuare la esistenza o meno di un nesso causale azione/omissione ed evento si ricorre, vista la specificità della materia, ad una cosiddetta "causalità scientifica", che viene individuata cercando una reale sussistenza di ipotesi validanti dal punto di vista scientifico quali possono essere appropriate linee guida o in assenza di questa confacenti principi di buona pratica clinica, la cui violazione o non corretta applicazione sia da ritenere determinante ai fini dell'evento.

A tal fine viene attuata una specifica indagine secondo un'analisi che viene chiamata "contro fattuale" per la quale individuato astrattamente il comportamento da ritenersi correttamente applicabile al coso concreto in esame e come tale in grado di condurre con un'alta probabilità logica ed una credibilità sia razionale che scientifica alla soluzione positiva del caso clinico, si valuta se il sanitario imputato di malpractice vi si sia adeguato o meno.

La risposta negativa comporta una valutazione di colpevolezza penalmente perseguibile.

Fatta questa doverosa premessa e venendo allo specifico esame della "posizione di garanzia" che compete al medico psichiatra nei confronti del paziente che prende in carico, sia in ambito ospedaliero che di trattamento terapico privatistico, si può ritenere che la richiamata posizione di garanzia si concretizzi in uno specifico obbligo giuridico di tutela di un paziente che ha particolari caratteristiche di fragilità imputabili ad una "malattia" mentale.

Il problema che ne consegue ritengo sia poi quello di potere definire cosa si intenda per "malattia mentale".

È ormai giurisprudenza costante quella che attribuisce allo psichiatra uno specifico obbligo giuridico, scaturente appunto dal sopra esaminato art. 40 del codice penale, di impedire al paziente che ha in cura tutti i possibili atti auto ed etero aggressivi o lesivi che lo stesso può porre in essere sia in regime di ricovero che in fase di cura in regime di non ricovero.

Ne consegue che lo psichiatra dovrebbe essere a priori ritenuto responsabile per non avere impedito, con "idoneo" comportamento o trattamento, il suicidio del paziente o tutti quegli atti auto o etero lesivi da questi commessi nel corso del trattamento al quale viene sottoposto sia in regime volontario che coattivo (T.S.O.)

Questo sul presupposto che la posizione di garanzia

del medico verrebbe a concretizzarsi quando nella pratica operativa del clinico si instaura una qualsivoglia relazione terapeutica con il paziente.

Rapporto che può avere alla sua basa una prestazione contrattualmente stabilitasi, come nel caso di paziente che si affidi volontariamente ad un medico psichiatra liberamente scelto, ma anche extracontrattuale quando il paziente viene assegnato al medico di turno in quel momento in base alla normativa pubblicistica che prevede un generalizzato dovere di tutela della salute come nel caso di ricovero in una struttura ospedaliera o in comunità protette o ad un accesso ad un C.P.S.

La posizione di garanzia verrà pertanto a concretizzarsi ogni qualvolta si realizzi un rapporto assistenziale tra il medico ed il paziente e permane poi anche in seguito anche in capo al clinico che riveste nella struttura sanitaria interessata un ruolo apicale anche se questi ha provveduto unicamente ad una formale distribuzione degli incarichi all'interno della struttura ad altro collega.

Responsabilità in parte affievolita se all'interno del reparto vi sono corrette indicazioni sullo svolgimento delle relative attività idoneamente formalizzate e con constante monitoraggio sulla loro applicazione.

Posizione di garanzia che diventa più pregnante nel caso nel quale si sottoponga il paziente ad un A.S.O. o ad un T.S.O.

Qui giova ricordare ancora una volta quanto disposto dall'art. 32 della nostra Costituzione, il quale ritiene che un corretto trattamento sanitario deve essere diretto non soltanto a migliorare o preservare lo stato di salute del paziente, ma anche a proteggere l'incolumità degli altri soggetti/cittadini.

In relazione a quanto esposto allo psichiatra compete il non facile compito di valutare se esista o meno una presunzione di pericolosità comportamentale del malato mentale al fine di indurre trattamenti coatti nel rispetto del principio secondo cui ogni trattamento sanitario debba essere accettato dal paziente con le uniche eccezioni della reale e comprovata esigenza terapeutiche di sotto-

porre forzatamente, in senso stretto, ad atti impositivi.

Ma come si può sempre essere sicuri di trovarsi in presenza di un quadro clinico che riveli un chiaro e indiscutibile disturbo nel paziente con gravi alterazioni psicotiche che consigliano (meglio dire impongano) un serio trattamento anche coattivo quando il paziente esprima invece un netto diniego allo stesso nonostante i ripetuti inviti del medico o dell'èquipe sanitaria?

Come ritenere pertanto che Il trattamento lo si debba considerare come obbligatorio in presenza di un dissenso espresso dal malato, valutando che la non attuazione di un T.S.O. possa arrecare un possibile pregiudizio a terzi?

Quesito che allo psichiatra si presentano quotidianamente ma che purtroppo non può e credo non potrà mai trovare una risposta univoca che permetta una decisione presa in piena serenità secondo "scienza e coscienza".

E sul presupposto che il T.S.O. venga legittimamente disposto quando vi siano valide ragioni per ritenere che il paziente possa compiere un gesto auto o etero lesivo con modalità tali da recare danno a terze persone chi garantisce il medico che a posteriori il soggetto interessato da tale trattamento, una volta terminato e venuti meno i presupposti che lo hanno indotto, non intenti una azione legale ritenendo che non ve ne fossero i presupposti e che quindi sia stato compiuto un abuso sulla sua persona e sulla sua libertà decisionale penalmente perseguibile?

Tutte domande alle quale non è e non sarà mai possibile dare una risposta dirimente e tranquillizzante per l'operatore sanitario a cui compete sempre una posizione di garanzia dalla quale non può prescindere ma nell'esercizio della quale non può "eccedere".

Il principio di affidamento richiama poi il concetto di "posizione di garanzia" che si concretizza nelle funzioni di protezione attribuite al medico psichiatra nei confronti del paziente (anche se non sottoposto a ricovero coatto), che si sostanziano nell'obbligo di apprestare specifiche cautele, in caso di concreto rischio di condotte etero e autolesive, anche suicidiarie

Utile a questo punto è richiamare un autorevolissimo

intervento del Dr. Paolo Piras, Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica di Sassari, pubblicato a commento della sentenza della Cassazione Penale del 22 novembre 2011 n. 4391 su Diritto Penale Contemporaneo nell'ormai lontano 2012 ma ancora perfettamente attuale:

"Linee guida sul rischio suicidario

In termini generali, rimane la domanda, spietatamente pratica: fino a che punto lo psichiatra può rischiare il suicidio del paziente senza rischiare penalmente? Quale modello comportamentale deve seguire?

Il tanto proposto agente modello, appare qui improponibile. Lo psichiatra modello è uno psichiatra fantasma. Con sano realismo: non esiste. Se indossiamo ancora il camice e pensiamo allo psichiatra modello, non sappiamo a chi pensare, per sapere se dobbiamo ricoverare il paziente. Forse il massimo delle cautele. Ma lo psichiatra modello non può essere quello che ricovera tutti i pazienti, perché così non li cura, ma li terrorizza.

D'altra parte anche lo psichiatra modello, a pensarci bene, non è poi così modello. Sia detto senza ironia: anche l'agente modello ha un difetto: la mancata puntualità. Arriva sempre in ritardo, a suicidio avvenuto, a dirci come si sarebbe comportato. Giustifica il suo ritardo raccontandoci ogni volta la favola della riacquistata verginità gnoseologica, del ritornare indietro nel tempo facendo finta di non sapere come sono andate a finire le cose. Insegna agli psichiatri come depurare il cervello dal senno di poi.

E allora: accogliamo l'invito della sentenza di servirci dell'aiuto degli esperti per tracciare il confine fra rischio lecito e illecito.

Serviamoci di questo aiuto prima ancora che il suicidio avvenga. Dell'aiuto che giunge dalle società scientifiche mediante la sintesi della miglior scienza, operata nelle linee guida.

La fattispecie colposa, si sa, è aperta: va chiusa. Ci sono pagine del codice penale che sono state lasciate volutamente in bianco, perché il diritto non può vivere senza la scienza. Con riguardo al rischio suicidario non possono che essere le società scientifiche a scrivere quelle pagine. Compito non certo agevole, perché il quadro suicidario non è facilmente obiettivabile. Occorre fare i conti con le due solite obiezioni all'uso delle linee guida in sede giudiziale: l'obiezione "clinica" e l'altra "economicista".

Per la prima, l'attività medica non si lascia incasellare in regole predefinite, perché la clinica può
sempre smentire la regola. Ma l'obiezione non è
decisiva: le linee guida sono solo raccomandazioni di
comportamento clinico. Non si pretende una rigida
applicazione di esse, ma comunque devono fungere
da faro di orientamento. Nel linguaggio giuridico
possiamo dire che possono funzionare come regole
cautelari elastiche, come del resto avviene in altri
settori della colpa."

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 Lombarda 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