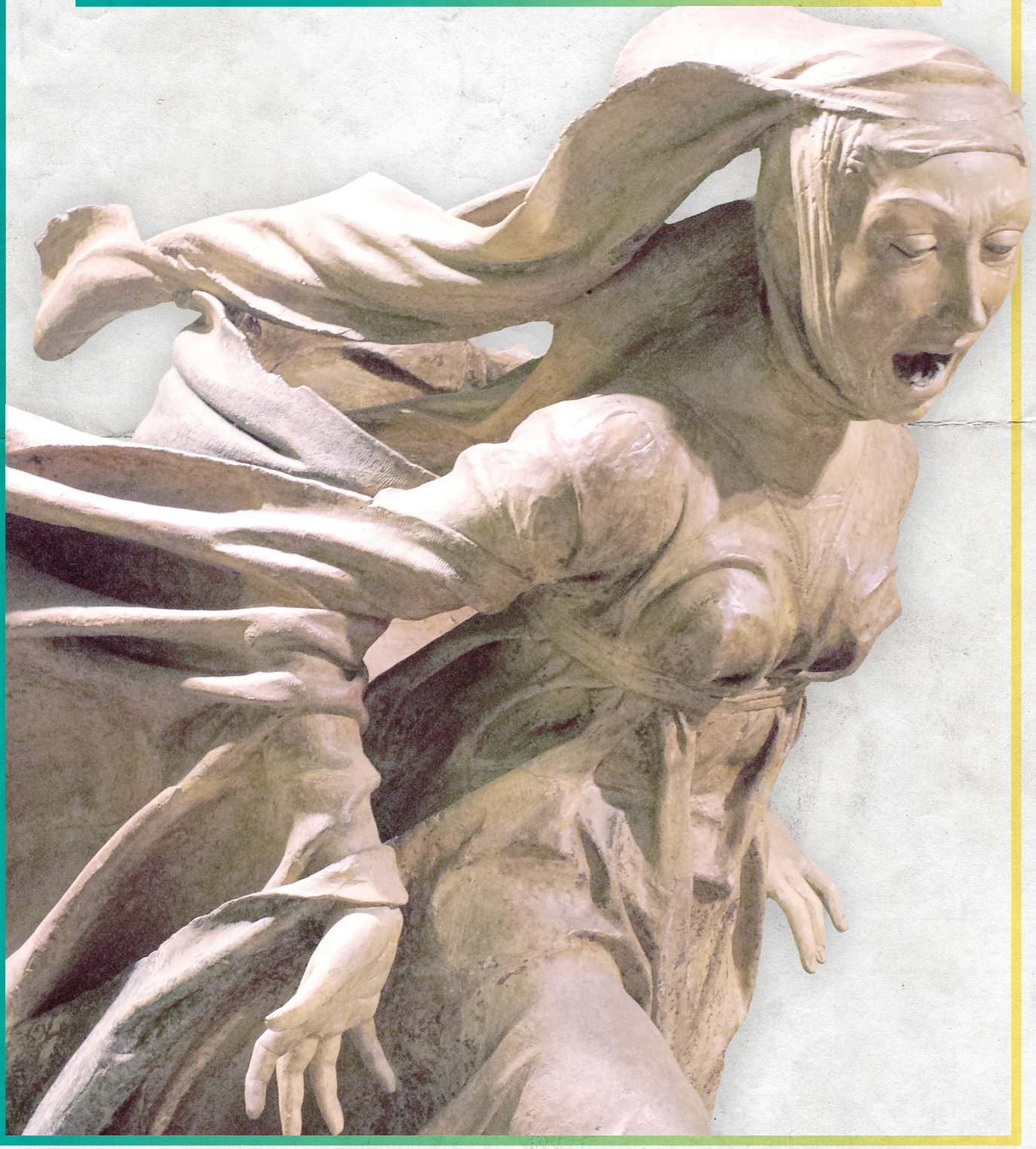
PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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



AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno 2022 Rivista fondata da A. Giannelli, diretta da G. Cerveri *Semestrale*

SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

IN PRIMO PIANO

5 **Stati mentali a rischio: traiettorie diagnostiche e trattamentali**
di Cerveri G.

13 **Verso un Agenzia Nazionale per la Salute Mentale**
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

16 **Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso**
di Paolillo C. ,Lerza R., Casagranda I., Bondi E., Fraticelli C., Cerveri G., Lonati D., Petrolini V., Locatelli C.

20 **Un modello per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni: oltre un decennio di attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Psichiatria Varese**
di Caselli I., De Leo A.., Isella C., Montagnoli M., Finotti P., Bellini A., Ielmini M., Callegari C.

28 **Il progetto adolescenza, disagio giovanile, territorio**
di Cerati G., Belloni G., Parola L., Violino A., Colombini C.

37 **Applicazione del modello della coalizione comunitaria in un servizio di salute mentale per i giovani: la Coalizione Comunitaria CPS Giovani-Contatto**
di D'Avanzo B., Cerri A., Barbera S., Righetti T., Percudani M.

45 **Il conflitto in ucraina come possibile fattore di rischio per riacutizzazione psicotica: un caso di psicosi puerperale in giovane donna di origine ucraina**
di Grecchi A., Beraldo S., Cigognini A.C., Maresca G., Miragoli P.

49 **Vivere all'altezza di morte Note cliniche sulla connessione tra trauma infantile, PTSD legato a traumatismi bellici e sua riattivazione a distanza**
di Leali P., Barbieri S., Capra B., Aroasio P.L.

60 **Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione.**
di Leon E., Miragliotta E., Colmegna F., Clerici M.

71 **Esiti del progetto aMIcittà: budget di salute di comunità**
di Morganti C., Porcellana M., Baldan L. Biancorosso C., Canton S. Cerri A., Fontana R., Lanzo F. R., Macchia P. Malchiodi F., Codazzi L., Motto D. Savino C. Vairelli F., Zanobio A., Percudani M.

81 **Ogni cura ha una storia**
di Rabboni M.

LETTERE ALLA REDAZIONE

88 **L'agonia della psichiatria di Eugenio Borgna**
di Giannelli A.

90 **Ugo Cerletti nel secolo breve**
di Patriarca C.

In copertina: *Compianto sul Cristo morto di Niccolò dell'Arca, 1463-1490*
Chiesa di Santa Maria della Vita, Bologna
© Paolo Villa VR / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (*Lodi*)

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

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

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

Art Director:
Paperplane snc

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

SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

96 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

L'assistenza infermieristica all'adolescente con disagio psichico in spdc: validazione di uno strumento d'indagine esplorativa
di Merlini R., Vescovi A.G., Scaburri A. Galbiati G.

114 CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE

Stato dell'arte e storia della professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.

SEZIONE TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

119 **Nuove tecnologie in psichiatria: tra teoria e pratica**
Uno sguardo sul presente e sul prossimo futuro. Le opportunità e i rischi dello sviluppo tecnologico
di D'Agostino A., Migliarese G.

123 **Nuove tecnologie in psichiatria e pratica clinica. Una riflessione critica**
di Alamia A.

126 **Telemedicina in Psichiatria: il progetto COD20 (Cure Ospedaliere Domiciliari)**
di Palazzo M.C.

131 **La personalizzazione dei trattamenti psicofarmacologici in psichiatria: focus sui test farmacogenetici**
di Callegari C., Ielmini M.

135 **Stranger things: un'analisi delle prospettive future in psichiatria**
di Olivola M.

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

145 **La paura del salnitro**
Storia delle Misure di Sicurezza e caso della signora MM
di Grasso F., Bonizzoni M., Paletta S., Vercesi M.

153 **Le REMS e i problemi di sicurezza**
di Mantovani L., Mantovani R.

Stati mentali a rischio: traiettorie diagnostiche e trattamentali

Giancarlo Cerveri
Direttore Psichiatria Oggi

Ognuno sta solo sul cuor della terra
trafitto da un raggio di sole:
ed è subito sera
(S. Quasimodo)

Perché si è assistito, nel corso degli anni a tanta insistenza ad occuparsi dei giovani, degli esordi, andando a forzare abitudini organizzative che spingono i servizi ad attendere che sia il paziente ad avvicinarsi a loro e non viceversa?

Perché in molti servizi si è deciso di modificare abitudini consolidate che vedevano psichiatri e neuropsichiatri lavorare in modo distante lasciando un'ampia "terra di nessuno" tra le due aree di rispettiva competenza?

Una "no man's land" che veniva pericolosamente attraversata in solitudine da colui che, pur nella necessità di continuare o iniziare le cure per il disturbo si trovava senza riferimenti se non la famiglia.

La risposta a queste domande non sta in principi etici che determinano e separano ciò che è giusto da ciò che non lo è. In modo molto prosaico, osservando i numeri che altre discipline della medicina hanno fornito nel corso degli anni si scopre la reale motivazione.

La leucemia linfoblastica acuta, per esempio, aveva una mortalità nei bambini che ne erano affetti del 95%. Nel corso degli ultimi 30 anni tale tasso di mortalità è calato dell'85%. In termini numerici significa che ogni anno migliaia di bambini vanno incontro a remissione senza recidiva. Un percorso analogo si è osservato per altre gravi patologie come lo Stroke, l'Infarto Acuto del Miocardio, l'AIDS. In tutte queste condizioni il rischio di mortalità è diminuito in modo significativo.

Quali i fattori di questo successo? Terapie sempre più personalizzate e interventi sempre più precoci.

Se dovessimo effettuare un'analisi simile in psichiatria e prendessimo come elemento di valutazione il tasso di suicidio scopriremmo che nel corso degli ultimi 30 anni poco si è modificato rispetto a questo dato. Il suicidio, che in molti casi è associato a patologia psichiatrica, non sembra aver subito modificazioni simili nonostante l'introduzione di diversi composti utili al trattamento delle patologie psichiatriche e nonostante l'enorme quantità di studi condotti sull'argomento nel corso degli ultimi anni (Varnik 2012).

Certo, si potrà obiettare che il tasso di suicidio nella popolazione generale è un indicatore grezzo, frutto di numerosissime variabili, alcune delle quali non direttamente connesse alla patologia psichiatrica. Resta però il fatto che poco è stato ottenuto nel definire gli aspetti medici che concorrono al fenomeno e ancor meno si è riusciti ad ottenere in merito a strumenti di prevenzione realmente efficaci.

Ogni anno nel mondo circa 1 milione di persone si toglie la vita e su questo numero gli interventi che abbiamo a disposizione riescono ad incidere molto poco.

Nell'area della Salute Mentale non è solo questione di mortalità ma anche di disabilità. Wittchen e collaboratori (2012) hanno definito con grande chiarezza il peso delle patologie psichiatriche in termini di impatto sull'autonomia quotidiana della persona che ne soffre. La perdita di capacità lavorativa, la perdita economica, la necessità di assistenza sono tutti elementi molto ben

Le Désespéré (1843-1845) di Gustave Courbet

conosciuti che ci costringono ad un interrogativo rispetto al nostro impegno clinico quotidiano.

Quali motivi rendono la patologia psichiatrica così grave in termini prognostici? Quali sono gli elementi determinanti di un impatto così significativo?

Almeno 3 aspetti devono essere tenuti in conto:

1. I disturbi psichiatrici sono comuni. La prevalenza annuale nella popolazione generale varia dal 20 al 30%.
2. Spesso sono gravi e con andamento continuativo o recidivante (almeno il 5% della popolazione soffre di un disturbo grave)
3. L'esordio è molto precoce. Nel 75% dei casi avviene prima dei 24 anni.

L'ultima questione è quella che più si lega al tema dell'intervento precoce, alla volontà di fermare la progressione del disturbo, al tentativo di limitarne la morbilità e la disabilità di medio/lungo periodo. Eppure è l'insieme dei 3 aspetti che finisce per determinare un significativo impatto globale delle patologie che coinvolgono il sistema nervoso centrale. Un amaro frutto che si esprime con modalità di sofferenza soggettiva, con opportunità sociali e lavorative perse, con sofferenza e perdita di reddito per la famiglia, con costi sanitari per gli interventi ospedalieri, residenziali e ambulatoriali proposti, con costi indiretti per l'individuo e per la società in termini di perdita di reddito. Insomma, il risultato è un danno

di dimensioni elevate, il numero di giornate spese in disabilità per malattia che coinvolge il sistema nervoso centrale supera quelle che coinvolgono qualunque altro apparato (Wittchen et al., 2011).

INTERVENIRE PRECOCEMENTE PER RIDURRE I DANNI DELLA MALATTIA

L'intervento precoce è stato ampiamente descritto nel corso degli ultimi 20 anni come la modalità di riferimento per il trattamento soprattutto dei soggetti affetti da psicosi. Lo scopo di questo processo è stato finalizzato alla riduzione della Durata di Malattia non Trattata (DUP Duration of Untreated Psychosis) (Marshall et al 2005), ovvero di quel periodo più o meno lungo che molti pazienti trascorrono con sintomi attivi più o meno gravi senza ricevere diagnosi e trattamento. Lo scopo proposto per questo cambiamento di attività era il miglioramento dell'outcome. Si è cioè proposta una modifica organizzativa dei servizi per poter intercettare il prima possibile pazienti che giungevano in carico ai servizi con un ritardo enorme. L'assunto poi sostenuto dai dati di letteratura era che una diagnosi precoce ed un intervento continuativo risultassero associati ad una riduzione della disabilità e della gravità connessa al disturbo.

La diagnosi rappresenta in questo senso il punto di snodo essenziale per separare la storia dell'individuo da una condizione di malattia non riconosciuta e non trattata, votata dunque ad un percorso di cronicizzazione e aggravamento, ad una condizione di trattamento specifico continuativo e personalizzato.

Resta però aperta la questione legata alla fondatezza della diagnosi stessa. Con la nosografia descrittiva adottata in modo quasi universalistico dai servizi di psichiatria gli elementi utili per riconoscere la malattia restano quasi esclusivamente comportamentali. Nulla è stato aggiunto di biologico o legato aspecifici processi di funzionamento dei circuiti del Sistema Nervoso Centrale. Questo ovviamente impedisce di osservare, riconoscere o trattare quei processi patologici già presenti nella storia dell'individuo ma che non conducono ad un quadro patologico definito secondo criteri nosografici riconosciuti. In sintesi la malattia comportamentale verosimilmente dà segno di sé diversi anni dopo che un processo patologico che continua a procedere silenziosamente. A questo si aggiunge l'estrema variabilità espressiva e mutevolezza sintomatologica osservata in molti pazienti durante l'adolescenza e la prima età adulta. Insomma, un fondamento diagnostico fragile che accettabilmente si adatta alla fase adulta ma che risulta marcatamente insufficiente nella caratterizzazione della psicopatologia nei primi anni di malattia.

L'intervento precoce nella psicosi

Per lungo tempo la ricerca e la conseguente organizzazione di servizi dedicati all'intervento precoce in psichiatria si è interessata in modo specifico al ristretto ambito diagnostico della psicosi. Tale scelta discende sicuramente dall'elevata morbilità e disabilità connessa, al fatto che i servizi di salute mentale dedicano ampie risorse al trattamento della cronicità connessa a questo disturbo. L'ipotesi di un trattamento precoce in questa dimensione nosografica capace di prevenire il danno cronico ha ampiamente sollecitato clinici e ricercatori ha proporre ipotesi di lavoro. Su queste basi è nata la concettualizzazione di un intervento finalizzato ad identificare i soggetti a rischio di sviluppare una psicosi al fine di attivare degli interventi che possano impedire, rallentare o rendere meno probabile una transizione verso una condizione di malattia completa. Più di 1500 studi sono stati pubblicati in questi anni sul concetto di "Ultra-High Risk" (URH) o "Clinical High Risk" (CRH) nel tentativo di definire con sempre maggiore dettaglio e sicurezza le caratteristiche dei soggetti che fossero a maggior rischio di sviluppare una psicosi, su cui concentrare i maggiori sforzi terapeutici al fine di

evitare la transizione a schizofrenia. L'ipotesi di fondo era la possibilità di identificare, in un gruppo di giovani persone che si rivolgono ad un servizio di salute mentale, i criteri in una logica binaria per predire coloro che, con elevata probabilità, avrebbero sviluppato malattia.

I "veri positivi" di questo modello sono coloro che rispondono a criteri di rischio più o meno elevato e che realmente vanno incontro ad una transizione. Si è così giunti a codificare delle linee di indirizzo sia sulla diagnosi che sul trattamento di questa condizione psicopatologica che precede l'esordio della schizofrenia (Smith et al., 2015). Ovviamente il modello riserva della aree di incertezza perché i sintomi psicotici sono elementi che definiscono i soggetti a rischio ma anche il concetto di transizione, per cui c'è il concreto rischio di confondere il fattore di rischio predittivo con la malattia finale. Inoltre lo stesso modello ha previsto di trattare delle persone per evitare l'espressione di una condizione patologica come la schizofrenia anche con interventi farmacologici che avevano l'indicazione per la schizofrenia creando una complessità epistemologica legata al trattamento con un antipsicotico per evitare che una psicosi emerga.

Il cambiamento del modello

Molti autori hanno però osservato come tale modello presenta alcune criticità. La diagnosi e l'outcome appartengono alla stessa scala dimensionale che tende inevitabilmente a non rappresentare né lo svolgimento temporale né la dinamica multidimensionale degli stati psicopatologici nell'adolescente. La disputa non è rappresentata dalla necessità di intervenire precocemente ma dalla focalizzazione rigida su un modello di psicopatologia che inesorabilmente transita ad una condizione di psicosi. Ciò che per diverso tempo è stata presentata come "un'evidenza", un implicito paradigma che spingeva a trattare ogni sintomo psicotico sottosoglia come una inevitabile pathway alla schizofrenia, è stato messo in discussione nell'osservazione che la patologia schizofrenica mantiene una stabile prevalenza, che i nuovi casi difficilmente risultano individuabile con i modelli UHR/CHR, che invece rappresentano condizioni rilevanti dal punto di vista psicopatologico, meritevoli di attenzione clinica, di monitoraggio, di intervento e di studio perché risultano potenti predittori di sviluppo di severe patologie psichiatriche (spesso non appartenenti al cluster della psicosi) (Van Os & Guloksuz, 2017).

È così che nel 2018 Patrick McGorry, uno dei padri del modello dell'intervento precoce nella schizofrenia, propone una rilettura dell'intera cornice di riferimento teorica degli "Stati Mentali a Rischio". Pur riconoscendo che tale modello ha avuto un potente effetto catalizzante per la ricerca scientifica degli ultimi 25 anni, aiutando a comprendere con maggiore chiarezza il fenotipo comportamentale e di funzionamento della psicopatologia nell'età dell'adolescenza e nella fase che precede l'esordio di un disturbo psichiatrico, non ha però mantenuto la promessa di trasformare il modello UHR/CHR in uno specifico strumento di determinazione della transizione a schizofrenia.

Non va peraltro dimenticato che le attività connesse all'intervento precoce in psichiatria hanno ottenuto una chiara determinazione dell'impatto dei disturbi mentali nell'adolescenza, precedentemente sottostimato, hanno permesso di dettagliare le limitazione degli attuali sistemi diagnostici nel tracciare questi fenomeni in modo coerente. Si è infatti andato consolidando il riconoscimento negli adolescenti con "Stato Mentale e a Rischio" di pattern sintomatologici instabili nelle prime fasi del disturbo con la presenza di traiettorie pluripotenti e transdiagnostiche. Si è reso necessario un aggiornamento del modello di riferimento secondo un ampio approccio trandiagnostico al fine di incrementare la previsione dell'espressione di disturbi mentali non necessariamente dell'area psicotica. Si è passati ad un approccio olistico capace di integrare i

sintomi psichici, i disturbi fisici, i dati neuropsicologici e i biomarkers al fine di incrementare la profilazione e la precisione diagnostica.

In questa visione lo stato mentale a rischio passa attraverso una stadiazione che vede microfenotipi nelle prime fasi con sintomi ascrivibili a reazioni da stress per poi passare a sintomi psicotici attenuati, stati bipolari sottosoglia, depressione moderata o lieve e condizioni riconducibili ad un quadro di personalità borderline. Tale condizione in taluni casi si strutturano in macrofenotipi che sempre di più prendono la forma delle condizioni sindromiche categoriali riconosciute. Il percorso di transizione trova poi forma in una condizione diagnostica riconoscibile che vede nel Disturbo Schizofrenico una dei possibili esiti con alternative come Disturbi dell'Umore, di Personalità o Disturbi correlati all'uso di sostanze.

In sintesi lo Stato Mentale a Rischio, in questa definizione, si caratterizza per una sostanziale instabilità sintomatologica, una frequente transizione e strutturazione verso forme patologiche diverse, una progressione secondo stadi di maggiore gravità e, quando va incontro a transizione in un Disturbo Psichiatrico riconosciuto, si caratterizza spesso per particolare gravità in termini di outcome.

VERSO UNA DEFINIZIONE TRANDIAGNOSTICA E STADIATIVA DI "AT RISK MENTAL STATE"

L'espressione di transitorie esperienze psicotiche è comune in diversi Disturbi Mentali (ansia/depressione/disturbi da uso di sostanze), spesso si associa a peggiore prognosi e, in una quota minoritaria di soggetti, può dare origine ad un quadro clinico che soddisfa i criteri per la schizofrenia. Tuttavia non appare né utile né valido osservare la psicopatologia multidimensionale dei giovani attraverso un prisma "schizoide" che tende a ricondurre tutti i sintomi alla sfera schizofrenica secondo un inefficiente e binario concetto di rischio e transizione. Dove il rischio è condizionato all'evenienza di sviluppare un disturbo psicotico e la transizione è inevitabilmente solo in quella direzione. Le più recenti review della letteratura scientifica riferibili ai modelli di "ultra-high-risk" (UHR) o "clinical high risk" (CHR) indicano un'elevata eterogeneità sintomatologica inter e intraindividuale. Ricerche epidemiologiche mostrano come le esperienze psicotiche siano markers (non necessariamente causali) di severità psicopatologica multidimensionale sicuramente legate ad un peggiore outcome. In molti studi il tasso di transizione in soggetti UHR/CHR risultava artificialmente accresciuto dal bias che riteneva la presenza di sintomi psicotici sia una variabile di percorso che anche l'esito della transizione (Van Os & Guloksuz 2017).

L'obiettivo di comprendere come i sintomi iniziali, le condizioni sindromiche, le comorbidità fisiche e mentali e la disabilità socio-lavorativa possano evolvere o andare in remissione nel corso del trattamento necessitano una cornice clinica innovativa capace di tenere insieme fattori di rischio passati e presenti, il decorso individuale della malattia, le imponenti transizioni neurobiologiche e socio-relazionali tipiche dell'adolescenza e della prima età adulta e l'individuazione di un percorso trattamentale individualizzato. Risulta inoltre necessario stabilire i pattern di continuità/discontinuità con precoci e transitori sintomi psichici o quadri sindromici più definiti emersi nella fanciullezza (dominate essenzialmente da quadri cognitivi, attenzionali o comportamentali) differenziandoli da condizioni più adult-like presenti in adolescenza (dominate essenzialmente da quadri affettivi, percettivi e cognitivi complessi). Queste ultime con maggiore probabilità tendono alla persistenza, ricorrenza o cronica disabilità (Kessler et al., 2005).

La necessità di adottare un ampio approccio transdiagnostico discende dalla continuità omotipica o eterotipica dei quadri psicopatologici osservati in questi soggetti, dall'apparente instabilità diagnostica e dalla comorbidità

conseguente che appare spesso come artefatto nosografico (adolescenti e giovani adulti che presentano già all'esordio 2 o 3 disturbi psichici diversi). Ad una visione ristretta al rischio di sviluppare un disturbo singolo e categoriale come si osserva negli adulti, diventa preferibile sostituire una condizione di continuum multidimensionale ed evolutivo (McGorry et al., 2021).

La proposta di un modello stadiativo nell'approccio agli stati mentali a rischio negli adolescenti e giovani adulti (Shah et al. 2020) riprende in modo coerente un sistema classificativo ampiamente utilizzato in numerose discipline mediche che si fonda sulla determinazione della progressione, sull'estensione, sulla prognosi del disturbo e sull'implementazione di trattamenti coerenti con lo stadio della malattia. L'obiettivo del processo resta quello di meglio definire la prognosi e personalizzare i trattamenti.

Alcuni importanti aspetti di questa definizione passano per la corretta differenziazione tra la stadiazione e l'attuale stato clinico. Un soggetto in una stadio clinico avanzato di una sindrome psichiatrica può andare incontro a remissione ma non per questo cambia il livello di stadiazione raggiunto nella valutazione durante la fase acuta. In questo senso la stadiazione in psichiatria diventa unidirezionale. Altro aspetto fondamentale il passaggio ad uno stadio di malattia più grave resta probabilistico e mai inevitabile per quanto i soggetti a stadi più precoci abbiano minore probabilità di progressione rispetto a coloro che sono in stadi di malattia più avanzati, nulla può essere dato per scontato nel percorso di progressione della malattia.

In accordo con i principi dell'intervento precoce diventa possibile con questo modello distinguere una stadiazione lieve che si ritiene a basso rischio di progressione verso condizioni ricorrenti o persistenti. Nei primi casi la prevenzione diventa il focus centrale dell'intervento. Interventi clinici intensivi saranno invece rivolti ai soggetti con stadiazione più avanzata. La progressione sarà omotipica se prosegue una direzione psicopatologica coerente con i sistemi classificativi (una forma lieve di depressione si trasforma in Depressione Maggiore o una forma attenuata di psicosi in una forma completamente soprasoglia) o eterotipica se le manifestazioni nella progressione saranno l'espressione di una condizione maniacale o psicotica in un soggetto con precedenti sintomi depressivi lievi.

GLI ELEMENTI ESSENZIALI DELLA STADIAZIONE: PROGRESSIONE ED ESTENSIONE DEL DISTURBO

Sempre nel contributo di Shah et coll. (2020) autori hanno definito alcune variabili essenziali per dare coordinate cliniche nella definizione del processo di tracciamento della traiettoria del disturbo e dei percorsi di cura. In particolare, hanno definito due ipotetici assi cartesiani intorno ai quali definire l'andamento della malattia come una funzione.

Con il termine progressione del disturbo viene inteso uno shift da un modello categoriale ad un modello dimensionale. La progressione dello Stato Mentale a Rischio può avvenire da una condizione con sintomi non specifici ad un disturbo sottosoglia difficilmente ascrivibile ad una delle maggiori categorizzazioni nosografiche contenute nel Manuale Diagnostico. L'espressione psicopatologica permane sempre caratterizzata da elementi transnosografici e da intensa variabilità. Spesso sono condizioni cliniche non definite con sintomi di ansia, depressione e disturbi del sonno che tendono a modificarsi nel corso del tempo. Anche la definizione di superamento della soglia assume un significato di progressione del disturbo con una visione che vede un Disturbo d'Ansia come una condizione di rischio per lo sviluppo di un episodio Depressivo e quest'ultimo come uno stato di rischio per lo sviluppo di un episodio maniacale o psicotico.

Per estensione del disturbo si intende la complessità di funzioni che lo stesso è andato ad intaccare nella vita del soggetto. Elementi attinenti allo stato mentale (come la neurocognitività, la suicidabilità, l'assunzione di sostanze d'abuso etc) o allo stato fisico (come disordini metabolici, autoimmuni, cardiorespiratori etc) definiscono le aree vitali che risultano deficitarie nel funzionamento globale della persona e contribuiscono nella stadiazione del disturbo.

CONCLUSIONI

La sfida posta dalla necessità di un intervento precoce nella diagnosi e nel trattamento della patologia psichiatrica ha sempre più alzato l'asticella delle sfide al meccanismo tradizionale di lavoro che intendeva applicare un modello già sperimentato sugli adulti a soggetti semplicemente "un po'più giovani".

La necessità di adattare la risposta alla realtà con cui ci si confronta ha spinto i ricercatori a trovare posizioni condivise e utili alla clinica degli esordi. Si sta sempre più consolidando l'idea di un range di età tra i 12 e i 25 anni come area di analisi specifica per l'utilizzo di un modello in cui si supera una definizione diagnostica a silos per passare ad una integrazione transnosografica di staging clinico.

In questo senso vengono ripensate le traiettorie psicopatologiche secondo riferimenti come la Progressione del disturbo e la sua Estensione. Utile è poi risultata la definizione di progressione come di un passaggio di stadio di tipo probabilistico e dunque non inevitabile ma allo stesso tempo non reversibile e di tipo unidirezionale.

Tutto ciò diventa una sfida utile a creare un modello che riguarda anche l'organizzazione dei servizi dedicati agli esordi sia in termini di valutazione diagnostica che di definizione di programmi trattamentali personalizzati.

Afferenza dell'autore:

Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di Lodi

Corrispondenze:

giancarlo.cerveri@asst-lodi.it

Bibliografia

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. *Lifetime prevalence and age-of-on¬set distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch Gen Psychiatry 2005;62:593-602.
2. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. *Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry*. World Psychiatry. 2018 Jun;17(2):133-142
3. McGorry PD, Nelson B. T*ransdiagnostic psychiatry: premature closure on a crucial pathway to clinical utility for psychiatric diagnosis*. World Psychiatry 2019;18:359-60.
4. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. *Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review*. Arch Gen Psychiatry.
5. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al. *EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses*. Eur Psychiatry 2015;30:388-404.
6. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. *EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses*. Eur Psychiatry 2015;30: 405-16.
7. Shah JL, Scott J, McGorry P et al., *Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement on Transdiagnostic Clinical Staging in Youth Mental Health World Psychiatry*. 2020 Jun; 19(2): 233–242.
8. Trigg ME, Sather HN, Reaman GH, Tubergen DG, Steinherz PG, Gaynon PS, Uckun FM, Hammond GD; *Children's Oncology Group Ten-year survival of children with acute lymphoblastic leukemia: a report from the Children's Oncology Group*.Leuk Lymphoma. 2008 Jun;49(6):1142-54.
9. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al., T*he size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmcol 2011 21(9): 655-679.
10. van Os J, Guloksuz S. *A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm*. World Psychiatry. 2017;16(2):200-206. doi:10.1002/wps.20423
11. Värnik P. *Suicide in the world*. Int J Environ Res Public Health. 2012 Mar;9(3):760-71

Verso un Agenzia Nazionale per la Salute Mentale

Claudio Mencacci
Co-Presidente Società Italiana di Neuro PsicoFarmacologia
Direttore Emerito DSMD FBf-Sacco-Milano

A chi esita: dici per noi va male. Il buio cresce,le forze scemano. Dopo che si è lavorato tanti anni, noi siamo ora in una condizione più difficile di quando si era appena cominciato
(B. Brecht)

Il bisogno di salute mentale è cresciuto ancor di più durante e dopo la pandemia e gli effetti a lungo termine sono ancora indefiniti

Per descrivere lo stato dei servizi pubblici per la salute mentale sono state utilizzate diverse espressioni come: salute mentale sempre più povera, dimenticata, cenerentola fantasma, alla deriva...

A 44 anni dalla riforma psichiatrica stiamo osservando un progressivo cedimento strutturale di molte delle articolazioni territoriali e ospedaliere della salute mentale

Alcuni dei numeri della perdita: un calo dei dipartimenti da 183 a 141, una riduzione significativa dei posti letto nei reparti ospedalieri attorno al 10%(-400), una massiccia diminuzione del personale, un aumento di tutte le situazioni residenziali e di non restituzione alla vita normale.

La conferenza Stato- Regioni ha fissato al 5% la quota destinata alla salute mentale del fondo sanitario nazionale che per il 2022 è di 122 miliardi di euro ma in realtà la media di stanziamento effettivo delle regioni è di circa il 3% ben lontano dall'obiettivo del 10% indicato in sede comunitaria per i Paesi ad alto reddito

Gli utenti sono scesi in maniera inesorabile dagli 850.000 del 2017 a meno di 730.000 nel 2020 di cui un'ampia percentuale al di sopra dei 45 anni e questo non è un buon segno in quanto indicatore di una lenta perdita di appeal per le strutture pubbliche con un evidente danno a tutta la salute mentale

A tutto questo si aggiunge la fuga del personale medico e infermieristico da dipartimenti già sotto organico da anni, tanto che nel 2025 mancheranno altri 1000 psichiatri tra pensionamenti e dimissioni come emerge da uno studio recente di Anaao- Assomed e circa 9000 tra infermieri/psicologi/assistente Sociali/ Terapisti riabilitazione.

Tali condizioni di impoverimento si sono riverberate su un rallentamento della implementazione dell'integrazione sociosanitaria, il supporto all'abitare, l'inclusione lavorativa. Si sono di fatto perse di vista una serie di opportunità di recupero delle persone sofferenti venendo meno quello che dovrebbe essere il perno centrale di una politica sanitaria. La rete dei servizi pubblici di salute mentale appare sempre più povera, sempre meno capace di intercettare disagio psichico giovanile che in particolare con la pandemia rappresenta una vera e propria emergenza.

Una situazione paradossale a cui serve mettere mano, il primo passo è fare il punto e attivare una **Agenzia Nazionale per la Salute Mentale** che possa rivedere a 360° il settore. Questo il senso dell'iniziativa promossa il 24 maggio a Roma dalla SINPF con altre Società Scientifiche del settore (SOPSI, SIEP, SIP, SINPIA, FeDerSerD, SIRP SIPD, Coordinamento SPDC) e le Istituzioni (xii Commissione Affari Sociali, Consiglio Superiore Sanità, Agenas, GISM, ISS, Regione

Lombardia - Lazio) come primo passo di chi crede che la riforma psichiatrica italiana sia stata una delle riforme più originali e innovative del panorama europeo e mondiale e che non vuole che venga rovinata.

TEMA: L'ALLEANZA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA SALUTE MENTALE NEL PNRR

È tempo di alleanze è tempo che venga riconosciuto questo bisogno di salute mentale dentro il PNRR per adesso il DM 70 e DM 71 sono enunciazioni e nessuna di queste forme di investimento prevede nuovo personale o finanzia servizi territoriali e sappiamo bene come la salute mentale si costruisca sul territorio con una comunità prossima e solidale.

Sono maturi i tempi per la costituzione di una Agenzia Nazionale per la salute mentale al fine di coordinare tutti gli interventi su valori simili a quelli dell'Agenzia Nazionale per la Coesione Territoriale con sede al Ministero della salute coordinata con i Ministeri della istruzione, ricerca Università, MEF, Giustizia, Pari Opportunità, Regioni, ISS, Agenas...

Una agenzia nazionale che coordini le attività indispensabili per far fronte ai bisogni di salute mentale del Paese, un coordinamento tra le Regioni perché garantiscano standard di qualità confrontabili per l'assistenza psichiatrica che definiscono PDTA condivise, che vengano garantiti livelli di cura e assistenza di provata efficacia e resi esigibili in tutti i DSMD modelli di intervento fondati su evidenze che assicurino concreti risultati di cure.

Un'agenzia Nazionale che promuova la salute mentale, con fondi a favore di progetti di prevenzione ma anche di cultura ed educazione a partire dalle scuole.

Dal preoccuparsi della salute psichica e fisica della donna in gravidanza, al combattere la povertà materiale e sociale, garantire assistenza al parto riducendo i rischi connessi sono alcune tra le misure più importanti da prendere insieme a quelle legate alla promozione degli screening nelle scuole (depressione) a dimostrazione dell'importanza di riconoscimento precoce di traiettorie che possono diventare patologiche sia nell'ambito dei disturbi affettivi (depressione disturbi bipolari) che dei disturbi del neurosviluppo (autismo, ADHD, esordi psicotici).

Per difendere il diritto alla salute e garantire la sua esigibilità è indispensabile poter disporre delle risorse di personale come indicato da Agenas (23/12/21).

In autunno il nostro paese ospiterà l'importante Conferenza europea sul tema dei disturbi mentali. Oggi i disturbi mentali contribuiscono al circa 4% del Pil e questi numeri sono destinati a raddoppiare entro il 2030 ogni anno 84 milioni di europei sono colpiti da un problema di salute mentale, circa 84.000 persone muoiono per disturbi mentali e in seguito di suicidio, il 5% degli europei in media media soffre di un disturbo depressivo. La pandemia ha peggiorato la salute mentale globale per coloro che già prima erano in evidente difficoltà di accesso alle cure, ora che i disturbi sono molto aumentati sono ancor di più le persone che non ricevono un trattamento tempestivo e adeguato a causa di atteggiamenti negativi verso i servizi di salute mentale, i suoi strumenti di cura con divari ancora molto evidenti tra i vari Paesi dell'Unione Europea.

Tutto questo mentre si conferma la stima che entro il 2030 i disturbi depressivi saranno la principale causa di disabilità nei Paesi ad alto reddito.

PROSSIMI PASSI: VERSO UNA CABINA DI REGIA-AGENZIA NAZIONALE SALUTE MENTALE

– Stimolo a tutti i livelli Istituzionali per riportare lo standard minimo delle spese per la salute mentale al

5% (due punti in più dell'attuale percentuale del Fondo sanitario Nazionale);

- Superare le azioni frammentate ma cercare un unico Coordinamento con una visione di sistema dalla prevenzione nelle diverse fasi della vita alla cura ;
- Difendere il Diritto alla Salute Mentale e alla sua esigibilità in tutto il Paese senza diseguaglianze;
- Lavorare per la programmazione: ridefinire standard di personale, strutture, servizi omogenei a tutti i cittadini;
- Garantire livelli di Cura e Assistenza di provata efficacia e valutare gli esiti;
- Riprogrammare la formazione nel SSN.

Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso

Paolillo C., Lerza R. *, Casagranda I.*, Bondi E.°, Fraticelli C.°, Cerveri G.§, Lonati D.^, Petrolini V.^, Locatelli C.^*

INTRODUZIONE

Il disturbo comportamentale acuto è una presentazione clinica caratterizzata da un quadro di agitazione che può manifestarsi con una serie poliedrica di alterazioni emotive, ideative e motorie: minacciosità, rabbia, intimidazione, impulsività e scarsa cooperazione. A genesi multifattoriale, riconosce influenze biologiche, psicologiche, familiari e ambientali. In generale la probabilità di alterazioni comportamentali e violente aumenta con il numero dei fattori di rischio. Il decorso del disturbo comportamentale è generalmente instabile nel tempo e può sfociare in aggressività verbale e/o fisica. (Sheperd, 2001). Rappresenta senza dubbio una situazione di emergenza in ambito clinico la cui gestione richiede procedure di intervento che implicano la stima delle risorse del paziente e dell'ambiente, una puntuale valutazione del rischio, un attento bilanciamento tra rischi e benefici delle scelte terapeutiche, nel contesto più generale di una presa in carico complessiva nelle diverse fasi diagnostico-terapeutiche. In particolare in assenza di una gestione appropriata si determina facilmente un'escalation che può condurre rapidamente ad un'esacerbazione con alto rischio di agiti.

È importante chiarire che ci si riferisce ad un complesso sintomatologico e non ad un'entità nosografica. Le cause scatenanti possono essere le più disparate (Gregory et al., 2004; Stowell et al., 2012; Bellelli et al., 2017):

- patologie organiche: neurologiche, neurochirurgiche, disturbi metabolici, infezioni, disturbi cardiaci.
- patologie psichiatriche: disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi della condotta, disturbi di personalità, discontrollo degli impulsi, disturbi del neurosviluppo,
- quadri derivanti da abuso o intossicazione di sostanze o da astinenza.

Secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute il numero di accessi ai Pronto Soccorso (PS) italiani per patologie psichiatriche nel 2020, (e tra questi anche i disturbi comportamentali acuti) rappresentava il 3,2% del totale (Di Cesare et al., 2021). E' verosimile che le condotte di abuso da sostanze, ricomprese nelle emergenze psichiatriche e comportamentali in PS, siano sottostimate. Rappresentano un fenomeno in crescita e ad alta complessità clinica e gestionale, per le modalità di presentazione spesso caratterizzate da agitazione e aggressività, accanto alle problematiche medico-tossicologiche (Chanmugam et al., 2013)

L'ambiente del PS spesso caotico e ad alta emotività, il primo contatto non sempre immediato e produttivo, la scarsa formazione degli operatori sono tutti fattori che possono esacerbare lo stato di agitazione. Un inquadramento immediato, d'altra parte, non è per nulla

semplice: capire quando ci si trovi di fronte ad un disturbo "funzionale" o ad un soggetto il cui stato di agitazione è primariamente sostenuto da una patologia organica richiede organizzazione, tempo, impegno ed esperienza.

La stessa valutazione psichiatrica in PS è un momento critico: il rischio di delegare frettolosamente allo Psichiatra un disturbo comportamentale acuto è alto. Lo Psichiatra a sua volta ha un campo definito di competenze ed allo stesso tempo è costretto a valutare quadri clinici che richiedono raccordi anamnestici complessi.

Una survey AcEMC condotta nel 2016 tra medici ed infermieri di PS evidenziò una seria difficoltà nel saper riconoscere un paziente affetto da disturbi psichici acuti e ancor più nel saper individuare un paziente a rischio di un comportamento lesivo. Nel 50% dei casi non veniva effettuata routinariamente una valutazione clinica che escludesse una causa organica. IL 60% degli intervistati riteneva poco adeguata la propria conoscenza circa l'utilizzo dei farmaci per il trattamento di un disturbo comportamentale acuto. A fronte di una non adeguata preparazione veniva evidenziata una sostanziale difformità di atteggiamenti in merito all'utilizzo di percorsi, spazi e risorse.

La complessità del paziente con un disturbo comportamentale acuto in PS richiede spesso un approccio multidisciplinare che a tutt'oggi, purtroppo, non sempre è ben codificato.

Il razionale del documento è di uniformare l'organizzazione, la valutazione e la gestione del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in PS.

METODO DI LAVORO

Questo documento di consenso è stato prodotto da un network di società scientifiche italiane. E' stato costituito un team ad hoc nominato dai Presidenti e dai Board delle rispettive Società Scientifiche. È stata effettuata una revisione di linee guida nazionali ed internazionali e raccomandazioni di società scientifiche (National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, 2005; Australian College for Emergency Medicine, online; Chauvin et al., 2021; American College of Emergency Physicians, 2021)

Successivamente i membri del gruppo hanno prodotto un primo draft del documento che è stato distribuito alle Società Scientifiche per una valutazione e revisione. Il documento finale così come prodotto è stato approvato all'unanimità dalle società scientifiche,

1. Il disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso	In Pronto Soccorso ogni individuo con disturbo comportamentale acuto ha diritto ad un accesso tempestivo e a un'assistenza appropriata. L'urgenza comportamentale, indipendentemente dalla causa scatenante (organica, psichiatrica o tossicologica) deve ricevere trattamenti di alta qualità, multidisciplinari, *evidence based* e strutturati al pari delle altre urgenze.
2. Organizzazione	Il Pronto Soccorso si deve preparare ad accogliere le emergenze comportamentali allestendo spazi adeguati e attrezzati, formando il personale e favorendo la presa in carico da parte di medici e infermieri del Pronto Soccorso. È fondamentale l'integrazione precoce con psichiatri e tossicologi (Centro Antiveleni), nonché con altri consulenti da coinvolgere al bisogno, come pure con i servizi sociali e le Forze dell'Ordine e personale addetto alla sicurezza. È auspicabile l'organizzazione di lavoro per *team* sulla base dei bisogni.
3. Gestione del paziente agitato, violento e a rischio di violenza	Il paziente agitato, violento o a rischio di violenza è un paziente critico ad alto rischio per la complessità della gestione clinica e ambientale. In quanto tale, gli vanno assicurate tutte le cure e l'assistenza adeguate. Interventi relazionali di *de-escalation*, trattamenti farmacologici (tranquillizzazione) e, se necessarie, misure di contenzione vanno attuati precocemente, rispettando la dignità del paziente e attenendosi a percorsi specifici che ogni Ospedale deve predisporre.

4.Clearance medica	Lo screening medico (clearance) è una valutazione clinica di competenza del Medico d'Urgenza che ha lo scopo di escludere che il disturbo comportamentale acuto possa essere causato o esacerbato da una causa organica, da farmaci o dall'utilizzo di droghe/sostanze psicoattive o da condizioni astinenziali.
5. Urgenza psichiatrica	Il paziente che giunge in Pronto Soccorso per un disturbo psichiatrico acuto è un paziente complesso e ad alto rischio di un *outcome* sfavorevole. Lo psichiatra, chiamato a lavorare all'interno del team, si fa carico degli interventi di sua competenza, favorendo procedure coordinate, efficaci e sicure.
6. Urgenza tossicologica	Il paziente con sospetta intossicazione/effetto avverso da farmaci/astinenza deve ricevere diagnosi e cure appropriate avvalendosi dell'ausilio della consulenza specialistica del Centro Antiveleni di riferimento, con la disponibilità di accertamenti diagnostici atti a identificare gli agenti causali più frequenti e pericolosi.
7. La gestione in team del paziente con disturbo comportamentale	Data la complessità, i pazienti con disturbi comportamentali acuti vanno presi in carico da un *team* di professionisti costituiti dal medico d'urgenza, dall'infermiere del pronto soccorso, dallo psichiatra ed eventualmente dal tossicologo. Il medico d'urgenza dopo aver effettuato la clearance medica e tossicologica, se necessario, si avvale anche nella fase di stabilizzazione e in base al sospetto clinico delle competenze degli altri membri del *team*, condividendo sia le scelte terapeutiche che le disposizioni e i percorsi.
8. Boarding	Il fenomeno del boarding è inaccettabile per questi pazienti, perché peggiorativo dell'*outcome*. Una volta stabilizzati e condivisa la necessità di ricovero, i pazienti vanno inviati precocemente verso la destinazione prescelta riducendo al minimo possibile i tempi di permanenza in Pronto Soccorso.
9. Assistenza in sicurezza clinica e ambientale	È misura prioritaria garantire la protezione adeguata del Paziente, degli altri utenti, degli operatori e della struttura mediante collaborazione predisposta con le Forze dell'Ordine e personale addetto alla sicurezza.
10. Aspetti organizzativi e strutturali	Responsabilità delle Direzioni Sanitaria e Aziendale è garantire formazione, procedure, adeguamento strutturale e organizzazione.

Afferenza degli autori

* *(AcEMC) Academy of Emergency Medicine and Care*

° *(CNI-SPDC) Coordinamento Nazionale Italiano Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*

§ *(SIP-Lo) Sezione Regione Lombardia della Società Italiana di Psichiatria*

^ *(SITOX) Società Italiana di Tossicologia*

Corrispondenza

alberto.alamia@asst-lariana.it

Bibliografia

1. Sheperd J. (ed) *Violence in health care. Understanding, preventing and surviving violence. A practical guide for health professionals*. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2001
2. Gregory R.J., Nihalani N.D., Rodriguez E. *Medical screening in the emergency department for psychiatric admissions: a procedural analysis.* Gen Hosp Psychiatry 2004;26:405-10.
3. Stowell K.R , Florence P., Harman H.J., Glick R.L., et al. *Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup*. West J Emerg Med 2012;13:11–6.
4. Bellelli G., Morandi A., Trabucchi M., Caironi G., et al. *Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons*. Eur Geriatr Med 2017;8:293-8.
5. Di Cesare M., Magliocchetti N., Romanelli M., Santori E. *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Ministero della Salute, ottobre 2021.* Disponibile sul sito: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3081
6. Chanmugam A., Milzman D.,Bone C., Soe-Lin H. *Managing substance abuse in the acute setting*. In: Chanmugam A., Triplett P., Kelen G. (eds) Emergency Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
7. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (UK). *Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-Patient Psychiatric Settings and Emergency Departments*. London: Royal College of Nursing (UK); 2005.
8. Australian College for Emergency Medicine. *Mental Health in the Emergency Department. Consensus Statement*. Disponibile sul sito: https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Mental-Health-in-the-Emergency-Department/
   Mental-Health-in-the-Emergency-Department-Consensu
9. Chauvin A., Massoubre C., Gil-Jardine C., Sicot R., et al. *Clinical practice recommendations on the management of the adult patient with psychiatric presentation in emergency facilities.* [Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences.] [Article in French] Ann Fr Med Urgence 2021;11:184-98.
10. American College of Emergency Physicians. *Adult Psychiatric Emergencies*. Policy Statement of American College of Emergency Phsysicians. Ann Emerg Med 2021;77:e121-6.

Un modello per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni: oltre un decennio di attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Psichiatria Varese

*Caselli I.°, De Leo A.°, Isella C.°, Montagnoli M.°, Finotti P.°, Bellini A.^, Ielmini M.°, Callegari C.°**

RIASSUNTO

Già nel 2017 secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità si era registrato un incremento di circa il 20% rispetto agli anni precedenti della diffusione della patologia depressiva, stimando che i disturbi depressivi, allora al quarto posto tra le cause di disabilità, entro il 2020 avrebbero occupato il secondo posto. Considerando tale scenario, l'ambulatorio per l'ansia e la depressione dell'ospedale di Circolo di Varese rappresenta un servizio del tutto rispondente al crescente numero della richiesta di visite per disturbi psichiatrici comuni (ansiosi e depressivi). L'attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Struttura Complessa di Psichiatria di Varese, ASST Sette Laghi-Polo Universitario, ha contribuito in modo significativo al trattamento di pazienti affetti da disturbi ansiosi, disturbi dell'adattamento e disturbi depressivi senza sintomi psicotici (definiti anche come disturbi psichiatrici comuni) che rientrano tra i disturbi emergenti. Presso l'ambulatorio per l'ansia e la depressione, dalla sua apertura alla fine del 2010 a dicembre 2021, sono state aperte circa 1'350 cartelle cliniche; a tale dato corrisponde un analogo numero di utenti a riprova dell'enorme afflusso osservato. Le diagnosi di presentazione più frequenti (formulate secondo i criteri dell'ICD-10, previsto dalla piattaforma di raccolta dati comprendono: le altre sindromi ansiose (133 pazienti, 36%), di cui la più frequente è risultata essere la sindrome mista ansioso-depressiva (56 pazienti, 42%); al secondo posto si segnalano le reazioni a gravi stress e sindromi da disadattamento (128 pazienti, 35%), di cui la sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva è risultata essere la più frequente e quella con il maggior incremento dopo la pandemia da COVID (61 pazienti, 44%); al terzo posto si rilevano gli episodi depressivi (65 pazienti, 18%) di cui il più frequente è risultato l'episodio depressivo di media gravità (26 pazienti, 40%). Osservando che l'ambulatorio per l'ansia e la depressione, programma innovativo finanziato da Regione Lombardia dal 2010, possa aver dimostrato di essere una sperimentazione dagli esiti di grande impatto sull'utenza si è ritenuto che possa essere presa in esame l'opportunità che esso possa essere stabilizzato come struttura aziendale stabile afferente alla SC Psichiatria Varese.

Parole chiave

Ansia; depressione; ambulatorio; disturbi psichiatrici comuni.

INTRODUZIONE

Premesse e descrizione del contesto

Già nel 2017 l'Organizzazione Mondiale della Sanità affermava che la patologia depressiva era in costante aumento, soffrendo di tale disturbo circa 322 milioni di persone in tutto il mondo, nessun paese escluso. Si era registrato inoltre un incremento di circa il 20% negli anni precedenti, stimando che i disturbi depressivi, allora al quarto posto tra le cause di disabilità, entro il 2020 avrebbero occupato il secondo posto, preceduti dalle patologie cardiovascolari (McCarron et al., 2021; WHO 2017). Tale dato è stato poi rivalutato nel 2018 collocando i disturbi depressivi al primo posto fra le cause di disabilità. Considerando tale scenario, l'ambulatorio per l'ansia e la depressione dell'ospedale di Circolo di Varese rappresenta un servizio del tutto rispondente al crescente numero della richiesta di visite per disturbi psichiatrici comuni (ansiosi e depressivi), all'esigenza di riduzione assoluta dello stigma nei confronti delle patologie mentali,

consentendo inoltre ai Centri Psico Sociali di perseguire la loro principale *mission*, ovvero l'assunzione in cura e la presa in carico dei pazienti più "gravosi" allocando in questo modo le loro risorse alla cura dei pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi a evoluzione prevalentemente cronica. L'attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Struttura Complessa di Psichiatria di Varese, ASST Sette Laghi-Polo Universitario ha contribuito in modo significativo al trattamento di pazienti affetti da disturbi ansiosi, disturbi dell'adattamento e disturbi depressivi senza sintomi psicotici (definiti anche come disturbi psichiatrici comuni) che rientrano tra i disturbi emergenti. I dati dimostrano inoltre che il trattamento dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici comuni si articola in un periodo di tempo più circoscritto, non intensivo, ai fini terapeutici. L'offerta è estesa ai disturbi depressivi perinatali, per quelle condizioni cliniche già oggetto di *screening* meritevoli di un'attenzione da parte di un servizio afferente al contesto psichiatrico ma esterno sul piano logistico ai servizi psichiatrici stessi. Inoltre, dall'inizio del 2020 è stata formalizzata, in appoggio all'ambulatorio per l'ansia e la depressione, ancorché rallentata in partenza dalla pandemia COVID-19, l'offerta a un'ulteriore tipologia di utenza con lo sportello psicologico per gli agenti di polizia penitenziaria dell'Istituto Penitenziario Casa Circondariale di Varese, per i cui richiedenti, ritenuti idonei, disporre interventi specialistici di tipo psicologico. L'emergenza COVID-19 ha poi notevolmente amplificato il disagio emotivo nella popolazione generale con una rilevante ricaduta sui servizi di Salute Mentale (Talevi et al., 2020). L'ambulatorio per l'ansia e la depressione, all'interno della SC Psichiatria di Varese, è stato individuato come il servizio di riferimento per il trattamento dei disturbi psichiatrici COVID-correlati. Il bisogno è definito dalle stesse linee di indirizzo della Regione Lombardia e l'offerta nel territorio di riferimento è definita dal progetto stesso. La pandemia da COVID-19 ha modificato l'attività dell'ambulatorio che, seguendo le indicazioni tematiche dei DRG della Regione Lombardia, dei Decreti Ministeriali e Circolare del Ministero della Salute, ha svolto attività sia in via telematica sia in presenza, mantenendo anche nel 2021 l'offerta dedicata agli operatori sanitari dell'ospedale di Circolo di Varese, impegnati nell'emergenza COVID-19.

Analisi del bisogno e dell'offerta

Il programma innovativo "Disturbi psichiatrici comuni: trattamento in collaborazione con il Medico di Medicina Generale", TR-73, tramite l'ambulatorio per l'ansia e la depressione, eroga valutazioni specialistiche a utenti con richiesta di visita psichiatrica: da parte del MMG; su invio dei CPS; su iniziativa personale dell'utente; su invio di altri reparti e ambulatori dell'ospedale di Circolo di Varese; su invio dei consultori ovvero della UO di Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale Filippo Del Ponte di Varese, in alcuni casi selezionati, nell'ambito dell'avvio di programmi d'azione finalizzati alla prevenzione, alla diagnosi e all'intervento precoce della depressione perinatale; su richiesta di *counselling* psicologico per gli agenti di polizia penitenziaria della Casa Circondariale di Varese. Dall'inizio del 2021 è stata avviata inoltre un'attività sistematizzata di consulenza psichiatrica per le utenti del reparto di ginecologia e ostetricia dell'ospedale Del Ponte e con l'offerta di percorsi di psicoterapia in pazienti con malattie oncologiche. In quanto programma innovativo finanziato dalla Regione, tutte le valutazioni psichiatriche e psicologiche, sono esenti da ticket. Tuttavia, l'impegnativa dell'inviante può fare fede circa l'appropriatezza dell'accesso per pertinenza diagnostica. L'ambulatorio, infatti, può erogare prestazioni per tutte le patologie dello spettro dei disturbi ansiosi, ansioso-depressivi, post-traumatici e dell'adattamento, disturbi depressivi maggiori lievi-moderati reattivi. Le attività proposte rispondono agli obiettivi generali di mantenere il collegamento con i MMG per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni, offrire un accesso più diretto per il trattamento di tali disturbi, offrire continuità alla loro individuazione e cura all'interno delle realtà aziendale, decongestionando i CPS dalle richieste per il loro trattamento. Gli obiettivi specifici includono il

concorrere alla corresponsione delle raccomandazioni di Regione Lombardia in termini di "depressione perinatale". Circa il 10% delle donne in gravidanza, infatti, soffre di una forma depressiva legata all'evento nascita, che può interessare sia il periodo precedente al parto che quello successivo (Stewart et al., 2019). Le donne che incorrono in questa forma di disturbo necessitano di un supporto strutturato e a volte multidisciplinare che in relazione al quadro clinico varia come tipologia, durate e metodi. Tale patologia, infatti, laddove trascurata, incide negativamente sulla capacità genitoriale e sul contesto familiare e, in casi limite, può portare a situazioni drammatiche come l'infanticidio e/o il suicidio. Di qui l'importanza di un sistema di accoglienza per le donne con questa criticità. L'utenza è costituita prevalentemente da persone del territorio di riferimento SC Psichiatria Varese, ASST Sette Laghi.

Organizzazione del progetto e obiettivi

L'ambulatorio per l'ansia e la depressione ha modificato la sua collocazione spostandosi dalla palazzina 13 dell'ospedale di Circolo del Presidio di Varese dell'ASST dei Sette Laghi Polo Universitario (impiegata in attività relative alla pandemia) presso gli studi esterni al SPDC di Varese, palazzina 12, piano terra. Gli utenti vengono accolti nel rispetto dell'ora di appuntamento fissata e ricevono in alcuni casi un promemoria telefonico alcune ore prima dell'appuntamento. Le visite prevedono un adeguato tempo di ascolto (prima visita psichiatrica 60 minuti, visita psichiatrica di controllo 15 minuti ovvero 30 minuti a seconda delle necessità). Vengono offerti colloqui psicologici e psicoterapie ed esiste la possibilità di richiedere la stesura di relazioni cliniche specialistiche a vari usi (unico tipo di prestazione soggetto al pagamento del ticket in quanto prestazioni extra LEA). Il progetto innovativo risponde a un'ampia esigenza territoriale della popolazione. L'utenza, complessivamente rappresentativa di tutte le età anagrafiche (della popolazione adulta > 18 anni), i generi e le classi sociali. Tutti gli interventi proposti sono erogati in un'ottica di massima personalizzazione.

L'ambulatorio svolge la sua attività su cinque giorni settimanali, al mattino o al pomeriggio, con specialisti psichiatri, di cui uno specificamente dedicato al progetto e uno del CPS di Varese, che dedica alcune ore per le visite ovvero per attività di coordinamento, e altrettanto specificamente dedicato uno psicologo. Il progetto prevede una unità di personale amministrativo per il front office telefonico, il promemoria degli appuntamenti, l'attività di informatizzazione dei dati ai fini di rendicontazione, la gestione dell'archivio delle cartelle cliniche cartacee. L'intervento del medico psichiatra presso l'ambulatorio comprende valutazioni specialistiche e inquadramento diagnostico (anche avvalendosi di scale diagnostiche ad esempio Hamilton per la depressione o BPRS per inquadramento sintomatologico), la prescrizione di psicofarmacoterapie, la selezione per un invio allo psicologo di casi con indicazione alla psicoterapia, la stesura di relazioni specialistiche, la proposta di un programma terapeutico presso l'ambulatorio stesso ovvero l'invio presso il servizio psichiatrico competente, la garanzia di una continuità di cura dei pazienti, se necessario, presso altro presidio della SC Psichiatria (CPS Varese-Azzate-Arcisate, SDPC Varese). L'intervento dello psicologo prevede l'impiego di tecniche psicoterapiche di matrice cognitiva specifiche anche per il contesto ospedaliero, colloqui di supporto, *assessment* e condivisione/co-costruzione degli obiettivi terapeutici con sedute ravvicinate (settimanali/quindicinali) in una prima fase, e successivamente con cadenza mensile; l'attribuzione, in ausilio, di "compiti" a casa, mantenendo in tal modo una buona relazione terapeutica e la progettualità inalterata; il monitoraggio sintomatologico ed esperienziale a medio-lungo termine (anche fino a due anni). In casi selezionati vengono effettuati test psicodiagnostici (es. MMPI).

A partire dall'emergenza COVID-19 si è assistito a un incremento significativo dei pazienti con disturbi emotivi comuni, pazienti non precedentemente in cura, ma con un disturbo legato direttamente alla pandemia (lutti, esperienza di malattia sia da ricoverati che al domicilio, difficoltà socio-economiche, timore di ammalarsi, ecc.). In

termini clinici, ci si riferisce a pazienti con disturbo post-traumatico da stress, disturbi dell'adattamento e disturbi ansioso-depressivi. Le modalità di accesso al servizio sono state regolamentate con le stesse disposizioni indicate per i CPS sia per tale tipologia di utenza sia per i pazienti già ivi seguiti per i quali sono state avviate soprattutto modalità di intervento in remoto parzialmente gestiti da software dedicati (istruzione operativa aziendale IOG37PG32).

RISULTATI

Il progetto, attraverso una puntuale collaborazione tra psichiatra e psicologo, fornisce un inquadramento diagnostico e di cura efficace, oltre che previene, per tutti i disturbi dello spettro ansioso e depressivo, l'esacerbarsi di patologie psichiatriche ancor più invalidanti. In tal senso, il progetto, inserito nel contesto delle attività di cura della Unità Operativa Complessa di Psichiatria Varese si pone in continuità con i CPS di Varese, Azzate, Arcisate, da cui riceve invii di pertinenza ovvero ai quali indirizza, in continuità di cura, situazioni in aggravamento psicopatologico, nonché con il SPDC di Varese per alcuni, seppur rari, casi di acuzie, complicazione, severità temporanea della psicopatologia, che possano necessitare di un ricovero ospedaliero. Presso l'ambulatorio a una prima valutazione specialistica psichiatrica vengono accettati utenti che non abbiano già al loro attivo prese in carico ovvero assunzioni in cura ovvero cartelle aperte presso CPS. Viene privilegiata l'utenza territoriale della Psichiatria Varese dell'ASST dei Sette Laghi ma, in quanto progetto regionale, in caso di disponibilità, viene accolta utenza proveniente da tutta la Lombardia. Attualmente l'attesa per una prima valutazione specialistica psichiatrica è di circa 30-45 giorni, l'attesa per una prima consultazione psicologica è di due o tre settimane. L'organizzazione in essere permette di ridurre grandemente le liste d'attesa per una prima visita psichiatrica e per una prima valutazione psicologica e/o psicoterapia. Presso l'ambulatorio per l'ansia e la depressione, dalla sua apertura alla fine del 2010 a dicembre 2021, sono state aperte circa 1350 cartelle cliniche; a tale dato corrisponde un analogo numero di utenti a riprova dell'enorme afflusso osservato. Le prime visite, su tutto l'arco temporale, sono state in media 150 all'anno e le prestazioni annue erogate sono circa 2000. Nell'anno 2021 sono state effettuate 146 prime visite e 2046 prestazioni (dati estratti da Psiche Web fino al 1/10/2021 e dalla piattaforma SIPRL-applicativo che sostituisce PsicheWeb per la gestione dei flussi informativi riguardanti la Psichiatria Ospedaliera e Territoriale- per il restante periodo). I pazienti in attivo risultavano essere 361, di questi 90 maschi e 271 femmine. La media dell'età è di 51 anni circa e le fasce di età più rappresentate son state quelle tra 45 e 55 anni (118 pazienti) e tra 56 e 65 anni (82 pazienti). Gli interventi da remoto sono stati 211. 184 pazienti sono stati presi in carico anche dallo psicologo del servizio per un percorso psicoterapico.

Delle prime visite effettuate il 25% circa dei pazienti risultava essere già in carico a uno psicologo sul territorio (presso consultori, centri di psicologia clinica, centri privati, ecc.) al momento della presentazione e il 10% circa risultava già essere in terapia farmacologica impostata dal medico di medicina generale ovvero durante una consulenza effettuata presso il Pronto Soccorso.

Le diagnosi di presentazione più frequenti (formulate secondo i criteri dell'ICD-10, previsto dalla piattaforma di raccolta dati (ICD-10, 1994) comprendono le altre sindromi ansiose (133 pazienti, 36%) di cui la più frequente è risultata essere la sindrome mista ansioso-depressiva (56 pazienti, 42%) ; al secondo posto si segnalano le reazioni a gravi stress e sindromi da disadattamento (128 pazienti, 35%) di cui la sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (61 pazienti, 44%) è risultata essere la più frequente; al terzo posto si rilevano gli episodi depressivi (65 pazienti, 18%) di cui il più frequente è risultato l'episodio depressivo di media gravità (26 pazienti, 40%).

Nel 31% dei casi al paziente veniva proposto un percorso psicologico affiancato da colloqui psichiatrici di controllo senza la prescrizione di alcuna terapia farmacologica. Nella restante percentuale veniva proposta una terapia farmacologica spesso abbinata ai colloqui psicologici.

Tabella 1. Diagnosi formulate per l'anno 2021

Diagnosi (ICD-10)	Numero di pazienti (%)	Sottotipi	Numero di pazienti (%)
Episodio depressivo (F32)	65 (18%)	Episodio depressivo lieve	
(F32.0)	7(11%)		
		Episodio depressivo di media gravità (F32.1)	26 (40%)
		Episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (F32.2)	11 (16%)
		Episodio depressivo non specificato (F32.9)	2 (3%)
		Sottotipo Non indicato (F32)	19 (29%)
Altre sindromi ansiose (F41)	133 (36%)	Sindrome da attacchi di panico (F41.0)	26 (19%)
		Sindrome ansiosa generalizzata (F41.1)	30 (22%)
		Sindrome mista ansioso-depressiva (F41.2)	56 (42%)
		Altre sindromi ansiose miste(F41.3)	6 (4%)
		Altre sindromi ansiose specificate (F41.8)	8 (6%)
		Sindrome ansiosa non specificata (F41.9)	2 (1%)
		Sottotipo non indicato (F41)	5(4%)
Reazioni a gravi stress e sindromi da disadattamento (F43)	128 (35%)	Reazione acuta da stress (F43.0)	2 (1%)
		Sindrome post-traumatica da stress(F43.1)	0
		Sindromi da disadattamento(F43.2)	22 (16%)
		Reazione depressiva breve (F43.20)	27 (19%)
		Reazione depressiva prolungata (F43.21)	7 (5%)

Tabella 1. Diagnosi formulate per l'anno 2021

Diagnosi (ICD-10)	Numero di pazienti (%)	Sottotipi	Numero di pazienti (%)
		Reazione mista ansioso-depressiva (F43.22)	61(44%)
		Con disturbo prevalente di altri aspetti emozionali (F43.23)	4 (3%)
		Con disturbo misto delle emozioni e della condotta (F43.25)	3(2%)
		Altre reazioni a gravi stress (F43.8)	2 (1%)
Disturbi personalità	11 (3%)		
Altri disturbi	24 (6%)		

DISCUSSIONE

L'affluenza stabile degli utenti presso l'ambulatorio e l'aderenza agli interventi proposti indica che l'offerta del servizio ha permesso il raggiungimento uno degli obiettivi che si prefiggeva, ovvero quello di tessere una rete più adeguata alle richieste degli utenti in modo da offrire una proposta di cura alla popolazione che soffre di disturbi psichiatrici comuni e di prevenire il peggioramento di tali patologie. L'ambulatorio ha previsto il miglioramento della comunicazione con i medici di medicina generale tramite referti scritti inerenti le visite effettuate e comunicazioni telefoniche ovvero via email qualora la situazione clinica lo richiedesse. In taluni casi l'ambulatorio svolge un'attività di consulenza finalizzata all'impostazione di un trattamento psicofarmacologico con possibilità di riaffidare nel breve periodo il paziente al medico di medicina generale. L'integrazione dell'ambulatorio nella palazzina 12 adiacente al SPDC si mirava a ridurre lo stigma nei confronti del disagio psichico a livello del territorio e alla creazione di un clima sociale favorevole ai problemi della salute mentale. Potendo, infatti, frequentare l'ambulatorio in ambito ospedaliero, i pazienti hanno modo di equiparare tale servizio ad altri servizi ambulatoriali offerti in ospedale, in contrasto con l'idea che il disagio mentale richieda necessariamente di essere preso in considerazione in luoghi separati e scarsamente integrati con i luoghi di cura della patologia somatica. Come si può osservare dai dati estrapolati, una buona percentuale di casi viene inviata dagli psicologi che operano sul territorio. In relazione a questo, l'ambulatorio mira a una integrazione tra l'intervento farmacologico ovvero di consulenza e quello psicologico mediante comunicazioni telefoniche che intercorrono regolarmente tra gli psicologi del territorio e lo psichiatra referente. Dall'altro lato, una grande percentuale di pazienti è seguita sia dallo psichiatra, sia dallo psicologo del servizio e la comunicazione tra le due figure è favorita da frequenti riunioni sui casi. Tali riunioni fra specialisti sono fissate a cadenza regolare e mirano alla condivisione degli obiettivi terapeutici e a integrare le informazioni raccolte durante le visite; esse permettono inoltre un monitoraggio costante della condizione clinica ai fini della programmazione dei colloqui e delle visite di controllo secondo una tempistica adeguata. Viene inoltre valutato,

una volta raggiunta la stabilizzazione del quadro ovvero una remissione della sintomatologia dei percorsi terapeutici, il programma successivo al termine del percorso terapeutico presso il servizio. Negli ultimi due anni, anche dopo la possibilità offerta dalla pandemia di effettuare visite telefoniche o tramite piattaforme quali Google Meet, si sono incrementati i contatti da remoto. Tale modalità consente di effettuare sia colloqui psicologici, sia, colloqui di controllo della terapia farmacologica intermedi tra una visita e l'altra ottimizzando la possibilità di monitoraggio clinico e promuovendo l'aderenza ai trattamenti (O'Brien et al., 2020; Shore et al., 2019; Di Carlo et al., 2019). L'ambulatorio offre inoltre la possibilità di valutazioni specialistiche psichiatriche per condizioni di stress lavoro-correlato. In risposta alla crescente richiesta da parte della popolazione in trattamento di costituire spazi di confronto interpersonale, espressione e maggiore comprensione reciproca, è stato progettato nel 2019 di estendere l'offerta terapeutica ad interventi con il setting di gruppo (Wolgensinger et al., 2015; Behneck et al., 2020). La psicoterapia di gruppo era prevista essere condotta da uno psicologo esperto (supportato da un co-conduttore) e rivolta a persone già in trattamento o a nuovi soggetti con determinati requisiti di omogeneità clinica e anagrafica (es. tipologia di disturbo psichiatrico, comorbilità organiche, ecc.). I gruppi potevano essere costituiti da 6/10 partecipanti, mentre gli incontri, semi-strutturati a seconda della tipologia di disturbo, sono limitati a 10 sedute di circa 2 ore. Gli utenti in trattamento sarebbero stati valutati prima e dopo il percorso psicoterapico (con follow up a 6 mesi) attraverso scale di valutazione oggettiva. Tale proposta è ancora da realizzarsi e potrebbe diventare parte attiva del nostro progetto ambulatoriale con il termine della situazione emergenziale COVID. Nel frattempo, dato il crescente numero di casi di disturbi dell'adattamento legati alla pandemia da COVID-19 è in corso di valutazione della possibilità di introdurre dei gruppi di insegnamento di tecniche di controllo e gestione dell'ansia basate su mindfulness (Cowling et al., 2021) e metodi di respirazione e rilassamento. Tali gruppi potrebbero essere effettuati utilizzando modalità da remoto per favorire l'aderenza anche dei pazienti che non si sentono ancora sicuri in un contesto di gruppo e per evitare assembramenti non necessari.

CONCLUSIONI

L'ambulatorio per l'ansia e la depressione, programma innovativo finanziato da Regione Lombardia dal 2010, sembra aver dimostrato di essere una sperimentazione dagli esiti di grande impatto sull'utenza, che si è sempre più ampliata e diversificata, offrendo un ventaglio di offerte diagnostico/terapeutiche rispondente alla richiesta, alle esigenze interdisciplinari interne all'Azienda e all'incremento dei disturbi depressivi nella popolazione, come da dati di letteratura, mostrando di essere una realtà innovativa, per la sua dimensione strutturale e organizzativa a livello del SSR.

Afferenza degli autori

° *Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Cattedra di Psichiatria, Università degli Studi dell'Insubria, Varese (VA), Italia*

^ *Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Cattedra di Psichiatria, Università degli Pavia, Pavia (PV), Italia*

Corrispondenza a:

* *Callegari Camilla*

Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Cattedra di Psichiatria, Università degli Studi dell'Insubria, Viale Luigi Borri 57, Varese

Telefono: +39 0332 278727

Bibliografia

1. McCarron RM, Shapiro B, Rawles J, Luo J. *Depression*. Ann Intern Med. 2021 May;174(5):ITC65-ITC80. doi: 10.7326/AITC202105180. Epub 2021 May 11. PMID: 33971098.
2. *Depression and other common mental disorders* WHO 2017
3. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, di Bernardo A, Capelli F, Pacitti F. *Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic*. Riv Psichiatr. 2020 May-Jun;55(3):137-144. doi: 10.1708/3382.33569. PMID: 32489190
4. Stewart DE, Vigod SN. *Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics*. Annu Rev Med. 2019 Jan 27;70:183-196. doi: 10.1146/annurev-med-041217-011106. PMID: 30691372.
5. *ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, OMS,1994
6. O'Brien M, McNicholas F. *The use of telepsychiatry during COVID-19 and beyond*. Ir J Psychol Med. 2020 Dec;37(4):250-255. doi: 10.1017/ipm.2020.54. Epub 2020 May 21. PMID: 32434596; PMCID: PMC7411439-
7. Shore JH, Schneck CD, Mishkind MC. *Telepsychiatry and the coronavirus disease 2019 pandemic—current and future outcomes of the rapid virtualization of psychiatric care*. JAMA Psychiatry 2020;77:1211-2.
8. Di Carlo F, Sociali A, Picutti E, Pettorruso M, Vellante F, Verrastro V, Martinotti G, di Giannantonio M. *Telepsychiatry and other cutting-edge technologies in COVID-19 pandemic: Bridging the distance in mental health assistance*. Int J Clin Pract. 2021 Jan;75(1):e13716. doi: 10.1111/ijcp.13716. Epub 2020 Oct 13. PMID: 32946641; PMCID: PMC7536971
9. Wolgensinger L. *Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments*. Dialogues Clin Neurosci. 2015 Sep;17(3):347-51. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/lwolgensinger. PMID: 26487815; PMCID: PMC4610619.
10. Behenck ADS, Wesner AC, Guimaraes LSP, Manfro GG, Dreher CB, Heldt E. *Anxiety Sensitivity and Panic Disorder: Evaluation of the Impact of Cognitive-Behavioral Group Therapy*. Issues Ment Health Nurs. 2021 Feb;42(2):112-118. doi: 10.1080/01612840.2020.1780527. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32643490
11. Cowling WR 3rd. Feature Sections: Mindfulness/*Meditation and COVID-19*. J Holist Nurs. 2021 Dec;39(4):312-313. doi: 10.1177/08980101211060476. Epub 2021 Nov 9. PMID: 347510549

Il progetto adolescenza, disagio giovanile, territorio

*Cerati G. *, Belloni G.°, Parola L.^, Violino A.⁺, Colombini C.§*

RIASSUNTO

Il disagio dell'adolescenza e della giovane età è una condizione sempre più diffusa, però poco riconosciuta, a volte negata. Anche i servizi sono spesso visti con timore e/o evitati. Ma affrontare il disagio adolescenziale e giovanile è necessario per prevenire disturbi più gravi ed essenziale è poter identificare molto precocemente i *giovani vulnerabili* e a rischio per cercare di intervenire con modalità efficaci nei confronti dei ragazzi dentro i loro contesti di vita. Come raccomandato anche dalla letteratura scientifica aggiornata, occorre coinvolgere la realtà sociale, le aggregazioni presenti nel territorio e realizzare una autentica collaborazione con i servizi sanitari e sociali.

La diffusione disturbi psichici in età 14 - 24 anni, giunta a livelli epidemiologici allarmanti già in epoca pre-pandemica e ora in ulteriore espansione, tanto da interessare dal 15 al 20% dei ragazzi, esige interventi efficaci e tempestivi, con azioni a due livelli: i servizi e la comunità. Abbiamo implementato il modello della *Coalizione comunitaria*, attraverso la partecipazione delle istituzioni e delle realtà associative presenti nel territorio magentino e abbiatense, contribuendo a:

- Comprendere le caratteristiche del problema e sensibilizzare la popolazione
- Avere una comune formazione per individuare segnali di disagio e criteri di intervento
- Attivare processi di integrazione tra le varie istituzioni e i soggetti della rete sociale
- Identificare situazioni vulnerabili o a rischio e favorire i percorsi di prevenzione e cura attuati da equipe multiprofessionali
- Condividere e coordinare gli interventi nell'ambito della Coalizione comunitaria
- Consolidare e sviluppare con i servizi sanitari e sociali territoriali tale metodologia.

LA COALIZIONE COMUNITARIA COME OBIETTIVO ESSENZIALE E LA COSTITUZIONE DEL BOARD

Il Progetto Adolescenza, Disagio Giovanile, Territorio, presentato dalla *Fondazione degli Ospedali* e sostenuto dalla *Fondazione Ticino Olona*, opera nel magentino e nell'abbiatense insieme a partner come l'*ASST Ovest Milanese*, i *Piani Sociali* di zona e tutta una serie di servizi e di realtà associative del territorio che lavorano con giovani, adolescenti e famiglie, come *Scuole* e *Comunità Pastorali*. Esso si è proposto di coordinare gli interventi in favore dei ragazzi in difficoltà, dando vita alla *Coalizione comunitaria*, un modello di lavoro che coinvolge istituzioni, cittadini, scuole, oratori, centri di aiuto allo studio, gruppi giovanili, per mobilitare la rete sociale verso l'obiettivo comune di prevenire le situazioni di disagio e offrire l'aiuto necessario, collaborando con i servizi.

Abbiamo preso contatto con le realtà operanti nel territorio al fine di costituire la Coalizione di comunità e il Board. Al *Board* o tavolo di coordinamento sono presenti: Fondazione degli Ospedali; Piani di zona magentino e abbiatense; DSMD ASST Ovest Milanese (Psichiatria, Serd, NPIA, S. Psicologia); DMI ASST Ovest MI (Pediatria, Consultori di Magenta e Abbiategrasso) e Pediatri di libera scelta; Scuole superiori (Istituto di istruzione Superiore L. Einaudi), Servizio Tutela minori (ASCSP), Comunità Pastorale, Consultorio familiare (Fondazione Fare Famiglia) e Centro di Aiuto allo studio: di Magenta; Cooperativa Albatros.

Il Board ha svolto 25 riunioni (4 di esse in modo ristretto), di cui 4 nel 2018, 8 nel 2019, 6 nel 2020, 7 nel 2021. Esso continua a operare per garantire la continuità delle azioni e relazioni in atto.

La Coalizione di comunità comprende un ulteriore ampio insieme di soggetti: MMG, operatori dei servizi, della scuola, del privato sociale, del volontariato e altri in

contatto con il mondo giovanile, che vanno ad es. dall'Oratorio della Parrocchia di S. Gaetano di Abbiategrasso, alle Scuole superiori zone di Magenta e Abbiategrasso (Tavoli scuole magentino e abbiatense), ad Associazioni sportive, Cooperative sociali, aggregazioni giovanile spontanee, ecc..

Certamente tra gli esiti più palpabili del progetto si rilevano l'ampliarsi dell'orizzonte delle realtà coinvolte (ad es. la Unit Adolescenti o l'incrocio con i tanti progetti in atto negli ambiti dei Piani di Zona magentino e abbiatense) e l'approfondirsi delle relazioni tra i membri del Board (scuole, servizi sanitari, cooperative sociali, oratori hanno iniziato a lavorare insieme) supportate dalla loro disponibilità all'adesione e all'impegno personale. Aspetti di sostanza, che possono costituire la premessa, la base di partenza di una stabilizzazione del progetto e del suo sviluppo futuro.

Il motore organizzativo di interventi formativi per operatori, di sensibilizzazione della popolazione e educativo-preventivi verso gli adolescenti nelle scuole o negli oratori, così come di tutte le azioni che andremo a descrivere, è sempre stato il Board come gruppo di elaborazione e di lavoro.

PROGRAMMI DI FORMAZIONE SPECIFICI

I corsi di formazione per professionisti (operatori sanitari e sociali, ASST e territorio) e volontari, sul disagio degli adolescenti e dei giovani, sulle questioni attuali nella prevenzione dei disturbi e nella cura, anche delle diverse situazioni di crisi acuite dalla pandemia, sono stati organizzati allo scopo di fornire elementi sia di conoscenza sia di acquisizione di capacità di intervento aggiornate:

- 2018–19 *Corso introduttivo* (A. Parabiaghi, Ist. M. Negri), Prevenzione, intervento precoce e ruolo della comunità nella prevenzione (2 giornate): con il DSMD, oltre 80 partecipanti;
- 2021–22 *Corso di formazione per professionisti (operatori sanitari e sociali, ASST e territorio) e volontari,* Il disagio degli adolescenti e dei giovani - Magenta Abbiategrasso (3 giornate): con docenze di prestigio di professionisti e dell'Istituto Minotauro, 70 partecipanti circa.

Abbiamo partecipato attivamente a diversi Convegni, tra cui: L'adolescente oggi, promosso dalla Pediatria – DMI dell'ASST (Cuggiono) e *La vita dei giovani tra difficoltà e futuro: dalla diagnosi ai bisogni*, a cura del DSMD (Magenta), entrambi nel 2019. Inoltre, partecipazione al Webinar nazionale "Il disagio adolescenziale e giovanile oggi, tra cambiamento d'epoca e pandemia", aprile maggio 2021, e al Convegno Festival Educazione, Albatros, Castano P. 15 febbraio 2022.

SENSIBILIZZAZIONE E COMUNICAZIONE

Il nostro impegno ad operare per promuovere una adeguata conoscenza del problema è un fattore intrinseco agli scopi e alla natura del progetto, anche se abbiamo pensato di evitare la dimensione pubblicitaria in sé, privilegiando momenti di sensibilizzazione e di comunicazione mirati. Abbiamo iniziato incontrando singole realtà interessate ai giovani come associazioni sportive, centri giovanili, servizi del privato sociale, operatori, professionisti e volontari.

Abbiamo poi costruito nel 2019 un programma di sensibilizzazione-educazione della comunità, con un primo evento di grande spessore e impatto pubblico, molto articolato: la mostra Nuove Generazioni; ad esso è seguito l'incontro *La coalizione comunitaria - Lavorare in rete per promuovere e proteggere la salute mentale nei giovani*, tenuto dai colleghi di Grosseto. Circa 300 persone hanno partecipato a questi eventi a vari titolo, acquisendo maggiore consapevolezza.

L'attività di comunicazione, oltre a sostenere la risonanza pubblica di questi primi eventi, è stata poi alimentata da articoli online o di stampa (non solo a diffusione locale), interviste radio, notizie di iniziative di formazione o di partecipazione a eventi o convegni nella nostra zona, a volte in sinergia con altri eventi come ad es. la Settimana dell'Educazione della CP di Magenta nel 2021.

ATTIVITÀ EDUCATIVO-FORMATIVA PER LA PREVENZIONE

Nell'ambito del suddetto programma, un posto a parte merita l'iniziativa: *Percorso Educativo - Dispositivi e Tecnologie Digitali. Opportunità cui educarsi o Strumenti da cui difendersi?* Il percorso ha avuto il pregio di coinvolgere ragazzi e adulti, studenti e insegnanti, educatori e famiglie in un comune lavoro che fosse di aiuto sulle problematiche della dipendenza di viva attualità.

Oltre 200 ragazzi di classi delle superiori e di oratori di Magenta e Abbiategrasso ne hanno usufruito, discutendone a fondo con gli "educapari", giovani un po' più grandi, formati da un esperto, in grado di impostare una relazione alla pari e di facilitare il coinvolgimento. In tal modo le questioni attorno alle dipendenze, sia in generale che in particolare sull'uso dei dispositivi, hanno potuto essere affrontate apertamente. Oltre 80 tra educatori, insegnanti e peereducator si calcola abbiano attivamente contribuito a tali percorsi nella scuola o negli oratori.

Il Tavolo scuole del magentino ha voluto, attraverso un lavoro di preparazione condiviso, integrare questo percorso nell'ambito del suo *Progetto Consapevolmente#*, volto a prevenire e affrontare situazioni di difficoltà attraverso il metodo della *peereducation*. Del tutto analoga l'esperienza di condivisione e di metodologia educativa svolta con i due oratori di Magenta e Abbiategrasso. Su questi vari laboratori sono state approntate dai protagonisti documentate relazioni (2020).

LE SINERGIE CON L'ASST: L'EQUIPE INTEGRATA E LA UNIT ADOLESCENTI

Una mission forte del Board, l'attivazione dei processi di integrazione tra le varie istituzioni e i soggetti della rete sociale, assume piena rilevanza e si concretizza nel collaborare a valutare e progettare le risposte, per quanto possibile in modo coordinato.

La prima linea di lavoro consiste nell'identificare le situazioni vulnerabili o a rischio e favorire i percorsi di prevenzione e cura da parte di operatori multi-professionali. Nasce di qui l'ipotesi di un servizio dedicato, su cui l'ASST si impegna al fine di definire la costituzione di un'*equipe integrata* con operatori di diverse professioni (pediatri, psichiatri, psicologi, neuropsichiatri inf., educatori professionali, infermieri), in grado di intercettare il bisogno degli adolescenti e giovani possibilmente ai primi segnali di disagio e prima che si strutturi un disturbo grave. Le modalità di intervento devono caratterizzarsi per accessibilità, stile informale, contatti facilitati e diretti, sede non connotata come specialistica. Tanto la valutazione quanto il percorso successivo necessitano di integrare competenze e funzioni sia interne all'equipe sia con la rete rappresentata nel Board. Si è giunti di recente alla definizione delle Procedure operative per l'avvio del *progetto sperimentale di equipe integrata*: la sperimentazione nel territorio Magenta e Abbiategrasso, partita dall'1 novembre '21, si è conclusa ad aprile 2022, mentre procede nell'ASST lo sviluppo dipartimentale del progetto che coinvolgerà anche il territorio di Legnano.

Nel contempo, dal 1.0 gennaio 2021, è stata attivata presso il Reparto di Pediatria dell'Ospedale di Magenta la *Unit Adolescenti con acuzie psichiatriche* (aperta in via sperimentale dall'ottobre 2020), come risposta dell'ASST all'emergenza adolescenti accentuata dalla pandemia, sinergica con le azioni del progetto, con n.4 posti letto.

Varie azioni erano state implementate nel tempo: la predisposizione di ambienti adeguati secondo Linee guida NICE (2 stanze con 2 posti letto e 1 stanza singola); la formazione rivolta al personale medico e infermieristico relativamente alle patologie psichiche dell'età evolutiva e al trattamento farmacologico e relazionale degli episodi psichiatrici acuti; la definizione di una Procedura condivisa tra i diversi Servizi (Pediatria, NPIA, Psicologia, Psichiatria, Pronto Soccorso), ultima revisione: aprile 2021.

Le Tabelle successive riguardano i dati relativi ai ricoveri di minori con disturbi psichiatrici nel Reparto di Pediatria di Magenta nel corso degli anni: la prima il numero di ricoveri e l'età; la seconda la distribuzione per sesso e nazionalità; la terza la distribuzione per diagnosi.

Figura 1

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totale	5	5	16	11	20	35	26	32	32	66
Età media	15,0	15,0	15,0	15,0	14,4	14,7	15,4	15,5	15,6	14,6
Età min	14	14	13	12	10	10	10	13	11	8
< 14 AA			1 6%	1	2	5	3	6	5	11 20%

Figura 2

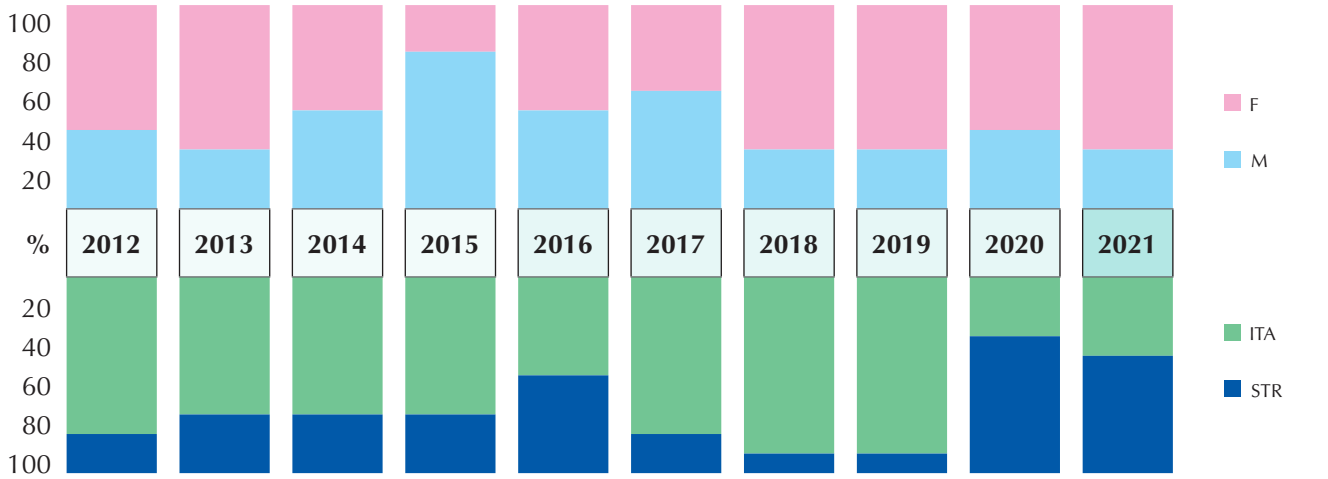
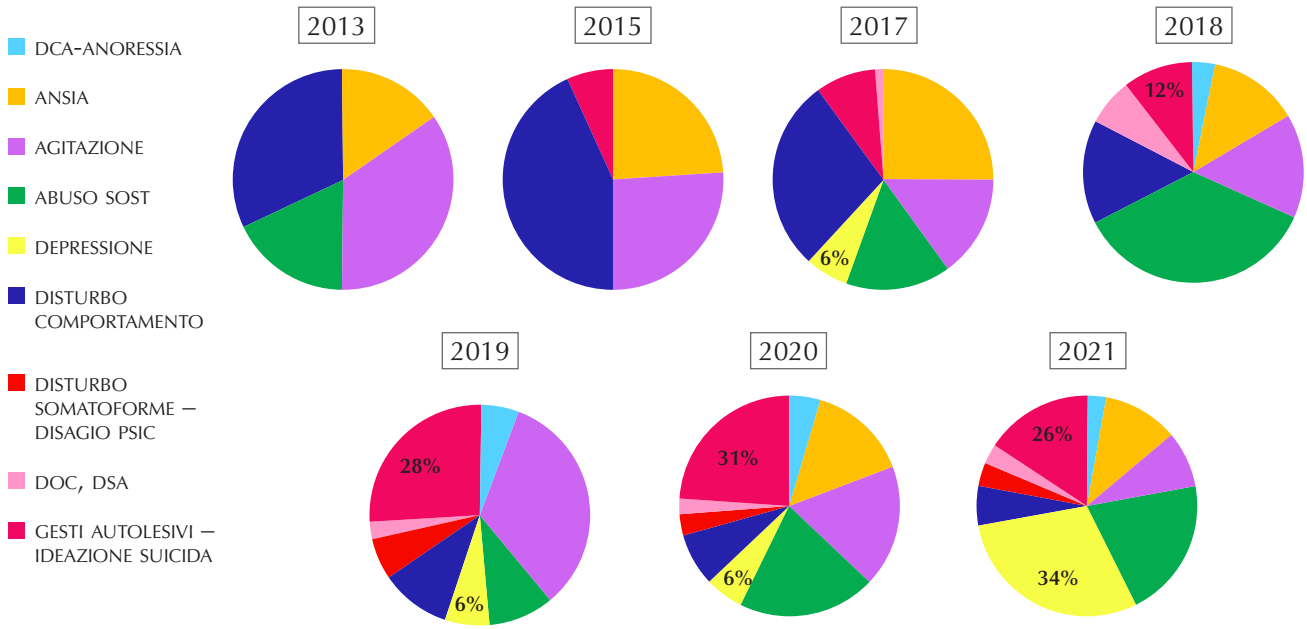


Figura 3



Dai dati si evidenzia ad es. l'aumento notevole nel numero di adolescenti ricoverati e il netto incremento delle condotte autolesive. Da segnalare, inoltre, che con questo tipo di organizzazione, solo 1-2 ragazzi ogni anno ha richiesto ricovero in SPDC, ambiente sicuramente poco appropriato per il ricovero di ragazzi in età adolescenziale.

La nostra esperienza ci porta a proporre che i ragazzi con patologie acute psichiatriche dovrebbero essere ricoverati: in Reparto NPIA (alta intensità) per quadri dove gli aspetti comportamentali o le condizioni psichiche determinano instabilità dal punto di vista clinico con associati bisogni ad elevata complessità assistenziale; in Unit Pediatria (media/bassa intensità) per quadri clinici più stabilizzati e con necessità assistenziali di minore intensità e/o con rilievo internistico.

Con questo approccio pensiamo si possa trovare una parziale risposta alla crisi epocale accentuata dalla epidemia, convinti che una migliore soluzione possa essere ricercata nella prevenzione, con le "Coalizioni di Comunità" che comprendano le agenzie sanitarie, sociali, sportive, religiose, educative... e che si occupino dei ragazzi in età adolescenziale e pre-adolescenziale.

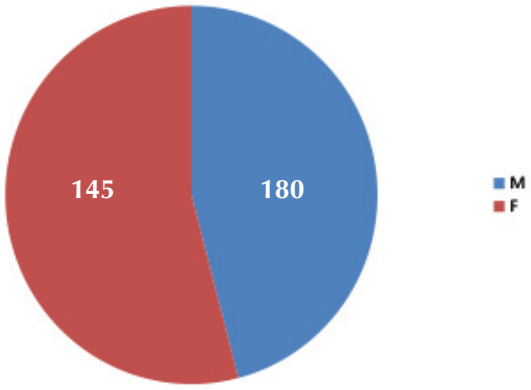
ATTIVITÀ IN ATTO NEL DSMD DELL'ASST

L'altra linea per l'integrazione ha esplorato la possibilità di condividere gli interventi di risposta al bisogno di giovani e adolescenti, già esistenti, nell'ambito della Coalizione comunitaria.

Infatti, prendendo in esame i servizi sanitari del DSMD dell'ASST occorre considerare in primis il ruolo del *Progetto Innovativo Regionale Giovani*, con 325 casi di giovani tra i 17 e i 24 anni valutati nel 2021.

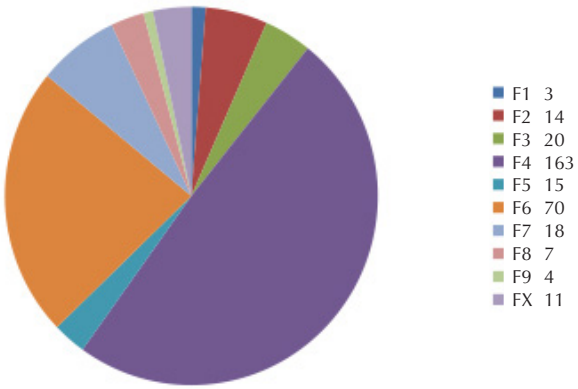
Nel corso del 2021 è stato osservato in tutti i presidi territoriali un netto incremento della domanda di aiuto in fascia di età 17–24 anni, con rilevante coinvolgimento delle risorse in termini di numero di prime visite, quantità di assessment psicodiagnostici avviati e successivi percorsi di assunzione in cura. Il numero di richieste di prime visite è stato di gran lunga più alto rispetto a quello degli anni precedenti.

Distribuzione per genere



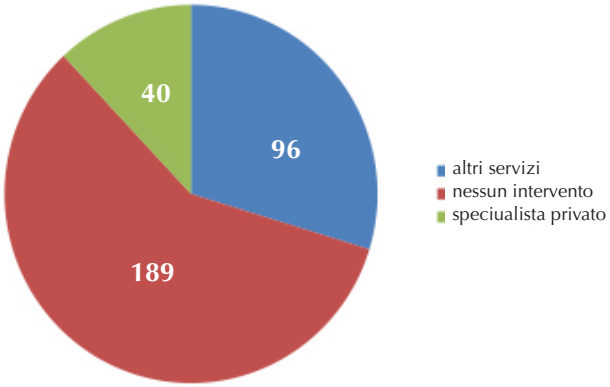
Questo incremento è solo in parte riconducibile agli effetti del lockdown e degli assestamenti sociali legati alla pandemia, ma riflette sia l'andamento globale delle espressioni di incertezza e sofferenza sperimentate dai giovani sia un abbassamento della soglia di accesso ai servizi, precedentemente poco utilizzati dall'utenza giovane e ora riconosciuti come un valido punto di confronto e vicinanza. Come evidenziato dal grafico la maggior parte delle richieste di aiuto hanno rivelato disturbi di area ansiosa, ma ben rappresentati sono anche i tratti disfunzionali della personalità a prevalente espressività impulsivo/disregolata.

Distribuzione per diagnosi



Oltre alle richieste dirette di valutazione si è assistito anche ad un'intensificazione delle richieste indirette di ascolto, orientamento e accoglimento da parte delle famiglie e di altre agenzie, formali e non, che si occupano di questa fascia di età. È proprio tramite questo dialogo assiduo con il territorio emerge quanto non siano tanto i bisogni di cura ad aumentare, quanto quelli di benessere, protezione, decodifica del disagio e sguardo al futuro. Di sotto un grafico che evidenzia un discreto numero di invii da parte di altri servizi.

Distribuzione contatti precedenti a prima visita



Dall'analisi dei flussi regionali, nei servizi della psichiatria del DSMD, risulta che le prime visite in fascia anagrafica inferiore ai 25 anni sono il secondo range di età più rappresentato e diventa il primo se consideriamo le prime visite psicologiche, a conferma di bisogni che prescindono l'espressione clinica del disagio.

Riguardo al *Servizio di NPIA*, si segnalano le criticità di gestione della attività clinica rivolta alla fascia adolescenziale. Come noto, già nel corso degli ultimi 10 anni si è assistito ad un progressivo aumento della richiesta di presa in carico di adolescenti con disagio psichico; tale andamento ha subito un ulteriore accelerazione nel periodo pandemico, associato anche ad un aggravamento dei quadri clinici per i quali viene richiesto l'intervento.

Sono aumentate sia le richieste di prima visita NPI che gli accessi a PS ed i ricoveri presso la UNIT della Pediatria di Magenta. Si riportano di seguito i dati relativi al 2021 ed ai primi 2 mesi del 2022:

– prime visite NPIA 155; - ricoveri presso Pediatria Magenta e Legnano, SPDC Magenta e Legnano) 52 ricoveri con 332 consulenze NPI ai Reparti e 114 interventi di educatore/TERP. Tali interventi sono frutto anche dell'integrazione con il Progetto regionale APA (Acuzie Psichiatrica Adolescenti).

Da rilevare inoltre l'attività del *Servizio Dipendenze* nel 2021, con 136 giovani 18-24 anni trattati.

Servizio Dipendenza 2021

Prese in carico	Fino a 14 TOT	15-17 TOT	18-24 TOT
Noa Abbiategrasso	0	0	8
Noa Legnano	0	1	7
Sert Magenta	0	6	53
Sert Parabiago	0	20	68
TOTALE	0	27	136

ALTRI INTERVENTI SANITARI E SOCIALI PRESENTI NEL TERRITORIO

Il *Consultorio Familiare* della Fondazione Fare Famiglia di Magenta segnala 39 adolescenti 14-18 a. e 58 giovani 19- 24 a. in carico (dati che rappresentano il 28% delle richieste di accesso psicologico loro rivolte, con un netto incremento di accessi nella fascia 19-24 rispetto ai precedenti anni).

A Magenta opera anche il *Centro di Aiuto* allo studio (C. Culturale Don Tragella), che si occupa di 20 ragazzi/e delle superiori con difficoltà scolastiche.

Gli interventi sociali dei *Piani di zona dell'abbiatense* offrono uno spaccato relativo al Servizio Tutela Minori e Famiglia, articolato in 3 servizi che hanno in carico 380 situazioni. Per i giovani sono numerose le iniziative in corso: ad es. il Servizio Adulti di Fiducia o lo Sportello

d'Ascolto nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado; Consulta Giovani e Comunità Educante rivolti alla prevenzione di fenomeni diffusi (dispersione scolastica, NEET, bullismo, atti violenti); Conciliazione scuola lavoro: misura regionale in via di sperimentazione con studenti delle superiori. Da ultimo nel 2021 la nuova programmazione territoriale basata sui bisogni rilevati. L'Ufficio di Piano di Abbiategrasso avrà poi, come capofila, il compito di predisporre la proposta di un nuovo progetto in favore dei giovani imperniato sul metodo del Board della Coalizione comunitaria.

Riguardo agli *interventi sociali* dei *Piani di zona del magentino*, esistono due progetti, "Reload" e "Work in progress", i cui obiettivi si intersecano con quelli del nostro, il primo rivolto più alla fascia infanzia-adolescenza, il secondo alla fascia adolescenti-giovani adulti; l'Ufficio di Piano ha inoltre sostenuto le progettualità locali dei Comuni dell'ambito nell'estate 2021, rivolte ai ragazzi tra i 14 e i 18 anni, intercettandone circa 114 di cui 43 attivamente coinvolti. Vi opera anche un Tavolo assistenti sociali di 15 membri circa. Grazie alla Cooperativa sociale Albatros, nel 2021, sono stati attuati progetti giovani con taglio educativo in 4 comuni (Magenta, Ossona, Arluno, Mesero), oltre a iniziative già in atto (Boffalora, Marcallo): in totale, 109 ragazzi coinvolti in modo attivo e altri 95 partecipanti.

Anche il *Servizio Tutela Minori e Famiglia* di Magenta segnala la continuità del trend di aumento del numero dei casi. In verità la salita era iniziata già ante Covid, ma si è registrato un incremento significativo nel periodo novembre 2020 – luglio 2021: i nuovi casi aperti sono stati 134, di cui 112 nel primo semestre 2021 e di questi 60 nel primo trimestre (gennaio-marzo 2021). Nel periodo gennaio-giugno 2020 le aperture erano state 86. Il confronto tra i semestri 2020 e 2021 e il dato del primo e secondo trimestre 2021 mostrano una significativa impennata della curva.

IL FUTURO: LA CONSEGNA ALLE ISTITUZIONI E LA CONTINUITÀ DI UN METODO

Abbiamo sinteticamente dato conto del lavoro sviluppato dal progetto e delle iniziative e attività che in termini diretti o indiretti vi si connettono. Le persone e i gruppi coinvolti in totale assommano a cifre notevoli, che comportano nel complesso un impegno di operatori e di volontari per alcune migliaia di ore impiegate.

Il risultato sostanziale consiste nella realizzazione della Coalizione comunitaria, come insieme di relazioni in grado di favorire la collaborazione dei soggetti della rete primaria e dei servizi nel territorio e l'integrazione delle risposte preventive e di cura al disagio di adolescenti e giovani, sia attivando percorsi specifici sia collegando le attività sanitarie e sociali presenti. Il Progetto si è concluso a dicembre 2021, ma i suoi interventi proseguono, grazie alla consistenza delle relazioni attivate nella rete, attraverso la disponibilità volontaria dei membri del Board.

Conforta il sapere dello sviluppo istituzionale del Progetto. Infatti, i Piani di Zona di Abbiategrasso, Magenta e Legnano-Castano di comune accordo proporranno, seguendo i criteri dell'integrazione socio-sanitaria prevista nella programmazione regionale, dei progetti "sovra ambiti", di cui Il principale si pone in continuità con il nostro, e i Piani di zona stessi ne diventano capo-fila. Tale prospettiva è molto interessante, perché il cuore di questo progetto viene assunto dall'istituzione e proseguito, sviluppandone gli aspetti innovativi di lavoro di rete e di integrazione tra sanitario e sociale, per un ampliamento e consolidamento della Coalizione comunitaria.

Afferenza degli autori

* *Psichiatra, CdA Fondazione degli Ospedali di Abbiategrasso, Cuggiono, Legnano, Magenta*

° *Psichiatra, Direttore DSMD dell'ASST Ovest Milanese*

^ *Pediatra, Direttore DMI dell'ASST Ovest Milanese*

+ *Psicoterapeuta, dirigente psicologo Serd - DSMD ASST Ovest Mi*

§ *Educatrice professionale CD - DSMD ASST Ovest Mi*

Corrispondenza a:

giorgio.cerati48@gmail.com

gian.belloni@asst-ovest mi.it

luciana.parola55@gmail.com

aldo.violino@asst-ovest mi.it

cristina.colombini@asst-ovest mi.it

Membri del board e collaboratori:

C. Chiarelli, Piano di zona magentino,

L. Nozza, Piano di zona abbiatense

A. Sammali e Stefania Sartorelli, ASCSP Magenta

D. Casini, Cooperativa sociale Albatros

V. Malini e L. De Ponti, Consultorio Fondazione Fare Famiglia

M. Stoppa, Istituto Superiore L. Einaudi Magenta

E. Bianchi, Centro di aiuto allo studio Magenta

E. Redaelli, Comunità Pastorale di Magenta

T. Guidi (Abbiategrasso) e A. Viola (Robecco SN), Pediatre di libera scelta,

S. Fedele, Direzione socio-sanitaria ASST Ovest Milanese

A. Pecoraro e P. Basso, Consultorio Familiare ASST Ovest Milanese

L. Micheletti, Responsabile PIR ASST Ovest Milanese

G. Vasile, Servizio NPIA ASST Ovest Milanese

L. Vergani, Servizio Psicologia ASST Ovest Milanese

Bibliografia

1. Brown LD, Feinberg ME, Shapiro VB, Greenberg MT., *Reciprocal relations between coalition functioning and the provision of implementation support*. Prev Sci. 2015 Jan; 16 (1): 101-109
2. Butterfoss FD, Kegker MC., *Toward a comprehensive understanding of community coalitions*.
3. In Di Clemente RJ, Crosby RA, Kleger MC editor(s). *Emerging Theories in Health Promotion practice and Research*. San Francisco: Jossey Bass; 2002:157-93
4. Butterfoss FD., *Coalition and Partnerships in Community Health. Coalition and Community Partnerships in Community Health*. San Francisco: JosseyBass; 2007.
5. D'Avanzo B, Magnaghi N, Cardamone G, Parabiaghi A, Percudani M e Gruppo di lavoro progetto CCM 2013, *Una nuova sfida per i Servizi di salute mentale: lavorare in rete con la comunità per proteggere e promuovere la salute nei giovani*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici Vol. 14-6 Apr. 2017
6. Granner ML, Sharpe PA., *Evaluating community coalition characteristics and functioning: a summery of measurement tools*. Health Educ Res. 2004; 19 (5).414-532
7. Green LW, Kreuter MW., *Health promotion as a public health strategy for the 1990s*. Annual Review of Public Health. 1990; 11:319-34
8. McGorry PD, *Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue*. J Nervment Dis. 2015; 203(5):310-8
9. Percudani M, Parabiaghi A, D'Avanzo B, Cardamone G, Costantino A, Lora A, Maranesi T, Vaggi M e Gruppo di Lavoro progetto CCM 2013, *Un modello di prevenzione e cura dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24)*. Psichiatria Oggi Anno XXIX n. 2 Luglio-dicembre 2016
10. Kadushin C, Lindholm M, Ryan D, Brodsky A, Saxe L, *Why it is so difficult to form effective community coalitions*. City and Community. 2005,4(3): 255-75
11. Zakocs RC, Edwards EM., *What explains community coalition effectiveness? A review of the literature*. American Journal of Preventive Medicine. 2006;30(4):351-61.

Applicazione del modello della coalizione comunitaria in un servizio di salute mentale per i giovani: la Coalizione Comunitaria CPS Giovani-Contatto

D'Avanzo B., Cerri A.°, Barbera S.^, Righetti T.°, Percudani M.^*

ABSTRACT

In linea con l'evoluzione dei modelli di prevenzione e cura dei disturbi mentali nei giovani, il CPS Giovani della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano e l'Associazione Contatto hanno intrapreso in partnership un percorso di miglioramento dell'attrattività del CPS e di attivazione della comunità sui temi della salute mentale facendo riferimento al modello della coalizione comunitaria. Questo è un approccio ai problemi di salute intesi come problemi della comunità in quanto sistema e come «bene comune» secondo cui la salute dei singoli è interesse collettivo che si mantiene nella cooperazione. Il CPS Giovani e Contatto propongono la coalizione comunitaria come luogo di progettazione partecipata di azioni e soluzioni a problemi complessi quali il riconoscimento e il trattamento dei disturbi mentali gravi in età giovanile attraverso il confronto e la diffusione di conoscenze, competenze, linguaggi e risorse. L'esperienza ha mostrato una buona tenuta nel tempo e una buona partecipazione. Dal 2019 sono state attuate diverse iniziative che vengono qui descritte e discusse. Benché una valutazione formale degli esiti di tali azioni sia auspicabile, essa pone tuttavia problemi metodologici significativi, e si presenta quindi una buona occasione per affrontarli.

Dopo un avvio caratterizzato dall'attenzione agli esordi psicotici alla fine degli anni '90, già intorno agli anni '10 del 2000 i servizi di salute mentale per i giovani cominciavano ad allargare lo sguardo ad altre patologie, per assumere un approccio sempre più trasversale alle diverse diagnosi, o addirittura indipendente dalla diagnosi. Gli aspetti critici dell'approccio centrato sulla diagnosi sono stati messi in evidenza, tra gli altri, da Van Os et al (2019): in particolare, la focalizzazione e l'organizzazione dei servizi, delle competenze e delle risorse attorno alla diagnosi si muoveva nel senso opposto a quello della considerazione delle capacità delle persone e delle possibilità presentate da loro stesse e dal contesto in cui vivono, ostacolando di conseguenza la cura centrata sulla persona (Van Os et al, 2019).

Il mantenimento esclusivo dell'attenzione sui disturbi psicotici presentava nei fatti il limite evidente di escludere altri disturbi mentali, pur significativamente prevalenti e potenzialmente gravi, dal cono di luce dei servizi. In linea con l'evolvere di questa consapevolezza, il Programma 2000, nato all'interno dell'allora Azienda Ospedaliera di Niguarda, è diventato CPS Giovani (dell'attuale ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda) a partire dal 2016, ampliando il suo target a tutti i disturbi degli adolescenti. Al tempo stesso, con i fondi regionali stanziati dal PIR TR105 sono nati in Lombardia sette progetti specificamente dedicati alla prevenzione e al trattamento dei disturbi mentali nei giovani; secondo i dati del survey dell'Associazione Italiana per la Prevenzione e l'intervento Precoce in salute mentale (AIPP) in Italia nel 2018 erano attivi 41 progetti.

Il processo di trasformazione dei servizi di salute mentale per i giovani ha incrociato il percorso di cambiamento tendenziale dei servizi di salute mentale nel loro insieme. Esso corrisponde al percorso avviato molti anni fa, ma eterogeneo nei tempi e nei risultati, di superamento della separatezza dei servizi di salute mentale rispetto ad altri servizi sanitari e sociali e ad altre agenzie di supporto e aiuto. Già la prima versione del paradigma dell'intervento precoce prevedeva un approccio assertivo,

preventivo e di *outreach*, di intercettazione del disagio lì dove si genera, attraverso la presenza di figure sentinella e la sensibilizzazione dei contesti in cui si svolge la vita dei giovani (McGorry et al, 1999; Cocchi et al, 2008).

La separatezza dei servizi non solo non consente di raggiungere le persone che devono beneficiarne, ma finisce col 1. mantenere e supportare la separazione tra la persona e il suo contesto di vita; 2. impedire un linguaggio comune tra cittadini malati e non, e servizi; 3. rafforzare l'idea che i servizi siano l'unica forma di cura per la persona e lasciare il contesto di vita inerte, impotente e in posizione difensiva di fronte alla malattia; 4. di conseguenza, deresponsabilizzare i non esperti nell'incontro con le persone che presentano disagio mentale.

La cura fornita dai servizi soffre, soprattutto attualmente, di diversi altri problemi: i servizi sono sotto-organico, mantengono spesso una cultura istituzionale, non sono sempre multidisciplinari, in molti casi alcune professionalità mancano o sono del tutto insufficienti, non sono ad alta accessibilità. Soprattutto, i servizi non connessi alle agenzie della comunità hanno difficoltà a soddisfare i bisogni che concorrono al miglioramento della qualità della vita, quali un'abitazione sicura e autonoma, un reddito sufficiente, contesti dove possano avervi luogo relazioni minimamente gratificanti. Il raggiungimento di questi obiettivi dipende dalla sinergia con altri servizi. Il termine *meta-community mental health care* (Bouras et al, 2018) significa la cura che si svolge "al di là" dei servizi: "Il concetto diventa necessario sia per superare in parte la moltiplicazione di servizi separati [...], sia per trarre vantaggio da altre fonti di opportunità, ovunque esse si trovino" (Bouras et al, 2018). Per questi autori, la meta-community mental health è l'estensione naturale del modello biopsicosociale declinato sull'organizzazione dei servizi. "...Molte aspirazioni dei servizi di comunità erano fondate nel riconoscimento che la malattia mentale può essere causata, peggiorata o mantenuta da processi sociali dannosi che si svolgono nei luoghi della comunità, nei quartieri, nelle scuole, nelle famiglie. Queste cause sociali possono essere prevenute o i loro effetti mitigati da interventi diretti agli ingredienti tossici sociali [...] e affrontando lo stigma e la discriminazione" (Bouras et al, 2018).

Gli autori sottolineano il sociale del biopsicosociale e l'influenza di una dimensione sull'altra in una prospettiva filogenetica. L'evoluzione umana vede l'influenza reciproca tra cervello e aggregazioni sociali: la differenziazione e l'allargamento dei gruppi sociali si è rispecchiata nella differenziazione e nello sviluppo del volume del cervello, tanto che cervello, mente e processi sociali sono in quest'ottica necessariamente su uno stesso pia no. Sono quindi gli affetti, le emozioni e i sentimenti che modificano il cervello, il corpo e la società. Lo sguardo dei servizi deve, e può, allargarsi a dove questi nascono e si esprimono.

La qualità dei servizi di salute mentale va ricercata nel "come" i servizi servono le persone, più che nel "che cosa" danno loro (Van Os et al, 2019). Allo scopo di essere inclusivi e sintonizzati con le persone, e con i giovani in particolare, i servizi devono dar loro voce, accogliendone le esigenze e i significati che attribuiscono alle esperienze di salute e di malattia e favorendone la partecipazione nella cura e nell'organizzazione del servizio, oltre che il supporto che essi stessi possono offrire ad altri giovani in difficoltà. L'orientamento al coinvolgimento e alla partecipazione dei giovani è un pilastro del modello dei servizi per i giovani ed è necessario se si vogliono creare contesti non stigmatizzanti, non giudicanti e per loro attraenti (McGorry, 2018). Le priorità dei servizi per i giovani devono allinearsi alle preferenze espresse dai giovani stessi, che sono volte al recupero dell'integrazione delle parti disperse di sé in seguito alla malattia e di un posto, per quanto piccolo, nel contesto di vita (Van Os et al, 2019).

La ricerca qualitativa sul senso del costrutto di recovery ha messo in evidenza come la centralità della persona stessa, della crescita della sua consapevolezza e dello sviluppo delle sue potenzialità rischi di configurarsi come un'indicazione eccessivamente ottimistica da parte di alcuni operatori e teorici della recovery, una semplificazione che non riconosce la difficoltà reale del

percorso di miglioramento e guarigione (Stuart et al, 2017). A maggior ragione, pertanto, l'ascolto della voce dei giovani deve essere costantemente messo in pratica e rinnovato. Soprattutto, il supporto all'identificazione e al raggiungimento degli obiettivi delle persone deve essere strutturale alla cura, costante, affidabile e deve essere pertanto il focus specifico di competenze cliniche essenziali (Rudnick, 2016).

LE COMPONENTI DEL PROCESSO DI APERTURA E TRASFORMAZIONE DEI SERVIZI A FAVORE DEI GIOVANI

Nel percorso di apertura e trasformazione dei servizi possiamo identificare alcune componenti di complessità crescente. Una prima componente sta nell'azione di un servizio specifico per i giovani volta a diffondere la propria specificità, connessa non solo al target dei giovani con segni di disagio mentale, ma anche alla maggiore accessibilità, alla varietà delle attività, all'adeguatezza degli interventi rispetto ai bisogni dei giovani, alle maggiori possibilità di socializzazione.

Una seconda componente è l'apertura del servizio a figure esterne, la capacità di farsi luogo di ospitalità di iniziative, il superamento delle mura fisiche e simboliche del servizio, ma anche l'apertura di un dialogo tra esperti e non.

La terza componente riguarda l'attivazione e il coinvolgimento dei giovani seguiti dai servizi. Questo può essere realizzato con il supporto tra pari, la consultazione regolare degli utenti sugli aspetti del servizio da mantenere e rafforzare e su quelli da modificare o superare, il coinvolgimento nella pianificazione dei cambiamenti.

Possiamo vedere come quarta e cruciale componente una più ampia chiamata all'azione non solo dei diretti interessati ma anche delle persone più indirettamente o potenzialmente coinvolte allo scopo di attuare nella comunità attività di prevenzione del disagio mentale, della sua intercettazione e di supporto alle persone con disagio o disturbi mentali. Tali attività possono essere pensate e organizzate dai soggetti e dalle agenzie della comunità con un legame variabile, in termini di quantità e di contenuti, con i servizi di salute mentale.

Si colloca in quest'area il modello della coalizione comunitaria, una strategia di coinvolgimento dei cittadini di un territorio in temi di salute pubblica (Butterfloss, 2007). Rappresenta un approccio ai problemi di salute intesi come problemi della comunità in quanto sistema e non di singoli individui o categorie e risponde all'idea della salute come «bene comune»: la salute dei singoli è qualcosa di interdipendente, è interesse collettivo, che si ottiene e si difende cooperando gli uni con gli altri. La concezione dei beni comuni implica un coinvolgimento diretto, immediato e consapevole delle popolazioni nella preservazione e gestione dei beni, una responsabilità diffusa e una capacità di auto-normazione, oltre che il riconoscimento e la valorizzazione di una competenza non specialistica ma anch'essa utile.

Il modello della coalizione comunitaria è stato utilizzato tra l'altro per la prevenzione di comportamenti a rischio e devianti, per prevenire l'uso di alcool e tabacco nei giovani a livello di comunità (Hawkins et al., 2012) e per ridurre le disparità di salute nelle minoranze etniche (Anderson et al, 2015). Le coalizioni di comunità coinvolgono molteplici soggetti, che condividono in modo collaborativo e sinergico un obiettivo comune; in esse organizzazioni di natura diversa e con interessi diversi si coalizzano su un obiettivo comune esterno. Di fatto la coalizione di comunità può costituire un luogo di progettazione creativa e partecipata di azioni e soluzioni a problemi complessi quali il riconoscimento e il trattamento dei disturbi psichici gravi in età giovanile, in popolazioni a rischio, attraverso la messa in gioco, il confronto, la diffusione di conoscenze, competenze, linguaggi e risorse. La discussione sugli effetti, a vario livello, del modello della coalizione e della mobilitazione comunitaria è piuttosto ampia, e affronta anche il tema della quantificazione di tali effetti (Granner e Sharpe, 2004; Lippman et al, 2016).

LA COALIZIONE COMUNITARIA NEL CPS GIOVANI DELLA ASST DI NIGUARDA

Al modello della coalizione comunitaria ci si è ispirati a supporto della svolta che il CPS Giovani della ASST di Niguarda ha voluto imprimere al processo di apertura e di "cambiamento di linguaggio" per un'azione sempre più inclusiva ed efficace con i giovani. La coalizione comunitaria è vista come strumento di lavoro, insieme di risposte per la prevenzione delle malattie mentali gravi nei giovani che il territorio, supportato dal servizio, può esprimere. Un antecedente significativo va rinvenuto nel progetto finanziato dal Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute al Dipartimento di Salute Mentale di Garbagnate nel periodo 2015-2016 e condotto in quattro regioni, in cui si proponevano diverse azioni a supporto della prevenzione e dell'identificazione precoce dei disturbi psicotici. Il progetto promuoveva aspetti organizzativi dei servizi (quali la continuità tra i servizi della neuropsichiatria infantile e quelli di salute mentale per gli adulti, e la creazione di servizi specifici per i giovani dove non ne esistevano), formativi e di creazione di competenze per il riconoscimento degli stati mentali a rischio, e la promozione di coalizioni comunitarie nelle diverse aree (Parabiaghi et al, 2019; D'Avanzo et al, 2019). Il CPS Giovani con l'Associazione Contatto ha avviato dal 2019 delle azioni volte alla costruzione di una coalizione comunitaria per la prevenzione delle malattie mentali nei giovani e per l'avvicinamento delle persone con disturbi mentali. Le azioni che la Coalizione Comunitaria CPS Giovani-Contatto ha progettato e avviato sono state precedute dalla formazione di un Board, che può essere considerato come un dispositivo leggero e versatile, in grado di formulare e recepire proposte per e dal territorio, capace di adattarsi con flessibilità alle situazioni incontrate e ai bisogni emergenti. Il Board è di fatto un gruppo operativo formato stabilmente, oltre che dal CPS Giovani e dall'associazione Contatto, dall'associazione L'Amico Charly, da un gruppo di giovani volontari, da ex-utenti del CPS Giovani, e che accoglie altri soggetti del territorio su tematiche e iniziative specifiche. Sono stati infatti invitati al Board diversi soggetti del territorio sensibili e attivi sulle tematiche affrontate dalla coalizione comunitaria: Niguarda Rinasce, associazione Aiutiamoli, Centro sportivo PlayMore hanno partecipato attivamente con la proposta di iniziative che hanno esteso il raggio d'azione della Coalizione Comunitaria.

Le azioni intraprese si inquadrano nelle componenti sopra descritte. Rispetto alla prima componente, informativa e di miglioramento dell'accessibilità, si è ritenuto che fosse utile offrire una diffusione più ampia dell'informazione completa e alternativa a quella più usuale di ciò che i servizi per i giovani possono fare. Nei luoghi di vita – scuole, organizzazioni giovanili, sportive, altri contesti di cura - ci si trova di fronte ad un continuum di forme di disagio, poche delle quali esitano in disturbi gravi, ma che hanno tutte bisogno di attenzione. Tuttavia, la prossimità col disagio è, in molti casi, fonte di ansia e di sentimenti di inadeguatezza. L'accompagnamento ai servizi può essere aiutato da una migliore conoscenza di ciò che i servizi possono offrire e dalla consapevolezza che si tratta di servizi adatti ai giovani. A questo si è voluto rispondere fornendo informazioni in incontri organizzati appositamente per mostrare ciò che il servizio fa, chi lo fa e come lo fa, rispondendo alle domande e offrendo un'immagine aperta e dinamica del servizio stesso. Nel periodo 2018-2019 si sono svolti presso la sede del CPS Giovani di Via Livigno sei incontri informativi con scuole, consultori, medici di medicina generale, associazioni di aggregazione giovanile, che hanno coinvolto oltre cento persone.

Un fattore importante nella capacità di inviare al servizio da parte delle persone è la capacità di confrontarsi con il disagio e di prendere contatto con esso. Questo può essere fatto trasmettendo un'immagine non stereotipata e non stigmatizzante dei giovani che manifestano un disagio e la fiducia nella possibilità della guarigione. E' importante favorire una comunicazione non svalutante, non distaccata, interessata ed empatica, che, pur riconoscendo la sofferenza, sia al tempo stesso incorag-

giante ed evochi la possibilità di trovare soluzioni. Tra le iniziative di questa area, che ha preso il nome di "Pillole di counseling", vi è quella di redigere un opuscolo sulla Coalizione Comunitaria, intitolato "Io c'entro?". Si tratta di una pubblicazione rivolta sia alle persone con disagio mentale sia a coloro che, a diverso titolo, sono coinvolti nella relazione con i più giovani e più estesamente a tutti, nell'idea che la salute mentale sia un tema che non esclude nessuno. Per questo rappresenta il tentativo di rivolgersi con un solo linguaggio sia a chi soffre di un disagio sia a chi può aiutare, nell'idea che questa stessa separazione sia da superare e che ciascuno sia potenzialmente e parzialmente una cosa e l'altra.

Il processo di elaborazione di questo opuscolo è stato complesso e articolato ed ha coinvolto attivamente più soggetti, professionisti e non, per puntare ad una comunicazione chiara e non troppo tecnica, che si è arricchita della narrazione di quattro storie in grado di fornire esempi concreti dell'esperienza della coalizione comunitaria e su come ciascuno possa prendervi parte. Il linguaggio tecnico degli operatori della salute mentale ha incontrato una prospettiva differente e complementare e ne ha tratto beneficio in termini di efficacia comunicativa.

"Pillole di counseling" consiste in un pacchetto di concetti e indicazioni volti ad informare sul disagio psichico e la malattia mentale, per superare resistenze dovute alla scarsa conoscenza e alla paura, per provare ad entrare in relazione con la persona sofferente, in modo da non aumentarne la condizione di isolamento e creare le condizioni per favorire l'apertura e la richiesta di aiuto. Le "pillole" sono utilizzabili da tutti: in particolare, la loro diffusione è pensata per insegnanti, medici di base, personale di centri sportivi, di centri di aggregazione giovanile e altri luoghi significativi per i giovani. Costituiscono una sorta di canovaccio che di volta in volta può essere adattato e rimodulato sulla base delle specifiche occasioni di sensibilizzazione e formazione. Inoltre, sul piano della sensibilizzazione e della promozione di una maggiore accessibilità al servizio di salute mentale dedicato alla fascia giovanile, è stato prodotto il video "Faccia affaccia" che è stato presentato in occasione della Giornata della Salute Mentale del 10 ottobre 2020 al webinar dal titolo: "Perché vergognarsi? La salute mentale è un diritto di tutti" organizzato dal Comune di Milano – Assessorato Politiche Sociali e Abitative insieme al Coordinamento milanese salute mentale del Terzo Settore e le ASST presso la Fabbrica del Vapore. Nel video il progetto della coalizione comunitaria viene presentato a due voci, dal punto di vista del servizio del CPS Giovani e dell'associazione Contatto, in un "faccia a faccia" che mostra come dall'incontro tra il servizio pubblico e una realtà del terzo settore possano nascere nuove sinergie, secondo un approccio integrato che valorizza complementarietà e specificità.

In linea con la componente volta all'apertura del servizio come luogo fisico, e nell'intento di farne un luogo che ospiti iniziative comunitarie, va infine menzionato il progetto di condivisione del giardino che circonda la palazzina del CPS Giovani, intitolato "Trova le differenze". Si tratta di uno spazio di progettazione e cura del verde con finalità di coinvolgimento e di inclusione di giovani e di cittadini volontari. La finalità è quella di diffondere un messaggio di valorizzazione ed integrazione delle differenze, di comunicazione possibile e di inclusione sociale grazie ad un percorso sensoriale ed esperienziale che attraversa il giardino; questo percorso è concepito come un passaggio attraverso delle "stanze" in cui trovare diverse varietà di piante, diversificate in base alle loro caratteristiche e al colore dei fiori e dei frutti, con l'effetto di generare piacere, di incuriosire i passanti e richiamare i cittadini, grazie alla capacità attrattiva dei fiori e delle piante, organizzate secondo un progetto curato da una consulente paesaggista in cui sono esaltate la bellezza e l'armonia dell'insieme. Il Board ha elaborato il significato del percorso che consiste nell'esplorazione e conoscenza delle differenze, in un giro attorno alla struttura, che permetta di tornare al punto di partenza (ingresso-arrivo del CPS) con una maggior consapevolezza

della complessità del reale, avendo preso coscienza della specificità e funzione di ogni tipo di pianta.

All'attività del verde hanno preso parte anche alcuni giovani utenti del CPS Giovani che hanno dato vita ad altre iniziative come la colorazione del corrimano e delle colonne di accesso al CPS. La scelta dei colori è stata condivisa dal gruppo di lavoro con l'intento di riprendere i colori della metropolitana milanese, rappresentando una continuità con la nota scultura di piazzale Cadorna, "Ago e filo".

Il progetto del giardino condiviso può essere considerato un contenitore di idee e di ulteriori iniziative. La possibilità di ospitare giovani studenti è una di queste, attraverso l'organizzazione di giornate dedicate alle scuole, open day del servizio in cui l'incontro con i giovani costituisce il momento finale dei percorsi di sensibilizzazione sul tema della salute mentale. E' stato ideato con il Liceo Artistico di Brera un progetto per la realizzazione di un murale sulla facciata di ingresso della palazzina del CPS Giovani, quale esito finale di un percorso formativo e di sensibilizzazione che coinvolgerà una classe di studenti e che si propone gli obiettivi di 1. contrastare lo stigma attorno alla malattia mentale attraverso un'esperienza sul campo che avvicini i giovani alla tematica della salute mentale attraverso la conoscenza diretta di soggetti dell'area salute mentale (operatori e utenti, volontari); 2. dar forma in modo condiviso e partecipato al progetto per un'opera artistica che coinvolga studenti, operatori e utenti del servizio nella progettazione dei contenuti e del messaggio da trasmettere nella cornice più ampia degli interventi di coalizione comunitaria che interessano nello specifico il giardino del CPS.

Il supporto ad azioni di sensibilizzazione ai temi della salute mentale e di inclusione attiva di persone con disagio mentale in ambiti di socializzazione e che li valorizzino è il cuore della coalizione comunitaria, di cui abbiamo parlato come costitutiva della quarta componente. Si tratta infatti di sollecitare e valorizzare iniziative che originano dai cittadini e che possano avere un impatto sulla qualità della vita delle persone con disturbi mentali, ma anche di altre persone.

Poiché il Board si è trovato ad affrontare nel suo secondo anno di attività le difficoltà connesse alla pandemia, ha voluto dare vita ad esperienze volte a contrastare i rischi della prolungata esposizione all'isolamento e della drastica riduzione di contatti sociali. Il Board si è prima di tutto interrogato sugli effetti delle misure di contenimento del Covid, che hanno colpito soprattutto due fasce della popolazione particolarmente a rischio – per motivi diversi – che sono i giovani e egli anziani, dando vita all'iniziativa "Adotta un nonno a distanza": progetto "COVIDSalvagiovani". I giovani si sono trovati improvvisamente in una situazione di smarrimento, causata in primo luogo dalla chiusura delle scuole e dei luoghi di socializzazione, a dispetto dell'importanza per questa fase della vita di coltivare relazioni e sviluppare senso di appartenenza, di sentirsi inseriti in una prospettiva progettuale per lo sviluppo della propria identità.

Incrociando quindi i bisogni di queste due fasce – giovani e anziani - della popolazione, in un'ottica transgenerazionale, l'iniziativa "Adotta un nonno a distanza" si è posta come un invito al coinvolgimento dei giovani del Municipio 9 in azioni di sensibilizzazione verso i bisogni degli anziani. E' stato costituito un gruppo di giovani per partecipare e animare a distanza forme di socialità a favore di anziani di una casa famiglia gestita da Genera Onlus. Successivamente è nata l'idea di prendere parte e dare maggiore continuità ad una attività di recupero e ridistribuzione di cibo invenduto presso il mercato di via Ippocrate, denominata "Avanzi popolo", promossa dall'associazione Il Giardino degli Aromi nell'ambito del progetto "Non più silenzio: facciamo colore!".

Per iniziativa dei giovani volontari partecipanti al Board, durante il lockdown è nata l'iniziativa "Restiamo connessi" rivolta ai giovani frequentanti il CPS Giovani e non solo, che - attraverso la piattaforma online – ha dato vita ad incontri a distanza per rispondere al problema dell'isolamento, momenti di condivisione e di confronto, oltre che di conoscenza reciproca, su temi di interesse comune quali le letture il cinema, proposte di intrattenimento.

Queste attività sono in campo ormai da alcuni anni, mostrando nel tempo una tenuta soddisfacente e arricchendosi di nuovi partecipanti. Che cosa abbiamo imparato? Prima di tutto, emerge che il lavoro della coalizione comunitaria è un work in progress: ciò che lo caratterizza è non sapere in anticipo dove si andrà, perché la sua costruzione e il suo sviluppo nel tempo avvengono in modo da farsi condurre e ispirare dalle proposte di chi vi partecipa, dalle contingenze degli incontri, con un approccio aperto, accogliente e dialogante che possa fornire a tutti, non solo ai giovani, uno stimolo per partecipare in modo soddisfacente alla vita della propria comunità e con uno sguardo attento ai futuri cittadini. Questa sorta di apertura al possibile è tuttavia orientata alla realizzazione di obiettivi di inclusione, sensibilizzazione e di presa di coscienza. L'esperienza di chi ha seguito i lavori è che mai sono state fatte dai partecipanti proposte incongrue o poco significative. L'apertura alle idee, la fiducia nella competenza dei partecipanti sono quindi ingredienti da valorizzare.

Il CPS Giovani e l'Associazione Contatto hanno mantenuto un ruolo di coordinamento delle azioni e delle idee e di costante sollecitazione di idee. Le azioni si sono arricchite del contributo dei soggetti della comunità, individui e organizzazioni, ma hanno ampiamente beneficiato dell'organizzazione e dell'ispirazione del CPS Giovani e di Contatto. Al momento attuale, e nonostante la vivacità della coalizione, è poco verosimile che le attività procedano senza il supporto del servizio e di Contatto.

E' necessario documentare il processo e gli esiti della coalizione comunitaria in quanto azione di salute pubblica. La valutazione di che cosa questo impegno produce presenta diversi problemi. Ipotizziamo alcune strade percorribili per mostrare la qualità e l'utilità di ciò che è stato fatto, nella consapevolezza che sia possibile e opportuno non tanto valutare la ricaduta sulla salute mentale dei giovani di una comunità – obiettivo della coalizione comunitaria - quanto identificare indicatori prossimali. Una possibilità sta nello descrivere il processo in termini di partecipazione e di tenuta nel tempo. Dal punto di vista delle ricadute è importante verificare la soddisfazione dei partecipanti al Board e alle attività della coalizione comunitaria in generale. La maggior sicurezza e le capacità di approccio al disagio psichico potrebbero essere valutate nel Board e nelle persone che si sono attivate nella coalizione comunitaria. Tuttavia, si presentano problemi di bassa numerosità per quanto riguarda il Board e di scarsa definizione del campione per quanto riguarda i partecipanti che in periodi diversi e con intensità diverse si sono impegnati nelle attività. La sensibilizzazione della comunità nel suo insieme e dei professionisti più vicini ai giovani potrebbe trovare un indicatore di efficacia nella capacità della comunità di inviare le persone con disagio all'attenzione del CPS Giovani, e quindi in un aumento degli utenti che vi si rivolgono. In realtà, negli ultimi anni si sono verificati aumenti considerevoli dell'utenza che risentono di numerosi fattori e in cui il possibile e auspicato contributo della coalizione comunitaria è difficile da isolare ed enucleare.

Queste difficoltà confermano che, come suggerito da altri autori (Anderson et al, 2015), è necessaria una descrizione precisa di ciò che le coalizioni comunitarie fanno, con chi lo fanno, e di indicatori di efficacia misuralibili, assieme, tuttavia, a strumenti e approcci scientifici più sensibili ai fenomeni che avvengono nella comunità e nei sistemi sociali in quanto tali.

Afferenza degli autori

* *Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano*

^ *ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

° *Associazione Contatto, Milano*

Bibliografia

1. Anderson L.M, Adeney K.L, Shinn C., Safranek S., Buckner-Brown J., Krause L.K. (2015). *Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations*. Cochrane Database of Systematic Reviews 6. Art. No.: CD009905. DOI: 10.1002/14651858.CD009905.pub2.
2. Bouras N., Ikkos G., Craig T. (2018). *From Community to Meta-Community Mental Health Care*. Int J Env Res Pub Health, 15(4), 806. https://doi.org/10.3390/ijerph15040806.
3. Butterfloss, F.D. *Coalitions and partnerships in community health.* San Francisco: Jossey-Bass, 2007.
4. Cocchi A., Meneghelli A., Pret, A. (2008). *Programma 2000: Celebrating 10 Years of Activity of an Italian Pilot Programme on Early Intervention in Psychosis*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 42(12), 1003–1012. https://doi.org/10.1080/00048670802512032
5. D'Avanzo B., Magnani N., Cardamone G., Parabiaghi A., Percudani M. (2017). *Una nuova sfida per i Servizi di salute mentale: Lavorare in rete con la comunità per proteggere e promuovere la salute mentale nei giovani*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, 14.
6. Granner M.L., Sharpe P.A. (2004). *Evaluating community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools*. Health Educ Res. 19(5):514-532.
7. Lippman S.A., Neilands T.B., Leslie H.H., Maman S., MacPhail C., Twine R., Pettifor A. (2016). *Development, validation, and performance o f a scale to measure community mobilization*. SSM157:127-137.
8. McGorry P. D., Mei C. (2018). Early intervention in youth mental health: Progress and future directions. Evidence Based Mental Health, 21(4), 182–184. https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060
9. McGorry, P.D. & Jackson, H.J. (1999). *The Recognition and Management of early Psychosis. A Preventive Approach*. Cambridge: Cambridge University Press (Trad it: *Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio* 2001 Torino: Centro Scientifico Editore).
10. Parabiaghi A., Confalonieri L., Magnani N., Lora A., Butteri E., Prato K., Vaggi M., Percudani M. E. (2019). *Integrated Programs for Early Recognition of Severe Mental Disorders: Recommendations From an Italian Multicenter Project*. Frontiers in Psychiatry, 10, 844. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00844
11. Rudnick, A. (2016). *TEACH: A Framework for Recovery-Oriented Education and Training*. Int J Psychosocial Rehab, 20(2).
12. South J., Phillips G. (2014). *Evaluating community engagement as part of the public health system*. J Epidemiol Comm Health, 68(7), 692–696. https://doi.org/10.1136/jech-2013-203742.
13. Stuart S. R., Tansey L., Quayle E. (2017). *What we talk about when we talk about recovery: A systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature*. Journal of Mental Health, 26(3), 291–304. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056
14. van Os J., Guloksuz S., Vijn T. W., Hafkenscheid, A., Delespaul P. (2019). *The evidence-based group level symptom reduction model as the organizing principle for mental health care: Time for change?* World Psychiatry, 18(1), 88–96 https://doi.org/10.1002/wps.20609

Il conflitto in Ucraina come possibile fattore di rischio per riacutizzazione psicotica: un caso di psicosi puerperale in giovane donna di origine ucraina

Grecchi A.*, Beraldo S.*, Cigognini A.C.°,
Maresca G.*, Miragoli P.^

INTRODUZIONE

La psicosi puerperale è il disturbo psichiatrico più grave associato alla gravidanza con un rischio particolarmente elevato per donne con una storia di disturbo bipolare, disturbo schizoaffettivo o pregressi episodi di psicosi postpartum (Wesseloo et al., 2016).

I disturbi mentali nel corso della gravidanza sono stimabili attorno al 15-20% sia come esordi che come ricadute di disturbi precedentemente diagnosticati (Munk-Olsen et al., 2016).

Il periodo successivo al parto è ad alto rischio per lo sviluppo di gravi disturbi mentali con 2 donne su 1000 che richiedono l'ospedalizzazione. Per ogni donna che richiede un richiede un ricovero psichiatrico 2,5 richiedono un trattamento specialistico ambulatoriale e 12 ricevono un trattamento in un setting di medicina generale (Munk-Olsen, 2016).

Il ruolo dei fattori di stress psicosociali e del trauma nelle psicosi affettive e non affettive è ben definito in letteratura con tassi maggiori di disturbo post-traumatico da stress rispetto alla popolazione generale, nonostante ciò il ruolo di tali eventi nell'origine di una psicosi puerperale non è ancora chiarito (Robertson, 2004; Lex, 2017).

Nel nostro caso descriveremo il caso di una giovane donna di origine ucraina già nota per un disturbo schizoaffettivo ricoverata in SPDC in due occasioni nella primavera del 2022 per una grave riacutizzazione clinica: la prima a poche settimane dal parto per un episodio misto, la seconda ad un mese dal primo ricovero, con sintomi maniacali. Ambedue gli episodi erano associati dal marito all'aggravarsi del conflitto in Ucraina.

DESCRIZIONE DEL CASO

Descriviamo il caso di una donna di 30 anni, di origine Ucraina, in Italia da 7 anni, che accede presso il nostro SPDC a marzo 2022 per una riacutizzazione psicotica, a due mesi dal parto (gennaio 2022), caratterizzata da irrequietezza, sospettosità, disinibizione comportamentale, allentamento dei nessi associativi, tangenzialità, deragliamento e reticenza nell'esporre i propri contenuti del pensiero che se sollecitati esprimevano tematiche di gelosia non strutturate. L'umore si presentava fluttuante con note disforiche alternate a forte labilità emotiva.

Non chiarito se allattasse all'epoca del ricovero.

Vive con il marito e la figlia nata a fine gennaio 2022 ed ha un figlio di 11 anni nato da una precedente relazione che vive in Ucraina con i nonni al confine con la Transnistria. Ha una storia di disturbo schizoaffettivo trattato presso il servizio territoriale psichiatrico competente con una riduzione dei controlli durante il periodo del lockdown in seguito alla pandemia da Covid-19 e di pregressi ricoveri presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura. Presenza di una storia di traumi sia in Ucraina in giovane età che nei primi periodi di presenza in Italia.

In anamnesi tachicardia sinusale e riscontro alla Risonanza Magnetica dell'encefalo e tronco encefalico nel 2000 di live ampliamento dei solchi cerebrali delle convessità senza prevalenza di sede e lato correlative sia alla patologia psichiatrica di base che ad un pregresso uso di sostanze.

Nel corso della gravidanza ha autonomamente sospeso le terapie psicofarmacologiche, impostate per un disturbo schizoaffettivo in precedenti ricoveri e monitorate dai Servizi Territoriali; dalla documentazione dell'Unità Operativa di Ostetricia ha omesso pregressi psicopatologici e si è mantenuta adeguato fino alla dimissione dopo un parto eutocico.

A febbraio 2022 comparsa di insonnia, fluttuazioni del

tono dell'umore, comparsa di tematiche di gelosia con controllo sistematico del marito e condotte di abuso alcolico. Accanto all'episodio puerperale il marito descriveva un'associazione temporale con il conflitto in Ucraina.

Viene dimessa in seguito a stabilizzazione del quadro clinico a marzo 2022 e trattata con: valoprato di sodio 1100mg/die, aloperidolo 5mg/die e aripiprazolo LAI 400mg/mese.

Fa ritorno in Pronto Soccorso, accompagnata dal marito, a fine aprile 2022 con un quadro clinico caratterizzato da dissintonia, fughe afinalistiche, alterazioni dello schema corporeo, percezione delirante, eccitamento e disinibizione comportamentale.

Nel corso della visita in Pronto Soccorso il marito descriveva un peggioramento in relazione all'aggravarsi del conflitto in Ucraina con difficoltà da parte della paziente ad avere notizie del figlio primogenito di 11 anni che vive nella regione della Trasnistria con i nonni materni (Regione particolarmente attenzionata in quel periodo dai vari media come possibile obiettivo). La stessa paziente, nel corso della visita, presentava un utilizzo di difese quali il diniego e lo spostamento rispetto a tali tematiche.

Al termine della visita veniva ricoverata nuovamente in SPDC per essere dimessa a metà maggio 2022 in trattamento con: carbonato di litio 900mg/die (funzionalità tiroidea nella norma), valproato di sodio 1400mg/die, aloperidolo 10mg/die e aripiprazolo LAI 400mg/mese.

DISCUSSIONE

La condizione clinica descritta pone in essere alcune riflessioni rispetto all'andamento del quadro in relazione alla letteratura.

Sebbene il disturbo schizoaffettivo e la sospensione dei trattamenti farmacologici rappresentino un fattore di rischio per lo sviluppo di una psicosi puerperale non è chiara la ragione per cui alcune donne con tali caratteristiche non sviluppino alcuna sintomatologia nel puerperio (Hazelgrove, 2021).

La psicosi puerperale generalmente esordisce nelle prime due settimane dal parto (Wesseloo, 2016): nel nostro caso l'insorgenza si situa vicino alle 4 settimane.

Alterazioni alla tiroide, la malattia tiroidea autoimmune è risultata essere prevalente nelle donne che svilupperanno psicosi puerperale, non si sono evidenziate (Bergink, 2011).

La possibile influenza di fattori di stress psicosociali può essere considerata come fattore precipitante l'esordio e la ricaduta della patologia.

Tra i fattori di stress si possono annoverare, considerando già la stessa gravidanza e il parto come stressor ambientali, la malattia mentale pregressa, l'uso di alcolici, pregressi traumi psichici e l'attuale situazione di vita del primogenito esposto ad una situazione di guerra.

Se una pregressa storia di traumi si può associare al gruppo di donne a rischio di sviluppare una psicosi puerperale la correlazione temporale tra l'esordio dei sintomi nel corso del primo ricovero e la ricaduta in vicinanza con il secondo con la situazione del figlio primogenito, come descritta dal marito, seppur aneddotica merita considerazione come possibile esperienza precipitante il quadro psicopatologico.

Il trattamento farmacologico impostato è chiaramente indirizzato ai sintomi psicotici affettivi.

CONCLUSIONE

Il caso descritto riveste interessa per la situazione storica in cui si è sviluppata la sintomatologia che ha portato ai ricoveri.

Il carattere speculativo dell'osservazione clinica, con una connessione temporale e non causale tra il fattore di stress postulato come precipitante un quadro clinico con un consistente substrato biologico, permette un ampliamento della valutazione clinica all'interno del modello biopsicosociale.

La carenza nella somministrazione di strumenti testali validati e della possibilità indagare parametri di laboratorio quali ad esempio il cortisolo o la risposta immunitaria in un setting d'urgenza come evidenziato da alcuni studi (Hazelgrove, 2021) rende limitato il significato del caso al di là di una esclusiva comunicazione.

Afferenza degli autori

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

° *Medico Specializzando, Università degli Studi di Milano*

^ *DSMD ASST Santi Paolo e Carlo, Direttore UOC San Carlo Borromeo*

Bibliografia

1. Wesseloo R., Kamperman A.M., Munk-Olsen T., Pop V.J.M., Kushner S.A., Bergink V. *Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis.* Am. J. Psychiatry 173,117-127, 2016.
2. Munk-Olsen T., Maegbaek M.L., Johannsen B.M., Liu X., Howard L.M., Di Fiorio A., Bergen V., Meltzer-Brody S. *Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence*. Transl Psychiatry Oct 18; 6(10):e919, 2016
3. Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart D.E. *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. Gen. Hosp. Psychiatry 26, 289-295, 2004.
4. Lex C., Banner E., Meyer T.D. D*oes stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis*. J. Affect. Disord. 208, 298-308, 2017.
5. Hazelgrove K., Biaggi A., Waites F., Fuste M., Osborne S., Conroy S., Howard L.M., Mehta M.A., Miele M., Nikkheslat N., Seneviratne G., Zunszain P.A., Pawlby S., Pariante C.M., Dazzan P. *Risk factors for post-partum relapse in women at risk of postpartum psychosis: the role of psychosocial stress and the biological stress system*. Psychoneuroendocrinology, Vol. 128, 105218, 2021.
6. Bergink V., Kushner S.A., Pop V., Kuijpens H., Lambregtse-van den Berg M.P., drexhage R.C., Wiersinga W., Nolen W.A., Drexhage H.A. *Prevalence of autoimmune thyroid disfunction in postpartum psychosis*. Br J Psychiatry, 198(4), 264-268, 2011.

Vivere all'altezza di morte Note cliniche sulla connessione tra trauma infantile, PTSD legato a traumatismi bellici e sua riattivazione a distanza

Leali P.*, Barbieri S.°, Capra B.^, Aroasio P.L.§

ABSTRACT

Il presente lavoro, partendo dall'osservazione di un caso clinico ampiamente modificato per tutelarne l'assoluta segretezza e non riconoscibilità, intende esplorare la connessione fra traumatismi infantili, PTSD secondario ad esperienze belliche e comparsa di una psicopatologia a distanza, anche dopo anni di remissione dal PTSD, in relazione ad eventi di vita successivi che riattivano, àpres-coup , i livelli traumatici precedenti.

Si tratta dunque di un case report che consente di evidenziare almeno tre livelli di traumatismo: infantile (primario), bellico (secondario) e post bellico (terziario).

Alla descrizione clinica affianchiamo una revisione della letteratura inerente l'indagine sui 3 livelli di questa correlazione da un punto di vista epidemiologico, clinico (case reports) e nosografico. Intendiamo evidenziare alcune lacune della letteratura e suggerire prospettive per la ricerca.

PRESENTAZIONE CLINICA

Martin B. ha 56 anni. Viene seguito da uno di noi in un setting di psicoterapia a orientamento psicoanalitico, in parallelo ad un management psichiatrico con una complessa farmacoterapia.

Lo incontriamo per la prima volta nell'estate del 2021. È molto provato da una separazione coniugale avvenuta circa 1 anno prima. Vive in una città del nord Italia e lavora come professionista in ambito finanziario. Collabora strettamente con la ex moglie, cointestataria della sua società di consulenza. La coppia ha un figlio di 8 anni che è rimasto a vivere con la madre.

Durante il primo colloquio Martin B. si presenta con la divisa di ordinanza di un manager: gessato, cravatta, scarpe di evidente foggia artigianale, occhiali dalla montatura impercettibile. La calura non sembra scalfire una certa perfezione formale ed estetica, che appare tuttavia impersonale.

La sua prima comunicazione verbale è la seguente: "Non ho alcun problema psicologico". Non crede alle psicoterapie e si trova nel nostro studio solo per "evitare ulteriori sofferenze al figlio", che non ha visto per molto tempo dopo la separazione. Il bambino manifesta crisi di angoscia, claustrofobia, è diventato enuretico e ha difficoltà scolastiche. Questa separazione è per Martin B. "inconcepibile". La moglie, più giovane di 18 anni, lo ha sfruttato professionalmente (era una sua tirocinante), lo ha indotto a concepire in tarda età un figlio che lui non desiderava e quando è invecchiato lo ha lasciato per un uomo più giovane, un ricco imprenditore svizzero con cui ora convive. Sente che il figlio gli è stato sottratto, alienato e che al massimo gli sarà consentito di essere "un nonno". Per tale ragione fantastica ora di non vederlo più, ora di rapirlo e di crescerlo altrove, ora semplicemente di suicidarsi.

Sente di aver creato con la ex moglie "un'istituzione" (la società in comune, il matrimonio e il figlio) che salvo condizioni estreme non dovrebbe mai essere messa in discussione. Con estrema freddezza dichiara di odiare la moglie e che solo una vendetta potrebbe sanare l'"onore violato" e indurlo a pacificarsi con sé stesso. Non può mettere in atto questo proposito, che dunque trascolora nell'idea di darsi la morte, per non togliere la madre al proprio figlio. Definisce quest'ultimo "l'assicurazione sulla vita" della ex moglie.

Di fronte allo sguardo incredulo della terapeuta Martin B. descrive la propria Weltanschauung.

È stato fino a 40 anni ufficiale di carriera in un corpo speciale dell'esercito, si sente intimamente e profondamente "militare" e coltiva una visione del mondo improntata ai

principi di patria, lealtà, fedeltà, netta suddivisione dell'umanità tra amici e nemici: amici per i quali dare la vita e nemici da combattere e annientare. Il nemico, l'Altro, non è sentito degno di appartenere alla razza umana. Una violazione dei principi supremi da parte di un amico non può essere perdonata ed esige vendetta. L' "istituzione matrimoniale", a maggior ragione dopo la nascita di un figlio, è qualcosa che attinge al divino: un atto trascendentale come la fedeltà alla patria. Il matrimonio non ha dunque nulla a che vedere con l'amore mondano: cessato l'iniziale, necessario innamoramento diventa una questione di lealtà, solidarietà e affidamento reciproco. Il tradimento dunque è solo marginalmente di natura affettiva ma è tradimento di un giuramento di fedeltà, a ponte tra l'umano e il divino, e deve essere vendicato per ristabilire ordine e giustizia. Cosa altrettanto importante, solo attraverso la vendetta è possibile restaurare la ferita inferta all'onore di chi viene tradito.

Durante una lunga consultazione, in cui il contatto è caratterizzato dall'alternanza tra stati mentali dissociati (il freezing, la tristezza, la disperazione, la rabbia incontrollata, la noia, spesso compresenti nella stessa seduta), si esplora a poco a poco la storia di vita di Martin B.

Nella nostra mente prende corpo l'immagine del personaggio letterario[1] il cui nome abbiamo scelto per questa presentazione.

È stato cresciuto dalla mamma e dai nonni paterni. Il padre, sportivo in ambito professionistico, trascorreva la maggior parte del tempo lontano da casa. La madre era stata abbandonata dalla madre biologica e adottata all'età di 2 anni; i genitori adottivi erano morti in un incidente stradale durante la sua adolescenza. Questo pezzo di storia mostra le caratteristiche di un segreto incriptato. Il nonno paterno è stato la più importante figura di riferimento per Martin B.. Ardito nella prima guerra mondiale, aveva proseguito il proprio cursus honorum post bellico fino a diventare generale di corpo d'armata, grado con il quale aveva combattuto durante il secondo conflitto mondiale sul fronte africano, greco e russo. Dopo l'armistizio aveva aderito alla Repubblica Sociale Italiana e si era arruolato nella X Mas di Junio Valerio Borghese, di cui era amico. Dopo la resa agli americani viene processato per crimini di guerra e imprigionato per 3 anni, fino all'amnistia Togliatti. Alla famiglia erano stati confiscati tutti i beni. Dopo la guerra il nonno per mantenere la famiglia, diventata poverissima, aveva lavorato come operaio alla Breda di Milano, luogo di nota tradizione antifascista.

Martin B. è un bambino molto brillante scolasticamente ma introverso e incline alla violenza. Si laurea in giurisprudenza e dopo la laurea si arruola in un corpo d'élite dell'esercito italiano. Fa numerose missioni di guerra e una carriera lampo per lo sprezzo del pericolo, che lo porta ad imprese da kamikaze. A 30 anni perde la madre per tumore ematologico. La diagnosi era stata formulata proprio in concomitanza alla decisione di arruolarsi. Intorno ai 35 anni viene fatto prigioniero durante una missione in uno scenario medio-orientale e torturato selvaggiamente per diversi giorni, prima di essere liberato. Si congeda a 40 anni, dopo l'uccisione dell'amico a cui era più legato. Inizia la seconda vita (o "vita di qua", come si esprime abitualmente, opposta alla "vita di là") da consulente finanziario. La decisione di congedarsi matura parallelamente all'innamoramento della moglie con cui inizia a collaborare professionalmente, fino

1. Martin von Bora (o Bora) è il protagonista di una serie di 11 gialli di Ben Pastor, scrittrice italoamericana che si è particolarmente cimentata in noir dall'accurata ricostruzione storica. Martin Bora è un ufficiale tedesco che è stato paragonato a Klaus von Stauffenberg per la sua presa di coscienza antinazista e per una forma di resistenza che rimane in lui solitaria e piena di tormento interiore. La serie ha un andamento cronologico di avanti e indietro tra l'epoca della guerra civile spagnola fino alla completa distruzione di Berlino e unisce un' accurata ricostruzione del contesto bellico ad "enigmi" che l'ufficiale-investigatore Martin Bora deve svelare. Il giovane volontario nella guerra civile spagnola, curioso della vita e della morte, diventa un' ufficiale che sceglie di combattere sui fronti più cruenti del secondo conflitto mondiale, in un crescendo di traumi e mutilazioni fisiche, perdita di illusione e speranza, tentativi di resistere al collasso della propria coscienza senza abiurare al proprio giuramento al Fuhrer. Il tutto esacerbato dall'abbandono della bellissima moglie Benedikta, che lo lascia dopo il ritorno da Stalingrado. Ben Pastor ha recentemente dichiarato che la serie si concluderà con un ritratto del Martin Bora post bellico.

a creare una società in comune. Ha un figlio a 48 anni. La "seconda vita" sembra procedere senza apparenti inciampi (a parte un cronico abuso di alcol) fino alla separazione, motivo per cui inizia la cura con noi. La dimensione soggettiva di questo evento è all'insegna dell'inconcepibilità, impensabilità e incredulità, unitamente ad un tradimento dell'onore che deve essere lavato con il sangue.

LA TERAPIA ATTRAVERSO ALCUNI FRAMMENTI DI SEDUTE

Febbraio 2022

T: mi domandavo come può un essere umano che si sente così vicino agli dei[2] vivere la catastrofe per cui ci siamo conosciuti. Pensavo ad Achille e al suo tendine...

P: questa immagine mi piace. È proprio così

T: potrebbe esistere come per Achille un punto di vulnerabilità? Ripensando al mito, quel punto è inevitabile per essere invincibili su tutto il resto

P: io penso che questa vulnerabilità riguardi il rapporto con le donne. Io l'ho sempre vissuto come un rapporto di potere. Con la separazione mi sono sentito una vittima inerme, massacrato in campo aperto, attaccato da 50 fanti e io disarmato, senza una strategia. Mi hanno crivellato con 50 mila colpi. Peggio ancora: mi hanno attaccato quelli che pensavo fossero miei fanti e che mi dovevano lealtà e fedeltà

T: sembra che lei si sia sentito più vittima inerme nell'essere stato lasciato da sua moglie che nell'esperienza della prigionia e della tortura

P: assolutamente sì. Lì c'era una logica, poteva capitare, facevo l'ufficiale che non si piegava, nessun tentennamento. Terribile, ma non incomprensibile. Essere lasciato da mia moglie era imprevedibile, impensabile.

T: era? è?

P: era perché è capitato e ora so che è possibile ma non posso, non potrò mai comprenderlo, tanto meno accettarlo

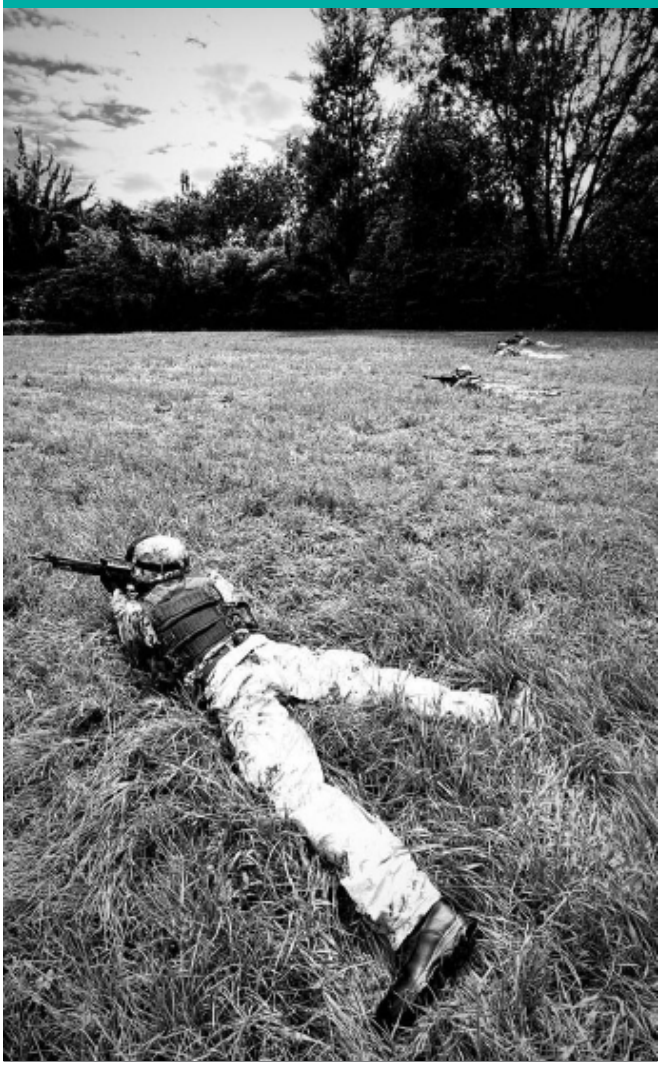
Marzo 2022 (a)

P: io questa condizione (della separazione) la trovo abnorme, per me è inconcepibile. Le mie idee non sono astratte, le sento sulla mia pelle, sono come quando i talebani mi spegnavano le sigarette addosso o mi hanno bruciato l'ombelico con la fiamma ossidrica

Marzo 2022 (b)

P: per tutta la mia vita militare io non ero più un uomo. Ero un'arma. Non sentivo nulla. Vivevo ma non sentivo nulla. (Fig. 1, "L'Uomo Arma")

Fig.1 Rappresentazione di fantasia di Martin B. "L'Uomo Arma" © Beatrice Capra



2. Il riferimento è al mito del superuomo, più vicino agli dei che al mondo umano, emerso frequentemente nel corso delle sedute. Questo mito informa la propria immagine di sé e di tutti coloro che appartengono al "mondo di là"

T: pensavo proprio a questa apparente assenza di sentimenti. La paura ad esempio...la nostalgia per chi l'aspettava
P: that's life. Se ne sarebbero fatti una ragione. Alla mia prima moglie avevo lasciato la mia assicurazione sulla vita. Sarebbe diventata ricca. Magari se non tornavo era anche contenta.
T: quando si è congedato...come rientra un uomo-arma nella vita civile? Perde un contenitore forte, che riesce a tenere dentro bombe di dolore.
P: è una domanda che mi sono fatta spesso anche io. Forse ho semplicemente sostituito un contenitore con un altro (il matrimonio). E ora che non c'è più...c'è una sofferenza che non ho mai provato
T: forse la sofferenza del ridiventare umani
P: io prima lo sono stato...è la sofferenza del ridiventarlo e il rimpianto per tutto quello che ho perso

Aprile 2022 (a)

T: la sua separazione sembra ancora più inconcepibile e traumatica di quanto è avvenuto in tutta la sua carriera militare...la prigionia, la tortura, le tante ferite, la perdita degli amici
P: lei deve capire che quello era lavoro. Era nell'ordine delle cose. Anzi la cosa più verosimile era che io morissi, in fondo era quello che cercavo. Morire da eroe. Quando mi hanno preso e hanno cominciato a torturarmi soffrivo fisicamente ma dentro ero forte, perché non cedevo. Più mi facevano male più li insultavo, più gli sputavo addosso. Gli gridavo "adesso vi faccio vedere come muore un ufficiale dell'esercito italiano". Quando mi hanno liberato soffrivo molto fisicamente ma dentro ero forte. Avevo vinto io. Era un trionfo essere sopravvissuto e non aver ceduto. Non ho mai avuto quel senso di impotenza che mi ha provocato la mia ex. Per questo con la separazione ho sofferto mille volte di più

Aprile 2022 (b)

P: Ero un cecchino così in gamba che gli americani mi chiamavano NBK: natural born killer. Nella mia vita ho ucciso decine di uomini. E ora sono solo un ex eroe invecchiato e patetico. Per poter fare tutto quello che ho fatto ho perso l'umanità e sono diventato glaciale. Gliel'ho già detto: non ero più un uomo ma un'arma. Poi è successo quel che è successo (la separazione) e si è aperto un mondo che io non sono assolutamente in grado di controllare. La mia vita è una continua oscillazione tra rabbia, disperazione e tristezza. I momenti migliori sono di malinconia e di una specie di nostalgia tenera verso mio figlio. Mi rendo sempre più conto che mia moglie è stata un'istituzione-cuscinetto. Ora sono solo, nudo, completamente disarmato. Né carne né pesce.

Aprile 2022 (c)

P (in fine seduta, dopo un momento di commozione parlando di un week end con il figlio): tra poco parto per una missione. Questa è la prima, ma forse non sarà l'unica perché la guerra sembra lunga. Starò via circa 1 mese. Non posso dirle nulla, anche se è il segreto di Pulcinella. Portiamo armi ma dobbiamo anche istruirli. Dunque andiamo con le nostre armi. Potrò scriverle di tanto in tanto se scarica Telegram

Maggio 2022 (a)

P: le cose con mio figlio vanno meglio. Stiamo molto bene insieme, come non siamo mai stati...riesco anche a consolarlo quando ogni tanto si mette a piangere, senza dover chiamare la madre
T: e ora si avvicina la prospettiva della missione...
P: lei dà troppa importanza a questa cosa. Non è niente di che rispetto a quello che facevo prima. Una scampagnata
T: a me però sembra quasi provvidenziale per salvarla da questo pantano: ritrova quello che ha perduto, per un po' smetterà di sentirsi né carne né pesce e tornerà ad essere uno dei migliori cecchini al mondo
P: una volta ero il terzo, ora chissà. Gli altri che partono con me sono tutti più giovani. Ma sono molto contento di partecipare a questa missione, gli ucraini stanno facendo grandi cose. Quest'arma con cui li addestriamo è una meraviglia tecnologica, se l'avessi avuta ai miei tempi...

Di tante cose che ho fatto, questa mi sembra una causa giusta. Ma poteva andare diversamente, poteva succedere che mi mandassero ad aiutare i russi. È il grande gioco.
T: parla della guerra come di un gioco eccitante
P: Lo è. Non c'è nulla di più eccitante che uccidere. Eccitante e vertiginoso. Un senso di potenza estremo. Qualcosa di sovra-umano
T: mi colpisce sempre la totale assenza di sentimenti... colpa... paura... ad esempio paura di essere ucciso invece di uccidere
P: la morte era parte del gioco...una morte bella, eroica... non ho mai avuto paura di morire, anzi. Spesso rimpiango di non essere morto allora. Chi conosce questo non può vivere normalmente dopo. Tutto diventa noioso, anonimo... Nulla aveva abbastanza valore rispetto a quello che facevamo. Che importanza potevano avere un padre, una sorella, una moglie? Io non avevo veri legami dopo la morte di mia madre e di mio nonno. Era ovvio che non tornassi, è stato incredibile che non sia morto e sinceramente mi è dispiaciuto. Mi sarei risparmiato tante delusioni...Essendo ovvio che morissi, nulla era serio, nulla aveva davvero valore. Era vivere sempre sopra le righe, come fosse l'ultimo giorno. Non si perdeva nessuna occasione. ...per godere, divertirsi, fare follie...una vita sempre al massimo perché la prossima volta non si sarebbe tornati. Cosa pensa me ne importasse della mia prima moglie? Per me era un'amica, ci volevamo bene, stavamo tranquilli ma non è l'amore che ho conosciuto dopo...Era tutto provvisorio.
T: se non ricordo male uno dei miti della sua gioventù diceva "una vita all'altezza di morte". Ma quante rinunce per questo...
P: io allora non mi rendevo conto...stavo bene...
T: beveva sempre, troppo... questo non la fa riflettere?
P: non ero mai ubriaco, eccitato sempre ma mai ubriaco. Dovevo essere sempre leggermente euforico, non avrei potuto vivere così altrimenti. A me quella vita piaceva... la rimpiango

Maggio 2022 (b)

P: in questa missione sarò il più alto in grado. Devo prepararmi fisicamente: tagliarmi i capelli, depilarmi, ricominciare gli antidolorifici. A tutti ho detto che parto per un viaggio di caccia. Ho dato un nuovo testamento al mio migliore amico. Ha capito dove vado ma ha fatto finta di niente. A parte poche cose, tutto, anche l'assicurazione militare, è per mio figlio.
T: Sono contenta che si sia sentito di condividere con me il pensiero di non tornare...la possibilità di non tornare
P: torno. Mi sono reso conto di voler troppo bene a mio figlio.
T: con questa consapevolezza accetterebbe ancora di partire?
P: se te lo ordinano non hai molta scelta. Una parte di me vuole andare, è una delle poche volte della mia vita in cui mi sento completamente dalla parte giusta. Provo grande ammirazione per questi uomini. Rispetto ai russi sono pochi, non hanno molte armi moderne a parte quelle che mandiamo noi, ci sono soldati professionisti ma anche bande, mercenari, volontari. Sono coraggiosissimi e tengono testa in modo incredibile.
P: e la parte di lei che non vuole andare?
T: lascio malvolentieri mio figlio

Maggio 2022 (c)

P: ora che è il momento di partire mi vengono mille dubbi. Quando me l'hanno proposto ho accettato perché era un tornare in campo, anche difendere un'idea che mi sembrava giusta... quando i russi dicono "sterminiamo i nazisti" mi sembra di fare qualcosa in continuità con mio nonno. Ma poi ci sono tante cose: mio figlio, il lavoro che sta riprendendo e poi vorrei provare ad approfondire il rapporto con una donna che in questi mesi talvolta mi ha fatto provare un'intimità che non conoscevo. Intanto le ho lasciato l'oggetto più caro che ho
T: di cosa si tratta?
P: l'orologio di mio nonno. In missione non l'ho mai portato perché sopravvivesse. Sono felice che rimanga a lei.

NOTE A MARGINE DEL CASO

1. È quasi scontato porre in relazione la dimensione collettiva con quella individuale, e dunque una lettura della psicopatologia nel contesto sociale in cui si sviluppa. L'articolazione di questi due piani è sempre stata problematica in psichiatria: è come muoversi tra Scilla (sociologismo puro) e Cariddi (intrapsichico puro). Si pone dunque il problema di articolare con accuratezza questi due piani, sia dal punto di vista clinico, sia dal punto di vista dei modelli teorici che si adottano per pensare questa articolazione. Nel caso di Martin B. ci appare particolarmente suggestiva l'ipotesi che la vicenda bellica che stiamo vivendo funga da risolutore di vicende psichiche per lui insolubili: la perdita di un oggetto vissuto come parte di sé, la perdita dell'istituzione che aveva rimpiazzato la precedente appartenenza istituzionale, l'impossibilità di esistere al di fuori di un campo istituzionale rigidamente definito, il collasso dell'identità che si è costituita su queste basi. Dunque la guerra come paradossale strategia per contenere questo collasso: strategia da un lato antidepressiva, tentativo di recuperare pezzi perduti di sé e ricostruire un'identità ferita; dall'altra più o meno consapevole ricerca di una "bella morte" che riscatti i fallimenti e ristabilisca tramite la cifra eroica l'onore perduto
2. La complessità clinica di questo caso evidenzia l'inadeguatezza del costrutto nosografico di PTSD: come definire questo caso dal punto di vista diagnostico? Occorrerebbero almeno 3 o 4 disturbi comorbili. Nell'area del traumatico ci sembra particolarmente necessario un approccio transnosografico.
3. Il PTSD nei reduci di guerra va indagato in riferimento alla funzione protettiva dell'appartenenza al gruppo; nello stesso tempo occorre interrogarsi su quali fragilità interiori portino una persona a cercare istituzioni rigide e totalizzanti. Il potente vissuto di appartenenza in questi casi è cimentato dall'addestramento (che è spesso un'iniziazione violenta) e dal vivere esperienze di costante confronto con la morte, in cui la propria vita viene idealmente affidata ai compagni con fiducia nella bontà delle scelte del comandante verso la realizzazione del compito e la tutela del gruppo. Assistiamo cosi a una doppia identificazione: a massa, trasversale, con i propri compagni e verticale, idealizzante, verso il comandante. Questo sembra attingere ad una dimensione arcaica della vita psichica, attrattiva e potente. Si creano fratellanze e fedeltà ai superiori che costituiscono legami non riproducibili nella vita civile. Qui si aprono due prospettive che ci portano al punto successivo: la fragilità originaria che porta al bisogno di aderire ad un'istituzione molto rigida da un lato; il traumatismo rappresentato dalla perdita dell'istituzione al momento del congedo e l'estrema difficoltà, vissuta e agiti a vari livelli, di adattamento alla vita civile dall'altro. Questo passaggio implica un processo di soggettivizzazione molto difficile. Deve infatti attivarsi un lavoro psichico che richiede capacità emotivo-affettive fortemente depotenziate dall'appartenenza istituzionale stessa, o forse mai davvero sviluppate.
4. Il terzo e ultimo nodo, accanto all'articolazione individuale-collettivo e al filo che unisce trauma precoce e appartenenze istituzionali rigide come l'esercito, riguarda il saper osservare e correlare i diversi livelli traumatici nella traiettoria esistenziale di un individuo. Nel caso di Martin B., un'identificazione alienante con il nonno paterno, figura nello stesso tempo idealizzata (eroe sconfitto ma non domato) e persecutoria (per la durezza, la rigidità, il ricorso a punizioni corporali di fronte non solo alle trasgressioni ma anche a manifestazioni inattese di sofferenza emotiva, come le fughe da casa). A causa di questa identificazione alienante diventa impossibile soggettivarsi ed è necessario, per non soccombere alla disperazione e alla solitudine, adottare difese

improntate al diniego emotivo, alla scissione, alla proiezione, all'onnipotenza. Questo modo di funzionare psichicamente si rivelerà funzionale all'istituzione militare e consentirà a Martin B. di affrontare situazioni estreme senza sviluppare in apparenza alcuna psicopatologia. Potrà anzi alimentare per lungo tempo l'illusione narcisistica del superuomo che può consentirsi una forma di contatto emotivo solo attraverso il ricorso ad un altro personaggio, un eroe hemingwayano bevitore ed incapace di legami stabili, votato all'autodistruzione, seppur più dolente e letteraria.

La morte di un compagno (che è anch'essa la perdita di una parte di sé) e l'incontro con la seconda moglie consentono l'uscita dalla prima istituzione e l'ingresso in un'altra, meno rigida ma comunque strutturante, con frequenti incursioni e rientri nel "mondo di là". Si rende così possibile una nuova appartenenza, con una parziale sovrapposizione alla precedente, che elude nuovamente il compito della soggettivizzazione. Comprendiamo cosi la catastrofe psichica seguita alla separazione e il tentativo di recupero dell'identità eroica, segnata dal rifugio nell'ideale della bella morte come unica possibile forma di riscatto, e contemporaneamente via d'uscita alla depressione.

DISCUSSIONE DELLA LETTERATURA

La peculiarità del caso in oggetto risiede nella stratificazione su tre livelli di traumatismo, infantile, bellico e post bellico e sulla presentazione sindromica con molti anni di ritardo dagli eventi traumatici. Queste caratteristiche hanno richiesto una particolare ricerca bibliografica che supportasse le osservazioni emerse dal caso. Tale ricerca è stata svolta tramite l'uso di parole chiave sui database di letteratura scientifica quali Pub Med e Google Scholar.

Nel passaggio dal DSM IV a DSM 5 i criteri del PTSD sono cambiati considerevolmente. I cambiamenti più importanti includono il ricollocamento del PTSD dalla categoria delle sindromi ansiose alla nuova categoria dei disturbi dell'adattamento, l'eliminazione della componente soggettiva nella definizione di trauma che diviene più restrittiva e l'aumento del numero di sintomi (Pai et al., 2017). Questo tentativo di rendere più obiettivo il trauma ha sicuramente reso agevole lo studio, la classificazione e la comparazione a fini epidemiologici. Nonostante questo il nuovo DSM si presta ancora ad interpretazioni dubbie circa la definizione di trauma indiretto. Inoltre l'inclusione di sintomi addizionali comunemente appartenenti ad altre sindromi come depressione, disturbi di personalità e sindromi dissociative potrebbe rendere la diagnosi differenziale più difficile, con il rischio di aumento di comorbilità e peggioramento del quadro clinico percepito (Zoellner et al., 2014). Va poi considerato che il PTSD si presenta spesso associato ad altri sintomi "non specifici" in quanto caratteristici di altre patologie psichiatriche e non tutti compresi nella diagnosi del DSM 5 di PTSD. Tra questi si contano disturbi psicotici, sindrome bipolare, disturbi somatoformi, disturbi psicosomatici, alterazioni della memoria, insorgenza di disturbi di personalità e alterazione della sfera sessuale. Il fatto però che spesso permangano associati a sintomi cardine del PTSD (rievocazioni, strategie di evitamento ecc.) suggerisce che non siano semplici comorbilità o complicanze del PTSD, ma che debbano essere inquadrate in una vera e propria entità clinica post-traumatica (Auxéméry et al., 2018). Il rapporto tra PTSD e questi disturbi tipici di altre condizioni spesso associate è complesso. Come suggeriscono taluni autori in alcuni casi il trauma è la causa sia del PTSD che della comorbilità, in altri casi il PTSD sembra avere un ruolo causale, mentre a volte la presenza di patologie preesistenti sembra essere una vulnerabilità allo sviluppo successivo di PTSD (Brady et al., 2000). Un'ulteriore novità del DSM 5 è l'inserimento dello specificatore "con espressione ritardata" (delayed onset) nel caso in cui i criteri diagnostici non vengono raggiunti pienamente prima di 6 mesi dall'evento traumatico. Benché il PTSD Delayed Onset sia preceduto nella maggioranza dei casi nell'anno successivo al trauma da qualche sorta di sintomo, esistono

comunque alcuni individui come appunto il paziente oggetto del nostro lavoro, che possono avere una latenza anche di diversi anni completamente asintomatica (Bonde et al., 2021), (Horesh et al., 2013). La definizione dello specificatore del DSM 5 lascia alcuni problemi di interpretazione, nello specifico si è creata un'ambiguità sulla definizione di Delayed Onset PTSD. Sono generalmente possibili due situazioni, quella in cui la diagnosi viene posticipata in quanto i primi sintomi sono sottosoglia, indice di una condizione in crescita graduale (Bryant et al., 2002); mentre la seconda ipotesi, come alcuni autori hanno osservato in studi retrospettivi prevede un ritardo nella manifestazione sindromica e nell'inizio della patologia, che fino a quel momento rimane apparentemente asintomatica (Solomon et al., 1989). Secondo alcuni autori sarebbe quindi corretto distinguere queste condizioni di DO PTSD in due entità nosografiche distinte, con fattori determinanti, fattori prognostici e possibilmente terapie diverse (Bonde et al., 2021). È ormai appurato che un'infanzia problematica, con difficoltà familiari, traumi emotivi e fisici, pur non sempre sfociando in una sindrome post traumatica infantile, predispone a future condizioni psichiatriche e maggior vulnerabilità a futuri traumi (Breslau et al., 1999). Sono ben note le alterazioni neurobiologiche che un trauma può causare: studi di neuroimaging in pazienti con PTSD hanno dimostrato ipoattività nel lobo frontale, nel cingolato anteriore e in aree talamiche, responsabili degli effetti su funzione esecutiva, cognitiva, attentiva, della memoria e dell'integrazione somatosensoriale. Al contrario l'iperattività del sistema limbico si ritiene sia responsabile degli arousal, dello stato di allerta e dell'intrusività di ricordi traumatici. L'esposizione a stress emotivi si è dimostrato che stimoli formazione di sinapsi nell'amigdala basolaterale e reazioni dendritiche nell'ippocampo (Giotakos et al., 2020), (Erin et al., 2008). Tali alterazioni sembrano perdurare nel tempo. Ganzel et al hanno studiato con metodica fMRI soggetti che si trovavano a New York a diverse distanze dal punto del disastro dell'11/9/2001: oltre 3 anni dopo l'attentato, l'attività dell'amigdala a immagini di paura era significativamente più alta in chi viveva entro 1,5 miglia dal disastro (Ganzel et al., 2012). Ciò è un'ulteriore dimostrazione di come un trauma possa causare una cascata di eventi neurobiologici, compresi fenomeni di espressione genica che possono portare a conseguenze di lunga durata. Abusi infantili e vissuti abbandonici possono portare ad una riduzione della resistenza a futuri eventi stressanti (Giotakos et al., 2020). Studi retrospettivi su veterani con diagnosi di PTSD hanno osservato come questi fossero significativamente stati più esposti a traumi infantili (Douglas et al., 1993). Breslau et al ha osservato che i traumi infantili di tipo fisico correlassero maggiormente a PTSD in età adulta rispetto a traumi non fisici (Breslau et al., 1999). Questa correlazione sembrerebbe poi non diminuire al passare degli anni e crescere col numero di violenze subite (Brady et al., 2000). Come ipotizzato da Yehuda et al, questa propensione a sviluppare futuri PTSD in soggetti con infanzia traumatica potrebbe essere alla base del percorso eziopsicopatologico della trasmissione intergenerazionale del trauma. Studiando i figli dei sopravvissuti dell'olocausto si sono riscontrati livelli significativamente più alti di traumi infantili rispetto a gruppi di controllo. Questo è largamente attribuito alla presenza di PTSD dei genitori (Yehuda et al., 2001).

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE PER LA RICERCA

La nostra ricerca bibliografica ha evidenziato una scarsa capacità di correlare dal punto di vista delle descrizioni cliniche i tre livelli traumatici che il nostro caso ci ha consentito di evidenziare (assenza di case reports analoghi in veterani di guerra). Per contro, sono presenti studi epidemiologici che pongono in relazione traumatismi infantili con predisposizione ad un maggiore rischio di sviluppare PTSD in età adulta (Giotakos et al., 2020), (Douglas et al., 1993). Su tali dati si basano alcune ricerche di neuroimaging che indagano il possibile substrato neurobiologico della correlazione (Ganzel et al., 2012). Tale substrato è

stato in modo molto suggestivo posto in relazione con il costrutto psicoanalitico della trasmissione intergenerazionale dei traumi psichici a partire dall'osservazione su figli di sopravvissuti alla Shoà (Yehuda et al., 2001). Parallelamente è stata indagata sempre da un punto di vista epidemiologico la presenza di quadri post traumatici insorti anche a molti anni di distanza dall'evento-indice (Bonde et al., 2021), (Horesh et al., 2013). Di tale latenza sono offerte alcune ipotesi esplicative che rimangono su un piano descrittivo: la presenza di sintomi sottosoglia intercorrenti che non giungono all'osservazione; la presenza di eventi triggers che riattivano la psicopatologia post traumatica; la presenza nella fase di latenza di quadri clinici non ascrivibili direttamente al PTSD (Bonde et al., 2021). Questa osservazione ci ha portato ad approfondire in modo critico l'evoluzione del concetto del PTSD nell'odierna nosografia, in particolare nel passaggio tra il DSM IV e il 5. Nonostante l'ampliamento dei sintomi rimane molto elevata la presenza di disturbi comorbili al PTSD, in cui diviene molto difficile stabilire la connessione tra i vari quadri clinici (Pai et al., 2017), (Zoellner et al., 2014); spesso per rendere conto della complessità psicopatologica post traumatica occorre porre diagnosi in apparenza supplementari o secondarie (ad esempio disfunzioni sessuali, disturbi alimentari, sindromi da dipendenza, DOC, disturbi somatoformi) che sono invece strettamente legati al vissuto post traumatico.

Gli aspetti più carenti dallo studio della letteratura ci sembrano i seguenti:

- la necessità di raccogliere ulteriori osservazioni cliniche per documentare descrittivamente l'articolazione tra i tre livelli traumatici (precoce, bellico, post bellico)
- nonostante l'ampliamento dei sintomi, il PSTD come delineato nel DSM 5 non rende conto della molteplicità della sintomatologia post traumatica, rendendo spesso necessario per fare diagnosi ricorrere a numerose comorbilità; come evidenziato in numerosi studi il moltiplicarsi delle comorbilità renderebbe necessario ricorrere ad un'entità clinica post traumatica più estensiva
- in genere gli studi epidemiologici correlano separatamente solo due livelli traumatici: quello precoce e bellico; quello bellico e post bellico (eventi triggers della vita dopo il congedo militare). Sarebbe di estremo interesse euristico correlare secondo la prospettiva epidemiologica i tre livelli traumatici dai noi delineati nel medesimo campione clinico
- accanto alla prospettiva epidemiologica di tipo quantitativo la raccolta di ulteriori case reports consentirebbe di chiarire in modo più accurato le articolazioni dei diversi livelli traumatici nelle traiettorie esistenziali degli individui mostrandone la soggettività, i percorsi di malattia e i possibili tentativi di guarigione.

Afferenza degli autori

* *Medico in formazione specialistica in psichiatria, Università degli Studi di Pavia*

° *Dirigente medico di psichiatria ASST di Pavia*

^ *Fotografa e content creator – Accademia fotografica Mohole*

§ *Direttore unità operativa complessa di psichiatria Oltrepò, ASST di Pavia*

Corrispondenza

pietro.leali01@universitadipavia.it;

Silvia_Barbieri@asst-pavia.it

Bibliografia

1. Pai A, Suris AM, North CS. *Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations*. Behav Sci 2017
2. Zoellner LA, Bedard-Gilligan MA, Jun JJ, Marks LH, Garcia NM. T*he Evolving Construct of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): DSM-5 Criteria Changes and Legal Implications* 2014
3. Auxéméry Y. *Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis* 2018
4. Brady KT, Brewerton T. *Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disor-der*. J Clin Psychiatry 2000
5. Bonde JPE, Jensen JH, Smid GE, Flachs EM, Elklit A, Mors O, et al. *Time course of symp-toms in posttraumatic stress disorder with delayed expression: a systematic review* 2021
6. Horesh D. *The clinical picture of late-onset PTSD_ A 20-year longitudinal study of Israeli war veterans*. Psychiatry Research 2013
7. Bryant RA, Harvey AG. *Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Evaluation* 2002
8. Solomon Z, Kotler M, Shalev A, Lin R. Delayed *Onset PTSD Among Israeli Veterans of the 1982 Lebanon War* 1989
9. Breslau N, Kessler RC. *Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trau-ma: Results From the Detroit Area Survey of Trauma.* Am J Psychiatry 1999
10. Giotakos O. *Neurobiology of emotional trauma* 2020
11. Erin W.DickieaAlainBrunetabVivianAkeribaJorge L. Armonya. *An fMRI investigation of memory encoding in PTSD: Influence of symptom severity* 2008
12. Ganzel B, Casey BJ, Glover G, Voss HU, Temple E. *The Aftermath of 9/11: Effect of Intensity and Recency of Trauma on Outcome* 2007
13. Douglas J. *Physical Abuse and Combat-Related Stress Disorder in Vietnam Veterans* 1993:5.
14. Brady KT, Brewerton T. *Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder*. J Clin Psychiatry 2000
15. Yehuda R, Halligan SL, Grossman R. *Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to in-tergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion* 2001

Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione

Leon E., Miragliotta E.*, Colmegna F.*, Clerici M.*°*

ABSTRACT

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con sempre maggior forza, invita i Servizi di Salute Mentale a sviluppare programmi specifici per il riconoscimento e la presa in carico precoce di soggetti sottoposti a migrazioni forzate con fragilità psichica: costoro, infatti, risultano a maggior rischio di sviluppare disagio e disturbi mentali - anche in forme croniche - e, conseguentemente, di essere esposti a marginalizzazione e devianza rispetto a soggetti migranti non forzati (WPA, 2016). I richiedenti e i titolari di protezione internazionale sono colpiti, più frequentemente, da sindromi psicopatologiche a causa della rilevante incidenza di esperienze traumatiche e stressanti che hanno vissuto nel paese d'origine e durante il percorso migratorio: nella zona di riferimento del DSMD dell'ASST Monza, oltre l'85% dei richiedenti asilo dichiara infatti di aver subito violenze durante il viaggio e il 50% prima della partenza (ATS Brianza, 2017).

Il presente contributo descrive i percorsi di diagnosi precoce e di gestione clinico-riabilitativa implementati dal DSMD dell'ASST Monza a favore di soggetti adulti migranti forzati, con quadri clinici complessi di rilievo comportamentale e sociale a fronte della prevalenza di disturbi d'ansia e dell'umore, nonché di una sintomatologia correlata ad eventi traumatici e stressanti e da manifestazioni somatiche. Il modello implementato persegue anche la finalità di facilitare il passaggio e il mantenimento della presa in carico di utenti tra le SC di NPIA, Psichiatria e Dipendenze ed il consolidamento/estensione delle reti formali e informali della salute mentale territoriale dove un approccio psico-sociale "integrato" favorisca la promozione di una cultura inclusiva sul territorio. In particolare sarà illustrata la fase di pre-valutazione agevolata dall'adattamento italiano dello strumento Star-MH (Hocking, Mancuso, Sundram, 2018), impiegato internamente al Servizio e poi esteso per una sperimentazione territoriale estesa nell'ambito del progetto FAMI Ca.Re: tale strumento di screening rapido indaga PTSD e MDD nella fase precoce di presa in carico clinica e psico-sociale con il vantaggio di una somministrazione accessibile ad operatori senza qualificazione clinica.

Negli ultimi due anni abbiamo assistito ad un incremento del flusso migratorio in Italia, passando da circa 11.000 nel 2019 (Fonte ISPI Fact Checking luglio 2021) a quasi 67.477 persone, sbarcate nel 2021 (Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Cruscotto Statistico 16 maggio 2022); a queste si deve aggiungere chi proviene da altre rotte migratorie, spesso non identificabile quantitativamente. Il sistema di accoglienza ospitava, ad aprile 2021, circa 76.000 persone di cui 2/3 collocate nei CAS (sistema accoglienza straordinaria) e 25.000 nei SAI (sistema accoglienza diffusa) (Fonte ISPI Fact Checking luglio 2021). Questa situazione evidenzia chiaramente come solo una minoranza di tali soggetti tragga beneficio da progetti finalizzati all'integrazione e all'inclusione. Dei 53.000 migranti sbarcati in Italia da ottobre 2019 a maggio 2021 solo 990 (meno del 2%) sono stati ricollocati in altri Paesi Europei. La sfida legata all'accoglienza e all'inclusione dei migranti resta quindi una tematica rilevante nelle politiche socio-sanitarie territoriali (Fonte ISPI Fact Checking luglio 2021). Rispetto all'evoluzione della situazione libica - la più prossima all'Italia - ha ripreso a crescere il numero di migranti trattenuti nei centri di detenzione (crollato nel 2019 da 6.000 a 1.000 persone) che, a marzo 2021, ha superato le 5.000 persone (oltre a

varie migliaia di persone che si stima siano trattenute in centri di detenzione non ufficiali in cui sono perpetrate violazioni sistematiche dei diritti umani e violenze, come segnalato da UNHCR).

A seguito del Decreto Sicurezza del 2018 e l'abolizione della protezione umanitaria, si è assistito ad un incremento dei dinieghi delle protezioni internazionali, passando da un tasso di ottenimento del 42% (2017) ad uno del 21% (2019), con la conseguente generazione di circa 40.000 presenze irregolari sul territorio italiano. Con il Decreto Immigrazione, si è tentato di porre rimedio alla situazione allargando i criteri di concessione della Protezione Speciale tornata dall'1% al 9% (ma ben lontana dall'originario 28%). Complessivamente dal 2014 il numero di stranieri regolarmente presenti sul territorio italiano è rimasto praticamente stabile con un incremento del 2% (da 4,92 a 5,04). Circa 900.000 persone straniere hanno acquisito cittadinanza italiana (4 su 10 sono persone nate in Italia da genitori stranieri) e circa 320.000 persone straniere regolarmente residenti in Italia hanno lasciato il territorio. Nell'ultimo periodo, da gennaio al 16 maggio 2022, i soggetti sbarcati sulle coste italiane si attestano a 14.764, con un incremento di 1596 persone rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Cruscotto Statistico 16 maggio 2022). Inoltre si è riacutizzato il fronte delle migrazioni via terra, conseguente alla crisi ucraina, con l'arrivo in Italia di 116.499 profughi (Sito Ministero degli Interni, 16 maggio 2022). A livello lavorativo i migranti economici raggiungono un tasso di occupazione di circa l'80% entro i primi 5 anni di arrivo in Italia, mentre i richiedenti asilo e rifugiati dopo oltre 10 anni dall'ingresso nel Paese hanno un tasso di occupazione del 50% (Fonte ISPI Fact Checking luglio 2021).

Come in precedenza, anche i dati più recenti lasciano intuire un'ulteriore complessificazione dello scenario relativo all'accoglienza e l'urgenza di sistematizzare modelli di presa in carico precoce di soggetti migranti forzati con fragilità psichica efficaci ed efficienti. In letteratura si evidenzia come lo status migratorio possa costituire un potenziale fattore di rischio per la salute psicofisica degli individui (Geraci, 2005; Mazzetti, 2008) e, in particolare, di rilevante presenza di sofferenza psicopatologica che non è solo caratteristica di popolazioni migratorie specifiche quali soggetti con status di rifugiato e richiedente asilo (Carrer et al, 2011). Il soggetto migrante infatti - anche quando non forzato - è esposto, oltre a possibili problemi pre-migratori, a numerosi stressor durante quello che viene definito il "percorso" migratorio, in particolare eventi di natura traumatica (forme di violenza diretta e indiretta e torture) e difficoltà vitali nella fase post-migratoria; tra questi, problemi legati all'iter di riconoscimento del permesso di soggiorno a lungo termine, all'accesso ai servizi di tutela della salute e di tutela sociale, alla lontananza dal nucleo familiare d'origine e ad esperienze di ri-collocamento complesse nel Paese di arrivo (disoccupazione, isolamento, discriminazione, etc). Tali fattori possono costituirsi come ulteriori elementi traumatizzanti, potenzialmente correlabili a quadri psicopatologici complessi con co-presenza di PTSD, MDD, ansia, somatizzazioni e abuso di sostanze (Carrer et al, 2011), nonché a quadri psico-sociali polarizzati su assenza di speranza e assenza di aspettative di aiuto (Hocking et al, 2017). Si rende pertanto necessaria l'implementazione continuativa di politiche socio-sanitarie che, partendo dall'attenzione a sottogruppi ad alta vulnerabilità (richiedenti asilo e rifugiati), favoriscano l'individuazione e la presa in carico precoce del disagio psichico e l'integrazione sociale in tutta la popolazione migrante, attraverso la creazione di reti estese sul territorio.

PROGRAMMI PER UN INTERVENTO MIRATO

ASST Monza, a partire dal 2012, ha aderito a vari programmi sperimentali promossi da Regione Lombardia e ATS, fra cui i Programmi FAMI (Fondo Asilo Migrazione Integrazione), finalizzati a perseguire gli obiettivi sopra citati ed a creare capacitazione e buone prassi fra i

propri operatori e nel territorio di competenza, in ottica di sviluppo di una sensibilità transculturale nell'approccio clinico e riabilitativo e di un'apertura all'inclusione, oltre che ad un allentamento delle barriere culturali negli stakeholder. Tra questi, dal 2012 è attivo - presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze di Monza - il Progetto Rete Minori Immigrati Brianza (RMIB) con un'equipe dedicata all'attività clinica transculturale orientata all'attivazione e al rafforzamento di interventi diagnostico/terapeutici, secondo fasce evolutive di vulnerabilità, valorizzando le risorse presenti sul territorio, intese come fattori protettivi e di integrazione sociale per famiglie straniere. In particolare, nell'ultimo biennio (2020-21) il Progetto ha potenziato tre ambiti clinici di intervento, considerati prioritari e rappresentativi dell'utenza afferente alla UONPIA: disturbi del neuro-sviluppo nell'infanzia, fragilità e psicopatologia della pre-adolescenza e dell'adolescenza, disturbi dell'apprendimento e dell'adattamento nel contesto scolastico. Dall'anno 2019 al dicembre 2021 il DSMD ASST Monza, nella struttura territoriale del Centro Psicosociale di Monza, ha partecipato attivamente al Progetto FAMI - Nuova Rete della Salute Mentale per i Richiedenti Asilo – coordinato da ATS e finalizzato alla tutela della salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati, attraverso il riconoscimento e la presa in carico precoce di soggetti in situazione di vulnerabilità, con quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici, grazie alla costituzione di un'equipe multidisciplinare dedicata all'attività diagnostica e clinico-riabilitativa, secondo un orientamento trans-culturale. L'equipe ha promosso sinergie sull'inclusione fra più partner del territorio (enti ospitanti, strutture del privato sociale, MMG, avvocati, servizi sociali, strutture educative, culturali e sportive, realtà produttivo-aziendali), finalizzate ad una presa in carico globale, per accompagnare gli utenti nella ricostruzione di un senso di continuità del sé, attraverso l'integrazione delle varie esperienze. Inoltre, il DSMD ASST Monza, nel corso del 2020, ha partecipato come partner al Programma FAMI Ca.Re. in rete con enti territoriali operanti nell'ambito dell'accoglienza (Consorzio Comunità Brianza), nell'ambito lavorativo (Mestieri Lombardia) e sociale (Comune di Desio). Il progetto - la cui conclusione è prevista nell'autunno 2022 - è orientato all'abilitazione sociale e all'inserimento lavorativo di migranti in situazione di vulnerabilità, alla sperimentazione di modelli di intervento psico-sociale in piccoli gruppi e di strumenti di individuazione precoce del disagio psichico nella popolazione di riferimento.

Attingendo all'esperienza acquisita, e per dare continuità all'eredità lasciata dalle esperienze FAMI e dei progetti succitati nell'intento di realizzare una rete di intervento integrato che consenta percorsi di diagnosi precoce, cura, abilitazione e riabilitazione appropriati ed efficienti a favore della popolazione migrante forzata del territorio dell'ASST Monza, si è attivato - a partire da gennaio 2022 presso il Centro Psico-Sociale del DSMD dell'ASST di Monza - un Programma Innovativo RL per gli interventi dedicati alla fascia adulti migranti forzati con disagio psichico. L'intervento precoce e, in questo caso, l'inclusione in Programmi Innovativi a carattere specialistico costituisce il discrimine fra una costante progressione e cronicizzazione del quadro psicopatologico riscontrato o, all'opposto, la possibilità di preservare e potenziare identità funzionale, competenze emotive, abilità cognitive e di socializzazione di questi utenti e delle loro famiglie favorendo, conseguentemente, i percorsi di inclusione. Al fine di comprendere meglio il contesto di riferimento e gli strumenti oggi a disposizione per la prevenzione e l'intervento precoce in ambito di disagio psichico nelle popolazioni giovanili, è fondamentale mantenere continuità nel passaggio fra Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza e Psichiatria. L'esigenza di rispondere ad uno scenario clinico sempre più complesso rende fondamentale l'adozione di un approccio "a rete": si presentano, infatti, quadri multiproblematici in cui, su una base di disturbo mentale, si innestano con sempre

maggior frequenza disturbi correlati a sostanze e condotte violente e/o autolesive in concomitanza con l'impatto di importanti stressor ambientali derivanti dalle condizioni macro-economiche del contesto di appartenenza. Tale approccio sfrutta proprio le reti di sostegno formali ed informali presenti sul territorio, caratterizzate da Agenzie sanitarie, sociali, assistenziali, del Volontariato e del Terzo Settore/Privato Sociale, per creare equipe estese e multi-professionali volte ad offrire un'assistenza il più possibile continuativa e personalizzata che, in questi anni, sono state implementate dalle due equipe trans-culturali di riferimento per il contesto minori e per il contesto adulti.

IL PROGRAMMA INNOVATIVO: OBIETTIVI PRINCIPALI

Il Programma Innovativo per l'inclusione territoriale di Migranti Forzati con disagio psichico, si è focalizzato sul favorire la presa in carico precoce, il trattamento e il potenziamento delle competenze residuali degli utenti del territorio dell'ASST Monza e lo sviluppo di nuove abilità necessarie, in termini di miglioramento della consapevolezza e regolazione emotiva, per un'implementazione dell'inclusione sociale e del sostegno all'autonomia, attraverso la costituzione di un'equipe dedicata (medico psichiatra, psicologo case manager), formata da operatori di consolidata esperienza del Servizio, del Territorio e delle reti di inclusione sociale, dedicate al target migranti. Le azioni progettuali sono state finalizzate a:

- Raccordo e mantenimento della presa in carico e dell'iter terapeutico-riabilitativo psichiatrico di soggetti migranti forzati, in passaggio all'età adulta, già in carico alla NPI e raccordo con i loro nuclei familiari
- Intercettazione precoce e presa in carico del disagio psichico in soggetti migranti forzati
- Sperimentazione di strumenti e modelli di screening precoce e riabilitazione in collaborazione con altri soggetti istituzionali, italiani ed esteri, con consolidata expertise in ambito psico-traumatologico e migratorio
- Valutazione clinica e definizione di programma riabilitativo a carattere psico-sociale
- Implementazione di progetti di rete finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa degli utenti migranti con fragilità psichica
- Alfabetizzazione alla salute mentale su target migratori più a rischio attraverso continuo dialogo con reti CAS e SAI territoriali
- Sviluppo di interventi di rete, specie con altri soggetti istituzionali quali i Servizi Sociali Adulti del Comune di Monza e i Servizi Sociali famiglia e Minori del Comune di Monza
- Promozione della cultura della salute mentale e dell'inclusività sul territorio di competenza, attraverso formazioni a realtà produttive, del privato sociale e educative del territorio.

IL PROGRAMMA INNOVATIVO: UTENZA

Rispetto ai più comuni indicatori di tipo epidemiologico, dal 2019 ad oggi, i migranti forzati beneficiari del Progetto di Inclusione Territoriale afferente al DSMD di Monza, si caratterizzano - dal punto di vista socio-demografico - come segue: circa 50 utenti, provenienti prevalentemente dall'Africa centrale e sub-sahariana (32% Nigeria; 11% Gambia; 8% Mali; 8% Costa d'Avorio; 6% Ghana; 4% Sierra Leone; 4% Camerun; 4% Guinea; 2% Benin; 2% Afghanistan; 2% Togo; 2% Niger), dal Bangladesh (4%) e dal Pakistan (11%). Per il 90% si tratta di maschi; l'82% dei soggetti presi in carico non è coniugato; dei coniugati solo il 4% ha in Italia il coniuge; il 23% dei soggetti ha figli, ma solo l'8% li ha con sé in Italia (prevalentemente i soggetti di sesso femminile); il 29% dei soggetti non ha alcun titolo di studio ed il livello di scolarizzazione è comunque basso (spesso si riscontrano soggetti in condizione di totale analfabetismo). Il 56% dei soggetti in carico è ancora nello status di Richiedente Asilo e soltanto l'8% ha ottenuto Asilo Politico; il restante 36% è beneficiario di titoli quali Protezione per Casi Speciali (13%); Protezione Speciale (10%) e Protezione Sussidiaria (13%). Oltre il 73% dei soggetti in carico è ospitato nelle strutture di prima e seconda accoglienza (CAS 60%,

e SAI 13%), mentre il restante 27% vive sul territorio in autonomia: parte di questa fascia è particolarmente esposta a rischio di marginalizzazione e devianza, laddove non riesca a trovare una collocazione abitativa stabile.

In termini di profili psicopatologici, la maggioranza dei soggetti in carico (62%) afferisce all'area dei Disturbi Correlati ad Eventi Traumatici e Stressanti (di cui il 45% con diagnosi di PTSD e il 17% con Disturbo dell'Adattamento); si rilevano inoltre Disturbo Depressivo Maggiore (7%); Disturbi d'ansia (2%) e Disturbi dello Spettro della Schizofrenia ed altri Disturbi Psicotici (5%). Le altre condizioni rilevate, spesso in comorbilità, afferiscono all'area dei Disturbi di Personalità (4%) e dei Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction (6%). La valutazione clinica è stata effettuata tramite colloquio medico-psichiatrico, mentre per l'intercettazione precoce del disagio psichico, i soggetti sono stati sottoposti allo strumento di screening (su MDD e PTSD in setting non clinico) Star-MH, in fase pre-sperimentale (lo strumento, risultato di interesse in chiave di intercettazione precoce e psico-educazione, è stato proposto per un lavoro di sperimentazione allargata sul territorio nell'ambito dei soggetti coinvolti nel Progetto FAMI Ca.re).

Dei soggetti sottoposti a pre-valutazione in setting non clinico, il 90% è stato indirizzato a valutazione specialistica, mentre il restante 10% è stato reindirizzato ad altri Servizi di Salute Mentale per competenza territoriale od orientato sul territorio per i bisogni specifici emersi e non afferenti all'area della salute mentale. I soggetti valutati a livello clinico - e presi in carico (84%) - hanno beneficiato di un piano di trattamento integrato clinico e psico-sociale, volto ad abilitazione, riabilitazione ed integrazione, grazie all'attivazione di sinergie di rete sul territorio finalizzate all'inclusione. Nel triennio 2019-21, l'aderenza al trattamento degli utenti presi in carico si è mantenuta pari a circa il 68%, mentre il 4% è stato re-inviato ai Servizi Specialistici SERT e NOA. I drop-out o i casi non aderenti si sono attestati intorno al 12%.

IL PROGRAMMA INNOVATIVO: PRESA IN CARICO CLINICA E PSICO-SOCIALE

La letteratura più recente (Uribe-Guajardo et al, 2016; WPA 2019) evidenzia come, nei progetti di accompagnamento di soggetti provenienti da percorsi migratori, siano fondamentali approcci multidisciplinari integrati, orientati cross-culturalmente e consapevoli delle differenze e barriere culturali esistenti. L'attivazione di fattori, risorse e meccanismi di protezione nelle popolazioni soggette a migrazioni, in particolare forzate, favorisce la resilienza e l'assunzione di capacità di agency (Weine, 2014). Le linee guida del Ministero della Salute per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (2017) valorizzano, inoltre, gli approcci riabilitativi che affianchino alla presa in carico clinico-psichiatrica, trattamenti riabilitativi fondati sulla psico-educazione, sul potenziamento delle abilità sociali, sull'accompagnamento alla strutturazione del progetto di vita e sul sostegno psico-sociale, anche attraverso specifiche azioni di case management. Conseguentemente, il DSMD ASST Monza ha strutturato il proprio modello sperimentale valorizzando al massimo gli interventi psico-sociali attivabili e implementando - fin dall'inizio - il seguente modello:

1. Assessment: sperimentazione dello strumento di screening precoce in setting non clinici STAR-MH

Il percorso si avvia con una fase di pre-valutazione: tale momento è propedeutico al superamento di potenziali barriere culturali all'accesso e, successivamente, all'attivazione di qualsiasi percorso terapeutico. Il colloquio costituisce, per il migrante, una prima occasione di avvicinamento al Servizio di Salute Mentale dove effettuare un intervento psico-educativo preliminare sulle condizioni cliniche di maggior incidenza del disagio (MDD e PTSD). In tale setting si è ipotizzata, fin dall'inizio, l'utilità dell'impiego

di uno strumento di screening - individuato nella letteratura recente e adattato in italiano - che fosse finalizzato all'individuazione precoce di MMD e PTSD su soggetti ASR in setting non clinici: lo STAR-MH (Hocking, Mancuso, Sundram, 2018; adattamento italiano a cura di Leon, Miragliotta, Cementon, Hocking, Sundram, Colmegna & Clerici, 2020). Tale strumento - specificamente sviluppato su soggetti Richiedenti Asilo e Rifugiati e derivato da scale gold standard quali HTR-R (Harvard Trauma Questionnaire-R, parti I e IV), PMLDC (Post Migration Living Difficulties Checklist), Hopkins Sympthom Checklist -25, PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview - demoralization scale) e M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) - è composto da 9 item dicotomici ed ha un tempo medio di somministrazione di circa 6 minuti. Lo STAR-MH permette la somministrazione anche da parte di operatori non sanitari e correla con i criteri diagnostici del DSM-5 per i disturbi sopra citati. Lo strumento facilita l'intercettazione di soggetti che potrebbero avere urgenza di un re-indirizzamento clinico grazie ad un item specifico sulla suicidalità. Presenta inoltre buone caratteristiche psicometriche: validato vs. M.I.N.I. ha sensibilità 0.93, specificità 0.75 e accuratezza della predittività di 80,07% sul campione originale. Sempre in base allo studio originale di validazione si segnala un'incidenza minima (0,4%) di episodi acuti o significativi di distress. Lo STAR-MH, inoltre, consente di effettuare - aldilà del pre-screening di salute mentale in setting non clinico - un momento di alfabetizzazione alla salute mentale a favore degli utenti che possa favorire il riconoscimento di segni e sintomi di disagio psichico, anche in chiave di prevenzione, e l'abbattimento di eventuali barriere culturali all'accesso ai servizi di salute mentale.

La successiva *valutazione clinica e psico-sociale*, in setting ambulatoriale, è sempre condivisa fra l'equipe multidisciplinare, al fine di favorire la comunicazione tra professionisti e l'integrazione delle reciproche competenze e approcci nella valutazione globale di funzionamento del paziente e nell'implementazione del piano riabilitativo, anche attraverso momenti stabili di discussione e confronto. Essa si articola in:

- Valutazione psichiatrica: anamnesi personale in chiave transculturale – valutazione dei sintomi e del quadro psicopatologico in atto – modulazione della terapia con attenzione agli aspetti etno-psicofarmacologici;
- Valutazione psico-sociale: colloqui clinici e psico-sociali finalizzati a: 1. Indagine psicodiagnostica in correlazione con eventi traumatici pre-migratori, migratori e stressors post-migratori anche tramite la somministrazione di scale (HTQ - Harvard Trauma Questionnaire; HSCL-25, Hopkins Symptom Checklist 25; PMLDC - Post-Migration Living Difficulties; BSI - Bredford Somatic Inventory); 2. valutazione delle risorse personali e ricognizione delle risorse di rete esistenti per la formulazione del percorso riabilitativo;
- Contatti di raccordo con altri operatori DSMD per facilitazione passaggi da NPIA e SerT.

2. Programma clinico e psico-sociale:
Definizione, implementazione e monitoraggio del percorso clinico-riabilitativo attraverso attività multidisciplinari integrate previste per il raggiungimento degli obiettivi mediante:

- Percorsi psichiatrici individuali e di gestione culturalmente mediata della farmacoterapia: soggetti provenienti da altre etnie differenti dalla popolazione caucasica (su cui sono stati condotti il maggior numero di trial psicofarmacologici) manifestano infatti risposte alla terapia differenti, sia dal punto di vista farmacocinetico che farmacodinamico. Conseguentemente, risulta rilevante - ai fini di un trattamento efficace e personalizzato - integrare tale aspetto nel percorso di presa in carico. Anche nella configurazione del setting si terranno in considerazione le tipicità culturali dei soggetti afferenti, facilitando l'inclusione di figure di riferimento (mediatore, operatori dei centri di accoglienza, leader delle comunità di appartenenza, figure familiari di riferimento, etc.).

– Percorsi di sostegno psico-sociale culturalmente mediati: attività centrate sull'ascolto forniscono una cornice relazionale protettiva allo stress, legato al processo di "trans-culturazione" (Carrer et al, 2011), favorendo l'aderenza alle attività cliniche di tipo psichiatrico e socio-educativo, previste nel percorso riabilitativo del paziente. In particolare il counseling psicologico su soggetti traumatizzati può favorire (Counselling Survivors of Trauma Training, 2021): gestione della complessità; avviamento, adesione e compliance al percorso clinico-terapeutico; ricostruzione della propria storia personale e/o migratoria; contenimento del distress legato a spaesamento e de-territorializzazione; motivazione al processo di integrazione; ri-mobilizzazione di competenze e comportamenti che agiscono come fattori di protezione, favorendo un complessivo miglioramento del senso di benessere psico-sociale percepito (Weine, 2014).
– Sono attualmente in fase di elaborazione percorsi gruppali di counseling psico-sociale per favorire la gestione della sintomatologia post-traumatica, in particolare gli incubi notturni, l'empowerment, il supporto *peer to peer,* e la ricostituzione di un'iniziale rete sociale che rimandi alla dimensione collettiva, caratteristica delle culture di appartenenza degli utenti
– Nei casi in cui - come da valutazione clinica - si evidenzi una sufficiente integrità delle risorse nell'utente, viene attivata un'ulteriore attività di case management che definisca, sempre in collaborazione con gli enti ospitanti e/o la rete sociale e familiare di riferimento, un progetto psico-sociale individualizzato che agisca come fattore protettivo. Il case-manager opera come risorsa di raccordo, coordinamento e supervisione tra il DSMD e le realtà del terzo settore e del privato sociale coinvolte nel Progetto creando e potenziando le reti formali e informali delle Agenzie sul territorio.
– I percorsi degli utenti vengono monitorati, infine, non solo attraverso attività di supervisione nell' equipe interna, ma anche grazie ad incontri di rete estesi che permettano alla complessa realtà assistenziale e riabilitativa un lavoro di integrazione e sinergia delle reciproche risorse a favore degli utenti.

CONCLUSIONI

L'esperienza descritta non solo ha rappresentato un'opportunità, negli ultimi anni, per offrire un servizio dedicato all'utenza migrante più problematica e sofferente di forme diversificate di disagio/disturbi derivanti da recenti esperienze traumatiche nell'ambito delle consuete risposte cliniche erogate a livello di CPS, ma si colloca - grazie alla sua legittimazione attraverso un Programma Innovativo RL - nella fascia di sperimentazione che il territorio ha sviluppato nel costante bisogno di "transizione" da una psichiatria generalista ad una più specialistica. L'impiego di strumenti specificatamente individuati per facilitare il compito di operatori che non sono ordinariamente collocati in setting clinici offre, inoltre, uno "spazio" allargato di attenzione alla salute mentale che si ricolloca nei Servizi della rete che non sono necessariamente abituati e preparati al modello di lavoro ordinario del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. A tal fine gli interventi di case managing, così come quelli di condivisione nella gestione di soggetti che possono rivelarsi nel tempo come pazienti "complessi", nonché la supervisione allargata offrono un empowerment diffuso che si distribuisce certo agli utenti dei Servizi in campo ma che è anche in grado di favorire la crescita di una rete collaborativa inevitabilmente necessaria per affrontare la complessità dei problemi fin qui descritti.

Afferenza degli autori

* *DSMD ASST Monza - Programma Innovativo di Psichiatria "Inclusione territoriale di migranti con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione"*

° *Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano Bicocca*

Corrispondenza

pietro.leali01@universitadipavia.it;

Silvia_Barbieri@asst-pavia.it

Bibliografia

1. Adler PA, Adler P, (2007). *The demedicalization of self-injury: from psychopathology to social deviance*; Journal of Contemporary Ethnography, 36:537-570
2. Amendt-Lyon N, (2001). *Art and Creativity in Gestalt Therapy*, Gestalt Review, 5, 4:225-248
3. American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Association
4. ATS Brianza, (2017), *Lo stato di salute dei migranti: presentazione della nuova rete della salute mentale per i richiedenti asilo in ATS Brianza*
5. Baiocchi P, (2015). *Gestalt Empowerment*, Safarà, Roma
6. Baiocchi P et al, (2013). *Relazione scientifica annualità 2012-13: "La casa delle emozioni, progetto di mutuo soccorso Gestalt rivolto alla comunità"*, Istituto Gestalt Trieste, in collaborazione con Università degli Studi di Trieste, Facoltà di Psicologia e Buone Pratiche Onlus, Febbraio 2013; Congresso "Percorsi di integrazione in psicologia clinica: ricerche e innovazione fra neuroscienze e funzionalismo moderno"
7. Bean T, Derlyun I, et al (2007). *Comparing psychological distress, traumatic stress reaction and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents*, J Nerv Ment Dis, 195:288-97
8. Beck BD, Lund ST, et al, (2018). *Music therapy versus treatment as usual for refugees diagnosed with post-traumatic stress disorder (PTSD): study protocol for a randomized controlled trial*; Beck et al. Trials, http://doi.org/10.1186/s13063-018-2662-z
9. Caizzi C, Ciambellini S, (2017). *Une approche ethno-psychiatrique de la guérison des traumatismes chez les immigrants contraints et les victimes de torture: cas clinique*, Actualités en Analyse Transactionelle, 1, 157, 23ss.
10. Carmassi C, Akiskal HS, et al, (2014). *Post-traumatic stress disorder in DSM 5: estimate of prevalence and criteria comparison vs DSM IV-TR in a non-clinical sample of earthquake survivors*, J Affect Disord, 160, 5:55-61
11. Carrer S, Catino E, et al (2009). *Risultati preliminari di uno screening delle "ferite invisibili" nell'ambulatorio di Medicina Generale Caritas per Immigrati*. In: Affronti M, Geraci S, VII Congresso Nazionale della Società italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Trapani, pp. 184-89
12. Carrer S, Meuti V, et al, (2011), I*mmigrazione, trauma, difficoltà vitali e psicopatologia: uno studio preliminare in un setting di medicina generale*, Rivista di Psichiatria, 46, 2
13. Clarckson P, (1992). *Gestalt counseling*, Sovera, Roma
14. Coffey G, (2021). *Counselling survivors of trauma, Intensive course, The Victorian Foundation for Survivors of Torture*, Victoria Australia
15. Cristofalo D, Bonetto C, et al (2018). *Access to end use of psychiatric services by migrants resettled in northern Italy*, Journal of Migrant and Minority Health, 20:1309-1316
16. Demetrio D, (2003). *Raccontarsi, l'autobiografia come cura di sé,* Raffaello Cortina, Milano.
17. Demetrio D, (2009). *La scrittura clinica, consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*, Raffaello Cortina, Milano
18. Demetrio D, (2016). *I sensi del silenzio, quando la scrittura si fa dimora*, Mimesis, Milano
19. Di Giacomo E, Giampieri ED, et al (2020), *Migration and psychosis. Specificity and Burden on Mental Healt System in Italy*, J Nerv Ment Dis, 208(11):908-911
20. Dipartimento di Pubblica Sicurezza, Ministero degli Interni (Maggio 2022). *Cruscotto statistico sbarchi gennaio-maggio 2022*
21. Favazza A, (2011). *Bodies under siege: self-mutilation, non-suicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore
22. Fazel M, Wheeler J, Danesh J, (2005). *Prevalence in serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries. A systematic review*, Lancet, 365:1309-14
23. Formenti L, (2010). *Attraversare la cura: relazioni, contesti e pratiche della scrittura di sé*, Erickson, Milano.
24. Geraci S, Maisano B, Mazzetti M, (2005). *Migrazione e salute, un lessico per capire*, Studi Emigrazione, 42:7-51
25. Ginger S, (2005). *Iniziazione alla Gestalt*, Mediterranee, Roma

26. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcom WM, (2008). *Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries*, Journal of Counseling Psychology, 55(2):185-196
27. Hocking D, (2017). *Too'Much is taken, much adibes: asylum seeker's subjective wellbeing*. J Immigrant Minority Health DOI10.1007/s10903-017-0664-7
28. Hocking D, Mancuso S, Sundram S, (2018). *Development and validation of a mental health screening tool for asylum seeker and refugees: the Star-MH.* BMC Psychiatry. http://doi.org/10.1186/s12888-018-1660-8
29. ISPI, (2021). *Fact Checking*, Luglio
30. Kaplan I, (2020). *Rebuilding shattered lives, integrated trauma recovery for people of refugee background*, Victorian Foundation for Survivors of Torture
31. Keller A, Lhewa D, (2006). *Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services*, J Nerv Ment Dis, 194/3:188-194
32. Manenti A, (1998). *Il raccontarsi dell'io e il riappropriarsi delle sue rappresentazioni interne*, Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria, 40:36-49
33. Marceca M, Geraci S, Ardigò M, (2006). E*sperienza migratoria, salute e diseguaglianze*. In: 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale; Pisa, EDS
34. Martinelli B, Raad H, et al (2008). *Le somatizzazioni in un ambulatorio di Medicina generale per immigrati*. QUIP 2008; 27:4-10
35. Mazzei S, (2013). *Meccanismi di difesa e resistenze al contatto*, Formazione In Psicoterapia, Counseling, Fenomenologia, 12
36. Mazzei S, (2013). Ti vedo, ti sento, ti accompagno: in cerca di risposte nell'esserci empatico, Formazione In Psicoterapia, Counseling, Fenomenologia, 16
37. Mazzetti M, (2008). *Trauma and migration. A transactional analytic approach towards refugee and torture victims*. TAJ, 38:258-302
38. Mclaughlin KA, Nolen-Hokesama S, (2011). *Rumination as transdiagnostic factor in depression and anxiety*, Behav Res Ther, 49(3):186-193
39. Merrill Weine S, Ware N, et al, (2014). *Fostering resilience: protective agents, resources and mechanism in adolescent refugees psychosocial wellbeing*, Adolescent Psychiatry, 4(4):164-76
40. Ministero della Salute, (2017). *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, 22 Marzo 2017
41. Nijhenius ERS, (2014). *Ten reasons for conceiving and classifying post-traumatic stress disorder as a dissociative disorder*, Psichiatria e Psicoterapia, 33:74-106
42. Norman RMG, Lewis SW, Marshall M, (2005). *Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome*. The British Journal of Psychiatry, 187, 7 s19-s23; DOI: 10.1192/bjp.187.48.s19
43. Nosè M, Ballette F, et al, (2017). *Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: systematic review and meta-analysis*, Plos One 12(2): e0I71030. Doi:10.1371/journal.pone.0171030
44. Pagani C, Procellana M, et al. (2009). *Centro di consultazione etnopsichiatrica di Milano: studio osservazionale descrittivo*. Psichiatria di Comunità, 8:46-52
45. Pascual LA, Yeryomenko N, Morrison OP, (2016). *Does feeling bad, lead to feeling good? Arousal patterns during expressive writing*. Review of General Psychology, 20(3):336-347
46. Pegoli A, Catino E, et al (2008). *Salute mentale e immigrazione: l'esperienza della Caritas di Roma*. In: Anagnostopulos F, Germano MC, Tumiati K, L'approccio multiculturale. Interventi in Psicoterapia, Counseling e Coaching. Roma, Sovera edizioni
47. Pennebaker JW, (1997). *Opening up. The healing power of expressing emotions*, The Guilford Press, New York, 1997
48. Pennebaker JW, (2001). *Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute*. In: Solano L. (a cura di), Tra mente e corpo, Raffaello Cortina, Milano

49. Pennebaker JW, (2004). *Writing to heal*, New Harbinger, Oakland
50. Pennebaker JW, (2015). *Scrivi cosa ti dice il cuore, autoriflessione e crescita personale attraverso la scrittura di sé*, Erickson, Milano
51. Quattrini GP, (2014). *Le dinamiche di gruppo*, Formazione in Psicoterapia, Counseling, Fenomenologia, 25:11-18
52. Rosenbaum F, (2019). *Migrazioni di parole, percorsi narrativi di riconoscimento*, Franco Angeli, Milano
53. Roubal J, Francesetti G, Gecele M, (2017). *Aesthetic Diagnosis in gestalt Therapy*, Behav Sci, 17/10:4
54. Salonia G, (1998). *Quando raccontarsi è terapia*, Quaderni di Gestalt, 3:119-134
55. Sampognaro G, (2008). *Scrivere l'indicibile. La scrittura creativa in psicoterapia della Gestalt*, Franco Angeli, Milano
56. Schouler-Ocak M (ed), (2015). *Trauma and Migration. Cultural factors in the diagnosis and treatments of traumatised immigrants.* Springer, NY
57. Schouler Ocak M, Kastrup MC (eds), (2020). *Intercultural Psychotherapy. For Immigrants, Refugees, Asylum Seekers and Ethnic Minority Patients*. Springer, NY
58. Schultze-Lutter F, et al, (2015). *EPA guidance on the early detection of clinical high-risk states of psychoses*. European Psychiatry, 30, 3:405-416
59. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, et al, (2012). *Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis*. Curr Pharm Des, 18(4):351-57
60. Schwitzer R, Melville F, et al (2006). *Trauma, post-migraton living difficulties and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees,* Aust N.Z. J Psychiatry, 40:179-87
61. Shoeb M, Weinstein H, Mollica R, (2007). T*he Harvard Trauma Questionnaire: adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and post-traumatic stress disorder in Iraquii refugees*, Int J Soc Psych, 53:447-63
62. Siegel D, (2013). *La mente relazionale, neurobiologia dell'esperienza relazionale*, Raffaello Cortina, Milano
63. Sijbrandij M, Acarturk C, et al, (2017). *Strengthening mental health care system for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries*, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 98(3):920-28
64. Simon Drouin M, (2011). *Object Relational Gestalt Therapy (ORGT) and evidence- based practice*, British Journal of Gestalt, 20, 2
65. Solano L, (2001). *Tra mente e corpo, come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano
66. Spagnuolo Lobb M (a cura di), (2018). *The aesthetic of otherness: meeting at the boundary in a desensitized world proceedings*, Gestalt Therapy Book Series, Istituto Gestalt HCC Italy
67. Spinogatti F, Civenti G, et al, (2015). *Ethnic differences in utilization of mental health services in Lombardy (Italy): an epidemiological analysis*, Soc Psichiatry Psychiatr Epidemiology, 50:59-65
68. Steel Z, Silove D, et al, (2006). *Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees*, Br J Psychiatry, 188:58-64
69. Turrini G, Purgato M, et al, (2019). *Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: sistematic review and meta-analysis*, Epidemiology and Psychiatric Science, 28:376-88; https://doi.org/10.1017/S2045796019000027
70. Uribe Guajardo MG, Slewa Youna S, et al, (2016). *Important considerations when providing mental health first aid to Iraqi refugees in Australia: a Delphi study*, International Journal of Mental Health Systems, 10, 54
71. Van Wyck S, Schweitzer R, (2014). *A systematic review of naturalistic interventions in refugee populations*, Journal Immigrant Minority Health, 16:968-77
72. Weine SM, Ware M, et al, (2014). F*ostering resilience: protective agent, resources and mechanism of adolescent refugees psychosocial wellbeing*, Adolesc Psychiatry, 2014;4(4):164-176
73. World Psychiatric Association, (2016), *WPA Position Statement on Europe Migrant and Refugee Crisis*
74. World Psychiatric Association, (2019). *World Psychiatric Forum*, Lisbona

Esiti del progetto aMIcittà: budget di salute di comunità

Morganti C., Porcellana M.*, Baldan L.§, Biancorosso C.*, Canton S.°, Cerri A.#, Fontana R.*, Lanzo F. R.*, Macchia P.°, Malchiodi F.*, Codazzi L.*, Motto D.°, Savino C.°, Vairelli F.*, Zanobio A.*, Percudani M.**

ABSTRACT

Obiettivi

Il progetto aMIcittà: Budget di Salute e Attivazione della Comunità è stato finanziato ad ottobre 2018 nei bandi Cariplo di Welfare in azione ed ha avuto come ente capofila la Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione ed il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda come partner sanitario. In questo progetto si è messo a punto un metodo per la sperimentazione del Budget di salute di Comunità finalizzato alla promozione di un percorso di cura recovery-oriented, con la partecipazione attiva e la responsabilizzazione degli utenti, finalizzata al recupero dei loro diritti di cittadinanza.

Risultati

Sono stati reclutati 67 utenti. 37 (55,2%) maschi e 30 (44,8%) femmine con un'età media di 40,31 anni (range 23-59 anni, ds 11,02), soprattutto celibi/nubili (n=59; 88%) con una diagnosi di Schizofrenia (n=31; 46,3%). Nei tre anni di progetto sono stati attivati 63 contratti di Budget di Salute di Comunità: 60 (95,2%) hanno previsto interventi sull'inclusione sociale; 35 (55,5%) di sostegno all'abitare; 37 (58,7%) sul lavoro. Il tasso di ricoveri nel periodo considerato tra i beneficiari del Progetto è stato del 8/67 = 11,9% contro il 22,7% (314/1380) del gruppo di controllo. Inoltre il 93,3% (42/45) dei beneficiari hanno migliorato la qualità della vita rispetto all'inizio del percorso in almeno una delle aree di intervento.

Conclusioni

Il Progetto aMIcittà ha fornito un'opportunità per sperimentare l'attuazione del budget di salute di comunità e di dimostrarne l'efficacia ed efficienza. Ha permesso un ripensamento delle modalità operative dei Servizi favorendo un approccio orientato alla recovery e motivato alla costruzione di reti con realtà del terzo settore e del volontariato poiché il miglioramento delle possibilità di cura e di inclusione sociale delle persone afflitte da disturbi mentali gravi è il prodotto dell'interazione di più fattori, tra i quali hanno un peso decisivo i percorsi personali di validazione e le strategie di protezione e promozione sociale costruite all'interno dei contesti territoriali.

INTRODUZIONE

Il progetto aMIcittà: Budget di Salute e Attivazione della Comunità è stato finanziato ad ottobre 2018 nei bandi Cariplo di Welfare in azione, ha avuto come ente capofila la Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione ed il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda come partner sanitario (Morganti et al., 2019). In questo progetto si è messo a punto un metodo per la sperimentazione del Budget di salute di Comunità per la promozione di un percorso di cura recovery-oriented, con la partecipazione e la responsabilizzazione degli utenti, finalizzata al recupero dei loro diritti di cittadinanza.

L'orientamento alla recovery è il cuore metodologico del progetto che pone l'attenzione sul protagonismo della persona, sia rispetto al proprio progetto di cura, sia verso la comunità, attraverso lo strumento del Budget di Salute che, coerentemente con i dettami della LR 29 2016 n°15, sarà utilizzato per promuovere l'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali attraverso progetti individualizzati che mettano a sistema risorse (in parte già presenti) di tipo sanitario e sociale, con il coinvolgimento della realtà locale e delle risorse degli utenti.

Ci si è dato l'obiettivo di migliorare il benessere e le condizioni di vita dei beneficiari con problemi di salute

mentale in carico ai servizi e si è valutata la qualità della vita secondo tutti i suoi molteplici determinanti, secondo una visione olistica della persona.

Nel corso delle azioni del progetto si è fatto il possibile per diffondere attitudini non stigmatizzanti ma solidali ed inclusive, si è cercato di promuovere un cambio di paradigma, da una pratica orientata al solo trattamento ad una pratica che coinvolgesse amici, famigliari, e l'intera comunità per un'autentica inclusione sociale e promozione della salute mentale.

I budget di salute di comunità sono progetti intensivi fortemente territoriali alternativi all'inserimento in strutture psichiatriche che prendono in considerazione la persona nel suo complesso e cercano di dare risposte sul piano abitativo, lavorativo e di inclusione sociale, grazie al supporto degli operatori ed al coinvolgimento degli abitanti.

I budget di salute di comunità, infatti, mettono a disposizione della persona non solo risorse economiche, ma anche il capitale sociale e relazionale della comunità locale.

Il progetto si è mosso su due azioni principali in cui si sostanzia il cambiamento. La prima è "L'attivazione della comunità" vista come uno dei più importanti tasselli di supporto ai Budget di Salute: il progetto, infatti, vuole favorire la crescita della comunità stessa come soggetto. Si è lavorato nella logica di far crescere un senso di responsabilità, competenze e senso di appartenenza alla comunità dei soggetti perché possano essere in grado di risolvere i problemi che hanno e di aiutarsi reciprocamente. La seconda è la costruzione di "reti sociali naturali" nella consapevolezza che una comunità attiva possa prefigurarsi come comunità curante, capace di offrire tutela nei propri confronti e in quelli dei singoli; ovvero lo sviluppo comunitario in relazione alla crisi del welfare state.

In questo progetto il budget di salute di comunità è da intendersi non come una delega, ma come un processo attuato in co-gestione con le cooperative e le associazioni in cui il DSMD mantiene la regia delle azioni (Monteleone, 2005).

Il Progetto si è rivolto al bacino territoriale del DSMD dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda che insiste sulla Municipalità 9 e parzialmente sulle Municipalità 2 e 3 del comune di Milano. Il DSMD ha coinvolto 3 Centri psico-sociali (CPS) che garantiscono assistenza e tutela della salute mentale a una popolazione di riferimento di 348.894 abitanti, circa un quarto della popolazione milanese (abitanti totali 2021 n=1.386.285).

Annualmente entrano in contatto con le Strutture del DSMD oltre 5.000 pazienti (nel 2020 n= 5.874), 3157 donne (53.7%) e 2717 uomini, con un tasso standardizzato di 167,8 per 10.000 abitanti (valore 2018 Lombardia 174,3 e 166,6 Italia). I pazienti che sono entrati per la prima volta in contatto con il DSMD sono stati 576, 467 dei quali (81.1%) hanno avuto contatto con i Servizi per la prima volta nella vita.

La percentuale di nuclei famigliari composti di una singola persona si attesta nelle diverse zone della città a circa il 22% degli abitanti. Rispetto al numero di utenti afferenti al DSMD quelli che vivono soli sono 287, soltanto il 5,8%. Questo semplice dato indica come sia più difficile per le persone con problemi di salute mentale intraprendere percorsi di emancipazione dalla famiglia di origine, probabilmente anche a causa di una strutturale mancanza di opportunità concrete e relazionali di progettare una vita autonoma sul territorio.

Nel bacino d'utenza la prevalenza della popolazione trattata è dell'1,4% dei residenti. L'età media dei pazienti è di 46,5 anni, persone con genitori anziani per i quali il destino è o di un progetto di vita autonoma o un inserimento in residenzialità.

Nel 2020 presso il DSMD gli utenti in carico erano 4.756, di cui 1211 portatori di bisogni clinici complessi inseriti nel percorso di cura di "Presa in carico" (25,5% del totale degli utenti). In questo bacino di popolazione si collocano i soggetti che il progetto intende coinvolgere nella sperimentazione del budget di salute. Di questi 277 erano inseriti in percorsi residenziali (n=56) o semiresidenziali (221) in Strutture del DSMD.

Regione Lombardia per i soli ricoveri in comunità ha speso il 70% dei fondi destinati alla Salute Mentale per l'anno 2020. Questo è un dato critico riguardo alla qualità della spesa nell'ambito della salute mentale perché gli investimenti non sono fatti per sostenere le attività territoriali al fine di assistere nel proprio contesto di vita le persone.

Al contrario il progetto si propone di investire risorse orientandole nella direzione di una riqualificazione dei sistemi relazionali nei processi e sistemi di cura, a livello comunitario e territoriale.

Il progetto di partnerariato con realtà sanitarie, il Comune di Milano, cooperative e associazioni del Terzo settore, utenti esperti e volontari permette di proporre azioni che superano le rigidità e i modelli prestabiliti, valorizzando e collegando una serie di "nodi" della rete comunitaria con i quali stabilire una partnership strutturata in grado di integrare il lavoro clinico con un'offerta variegata di opportunità sociali e di vita, connotata da risposte "leggere" e flessibili ma al contempo "forti" e continuative.

Si sono attivati percorsi con la metodologia del "Budget di Salute" che hanno utilizzato sia le risorse professionali sia quelle della persona, dei suoi familiari e del suo ambiente sociale.

Il Budget di Salute di Comunità è un progetto riabilitativo individualizzato rivolto a persone con disagio psichico grave che sono spesso discriminate dal mercato del lavoro, immobiliare e dai contesti socio-culturali. Interviene nell'ambito dell'abitare, dell'inclusione sociale e della formazione/lavoro.

Per realizzare i Budget di Salute si sono fatti interventi su tre assi: abitare, per promuovere la cura di sé e degli spazi abitativi e per migliorare l'autonomia della persona; lavoro, dando supporto all'avvio e alla frequenza di corsi di formazione, puntando ove possibile all'inserimento nel mondo del lavoro; inclusione sociale per costruire, ricostruire o consolidare le relazioni e le reti amicali e sociali, partecipando ad attività culturali, educative, sportive e ricreative.

Il progetto ha previsto la programmazione delle seguenti azioni:

1. Supporto alla quotidianità all'interno di gruppi di convivenza assistita;
2. Supporto flessibile alla domiciliarità;
3. Ricostruzione e mediazione all'interno della rete familiare e sociale;
4. Accesso supportato all'inserimento lavorativo e alle attività formative;
5. Accesso supportato alle attività di aggregazione e socializzazione;
6. Rafforzamento della presa in carico sul territorio al fine di prevenire l'inserimento in strutture residenziali.

Le condizioni di sofferenza più acute richiedono la costruzione di un progetto con caratteristiche flessibili, dove le procedure sono riferite all'area dei diritti della persona.

Si sono costituite equipe integrate che comprendano, oltre alla persona, la partecipazione degli operatori sia dell'ambito sociale sia sanitario e degli utenti esperti con la messa in comune delle risorse e la condivisione delle responsabilità. L'obiettivo è quello dell'incremento dell'efficacia, attraverso la valutazione del miglioramento della qualità di vita della persona.

La presa in carico degli utenti per i quali s'intende istituire il budget di salute avviene su proposta dei case manager dei servizi del DSMD. Viene così definito il progetto terapeutico riabilitativo al quale partecipano:

a) La persona titolare del progetto al quale è attribuito il budget;
b) Il DSMD attraverso i propri servizi;
c) Il Comune di residenza del titolare, che attraverso i servizi sociali ha la corresponsabilità dei progetti e partecipa con proprie risorse alla loro realizzazione (legge 328);
d) I soggetti cogestori privati che possono essere: cooperative sociali, società onlus e non, famiglie, e associazioni presenti nel territorio.

Il case manager fornisce supporto ai partner per una migliore articolazione e formulazione in progress del progetto, monitorando e mediando l'andamento dei progetti stessi, individuando le aree di eventuale problematicità e fornendo il sostegno per il loro superamento.

L'utente è sostenuto nelle scelte per seguire le sue aspirazioni e migliorare la sua qualità di vita.

Si privilegia la connessione con il proprio territorio, si favoriscono percorsi in uscita dalle Strutture Residenziali e se ne prevengono di nuovi.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito del Progetto aMIcittà, attivo dall'ottobre 2018 al dicembre 2021, si è costituito un Gruppo di Lavoro Metodologico finalizzato alla definizione dei criteri di inclusione ed alla metodologia dello Studio.

Dopo un'analisi critica della letteratura sono stati concordati i seguenti criteri d'inclusione:

1. Diagnosi di disturbo mentale grave secondo ICD-10 (F20-30-60);
2. età 25-60;
3. Stabilità clinica;
4. Valida alleanza terapeutica;
5. Necessità del percorso di cura "Presa in carico".

E stabiliti dei criteri per la scelta prioritaria: isolamento sociale, problemi abitativi, lavorativi, assenza di supporto familiare, pazienti in dimissione da un percorso residenziale.

Il percorso di definizione del contratto di budget di salute di comunità prevede: il coinvolgimento di tutti i partner del progetto, il reperimento delle risorse necessarie, la definizione condivisa del contratto di budget di salute, la costituzione di micro-equipe di progetto, la sottoscrizione congiunta del contratto.

La regia del percorso rimane al Centro di Salute Mentale, non si attua un'esternalizzazione ma una co-gestione con i partner del terzo settore e delle associazioni.

Gli utenti rispondenti ai criteri d'inclusione sono segnalati dalla microéquipe curante alla micro-équipe di progetto unitamente all'invio di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) aggiornato con inclusa la scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale; Lora, 2001) largamente utilizzata per la valutazione delle gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale.

La fase di assessment prevede inoltre la somministrazione di: scheda socio-demografica e clinica standardizzata, scala di funzionamento Specific Level of Functioning (SLOF) nella versione italiana (Montemagni, 2015), Recovery STAR per la definizione delle aree di vulnerabilità e dei bisogni dei pazienti (Placentino, 2017); WHOQOL-bref per la qualità di vita (de Girolamo, 2000), la valutazione della rete sociale attraverso la Mappa di Todd e la Carta di rete.

È inoltre condiviso un Piano di Trattamento Riabilitativo Individuale (PTRI) evidenziando le problematiche secondo le aree: casa/habitat sociale, formazione/lavoro, socialità/affettività, denaro.

Segue la definizione condivisa del contratto di budget di salute e la sottoscrizione congiunta dello stesso prima dell'avvio del BDS.

A 6 e 12 mesi sono state effettuate delle rivalutazioni sull'andamento del progetto anche mediante la ricompilazione del PTI, HoNOS, SLOF, Recovery STAR, e WHOQOL-bref. Con tali scadenze si sono anche rivisti gli obiettivi del contratto di budget di salute, decidendo eventuali interruzioni, variazioni o cambiamenti.

I primi otto mesi del progetto sono stati dedicati a definire il modello e poi sono stati attivati i percorsi individualizzati, a partire dall'ascolto dei beneficiari, dalle loro idee e dalle loro speranze e bisogni. I tre assi di intervento principali riguardano l'abitare, il lavoro e l'inclusione sociale. In questo ultimo asse entra in gioco la connessione con la comunità: dalla palestra, all'ente culturale, alla parrocchia poiché comunità non è solo quella strutturata, ma è quella peculiare di ogni persona, la sua rete naturale: un ex compagno di classe, un amico, un vicino di casa, persone legate alla sua storia passata e presente.

Tabella 1

	T0	T1
H0NOS		
H1 comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi,agitati	0,67	0,61
H2 comportamenti autolesivi	0,39	0,37
H3 problemi legati all'assunzione di alcool o droghe	0,55	0,49
H4 problemi cognitivi	0,73	0,71
H5 problemi di malattia somatica o disabilità fisica	0,76	0,69
H6 problemi legati ad allucinazioni o deliri	1,27	1,12
H7 problemi legati all'umore depresso	1,20	1,08
H8 altri problemi psichici e comportamentali	2,08	1,92
H9 problemi relazionali	2,37	2,22
H10 problemi nelle attività della vita quotidiana	1,76	1,57
H11 problemi nelle condizioni di vita	1,29	1,24
H12 problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	1,33	1,10
WHOQOL Breve		
WHOQOL Area fisica	94,45	98,94
WHOQOL Area fisica	75,69	80,71
WHOQOL Area Sociale	36,08	38,37
WHOQOL Area dell'Ambiente	105,85	111,42
RECOVERY STAR		
Gestione della propria salute mentale	6,11	6,78
Cura di sé	6,31	7,07
Abilità per la vita quotidiana	6,65	7,02
Reti sociali	5,29	5,93
Lavoro	4,98	5,13
Relazioni personali	5,91	6,02
Dipendenze	7,87	8,24
Responsabilità	7,91	7,89
Identità e autostima	6,07	6,43
Fiducia e speranza	5,72	6,19
SLOF		
SLOF Condizione Fisica	24,77	24,70
SLOF Competenze nalla cura di sé	32,57	32,52
SLOF Relazioni interpersonali	23,58	25,20
SLOF Accettabilità sociale	33,33	34,35
SLOF Attività	49,32	49,18
SLOF Capacità lavorative	10,22	13,73

RISULTATI

Dal febbraio 2019 al maggio 2021 (termine ultimo per attivare i BDS), sono stati segnalati 67 pazienti. 37 (55,2%) maschi e 30 (44,8%) femmine con un'età media di 40,31 anni (range 23-59 anni, ds 11,02), soprattutto celibi/nubili (n=59; 88%).

Le diagnosi ICD-10 sono state:

- F20 (Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti) nel 46,3% dei casi (n=31), F60 (Disturbi della Personalità e del comportamento) in 18 (26,7%), F30 (Sindromi affettive) in 9 (13,4%).
- 17 (25,4%) hanno un diploma di scuola media inferiore, 41 (61,2%) un diploma di scuola media superiore e 9 (13,4%) sono laureati. 53 (79,1%) sono disoccupati, 5 (7,5%) hanno un lavoro dipendente e 5 (7,5%) un'attività saltuaria.
- 50 (74,6%) vivono al proprio domicilio (31 con la famiglia d'origine, 14 da soli, 5 con altre persone).
- 3 (4,5%) in Residenzialità Leggera (RL), 11 (16,4%) in Struttura Residenziale: 5 in CRA, 4 in CPA, 1 in CRM, 1 in CPM.

La maggioranza di loro (67,2%, n=45) presentava in anamnesi ricoveri in SPDC.

Per quanto riguarda le variabili testali i punteggi nelle scale a T0 e T1 sono riassunti in Tabella 1

Rispetto ai contratti di Budget di Salute di Comunità, ne sono stati attivati 63: 60 (95,2%) hanno previsto interventi sull'inclusione sociale (inserimento nei Centri Diurni dei Servizi; uscite individuali sul territorio ed accompagnamenti, gruppi risocializzanti sia in modalità online che in presenza negli spazi dei Servizi e sul territorio, uscite tematiche quali visite a mostre, musei, luoghi di interesse pubblico; gite in provincia, una settimana di vacanza di gruppo); 35 (55,5%) di sostegno all'abitare (6 attivazione di Housing, 29 supporto abitativo e visite domiciliari); 37 (58,7%) sul lavoro (13 attivazione di tirocinio, 24 attività di orientamento, invio GDL Niguarda); 20 (31,7%) sul piano economico (8 nomina di Amministratore di Sostegno, 12 supporto gestione denaro, contributo).

Rispetto ai dati di efficacia, il tasso di ricoveri nel periodo considerato tra i beneficiari del Progetto è stato del 8/67 = 11,9% contro il 22,7%1 (314/1380) dei pazienti del DSMD con percorso di cura "presa in carico" non coinvolti nel Progetto e scelti come gruppo di controllo.

Il 93,3% (42/45) dei beneficiari hanno migliorato la qualità della vita rispetto all'inizio del percorso in almeno una delle aree di intervento.

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

HoNOS 12 "Disponibilità di risorse ricreative" (p=0.015); WHOQoL 1 "Area Fisica" (p=0.009), WHOQoL 3 "Area sociale" (p=0.027) WHOQoL 4 "Area Ambiente" (p=0.026); Recovery STAR 1 "Gestione della propria salute" (p=0.004), Recovery STAR 2 "Cura di sè" (p=0.001), Recovery STAR 9 "Identità ed Autostima" (p=0.017), Recovery STAR 10 "Fiducia e speranza" (p=0.039), SLoF 3 "Relazioni interpersonali" (p=0.003), SLoF 4 "Accettabilità sociale" (p=0.002), SLoF 6 "Lavoro" (p=0.001).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Per quanto riguarda le variabili cliniche e testali i risultati preliminari sono coerenti con i criteri d'inclusione e priorità adottate dal Progetto al reclutamento (To). In particolare, raggruppando i 12 items della *Health of Nation Outcome Scale* (HoNOS) nei 4 clusters (items 1-3 problemi comportamentali; items 4-5, impairment; items 6-8, sintomi ed items 9-12, problemi sociali), il punteggio medio maggiore si notava nel cluster sociale (1,75), evidenziando le problematiche relazionali, abitative ed ambientali degli utenti.

Gli stessi beneficiari, compilando autonomamente la *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL-breve), segnalavano come particolarmente deficitaria l'area sociale (media 35,26) suggerendo la necessità di interventi correttivi.

Nella Recovery Star, infine, i punteggi medi più bassi si notavano nell'item "reti sociali" (5,11) e "lavoro" (4,92)

confermando il bisogno di nuove prospettive e di supporto lavorativo, come evidenziato dal punteggio nella scala "capacità lavorative" della *Specific Level of Functioning* (SLOF (10,55).

Questi anni di lavoro hanno permesso:

1. la costituzione di un gruppo di lavoro esteso di progetto cui partecipano tutti i partner;
2. l'organizzazione di eventi formativi a sostegno di un orientamento alla recovery degli operatori, degli utenti esperti e dei volontari partecipanti al progetto;
3. il potenziamento delle equipe territoriali che stanno rilanciando il lavoro di assessment e di programmazione dei PTRI;
4. la definizione di un metodo strutturato per l'assessment e la definizione dei contratti di budget di salute;
5. la costruzione di un quaderno di budget di salute che permetterà uno stretto monitoraggio delle azioni effettuate;
6. la definizione di una procedura per il follow-up.

aMIcittà, per tutti i suoi 63 beneficiari, ha quindi composto una microéquipe che comprende, oltre agli operatori, gli Esp (Esperti in Supporto tra Pari, persone che hanno elaborato un proprio vissuto di difficoltà psicologiche personali come utente psichiatrico e che ora mettono a disposizione le proprie esperienze di vita) e queste reti naturali, i facilitatori naturali scoperti attraverso l'esplorazione delle reti si sono dimostrati essenziali, hanno permesso di arrivare dove gli operatori non arrivavano. Esiste una comunità che desidera essere di aiuto, e da una parte abbiamo dato un ruolo a queste persone, dall'altra abbiamo garantito loro il supporto di un accompagnamento, un contesto dove loro sanno che se ci sono delle difficoltà possiamo intervenire.

Sia questi facilitatori naturali sia gli Esp sono stati e sono davvero significativi per la riuscita dei budget di salute. Anche se ogni percorso è diverso, è un lavoro di cucitura continua, perché cambiano le richieste e i bisogni anche in corso d'opera e ognuno può o vuole raggiungere traguardi diversi ad esempio: rimettersi in moto quando a lungo si era rimasti chiusi in casa, riuscire a vivere da soli, fare la patente o la richiesta di una casa popolare.

La nostra soddisfazione è aver sperimentato un metodo che ci sembra abbia funzionato bene e che può essere disseminato. I budget di salute di comunità hanno dimostrato di essere strumenti validi e realmente alternativi rispetto a risposte più standardizzate.

I principali elementi di innovazione connessi all'attivazione dei budget di salute di comunità sono i seguenti:

- Personalizzazione e flessibilità dell'intervento, che è proseguito, con alcuni adattamenti, anche da remoto;
- Sempre maggior presenza e utilizzo degli esperti in Supporto tra Pari;
- Reale integrazione socio-sanitaria delle risorse (economiche e non)
- Reale integrazione pubblico- privato e comunità territoriale.
- Significativa presenza di facilitatori naturali.

I budget hanno continuato a dare risposta ai bisogni delle persone seguite articolandosi in attività in presenza e da remoto. La pandemia che crea difficoltà nelle normali attività di vita quotidiana per le persone con disagio psichico ha restrizioni più stringenti e deprivanti. il budget di salute di comunità anche in questo frangente si è dimostrato uno strumento flessibile ed efficace.

I BdS sono stati realizzati sia con attività in presenza, siano esse presso il servizio o sul territorio, ma per quanto riguarda i gruppi nella maggior parte dei casi si è operato da remoto. Sono stati attivati 6 gruppi: gruppo cultura, gruppo scrittura, gruppo giochi di società, gruppo di inglese, il gruppo "caffè della domenica e gruppo movimento. Per tre beneficiari di BdS con bisogni di socialità abbiamo valutato utile un percorso di potenziamento cognitivo. La scelta di iniziare questo tipo di intervento nasce dal momento che abbiamo riscontrato delle difficoltà nel proporre e nell'inserire nei gruppi alcune persone e abbiamo optato per un percorso individuale.

Per tre beneficiari assegnatari di alloggi Aler il progetto ha previsto sia la fase di reperimento degli arredi (tramite

il Progetto Mirasole e donazioni di privati) sia l'accompagnamento verso il progetto di autonomia attraverso la mappatura e conoscenza del nuovo territorio e dei suoi servizi, valutazione del budget economico e supporto alla gestione dello stesso, l'affiancamento all'acquisizione e miglioramento delle pratiche per la cura di sè (per es. dell'alimentazione) e dell'alloggio, sperimentazione di competenze relazionali di base (per es. con portinaio e futuri vicini di casa).

Per una persona che si è già trasferita nel nuovo alloggio si sono organizzati dei momenti di socialità con altre beneficiarie del progetto per favorire la creazione di una rete di relazioni a supporto di questo significativo cambiamento. Lo stesso supporto è stato continuativo per coloro che già abitano nel proprio alloggio grazie agli interventi delle operatrici e degli ESP.

L'appartamento gestito da Diapason coop sociale ha continuato, nei 3 anni del progetto ad ospitare 3 beneficiari del progetto, supportati primariamente da due educatrici, oltre che dagli ESP, dalle loro case manager, e da medici e specialisti del CPS. Il periodo di pandemia ha certamente acuito i livelli di stress individuale, e ha ridefinito alcune progettazioni (tirocini, inserimenti lavorativi) pensate per i beneficiari.

L'attivazione del programma reti sociali naturali, nella fase di esplorazione della rete sociale naturale continua a rappresentare l'elemento di valutazione del sistema di relazioni, del rapporto con il territorio e della possibile attivazione di risorse (territoriali o facilitatore naturale). Questa fase è stata attuata, da inizio progetto, con 31 beneficiari.

Come già evidenziato in precedenza, il percorso di esplorazione della rete sociale naturale, oltre al possibile esito dell'individuazione del facilitatore naturale, continua a: 1) accompagnare le progettualità individuali verso altre aree di bisogno emerse, in particolare nell'area dell'abitare, del lavoro e del tempo libero, facilitando l'intervento dell'operatore case manager nel orientamento delle azioni progettuali e l'eventuale supporto dell'ESP; 2) far emergere interessi e passioni dei singoli beneficiari che si sono tradotti nella progettazione di iniziative a vantaggio anche di altri utenti dei servizi. Es. interesse per il trekking di un beneficiario che ha permesso di organizzare una prima gita in montagna. Analogamente si sono sviluppate iniziative sul cinema e sulla fotografia; 3) favorire la partecipazione ad altre opportunità di socializzazione presenti sul territorio, in quanto il percorso di esplorazioni delle relazioni e dei bisogni mette maggiormente a fuoco desideri e possibilità di realizzazione; 4) approfondire la rete di quartiere, territoriale e di caseggiato.

A partire dalla esplorazione della rete il programma reti sociali naturali ha permesso di attivare ad oggi 11 facilitatori e di individuarne altri 3 potenziali, per un totale di 14 facilitatori. Questi si suddividono nelle seguenti categorie di relazione: 8 Amici; 2 Vicini di casa; 1 familiare non appartenente al nucleo convivente; 3 persone del quartiere/territorio (barista, maestro arti marziali e custode).

L'attivazione dei facilitatori, nella logica della reciprocità, ha continuato ad offrire un supporto così articolato: sostegno emotivo e supporto alla persona (situazioni di malessere e isolamento), sostegno alla quotidianità, offerta di un ulteriore sguardo a supporto dell'intervento degli operatori, supporto nell'ambito dei rapporti di condominio e di quartiere .

L'impegno degli ESP è rimasto costante e ha garantito un'alta qualità dei bds.

Questo progetto ci ha fornito un'opportunità per sperimentare l'attuazione del budget di salute di comunità e di dimostrarne l'efficacia ed efficienza per "validarne la procedura" e promuoverla come modalità ordinaria e diffusa a livello regionale.

Il progetto ha permesso un ripensamento delle modalità operative dei servizi favorendo un approccio orientato alla recovery, e motivato alla costruzione di reti con realtà del terzo settore e del volontariato.

Un punto importante del progetto è anche quello di

rafforzare le dotazioni organiche dei servizi territoriali per renderli in grado di attivarsi su percorsi di cura individualizzati, intensivi, sul territorio.

Alla base del nostro lavoro vi è l'assunto che il miglioramento delle possibilità di cura e di inclusione sociale delle persone afflitte da disturbi mentali gravi, sia il prodotto dell'interazione di più fattori, tra i quali hanno un peso decisivo i percorsi personali di validazione e le strategie di protezione e promozione sociale costruite all'interno dei contesti territoriali.

È stata sviluppata una prospettiva che vede prestazioni sociali e sanitarie come non scindibili attraverso la realizzazione di un progetto personalizzato che si confronta quasi sempre con bisogni globali e che deve prevedere risposte altrettanto globali e personalizzate.

L'attivazione del budget di salute di comunità è servito sia come possibile alternativa ai ricoveri sanitari in comunità psichiatriche protette sia per permettere la dimissione dalle strutture di utenti gravi.

I risultati, pur da prendere con le giuste limitazioni, ci indicano che il modello del budget di salute di comunità è praticabile e ben accettato sia dagli operatori sia dai beneficiari.

Alla luce di questi risultati si auspica che ci sia, da parte degli organismi regionali, la possibilità di riconvertire una parte della spesa sanitaria sul potenziamento dei servizi territoriali con la finalità di supportare la continuazione del lavoro tramite budget di salute di comunità nei CPS.

Afferenza degli autori

* *ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

° *Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione*

§ *Cooperativa Diapason*

\# *Associazione Contatto*

Corrispondenza

carla.morganti@ospedaleniguarda.it

Bibliografia

1. De Girolamo G., Rucci P., Scocco P., Becchi A., Coppa F., D'Addario A., Daru E., De Leo D., Galassi L., Mangelli L., Marson C., Neri G., Soldani L., *Quality of Life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Bref*. Epidemiol Psychiatr Soc, 2000; 9: 45-55.
2. Ferri M., Pellegrini P., De Santis I., *Dalla residenzialità psichiatrica al budget di salute*. Nuova rassegna studi psichiatrici, 2015; 12; 7.
3. Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi F., Torri V., Morosini P., *La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), una scala per la valutazione delle gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2001; 10(3): 198-212.
4. Materzanini A. P*erché non bastano gocce e pastiglie Se la salute mentale è data da casa, lavoro e rete sociale*. Animazione Sociale, 2016; sett/ott, 44-51.
5. Monteleone R., *La contrattualizzazione delle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura*. In: BIFULCO L. (a cura di), Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti, Roma, Carocci, 2005.
6. Montemagni C., Rocca P., Mucci A., Garlderisi S., Maj M., *Italian version of the Specific Level of Functioning*. Journal of Psychopathology, 2015; 21: 287-296.
7. Morganti C.,Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanobio A., Percudani M. *L'esperienza Budget di Salute di Comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con aMIcittà: metodologia e dati preliminari*. Psichiatria Oggi, Anno XXXII N°1, gennaio-giugno 2019, pp 88-94.
8. Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G., GRUPPO REX.IT., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*. Riv Psichiatr, 2017; 52(6): 247-254.
9. Ridente P., Mezzina R., *From residential facilities to supported housing: The personal health budget model as a form of coproduction*. International Journal of Mental Health, 2016, 45(1): 59-70.
10. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*, Laterza editore, 2013.
11. Starace F., *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute*, Carocci editore, 2011.
12. World Health Organization. *International Statistical classification of disease and health related problems*. ICD-10. Ginevra 2007.

Ogni cura ha una storia

Rabboni M.
Editore della Rivista Psichiatria Oggi

INTRODUZIONE

È la parola, proferita, narrante, o anche sottesa o negata o repressa, a restituire senso ad ogni evento, a creargli intorno il luogo del suo accadere, il suo tempo e a definire il valore che esso ha per chi ne è attore (o spettatore, o vittima) e ad inserirlo, quindi, in una storia.

Il nudo accadere delle cose rappresenta – ovviamente – la base da cui ogni narrazione deve partire e di quella narrazione rappresenta il principale (o forse solo preliminare?) oggetto; tuttavia, i fatti, di per sé, privi del loro essere raccontati, rimangono in-sensati: forse nemmeno per l'essere privi di un senso, ma al contrario per l'averne potenzialmente un numero quasi infinito. Possibilità di esistenza, possibilità di significato indeterminate nella loro variabilità e nel loro valore; possibilità che solo la parola - mitopoetica qui, proprio in quanto creatrice - può ridurre ad una sola, che soltanto così ha la possibilità di diventare vera.

Ciò che è vero per ogni individuale, singolare storia è però vero anche per la Storia universale, che non si costituisce solo per macroeventi, maggiormente evidenti e descrivibili nel loro accadere, ma non sempre così chiari nel loro senso; ma che si costituisce anche, e forse soprattutto, per microeventi, storie individuali di lettura assai più incerta, ma che con i loro significati sottesi, le loro origini remote, le loro radici nascoste concorrono a determinare il senso di quanto poi si fa palese nella Storia.[1]

STORIE E STORIA, ANCHE NELLA CURA

Il divenire di ogni singolo percorso di cura, in quanto accade nel tempo e nello spazio e coinvolge più e diversi attori, permette di generare la narrazione di una storia; l'accadere di molti percorsi di cura e delle loro narrazioni, quindi, concorre al farsi della Storia, che per noi è la teoresi della clinica, ed al suo poter essere scritta, letta, studiata e tramandata.

Allora, il dipanarsi di ogni singola storia entra, sia pure silenziosamente, nella Storia del sedimentarsi delle pratiche di cura, con dignità e potenza almeno pari a quella che ci perviene dalla somma degli studi controllati di natura quantitativa, la cui essenzialità e indubitabile, ma che palesano d'altronde sempre la loro insufficienza quando si cerca di portarli, o di portarne le conclusioni, al contesto clinico.

È ben noto a tutti come, per validare un nuovo farmaco o una nuova indicazione per un vecchio farmaco o una nuova pratica, sia necessario effettuare studi di natura quantitativa, normati dalla Good Clinical Practices, in doppio cieco, contro un comparatore attivo o inattivo... ed è anche ben noto che dall'esito di questi studi dipende l'effettiva immissione sul mercato, e quindi nell'uso clinico quotidiano, di quel farmaco o quella pratica. È però altrettanto noto a tutti i clinici come, abbastanza frequentemente, nel corso del tempo successivo alla diffusione di un nuovo farmaco, l'esperienza pratica del suo utilizzo faccia riscontrare risultati diversi (a volte poco, a volte molto) da quelli verificati negli studi. L'espressione corrente in questo caso è: "Negli studi si è riscontrato... ma nel real world invece...". Ovviamente, del mondo

1. Nel 1924, lo storico francese Marc Bloch, insieme al suo collaboratore e caro amico, Lucien Febvre, fondò la rivista Les Annales, ancor oggi pubblicata sotto il titolo "Annales. Histoire et sciences sociales". Attorno alla rivista si costituì in effetti un complesso movimento culturale, orientato ad una storiografia non semplicemente ad orientamento politico-diplomatico, bensì capace di includere il contributo della psicologia, delle scienze economiche, della sociologia, trasformando la narrazione dei fatti tipica della storiografia tradizionale in un nuovo modo di leggere la mentalità e la cultura sottese ai grandi eventi. Strumento per questo complesso cambiamento di angolo visuale divengono le "micro-storie", molto più prossime alla vita quotidiana ed ai singoli individui, avvertiti tutti come partecipi ed autori dei cambiamenti più significativi. Muoveremo da questo, per cercare di mostrare come una lettura attenta, partecipe ed organica delle storie individuali dei pazienti sia, in psichiatria, alla base dell'evoluzione delle grandi prospettive cliniche.

reale fanno parte anche gli studi controllati; che non sono affatto irreali, ma che non includono, appunto, le storie: l'aspettativa del malato, quella del medico, il sentire intorno alla malattia, le possibilità di resilienza e la voglia del singolo di rinunciare ai vantaggi secondari della malattia, e i desideri della sua famiglia che lui non sia più, o invece sia ancora, un paziente...

Storie, appunto, la cui conoscenza diversa e molteplice fonda il sapere del singolo clinico, e la cui condivisione fonda, per una parte certo non piccola, la clinica: sapere esperienziale e narrativo, appunto, generato dal concorso di esperienze di incontro con il malato; sapere in cui poi tutti, in quanto professionisti della cura, ci riconosciamo e che riconosciamo come nostro, forse anche con maggiore potenza rispetto al sapere sperimentale, eziologico certo, ma anche devitalizzato nella sua matericità.

E non a caso, la clinica si struttura in scuole, cioè in ambiti in cui il sapere viene costruito, ma anche trasmesso secondo una linea ininterrotta da un maestro ad un allievo, che la rielaborerà certamente, ma la trasmetterà a sua volta. Si struttura anche in forme di aggregazione delle persone legittimate a curare (il *Collegium Medicum*), che hanno certamente una funzione di garanzia e di gestione di rapporti sociali, ma che sono anche fondamentale luogo di incontro e di condivisione di un sapere, che si struttura prima e acquista valore poi, nella sua compartecipazione da parte dei singoli curanti, oltre che di quella che oggi si chiama "la comunità scientifica".

Essere in questo flusso rappresenta una parte essenziale del sapere, o, con Lacan, dell'essere "Soggetto supposto sapere": il che accade solo grazie all'esistenza di questo contesto, capace di riconoscere ed includere i propri membri, ed anche grazie alla sua continuità nel tempo. Caratteristica del sapere universitario, è anche la sua modalità di trasmissione, che ricorda non a caso una liturgia. Il titolo si riceve da qualcuno, che lo ha ricevuto a sua volta, in una linea di successione ininterrotta, che legittimerà poi il nuovo membro della comunità di sapere, compiuti alcuni passi ulteriori, a conferirlo a sua volta. La stessa cosa accade, in fondo, anche se in modo meno solenne, nella continuità del lavoro: potremmo chiederci se il collega di guardia una notte in Pronto soccorso riceva maggiore legittimazione, e capacità (o potere) di rispondere alle aspettative di cura di chi gli si presenta dal proprio personale sapere (che è necessario, e senza il quale d'altronde non sarebbe in quel ruolo), o dal fatto di essere quella sera la persona destinata ad incarnare una funzione di consapevole vigilanza, che dura ininterrotta, in un continuo flusso della storia della cura, dal 1930.[2]

È, quindi, nella costruzione dinamica di questa Storia, che è narrazione complessa di saperi accumulati, e poi nel loro ordinamento consapevole, che si viene strutturando il sapere clinico. Sapere, solo inserendosi nel flusso del quale ogni terapeuta diviene incarnazione della funzione di cura.

INTANTO, LE FORME DELLA CURA.

Esiste un sapere sulla cura, che deve essere considerato e conosciuto prima che ogni cura possa avere inizio. Ricordiamo le forme heideggeriane della cura[3]:

- curare – riparazione meccanica di una lesione puntuale suscettibile di completa *restitutio ad integrum*;
- prendersi cura – quando non si può, nel tentativo di riparare o limitare un danno, sottrarsi alla relazione;
- avere cura – quando la relazione è preliminare all'azione riparatrice, e a volte ne è l'unico elemento;

considerando, all'interno di queste definizioni, come nella nostra disciplina, ma non solo, la costituzione di una relazione interpersonale sia in ogni caso preliminare alla possibilità di avviare un percorso terapeutico (senza dimenticare che il greco θεραπευειν significa appunto curare, proprio nel senso elettivo del lavoro del medico)

2. Parliamo di Milano, e dell'attivazione della Guardia 1 a Niguarda, seguita anni dopo dalla forse più celebre Guardia 2 al Policlinico.

3. Martin Heidegger, Essere e Tempo. $ 41. L'essere dell'esserci come cura pagg. 273-280 Trad. it. Longanesi, Milano, 1971

René Magritte. Le vacanze di Hegel

e debba quasi sempre accompagnare questo percorso, o – nel caso della psichiatria – esserne addirittura l'elemento portante.

Naturalmente, esiste anche la cura degli oggetti del mondo e non delle persone: cosa assai diversa, e che ammette una gerarchizzazione, che è invece impossibile nell'ambito della cura dell'Altro, essere umano che si pone di fronte a noi con una domanda e un bisogno di cui ci chiede la risoluzione.

Di questo è eccellente rappresentazione il quadro di René Magritte *Le vacanze di Hegel*: pur essendo una perfetta rappresentazione della dialettica hegeliana e della sua volontà di conciliare gli opposti, Magritte ha proposto nella sua tela esattamente la compresenza di due cose nel significato heideggeriano. L'ombrello in molte lingue del mondo è un "para acqua", ad esempio in spagnolo, mentre il bicchiere di vetro che sta al di sopra nasce non già per respingere, ma per contenere l'acqua stessa. In entrambi i casi il respingere e il contenere sono ben comprensibili ed affiancabili all'esistenza autentica heideggeriana poiché sono concetti afferenti a cose e non a soggetti; metafora però anche viva delle infinite antinomie in cui la relazione con il paziente ci chiede di saper stare (tra l'agire e l'attendere, tra l'accogliere ed il cambiare...): tutte arricchite di senso nel loro essere singolarmente raccontate.

Accanto a quelle heideggeriane, una forma della cura è anche quella della preoccupazione (*Sorge*)[4] .

Questa forma della Cura comporta, a differenza delle altre, con la relazione e l'empatia, anche la preoccupazione (*Sorge*): la tensione emotiva che attiva il desiderio del terapeuta di sostenere la libertà del suo paziente partendo dalla propria sollecitudine e dalla propria partecipazione al suo *mal-essere*. Gioco fatto di tensioni sottili, che chiede allo sguardo obiettivo del clinico una declinazione partecipe, che inclina verso il paziente, che si fa bensì oggetto della cura, ma anche soggetto all'interno di quella relazione che della cura è il presupposto. La *Sorge* guida allora il grado di vicinanza, di possibile contatto, di intensità di intervento; aiuta anche a comprendere, con il suo graduale ridursi e spegnersi, quando sia davvero vicino il momento della guarigione.

Paolo Uccello. La Cura

4. Martin Heidegger, Essere e Tempo. $ 57. La coscienza morale come chiamata della cura pagg. 386-393 Trad. it. Longanesi, Milano, 1971

È del resto in questa sollecitudine, nella capacità di declinarsi in una accoglienza partecipe, originata dal riconoscimento della sofferenza del malato, che si colloca la legittimazione etica della psichiatria: non regolazione o adeguamento dei comportamenti del paziente alle aspettative sociali, ma rimozione del suo soggettivo e personalissimo *mal-essere*, in una forma di esistenza in qualche modo piegata e privata della sua possibilità di integrale sviluppo umano. Evidenza, che costituisce anche il senso più vero della legge di riforma della psichiatria italiana, di solito citata solo per le sue ricadute organizzative: ma il cuore della legge sta nel riconoscimento del fatto che può e deve essere curata la persona malata e non – come prevedeva la normativa preesistente – la persona che si comporta male, in modo diverso dall'atteso ("pericolosa per sé o per gli altri, ovvero fonte di pubblico scandalo.").

STORIA E NARRAZIONE.

Specifico di un percorso di cura è il suo storicizzarsi, e quindi il suo poter (o dovere) essere reso narrabile e narrato. Forse, anzi, anticipando quel che cercheremo di dire meglio più avanti, la conclusione della cura si colloca proprio nella possibilità del paziente di narrarla a se stesso e al suo terapeuta, come ricapitolandola. La narrazione della storia della cura costituisce anche la certificazione della sua stessa esistenza, non come singoli momenti di intervento e di azione, ma come consapevole dipanarsi nel tempo di un disegno, originariamente esistito nella mente del terapeuta, che ne condivide lo svolgersi, ma ne ha intera la responsabilità. Ed è una storia, quindi, fatta soprattutto di senso e di significato, la cui narrazione rende chiaro che, pur nelle inevitabili deviazioni ed inciampi, un percorso è stato seguito, ed è stato perseguito un obiettivo: ben diverso quindi dalla pura successione degli atti e degli eventi, come può essere contenuta, oggi, in una cartella clinica digitalizzata.

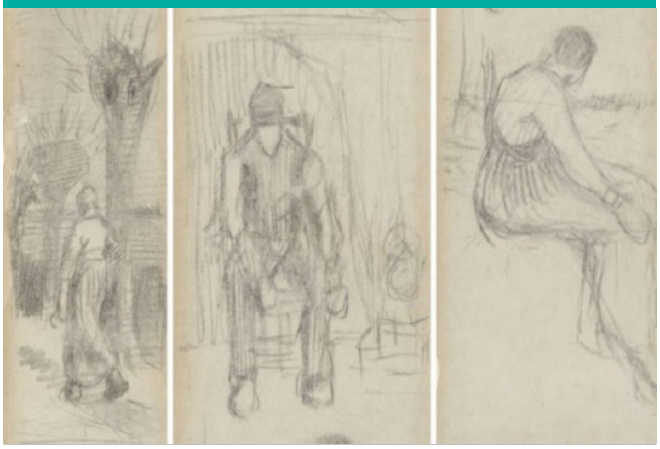
Lo strumento della narrazione è, sempre, la parola, proferita, scritta, od anche solo pensata.

Il proferire una parola, che possa aprire il percorso di cura, ed essere sentita come salvifica, è preliminare a qualunque azione che possa essere accettata dal paziente: può trattarsi della diagnosi, ricavata da complessi percorsi strumentali, che però comunica al paziente, prima di ogni altra cosa, la certezza di essere stato udito e compreso nella narrazione che a sua volta ha fatto del suo male; può trattarsi della proposta di un progetto terapeutico, che garantisce al paziente che il curante ha deciso di assumersi la responsabilità di curarlo; può trattarsi di un rituale sciamanico, che certifica la potenza del terapeuta. Ma una parola deve essere proferita.

In principio, era la parola... Solo la parola significa un evento, gli dà senso e lo orienta ad uno scopo. La parola veicola – con la sua presenza e con la sua assenza, con il suo tono ed il suo senso, con la voce che la sostiene – l'apertura di una relazione, che è preliminare ad ogni possibilità di cura, non solo della mente.[5]

Le parole poi si concatenano in un racconto e, come in ogni romanzo, generano insieme il tempo dell'accadere degli eventi, ed il tempo della loro narrazione: il tempo degli eventi inizia con una chiamata, un contatto, una

Vincent van Gogh. Tre pazienti



5. La parola magicamente terapeutica per eccellenza, Abracadabra, che si trova già nel Liber medicinalis di Quintus Serenus Sammonicus (III secolo d.C.), medico presso l'imperatore romano Caracalla, ma che veniva ancora usata come amuleto ai tempi della peste di Londra, nel XVII secolo, ha come etimologia più probabile l'aramaico Avrah KaDavra, che significa "io creo, mentre parlo".

richiesta, e poi prosegue, per poco o per molto; il tempo della narrazione ci chiede di considerare il senso di quello specifico processo di cura (la sua storia, micro-storia secondo gli *Annales*) ma anche il senso del suo essere conforme alla Storia – che è per noi la cultura della clinica – o magari di essere capace, con un nuovo sguardo, di innovare di questa la lettura più consueta.

Come ogni romanzo, il "romanzo della cura" ha dei protagonisti: quelli primari (il paziente, il terapeuta); quelli del "coro", ma ambiziosi e ben intenzionati a divenire almeno comprimari (i familiari del paziente, i colleghi del terapeuta, le sottili trame di gelosia che si tendono tra questi e quelli...); quelli silenti eppur presenti (il terzo sociale, mediatore di legittimazione del percorso, ma anche intrusivo nella definizione dei suoi obiettivi; spesso committente).

Certo, il paziente occupa un posto speciale: è una persona nel mondo, con tutte le sue vicende (micro-storie)

Peter Demetz. Il paziente

di vita, che non sono solo ovviamente quelle della cura, o quelle per le quali viene in cura. Ha ed abita un corpo; si racconta e si nega attraverso la parola, che apre la relazione e la attiva, ma non la esaurisce. Anche il corpo ha una sua storia, che la psichiatria tende talvolta ad ignorare: a volte ci si sente solo pezzi di carne, senza alcun corpo, ovvero come se il corpo fosse svuotato, nell'oggettività burocratica del trattamento a cui si può essere soggetti in quanto oggetti di cura, privati e annichiliti nel proprio essere e darsi come avvertiti integralmente e globalmente grazie all'intrinseca e consostanziale presenza di un Io e di un Sé che questo corpo abitano unitariamente, che lo fanno tale, sin dalle origini, nella pienezza del suo essere vigile e proiettato al/nel mondo.

"Io esisto il mio corpo: questa è la sua prima dimensione d'essere. Il mio corpo è utilizzato e conosciuto da altri: questa è la seconda dimensione. Ma in quanto io sono per gli altri, altri mi si manifesta come il soggetto per il quale io sono oggetto... Esisto per me come conosciuto da altri a titolo di corpo. Questa è la terza dimensione ontologica del mio corpo.[6]" Riflessione certo non inutile, per la pratica di un percorso di cura fenomenologicamente orientato, ma anche e soprattutto non reificante.

LA NARRAZIONE E (È) LA SUA CONCLUSIONE.

Come ogni romanzo, il romanzo della cura ha un incipit che, per essere buono, deve essere in *medias res*: all'inizio, qualcuno chiama, per sé o per un altro. Irruzione di una presenza, attesa o temuta. Dopo un tempo, che potrà essere molto diverso – brevissimo nel pronto soccorso, più o meno lungo in un ambulatorio pubblico, o in uno studio privato – ma che è comunque un tempo di attesa, di preludio ed anche, in qualche misura e per entrambi, terapeuta e paziente, di immaginazione, l'incontro avviene.

6. Jean-Paul Sartre. "La terza dimensione ontologica del corpo" in L'Essere e il Nulla. Trad. it. Il Saggiatore, Milano, 2008, pagg. 411-420

Pietro Consagra. Il colloquio

La psicodinamica ci ha insegnato molto sul primo[7] (ma ce ne sarà un secondo?) colloquio e sulla rilevanza che esso può avere, per l'instaurarsi di una relazione terapeutica produttiva nel tempo; difficile però che la mente del terapeuta non interpelli anche il terzo assente ("Perché viene da me, chi lo ha mandato?" o, a seconda delle circostanze "Non posso lasciarlo andare via, ma come faccio se non ho neppure un letto libero?"), creando, accanto alla relazione propriamente detta, anche un contesto, in cui la cura si ancorerà e dovrà svolgersi, e che non sarà mai senza peso.

Poi, il canovaccio sembra sempre simile, il solito disegno che si presenta a un curante: richiesta, allarme, apertura, processo, chiusura. Ma quel che non si può sapere prima è quanto durerà quell'ora, se sarà lunga o se sarà un tempo breve: e questo rende unica ogni storia e la avvalora, pur nella infinità molteplicità dei canoni: da una pluriennale cura psicoanalitica, ad una consultazione terapeutica, che può chiudersi in un'ora.

Ma il canovaccio è pur sempre la base, intorno cui si deve recitare il dramma: e δραμα è movimento; nel colloquio, nelle voci, nei continui aggiustamenti corporei, concreti, pur nel loro riferimento alle variabili del canovaccio, si spostano, si rimettono in moto vissuti, eventi... si dà vita al teatro, ma soprattutto si esce dal carillon; dall'eterna, invariante ripetizione che è il segno della malattia. Si gioca una partita, in cui avvicinarsi, ipotizzare una diagnosi o un quadro che dia una cornice imprime una direzione piuttosto che un'altra alla storia, tra cristallizzazioni, aspettative, pregiudizi; senza dimenticare che anche il terapeuta ha un suo passato, una sua propria storia ed una sua Storia.

Diagnosi è, prima di tutto, riconoscimento e quindi attribuzione di senso alla malattia; consapevolezza che sorge nella mente del terapeuta su come dovrà impegnarsi nel percorso di cura, su quello che sarà necessario fare, o evitare, anticipare o posporre. Non è soltanto una etichetta, certamente: non a torto, se letta in questa dimensione, accusata di poter diventare stigma e prognosi (negativa), del singolo caso. Ma la diagnosi, propriamente e paradossalmente (fatte salve le sporadiche necessità medico-legali), diventa vera e definitiva alla fine della cura, non al suo inizio, in cui pure si è posta come guida per l'occhio (e non solo) del terapeuta. All'inizio, se mai, occorre cautela, anche e soprattutto nella relazione, per evitare che questo primo, pur necessario, giudizio[8] divenga una profezia che si autoavvera.

7. Per tutti: Antonio Alberto Semi. La tecnica del colloquio. Raffaello Cortina Editore, Milano 1996

8. "Conoscere è giudicare" ci ricorda Kant nella Critica della ragion pura; e in psichiatria astenersi dal giudizio implica rischi severi, simmetrici a quelli conseguenti al credere il giudizio immutabile.

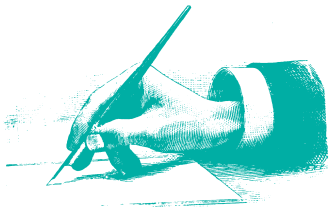
E il quadro, la cornice: trama di un contesto, a volte impalpabile ma sempre importante, fatto, come già dicevamo, dai non pochi comprimari che sgomitano per entrare in scena, ma anche da luoghi, memorie, immagini, aspettative soddisfatte o deluse, segreti... nulla può essere ignorato.

Simile, ancora, sotto molti aspetti al gioco, la cura: come il gioco è uno spazio separato del reale, accade in un tempo proprio e secondo proprie, particolari regole, ma produce poi effetti nel mondo esterno, così la cura implica che credere ed essere partecipi a questo tempo diverso del vivere, interpretare questa parte, possa rendere autentici nella vita propria.

E poi, la fine della cura: terminabile, interminabile... valutata sugli esiti, sull'empowerment, sulla riduzione della dipendenza... Forse, come un romanzo o un film si preannunciano dall'inizio, ma acquistano senso dalla loro conclusione, anche la fine della cura è ciò che le dà senso: e questo accade quando il paziente può raccontare della sua cura narrandola al terapeuta e a se stesso. "Ricorda, dottore, quando..."

Somiglia al: "C'era una volta..." con cui altre storie, fantastiche ma non irreali, hanno inizio; ma nella storia della cura, quel "c'era una volta" ora c'è, e ci può essere.

La cura è la sua storia: è la storia della restituzione di un tempo non più magico, che libera e riapre il flusso del vivere, che la malattia aveva incantato. La cura, è il risveglio del tempo.



LETTERE ALLA REDAZIONE

L'agonia della psichiatria di Eugenio Borgna

Commento

di Alberto Giannelli
Fondatore Psichiatria Oggi

A prima vista, il titolo di questo libro è allarmante. ma basta incominciare a gpsichiatria, intende piuttosto richiamare la nostra attenzione su molte cose che ancora non vanno nell'esercizio di questa splendida, ma complessa disciplina.

Tra le cose che non vanno ci sono servizi ospedalieri psichiatrici negli ospedali generali che tengono le porte chiuse, le sbarre alle finestre, abusano di psicofarmaci e praticano la contenzione fisica: fortunatamente sono ormai pochi, ma ci sono ancora.

Il richiamo entra, però, con maggiore vigore nel modo in cui si fa psichiatria. E cioè in quello -questo sì, frequente- che privilegia il paradigma neurobiologico nei confronti di quello ermeneutico, inteso nelle sue varie declinazioni.

Certo, l'Autore, che ha una lunga esperienza operativa, si rende ben conto di alcune difficoltà: spazi inadeguati, tempo sottratto al lavoro clinico da molteplici incombenze burocratiche, personale carente, scarso interesse, sia a livello centrale che regionale, da parte di chi pianifica e gestisce la sanità pubblica.

Borgna, in questo come in altri suoi precedenti libri, richiama la nostra attenzione sul fatto che è necessario, affinchè la psichiatria esca dalla sua fase "agonica", ridare voce alla sua dimensione umana e sociale, senza farsi sedurre dai progressi neuroscientifici e tecnologici dei quali in certe situazioni deve fruire, senza però diventarne subalterna. Lui non usa queste parole, ma leggendo il libro credo che intenda dire che bisogna evitare la neurocolonizzazione della mente, altrimenti la psichiatria torna ad essere una medicina mentale.

La sofferenza psichica, che sia durante la pandemia che oggi mentre è in corso la guerra in Ucraina, rivela dei volti sconosciuti e delle richieste di aiuto nuove, gravide di conseguenze anche in futuro.

Borgna ricorda dure esperienze personali vissute durante la seconda guerra mondiale, ma guarda anche al presente, e invita con la sua ben nota perspicacia a ri-valorizzare e dare luce a quegli aspetti peculiari della nostra disciplina, che la distinguono dalla restante medicina: l'ascolto e la disponibilità al dialogo, la capacità di immedesimarsi nella sofferenza altrui (non usa, a ragione, la parola empatia, spesso abusata), la gentilezza nel tratto con i pazienti, l'attitudine a ridestare in loro il

sentimento della speranza, senza la quale la vita è scialba, pallida, chiusa al futuro.

Questo e molto altro c'è in questo libro scritto con la competenza e la passione di tutti quelli che già conosciamo. Il ricordo che Borgna fa della sua esperienza manicomiale nei tempi ormai lontani che hanno preceduto la rivoluzione basagliana vuole essere un monito a che non succeda che lo psichiatra di oggi, pur con le difficoltà che incontra nel suo lavoro e delle quali ho accennato all'inizio, si pieghi al fascino delle nuove tecnologie (ivi compresa l'intelligenza artificiale) sminuendo il valore etico e umano della sua professione.

Leggere questo libro arricchisce la nostra vita professionale, e non solo quella.

Ugo Cerletti nel secolo breve

di Carlo Patriarca
ASST Lariana

Sono passati più di ottant'anni dall'introduzione dell'elettroshock nella pratica clinica e la polvere del tempo ha finito per coprire un certo odore di zolfo che promanava dal camice di Ugo Cerletti e dei suoi assistenti, Lucio Bini, Ferdinando Accornero e gli altri della clinica neuropsichiatrica romana. Soprattutto tra gli anni sessanta e ottanta del 'novecento, era accaduto che diverse campagne al vetriolo contro la terapia elettroconvulsivante finissero per circonfondere di una luce vagamente demoniaca anche gli psichiatri che la misero a punto. Sul *Corriere della Sera* del 2 agosto 1967, in un articolo a proposito della riforma dell'assistenza psichiatrica, allora in discussione alle Camere, si legge che fino ad allora "*per terapia si raccomandava la botta in testa. Rientrano in questa tecnica insulinoterapia ed elettroshock; non c'erano per gli infelici speranze di guarigione*". Alla sostanziale messa al bando di questo trattamento, cui seguì per Cerletti l'inevitabile *damnatio memoriae*, contribuì non poco il cinema. Dal celebre "*Qualcuno volò..*" ai cartoni dei Simpsons, la rappresentazione monotona di un abuso brutale e inefficace ricorre in decine di film (52 lungometraggi e decine di programmi per la televisione). Tra le pochissime eccezioni spicca un film di Ken Loach del 1971 (Family Life), in cui il trattamento viene presentato in modo più realistico e umano (1).

Eppure Ugo Cerletti, psichiatra, neurologo e anatomo patologo, è stato una figura molto nota nella prima metà del novecento. All'apice della carriera, negli anni trenta e quaranta, venne ripetutamente candidato al Nobel, ricevette diverse lauree *ad honorem* nelle più importanti università del mondo e nel pieno della guerra mondiale la sua invenzione sbarcò in America, tanto che nel 1943 venne fondata negli Stati Uniti l'*Elettroshock Research Association*. La sua vicenda umana e intellettuale (2) affonda le radici in un'epoca di fiducia, un tempo in cui la medicina non aveva ancora innalzato dighe che separano i diversi bacini della conoscenza. Dagli anni venti in poi i nostri padri hanno pescato in acque distinte, concentrando gli sforzi entro i confini delle loro discipline. Una pesca di profondità propiziata dai muri eretti a difesa delle nostre specializzazioni, lunga premessa necessaria al lavoro di chi oggi comincia finalmente a erodere le barriere della frammentazione dei saperi. A monte degli ultimi cento anni, punteggiati dalla fondazione di migliaia di società medico-scientifiche e scuole di specialità, troviamo in una posizione di rilevo anche il volto di Ugo Cerletti.

La sua formazione alto borghese ha i tratti tipici di un'educazione colta tardo ottocentesca e primo novecentesca, ricca di stimoli e di opportunità nel contesto degli anni della *belle époque* (2). All'università, frequentata tra Roma e Torino, sviluppò presto interessi a cavallo tra la neurologia e l'anatomia patologica. In Italia con Tamburini, in Francia alla Salpetrière e ad Heidelberg con Franz Nissl. Dopo la laurea fu di nuovo in Germania, allora epicentro del mondo scientifico, con l'amico Gaetano Perusini, poi scomparso prematuramente nel tritacarne della prima guerra mondiale. A Monaco frequentò l'Istituto universitario retto dal grande Emil Kraepelin, studiò la neurologia sotto la guida di Alois Anzheimer e come molti medici della sua generazione

si convinse che le malattie più gravi della mente fossero anzitutto malattie del cervello. Perciò si impegnò per anni nello studio delle basi istologiche delle demenze, a cominciare da quella che ancora qualcuno chiamava *dementia precox*, dell'epilessia, della sifilide e di molte altre patologie, spaziando dagli studi sull'invecchiamento cerebrale alle indagini sperimentali su animali (3, 4). Restò fedele a questa prospettiva per tutta la vita, ma non ne fu mai schiavo. Del resto il suo positivismo non era di stampo lombrosiano; era prevalente secondo lui il peso dell'ambiente nella genesi di molte patologie, e diede prova di questa prospettiva fin dai suoi studi pionieristici sull' ipotirodismo, condotti con Perusini. I due capirono tra i primi che il "gozzo-cretinismo" non era una malattia eredo degenerativa ma una patologia causata dall'ambiente e dall'alimentazione (4).

Lo scoppio della prima guerra mondiale apre per lui una parentesi singolare, talmente eccentrica rispetto alla consueta traiettoria di studi di un medico che si può dire esista un secondo Cerletti, cartografo militare, ideatore delle tute mimetiche bianche che diverranno presto la divisa degli alpini sciatori e inventore di un ordigno bellico, una bomba "a scoppio ritardato" talmente originale da lasciare un segno nella storia dell'oplologia. Le vicende intrecciate a queste invenzioni sono una sequela di colpi di scena, peripezie e ostacoli, ben narrati dallo stesso Cerletti in un libro uscito dopo la seconda guerra mondiale (5), e hanno lasciato una traccia nella storia militare: oggi esiste centro studi "Ugo Cerletti" (www.centrostudicerletti.it) che fa da punto di riferimento per consulenti e studiosi di armamenti e bonifiche belliche. Ma il capitano Cerletti ha mai incontrato il professor Cerletti? Chi è interessato alla storia militare spesso ignora lo psichiatra e gli studiosi di storia della medicina sorvolano su questa sua parentesi bellica, eppure entrambe le figure convivono in quest'uomo eclettico e ostinato e il terreno di questa convivenza sono gli anni trenta dell'Italia fascista in cui anche lui credeva.

Le esperienze professionali di quel decennio, in particolare da quando nel '35 diventa direttore della clinica neuropsichiatrica romana all'Università "La Sapienza", portano a maturazione quanto incubato nei vent'anni precedenti: prima, dalla fine della prima guerra mondiale e per alcuni anni, nel grande manicomio milanese di Mombello, dove fonda i laboratori distaccati di Affori; poi, con la scelta della carriera accademica maturata solo dopo i quarant'anni, che lo spingerà ad assumere la cattedra a Bari, in seguito a Genova e infine a Roma. Da quel periodo della sua vita e fino a oltre le soglie della pensione, lo studio dell'enigma della schizofrenia assorbe sempre di più i suoi interessi e le sue energie.

La schizofrenia, per gli storici della medicina come un iceberg "*sine materia*" emergente nel primo '900 nel mezzo dell'arcipelago delle patologie del sistema nervoso centrale oramai ben studiate grazie all'aiuto dell'anatomia patologica, sembra in quegli anni delinearsi meglio "in negativo", come immagine speculare dell'epilessia, malattia all'epoca molto meglio conosciuta dal punto di vista anatomo-clinico. C'era una contrapposizione tra follia ed epilessia? Sì, secondo gli studi di Lazlo von Meduna, psichiatra ungherese che sosteneva con argomenti biologici e clinici l'incompatibilità nello stesso paziente di epilessia e schizofrenia: mai convivevano nello stesso malato, diverso anche somaticamente secondo schemi lombrosiani dal paziente schizofrenico, e con un chiaro incremento del tessuto gliale nell'encefalo degli epilettici, al contrario ridotto secondo Meduna nei preparati istologici di cervello dei pazienti schizofrenici. Ma se davvero così stavano le cose, forse si sarebbe potuto curare la schizofrenia attraverso l'induzione di attacchi epilettici. In fondo *contraria contrariis curantur*, lo diceva anche Ippocrate. Questa idea di una cura tra opposti si comprende meglio ricordando come negli stessi anni veniva assegnato a Julius Wagner-Jauregg il premio Nobel per i suoi studi sulla malarioterapia nella cura della sifilide e Raymond Pearl documentava una contrapposizione tra tubercolosi e carcinoma del polmone, contribuendo così a creare le premesse teoriche degli studi che sfoceranno

nella terapia con il bacillo tubercolare attenuato (BCG), tuttora in uso per la cura del carcinoma vescicale. Si tratta cioè di un'epoca in cui era consuetudine tentare di mettere una malattia contro l'altra alla ricerca di cure efficaci.

Già negli anni genovesi Cerletti aveva studiato la cosiddetta epilessia sperimentale frazionata scatenata dall'elettricità e proseguì su questa strada anche dopo il passaggio all'università romana. Sono gli anni in cui Sakel a Vienna con lo shock insulinico e von Meduna a Budapest con lo shock cardiazolico provano a scopo terapeutico a scatenare attacchi epilettici controllati nei pazienti schizofrenici. Si è alla ricerca di soluzioni muscolari all'enigma della follia; anche in Italia si studiano soluzioni rapide, per non gravare troppo sui magri bilanci degli ospedali, e autarchiche, così il regime si aspetta pure in campo scientifico. "Stupisce, e insieme non stupisce affatto, il linguaggio spudoratamente interventista che si ritrova nelle pagine degli psichiatri quando parlano delle terapie tentate. Tutto è impresa, battaglia: vincere è osare, anche in campo terapeutico", scrive Valeria Babini (6). L'esperienza dell'osservazione della guerra e degli shock esplosivi torna anche nelle pagine di Cerletti, con curiose teorizzazioni di benefiche risposte istintuali indotte dal trauma (7). Sono congetture che richiamano anche gli studi di Agostino Gemelli sulle reazioni del fante in trincea (2, 8, 9), ma sembrano rifarsi soprattutto a indagini sugli schemi di allarme e fuga di stampo etologico (2).

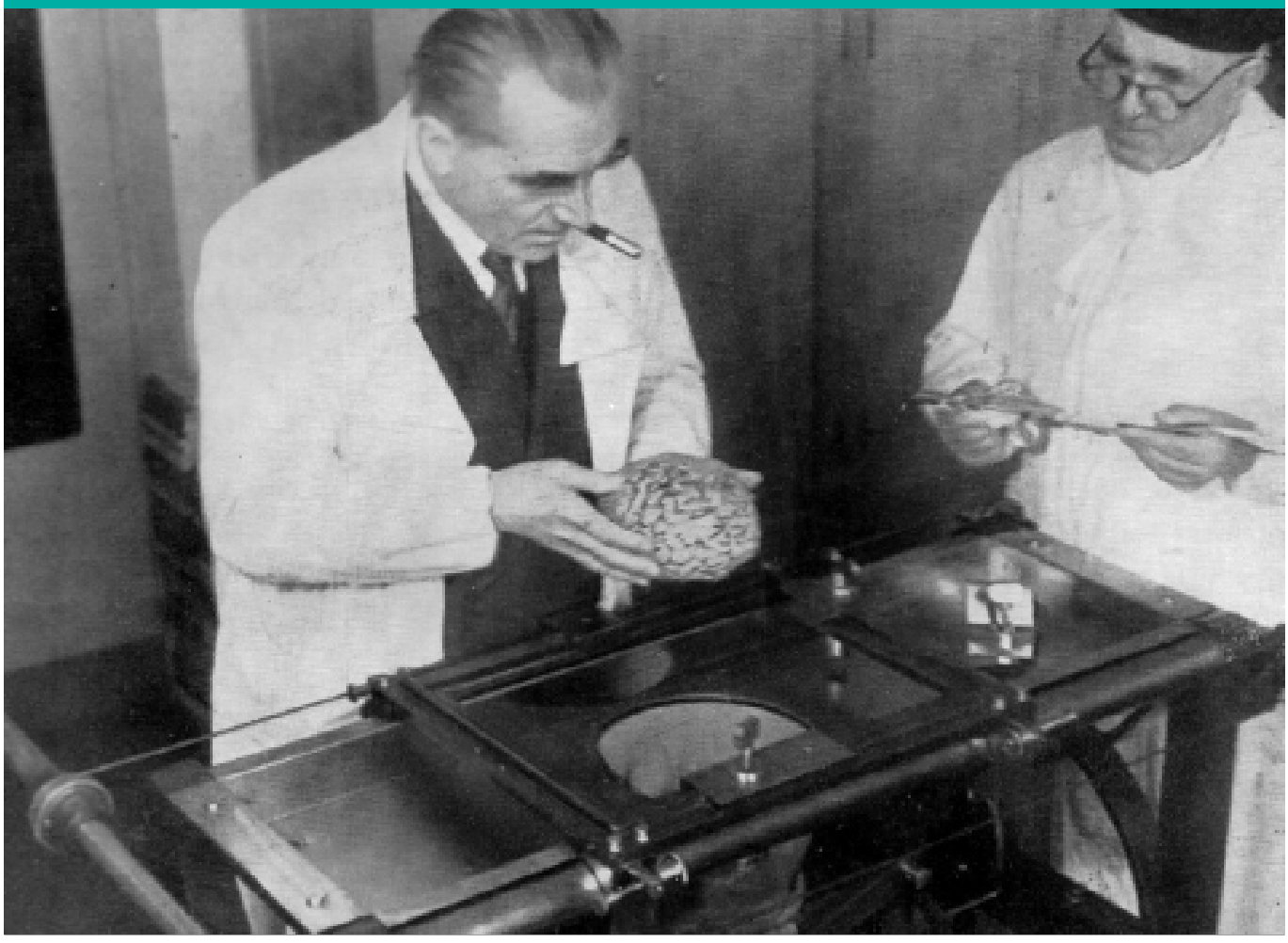
In ogni caso le terapie centroeuropee erano troppo costose e pericolose, Cerletti ne era consapevole. E' allora che l'esperienza della clinica neuropsichiatrica romana imbocca tra il '37 e il '38 una strada nuova, entrando in un vortice di esperimenti e test clinici dai quali esce sotto i riflettori della celebrità scientifica, per avere provato l'elettroshock sull'uomo e aver ottenuto risultati fino ad allora impensabili. Si trattò di un azzardo, nelle parole di Cerletti, catalizzato anche dalle visite fortuite al mattatoio del Testaccio, dove si praticavano le scosse elettriche sui suini. La vicenda per altro è troppo nota per essere raccontata di nuovo e chi volesse può leggere una ricostruzione meticolosa nel bel saggio di Roberta Passione (2).

Qui preme sottolineare come, in un'epoca che precede l'avvento degli psicofarmaci, nella monotonia avvilente delle corsie dei malati psicotici dove si toccava con mano l'inutilità del lavoro terapeutico, Cerletti si trovò finalmente con una terapia efficace tra le mani. Circondato da giovani medici di venti o trent'anni più giovani di lui, penetrò in una terra incognita senza mappe per orientarsi, con la sola guida del confronto tra un prima e un poi (10). Senza comitati etici con cui confrontarsi (vennero istituiti solo dopo la seconda guerra mondiale), non gli restava che la bussola degli antichi principi: *contraria contrariis curantur*, primo non nuocere, e di fronte agli eccessi annichilenti del trattamento, la consolazione buona per ogni farmaco che *sola dosis venenum facit*. Non erano certo principi che potessero garantirgli sonni tranquilli, soprattutto di fronte agli effetti collaterali di un trattamento che in quei primi anni veniva praticato senza miorilassanti e anestetici. Non si tirò indietro, per istinto da ricercatore, per ambizione e perché i risultati, rispetto al panorama deprimente del prima, si vedevano. Cercò di contrastare la tecnica con la scienza, continuando a studiare i pazienti e gli effetti dell'elettroshock sugli animali, rinunciando ai brevetti sui primi strumenti di produzione industriale e insistendo sull'opportunità di eseguire i trattamenti solo in ambiente ospedaliero (10). Si era convinto che l'elettroshock e il successivo attacco epilettico provocassero un risveglio dell'azione mesodiancefalica delle regioni profonde dell'encefalo, e che danneggiassero solo le connessioni sinaptiche più labili, "i soli complessi strutturali morbosi, con un ritorno verso la condizione mentale che sussisteva prima della malattia" (11, 12). Anche questa malattia veniva presentata nell'ottica di un morbo acquisito e pertanto curabile e non di una tara eredo-degenerativa, e ciò contrastava almeno in parte con l'eugenetica dominante soprattutto in ambiente germanico in quegli anni. Certo, i suoi punti di vista oggi ci appaiono ingenui e schematici. Cerletti in quegli anni

ha superato vecchi schemi localistici, ma come studioso è più a suo agio solo entro coordinate organiciste (Fig.1).

Siamo per altro in un tempo che ignorava largamente il ruolo dei neuromediatori. Cerletti fu però tra i primi a tentare di lanciare un ponte tra la "vecchia" morfologia al microscopio e la nascente neurofarmacologia. Sperava, fin dal secondo dopoguerra, di poter isolare una molecola secreta dal cervello nel corso dell'attacco epilettico, un principio attivo che avrebbe consentito ai pazienti di potersi giovare degli influssi salutari di una cura senza gli effetti collaterali del trattamento. Si procacciò finanziamenti in Svizzera e oltreoceano, e profuse le sue energie fino alla fine alla ricerca di questa molecola, che aveva battezzato *acroagonina*, benché in realtà si trattasse di una sostanza non nata ma soltanto concepita. Fu un'indagine ostinata e protratta fino alla sua morte nei primi anni sessanta (1963), e assume ai nostri occhi di posteri le tinte un po' drammatiche di una ricerca di riscatto, peraltro non richiesta ma solo intuita, come avesse previsto le critiche abrasive che gli anni a venire avrebbero riservato al suo trattamento. Va detto comunque che non venne mai meno la sua fiducia negli effetti della terapia elettroconvulsivante, soprattutto in certi pazienti con istanze suicidarie, ed è "dalla sua" la constatazione della sopravvivenza di questa terapia nonostante tanta cattiva stampa (13). Oggi taluni effetti collaterali del trattamento permangono, a cominciare dalle lacune mnesiche, e sono ben noti ai critici e ai lettori di questa rivista; tuttavia qualcosa nella percezione generale sta forse cambiando, e di fatto siamo passati dalla metafora del "è come un

Fig.1 Ugo Cerletti (1877-1963), non più giovane e ancora intento a "toccare con mano" la malattia, si colloca idealmente a cavallo tra la psichiatria organicista del primo novecento e la moderna psichiatria biologica



pugno sulla televisione per farla funzionare di nuovo" dei giovani psichiatri degli anni sessanta e settanta alla metafora del "è come uno spegni e riaccendi il computer" dello scrittore Emmanuel Carrère, che ha raccontato della sua esperienza in prima persona con l'elettroshock (14). Questo, per finire, rende più facile ricordare l'impegno profuso da questo psichiatra novecentesco anche nel campo dell'assistenza e della cura. Fu tra i primi a togliere le inferriate alla sua clinica, quand'era ancora a Genova nei primi anni trenta; e nel 1949, a più di settant'anni di età, colse prima di altri il clima nuovo della psichiatria. A proposito dello stato dei manicomi, sulla rivista "Il Ponte" di Piero Calamandrei esprimeva così la sua esasperazione: "*Questi istituti sono impostati e organizzati su principi radicalmente errati.. decine di migliaia di infelici che aspettano di essere tolti da una condizione tremenda, contraria alla logica più elementare, la quale ritarda molto, se addirittura non impedisce, l'auspicato recupero della sanità mentale. Questi grandi reparti annullano la personalità del malato. Egli non può concentrarsi, riassumersi, provarsi. Non possiede nulla, non ha una sedia sua, non un mobile suo, un cassetto suo, oggetti suoi. Come ritroverà se stesso?"* Andava oltre: *"Oggi per parecchi di questi malati le terapie di shock bastano a ridar loro la forza di riafferrare le leve della personalità... li snebbiano dallo stato confusionale e dalle allucinazioni e allora è possibile penetrare nel caos della loro mente... ma oltre a questo delicato e paziente lavoro ricostruttivo individuale ... occorre che il malato si muova e viva frammezzo a normali ... I miglioramenti edilizi non toccano la vera essenza della riforma. La vera essenza del problema risulta chiara ed evidente. Formuliamola una buona volta: è mai possibile, è logico, è ragionevole che per curare chi ha perso il senno, lo si faccia vivere in mezzo ai dissennati?*" (15). Come sappiamo ci vollero altri trent'anni e una nuova generazione di medici perché le cose cambiassero.

Bibliografia

1. Sienaert P. *Based on a true story? The portrayl of ECT in international movies and televion programs*. Brain Stimulation (9) 2016: 882-891
2. Roberta Passione. *Ugo Cerletti. Il romanzo dell'elettroshock*. Alberti ed. Reggio Emilia. 2007
3. Patriarca C, Clerici CA. *Traumatic shock and electroshock: the difficult relationship between anatomic pathology and psychiatry in the early 20th century*. Pathologica. 2019; 111:79-85.
4. Patriarca C, Clerici CA, Zannella S, Fraticelli C. *Ugo Cerletti, Pathologica and electroconvulsive therapy*. Pathologica. 2021 Sep 23;113(6):481-487
5. Ugo Cerletti. *Scoppio programmato*. Paolo Gaspari ed. Udine 2006
6. Valeria Babini. *Liberi Tutti*. Il Mulino ed. Bologna 2009
7. Patriarca C, Clerici CA, Sirugo G. *From shell shock to electroshock: the story of Ugo Cerletti (1877-1963)*. Vesalius. 2017; 1:17-26.
8. Agostino Gemelli. *Il nostro soldato*. Treves ed. Milano 1917.
9. Patriarca C, Clerici CA. *Paura e coraggio nella grande guerra: i sensi all'assalto e Agostino Gemelli alla prova*. Psichiatria e Psicoterapia. 2016; 35(4):143-53
10. Carlo Patriarca. *Shock*. Neri Pozza ed. Vicenza 2022
11. Cerletti U. *L'Elettroshock*. Rivista Sperimentale di freniatria. 1940: 209-310
12. Per una raccolta significativa degli studi di Cerletti: Roberta Passione. *Ugo Cerletti. Scritti sull'Elettroshock*. Franco Angeli ed. MIlano 2006
13. Espinoza RT, Kellner CH. *Electroconvulsive Therapy*. New Engl J Med. 2022, 386 (7): 667-671
14. Emmanuel Carrère. *Yoga*. Adelphi ed. Milano 2021
15. Cerletti U. *La fossa dei serpenti*. Rivista Il Ponte (dir. Piero Calamandrei). 1949; 5(2):1371-1378.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

L'assistenza infermieristica all'adolescente con disagio psichico in SPDC: validazione di uno strumento d'indagine esplorativa

Merlini R., Vescovi A.G.°, Scaburri A.^, Galbiati G.§*

RIASSUNTO

Introduzione

Il costante aumento negli ultimi anni del numero degli adolescenti con disagio psichico in fase acuta che vengono ricoverati all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) porta con sé problematiche assistenziali alle quali la componente infermieristica deve far fronte. Vista la mancanza di strumenti volti ad indagare la grandezza della problematica e il tipo di assistenza infermieristica che viene erogata a questa tipologia di paziente, si è proposto di validare un questionario riguardante questi aspetti.

Metodi e strumenti: Il questionario è stato distribuito ad un campione di convenienza per valutarne l'effettiva comprensibilità e fruibilità (fase di PreTest-T0). Sulla scorta delle criticità emerse, il questionario è stato modificato e distribuito all'intera popolazione di infermieri in una doppia somministrazione (fasi Test-T1 e Re-test-T2) a breve distanza di tempo l'una dall'altra ed infine si è proceduto alla valutazione del grado di congruenza tra le risposte date nei due momenti.

Risultati

il campione complessivo è stato di 73 infermieri di cui 23 coinvolti nel pre-test. Il questionario ha dimostrato di possedere un'ottima riproducibilità (Coefficiente di correlazione interclasse, ICC=0,94) e una buona attendibilità (Coefficiente di correlazione di Pearson, ρ=0,72). Ha dimostrato di avere un'elevata consistenza interna (Alpha di Cronbach, α=0,94) e una buona affidabilità (coefficiente di correlazione item to total, ρ>0,50 e coefficiente di correlazione inter item con valori buoni). La validità di contenuto si è dimostrata buona, mentre la validità di criterio, analizzata utilizzando l'Analisi della

Varianza (ANOVA), risulta statisticamente significativa con un p_value<0,001.

Conclusione

I risultati ottenuti sono statisticamente significativi, mettendo in luce la validità del questionario e la sua efficacia nell'esplorare l'assistenza rivolta agli adolescenti con disagio psichico in fase acuta ricoverati all'interno di SPDC.

Parole chiave

Adolescente, assistenza infermieristica, psichiatria, ospedalizzazione, emergenza

INTRODUZIONE

Più del 50% dei disturbi neuropsichici dell'adulto ha un esordio in età evolutiva ed è dovuto a eventi morbosi insorti anche molti anni prima della manifestazione del disturbo conclamato (SINPIA, 2015). Da tempo infatti si nota come l'età di esordio per la maggior parte di disturbi psichici come i disturbi depressivi e d'ansia, le psicosi, l'uso di sostanze, i disturbi alimentari e della personalità, si colloca in un periodo di tempo ristretto, nella fascia di età tra i 12 e i 24 anni (Patel, 2007).

A livello globale, tra i 10 ed i 19 anni, un adolescente su sette soffre di un disturbo mentale, condizione che rappresenta il 13% del carico globale di malattia in questa fascia di età. Negli adolescenti tra i 15 e 19 anni, il suicidio è la quarta causa di morte e la depressione, l'ansia e i disturbi comportamentali sono tra le principali cause di malattia e disabilità (WHO 2019-2020). Queste problematiche frequentemente non vengono riconosciute, diagnosticate e trattate come dovrebbero (Vanzetta, 2014).

La pandemia e le misure restrittive per il contenimento dell'infezioni hanno esacerbato questo fenomeno. L'assenza di attività scolastiche, ricreative, ludiche e sportive ha costretto alla permanenza forzata in casa di migliaia di ragazzi e ragazze, con ripercussioni ancora difficilmente quantificabili. A ciò si è aggiunta la riduzione di attività ambulatoriali e consulenziali dedicate ai minori con malattie croniche o con malattie acute non-COVID-19 (Praticò, 2020). Uno studio longitudinale inglese con più di 42.330 partecipanti (Pierce et al. 2020) ha confrontato lo stato di salute mentale della popolazione prima e durante il primo lockdown, rilevando un aumento clinicamente significativo dei livelli di stress, soprattutto nella fascia 16–24 anni.

Un numero consistente di giovani con disturbi mentali vengono ricoverati nei reparti psichiatrici per adulti ricevendo un servizio non del tutto appropriato a causa delle differenti necessità rispetto agli adulti, delle diverse abilità e competenze richieste dagli operatori sanitari e dalla difficoltà di garantire la loro sicurezza (Worral, 2004). Nel 2014, in Italia su 9.924 ricoveri di adolescenti con disturbi mentali, circa il 27% sono stati trattati all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) (Bassani, 2017).

Allo stesso modo l'aumento di ricoveri in Lombardia per disturbi psichiatrici in età evolutiva, soprattutto in preadolescenza e adolescenza, è passata da 1174 ricoveri del 2011 ai 1503 del 2014 (+28%) e si evidenzia una diminuzione di utenti che è riuscita a trovare accoglienza in un reparto di degenza di Neuropsichiatria Infantile (dal 50% del 2011 al 39% del 2014) raddoppiando in tre anni la percentuale degli utenti che sono ricoverati in reparti per adulti, da 136 a 256 (+88%), di cui ben 43 sotto i 16 anni (SINPIA, 2015).

Tutto questo, oltre a provocare delle problematiche organizzative e strutturali, non per ultima la carenza di posti letto per adulti ulteriormente aggravata dalla necessità di ricovero dei minori nei medesimi reparti, porta a criticità più squisitamente terapeutiche e assistenziali. Gli infermieri italiani si trovano ad interrogarsi su quale tipo di assistenza infermieristica si offre a questa specifica popolazione all'interno dei reparti per adulti.

Lanfranchi (2019), attraverso una revisione della letteratura, ha individuato 7 tematiche assistenziali rilevanti e ricorrenti per l'assistenza infermieristica erogata ad un adolescente con disagio psichico in fase acuta. Le aree tematiche erano: il mantenimento della sicurezza all'interno dell'Unità Operativa, gli strumenti specifici di valutazione, la formazione del personale infermieristico, il passaggio di

consegna, la relazione con l'adolescente, il controllo del peso dell'assistito, la relazione con le famiglie.

Al fine di indagare come è erogata l'assistenza infermieristica a questi utenti e di quali peculiarità è composta, vista la mancanza di strumenti validati in letteratura, nonché la consapevolezza della complessità e dell'importanza di tale argomento, si è proceduto a strutturare un questionario individuando 23 quesiti che potessero esplorare i diversi aspetti legati al tipo e alle modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica andando ad analizzare le conoscenze, le attitudini, le opinioni, i comportamenti e le caratteristiche sociografiche del personale infermieristico (Corbetta, 1999) (Allegato n°1).

Lo strumento individuato è stato sottoposto al processo di validazione al fine di renderlo, seppure con tutti i limiti intrinseci, capace di rilevare adeguatamente il fenomeno di interesse tramite gli elementi di attendibilità e riproducibilità, in modo che in futuro si possa studiare il fenomeno su larga scala.

METODI E STRUMENTI

La validazione dello strumento è stata condotta utilizzando il metodo del Test-Retest che prevede la doppia somministrazione del questionario alla medesima popolazione (Streiner, 1996).

I soggetti di studio sono stati individuati all'interno dei gruppi infermieristici degli SPDC di tre Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde utilizzando come criteri di inclusione la stipulazione di un contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato e il servizio attivo da almeno un anno presso l'Unità Operativa di Psichiatria. I Coordinatori Infermieristici non sono stati inclusi.

Ad ogni infermiere è stato attribuito un codice alfanumerico in modo da garantire l'anonimato. Il dataentry è stato effettuato attraverso una tabella a doppia entrata nella quale sono state inserite le risposte di tutti gli intervistati compresi i missing.

La validazione è stata condotta in tre fasi: pre-test (T0), test (T1) e re-test (T2).

Nel **Pre-Test T0 (1° fase)** è stato selezionato un campionamento stratificato di infermieri (n.23) per genere e per anni di anzianità lavorativa proporzionalmente distribuiti nelle tre ASST. Previa una breve spiegazione delle finalità del progetto di ricerca, ad ogni infermiere è stato consegnato un questionario richiedendo, durante la sua compilazione, una particolare attenzione alla comprensibilità del contenuto di ciascuna domanda e delle relative risposte. All'insorgenza di eventuali dubbi, gli infermieri sono stati invitati a richiedere spiegazioni all'intervistatore, il quale ha trascritto la domanda rivoltagli e la relativa risposta in modo da poter fornire la stessa spiegazione in caso si fosse ripresentata la medesima necessità di chiarimento con altri intervistati.

Alla luce di quanto emerso durante questa fase, il gruppo di lavoro composto da un Docente di Infermieristica in Psichiatria dell'Università degli Studi di Milano Bicocca sezione di Bergamo, un Coordinatore Infermieristico di U.O. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, una Statistica e uno studente del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano Bicocca sezione di Bergamo, ha modificato il questionario originale sia da un punto di vista lessicale che di contenuto (modifiche nella modalità di risposta, inserimento o cancellazione di alcune domande/risposte in relazione alle indicazioni o dubbi forniti dagli stessi intervistati). Il risultato è stato un questionario più comprensibile che potesse di indagare la condizione degli infermieri prestanti servizio all'interno degli SPDC. La versione definitiva così ottenuta è stata utilizzata per la fase di validazione.

Nel **Test T1 (2° fase)** si è proceduto a somministrare in presenza il questionario risultante dal pre-test a tutti gli infermieri (n.73). La somministrazione è avvenuta in un range temporale di 27 giorni sui tre centri. La somministrazione del questionario è stata preceduta da una lettera di presentazione che esplicitava le finalità del progetto di ricerca, il tempo medio di compilazione e la garanzia dell'anonimato del compilatore. Ad ogni somministrazione era presente lo stesso intervistatore in modo da replicare le medesime modalità operative.

A distanza di 15/20 giorni dal Test è stato somministrato il **Re-test T2 (3° fase)**. Questa fase è avvenuta in un range temporale di 12 giorni e tra la prima e la seconda somministrazione c'è stato un periodo medio pari a 25,45 giorni, con un minimo di 12 e un massimo di 41 giorni.

Il dataentry dei questionari Test e Re-test è stato fatto in un database in Excel® e normalizzati per effettuare l'analisi statistica con il software SPSS®.

Gli indicatori statistici utilizzati per la validazione del questionario sono stati: il coefficiente di correlazione interclasse (ICC), il coefficiente di correlazione di Pearson ρ (generale, item-to-total e inter-item), il coefficiente Alpha di Cronbach α, l'analisi della Varianza (ANOVA).

RISULTATI

La popolazione complessiva dello studio è stata di 73 infermieri così composta: 38 maschi (52%), 35 femmine (48%). L'età media è stata di 46,89 anni (minimo di 28 e massimo di 62 anni). Il tempo medio di compilazione del questionario nella fase di Pre-test è stato di 12 minuti e 42 secondi, con una durata minima di 7 minuti e 33 secondi e una massima di 16 minuti e 54 secondi.

Nella *Tabella n°1* sono riportate le frequenze e le percentuali degli infermieri che hanno partecipato alle fasi T1 e T2 e il totale di quelli che, compilando adeguatamente i questionari in entrambe le somministrazioni, sono stati considerati utili ai fini della validazione (colonna "*Test-Retest*"). La numerosità del campione finale utile al processo di validazione è stato pari a 44 unità.

Tabella n°1: Infermieri partecipanti alla fase di Test e Re-test suddivisi per ASST di appartenenza

	Tot	T1-Test (%)	T2-Retest (%)	Test-Retest (%)
ASST 1	20	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)
ASST 2	15	13 (87%)	15 (100%)	13 (87%)
ASST 3	38	25 (66%)	13 (34%)	11 (29%)
Totale	**73**	**58 (79%)**	**48 (66%)**	**44 (60%)**

Riproducibilità e Attendibilità

La riproducibilità è stata calcolata con il coefficiente di correlazione interclasse, il quale è risultato essere molto buono con valori pari a 0,94 sia per il Test che per il Retest.

Per la valutazione dell'attendibilità del questionario nel tempo è stato utilizzato l'indice di correlazione di Pearson tra la somma dei punteggi nel Test e quella nel Retest. Il valore è stato di 0,72, punteggio discretamente buono considerando che il valore 1 corrisponde alla perfetta correlazione lineare positiva. Analizzando la correlazione che intercorre tra le diverse aree tematiche del Test e del Re-test, si nota come le domande delle aree relative alla "*formazione del personale*" e agli "*Strumenti di valutazione utilizzati*" siano poco correlate e presentino dei punteggi estremamente bassi (rispettivamente 0,19 e 0,40) (*Tabella n°2*).

Tabella n° 2: Indice di correlazione di Pearson, totale e per aree tematiche

	Correlazione di Pearson
Totale	0,72
Area 1 formazione	0,19
Area 2 strumenti	0,40
Area 3 relazione	0,66
Area 4 alimentazione	0,68
Area 5 famiglia	0,63
Area 6 consegna	0,59
Area 7 aggressività	0,62

Affidabilità

L'indice di correlazione di Pearson è stato valutato in due diversi modi: l'indice di correlazione tra gli *item* e il suo complesso (*item-to-total correlation*) e quello tra i diversi *item* presi due a due (*inter-item correlation*).

Il primo tra i due, calcolato sulle diverse aree tematiche, si è mantenuto sempre su valori ρ>0,50 (*Tabella n°3*) sottolineando il fatto che la coerenza tra le aree è buona e che esse vanno ad indagare aspetti molto importanti per i fini del questionario.

Unica area che risulta avere un valore diverso e nettamente inferiore alle precedenti è quella relativa agli "*Strumenti di valutazione utilizzati*". Infatti, nella fase di Test il suo coefficiente assume un valore pari a ρ=-0,15, mentre nel Retest di ρ=-0,26, evidenziando nuovamente la poca coerenza delle domande appartenenti a questo blocco al resto del questionario.

La correlazione *inter-item* tra le domande prese a coppie ha assunto in generale valori buoni, rispettivamente di ρ=0,182 nel Test e di ρ=0,181 nel Re-test. È stata inoltre calcolata la matrice di correlazione *inter-item* tra le aree tematiche. Si è notato come tutte le diverse aree sono ben correlate tra di loro, eccezion fatta per quella relativa agli "*Strumenti di valutazione utilizzati*" che mantiene sempre coefficienti di ρ prossimi allo 0 sia nel Test che nel Re-test (valori in grassetto nelle *Tabelle n°4 e 5*).

Tabella n°3: Coefficiente di correlazione item-to-total escludendo l'item analizzato nel Test e nel Retest per quanto riguarda le aree tematiche

TEST	Corrected Item-Total Correlation
Area 1 formazione	0,74
Area 2 strumenti	-0,15
Area 3 relazione	0,93
Area 4 alimentazione	0,79
Area 5 famiglia	0,87
Area 6 consegna	0,91
Area 7 aggressività	0,78

RETEST	Corrected Item-Total Correlation
Area 1 formazione	0,89
Area 2 strumenti	-0,26
Area 3 relazione	0,97
Area 4 alimentazione	0,86
Area 5 famiglia	0,95
Area 6 consegna	0,96
Area 7 aggressività	0,92

COERENZA INTERNA

Infine, la coerenza interna del questionario è stata valutata utilizzando il coefficiente Alpha di Cronbach, il quale è risultato essere pari a α=0,94 sia per quanto riguarda il Test che il Re-test evidenziando un alto grado di coerenza della scala.

È stato inoltre calcolato l'*Alpha* di Cronbach escludendo l'*item* che si vuole analizzare sia per quanto riguarda il singolo quesito sia per le diverse aree tematiche: si è potuto notare che il coefficiente legato alle domande rimaneva stabile sia nel Test che Re-test, mentre quello calcolato sulle aree tematiche tendeva a diminuire in entrambe le fasi rispetto al valore totale (*Tabella n°6*).

Si deduce quindi che tutti i quesiti all'interno del questionario sono importanti poiché rimuovendoli non abbiamo un incremento della coerenza e, allo stesso tempo, anche le aree tematiche risultano essere molto coerenti con il questionario in quanto se rimosse il coefficiente diminuirebbe.

Significativo è il fatto che l'area tematica legata "*Strumenti di valutazione utilizzati*", seppur poco correlata alle altre, risulta essere molto importante ai fini della coerenza interna del questionario avendo un *Alpha* di Cronbach se fosse esclusa inferiore a quello totale (α=0,85 nel Test e α=0,87 nel Re-test).

VALIDITÀ

Per quanto concerne la validità di contenuto, essa si dimostra essere buona in quanto il questionario è stato redatto sulla scorta di un'approfondita ricerca bibliografica, dalla quale sono emerse le 7 aree tematiche, sulle quali sono state create domande che potessero indagare sempre più approfonditamente la problematica per la quale lo strumento è stato ideato. Per valutare la validità di criterio del lavoro è stata utilizzata l'Analisi della Varianza (ANOVA) non parametrica di Kruskall-Wallis. Si è potuto notare che nel suo complesso in entrambe le fasi l'analisi della Varianza risulta statisticamente significativa con un p_value<0,001 e si può quindi affermare che queste differenze significative sono segnale di un buon grado di validità della scala del questionario.

Tabella n°4: Matrice di correlazione Inter-Item nel Test

	Area 1 form	Area 2 stru	Area 3 relaz	Area 4 alim	Area 5 fam	Area 6 cons	Area 7 agres
Area 1 formazione	1,00	**-0,04**	0,75	0,54	0,65	0,74	0,60
Area 2 strumenti		1,00	**-0,17**	**-0,03**	**-0,07**	**-0,19**	**-0,18**
Area 3 relazione			1,00	0,79	0,85	0,91	0,77
Area 4 alimentazione				1,00	0,77	0,78	0,60
Area 5 famiglia					1,00	0,83	0,72
Area 6 consegna						1,00	0,73
Area 7 aggressività							1,00

Tabella n°5: Matrice di correlazione Inter-Item nel Re-test

	Area 1 form	Area 2 stru	Area 3 relaz	Area 4 alim	Area 5 fam	Area 6 cons	Area 7 agres
Area 1 formazione	1,00	**-0,16**	0,89	0,79	0,82	0,89	0,81
Area 2 strumenti		1,00	**-0,25**	**-0,25**	**-0,29**	**-0,27**	**-0,25**
Area 3 relazione			1,00	0,87	0,94	0,97	0,91
Area 4 alimentazione				1,00	0,81	0,89	0,78
Area 5 famiglia					1,00	0,91	0,95
Area 6 consegna						1,00	0,87
Area 7 aggressività							1,00

Tabella n°6: Coefficiente Alpha di Cronbach escludendo l'item analizzato nel Test e nel Re-test per quanto riguarda le aree tematiche

TEST	Cronbach's Alpha if Item Deleted	RETEST	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Area 1 formazione	0,82	**Area 1 formazione**	0,84
Area 2 strumenti	0,85	**Area 2 strumenti**	0,87
Area 3 relazione	0,83	**Area 3 relazione**	0,88
Area 4 alimentazione	0,80	**Area 4 alimentazione**	0,82
Area 5 famiglia	0,77	**Area 5 famiglia**	0,79
Area 6 consegna	0,76	**Area 6 consegna**	0,79
Area 7 aggressività	0,76	**Area 7 aggressività**	0,77

Tabella n°7: Analisi della Varianza per quel che riguarda le ASST nel Test

TEST	Sesso		Anni di anzianità		ASST	
	test F	p_value	test F	p_value	test F	p_value
Area 1 formazione						
Between Within	0.08	0.78	0.65	0.42	0.50	0.61
Area 2 strumenti						
Between Within	3.09	0.08	0.49	0.49	2.27	0.11
Area 3 relazione						
Between Within	2.04	0.16	1.24	0.27	0.44	0.65
Area 4 alimentazione						
Between Within	0.02	0.88	1.15	0.29	1.44	0.24
Area 5 famiglia						
Between Within	0.21	0.65	0.04	0.84	0.08	0.92
Area 6 consegna						
Between Within	0.76	0.39	**4.23**	**0.04**	1.70	0.19
Area 7 aggressività						
Between Within	0.02	0.88	0.00	0.96	1.71	0.19

Inoltre è stata utilizzata l'analisi della Varianza per verificare se i risultati delle aree tematiche subissero delle variazioni rispetto al sesso, all'anzianità di servizio e all'ASST di appartenenza dei rispondenti.

Nella prima fase si è osservato che non c'è stata alcuna differenza per quanto concerne il sesso. In relazione all'ASST di appartenenza, la media dei punteggi ottenuti è uguale in tutti e tre i centri. Per gli anni di anzianità si osserva una differenza statisticamente significativa nel passaggio di consegna tra chi ha meno di 10 anni rispetto a chi ha più di 10 anni di anzianità lavorativa (valori in grassetto nella *Tabella n°7*).

Nella seconda fase non c'è alcuna differenza né per quanto riguarda il sesso, né per gli anni di anzianità lavorativa. Per l'ASST di appartenenza le medie dei punteggi ottenuti nei tre centri si sono rivelate differenti nelle aree tematiche relative alla consegna ed all'aggressività (valori in grassetto nella *Tabella n°8*).

Quest'ultimo dato è stato ulteriormente approfondito andando ad utilizzare i confronti multipli post hoc di Tukey. È emerso che tra ASST-2 e ASST-3 la differenza è nell'area tematica della consegna, mentre tra ASST-1 e ASST-3 in quella relativa all'aggressività (valori in grassetto nella *Tabella n°9*).

Un'ottima riproducibilità ed una buona attendibilità sono indice di buona correlazione tra le diverse aree tematiche dimostrando come il questionario possa essere uno strumento valido sia da un punto di vista statistico che da un punto di vista dei contenuti.

Tabella n°8: Analisi della Varianza per quel che riguarda le ASST nel Retest

RETEST	Sesso		Anni di anzianità		ASST	
	test F	p_value	test F	p_value	test F	p_value
Area 1 formazione						
Between Within	1.25	0.27	0.01	0.91	0.23	0.80
Area 2 strumenti						
Between Within	0.07	0.79	0.30	0.58	0.62	0.54
Area 3 relazione						
Between Within	0.37	0.54	1.28	0.26	0.59	0.56
Area 4 alimentazione						
Between Within	0.46	0.50	1.84	0.18	0.56	0.57
Area 5 famiglia						
Between Within	0.34	0.56	0.01	0.93	1.90	0.16
Area 6 consegna						
Between Within	0.63	0.43	0.31	0.58	**3.55**	**0.04**
Area 7 aggressività						
Between Within	0.36	0.55	0.07	0.79	**5.06**	**0.01**

Tabella n°9: Confronti multipli post hoc di Tukey su ASST di appartenenza nel Retest

	Tukey	p_value		Tukey	p_value
Area6_consegna			**Area6_consegna**		
ASST 1 // ASST 2	-1.45	0.64	**ASST 1 // ASST 2**	-1.45	0.64
ASST 1 // ASST 3	3.24	0.14	**ASST 1 // ASST 3**	**3.24**	**0.14**
ASST 2 // ASST 3	**4.69**	**0.03**	**ASST 2 // ASST 3**	4.69	0.03

Tuttavia, va evidenziata un'eccezione per le tematiche relative alla formazione del personale (domande n°2 e 5) e agli strumenti di valutazione (domanda n°3). Questo aspetto potrebbe trovare un razionale nel fatto che la presenza degli adolescenti negli SPDC è una condizione relativamente recente e gli infermieri assistono queste persone pur essendo privi di una formazione specifica e di strumenti di valutazione adatti alla loro età.

Di notevole importanza risultano le domande che indagano le tematiche assistenziali ritenute prioritarie per migliorare l'assistenza all'adolescente (domanda n°2) e la presenza di strumenti/scale specifici sugli adolescenti nella propria Unità Operativa (domanda n°3) perché mettono in luce questa carenza di mezzi sia formativi che di valutazione clinica. Fra le due somministrazioni molti infermieri hanno individuato tematiche assistenziali differenti evidenziando tuttavia come tutte queste risultino essere percepite di primaria importanza.

L'affidabilità del questionario ha ottenuto buoni risultati dimostrando come ci sia una certa stabilità tra le domande e le aree tematiche tale da produrre i medesimi risultati a distanza di tempo. Allo stesso modo lo strumento gode di un ottimo livello di coerenza interna provando che tutti i diversi *item* sono estremamente importanti nella complessità del questionario.

Quest'ultimo aspetto dimostra che la presenza dell'area tematica degli "*Strumenti di valutazione utilizzati*", pur possedendo una bassa correlazione *item-to-total* e *inter-item* ed indagando aspetti che non sono direttamente correlati allo scopo del questionario, fa sì che la coerenza interna di quest'ultimo sia molto più alta sottolineandone la sua indispensabilità per analizzare al meglio il problema. Probabilmente il fatto che essa possegga una bassa correlazione con le altre aree e che indaghi aspetti non direttamente collegati a quelli dello strumento in generale è data dal fatto che, pur non avendo a disposizione delle scale di misurazione e di valutazione specifiche per la persona assistita minorenne, gli infermieri cercano di assistere al meglio delle proprie capacità questi individui facendo leva su quella che risulta essere la propria esperienza e la propria professionalità.

Di notevole importanza è il fatto che le aree tematiche la cui mancanza determinerebbe l'abbassamento più importante della coerenza interna siano quelle della "gestione dell'aggressività", degli "interventi educativi e relazione con la famiglia" e del "passaggio di consegna". Esse probabilmente vengono percepite come tematiche importanti da parte della componente infermieristica che, da un lato tende a rendere sempre più consapevoli i famigliari degli assistiti sulla loro patologia aiutandoli a capirla e ad interfacciarsi nel miglior modo possibile con essa e, dall'altro, cerca di valorizzare il momento della consegna per far emergere criticità e proporre cambiamenti circa l'assistenza che viene ad essere erogata al minorenne.

Per quel che concerne il tema dell'aggressività, la sua importanza potrebbe essere la conseguenza del fatto che il personale infermieristico lo ritiene il tema di maggiore attualità e sul quale bisognerebbe discutere con più enfasi sia per quel che riguarda la sicurezza del paziente che l'incolumità del personale stesso. Gli infermieri potrebbero infatti aver fatto emergere tramite le risposte relative a questo argomento le loro preoccupazioni ed ansie.

È rilevante come alla domanda che indaga se l'intervistato ritiene che i comportamenti aggressivi osservati negli adolescenti, siano stati intenzionali oppure sintomo di malattia (domanda n°21), molti infermieri abbiano ritenuto che fossero sintomo della malattia enfatizzando forse il fatto che riuscendo a garantire cure ed assistenza adeguate, gli atteggiamenti aggressivi potrebbero diminuire, limitando anche i sentimenti negativi percepiti dagli operatori e le problematiche relative alla sicurezza nel reparto.

Infine, anche la validità del questionario si è dimostrata buona sia da un punto di vista di contenuto che di criterio, evidenziando come nel complesso il questionario sia pertinente al tema e alle problematiche che si prefiggeva di trattare e che riesca a misurare in modo adeguato questi aspetti.

CONCLUSIONI

Alla luce dell'aumento dei ricoveri di adolescenti con disturbi psichici nelle unità di degenza psichiatriche per adulti ha reso necessario approfondire il tipo di assistenza infermieristica erogata. La pandemia da Covid-19 ha esacerbato una situazione già presente e critica nel periodo pre-pandemia. L'assenza in letteratura di un questionario che permettesse di indagare il fenomeno ha comportato la creazione di un apposito strumento ed alla sua validazione. I buoni risultati ottenuti dagli indicatori statistici considerati mettono in luce l'effettiva validità del questionario e la sua efficacia.

Questo strumento potrebbe essere utilizzato per sviluppi di successivi filoni di ricerca per indagare lo stato dell'arte del fenomeno, approfondendo ulteriormente da un lato l'aspetto relativo all'esperienza emozionale degli infermieri che prestano servizio ad adolescenti con questi disturbi, e, allo stesso tempo, per poter comprendere al meglio quali siano le effettive problematiche emergenti su questo delicato tema che ad oggi rappresenta un'istanza di molti professionisti e che riconduce ad un'esigenza di risposte riguardo una situazione divenuta ormai strutturale in molti ambienti terapeutici.

Bibliografia

1. Bassani L., (2017) *La gestione dell'acuzie nel minore. Azioni di prevenzione e risposte al bisogno di ricovero in ambiente ospedaliero. L'esperienza dell'Alto Adige.* In: IX congresso internazionale coordinamento SPDC. Gli SPDC oggi: dalla gestione dell'acuzie psichiatrica al nuovo ruolo nella rete dei servizi, 2017.
2. Corbetta P., (1999) *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Edito da Il Mulino.
3. Lanfranchi C., Galbiati G., Perico N., Vescovi AG (2019) *L'assistenza infermieristica all'adolescente ospedalizzato con disagio psichico in fase acuta*. L'infermiere, 1:11-22.
4. Praticò A. D. (2020) *COVID-19 pandemic for Pediatric Health Care: disadvantages and opportunities*. Pediatric Research, 89(4):709-710.
5. Patel V., Flisher A.J., Hetrick S., McGorry P., (2007) *Mental health of young people: a global public-health challenge*. The lancet, 369(9569): 1302-1313.
6. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, Jhon A, et al. (2020) *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*. The Lancet Psychiatry, 7 (10):883-892.
7. SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2015), *L'assistenza ai minori con disturbi neuropsichici in Lombardia: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nella rete dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* https://www.sinpia.eu/atom/allegato/1349.pdf
8. Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1996). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
9. Vanzetta E. *I disturbi psichici nel bambino e nell'adolescente: dal pregiudizio all'evidenza scientifica* http://www.stateofmind.it/2014/11/adolescenti-convegno-rimin
10. Worrall A., O'Herlihy A., Banerjee S., Jaffa T., Lelliott P., Hill P., Scott A., Brook H., (2004) *Inappropriate admission of young people with mental disorder to adult psychiatric wards and paediatric wards: cross sectional study of six months' activity*. British Medical Journal, 328(7444): 867.
11. WHO *Global Health Estimates 2019-2020* Consultato il 15/02/2021 reperibile al sito internet: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Allegato n°1: Questionario

Questionario N°

Gentilissimo/a,
Le chiedo la collaborazione nel rispondere ad alcune domande che andranno a comporre un questionario volto ad indagare quale assistenza infermieristica viene erogata ad un adolescente con disagio psichico in fase acuta, all'interno di un'unità operativa di psichiatria.
Il lavoro di validazione prevede che, a distanza di due settimane, Le verrà richiesto di rispondere nuovamente al medesimo questionario.
L'interesse al tema nasce da un sempre più frequente ricovero di minori di questa particolare fascia d'età, anche in strutture per adulti e con situazioni assistenziali sempre più complesse.
Il suo contributo personale ai fini della ricerca è importante, Le chiedo cortesemente di rispondere quindi in modo individuale con obiettività e franchezza alle domande.
I dati richiesti verranno utilizzati ai soli fini dell'elaborazione statistica.

Grazie per la collaborazione

1. Nell'ultimo anno, ha assistito almeno un adolescente?

a) □ SI	b) □ NO

2.
(Se ha risposto NO, passi alla domanda n. 22)

2. Attualmente, quali tematiche assistenziali ritiene prioritarie per migliorare l'assistenza all'adolescente?
(Può individuare fino a 3 opzioni tra quelle sotto elencante)

a) □ Gestione dei rischi nell'unità operativa
b) □ Tecniche di valutazione dell'adolescente
c) □ Competenze terapeutiche (*relazionali, educative, farmacologiche, ecc.*)
d) □ Malattie/disturbi mentali dell'adolescente
e) □ Relazione con le famiglie
f) □ Educazione alimentare dell'adolescente con disturbo mentale
g) □ Altro:

3. Attualmente, all'interno della sua unità operativa, sono presenti strumenti/scale specifici sugli adolescenti che guidano l'infermiere nel valutare il comportamento di questi assistiti?

a) □ SI	b) □ NO	c) □ NO, si utilizzano scale per adulti

4.

4. Nell'ultimo anno, con che frequenza pensa di aver utilizzato le seguenti strategie di risoluzione dei problemi per l'assistenza all'adolescente?
Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

□ 1 = mai □ 2 = raramente □ 3 = a volte □ 4 = spesso □ 5 = sempre

	1 2 3 4 5

a) Si è consultato con l'équipe al fine di giungere alla soluzione migliore	□ □ □ □ □
b) Ha costruito un'alleanza terapeutica con l'assistito	□ □ □ □ □
c) Ha istruito l'assistito sulla terapia farmacologica	□ □ □ □ □
d) Ha gestito lo stress dell'assistito	□ □ □ □ □
e) Ha eseguito interventi informali (*incoraggiamento, ascolto, supporto generale)*	□ □ □ □ □

5. *Ritiene di aver conseguito una adeguata formazione per il trattamento dell'adolescente con disagio psichico?*

a) □ SI	b) □ NO

6.

6. Nell'ultimo anno, quali di queste difficoltà ha incontrato nel praticare l'empatia con un adolescente?

	SI	**NO**
a) Fallimento nell'individuare “segnali” non espliciti e sottili	□	□
b) Trattenermi nell'esprimere un giudizio	□	□
c) Interpretare l'esperienza dell'assistito (*dare consigli da una prospettiva personale)*	□	□
d) Essere privo delle competenze necessarie per comprendere o comunicare la comprensione	□	□

7.

7. Nell'ultimo anno, con che frequenza ha incontrato queste difficoltà nel praticare l'ascolto attivo di un adolescente?

Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:
□ 1 = mai □ 2 = raramente □ 3 = a volte □ 4 = spesso □ 5 = sempre

	1 2 3 4 5
a) Non padronanza delle modalità di ascolto attivo (*richieste di chiarimenti, utilizzo dei riassunti, uso del silenzio*)	□ □ □ □ □
b) Inusuali modi di parlare o manierismi dell'assistito (*ad esempio un incoerente e rapido discorso*)	□ □ □ □ □
c) Troppa preoccupazione da parte dell'assistito	□ □ □ □ □
d) Mancanza di autoconsapevolezza nell'assistito	□ □ □ □ □
e) Un'insicurezza dell'assistito su ciò che viene detto	□ □ □ □ □
f) Altro:	□ □ □ □ □

8. Nell'ultimo anno, ripensando ai colloqui con un adolescente ricoverato, con che frequenza ha effettuato i

seguenti interventi?

Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

□ **1 = mai** □ **2 = raramente** □ **3 = a volte** □ **4 = spesso** □ **5 = sempre**

	1 2 3 4 5
a) Ha posto attenzione al contenuto degli argomenti utilizzati dall'assistito nella conversazione	□ □ □ □ □
b) Ha posto attenzione al linguaggio (*verbale e non verbale)* adottato dall'assistito	□ □ □ □ □
c) Ha osservato eventuali discrepanze nel linguaggio (*nel contenuto, nella vocalizzazione e nel linguaggio del corpo*)	□ □ □ □ □
d) Ha posto attenzione a fornire il parere personale	□ □ □ □ □
e) Ha posto attenzione ai sentimenti rivelati dall'assistito *(nella comunicazione verbale e non verbale)*	□ □ □ □ □
f) Ha posto attenzione a ciò che l'assistito non diceva	□ □ □ □ □

9. Nell'ultimo anno, quali sono state le sensazioni provate durante l'assistenza di adolescenti?

	SI	**NO**
a) Percezione del pericolo per sé stessi o per gli altri	□	□
b) Desiderio di dimettersi dal posto di lavoro	□	□
c) Rabbia	□	□
d) Minor qualità delle prestazioni offerte	□	□
e) Riduzione di concentrazione/attenzione	□	□
f) Desiderio di evitare l'assistito	□	□

10.

10. A suo parere, nell'ultimo anno, con che frequenza sono stati offerti gli interventi di natura alimentare sotto elencati?

Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

□ **1 = mai** □ **2 = raramente** □ **3 = a volte** □ **4 = spesso** □ **5 = sempre**

	1 2 3 4 5
a) La quantità delle porzioni è controllata	□ □ □ □ □
b) La dieta è equilibrata (*basso contenuto di grassi, calorie e sale*)	□ □ □ □ □
c) Il momento del pasto permette agli adolescenti di mangiare insieme, socializzare e sostenersi a vicenda	□ □ □ □ □

d) Gli assistiti sono istruiti ad una corretta alimentazione	□ □ □ □ □

11. Nel corso dell'ultimo anno ritiene di aver effettuato interventi educativi?
Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

□ **1 = mai** □ **2 = raramente** □ **3 = a volte** □ **4 = spesso** □ **5 = sempre**

	1 2 3 4 5
a) Sull'adolescente	□ □ □ □ □
b) Sulla famiglia dell'adolescente	□ □ □ □ □

12. Nell'ultimo anno ha avuto modo di relazionarsi con genitori di un adolescente in difficoltà?

a) □ SI	b) □ NO

13.
(Se ha risposto NO, passi alla domanda 14)

13. Nell'ultimo anno, nell'approcciarsi al minore e alla sua famiglia, con che frequenza pensa di avere effettuato i seguenti interventi?
Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

□ **1 = mai** □ **2 = raramente** □ **3 = a volte** □ **4 = spesso** □ **5 = sempre**

	1 2 3 4 5
a) Ha individuato i fattori che avrebbero potuto compromettere la stabilità della famiglia	□ □ □ □ □
b) Ha sviluppato una comunicazione efficace	□ □ □ □ □
c) Ha individuato i punti di forza della famiglia	□ □ □ □ □
d) Ha gestito le emozioni createsi nella relazione	□ □ □ □ □
e) Ha reso consapevoli i membri famigliari dei progressi effettuati	□ □ □ □ □

14. Nell'ultimo anno, il passaggio di "consegna" di assistiti adolescenti:
Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

1 = mai **2 = raramente** **3 = a volte** **4 = spesso** **5 = sempre**

	1 2 3 4 5
a) È avvenuto in modo formale (*con documentazione infermieristica*)	□ □ □ □ □

b) È stato un modo per accrescere la propria esperienza	□ □ □ □ □
c) È avvenuto rapidamente perché mancava tempo	□ □ □ □ □
d) La qualità del materiale utilizzato è stata sufficiente per discutere	□ □ □ □ □
e) La quantità del materiale utilizzato è stata sufficiente per discutere	□ □ □ □ □
f) Si è sentito/a sufficientemente ascoltato/a dagli altri operatori	□ □ □ □ □
g) È stato un momento utile per proporre cambiamenti	□ □ □ □ □

15. Nell'ultimo anno, ha assistito almeno un adolescente con psicosi acuta?

a) □ SI	b) □ NO

16.

(Se ha risposto NO, passi alla domanda n. 17)

16. Nell'ultimo anno, nell'assistere un adolescente ricoverato per psicosi acuta, con che frequenza pensa di avere effettuato i seguenti interventi?

Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

□ **1 = mai** □ **2 = raramente** □ **3 = a volte** □ **4 = spesso** □ **5 = sempre**

	1 2 3 4 5
a) Ha evitato di fare emergere le preoccupazioni	□ □ □ □ □
b) Ha mantenuto una posizione ferma e accogliente	□ □ □ □ □
c) Ha fornito informazioni minime che il giovane avrebbe potuto recepire	□ □ □ □ □
d) Si è posto/a obiettivi concreti per il giovane	□ □ □ □ □

17. Nell'ultimo anno, ha assistito almeno un adolescente aggressivo?

a) □ SI	b) □ NO

18.

(Se ha risposto NO, passi alla domanda n. 22)

18. Nell'ultimo anno, ha dovuto ricorrere alle misure di controllo applicate ad un adolescente elencate di seguito?

Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

□ **1 = mai** □ **2 = raramente** □ **3 = a volte** □ **4 = spesso** □ **5 = sempre**

	1 2 3 4 5
a) Imposizioni verbali *(ordini)*	□ □ □ □ □

b) Contenzione ambientale	□ □ □ □ □
c) Contenzione fisica	□ □ □ □ □
d) Contenzione farmacologica	□ □ □ □ □
e) Ricorso alle forze dell'ordine	□ □ □ □ □

19. Nell'ultimo anno:

	SI	**NO**
a) È stato <u>verbalmente</u> aggredito da un adolescente	□	□
b) È stato <u>fisicamente</u> aggredito da un adolescente	□	□
c) Ha assistito al danneggiamento di oggetti da parte di un adolescente	□	□
d) Ha assistito a comportamenti suicidari (*tentato suicidio, autolesionismo, suicidio*) di adolescenti	□	□
e) Ha assistito al <u>contagio</u> di comportamenti suicidari fra adolescenti	□	□

20.

20. Nella sua unità operativa con che frequenza sono utilizzati strumenti per la valutazione del rischio di aggressività?

Assegni un punteggio da 1 a 5 per ogni elemento, tenendo presente che:

□ **1 = mai** □ **2 = raramente** □ **3 = a volte** □ **4 = spesso** □ **5 = sempre**

	<u>1 2 3 4 5</u>
a) Scale di valutazione specifiche	□ □ □ □ □
b) Riunione multidisciplinare	□ □ □ □ □
c) Valutazione in base a fattori di rischio singoli *(storia dell'assistito, sesso, diagnosi...)*	□ □ □ □ □
d) Valutazione in base all'esperienza precedente degli operatori *(conoscenze, esperienze precedenti, intuizione)*	□ □ □ □ □

21. A suo parere, nell'ultimo anno, i comportamenti aggressivi osservati negli adolescenti, sono stati prevalentemente:

a) □ Intenzionali *(messi in atto consapevolmente)*
b) □ Sintomi di malattia

22. Dati statistici

a) Sesso: F □ M □

b) Formazione specialistica post Laurea Triennale/Diploma

□ Master in _____

□ Laurea specialistica in _____

c) N° anni di lavoro (come infermiere): _____

d) N° anni di lavoro in questa unità operativa: _____

e) Matricola: _____

f) Anno di nascita:

g) Data compilazione:

Giorno Mese Anno

Grazie del suo contributo.

La gestione dei dati personali avverrà nel rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali", (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 19

CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE

Stato dell'arte e storia della professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Fioletti B., Casella N°., Scagliarini V.^*

La professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nasce culturalmente a seguito della legge **n°180 del 13/05/1978 (GU n°133 del 16/05/1978) "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"** e della legge **n°833 del 23/12/1978 (GU n°360 del 28/12/1978) "Istituzione del Sistema Sanitario Nazionale"**, su cui si basano la riforma della sanità nell'ambito della salute mentale e un nuovo sistema di assistenza.

Ripensando a quella complessa riforma ora se ne può riconoscere l'influenza anche sul mondo formativo (Famulari, 2019).

Si osserva, tra i primi adattamenti, la trasformazione delle scuole dirette a fini speciali, istituite con il **Decreto del Presidente della Repubblica n°162 del 10/03/1982 "Riordinamento delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento"**, con la creazione di percorsi a Milano, Aquila, Ancona, Catania, Messina, Pavia e Trieste (**Decreto del 24/07/1989, GU n°231 del 03/10/1989, "Modificazioni allo statuto dell'Università. Normativa generale scuole dirette a fini speciali. Università degli studi dell'Aquila"**).

Il processo di cambiamento così innescato avanza, nel corso degli anni, con la promulgazione della **Legge n°341 del 19/11/1990 (GU n°274 del 23/11/1990) "Riforma degli ordinamenti didattici universitari"** con la quale vengono istituiti, in accordo con la Comunità Economica Europea, veri e propri Diplomi Universitari con l'obiettivo di fornire adeguate conoscenze di metodi e contenuti culturali e scientifici, orientati al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali. Il Diploma Universitario in Riabilitazione psichiatrica e psicosociale, in particolare, vede la propria nascita con il **decreto del 15/12/1992 (GU n°35 del 12/02/1994) "Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al Corso di diploma universitario in Riabilitazione psichiatrica e psicosociale"** con l'obiettivo di formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere le funzioni di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale. Sarà un anno più tardi che avverrà la prima attivazione del Diploma Universitario in Riabilitazione psichiatrica e psicosociale, presso le Università degli Studi di Milano e dell'Aquila e nel corso degli anni successivi, anche in altre città italiane.

Si arriva, solo successivamente a ulteriori passaggi storico-culturali, alla nascita del Diploma Universitario in Tecnico dell'Educazione e della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, grazie al riconoscimento ottenuto come profilo professionale con **decreto n°57 del 17/01/1997 (GU n°61 del 14/03/1997) "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale del Tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale"**, e, secondariamente, al processo di equiparazione ai corsi antecedenti, come stabilito dai **decreti interministeriale del 08/10/1998 (GU n°262 09/11/1998) "Equiparazione del diploma universitario in Riabilitazione**

psichiatrica e psicosociale al diploma universitario di tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale" e ministeriale del 27/07/2000 (GU n°190 del 16/08/2000) "Equipollenza di diplomi e attestati al DU di tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale ai fini della professione e dell'accesso alla formazione post-base".

Parallelamente all'evoluzione della figura del Tecnico dell'Educazione e della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, si assiste, all'individuazione del profilo professionale dell'Educatore Professionale, che comporta la ridefinizione di entrambi i profili professionali. Il **decreto ministeriale n°182 del 29/03/2001 (GU n°115 del 19/05/2001) "Regolamento concernente l'individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica"**, sancisce la soppressione della figura professionale di Tecnico dell'Educazione e della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale e individua la nuova figura di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico, individualizzato ed elaborato da un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi su soggetti con disabilità psichica collaborando alla valutazione di potenzialità e *deficit* del soggetto, all'analisi di bisogni e delle istanze evolutive, al rilevamento delle risorse del contesto familiare e socio-ambientale, all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica e alla stima dei loro esiti, alla realizzazione di interventi legati all'ambito della prevenzione e alla formazione del personale di supporto, oltre che all'aggiornamento del proprio profilo professionale (Famulari, 2019).

In questo clima di fermento, legato al susseguirsi di decreti e riadattamenti e alla nascita della nuova figura, svolgono un ruolo fondamentale, in ambito accademico, **i decreti ministeriale n°509 del 03/11/1999 e n°270 del 22/10/2004 (GU n°266 del 12/11/2004) "Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei, approvato con Decreto del Ministero dell' Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 03/11/1999 n°509 "e successivo decreto interministeriale attuativo del 19/02/2009 (GU n°119 del 25/05/2009)" Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22/10/2004 n°270"**, che non solo hanno ridefinito più approfonditamente la struttura del corsi di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, seguendo un processo attualmente ancora in evoluzione, ma che hanno sancito la nascita e l'organizzazione dei Corsi di Laurea 3+2 attualmente in vigore.

Ad oggi, quindi , esercitano la professione di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica coloro i quali abbiano concluso il percorso del corso di laurea abilitante alla professione e siano in possesso dell'iscrizione all'Albo, come determinato dalla **legge n°3 (11/01/2018) "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute"**. Fanno eccezione coloro che, diplomatisi negli anni precedenti alla laurea, abbiano lavorato in modo continuativo in strutture riabilitative, per un determinato numero di anni, con un inquadramento professionale di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, e che quindi nel momento della creazione degli albi, abbiano fatto apposita richiesta di iscrizione all'Albo dei Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica (OPTSRMPS).

L'apertura sul complesso *iter* legislativo che definisce a livello ministeriale la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, è utile per mettere a fuoco il contesto storico culturale in cui nasce tale profilo professionale. A differenza di altre professioni d'aiuto, storicamente formate in contesti filosofici, pedagogici, psicologici, assistenziali, solitamente gestiti attraverso corsi regionali, a volte universitari, questo profilo professionale nasce all'interno del sistema sanitario, in un momento molto proficuo per la salute mentale, quello appunto successivo alla riforma Basaglia. Sono premesse fondamentali da considerare, quando si parla di questa

professione, poiché ne determinano il taglio specifico delle competenze dell'operare riabilitativo (Benci, 2002).

In quest'ottica, il professionista mostra un approccio tipico delle figure sanitarie, a volte poco incline a valutare il contesto sociale territoriale in cui inserire l'intervento, ma di contro presenta una preparazione aggiornata rispetto le molteplici metodologie riabilitative da proporre in funzione delle patologie e delle caratteristiche della persona.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è preparato per rapportarsi e confrontarsi con gli altri professionisti sanitari e sociali che può incontrare nei contesti di lavoro, nonché all'interno della propria équipe multi-professionale.

Come tutti i professionisti si tiene costantemente aggiornato, in particolare rispetto le nuove tecniche riabilitative, in linea con le proposte formative universitarie che promuovono tecniche innovative spesso provenienti da culture anglosassoni.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è preparato per poter lavorare a contatto con tutte le situazioni di disagio mentale che si possono incontrare nel corso della vita, dall'infanzia/adolescenza, la fase adulta e anche la terza età, per cui gli ambiti in cui più comunemente si può trovare questo profilo professionale sono i Servizi Pubblici di Salute Mentale o i contesti privati-convenzionati.

Il luogo di lavoro determina poi la capacità di formarsi e mantenersi aggiornato per proporre interventi al passo con le scoperte scientifiche e con le conoscenze culturali, per cui, pur partendo da una base di conoscenze comuni, i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica approfondiscono gli interventi più consoni all'utenza dove esercitano e maturano la propria carriera professionale. Ci troveremo quindi a relazionarci con professionisti anche con caratteristiche molto differenti tra loro.

A questo proposito è infatti utile tener conto che i percorsi universitari, pur partendo da programmi ministeriali comuni presentano una certa autonomia didattica, possono quindi potenziare alcuni aspetti teorici metodologici e fornire approfondimenti specifici attraverso seminari, per stimolare lo studente ad acquisire tecniche riabilitative innovative o particolarmente funzionali in determinate popolazioni. Si osserva quindi la presenza di una base universitaria su cui si aggiungono esperienza lavorativa specifica, formazione continua professionale ed ulteriori corsi universitari di primo e secondo livello che co-creano quindi professionisti maturi molto distinti tra loro. (Zannini, 2005)

Ognuno matura sul campo riflessioni rispetto "essere", "saper essere" e "saper fare"nei contesti di cura.

Il "saper fare", in particolare risente talvolta degli interessi personali e delle caratteristiche individuali del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, aggiungendo un elemento importante, una risorsa, un valore aggiunto, al pacchetto di interventi proposti nel luogo in cui esercita la sua professione. L'"essere" ed il "saper essere" risentono a loro volta del complesso intreccio tra identità personale del professionista, che integra nella propria prassi riabilitativa, teoria e metodologia, senza perder di vista questioni etiche ed identitarie proprie e del proprio assistito. Ricordandosi di portare all'interno dei DSM una profonda umanità e attenzione ai percorsi riabilitativi, evitando di incorrere nella disumanizzazione della cura.

A completamento della propria maturità professionale il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, può seguire corsi di formazioni specifici, conseguiti dopo la laurea, che aiutano a specializzarsi in tecniche precise: rimedio cognitivo, percorsi artistico espressivi, arti terapie, *Dialectic Behaviour Therapy*, master in criminologia, Disturbi alimentari etc, al fine di implementare le proprie conoscenze e possibilità d'intervento in contesti riabilitativi precisi.

In tutte le situazioni il professionista della riabilitazione psichiatrica presta sempre particolare attenzione alla relazione con i propri assistiti, prevedendo il modo più consono per poter comunicare ed essere portatore di cambiamento ad ogni età. Si pensi ad esempio a come sia differente comunicare, motivare e coinvolgere un

adolescente con sintomi depressivi oppure una persona con caratteristiche schizofreniche sulla cinquantina.

Differente modalità di comunicazione, medesima modalità di "pensiero": il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è preparato per valutare e descrivere progetti terapeutici-riabilitativi individuali che tengano conto non solo delle carenze della persona, giovane o adulta che sia, ma anche dei punti di forza e delle risorse della stessa.

Negli ultimi anni, anche per via della pandemia che ci ha visti tutti coinvolti, è emersa ancor più la necessità di investire sul tema della Salute Mentale, e, oltre all'aumento dei casi nei "classici" contesti, è apparso ancor più evidente quanto possa essere utile la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica all'interno di realtà differenti: luoghi quali la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza o altre aree d'esordio e prevenzione, risultano essere ambiti in cui poter spendere le competenze del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica . Vanno citate anche le realtà delle carceri, dei penitenziari, luoghi che storicamente e filosoficamente includo i termini di "recupero" e "riabilitazione".

Il panorama mondiale attuale (pandemico e bellico) ha purtroppo incrementato la percentuale di esordi e situazioni di malessere in tutte le fasce d'età. Interventi quali la teleriabilitazione o le tecniche *mindfullness* in alcuni territori si configurano già come risorse assodate, modalità d'intervento meritevoli di ulteriore attenzione ed approfondimento e che non troverebbero il giusto spazio in questo articolo.

Come riportato all'interno dello Statuto (A.I.Te.R.P.) della nuova Associazione Tecnico Scientifica (ATS) del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica: "Si riconoscono principi e valori della Riabilitazione Psichiatrica che hanno come obiettivo fondante la tutela e la promozione della salute mentale, ovvero il riconoscimento dei pieni diritti di cittadinanza delle persone che soffrono di un disagio psichico e/o sociale, attraverso il raggiungimento della migliore emancipazione ed autonomia possibili dell'individuo da incoraggiare con i metodi e le tecniche proprie di questa disciplina, riconosciute dal mondo scientifico ed accademico."

Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica Ats (AITR) è presente su tutto il territorio nazionale sia come Organo Nazionale che come Organo Regionale.

L'attuale sfida prevede la trasformazione da Associazione professionale, ad Associazione Tecnico Scientifica, con la nuova *mission* di dare sempre più evidenza alle buone prassi riabilitative e favorire sempre di più l'implementazione di tecniche e metodologie specifiche volte a sostenere un approccio di salutogenesi (A.I.Te.R.P., 2020) riducendo l'impatto della disabilità.

Questo è e sarà un obiettivo molto ambizioso a cui anelare, visti gli scarsi fondi a disposizione della ricerca in ambito italiano, soprattutto se si considera che queste esigue risorse confluiscono in genere alle Università ed agli Istituti di Ricerca. Nonostante ciò si ritiene che per l'aggiornamento ed il rinnovamento continuo della figura professionale, non ci si possa esimere dal tentativo di intraprendere anche questa nuova sfida.

Afferenza degli autori

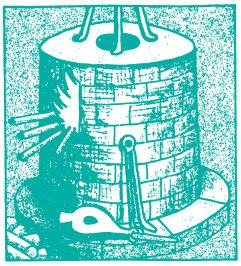
* *Membro Direttivo Nazionale ATS AITERP, formatore e formazione in arte terapia;*

° *Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Cooperativa Fraternità di Ospitaletto, Brescia.*

^ *Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, collaboratore Lib.Prof. presso ASST DI LODI e ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano.*

Bibliografia

1. Famulari R., Fierro L., Parigi D., Rovito E., Ussorio D. *Il core competence del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*. Edizione Alpes. 2019.
2. Ordine Professionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie *Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione*. http://www.tsrm.org/index.php/tecnico-riabilitazione-psichiatrica/
3. Benci. L *Le professioni sanitarie (non mediche). Aspetti giuridici, deontologici e medico-legali*. McGraw-Hill Companies. 2002.
4. Zannini L. *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini scientifica. 2005.
5. A.I.Te.R.P. *StatutoA.I.Te.R.P.* https://www.aiterp.it/statuto/
6. Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione *Psichiatrica Ats* https://www.aiterp.it/
7. A.I.Te.R.P. D*alla telemedicina alla salutogenesi. Ecco come i servizi di salute mentale sopravvivono al Covid.2020.* https://https://www.aiterp.it/aiterp-dalla-telemedicina-alla-salutogenesi-ecco-come-i-servizi-per-la-salute-mentale-sopravvivono-al-covid/



TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

Nuove tecnologie in psichiatria: tra teoria e pratica

Uno sguardo sul presente e sul prossimo futuro. Le opportunità e i rischi dello sviluppo tecnologico

D'Agostino A. °, Migliarese G.^*

L'ambiente in cui viviamo si sta modificando con una rapidità che non era immaginabile anche solo pochi anni fa. Lo sviluppo iperbolico della tecnologia, che si è diffusa capillarmente e rapidamente diventando uno dei fattori centrali del nostro stare al mondo, è sicuramente il fattore di maggior rilievo. Una psichiatria moderna, basata sul paradigma bio-psico-sociale, che riconosce il profondo impatto dei cambiamenti ambientali sulla psiche, non può evitare di confrontarsi con la rivoluzione digitale e i suoi effetti.

Considerare il profondo influsso della tecnologia sulla nostra disciplina prevede di aprire una riflessione non solo sull'impatto a livello di benessere psichico individuale (e pertanto sulle manifestazioni cliniche) ma anche sulle nuove opportunità che le trasformazioni digitali rendono (o renderanno) possibili.

Il tema dello sviluppo digitale dell'età post-moderna è stato descritto in diversi aspetti eterogenei, strettamente interconnessi tra loro: la digitalizzazione delle informazioni, lo sviluppo di nuovi strumenti di connessione e relazione così come di spazi e modalità di gioco, la costruzione di realtà virtuali, l'interfaccia uomo-macchina, le applicazioni correlate allo sviluppo della robotica, le possibilità di applicare strumenti tecnologici alla ricerca farmaceutica e in generale alla medicina, ecc..

Al recente congresso regionale della Sezione Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP.Lo) svoltosi a Rho il 7 e 8 aprile è stato presentato un simposio su "Nuovi interventi e nuove tecnologie in psichiatria" che ha permesso ai professionisti di confrontarsi sul tema dello sviluppo digitale, le sue potenzialità e i suoi rischi.

Ogni relatore ha approfondito un argomento specifico relativo ad una specifica macroarea portando contributi personali ed esperienze di ricerca nazionali e internazionali.

Nel corso del primo simposio il dott. Alamia ha sottolineato e approfondito il possibile ruolo della tecnologia nel favorire alcune modalità organizzative all'interno dei servizi per la salute. L'era digitale dovrebbe favorire ad esempio l'informatizzazione necessaria di tutta la documentazione ospedaliera e territoriale, per una condivisione più rapida di informazioni cliniche spesso fondamentali nel prendere decisioni urgenti. Una clinica di precisione che possa ridurre il rischio di effetti collaterali invalidanti – o il prolungarsi di una condizione di malessere per l'inefficacia di una cura – si basa molto infatti, nei pazienti cronici, su un'anamnesi dettagliata. I pazienti con storia di malattia più lunga

presentano infatti una compromissione cognitiva (Jonas et al., 2022) che spesso non consente, soprattutto in fasi di scompenso acuto, di dettagliare al medico i trattamenti già risultati in passato efficaci o sfavorevoli, così come le terapie in corso. Il rapido accesso ad una rete informatizzata distribuita all'interno di tutti i servizi di cura costituirebbe dunque un avanzamento importante per la clinica quotidiana, anche in pronto soccorso.

La dott.ssa Palazzo ha esposto le finalità, le opportunità e i limiti della medicina digitale, ambito che ha ricevuto un fortissimo stimolo di sviluppo nel corso della pandemia da COVID-19. Sicuramente la possibilità di utilizzare uno strumento digitale come interfaccia e contatto permette di rendere sempre più costante nel tempo il rapporto tra medico e paziente, permettendo un maggior aggiornamento dell'operatore sanitario su vari dati clinici (esami, monitoraggio di cambiamenti intradiani). Può inoltre favorire l'accesso da parte del paziente a strumenti riabilitativi e terapeutici anche autonomamente. La rapida diffusione della telemedicina ne ha evidenziato alcuni limiti ma anche notevoli potenzialità. Tra queste, la trasformazione possibile dell'attuale sistema di visita in contesti distribuiti su ampie distanze geografiche, o l'accesso ai nostri servizi per persone con difficoltà negli spostamenti o nell'integrazione del proprio percorso di cure all'interno degli impegni di vita quotidiana. Nel corso del suo intervento è stato descritto il progetto Cure Ospedaliere Domiciliari (COD20), primo modello di ospedale pubblico virtuale utilizzato per la digitalizzazione dei processi di cura in ambito sanitario. COD20 è una piattaforma digitale customizzata, la prima sviluppata in Italia per un ospedale pubblico, realizzata dall'Università degli studi di Milano, in collaborazione con l'ASST Fatebenefratelli-Sacco e Regione Lombardia, che permette di traslare la pratica clinica in una dimensione digitale, mantenendo la suddivisione delle prestazioni psichiatriche ambulatoriali in moduli indipendenti.

Su un versante più direttamente clinico–terapeutico, la psichiatria di precisione oggi può già avvalersi di strumenti innovativi come la farmacogenetica, da associare al Therapeutic Drug Monitoring basato sulla farmacocinetica. Per quanto non sia ancora pensabile integrare questa tipologia di dati in ogni decisione clinica, molte evidenze ne sostengono l'utilizzo in casi selezionati (Casetta et al., 2020) ma anche su una più ampia scala per i polimorfismi di alcuni isoenzimi del citocromo P450 quali CYP2C19 e CYP2D6 (van Westrhenen et al., 2021) e per il monitoraggio plasmatico di alcuni farmaci come clozapina, olanzapina, risperidone e paliperidone (Mauri et al., 2018). Pochi clinici sanno che oggi questi esami possono esser richiesti anche per pazienti ambulatoriali con rimborso del SSN.

La professoressa Callegari e la dott.ssa Ielmini hanno portato la loro esperienza nella personalizzazione dei trattamenti psicofarmacologici in psichiatria grazie all'utilizzo dei test farmacogenetici. I test farmacogenetici (PGTs) sono test che attraverso l'analisi di un campione di saliva o di sangue forniscono informazioni sulla risposta del paziente ai principi attivi comunemente usati nella pratica clinica. I test evidenziano polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs) implicati in meccanismi farmacocinetici o farmacodinamici, che rendono la risposta del paziente difforme rispetto alla popolazione generale. Alcuni PGT forniscono inoltre informazioni in relazione a drug-drug interections e alla relazione tra terapia psicofarmacologica, abitudini di vita e eventuali comorbidità del paziente.

L'utilizzo di PGTs è stato correlato a una miglior risposta clinica, a una minor collateralità e a una riduzione dei costi di trattamento. Seppure i dati siano ancora poco omogenei potrebbero diventare uno strumento facilmente utilizzabile nella pratica clinica, quanto meno in alcune situazioni specifiche.

La dott.ssa Olivola ha infine effettuato un "salto nel futuro" approfondendo il possibile utilizzo a scopo terapeutico delle sostanze psichedeliche e delle terapie digitali.

L'utilizzo delle droghe psichedeliche è stato suggerito

nei trattamenti di diversi disturbi compreso il disturbo post traumatico da stress. Sono interventi in grado di provocare e gestire a scopo terapeutico gli effetti dissociativi delle sostanze all'interno di protocolli di integrazione con tecniche di psicoterapia strutturata. Il modello di psicoterapia psichedelica assistita ha attualmente promettenti risultati in termini di potenziamento dell'efficacia terapeutica ma apre comunque il campo a una serie di interrogativi. Diversi aspetti sono stati affrontati, dalle basi teoriche ai protocolli di intervento.

E' stata approfondita inoltre la psichiatria digitale, nelle sue varie componenti dell'intelligenza Artificiale, delle Terapie Digitali, e del Digital Phenotyping.

Non si è trattato di un simposio teorico, e alcune importanti innovazioni messe in evidenza potrebbero essere rapidamente implementabili su larga scala nei nostri servizi, duramente provati dall'emergenza pandemica, che ha evidenziato alcune significative carenze sia nella programmazione che negli investimenti in tecnologia, purtroppo non sanati dalle risorse immesse con il PNRR che hanno di fatto escluso la psichiatria tra i possibili destinatari.

Sebbene gli ultimi decenni abbiano visto un fiorire di pubblicazioni di elevata qualità scientifica sulla neurobiologia dei disturbi mentali e sul possibile utilizzo di strumenti tecnologici per implementare l'accuratezza diagnostica e gli interventi clinici, alcuni osservatori hanno iniziato ad evidenziare come questi sembrino aver avuto un impatto più significativo sulle carriere accademiche che sulle prospettive di cura per le centinaia di milioni di persone con problematiche di salute mentale a livello globale (Ramos, 2022). Le più sofisticate tecniche di machine learning per la predizione dell'evoluzione clinica o della risposta ai trattamenti, le più diversificate modalità di stimolazione dirette a specifici circuiti neurali, anche non invasive, così come gli algoritmi automatizzati per ottimizzare le scelte cliniche, non hanno infatti contribuito nella clinica quotidiana ad una "precision psychiatry" che sembra ancora solo materia di dibattito accademico.

Appare pertanto importante partire da una riflessione sulle nuove opportunità che lo sviluppo tecnologico porterà nel prossimo futuro nella nostra specialistica con lo scopo di favorirne nei prossimi anni una diffusione reale nei servizi che ogni giorno di confrontano con la patologia psichica.

Per favorire questa riflessione di seguito vengono presentati articoli relativi ai simposi.

Afferenza degli autori

* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

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

^ *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Pavia*

Bibliografia

1. Casetta, C., Montrasio, C., Cheli, S., Baldelli, S., Bianchi, I., Clementi, E., Gambini, O., D'Agostino, A. *Pharmacogenetic variants in bipolar disorder with elevated treatment resistance and intolerance: Towards a personalized pattern of care*. Bipolar Disord. 2019 May;21(3):288-291.
2. Jonas, K., Lian, W., Callahan, J., Ruggero, C. J., Clouston, S., Reichenberg, A., Carlson, G. A., Bromet, E. J., & Kotov, R. *The Course of General Cognitive Ability in Individuals With Psychotic Disorders*. JAMA Psychiatry 2022; 11794, 1–8.
3. Mauri, M. C., Paletta, S., Di Pace, C., Reggiori, A., Cirnigliaro, G., Valli, I., Altamura, A.C. Clinical *Pharmacokinetics of Atypical Antipsychotics: An Update*. In Clinical Pharmacokinetics 2018; Vol. 57, Issue 12). Springer International Publishing.
4. Ramos M. 2022 *Mental Illness Is Not in Your Head* https://bostonreview.net/articles/mental-illness-is-not-in-your-head/?fbclid=IwARonMIfGWuA9SRDYAnhdAO-dx-CHaUly3vV09GE-xpHIHFUpiaSmfmTfwvE
5. van Westrhenen, R., van Schaik, R., van Gelder, T., Birkenhager, T. K., Bakker, P. R., Houwink, E., Bet, P. M., Hoogendijk, W., van Weelden-Hulshof, M. *Policy and Practice Review: A First Guideline on the Use of Pharmacogenetics in Clinical Psychiatric Practice*. Frontiers in pharmacology 2021; 12, 640032.

Nuove tecnologie in psichiatria e pratica clinica. Una riflessione critica

*Alamia A.**

PERCHÈ IL DIGITALE

Nel 2002 la capacità dell'umanità di immagazzinare informazione in formato digitale ha superato quella di immagazzinarne in formato analogico, segnando l'inizio dell'era digitale. Già nel 2007 l'informazione digitale era arrivata a rappresentare il 94% dell'informazione Hilbert and López (2011). Oggi, indipendentemente dall'ambito in cui si opera, è difficile poter immaginare una vita senza strumenti digitali a meno di scelte di vita radicali. Inevitabilmente anche l'ambito sanitario ha risentito di tale rivoluzione. La sanità sembra fare una certa fatica a mantenersi al passo coi tempi per una fisiologica necessità: quella di avere a disposizione strumenti che siano solidi, duraturi e sicuri. Questo non può tradursi in una loro cristallizzazione, pena il doversi interfacciare con un mondo dai ritmi incompatibili. In tal senso i CPS lombardi sono paradigmatici. Dislocati in strutture spesso appesantite dai decenni trascorsi, vedono convivere al loro interno cartelle ancora battute a macchina, scritte a penna, stampate a inchiostro e al laser. Il risultato è una stratificazione di ere geologiche spesso di difficile lettura non solo a causa della proverbiale calligrafia dei medici. Decifrare la cartella clinica cercando di ricongiungere quanto scritto da noi stessi pochi minuti prima con quello scritto da un collega 10 o 20 anni fa, può rappresentare una vera sfida nella turbolenta routine clinica del nuovo millennio. Eppure già lo studio di Bates et al. (1998) dimostrava come l'introduzione di un semplice sistema prescrittivo informatizzato fosse in grado di ridurre il tasso di errori prescrittivi di più della metà. Ma quanto è colpa di un sistema in parte arretrato, in parte imbrigliato nei suoi pachidermici tempi di adattamento? Il D.L. 18 ottobre 2012 n. 179 ha definito un percorso che imponeva alle Regioni e alle Province Autonome di provvedere "alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con equivalenti in formato elettronico, in percentuali che, in ogni caso, non dovevano risultare inferiori al 60% nel 2013, all'80% nel 2014 e al 90% nel 2015". A 7 anni di distanza, l'uso della ricetta elettronica ancora oggi raramente è prevalente nonostante gli indubbi vantaggi e la notevole semplicità d'uso. Ancor meno lo è il fascicolo sanitario elettronico (FSE), strumento ideato per contenere l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale. Nonostante gli ampi margini di miglioramento, il FSE rappresenta un potente strumento in grado di favorire la comunicazione e la trasparenza tra medici e pazienti, elementi fondamentali per migliorare la qualità delle cure erogate.

Uno degli sviluppi potenziali dell'informatizzazione delle cartelle cliniche è quello dell'implementazione dell'intelligenza artificiale. Con le dovute cautele, algoritmi di supporto clinico decisionale potrebbero contribuire a colmare quel gap di cui la salute mentale ancora oggi soffre nei confronti dei colleghi che si occupano del mondo del soma: la mancanza di test strumentali. Le scale psicometriche, spesso citate in questo contesto, sono dispendiose se non in termini economici, in termini di risorse. Anche i 5 minuti necessari alla somministrazione della scala più banale vengono facilmente trasformati in 50 dalla crudele algebra della clinica del ventunesimo secolo. Altra storia

è la loro revisione, anch'essa vorace di tempo lavoro, ma senza la quale la somministrazione rimane un colpo sparato a salve, consacrandole definitivamente a regine del cassetto più polveroso dello studio. Inoltre, anche ammessa l'esistenza di un mondo ideale in cui riescano a trovare il loro spazio nell'armamentario quotidiano del clinico, esse rimangono misure indirette di fenomeni latenti (Bartolucci, Farcomeni, and Pennoni (2012)), la cui natura è molto diversa da quelle delle misure dirette come possono essere la temperatura o la conta dei globuli bianchi all'emocromo. Un'informatizzazione magari interattiva e integrata nelle stesse cartelle delle scale (guarda caso, anch'esse in genere disponibili in formato cartaceo o informatizzate con modalità poco plastiche), consentirebbe al clinico di ottenere un rimando immediato sull'andamento di un determinato fenomeno e potrebbe in parte contribuire a riabilitare queste eterne vallette.

Tornando ai sistemi di intelligenza artificiale, di machine learning e deep learning, essi si stanno proponendo come strumenti cost effective e scalabili in grado di offrire misurazioni quantitative laddove ancora si soffre di una mancanza. Alcuni esempi applicativi di queste tecnologie sono già disponibili sia in ambito di salute mentale che non (Rajkomar et al. (2018), Geraci et al. (2017), Alamia et al. (2021)). Tuttavia essi richiedono di essere alimentati da quello che è l'oro del nuovo millennio (i dati) per cui l'informatizzazione delle cartelle sanitarie rappresenta anche qui un passaggio obbligato.

Anche senza scomodare l'intelligenza artificiale, le cartelle cliniche informatizzate possono fungere da punto di partenza per la valutazione delle performance. L'inadeguatezza dei sistemi di valutazione basati sulla produzione (mutuati dal mondo aziendale) è oggi data per assodata, mentre l'esito sta progressivamente acquisendo il ruolo principale nella valutazione della qualità delle cure erogate. Tuttavia esiste un enorme problema di mancanza di indicatori che in salute mentale, nei casi più fortunati, si riducono al conteggio dei TSO, dei ricoveri ospedalieri o delle contenzioni meccaniche.

In conclusione, il sistema sanitario dell'era digitale ha il dovere di sviluppare il connubio uomo-macchina in modo da ottenerne il massimo beneficio. Esiste una varietà di compiti routinari svolti impiegando ore di forza-lavoro umana, preziosa oggi ben più dei dati, o che vengono completamente trascurati, ma che richiederebbero una frazione della potenza computazionale disponibile su uno smartphone per essere svolti da una macchina in pochi secondi. Concedere alle macchine di occupare il posto per cui sono state concepite sgraverebbe il personale da ciò che ha contenuto umano nullo, permetterebbe di ottenere informazioni per prendere decisioni più assennate e consentirebbe agli umani di avere il tempo per dedicarsi a ciò per cui non potranno mai essere sostituiti: la cura delle persone.

Afferenza degli autori

* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Lariana*

corrispondenza

alberto.alamia@asst-lariana.it

Bibliografia

1. Alamia, Alberto, Roberta Calzolari, Wilma Micieli, Elisa Mingotto, Emanuele Sani, and Carlo Fraticelli. 2021. *Dati Preliminari Su Un Algoritmo Di Natural Language Processing Per l'identificazione Di Referti Relativi a Ideazione Suicidaria Nei Pronto Soccorso Di ASST Lariana*. Psichiatria Oggi 34 (2): 19–25.
2. Bartolucci, Francesco, Alessio Farcomeni, and Fulvia Pennoni. 2012. *Latent Markov Models for Longitudinal Data*. CRC Press.
3. Bates, David W., Lucian L. Leape, David J. Cullen, Nan Laird, Laura A. Petersen, Jonathan M. Teich, Elizabeth Burdick, et al. 1998. *Effect of Computerized Physician Order Entry and a Team Intervention on Prevention of Serious Medication Errors*. JAMA 280 (15): 1311–16. https://doi.org/10.1001/jama.280.15.1311
4. Geraci, Joseph, Pamela Wilansky, Vincenzo de Luca, Anvesh Roy, James L Kennedy, and John Strauss. 2017. *Applying Deep Neural Networks to Unstructured Text Notes in Electronic Medical Records for Phenotyping Youth Depression*. Evidence-Based Mental Health 20 (3): 83–87. https://doi.org/10.1136/eb-2017-102688
5. Hilbert, Martin, and Priscila López. 2011. *The World's Technological Capacity to Store, Communicate, and Compute Information*. Science 332 (6025): 60–65.
6. Rajkomar, Alvin, Eyal Oren, Kai Chen, Andrew M Dai, Nissan Hajaj, Michaela Hardt, Peter J Liu, et al. 2018. *Scalable and Accurate Deep Learning with Electronic Health Records*. NPJ Digital Medicine 1 (1): 1–10.

Telemedicina in Psichiatria: il progetto COD20 (Cure Ospedaliere Domiciliari)

*Palazzo M.C.**

NUOVE TECNOLOGIE DIGITALI IN SALUTE MENTALE

Le problematiche di salute mentale rappresentano una quota prevalente di patologia responsabile di severe conseguenze personali, economiche e sociali (Ross et al., 2019). Queste sono determinate, nei casi più gravi, dal livello di disabilità conseguente al loro sviluppo, che spesso avviene in giovane età.

A questo si aggiunge come eventi di portata mondiale, non ultima la pandemia da SARS Covid19, hanno reso clinicamente rilevanti disadattamenti e stati subclinici che non sarebbero arrivati all'osservazione clinica, se non fossero stati esacerbati dall'isolamento sociale e dalle conseguenze economiche della pandemia (Talevi et al., 2020; Sayin Kasar et al., 2021). L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha reso quindi necessario ripensare la pratica clinica utilizzando le nuove tecnologie per la medicina da remoto (Stein et al., 2022). I setting di diagnosi, cura e riabilitazione abituali, necessitano di essere ripensati indipendentemente dalla pandemia: le dimensioni della prevalenza dei disturbi psichiatrici richiedono soluzioni sempre più fruibili in autonomia e dal basso impatto economico e l'accessibilità delle nuove tecnologie come alcune applicazioni per smartphone o tablet, le rende potenziali strumenti per interventi terapeutici o per il monitoraggio sintomatologico, applicabile in particolar modo per le nuove generazioni. I pazienti sotto i 40 anni hanno spesso un elevato livello di competenza rispetto all'utilizzo di strumenti di comunicazione digitale, inoltre anche i pazienti di età superiore si sono dovuti adattare all'utilizzo di strumenti informatici anche solo per poter aver accesso a strumenti di vita quotidiana.

Oltre all'aspetto pratico, gli interventi fruibili a distanza sono integrabili con campi artistico-tecnologici quali il mondo videoludico. Negli ultimi dieci anni si è visto un incremento dei cosiddetti serious games, ossia giochi con finalità riabilitativa. Infine, la maggior disponibilità di nuovi strumenti tecnologici come la Realtà Virtuale pone le basi per rendere anche gli interventi mediati dall'operatore più aderenti alla realtà e più ingaggianti.

Le nuove tecnologie digitali sono già ampiamente utilizzate in ambito medico: applicazioni di monitoraggio internistico sono oramai utilizzate frequentemente in ambito sanitario, spesso integrate con device personali (ad esempio alcuni dispositivi medici domiciliari che consentono ai pazienti di chirurgia ambulatoriale di monitorare la propria salute misurando la pressione sanguigna e i livelli di ossigeno e rispondendo a un questionario sulla salute da casa; Chaniaud et al., 2021). Allo stesso modo un numero crescente di applicazioni videoludiche è nato in supporto alla riabilitazione con l'obiettivo di integrare il lavoro di fisioterapia al fine di poter monitorare a distanza gli obiettivi di cura raggiunti dal paziente. Anche in psichiatria le app videoludiche e di monitoraggio sintomatologico sono in espansione,: recentemente il governo tedesco ha approvato la prescrivibilità di una app per i disturbi d'ansia, mentre negli Stati Uniti è in uno una app prescrivibile per ADHD.

Durante la fase critica della pandemia, si è verificato un crescente utilizzo di piattaforme di comunicazione digitale, così da permettere in ambito ospedaliero la comunicazione tra il paziente e i propri cari, attenendosi

quindi alle stringenti norme volte a limitare il contagio da SARS-Covid19. In realtà esperienze di Telemedicina erano già state attuate in un'epoca pregressa rispetto all'emergenza pandemica: infatti, in molti Paesi, in via di sviluppo e non, si era assistito ad un notevole progressivo decremento del numero di psichiatri, rendendo l'accesso alle cure sempre più in bisogno di ottimizzazione (Colbert et al., 2020; Hincapié et al., 2020). Tra gli obiettivi della medicina digitale c'è quello di rendere sempre più costante nel tempo il rapporto tra medico e paziente, il quale potrà in questo modo tenere aggiornato l'operatore sanitario di vari dati clinici (esami, monitoraggio di cambiamenti intradiani); inoltre è importante l'accesso da parte del paziente a strumenti riabilitativi e terapeutici anche autonomamente.

L'implementazione di strumenti come lo smartphone ha permesso di cominciare a ritenere possibile il passaggio graduale al virtuale di alcuni interventi sia di tipo diagnostico che trasformativo. Inoltre, la natura personale di questi strumenti li rende molto versatili per veicolare interventi personalizzati, a seconda delle esigenze e delle necessità di cura di ogni paziente. Tutto ciò potrà condurre in un prossimo futuro alla realizzazione di cure più fruibili per tutta la popolazione. Le app possono essere utilizzate a scopo psico educazionale, per apprendere e praticare in modo guidato tecniche di auto-aiuto o anche per tenere traccia della propria sintomatologia e poter condividere queste informazioni con il curante, permettendo di formulare ipotesi di follow up personalizzato.

CURE OSPEDALIERE DOMICILIARI (COD20)

Il progetto Cure Ospedaliere Domiciliari (COD20) è il primo modello di ospedale pubblico virtuale utilizzato per la digitalizzazione dei processi di cura in ambito sanitario. COD20 è stato messo a punto per la prima volta nel corso della recente emergenza pandemica al fine di fronteggiare le problematiche legate al distanziamento sociale, indispensabile per evitare la diffusione del contagio da Covid19.

COD20 è una piattaforma digitale customizzata, la prima sviluppata in Italia per un ospedale pubblico, realizzata dall'Università degli studi di Milano, in collaborazione con l'ASST Fatebenefratelli-Sacco e Regione Lombardia. La piattaforma dell'ospedale digitale funziona tramite una tecnologia serverless (Zuccotti et al., 2020). Il fatto che la piattaforma non sia localizzata su una intranet aziendale la rende un modello esportabile più facilmente (è già in uso in almeno due Aziende Sanitarie Territoriali), non sensibile a possibili attacchi informatici alle reti locali e di fatto la rende accessibile sia dagli operatori sanitari che dai pazienti da qualunque dispositivo dotato di connessione internet, inclusi smartphone. Il progetto di implementazione delle cure ospedaliere domiciliari si propone come obiettivo una progressiva digitalizzazione in ambito sanitario, contribuendo a favorire l'integrazione, sempre più necessaria, tra l'ospedale e la medicina territoriale (Calderone et al., 2020).

COD20 permette quindi di traslare la pratica clinica in una dimensione digitale, mantenendo la suddivisione delle prestazioni psichiatriche ambulatoriali in moduli indipendenti, seppur integrati ed operativi in una medesima piattaforma. Tale piattaforma è predisposta inoltre per integrare app di terze parti, servizi esterni e qualunque tipo di dispositivo e supporto medicale connesso.

La piattaforma permette a medico e paziente di comunicare condividendo accesso a una cartella clinica digitale: il paziente può quindi caricare esito di esami clinici, visionabili dall'operatore che, a sua volta, potrà fornire referti e ricettazione in via telematica. Sono disponibili attualmente due diversi tipi di prestazione: il colloquio tra specialista e utente e la teleconsulenza tra specialisti.

Tali sistemi di cura digitali sono dotati di un profilo di sicurezza elevato, in grado di garantire lo scambio di dati sensibili tra paziente e terapeuta; inoltre, il paziente può visualizzare in tempo reale il referto digitale della visita, accedendo alla propria cartella elettronica. I prerequisiti che il paziente deve soddisfare per poter accedere alla piattaforma digitale sono minimi: occorre infatti sol-

tanto che il paziente si trovi in uno spazio privato e che possegga uno smartphone con una connessione stabile alla rete internet e con possibilità di accesso alle mail e/o SMS, attraverso cui verrà inviato dal medico il link per poter avviare la visita da remoto.

Nel prossimo futuro si prefigura uno scenario in cui queste nuove tecnologie saranno sempre più a disposizione della medicina, rendendo così le cure più accessibili ad una parte più ampia della popolazione e favorendo un monitoraggio clinico più ravvicinato nel tempo. (Waller et al., 2018).

IL PROFILO DIGITALE DEGLI UTENTI E DEGLI OPERATORI DEL FATEBENEFRATELLI-SACCO

In un recente studio in corso abbiamo cercato di valutare le prestazioni, le caratteristiche socio-demografiche e le competenze digitali degli operatori sanitari che utilizzano i servizi di Telemedicina per un assesment delle necessità formative, del grado di facilità dell'uso di COD20 e della sua utilità percepita. Inoltre circa un centinaio di pazienti afferenti ai servizi territoriali dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano hanno compilato una versione per pazienti dello stesso questionario anonimo online sull'uso della Telemedicina somministrato agli operatori. In aggiunta, agli operatori coinvolti (anche in questo caso circa un centinaio) è stata somministrata la la Technostress Creators Scale, una misura di valutazione dello stress associato alle nuove tecnologie.Sono state poi svolte analisi descrittive e di associazione tramite SPSS v.27.

Circa 85% degli operatori del territorio dell'ASST Fatebenefratelli Sacco ha compilato il questionario sulla Telemedicina. Circa il 75% degli operatori ha una laurea o una specializzazione e la categoria più rappresentata è il comparto infermieristico (33%). Più del 95% degli operatori ha familiarità con uso di smartphone e computer, mentre solo il 60% con tablet. La modalità di apprendimento più rappresentata è quella autonoma (77%) con percentuali più limitate di apprendimento al lavoro o tramite familiari o la scuola. Una percentuale piuttosto esigua di operatori (12%) ha sostenuto un esame ECDL nel corso della propria vita professionale. A una richiesta di self-report, la maggior parte degli operatori si è definita come un utente intermedio avanzato in tutti i cinque campi di funzionamento digitale (ricerca informazioni, comunicazione, elaborazione contenuti, risoluzione problemi e impostazioni di sicurezza). Nonostante la Telemedicina sia nota alla quasi totalità degli operatori, solo la metà ha ricevuto una formazione e il 77% riterrebbe utile la formazione, senza una reale preferenza tra interventi individuali e di gruppo (40 vs 43%). Circa 80% degli operatori ha utilizzato COD20 almeno una volta e di questi un terzo si definisce un utilizzatore assiduo (>20 colloqui/anno). COD20 è risultato essere la piattaforma usata di precedenza da due terzi del campione. Rispetto l'utiltà della scala e la sua facilità di utilizzo, COD20 ha ricevuto buone valutazioni (75% lo ritiene sostanzialmente utile; 61% lo trova facile). La necessità di un'adeguata dotazione tecnologica, di setting adeguato e di connessione appaiono le difficoltà maggiori nel suo utilizzo. Esiste una correlazione statisticamente significativa tra livello di istruzione più elevato e facilità di utilizzo ($p>.00$; K-W =0,17). Anche la posizione lavorativa ($p=0.016$; psicologo>medico>educatore) è associata con un magior uso. Il possesso di tablet e una connessione stabile presentano un trend di significatività ($p=0.06$) in termini di associazione con facilità e utilità.Il Technostress ha rilevato un punteggio medio di 22,78±6,84 (su un punteggio massimo di 45).

Per quel che riguarda i pazienti invece, i disturbi dell'umore e disturbi di personalità erano le diagnosi prevalenti. Il 94,5 % dei pazienti utilizza lo smartphone, il 74% il computer e il 37% il tablet, con un accesso a Internet nel 87,7% dei casi. La modalità di apprendimento è prevalentemente autonoma (80,8%) mentre solo il 12,3% ha un certificato ECDL. In maniera interessante, i livelli di competenza digitale risultano intermedio-avanzati nella comunicazione e nella ricerca informazioni e più bassi

nelle altre categorie, riflettendo l'interesse principale dei malati, ossia comunicare e mantenersi aggiornati piuttosto che creare contenuti o valide misure di protezione. Il 54,8% dei pazienti ha effettuato colloqui in Telemedicina: di questi, più del 22% ne ha effettuato almeno 10/anno, tramite computer e smartphone (53,4%). La piattaforma usata di preferenza (considerando anche quelle non istituzionali) è stata COD 20 (21,9%), valutata di facile utilizzo (47,9%) e con un buon grado di apprezzamento (il 43,8% vorrebbe utilizzarla in futuro). I motivi principali per l'utilizzo sono stati le difficoltà a raggiungere l'ambulatorio o allontanarsi dal posto di lavoro (23,3%). In conclusione la Telemedicina si pone come setting in continuità con la tradizione per rendere vicina ed accessibile la psichiatria. La medicina digitale vede la sua evoluzione nello sviluppo di strumenti in grado di rendere meno passivo il ruolo del paziente nella sua cura.La sua natura bidirezionale è un importante segnale inclusivo di shared decision making tra medico e paziente.

Afferenza degli autori

* *Dipartimento Salute Mentale e dipendenze, ASST Fatebenefratelli-Sacco Milano*

Bibliografia

1. Calderone J, Lopez A, Schwenk S, Yager J, Shore JH. *Telepsychiatry and integrated primary care: setting expectations and creating an effective process for success*. mHealth 2020; 6:29).
2. Chaniaud N, Megalakaki O, Capo S, Loup-Escande E. *Effects of User Characteristics on the Usability of a Home-Connected Medical Device (Smart Angel) for Ambulatory Monitoring: Usability Study*. JMIR Hum Factors. 2021 Mar 17;8(1):e24846.
3. Colbert GB, Venegas-Vera AV, Lerma EV. *Utility of telemedicine in the COVID-19 era*. Rev Cardiovasc Med. 2020 Dec 30;21(4):583-587.
4. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, Hu Y, Luo X, Jiang X, McIntyre RS, Tran B, Sun J, Zhang Z, Ho R, Ho C, Tam W. D*o psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry*. Brain Behav Immun. 2020;87:100-106.
5. Hincapié MA, Gallego JC, Gempeler A, Piñeros JA, Nasner D, Escobar MF. I*mplementation and Usefulness of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review*. J Prim Care Community Health. 2020 Jan-Dec;11:2150132720980612.
6. Ross AM, Morgan AJ, Jorm AF, Reavley NJ. *A systematic review of the impact of media reports of severe mental illness on stigma and discrimination, and interventions that aim to mitigate any adverse impact*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019 Jan;54(1):11-31.
7. Sayin Kasar K, Karaman E. *Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review*. Geriatr Nurs. 2021 Sep-Oct;42(5):1222-1229.
8. Stein DJ, Naslund JA, Bantjes J. *COVID-19 and the global acceleration of digital psychiatry*. Lancet Psychiatry. 2022 Jan;9(1):8-9.
9. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, di Bernardo A, Capelli F, Pacitti F. *Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic*. Riv Psichiatr. 2020 May-Jun;55(3):137-144.
10. Waller M., Stoler C. T*elemedicine: a Primer*. Curr Allergy Asthma Rep. 2018 Aug 25; 18(10): 54.
11. Zuccotti GV, Bertoli S, Foppiani A, Verduci E, Battezzati A. *COD19 and COD20: An Italian Experience of Active Home Surveillance in COVID-19 Patients*. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 14;17(18):6699.

La personalizzazione dei trattamenti psicofarmacologici in psichiatria: focus sui test farmacogenetici

Callegari C., Ielmini M.°*

Dagli anni 50 a oggi, la psicofarmacologia riveste un ruolo determinante nella cura dei disturbi psichiatrici maggiori a fronte di una rilevante frequenza di effetti collaterali e di resistenza ai trattamenti. Dobbiamo inoltre riflettere sulla durata di tali psicofarmacoterapie che spesso il paziente deve assumere per l'intera durata della storia di malattia, corrispondente all'incirca ai 2/3 della vita del paziente se parliamo di pazienti affetti da disturbi psichiatrici maggiori.

Dal punto di vista microscopico del singolo paziente, la percezione degli effetti avversi ha inoltre delle ripercussioni difficili da stimare e da oggettivare, determinando spesso coartazione, rallentatamento, appiattimento.

La ricaduta di tali problematiche ha inoltre degli effetti macroscopici, in particolar modo in termini di costi diretti e indiretti. In aggiunta terapie poco tollerate e poco efficaci peggiorano la compliance dei pazienti, aumentando quindi i tassi di ricaduta.

A riguardo, si stima che a livello europeo gli effetti avversi determinino un aumento dei costi diretti e un aumento medio delle lunghezze dei ricoveri tra i 6 e i 8.5 giorni (Hoonhout et al, 2009) che negli USA sembrano essere la 4 causa di morte dopo IMA, neoplasie e ictus.

Da qui la necessità di comprendere se sia possibile migliorare la nostra accuratezza prescrittiva attraverso strumenti farmacogenetici utilizzabili nella pratica clinica di routine.

Gli strumenti oggetto di questa valutazione sono quindi i test farmacogenetici (PGTs) ovvero test che attraverso l'analisi di un campione di saliva o di sangue forniscono informazioni sulla risposta del paziente ai principi attivi comunemente usati nella pratica clinica, relativamente alla presenza di polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs) implicati in meccanismi farmacocinetici o farmacodinamici, che rendono la risposta del paziente difforme rispetto alla popolazione generale; alcuni PGT forniscono inoltre informazioni in relazione a drug-drug interections e alla relazione tra terapia psicofarmacologica, abitudini di vita e eventuali comorbidità del paziente.

Dall'analisi della letteratura è immediato comprendere come il tema sia parecchio caotico e eterogeneo, per la presenza di studi che hanno affrontato il solo ruolo dei singoli SNP, a studi di linkage, studi con piccoli campioni, metodi di analisi genetica eterogenei ecc..; focalizzandosi sull'utilità dei PGT, la revisione di Bousman et al (2016) offre un' interessante panoramica sugli strumenti attualmente disponibili descrivendone i polimorfismi analizzati e il livello di evidenze a sostegno di ciascuno di questi. E' immediato notare come tutti i PGTs forniscano informazioni farmacocinetiche, mentre meno della metà anche informazioni farmacodinamiche. Solo alcune compagnie forniscono dettagli sulle procedure di analisi genetica effettuata, come Gene sight. Bousman e coautori mettono inoltre in risalto il fatto che le evidenze maggiormente confermate siano a sostegno dei polimorfismi rilevanti in senso farmacocinetico e come tale dato sia facilmente reperibile e aggiornabile attraverso il database pharmgkb (https://www.pharmgkb.org/combination/PA128,PA164713257/prescribingInfo).

In relazione al'uso dei PGTs nei disturbi psichiatrici maggiori, da una recente revisione sistematica con metanalisi pubblicata dal nostro gruppo di ricerca (Ielmini et al, 2022) che, partendo da 702 records, ha effettuato una metanalisi di 8 studi di cui 6 valutanti pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (DDM) e 2 affetti da disturbo bipolare (DB), con l'obiettivo di confrontare pazientitrattati sotto l'egida del PGT versus pz trattati "as usual" (TAU) in termini di efficacia e tollerabilità.

I dati più copiosi sono sicuramente relativi al DDM, dove la metanalisi su 6 studi ha consentito di confrontare 1824 pazienti affetti da DDM trattati sotto l'egida del PGT versus 1898 pz in TAU. L'outcome Response Rate, ovvero la riduzione delle HDRS a 8-12 settimane a un punteggio minore del 50% rispetto allo score basale, è avvenuta molto più frequentemente nei pz trattati sotto l'egida del test [OR 1.49, CI (1.29,1.73)].

Ugualmente per l'outcome Remission Rate I pazienti trattati sotto l'egida del test hanno mostrato un miglioramento mggiore (HDRS <8) molto più frequentemente rispetto ai pazienti in TAU [OR 1.70, CI (1.50,2.1.0)]

Relativamente al disturbo bipolare sono disponibili meno studi sul tema, per cui la metanalisi è risultata di minore qualità (Huilei et al, 2020 and Ielmini et al, 2018). Tra i due studi quello maggiormente rilevante è lo studio cinese (Hiulei et al, 2020), ma seppur entrambi gli studi mostrino singolarmente un miglioramento maggiore nel gruppo PGT, la metanalisi non risulta significativa [OR 0.07 (CI -0.02,0.16)].

Relativamente alla tollerabilità, non è stato possibile l'approccio metanalitico a causa dell'estrema eterogeneità dei dati e dei sistemi di valutazione degli AES, ma riassumendo possiamo dire che Greden (2019) e Bradley (2017) non hanno trovato differenze statisticamente significative tra i due gruppi di pazienti, mentre Perez, Huilei e Ielmini (2018) hanno rilevato una differenza statisticamente significativa in favore di un miglioramento maggiore nei pazienti trattati sotto l'egida del PGT.

Relativamente alla schizofrenia vi è scarsità di studi che abbiano comparato pazienti in TAU versus pazienti trattati sotto l'egida di un PGT disponibile sul mercato.

Se l'eterogeneità dell'argomento, oltre che la complessità nell'organizzare studi sul tema, rendono difficile comprendere l'utilità dei PGT nella pratica clinica, ancora più complesso è il discorso relativo al cost-saving. In quest' ambito ci dobbiamo infatti scontrare con i differenti sistemi di rendicontazione locali, con le differenze di costo dei prodotti e con la problematica della valutazione non solo dei costi diretti, ma anche di quelli indiretti.

Per farci comunque un'idea relativamente all'impatto sull'uso di questi strumenti in termini farmacoeconomici, ci sono dei dati molto interessanti di una revisione di Fabbri e Serretti (2015), che riassume le evidenze in termini di cost saving di 3 PGT usati in pazienti affetti da DDM: GeneSight, Genecept e GeneLex. Riassumendo, in tutti gli studi vi era un significativo risparmio con l'uso dei test; inoltre per Genesight ulteriori evidenze hanno stimato un risparmio di $ 3711 in costi medici diretti per paziente e $ 2553 in costi di produttività del lavoro per paziente nel corso della vita (Hornberger et al., 2015).

Anche in uno studio recentemente condotto dal nostro gruppo di ricerca era emerso un netto risparmio in termini di accessi ai servizi di emergenza per motivi correlati alla patologia psichiatrica o agli AE, in termini di numero di ricoveri e di durata delle ospedalizzazioni confrontando una stessa popolazione attraverso una mirror analisi nell'anno precedente all'impostazione di una terapia concorde al PGT versus l'anno successivo l'impostazione di una terapia sotto l'egida del PGT (Callegari et al, 2019).

Per concludere, cercando di rispondere al quesito iniziale, nonostante l'argomento sia complesso e vasto, possiamo dire che è doveroso lavorare per migliorare i trattamenti psicofarmacologici rendendoli maggiormente ad personam, e verosimilmente possibile.

Probabilmente, diversamente da quanto previsto dal «progetto genoma umano» i PGT sono ancora lontani dall'essere uno strumento di routine nell'ambito della

pratica clinica, ma potrebbero essere preziosi soprattutto per quanto concerne la farmacocinetica, sulla quale le evidenze a sostegno dell'utilità dei polimorfismi di CYP2D6/CYP2C19 sono forti e per certi principi attivi sostenuti anche da line guida. Di grande utilità sono inoltre quei test che completano l'analisi del paziente con informazioni sulle drug-drug interactions, frequente problema dettato dalle polifarmacoterapie che spesso i pazienti più gravi arrivano ad avere.

Afferenza degli autori

* *Professore Associato di Psichiatria, Direttore SC Psichiatria Varese ASST-Sette Laghi Varese*

° *MD ASST-Sette Laghi, PhD Università degli Studi dell'Insubria*

Bibliografia

1. Bousman Chad A, Hopwood Malcolm. *Commercial pharmacogenetic-based decision-support tools in psychiatry*. Lancet Psychiatry 2016 April 25, 2016 http://dx.doi.org/10.1016/ S2215-0366(16)00017-1
2. Bradley, P., Shiekh, M., Mehra, V., Vribicky, K., Layle, S., et al., 2018. *Improved efficacy with targeted pharmacogenetic-guided treatment of patients with depression and anxiety: a randomized clinical trial demonstrating clinical utility*. J. Psychiatr. Res. 96, 100–107. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.09.024.
3. Callegari C, Isella C, Caselli I, Poloni N, Ielmini M. *Pharmacogenetic Tests in Reducing Accesses to Emergency Services and Days of Hospitalization in Bipolar Disorder: A 2-Year Mirror Analysis*. J Pers Med. 2019 Apr 30;9(2):22. doi: 10.3390/jpm9020022. PMID: 31052247; PMCID: PMC6617043.
4. Hoonhout, L.H., de Bruijne, M.C., Wagner, C. et al. *Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals*. BMC Health Serv Res 9, 27 (2009). https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-27
5. Hornberger, J., Li, Q., Quinn, B., 2015. *Cost-effectiveness of combinatorial pharmacogenomic testing for treatment-resistant major depressive disorder patients*. Am. J. Manag. Care 21, e357-365.
6. Huilei, X., Siyu, C., Jianghua, X., Jidong, R., Yi, R., 2020. T*he clinical utility of pharmacogenetic testing in the treatment of bipolar disorder of Chinese patients*. Pharmacogenomics 21 (11), 761–770. doi:10.2217/pgs- 2020-0050
7. Greden, J., Parikh, S.V., Rothschild, A.J., Thase, M.E., Dunlop, B.W., DeBattista, C., et al., 2019. *Impact of pharmacogenomics on clinical outcomes in major depressive disorder in the GUIDED trial: a large patient and rater-blinded, randomized, controlled study*. J. Psychiatr. Res. 111 (19), 59–67.
8. Ielmini, M, Poloni, N., Caselli, I., Espadaler, J., Tuson, M., Grecchi, A., callegari, C, 2018. *The utility of pharmacogenetic testing to support the treatment of bipolar disorder*. Pharmacogenom. Pers. Med. 11, 35–42. doi:10.2147/PGPM.S160967.
9. Ielmini M, Caselli I Critelli F, Mattia M, Bellini A e Callegari C. *Efficacy and tolerability of therapies set under pharmacogenetic tools suggestions: a systematic review with meta-analysis about mood disorders*. Psychiatry Research, 2022
10. Perez, V., Salaver, A., Espadaler, J., Tuson, M., Saiz Ruiz, J., Saez Navarro, C., et al., 2017. *Efficacy of prospective pharmacogenetic testing in the treatment of major depressive disorder: results of a randomized, double blind clinical trials*. BMC Psychiatry 17, 250. doi:10.1186/s12888-017-1412-1.
11. https://www.pharmgkb.org/combination/PA128,PA164713257/prescribingInfo) consultato in ultima data al 30.4.22

Stranger things: un'analisi delle prospettive future in psichiatria

*Olivola M.**

La pandemia ha prodotto un'accelerazione dei processi legati allo sviluppo di nuove tecnologie e di nuovi approcci in tutta la medicina compreso il campo della psichiatria.

Promettenti approcci terapeutici in psichiatria comprendono:

1. Utilizzo di sostanze psichedeliche
2. Terapie digitali

L'USO DI DROGHE PSICHEDELICHE IN PSICHIATRIA

Ci sono circa 100 studi clinici in letteratura sull'uso di sostanze psichedeliche attualmente condotti a livello mondiale, focalizzati principalmente sugli psichedelici "classici"

- Psilocibina,
- Ayahuasca
- Acido lisergico
- Diethylamide (LSD)
- Entactogeno 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)

I risultati iniziali indicano che queste molecole possono costituire una nuova classe di trattamenti per il disturbo depressivo maggiore, i disturbi d'ansia, i disturbi da uso di sostanze ed il disturbo post traumatico da stress. Il modello innovativo di questi trattamenti prevede l'integrazione della psicoterapia prima, durante e dopo la somministrazione del farmaco. Il modello di psicoterapia psichedelica assistita ha promettenti risultati in termini di potenziamento dell'efficacia terapeutica. (Perkins et al. 2021)

Il meccanismo d'azione degli psichedelici classici permette sia un miglioramento dei sintomi depressivi sia della percezione attraverso una modulazione dei sistemi serotoninergici, dopaminergici e glutammatergici. Queste molecole hanno un'elevata affinità per i recettori 5-HT2A espressi nelle strutture frontali e paralimbiche, strutture cerebrali coinvolte nell'elaborazione e nella regolazione emotiva, nell'introspezione e nell'interocezione. Questa caratteristica farmacodinamica spiega il motivo per cui gli psichedelici sono controindicati nei pazienti con disturbi dello spettro psicotico. L'agonismo verso il recettore della serotonina ha anche dimostrato di indurre una sintesi del fattore neurotrofico derivato dal cervello (BDNF), e di ridurre l'attività dell' amigdala e del default mode network (DMN). (Perkins et al. 2021).

I cambiamenti nello stato di riposo della connettività funzionale (RSFC) nel DMN sono stati riscontrati in pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore trattati con psilocibina, e questi cambiamenti potrebbero essere predittivi della risposta al trattamento, questo attraverso un meccanismo di "reset" terapeutico.

Queste molecole promuovono la plasticità sia strutturale che funzionale nella corteccia prefrontale, aumentando la neurogenesi e la spinogenesi, e portando ad un aumento del numero di sinapsi. L'agonismo verso i recettori 5-HT2C sembra essere rilevante per contrastare diversi comportamenti legati alla dipendenza. (Higgins et al. 2015)

L'Ayahuasca sembrerebbe svolgere effetti simili agli antidepressivi, vi è in letteratura uno studio pilota che dimostra come l'ayahuasca sia equivalente in termini di efficacia antidepressiva alla fluoxetina; questo si suppone avvenga tramite l'aumento del BDNF e della neurogenesi ippocampale mediato dagli astrociti. L'effetto sul sistema

glutammatergico mediato dal trasportatore del glutammato sottotipo 1 (GLT-1) sembrerebbe avere un'efficacia sulla dipendenza.(Brierley et al.2012)

L'MDMA si comporta come un agonista serotoninergico, aumentando il rilascio di serotonina. L'agonismo dei recetteri 5HT-1 A e 5HT-1B è teorizzato per mediare gli effetti ansiolitici, ridurre le risposte di paura dell'amigdala, aumentare la fiducia in sé stessi, la compassione e l'empatia. Aumentando il BDNF nell'amigdala si facilita il richiamo sicuro dei ricordi traumatici ed inoltre si incrementano i livelli di ossitocina attenuando la risposta allo stress e supportando i sentimenti prosociali. (Sessa et al. 2019).

Il modello di psicoterapia assistita agli psichedelici è caratterizzato da tre fasi:

1. Fase pre dosaggio: si lavora sullo stato mentale del paziente, preparandolo psicologicamente prima della somministrazione al fine di ridurre i pensieri negativi e le preoccupazioni
2. Fase di supporto alla somministrazione: si supporta l'esperienza durante la somministrazione. Il paziente presenta profondi stati di alterazione della coscienza con espansione dello spettro emotivo.
3. Fase post sessione: integrazione psicologica dopo la somministrazione cercando di direzionare l'esperienza verso stati positivi (Adaj et al. 2020).

Queste molecole sembrerebbero avere un efficacia sui processi emozionali, processi sociali e sul senso del sé.

I processi emozionali comprendono:

- Una riduzione della risposta agli stimoli negativi, alle espressioni facciali negative
- Un' aumento della connettività dell'amigdala con la corteccia prefrontale che determina un effetto positivo sull'elaborazione emotiva e sull'umore e permette di rielaborare le emozioni negative associate alla depressione.

Alterazione del senso del sè:

- Esperienza positiva della "dissoluzione del sé" e/o dissociazione associata a sentimenti di unità, uno stato ascrivibile ad un esperienza di tipo mistico.
- Decentramento da se stessi per cui l'individuo ha un più ampio schema di pensiero e di emozioni che agiscono sui sintomi della depressione con ruminazioni.

Le alterazioni nell'elaborazione del sé possono quindi promuovere cambiamenti nella cognizione sociale inducendo una maggiore empatia e una ridotta sensibilità al rifiuto.

Processi sociali:

- Riduce la sensazione di esclusione sociale.
- Aumenta l'empatia emotiva intesa come la capacità di sentirsi insieme ad altre persone.
- Migliora il ritiro sociale e la relazione con il terapeuta.
- Incrementa la connessione con l'ambiente. (Vollenweider et. Al 2020)

Questi farmaci stanno mostrando risultati promettenti, una recente metanalisi di Trials Clinici condotta da Goldberg 2020 sull'uso di Psilocibina vs Placebo per il Disturbo Depressivo Maggiore dimostra l'efficacia di Psilocibina. Al momento la Food and Drug Administration (FDA) ha concesso alla Psilocibina lo stato di Breakthrough Therapy consentendo la prosecuzione di ulteriori trial clinici.

La psicoterapia assistita con MDMA nel trattamento del PTSD ha ottenuto lo status di Breakthrough Therapy dall'FDA nel 2017, attualmente si stanno conducendo studi di fase 3 di cui è prevista la conclusione nel 2022. L'analisi ad interim della fase 3 condotta da un comitato indipendente di monitoraggio dei dati suggerisce una probabilità superiore al 90% di un risultato statisticamente significativo. Se questi dati saranno confermati, l'approvazione dall'FDA potrebbe avvenire già nel 2023. I dati di safety dimostrano come le reazioni avverse transitorie siano: nausea, disorientamento ansia e panico. Gli studi clinici attuali indicano che gli psichedelici classici non sono associati alla dipendenza fisica, abuso e/o astinenza e hanno un basso livello di tossicità. (Reiff et al. 2020).

L'MDMA può avere un potenziale di abuso, anche se studi in letteratura dimostrano come il rischio sia inferiore all'anfetamina e alla metanfetamine. La dipendenza è rara e il follow-up a lungo termine negli studi fino ad oggi non ha identificato alcun paziente che si sia successivamente procurato ecstasy in modo illecito. Il disturbo persistente da percezione da allucinogeni (HPPD) che è stato occasionalmente associato all'LSD: si stima che si verifichi in una forma cronica in 1/50000 utenti, ed è sconosciuto con psilocibina e ayahuasca.

I rischi possono essere ulteriormente ridotti dall'uso in un quadro di trattamento che prevede solo una o tre somministrazioni sotto stretta supervisione medica, con supporto psicoterapeutico ed esclusione dei soggetti ad alto rischio. (Reiff et al. 2020). Gli studi in letteratura al momento presentano numerosi limiti dovuti a coorti altamente selezionate, piccole dimensioni del campione, mancanza di controlli. Negli studi controllati è difficile ottenere uno studio double blind a causa degli effetti soggettivi del farmaco, inoltre sono presenti bias di aspettativa per la presenza di un'alta aspettativa soggettiva di beneficio.

LA PSICHIATRIA DIGITALE

La psichiatria digitale prevede:

- Intelligenza Artificiale
- Terapie Digitali
- Digital Phenotyping

Intelligenza artificiale

L'intelligenza artificiale (AI), comunemente definita come "lo sviluppo di sistemi informatici in grado di eseguire compiti che normalmente richiedono l'intelligenza umana", è diventata sempre più prevalente nel campo della psichiatria.

L'IA si basa su un'ampia varietà di algoritmi informatici classificati come apprendimento automatico (ML).

Negli anni '60, è stato sviluppato un programma per computer noto come ELIZA sviluppato per emulare le capacità di conversazione di uno psicoterapeuta. L'idea era che la macchina simulasse la conversazione umana permettendo al paziente di fare la maggior parte del lavoro cognitivo dell'interpretazione. Il programma era inteso solo per scopi di ricerca.

Nel 1971 un altro modello fu progettato per simulare la paranoia nel contesto di un'intervista psichiatrica diagnostica. Il modello era un tentativo di caratterizzare la struttura interna del comportamento paranoico spesso incontrato dai clinici che intervistano i pazienti paranoici. (Pham et al. 2022)

Negli ultimi due decenni, l'IA ha iniziato a incorporare studi di neuroimaging di pazienti affetti da disturbi psichiatrici con modelli di deep learning per classificare i disturbi. Kim et al. sono stati in grado di classificare i pazienti schizofrenici e i controlli con una precisione dell'85,5% estraendo modelli di connettività funzionale da risonanze magnetiche funzionali a riposo di pazienti schizofrenici e controlli sani.

Altri obiettivi dell'IA comprendono interventi di gioco digitale e applicazioni per smartphone.

Il gioco digitale è stato utilizzato per tenere traccia dei sintomi e per la psicoeducazione, ora si è evoluto in programmi interventistici completi e riabilitativi. Le modalità di gioco sono ora rivolte a domini psicosociali e cognitivi che si concentrano su deficit specifici in vari disturbi psichiatrici. I servizi forniti possono includere la terapia cognitiva comportamentale, la modifica del comportamento, motivazione sociale, miglioramento dell'attenzione e biofeedback. (Pham et al. 2022)

La terapia digitale in psichiatria

Una terapia digitale è un software che riesce a cambiare alcuni comportamenti disfunzionali in una data persona usando come strumenti di cambiamento testo, audio, video rivolti all'utente che possono prendere la forma di:

- Segnalazioni relative a comportamenti a rischio
- Avvertimenti sulle conseguenze di un certo stile di vita
- Comunicazioni motivazionali
- Interpretazioni di comportamenti misurabili

– Interazioni di tipo ludico al fine di aumentare la consapevolezza su un certo comportamento
– Psico-educazione interattiva su rischi e benefici di un certo stile di vita

Le terapie digitali possono essere:

- App per smartphone
- Social Media
- Avatar
- Serious Game
- Realtà virtuale

APP IN MENTAL HEALTH

Una Review della letteratura suggerisce che solo il ~2% delle app per la salute mentale disponibili in commercio sono supportate da prove di ricerca

I dati attivi sono indagini basate su smartphone - cioè il monitoraggio attivo dei sintomi che possono essere completati dall'utente sia spontaneamente che in risposta ad una richiesta, e poi memorizzati con un'impronta temporale (una registrazione digitale della data e dell'ora in cui un elemento è stato completato) sull'app di raccolta.

I dati passivi sono ottenuti automaticamente attraverso sensori, sia sullo smartphone o tramite un dispositivo indossabile, che vanno da semplici metriche di utilizzo del dispositivo per accelerazione, sistema di posizionamento globale (GPS), e anche tono di voce (tramite microfono) o espressione facciale (tramite fotocamera) dati. Questi dati raccolti automaticamente offrono un mezzo per ridurre l'onere del paziente tipicamente legato alla raccolta attiva dei dati, mentre catturano anche nuovi marcatori digitali del comportamento.

La Fenotipizzazione digitale: deriva dalla natura multimodale dei dati passivi ottenuti dai dispositivi e offre un mezzo per comprendere le esperienze vissute e ottenere parametri per valutare la salute mentale nel contesto.

Per esempio i dati GPS hanno recentemente offerto approfondimenti sulla relazione tra mobilità ridotta e salute mentale più scadente durante la pandemia COVID-19. I dati passivi degli smartphone hanno anche dimostrato di essere correlati a risultati come il funzionamento sociale e la solitudine. La profondità e la diversità dei dati passivi (che già in genere combinano misure come il conteggio dei passi dai wearable, l'analisi del testo dai social media, i metadati dalle cartelle cliniche elettroniche, o l'esposizione agli spazi verdi della geolocalizzazione) richiedono nuove tecniche nella scienza dei dati, come l'intelligenza artificiale e l'apprendimento automatico, per combinare in modo significativi e utilizzare tali big data per migliorare la cura della salute mentale.

Le applicazioni sembrano avere un grande potenziale sia diagnostico che terapeutico e sono già state utilizzate per:

– aiutare a fare diagnosi psichiatriche
– monitorare i sintomi
– prevedere i sintomi di allarme e le riesacerbazioni acute della malattia
– migliorare il recupero attraverso la riabilitazione
– psicoeducazione

Le applicazioni per smartphone sono anche un metodo che utilizza l'IA, come i progetti mindLAMP (Learn, Assess,Manage, Prevent) e BiAffect.

MindLAMP (Vaidyam et al. 2022) è un'applicazione che utilizza lo smartphone e i sensori incorporati per capire le esperienze delle persone che soffrono di disturbi mentali e aiuta a prevedere il recupero attraverso la raccolta di indagini, test cognitivi, coordinate GPS ed esercizio.

BiAffect (Zulueta et al. 2018).

utilizza algoritmi di apprendimento automatico e metadati della tastiera come la variabilità nella dinamica di digitazione, gli errori e le pause nella messaggistica dell'utente per prevedere episodi maniacali ed episodi depressivi nelle persone affette da disturbo bipolare.

JITAI Just in time adaptive intervention (Hardeman et al 2019): la cattura attiva e passiva dei dati sui sintomi aiuta nello sviluppo di strategie di intervento personalizzate e in tempo reale. Per esempio, lo smartphone può essere in grado di dedurre il basso umore nel contesto dell'isolamento sociale e offrire un intervento pertinente, mentre, in un'altra circostanza, può dedurre un umore

basso nel contesto di un sonno insufficiente e raccomandare un intervento alternativo. L'uso di JITAIs per offrire interventi di salute mentale a "ciclo chiuso" è un'area promettente per la ricerca futura.

La fenotipizzazione digitale, spesso chiamata anche personal sensing, si effettua attraverso segnali generati dalla tecnologia catturati nel corso della vita quotidiana che possano prevedere le ricadute ad esempio nella psicosi.

La fenotipizzazione digitale attraverso gli smartphone utilizza:

- La valutazione ecologica del momento (EMA)
- I sensori del telefono come il GPS
- L'accelerometro,
- I registri delle chiamate e dei messaggi
- La latenza di risposta, numero di messaggi in uscita e in entrata e la reciprocità degli sms
- Numero di chiamate in uscita e in entrata, non risposte, durata, reciprocità di chiamate
- Il tempo dello schermo
- Lunghezza totale del testo in uscita e in arrivo
- Distanza percorsa
- Numero di messaggi in arrivo
- Distanza massima da casa
- Minuti di dati GPS mancanti, Ritmo circadiano fisico
- Sonno
- Numero di luoghi significativi
- Frazione della giornata trascorsa stazionaria

Henson et al. nel 2021 hanno effettuato uno studio Anomaly detection to predict relapse risk in schizophrenia su un campione di 17 persone con SZ, hanno scoperto che le anomalie del fenotipo digitale relative a mobilità, socievolezza ed EMA rilevate due settimane prima della ricaduta erano superiori del 71% al tasso di anomalie durante altri periodi di tempo e che le anomalie apparivano spesso in coppia con due domini che cambiavano insieme.

Studi recenti stanno impiegando metodi simili; ad esempio, lo studio EMPOWER utilizza gli smartphone per catturare i segni premonitori delle ricadute nella SZ rispetto alle linee di base personali.

Un articolo del 2020 sulla fenotipizzazione digitale nella SZ ha riportato come questi segnali possano aiutare a prevedere il funzionamento sociale, predittore di esiti clinici e ricadute, che in precedenza era stato difficile da quantificare in vivo. (Henson et al. 2021)

Un articolo del 2019 ha impiegato un metodo di rilevamento delle anomalie sui post dei social media di persone affette da SZ per prevedere le ricadute nell'arco di un mese con una sensibilità e una specificità di 0,71 e 0,38 rispettivamente.

SOCIAL MEDIA

È interessante che negli ultimi anni le società di social media come Facebook e Pinterest hanno intrapreso nuovi sforzi per segnalare i contenuti che possono essere collegati all'autolesionismo o al suicidio. I modelli di utilizzo dei social media possono rappresentare un mezzo per rilevare il peggioramento dei sintomi nella salute mentale. Per esempio, i cambiamenti nel contenuto e nello stile dei post sui social media possono offrire un segnale di allarme precoce di ricaduta nella schizofrenia. I primi studi hanno identificato relazioni tra l'umore negativo e la pubblicazione di immagini con colori più scuri.

I social media possono anche essere usati come strumento terapeutico. Una nuova ricerca che utilizza i social network attentamente curati e monitorati come interventi ha dimostrato di essere promettente in giovani con diversi bisogni di salute mentale. Per esempio, l'applicazione PRIME72 è progettata per aiutare le persone con schizofrenia attraverso la promozione del recupero funzionale e l'attenzione dei sintomi negativi (per esempio l'amotivazione) attraverso una rete di supporto e personalizzata.

La piattaforma Moderated Online Social Theray (MOST) (Gleeson et al 2017) è un altro esempio di innovazione che offre una terapia personalizzata combinata con connessioni sociali tra le altre caratteristiche.

L'uso dei social media per il lavoro sulla salute mentale rimane ancora un catalizzatore di tensioni etiche e spesso stigmatizzato.

AVATAR IN MENTAL HEALTH

L'Avatar Therapy prevede l'utilizzo di immagini di volti generate dal computer che interagiscono con pazienti affetti da schizofrenia tramite algoritmi intelligenti. I pazienti sono sottoposti a sei sessioni di dieci minuti, sessioni dove sfidano le allucinazioni vocali persecutorie e gradualmente imparano ad avere il controllo sulle voci angoscianti.

Gli studi iniziali hanno dimostrato che l'Avatar Therapy diminuisce la quantità di angoscia che i pazienti sentono in relazione alle loro voci, riduce la frequenza con cui sentono le voci e il paziente si sente meno sopraffatto dalle dispercezioni uditive. (Garety et al 2021)

Gli scienziati hanno esplorato il concetto di usare robot intelligenti simili ad animali per migliorare la salute mentale: ridurre lo stress, la solitudine, l'agitazione, e migliorare l'umore. Robot di compagnia come Pro, una foca robotica, ed eBar, un robot espressivo simile ad un orso, interagiscono con i pazienti e forniscono i benefici della terapia con gli animali. I robot abilitati all'intelligenza artificiale sono stati anche studiati per aiutare i bambini con disturbi dello spettro autistico (ASD). Robot come Kaspar e Nao sono in grado di insegnare ai bambini le abilità sociali e aiutarli con il riconoscimento facciale e la risposta appropriata dello sguardo; studi iniziali riportano che i bambini con ASD hanno ottenuto risultati migliori con l'intervento robotico rispetto ai terapisti umani. (Saleh et al 2021)

Replika è un'applicazione per smartphone che permette agli utenti di avere conversazioni su se stessi, permettendogli di ottenere una migliore comprensione delle buone qualità dentro di sé. Replika ricostruisce un'impronta della loro personalità attraverso conversazioni di testo che il soggetto ha con il suo avatar.

Una delle attrattive di Replika è che l'utente può avere conversazioni vulnerabili con il proprio avatar senza paura di giudizio durante l'interazione. Simile alle sessioni di terapia con uno psichiatra o alle conversazioni personali con un amico fidato, l'avatar può avere conversazioni terapeutiche con l'utente e aiutarlo a comprendere la propria personalità.

SERIOUS GAME PER LA SALUTE MENTALE

In una review del 2017 (Fleming et al., 2017) sono state riportate nel dettaglio sei modalità di serious games per salute mentale:

- **Esergame**: i giochi basati sul movimento efficaci nel trattamento di sintomi depressivi.
- **Realtà Virtuale e Realtà aumentata**: sono serious games che si servono degli strumenti virtuali per garantire un'interattività immersiva, che può essere arricchita da vari stimoli sensoriali non solamente visivi e uditivi. L'impatto terapeutico risulta amplificato in questo tipo di videogiochi, capaci di immergere il paziente in un ambiente realistico.
- **Serious games per computer**: giochi che si basano sulla riduzione di sintomi relativi a disturbi dell'umore
- **Serious games basati sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT)**: i più famosi sono SPARX https://www.sparx.org.nz/home e SuperBetter https://www.superbetter.com
- **Biofeedback**: in questo tipo di giochi i partecipanti possono provare esercizi di rilassamento, mentre ricevono messaggi sincroni relativi al proprio stato di attivazione fisiologica. Il feedback è dunque uno strumento che permette agli utenti di regolarsi nell'attività svolta.
- **Giochi di allenamento cognitivo**: tra i giochi più famosi all'interno di questa categoria si trovano giochi che allenano i pazienti depressi nel mantenimento cognitivo, per fronteggiare gli effetti del deterioramento.

SPARX è uno strumento computerizzato di auto-aiuto per i giovani tra i 12 e i 19 anni con depressione da lieve a moderata. E' stato testato su 187 giovani di tutta Aotearoa Nuova Zelanda. Lo studio ha mostrato che Sparx ha aiutato giovani che soffrivano di depressione, mancanza di motivazione o disforia a sentirsi meglio nel tempo, insegnando loro le abilità di auto-aiuto.

SPARX è basato sulla terapia cognitivo-comportamentale, o CBT in breve. La CBT insegna abilità su come affrontare pensieri e sentimenti negativi aiutando le persone in modo più equilibrato e e facendogli svolgere attività di loro gradimento o che danno loro un senso di realizzazione. La ricerca ha dimostrato che la CBT aiuta con l'ansia e la depressione. (Merry et Al. 2012; Fleming et al 2012; Fleming et al 2019; Perry et al. 2017; Poppelaars et al 2016).

VIRTUAL REALITY

La realtà virtuale immersiva (VR) permette ai pazienti di entrare in simulazioni generate dal computer: andare in un negozio di alimentari, utilizzando un display montato sulla testa o un ambiente CAVE.

È stato dimostrato che le simulazioni VR sono in grado di innescare reazioni psicologiche e fisiche simili alle reazioni nella vita reale.

Questa percezione reale di un'esperienza VR o la sensazione di essere "lì" è chiamata presenza. La presenza è l'illusione soggettiva di essere in un luogo reale nonostante si trovi fisicamente in un luogo diverso, inducendo le persone a reagire realisticamente alla VR.

La VR ha il vantaggio di poter esporre (ripetutamente) i pazienti a situazioni (sociali), situazioni che sono completamente controllate e possono essere accessibili all'interno di un ambiente clinico sicuro. Così, lo stesso ambiente sociale VR può essere presentato a più pazienti per valutare, cognizioni, comportamenti, emozioni e risposte fisiologiche in tempo reale. La valutazione psichiatrica assistita dalla VR è stata descritta come promettente in quanto può consentire valutazioni in tempo reale, valutazioni all'interno di ambienti virtuali (personalizzati) o contesti che sono percepiti e vissuti dal paziente come "reali". Questo può creare maggiori possibilità per una maggiore validità ecologica delle valutazioni psichiatriche rispetto alle valutazioni che si basano su auto-rapporti, interviste condotti in laboratorio .

La virtual reality inizia ad essere utilizzata come strumento diagnostico nei disturbi del comportamento alimentare. Ricerche di valutazione nei disturbi alimentari si sono concentrate principalmente sulla reazione dei pazienti:

- Cibo virtuale.
- Immagine corporea .
- Pregiudizi legati all'aspetto.

Due studi sull'anoressia nervosa hanno usato la tecnica dell'illusione corporea o embodiment. (Riva et al. 2021).

L'embodiment si riferisce all'illusione che un corpo virtuale a grandezza naturale, visto da una prospettiva in prima persona, sia sperimentato come il proprio corpo.

Sono state trovate correlazioni da medie a grandi tra questionari self-report consolidati sui disturbi alimentari e misure VR VAS a singolo elemento sulla paura di ingrassare, l'ansia corporea, e risposte emotive. Pazienti con anoressia provavano più emozioni negative dopo essersi incarnati in un corpo più pesante che in uno più magro del proprio, esattamente al contrario per i controlli sani.

Valutazione psichiatrica con l'applicazione della realtà virtuale tra i controlli e i pazienti sono stati trovati con l'eye-tracking: i pazienti con anoressia dirigevano il loro sguardo verso diverse parti del corpo rispetto alle persone sane.

La virtual reality inizia ad essere utilizzata come strumento diagnostico nei disturbi d'ansia e psicotici. Le valutazioni assistite dalla VR per misurare la paranoia, lo stress sociale e la distorsione della memoria in pazienti con un disturbo psicotico sono promettenti. (Rus et al 2018).

Pensieri costantemente paranoici, misurati dalla State Social Paranoia Scale sono stati esacerbati nei pazienti dalla VR. Un gruppo di ricercatori hanno esposto le persone ad un viaggio neutro in metropolitana, mentre in altri studi hanno esposto le persone a situazioni diverse per quantità di stress sociale (ad esempio, trovarsi in un bar con persone dall'aspetto neutro o ostile, o chiedere aiuto a colleghi e ricevere reazioni neutre o negative).

Nel campo dell'ansia, la VR è stata utilizzata principalmente per indagare i sentimenti di ansia e le risposte

fisiologiche durante situazioni di stress e di interazione sociale (per esempio, quando i partecipanti dovevano tenere un discorso o rispondere ad uno sconosciuto in un bar). Tutti gli studi hanno riferito che i pazienti con un disturbo d'ansia hanno mostrato livelli più alti di ansia soggettivamente vissuta.

La virtual reality può essere usata anche come strumento terapeutico (Błażej Cieślik et al. 2022) per

- Le ansie/fobie condizioni in cui gli effetti della terapia VR sono stati studiati più frequentemente. Le revisioni per lo più riguardano alcuni tipi di ansia/fobie, in particolare PTSD, paura di guidare, paura di volare, aracnofobia, agorafobia e claustrofobia. L'esposizione controllata a stimoli che inducono ansia all'interno di un ambiente virtuale offre un mezzo sicuro, conveniente e accessibile per fornire trattamenti comportamentali basati sull'esposizione. Il beneficio del trattamento della realtà virtuale risiede nell'esposizione ripetuta a stimoli temuti, permettendo all'individuo di adattarsi ai fattori scatenanti e sviluppare risposte sane in una piattaforma terapeutica sicura e controllata
- Disturbi del neurosviluppo: Il gruppo di articoli sui disturbi del neurosviluppo comprende sei pubblicazioni (4033 partecipanti) riguardanti bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), autismo e paralisi cerebrale, sindrome alcolica fetale e disturbi uditivi percettivi.
- Le revisioni includono studi che utilizzano giochi VR con vari sistemi, tra cui un Cave Automatic Virtual Environment (CAVE), Exer game (richiede esercizio fisico), serious game. Ognuno degli studi ha evidenziato un effetto positivo della VR sul disturbo.

Gli articoli su altri disturbi mentali includono 18 revisioni, (Błażej Cieślik et al. 2022) con un totale di 7740 partecipanti, che valutano condizioni come psicosi, depressione, disturbi da sostanze, disturbi alimentari, schizofrenia. Gli studi recensiti confermano l'efficacia della terapia VR rispetto al trattamento abituale e mostrano un'efficacia simile quando la terapia VR è paragonata ai trattamenti con trattamenti convenzionali . Usare la realtà virtuale come veicolo per fornire esperienze che aiutino le persone a sviluppare abilità per gestire le difficoltà di salute mentale può aumentare l'impegno e l'efficacia del trattamento.

Afferenza degli autori

* *Dirigente Medico Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Pavia - PhD Student Università di Pavia*

BIBLIOGRAFIA

1. Perkins D, Sarris J, Rossell S, et al. *Medicinal psychedelics for mental health and addiction: Advancing research of an emerging paradigm*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2021;55(12):1127-1133. doi:10.1177/0004867421998785)
2. Higgins GA, Fletcher PJ. Therapeutic Potential of 5-HT2C *Receptor Agonists for Addictive Disorders. ACS Chem Neurosci.* 2015 Jul 15;6(7):1071-88. doi: 10.1021/acschemneuro.5b00025. Epub 2015 Apr 14. PMID: 25870913.
3. Brierley DI, Davidson C. *Developments in harmine pharmacology--implications for ayahuasca use and drug-dependence treatment.* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2012 Dec 3;39(2):263-72. doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.06.001. Epub 2012 Jun 9. PMID: 22691716.
4. Sessa B, Higbed L and Nutt D (2019) *A review of 3,4 methylenedioxymethamphetamine (MDMA) -* Assisted Psychotherapy. Frontiers in Psychiatry 10: 138-138.
5. Aday JS, Mitzkovitz CM, Bloesch EK, Davoli CC, Davis AK. *Long-term effects of psychedelic drugs: A systematic review.* Neurosci Biobehav Rev. 2020 Jun;113:179-189. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.03.017. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32194129.
6. Vollenweider FX, Preller KH. *Psychedelic drugs: neurobiology and potential for treatment of psychiatric disorders*. Nat Rev Neurosci. 2020 Nov;21(11):611-624. doi: 10.1038/s41583-020-0367-2. Epub 2020 Sep 14. PMID: 32929261
7. Goldberg SB, Pace BT, Nicholas CR, Raison CL, Hutson PR. *The experimental effects of psilocybin on symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis*. Psychiatry Res. 2020 Feb;284:112749. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112749. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31931272.
8. Reiff CM, Richman EE, Nemeroff CB, Carpenter LL, Widge AS, Rodriguez CI, Kalin NH, McDonald WM; the Work Group on Biomarkers and Novel Treatments, a Division of the American Psychiatric Association Council of Research. *Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy.* Am J Psychiatry. 2020 May 1;177(5):391-410. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010035. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32098487.
9. Pham KT, Nabizadeh A, Selek S. *Artificial Intelligence and Chatbots in Psychiatry*. Psychiatr Q. 2022 Feb 25:1–5. doi: 10.1007/s11126-022-09973-8. Epub ahead of print.
10. Vaidyam A, Halamka J, Torous J. E*nabling Research and Clinical Use of Patient-Generated Health Data (the mindLAMP Platform): Digital Phenotyping Study*. JMIR Mhealth Uhealth. 2022 Jan 7;10(1):e30557. doi: 10.2196/30557. PMID: 34994710; PMCID: PMC8783287
11. Zulueta J, Piscitello A, Rasic M, Easter R, Babu P, Langenecker SA, McInnis M, Ajilore O, Nelson PC, Ryan K, Leow A. *Predicting Mood Disturbance Severity with Mobile Phone Keystroke Metadata: A BiAffect Digital Phenotyping Study*. J Med Internet Res. 2018 Jul 20;20(7):e241. doi: 10.2196/jmir.9775. PMID: 30030209; PMCID: PMC6076371.
12. Hardeman, W., Houghton, J., Lane, K. et al. *A systematic review of just-in-time adaptive interventions (JITAIs) to promote physical activity*. Int J Behav Nutr Phys Act 16, 31 (2019). https://doi.org/10.1186/s12966-019-0792-7
13. Henson, P., D'Mello, R., Vaidyam, A. et al. *Anomaly detection to predict relapse risk in schizophrenia*. Transl Psychiatry 11, 28 (2021). https://doi.org/10.1038/s41398-020-01123-7
14. Gleeson J, Lederman R, Koval P, Wadley G, Bendall S, Cotton S, Herrman H, Crisp K, Alvarez-Jimenez M. *Moderated Online Social Therapy: A Model for Reducing Stress in Carers of Young People Diagnosed with Mental Health Disorders*. Front Psychol. 2017 Apr 3;8:485. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00485. PMID: 28421012; PMCID: PMC5378069.
15. Garety P, et al. *Optimising AVATAR Therapy for People Who Hear Distressing Voices: Study Protocol for the AVATAR2 Multi-Centre Randomised Controlled Trial. Trials*. 2021;22(1):366–6. Web
16. Fiske A, Henningsen P, Buyx A. "*Your robot Therapist will see you now: ethical implication of embodied Artificial Intelligence in psychiatry, psychology and psychotherapy*" J

Med Internet Res. 21.5 2019; e13216-e13216. Web.

17. Fleming TM, Bavin L, Stasiak K, Hermansson-Webb E, Merry SN, Cheek C, Lucassen M, Lau HM, Pollmuller B, Hetrick S. *Serious Games and Gamification for Mental Health: Current Status and Promising Directions*. Front Psychiatry. 2017 Jan 10;7:215. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00215. PMID: 28119636; PMCID: PMC5222787.
18. Saleh MA, Hanapiah FA, Hashim H. *Robot applications for autism: a comprehensive review*. Disabil Rehabil Assist Technol. 2021 Aug;16(6):580-602. doi: 10.1080/17483107.2019.1685016. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32706602.
19. Hhh Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. G. (2012). *The effectiveness of SPARX, a computerised self-help intervention for adolescents seeking help for depression: Randomised controlled non-inferiority trial*. BMJ, 344. https://doi.org/10.1136/bmj.e2598
20. Fleming, T., Dixon, R., Frampton, C., & Merry, S. (2012). *A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40(5), 529-541. https://doi.org/10.1017/S1352465811000695
21. Fleming, T. M., Gillham, B., Bavin, L. M., Stasiak, K., Lewycka, S., Moore, J., ... & Merry, S. N. (2019). *SPARX-R computerized therapy among adolescents in youth offenders' program: step-wise cohort study*. Internet Interventions, 100287. https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100287
22. Perry, Y., Werner-Seidler, A., Calear, A., Mackinnon, A., King, C., Scott, J., Merry, S., Fleming, T., Stasiak, K., Christensen, H. and Batterham, P.J. (2017). *Preventing depression in final year secondary students: School-based randomized controlled trial*. Journal of Medical Internet Research, 19(11), 11pages. doi:10.2196/jmir.8241
23. Poppelaars, M., Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R. C., Lobel, A., Merry, S. N., ... & Granic, I. (2016). *A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: a school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX)*. Behaviour research and therapy, 80, 33-42. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.005
24. Riva, G., Malighetti, C., & Serino, S. (2021). *Virtual reality in the treatment of eating disorders*. Clinical psychology & psychotherapy, 28(3), 477–488. https://doi.org/10.1002/cpp.2622
25. Rus-Calafell M, Garety P, Sason E, Craig TJK, Valmaggia LR. *Virtual reality in the assessment and treatment of psychosis: a systematic review of its utility, acceptability and effectiveness*. Psychol Med. 2018 Feb;48(3):362-391. doi: 10.1017/S0033291717001945. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28735593.
26. Kim S, Kim E. *The Use of Virtual Reality in Psychiatry: A Review*. Soa Chongsonyon Chongsin Uihak. 2020 Jan 1;31(1):26-32. doi: 10.5765/jkacap.190037. PMID: 32612410; PMCID: PMC7324842.
27. Błażej Cieślik et al. *Virtual reality in psychiatric disorders: A systematic review of reviews 2022* Affiliations expand PMID: 32951730 DOI: 10.1016/j.ctim.2020.102480

PSICHIATRIA FORENSE

La paura del salnitro

Storia delle Misure di Sicurezza e caso della signora MM

di Grasso Federico, Bonizzoni Miki, Paletta Silvia, Vercesi Marco
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi

ABSTRACT

La recente sentenza del 27 gennaio 2022 della Corte Costituzionale ha riportato l'attenzione della comunità psichiatrica e della magistratura sul caso delle REMS, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Le problematiche messe in evidenza da tale sentenza sono numerose e spaziano dalle lunghe liste d'attesa per l'inserimento in REMS dei pazienti rei, la gestione dei medesimi sul territorio in attesa di posto letto, l'organizzazione interna delle strutture stesse e la regolamentazione delle modalità d'accesso.

Il presente articolo mira a offrire una panoramica dell'evoluzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza nel corso della storia, fin dai suoi albori ideali nel XVII secolo, presentando al contempo la componente del Doppio Binario nella gestione del paziente psichiatrico colpevole di reato. Ci si soffermerà, inoltre, sui concetti più recenti di imputabilità, misura di sicurezza e pericolosità sociale.

A titolo d'esempio si prenderà infine in esame il caso della signora MM, paziente in cura presso la psichiatria del distretto del lodigiano ritenuta inferma mentale e colpevole di reati di violenza domestica in contesto di abuso alcoolico ripetuto. Si cercherà di evidenziare la problematicità della perizia psichiatrica che, nel caso in oggetto, ha determinato la reclusione in REMS di una paziente alcolista priva di un disturbo psichiatrico maggiore ma con esclusiva diagnosi di Disturbo di Personalità. Il caso clinico verrà inoltre descritto in parallelo alla disamina della sopra citata sentenza del 27 gennaio 2022, così da evidenziare l'attualità delle problematiche evidenziate dalla Corte Costituzionale sul ruolo e gestione delle REMS nella realtà psichiatrica contemporanea.

A volte capita che la vita dell'uomo venga sconvolta da un evento improvviso. Può trattarsi di un repentino mutamento, una malattia inaspettata, di una circostanza che abbia in sé le caratteristiche della violenza e dell'imprevedibilità. La parola *trauma* racchiude queste sfumature e suscita in chi la pronuncia e in chi l'ascolta il timore di qualcosa di irreversibile e pericoloso. Il trauma assume i caratteri di un'esplosione, un rilascio di energia improvviso e violento, rapido nel generarsi e potenzialmente catastrofico. È una detonazione che ferisce tanto l'uomo che la subisce quanto tutte le persone che gli stanno attorno. Proprio per prevenire questi scoppi, per proteggere i cittadini dall'instabilità della polvere nera, in Francia, nel 1600, fu edificato un luogo apposito che contenesse il salnitro, lo tenesse lontano dalla società, perché non

creasse scompiglio e non causasse danni alla gente perbene. Quell'edificio, che dal salnitro prese il nome ma che non fu soltanto polveriera ma anche carcere/ospedale, si chiamò Salpetrière.

Non sapremo mai quanti veri malati psichiatrici furono rinchiusi nell'ospedale Salpetrière e quanti, invece, furono soltanto barboni, mendicanti, prostitute, criminali e, più in generale, gente malvista dalla società, di cui la società medesima desiderava disfarsi. Conosciamo i numeri generici, certo, come il fatto che questo grande ospedale accolse più di 250.000 persone dal 1721 (un gran numero di registri precedenti quest'anno finirono bruciati durante un incendio) al 1791 (anno delle dimissioni dei direttori). Ciò può portare a una stima di oltre 400.000 individui dal 1656 al 1791 (Carrez, 2022). Conosciamo i modi con cui i rinchiusi venivano trattati: le catene, i letti sovraffollati, le epidemie, le punizioni corporali (Colombier, 1785). Conosciamo, infine, come l'edificio venisse considerato mero contenitore di gente ritenuta problematica o non adatta a un contesto sociale, e come tale ruolo si fosse già trovato *in nuce* fin nei pensieri del primo finanziatore: Re Luigi XIV, il Re Sole (Lavisse, 1979).

Non è un caso che il titolo di uno dei più celebri quadri del pittore francese Tony Robert Fleury sia *Philippe Pinel libera i folli dalle loro catene*: i folli – noi lo sappiamo, ma al termine del XVIII secolo non era altrettanto ovvio – non si tengono in catene, non si imprigionano. I criminali stanno in prigione e i folli in ospedale. Philippe Pinel fu il nome che guidò la prima rivoluzione della psichiatria europea: i folli dovevano essere curati e i criminali rinchiusi, l'ospedale-contenitore non doveva esistere. L'allontanamento dalla società avveniva in queste due categorie diverse di persone – fino a quel momento arbitrariamente assimilate – ma per due ragioni diverse: chi si fosse macchiato di un crimine era allontanato per tutela altrui e punizione propria, chi avesse sofferto di un disturbo psichico necessitava della reclusione per scopi sanitari e assistenziali.

L'azione di Pinel permise una prima, fondamentale distinzione tra la responsabilità penale da una parte e la malattia mentale dall'altra. Tale divisione si sarebbe allungata – e allargata – dai confini Francesi in tutta Europa, toccando anche l'Italia del 1800. Qui, sotto l'influenza della corrente positivistica, che sosteneva una filosofia alleata dell'uomo 'moderno', rivolta cioè a risolvere le problematiche del contesto sociale e cittadino (la legge, l'economia, la politica), si definì il concetto del Doppio Binario, un sistema sanzionatorio nuovo, che ripartiva le forme di reazione dello Stato nei confronti del reato tra pene da un lato e misure di sicurezza dall'altro (Pelissero, 2008).

Secondo tale modello, alla base del reato deve individuarsi la capacità, da parte del soggetto reo, di intendere e volere, cioè il suo essere consapevole delle proprie azioni e delle conseguenze delle medesime. Chi commette un reato e va incontro a una pena, dunque, è una persona *in grado di intendere e volere*, responsabile cioè della propria colpevolezza, e la pena in cui incorrerà sarà proporzionale alla gravità del fatto. Ben diverso, invece, è lo strumento sanzionatorio messo in atto dallo Stato verso chi, pur commettendo reato, non ne ha la responsabilità – *incapacità*, dunque, di intendere e di volere. In queste circostanze, il binario che si prende non è quello della pena, ma della *pericolosità sociale*.

Il Doppio Binario rivisita in chiave moderna l'antico mito di Edipo nella versione di Sofocle (Edipo): il governatore di Tebe, sposo felice di Giocasta, nell'arco di una sola giornata scoprirà di essere proprio lui la causa della peste che devasta la città, nonché responsabile di un atto blasfemo e terribile. Egli, infatti, pur senza dolo, ha ucciso Laio – suo padre – e sposato la regina di Tebe – sua madre – con cui ha generato prole illegittima e invisa agli Dei. Edipo, secondo gli Olimpi, è colpevole anche se inconsapevole, cieco eppure degno di disprezzo, criminale per gli atti nefandi. Per i Greci era ovvio: gli Dei sono al di sopra dell'uomo, vedono tutto e sanno ogni cosa. Se l'uomo sbaglia, il Dio punisce. Ma per l'Italia del 1800 Edipo rimane un innocente sfortunato, un folle, semmai,

ma non certo un criminale. Merita pietà, in primo luogo, e solo in seguito punizioni per i propri crimini. Ecco allora che già in Edipo si può intravedere quella difficile capacità di separazione di binari che, nel corso della storia, si concretizzerà infine negli OPG.

I due binari, di per loro intesi paralleli, si rivelano infatti sovrapponibili con quei soggetti pienamente o parzialmente non-imputabili e al tempo stesso ritenuti socialmente pericolosi. La misura di sicurezza, allora, si accumula alla sanzione sanitaria, viene applicata congiuntamente a questa e ne svolge un ruolo di completamento (Pelissero, 2008).

Andiamo per gradi, però, che se sul concetto di 'reato → pena' non c'è molto da spiegare – non si è giuristi, in questa sede – ben più importanti e meritevoli di maggiore attenzione sono per noi i concetti di *imputabilità, misure di sicurezza e pericolosità sociale*. Per andare a esaminarli, si salti la prima guerra mondiale e si giunga al 1930, quando re Vittorio Emanuele III firmava il Codice Rocco, in vigore ancora oggi nella nostra democrazia.

Nell'articolo 85 del Codice Penale si definisce *imputabile* qualunque persona sia in grado di intendere e volere. Detto in altri modi: non è imputabile colui che viene ritenuto tramite apposita perizia incapace di intendere e volere. Certo, vi sono delle eccezioni: colui che si provoca ebrezza alcoolica al fine di essere considerato non imputabile durante la commistione di un reato non solo è imputabile, ma la pena sarà maggiorata[1]. Negli articoli dall'88 al 98 del codice penale si definiscono, invece, quei casi in cui l'imputabilità sia da ritenersi *esclusa o diminuita*:

- Minore età
- Infermità di mente
- Sordomutismo
- Ubriachezza e sostanze stupefacenti[2]

Fino a qui è chiaro che colui che soffre, per esempio, di infermità mentale, sia ritenuto incapace di intendere e volere e, dunque, non imputabile. Qualora tale soggetto commetta un crimine, la prima cosa da definire è se ci sia o meno il rischio che lo stesso venga ripetuto, essendo questo dovuto – in maniera semplificativa – alla condizione succitata di infermità. È adesso che entrano in gioco la perizia e la pericolosità sociale.

Il concetto di *pericolosità sociale* è delicato e complesso. Esso prevede una capacità, che l'uomo non possiede, di prevedere il futuro, cioè quella da parte di un perito di indicare se il soggetto che ha commesso il fatto antigiuridico ripeterà il crimine. A fronte dell'impossibilità di dare una risposta certa, la domanda viene riformulata come segue: con quale *probabilità* il soggetto in esame ripeterà il fatto antigiuridico? All'articolo 203 del codice penale si definisce infatti che 'agli effetti della legge penale, è *socialmente pericolosa* la persona, anche se non imputabile o non punibile [...] quando è *probabile* che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati'[3].

Il peso dell'articolo sta tutto in quella parola: *probabile*. Di fronte alle situazioni in cui si sospetti che l'imputabilità del soggetto sia ridotta o esclusa (minore età, infermità mentale, ecc...), un perito è chiamato a valutare la *probabilità* che il reo commetta nuovi reati. Se sembra poca cosa, basti pensare che proprio tale valutazione rappresenta la leva del cambio con cui quel Doppio Binario solitamente parallelo si trasforma in incidente. Se il soggetto è al tempo stesso *non imputabile e pericoloso socialmente*, per lui si apre la strada della *misura di sicurezza*, un sistema sanzionatorio che rappresenta la sovrapposizione tra punizione, isolamento e cura, come ai tempi faceva la polveriera parigina.

Ecco quindi che il paziente psichiatrico reo, inimputabile, socialmente pericoloso, vede un *percorso di cura*

1. Codice Penale, articolo 85
2. Codice Penale, articoli 88 – 98
3. Codice Penale, articolo 203

obbligato definito da un giudice, non da un medico. In passato tale percorso era quello degli OPG, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che dagli anni '70 fino al 2013 sostituirono quei manicomi criminali che il Codice Rocco[4] aveva sentenziato rappresentassero il 'luogo di cura' dei pazienti psichiatrici socialmente pericolosi. Tra il 2013 e il 2015 gli OPG furono chiusi e sostituiti dalle REMS, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza[5], il cui ordinamento è fonte ancora oggi di dibattito.

Basti pensare a questo proposito che nella gestione e amministrazione delle REMS si sovrappongono, così come due binari, anche due Ministeri, della Giustizia e della Salute. Le REMS[6] sono realizzate e gestite dal Servizio sanitario delle Regioni e delle Province autonome e l'assistenza sanitaria erogata rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), così come la loro gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria. Tuttavia, permane in capo alla magistratura di sorveglianza il compito di vigilare sulle strutture. Il ruolo di assegnare un paziente psichiatrico a una misura di sicurezza in REMS, poi, è svolto dal DAP (Dipartimento Amministrativo Penitenziario), non da un medico. Ciò comporta un problema: il DAP si limita a porre indicazione al ricovero in REMS di un paziente psichiatrico socialmente pericoloso, ma l'accesso alla struttura è subordinato alla dichiarazione di disponibilità di posto letto da parte del responsabile sanitario. Nel frattempo, qualora come spesso accade il posto non sia disponibile, che succede al reo socialmente pericoloso?

È questo il caso della signora MM., una donna di 28 anni, secondogenita tra due sorelle, incarcerata in REMS e ritenuta incapace di intendere e volere da una perizia, pur in presenza di una valutazione psichiatrica che escludeva una diagnosi maggiore. La signora conseguiva un diploma di scuola secondaria superiore, si iscriveva alla Libera Università di Lingue e Comunicazione di Milano (IULM) ove, però, non completava gli studi. Durante il periodo universitario abusava di cannabinoidi e alcool, manifestando un deterioramento progressivo del funzionamento sociale e scolastico. I rapporti in casa si facevano allora tesi, la paziente esigeva quantità di denaro e conduce una vita poco strutturata, caratterizzata da frequenti viaggi all'estero e feste con amici. Al contempo, la signora B. L. manifestava nei confronti della madre comportamenti esplosivi e aggressivi, che si verificavano sempre in condizione di intossicazione da sostanze con fenomeni di estorsione di denaro.

Il Centro Psico Sociale di Casalpusterlengo ha conosciuto la signora MM nel 2014, anno in cui la paziente effettuava tre sole visite colloquio, con esito diagnostico di Abuso di Sostanze Varie (alcool, cannabinoidi, occasionale uso di cocaina) e disturbo della Personalità NAS. Dal 2014 ad ora, tuttavia, la paziente è stata ricoverata nel reparto di Psichiatria per *sette volte*, sempre per brevi periodi di pochi giorni, in due occasioni con provvedimento di TSO (trattamento sanitario obbligatorio), riportando diagnosi di Disturbo da Abuso di Alcol, sia Acuto che Continuo, e Disturbo della Personalità, con manifestazioni di impulsività, rabbia, minacciosità e aggressività eterodiretta in condizione di intossicazione da sostanze. I ricoveri erano mirati a risolvere il clima di tensione al domicilio e la necessità dei medesimi si esauriva in corrispondenza della risoluzione dell'episodio d'ebbrezza. La paziente risulta nota e in carico presso il SerD dal 2013 per Abuso di Cocaina e fino al 2018 per Abuso di Alcol e Sostanze Varie, per quanto si sia presentata sempre con incostanza alle visite del servizio per le dipendenze.

4. Corte Costituzionale, sentenza legislativa n. 354/1975

5. Corte Costituzionale, sentenza 30 maggio 2014, n. 81

6. Corte Costituzionale, sentenza 27 gennaio 2022, n 22 art. 5.3

A seguito dell'ennesimo episodio di violenza domestica, la famiglia ha sporto denuncia contro la signora MM Nel novembre 2021 il giudice richiedeva allo psichiatra consulente esterno all'ASST di Lodi di redigere una perizia. Il perito, il dottor A., interrogava sia la signora MM, la quale però si sottraeva alla visita, sia i familiari della medesima, che ribadivano quanto già espresso in altre circostanze: la violenza della signora in contesto di ebbrezza alcolica e il rifiuto della signora di astenersi dall'alcool. Il dottor A., successivamente, chiedeva al responsabile del caso del CPS e al primario del dipartimento di psichiatria di Lodi una relazione clinica aggiornata. In quest'ultima veniva descritto un quadro di Disturbo di Personalità, privo di anomalie della sfera ideica, alterazioni psichiatriche maggiori e oscillazioni dell'asse timico. Nella relazione si riconosceva che la paziente, per guarire dal proprio quadro psicopatologico, necessitasse di un progetto di cura di tipo *riabilitativo comunitario*, al fine da avviare un processo di disintossicazione da sostanze. Tale progetto, però, che era già più volte stato presentato, era sempre stato rifiutato dalla paziente.

MM era inoltre nota al Corpo dei Carabinieri per i numerosi interventi domiciliari che i suoi comportamenti avevano determinato; il contesto abitativo della signora, inoltre, era quello di un piccolo centro di campagna, ove la minima bizzarria suscita spesso stigma e chiusura da parte della comunità. Forse, proprio a causa dell'alto stato di tensione e sdegno sociale che gli agiti della signora avevano suscitato e nonostante la storia clinica non deponesse per una franca infermità mentale, il dottor A. ha comunque espresso nella propria perizia un giudizio di *inimputabilità* a fronte delle accuse mosse di aggressione domestica, definendo la signora *incapace di intendere e volere e socialmente pericolosa*, tale da necessitare, come poi il giudice ha convalidato, un ricovero presso REMS. È questo, in altri termini, uno di quei casi a metà tra la psichiatrica e la magistratura, ove non sembra importare il giudizio clinico ma solo le conseguenze sociali che spingono la magistratura a reperire un luogo di contenimento per quell'esplosivo che rischia di minare e scandalizzare la comunità.

Tutto ciò accadeva in data 16/12/2021, mentre la signora MM si trovava ricoverata in SPDC volontariamente a seguito dell'ennesimo episodio di agitazione psicomotoria in contesto di abuso alcoolico. Da allora la paziente è rimasta ricoverata fino alla data del 2/3/2022, quando è stata condotta in REMS secondo ordinanza giudiziaria. Con lei, sempre ricoverato in SPDC in attesa di REMS, vi era un altro paziente, non dimissibile secondo volontà del DAP ma al contempo – e come la signora B. L. – in buon compenso psichico secondo il giudizio clinico. Due pazienti con storia diversa, ma entrambi ritenuti socialmente pericolosi e non-imputabili sono rimasti mesi in un reparto psichiatrico per acuti pur se stabili sotto il profilo psichico, perché non disponibili posti in REMS ove si sarebbe dovuto avviare il progetto di cura e riabilitazione deciso dalla magistratura.

Uscendo dalla realtà lodigiana la situazione non cambia: un numero di persone almeno pari a quelle ospitate nelle 36 REMS allo stato attive è in attesa di trovare una collocazione in una REMS nella propria regione o altrove. Si parla, in altri termini, di circa seicento persone ritenute socialmente pericolose, che non si sa dove collocare all'interno dello stato[12]. La permanenza media in una lista d'attesa è pari a circa *dieci mesi*, ma in alcune Regioni i tempi per l'inserimento in una REMS possono essere assai più lunghi. Non è chiaro se l'esistenza di lunghe liste d'attesa sia ascrivibile principalmente all'insufficienza complessiva dei posti letto disponibili o all'assenza di soluzioni alternative sul territorio, oppure se, come sostenuto dal Ministero della salute unitamente alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, non vi sia un eccesso di

provvedimenti di assegnazione alle REMS da parte dell'autorità giudiziaria[7]. È comunque evidente il problema che da questa lunga lista d'attesa scaturisce e che già il caso della signora MM evidenzia: l'impossibilità di applicare in tempi se non immediati, quanto meno rapidi, provvedimenti emessi dall'autorità giudiziaria nei confronti di autori di reato sul presupposto della loro pericolosità sociale.

Da un lato, un diffuso e significativo ritardo nell'esecuzione dei provvedimenti in esame comporta un *difetto di tutela* effettiva dei diritti fondamentali delle potenziali vittime di aggressioni, che il soggetto affetto da patologie psichiche, e già autore spesso di gravi o gravissimi fatti di reato, potrebbe nuovamente realizzare e che l'ordinamento ha il dovere di prevenire. Dall'altro, la mancata tempestiva esecuzione di questi provvedimenti *lede il diritto alla salute* del malato, al quale non vengono praticati i trattamenti – rientranti a pieno titolo tra i LEA – che dovrebbero essergli invece assicurati per aiutarlo a

superare la propria patologia e a reinserirsi gradualmente nella società.

Queste e molte altre problematiche sono state evidenziate dalla sentenza del 22 gennaio 2022 della Corte Costituzionale, che prosegue alla conclusione più ovvia che il problema delle liste d'attesa pone: da una parte, la soluzione al *deficit di tutela* dei diritti fondamentali non può essere quella dell'assegnazione in

soprannumero delle persone in lista d'attesa alle REMS esistenti, pena la creazione di situazioni di sovraffollamento con perdita degli scopi terapeutico-riabilitativi per cui le medesime sono nate. D'altra parte, però, non è un rimedio neppure quello di collocare provvisoriamente in istituti penitenziari queste persone, le quali necessitano invece di terapie e di percorsi riabilitativi che il carcere non è in alcun modo idoneo a fornire. La soluzione viene allora individuata nel sollecito di adeguati *finanziamenti* da parte dello Stato e delle autonomie territoriali, al fine di ridurre il divario tra il numero di posti disponibili e il numero dei provvedimenti di assegnazione. Al contempo, la sentenza sollecita la valorizzazione e il potenziamento delle *alternative terapeutiche* per la salute mentale esistenti sul territorio, così da contenere il più possibile la necessità di ricorrere ai provvedimenti custodiali nelle REMS[13].

Se un tempo il soggetto socialmente pericoloso veniva posto in una struttura al mero scopo di reclusione e allontanamento dalla collettività, oggigiorno vi sono i presupposti per interventi maggiormente inclusivi, di supporto e, soprattutto, di assistenza sanitaria, seppur legati a provvedimenti giudiziari. Le REMS sono piene, le liste d'attesa lunghe e la stessa Corte Costituzionale invita a trovare soluzioni alternative alla reclusione nel rispetto del singolo e in considerazione della tutela per i cittadini. Il processo è lento – più di trecento anni non sono bastati a superare la Salpetrière – ma urgente e dagli esiti incerti. Ciò cui assistiamo ora è la fase di transizione, sperimentiamo la difficoltà di lavorare in una zona grigia, dove il paziente è malato ma non può accedere agli interventi sanitari più appropriati, dove è pericoloso, ma non può essere recluso. La signora MM e come lei molti altri, sono stati dichiarati inimputabili e socialmente pericolosi da una perizia, eppure non hanno potuto accedere alle REMS che, in teoria, sarebbero predisposte alla loro cura. D'altra parte tali pazienti non possono neppure essere dimessi sul territorio, in quanto pericolosi per la collettività e ritenuti capaci di reiterare il reato. Dove mettere, allora, questo salnitro che fa così paura? L'unica risposta è l'SPDC, ma questo altro non fa che danneggiare ulteriormente la salute del paziente e ritardarne la riabilitazione. Senza contare che l'SPDC è un luogo ospedaliero di cura per *acuzie* psichiatriche, un posto chiuso o aperto ma comunque di piccole dimensioni, privo dei progetti riabilitativi e

7. Corte Costituzionale, sentenza 27 gennaio 2022, n. 22 art. 5.4

terapeutici cui il paziente stabilizzato sotto il profilo clinico dovrebbe avere il diritto di accedere.

La signora MM è allora un salnitro che non trova posto, che per necessità – e non per ragioni né sanitarie né giudiziarie – è rimasta in un luogo che non le apparteneva e che non le offriva alcun sostegno, né cura. La storia della signora B. L. è comunque ben lontana dall'essere conclusa: carcerata – è questo il termine utilizzato nell'ordinanza per indicare l'ingresso in REMS – il 2/3/2022, è stata rilasciata il 25/5/2022 dopo quasi quattro mesi di detenzione. Si rammenti che il tempo d'attesa per l'effettuazione della misura di sicurezza è stato pressoché di pari entità. L'indicazione all'atto della scarcerazione, comunque, è quella del reperimento di un *percorso riabilitativo comunitario*, in quanto non ancora risoltosi il problema di dipendenza da alcool ed essendo la signora rientrata al domicilio con quella stessa madre e sorella verso cui manifestava gli episodi di aggressività durante gli abusi alcoolici. In altri termini, si è alla fine concretizzato quello che già il responsabile del CPS e il direttore del servizio di psichiatria interpellati dal dottor A. avevano predetto: la signora ha necessità di una struttura comunitaria per alcoolisti, non di una residenza detentiva. Il tempo trascorso nella REMS è apparentemente stato privo di risultati: la signora ha ripreso a utilizzare alcool appena scarcerata e ha fatto ritorno al domicilio, entrambi segni evidenti dell'inutilità – se non per scopi punitivi – della misura di sicurezza applicata contro il parere degli psichiatri del servizio di cura ma secondo la volontà del perito esterno.

In una condizione come quella descritta è solo questione di tempo prima che si ripresentino gli episodi di agitazione e violenza domestica, solo questione di tempo prima che la signora MM, che non può stare a casa e che non ha ancora una comunità ove essere riabilitata, torni in SPDC. Doppiamente paradossale è allora rileggere i consigli della sentenza del gennaio 2022 della Corte Costituzionale, la quale perorava il reperimento di strutture alternative alla REMS per una gestione territoriale dei pazienti psichiatrici autori di reato. Il servizio di psichiatria del territorio aveva già espresso l'opinione per cui la signora MM avrebbe giovato di un intervento comunitario, anziché di uno detentivo, eppure il perito dottor A. e la magistratura sono intervenuti per altre vie e con diverso esito. La signora è rimasta ricoverata in SPDC da dicembre 2021 a marzo 2022 e incarcerata in REMS da marzo a maggio 2022, per un totale di sei mesi di ritardo nell'applicazione della cura che gli psichiatri avevano ritenuto essere maggiormente idonea: la comunità riabilitativa.

L'intero caso della signora MM permette di evidenziare il contrasto che spesso nasce tra l'aspetto sanitario e quello giudiziario in contesti di *disordine sociale*, l'imperizia di porre determinate valutazioni su una paziente che non si conosce e che si interroga per la prima – e unica – volta, i ritardi nell'applicazione delle misure di sicurezza, i ritardi ancora più gravi nell'individuare le tipologie di cura opportune e permettere l'accesso alle medesime, la difficoltà da parte della magistratura stessa di superare la sicurezza detentiva garantita dalle REMS e, infine ma non meno importante, la lesione dei diritti del cittadino che tutte quante queste incongruenze comportano.

Il salnitro rimane un composto pericoloso, ad alto rischio di detonazione, che alla comunità fa paura. Per prima cosa, allora, ancora oggi si cerca un luogo di custodia, ove immagazzinare questo esplosivo che la società rifiuta. Eppure si dovrebbe portare la ricerca a un passo successivo, dove non è la comunità l'unica vittima da proteggere, ma anche e soprattutto il paziente, che per le sue stesse esplosioni può ferirsi, venire isolato, forse persino rinchiuso per volere di un giudice.

E dire che basterebbe così poco, l'SPDC ce l'ha nel nome: si tratta di diagnosi e cura, non di detenzione e custodia.

BIBLIOGRAFIA

1. Jean-Pierre Carrez, « *La Salpêtrière de Paris sous l'Ancien Régime : lieu d'exclusion et de punition pour femmes* », Criminocorpus [En ligne], Varia, mis en ligne le 01 janvier 2008, consulté le 19 février 2022. http://journals.openedition.org/criminocorpus/264
2. Colombier et Doublet, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés,* Paris, Impr. royale, 1785, 44 p.
3. E. Lavisse, in A. Corvisier, *La France sous Louis XIV, ordre intérieur et place en Europe*, Paris, S.E.D.E.S, 1979, p.274.
4. M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario*. G. Giappicchelli editore, Torino, 2008, pag. 3
5. Edipo Re, *Sofocle*, edizione Classici Feltrinelli
6. M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario* G. Giappicchelli editore, Torino, 2008, pag. 210

Le REMS e i problemi di sicurezza

di Letizia Mantovani e Renato Mantovani

La Corte Costituzionale con sentenza n. 22 del 2022 si è pronunciata sulle censure intervenute in merito alla gestione delle REMS, nella parte nella quale mancherebbero poteri relativi all'organizzazione e al funzionamento delle strutture riferibili al Ministero della Giustizia.

Senza approfondire eccessivamente gli aspetti di carattere strettamente giuridico, si ritiene utile soffermarsi su alcune considerazioni emerse nelle motivazioni di tale sentenza, la cui rilevanza anche dal punto di vista pratico, può attirare l'attenzione e l'interesse di quei professionisti che operano all'interno di tali strutture o che, comunque, ben conoscono la realtà in cui queste si inseriscono.

L'istituzione di strutture residenziali gestite dal servizio sanitario regionale, con la collaborazione del Ministero della Giustizia, in sostituzione degli ormai definitivamente estinti O.P.G. (ospedali psichiatrici giudiziari), ha sollevato diversi dubbi e polemiche, poiché la normativa che ne disciplina il funzionamento è stata ritenuta, sotto determinati aspetti, in contrasto con alcuni fondamentali principi costituzionali.

Nelle R.E.M.S., come risulta intuibile dall'acronimo che le identifica, vengono eseguite le misure di sicurezza che l'Autorità giudiziaria applica nei confronti di quegli autori di reato che risultano affetti da disturbi mentali o che, per altre cause, non sono in grado di autodeterminarsi liberamente.

Qualora intenda sottoporre il reo a una misura di sicurezza, il giudice deve necessariamente disporre di un quadro probatorio che ne evidenzi in modo inequivocabile la pericolosità sociale: vale a dire, la predisposizione di un individuo a commettere azioni criminali o, comunque, a porre in essere condotte devianti che minaccino la pubblica sicurezza.

All'interno delle R.E.M.S. si dà esecuzione a misure di sicurezza "detentive", ossia fortemente limitative della libertà personale, per le quali il presupposto della pericolosità sociale è strettamente legato all'esistenza di una condizione patologica relativa alla sfera psichica dell'internato. L'intento è quello di evitare che soggetti mentalmente infermi o semi infermi, oppure che versano in stato di intossicazione cronica derivante dall'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, mettano ulteriormente in pericolo sia la propria persona che la collettività. Sotto questo profilo, le R.E.M.S. costituiscono una sorta di *extrema ratio* a cui ricorrere solo quando non è possibile controllare il malato psichico con strumenti differenti e meno afflittivi.

Nonostante le premesse possano far pensare ad ambienti di contenzione particolarmente rigidi, le R.E.M.S., in realtà, promuovono l'attivazione, ove possibile, di un percorso di graduale reinserimento dell'internato nella sua comunità di appartenenza, mediante lo svolgimento di attività terapeutico-riabilitative finalizzate all'integrazione sociale. In questo senso si spiega, quindi, la presenza predominante di personale sanitario specializzato all'interno di dette strutture.

Nel periodo in cui la misura è concretamente eseguita, costante è il controllo del magistrato di sorveglianza, il quale, decorso il periodo minimo di durata della misura, provvede a riesaminare il grado di pericolosità dell'in-

ternato. In questa fase, la magistratura di sorveglianza può decidere di revocare anticipatamente la misura di sicurezza o sostituirla con una meno afflittiva, quale la libertà vigilata, con contestuale affidamento dell'interessato ai servizi territoriali per la cura della salute mentale.

La Corte Costituzionale, con la sentenza sopra richiamata, afferma che l'inserimento in questa tipologia di struttura comporta, chiaramente, una restrizione della libertà personale dell'internato, considerato che gli può essere legittimamente impedito di allontanarsi e che questi può essere sottoposto anche coattivamente a determinati trattamenti sanitari. Ciò posto, la Consulta precisa che, dato il suo contenuto spiccatamente terapeutico, l'assegnazione ad una R.E.M.S. si debba conformare ai principi costituzionali dettati, da un lato, in materia di misure di sicurezza e, dall'altro, in materia di diritto alla salute e alle cure. In questo senso, particolarmente rilevanti sono le norme che la Costituzione predispone sia per la salvaguardia della libertà personale (art. 13 Cost.), che per subordinare alla legge dello Stato l'applicazione di misure di sicurezza e di trattamenti sanitari coattivi (artt. 25 c. 3 e 32 c.2 Cost.).

Tale intervento da parte della Consulta cade, quanto mai, a proposito, poiché la persistente assenza di indicazioni esplicite da parte della legge italiana pesa, ormai da anni, sulla gestione delle REMS. Ad oggi, infatti, l'organizzazione di queste strutture è disciplinata solo da fonti giuridiche secondarie, quali i decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, i decreti ministeriali e gli Accordi da stipularsi in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, in aperta violazione del sopracitato articolo 25, comma 3, della Costituzione.

Secondo la Corte, infatti, il legislatore non può limitarsi ad individuare i casi in cui è possibile applicare una misura di sicurezza detentiva, ma deve altresì delineare le modalità, valide ed efficaci sull'intero territorio italiano, con cui tale misura può effettivamente limitare, se non addirittura escludere, la libertà personale degli internati.

In questo contesto, il sistema delle assegnazioni dei pazienti psichiatrici alle REMS continua a rimanere in uno stato sospeso di incertezza e ambiguità, determinando l'insorgere di gravi problematiche applicative e gestionali.

Un'ulteriore punto dolente, messo in luce dalla Corte, attiene al fatto che, al momento attuale, il nostro ordinamento non è in grado di tutelare concretamente il diritto alla salute del paziente internato, il quale non riesce ad accedere in tempi utili all'assistenza sanitaria e socio-riabilitativa per lui predisposta, né tantomeno riesce a garantire efficacemente la sicurezza sella società esterna. Spiega, infatti, la Consulta che "*da un lato, un diffuso e significativo ritardo nell'esecuzione dei provvedimenti in esame comporta un difetto di tutela effettiva dei diritti fondamentali delle potenziali vittime di aggressioni, che il soggetto affetto da patologie psichiche, e già autore spesso di gravi o gravissimi fatti di reato, potrebbe nuovamente realizzare, e che l'ordinamento ha il dovere di prevenire. Dall'altro, la mancata tempestiva esecuzione di questi provvedimenti lede, al contempo, il diritto alla salute del malato, al quale nell'attesa non vengono praticati i trattamenti che dovrebbero essergli invece assicurati, per aiutarlo a superare la propria patologia e a reinserirsi gradualmente nella società*".

Alla luce di tali considerazioni, la Corte Costituzionale esorta il legislatore, come già avvenuto in materia di fine vita, ad intervenire con una riforma efficace che, attraverso le differenti strategie prospettate dalle competenti Amministrazioni, riduca gradatamente "sino ad azzerare, l'attuale divario tra il numero di posti disponibili e il numero dei provvedimenti di assegnazione" .

Si comprende, quindi, come la Corte Costituzionale abbia cercato, per mezzo di questa sentenza, di offrire una soluzione, teorica nelle premesse ma pratica nelle conclusioni, ad una questione estremamente delicata e controversa, aggravata da un perdurante stato di inerzia legislativa, che non poteva rimanere ancora a lungo ignorata.

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