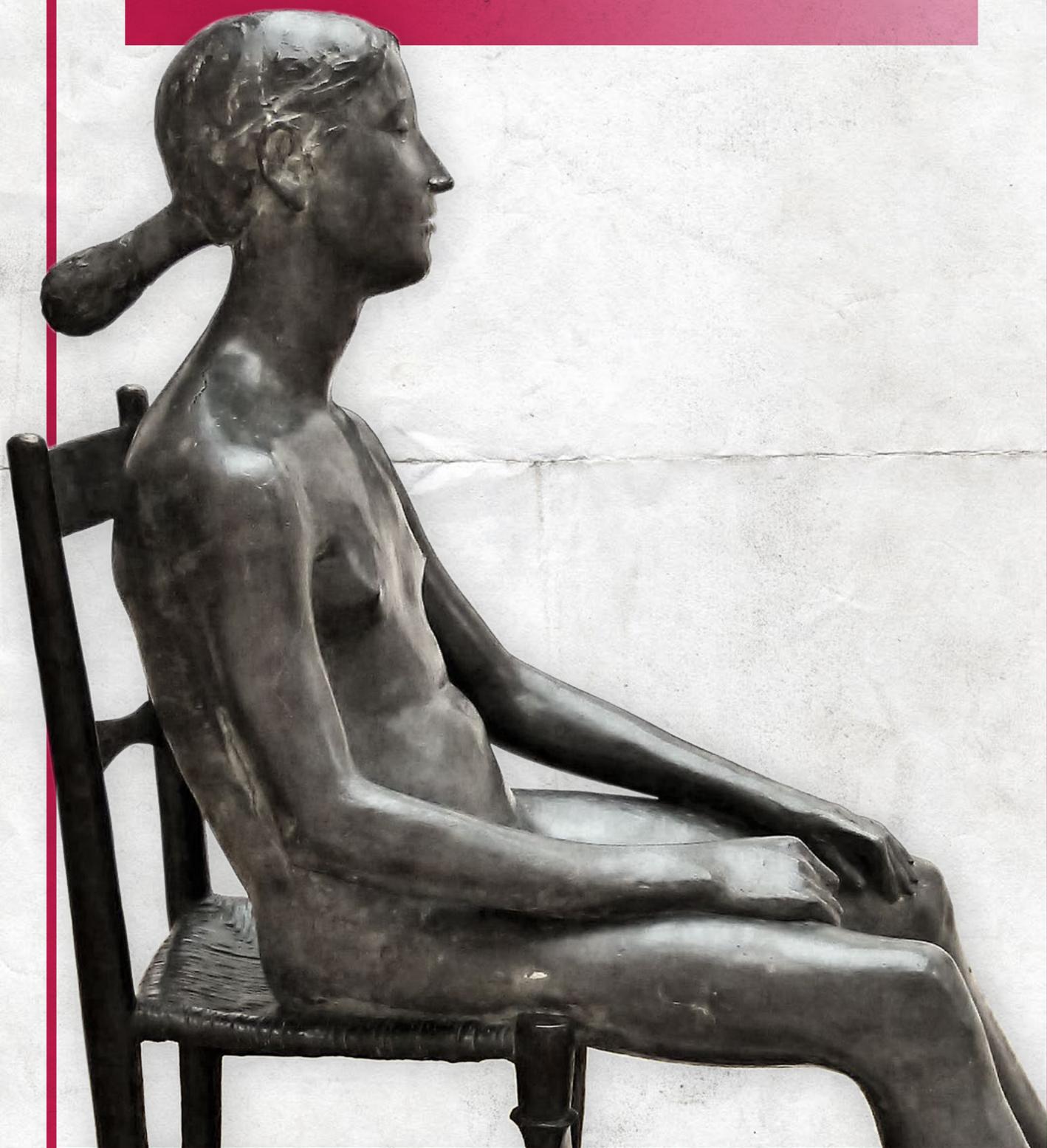




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





Creiamo un futuro in cui le malattie siano un ricordo del passato

Siamo Janssen, l'azienda farmaceutica del Gruppo Johnson & Johnson e lavoriamo ogni giorno per un futuro in cui le malattie siano un ricordo del passato per i pazienti di tutto il mondo.

La nostra ricerca opera in numerose aree terapeutiche: oncologia ed ematologia, immunologia, neuroscienze, infettivologia e vaccini, ipertensione arteriosa polmonare e malattie cardiovascolari, metaboliche e della retina.

Scopri di più su www.janssen.com/italy

janssen 

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson



SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

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

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)

Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

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

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

Art Director:
Paperplane snc

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

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

IN PRIMO PIANO

- 4** La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica di Cerveri G.
- 9** Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia Documento Congiunto CPPL-SIPLO-SIP
- 11** "Uscire dal convento" per andare verso una psichiatria postnormale di Toscano M.
- 14** Chi pensa alla salute mentale oggi? di Vender S.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 21** La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano di Ferrario S., Grecchi A., Alaia M., Bordonaro V., Caccia A., Pisciotto G., Raguso V., Miragoli P.
- 26** Gli Interventi Assiſiti con gli Animali nei contesti psichiatrici di Guarisco C., Paganini M.A., Suter R.
- 34** "Piacere di conoscerti" Progetto pilota di Intervento Assiſito dall'Animale in contesto grupale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani di Luchetta G.A., Collodello S., Carnevali S., Durbano F.
- 43** Emergenza Chemsex MDPV, sessualità e rischio psicopatologico di Pinamonti H., Clerici M.
- 61** Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano 2022-2024 di Polizzi M., Massarotto F., D'Avanzo B., Perillo A., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 68** Dai "percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie" alla visione inclusiva e continuativa dell'autismo del progetto "per.V.In.C.A" di Resi C., Quintini T., Contini R., Chiominto I., Cerveri G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato. di Amatulli A.
- 81** Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra "territorio" e "giustizia" di Provenzi M., Lagazzi M., Di Forti C.L., Affaticati L., Carrara G., Crespi G., Viganò D., Clerici M.
- 86** La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche di Mantovani R. e Mantovani L.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 88** CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
The world forgetting, by the world forgot
Un passo indietro...tre in avanti.
Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa di Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V.
- 92** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
IPronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione? Uno studio qualitativo di De Paola T., Romano F., Elsa V.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 104** La vita del mondo che verrà di Giannelli A.
- 110** Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità di Pantalone A.
- 115** Rosalba Terranova Cecchini
Una vita per la psichiatria e la transcultura di Aliverti M.

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

La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica

Giancarlo Cerveri

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

In molti occasioni convegnistiche ed istituzionali si è tornato a discutere del tema del Diritto alla Cura per chi soffre di patologia psichiatrica, un argomento che sembrava scomparso insieme alle appassionate battaglie di alcuni anni or sono ma che risulta precipitosamente riproposto con un carattere di urgenza da alcuni eventi che sono sopraggiunti nel corso degli ultimi anni.

L'omicidio efferato della collega Barbara Capovani, avvenuto ad aprile di quest'anno ha rappresentato per molti operatori l'espressione concreta di un cambiamento nelle modalità di lavoro che si sono osservate nel corso di questi ultimi anni. Per molti esso è la punta di un iceberg che ha preso a galleggiare a pelo d'acqua nel campo degli interventi rivolti alle persone affette da patologia psichiatrica e al contempo autori di reato.

Con l'approvazione della legge 81 del 31 marzo 2014 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari) si sono avviati una serie di cambiamenti, tra cui la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e l'apertura delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), che hanno coinvolto anche la sensibilità dell'opinione pubblica e di molti addetti ai lavori sul merito dei trattamenti a cui dirigere i soggetti definiti non imputabili per causa psichica e definiti pericolosi socialmente. Sempre di più è prevalsa la direzione di adottare misure rivolte alla cura come soluzione di problematiche che attengono a questioni giudiziarie e

di ordine pubblico. La narrazione prevalente ha teso ad enfatizzare la possibilità di un percorso di cura e cambiamento volto ad estirpare l'eventualità della reiterazione di comportamenti giuridicamente rilevanti, segnatamente se questi erano caratterizzati da violenza e scarsa razionalità. Ne è inevitabilmente emerso un consistente aumento del numero dei soggetti che hanno ricevuto un giudizio di diminuzione parziale o totale della capacità di intendere e/o volere nell'atto della commissione di un reato con invio presso le strutture a cui la legge sopracitata faceva riferimento (REMS) con la promessa di una soluzione espressione di una visione profondamente segnata dal giudizio aprioristico che il malato sarebbe stato guarito e così sarebbe cessata qualunque rischio di commettere reati. La malattia psichica diventava così la determinante essenziale se non unica di comportamenti umani complessi in un processo di ipersemplicificazione della realtà che, come corollario, presentava una soluzione semplice disponibile ed efficace: la cura.

In breve tempo i posti a disposizione nelle REMS si sono riempiti, si sono create liste d'attesa e luoghi alternativi dove poter eseguire tali misure di sicurezza: strutture residenziali psichiatriche, reparti di psichiatria o altre strutture diverse hanno di volta in volta vicariato i luoghi preposti. In molti casi purtroppo anche le carceri sono diventati luoghi di confinamento- senza titolo- per i soggetti ritenuti più pericolosi. Qualcosa di simile, per i cultori della storia dei manicomi è accaduto in Europa e negli Stati Uniti con la fine del secolo 19° e l'inizio del 20°. Società sempre più in affanno nel trattare persone poste

“ai margini dell’ordine sociale borghese” hanno spinto a soluzioni di confinamento con la certezza di una risposta semplice e rassicurante che ha finito per produrre quella mostruosità giuridica, clinica ed etica da cui si è cominciato ad uscire solo nella seconda metà del secolo scorso. In sintesi, si è costruita una nuova illusione collettiva per poter affrontare complesse vicende umane con soluzioni semplici e che fossero capaci di assolvere da qualunque senso di colpa l’opinione pubblica. La sicurezza di poter fare il bene per tutti, senza fatica e senza impegno.

E così, pensando a ciò che sta capitando, con un po’ di sconforto, vengono in mente le parole di Antonio Gramsci che nel 1921 scriveva su “L’Ordine Nuovo”

“L’illusione è la gramigna più tenace della coscienza collettiva: la storia insegna, ma non ha scolari.”

Il processo avviato su questi presupposti ha poi generato non solo enormi difficoltà attuative ma anche diverse criticità rispetto al tema del **diritto alla cura**. In particolare, tale diritto è risultato diminuito nella sua pienezza secondo direttrici divergenti che coinvolgono tutti gli attori che in modo diverso sono coinvolti nel sistema della salute mentale.

Ha infatti coinvolto i **soggetti autori di reato sottoposti a misure di sicurezza** non eseguite o mal realizzate, che creavano inevitabilmente sospensione rispetto a qualunque percorso di cura. Persone sospese in attesa di una assegnazione a quanto disposto dall’autorità giudiziaria che non ricevono una valutazione ed un percorso adeguato proprio perché il sistema di cura resta in attesa di una definizione di ruoli e compiti che non possono trovare soluzioni per assenza di risorse adeguate alla prescrizione giuridica.

Ha coinvolto **soggetti autori di reato reclusi in carcere**, in quanto le modifiche contenute nella legge,

trasferendo le competenze sanitarie per la salute mentale in luoghi extracarcerari, ha contribuito ad un profondo disinvestimento delle capacità di fornire cure adeguate alle numerose persone detenute negli istituti di pena e spesso bisognose di adeguati trattamenti specialistici.

Ha coinvolto **pazienti in carico ai servizi non autori di reato** che si trovano a competere in scarsità di risorse con persone che, alla luce della loro pericolosità, ottengono in modo prioritario i pochi servizi dispensabili. Anche questo è un tema di cui poco si è discusso ma che solleva dei profili di valutazione estremamente critici. I servizi pubblici per la salute mentale, prioritariamente quelli destinati ai trattamenti residenziali (ma in realtà ha riguardato anche le altre forme di intervento), sono stati forniti di risorse finite, che idealmente avrebbero dovuto rispondere a specifici bisogni di cura. Nel corso degli ultimi anni, l’attribuzione ai Dipartimenti di Salute Mentale degli interventi rivolti ai soggetti autori di reato ha creato una profonda sperequazione di diritto di accesso, rendendo necessariamente prioritario l’utilizzo delle risorse per i soggetti che presentavano un complesso di prescrizioni giuridiche ed una attribuzione di responsabilità rispetto al percorso di cura, diminuendo le possibilità di ricevere risposte per i cittadini che “semplicemente” soffrivano di una patologia psichiatrica aver posto in essere comportamenti antiggiuridici

Ha coinvolto tutti i **cittadini bisognosi di diagnosi e cure per patologie psichiatriche** che sono stati allontanati dai servizi di salute mentale descritti con sempre maggiore enfasi come i luoghi di cura per soggetti autori di reato e strutture di gestione per soggetti con pericolosità sociale. In questo caso ha prevalso quel meccanismo di eccessiva attribuzione di significato rivolto ai servizi di salute mentale che, dovendosi occupare in modo prioritario di persone con comportamenti antiggiuridici, sono stati percepiti da alcuni utenti come luoghi non adatta da cui è preferibile stare lontano. Ciò che noi chiamiamo Stigma.

Ha infine coinvolto il **personale sanitario** che, in una condizione di risorse decrescenti, si è sempre più caricato di responsabilità legate a sorveglianza ed inibizione della reiterazione di comportamenti antiggiuridici trascurando inevitabilmente gli obiettivi di rispondere ai bisogni di cura dei cittadini.

Alcune delle enormi criticità contenute nella legge 81 del 2014 hanno trovato riscontro nella sentenza 22 del 2022 della Corte Costituzionale. Secondo quanto dichiarato dall'ufficio stampa della stessa nel comunicato del 27 gennaio 2022, "L'applicazione concreta delle norme vigenti in materia di residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) nei confronti degli autori di reato affetti da patologie psichiche presenta numerosi profili di frizione con i principi costituzionali, che il legislatore deve eliminare al più presto".

IL DIRITTO ALLA SALUTE

L'articolo 32 Costituzione tutela il diritto alla salute e rappresenta un disposto di particolare complessità nell'esame, nell'interpretazione e nella sua applicazione. Esso, infatti, garantisce un insieme variegato di posizioni giuridiche soggettive.

Potrebbe essere letto a tutela di un insieme di diritti non coincidenti ed in taluni casi confliggenti. Alcuni aspetti sono comunemente ritenuti tipici dei diritti sociali (la pretesa che ha ad oggetto una prestazione), quando si presenta come diritto alle cure (gratuite o sotto costo), per altri versi attiene più propriamente a diritti di libertà (la pretesa che ha ad oggetto l'astensione alla cura), quando si presenta come diritto a determinarsi in ordine alle proprie scelte terapeutiche (quindi anche come diritto a non essere curato).

Viene in questo senso rappresentato come una costellazione di istanze in cui assumono rilievo, contemporaneamente, intrecciandosi tra loro, pretese a determinati comportamenti pubblici, pretese di astensione e situazioni

soggettive di svantaggio.

La salute, in questi termini, è un diritto per il singolo e un interesse per la collettività, ed è proprio per ovviare ai rischi insiti in tale asimmetria che ne consegue la sua tutela in via primaria ed immediata come modo di essere della persona ed espressione della sua sfera di libertà, che non può quindi subire alcuna deminutio nel rapporto-confronto con le esigenze collettive.

In tale ottica si può scorgere un percorso nello sviluppo della nozione di salute che, finisce per comprendere non soltanto funzioni biologiche in senso stretto, ma anche capacità logiche, affettive e relazionali fino all'espansione alle istanze individuali e sociali (dalla tutela della salute dei lavoratori alla salubrità dell'ambiente, dal diritto al risarcimento del danno biologico sino all'affermazione del consenso informato) in diritti giustiziabili (Principato 1999).

Costituzione Italiana

Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

PERCHÉ IL DIRITTO ALLA SALUTE PER CHI SOFFRE DI UNA PATOLOGIA PSICHIATRICA È UNA PRIORITÀ?

Esiste un diffuso consenso, sostanziato da numerosissime ricerche di letteratura, sul fatto che i disturbi psichiatrici e quelli legati all'uso di sostanze sono causa di un elevato grado di sofferenza e danno economico, soprattutto nella misura in cui chi ne soffre non riceve un trattamento adeguato. Almeno un quinto dei pazienti che accedono

ai servizi di medicina generale, nei paesi occidentali, lo fa per un problema di salute mentale. Un terzo delle persone ricoverate negli ospedali generali soffre anche di un disturbo psichiatrico.

I pazienti sofferenti di una patologia psichiatrica hanno un'aspettativa di vita ridotta, rispetto alla popolazione generale, per qualche condizione medica associata e per un ridotto accesso ai servizi sanitari di cura.

Al mondo c'è un suicidio ogni 40 secondi e la grande parte di questi soggetti soffre di una patologia psichiatrica diagnosticabile.

Nonostante questi dati la quota di budget sanitario dedicato alla salute mentale permane ridotta rispetto ai bisogni.

Esistono validi trattamenti per questi disturbi anche se servizi sottofinanziati, poco integrati e con personale non adeguatamente formato diminuiscono la possibilità di fornire strumenti di cura adeguati. A questi aspetti si somma lo Stigma come barriera a volte insuperabile per chiedere aiuto. Creare servizi sempre più separati dal contesto della medicina rischia di amplificare questo fenomeno riducendo la possibilità per i cittadini di accedere a percorsi di cura efficaci.

Assicurare la cura per la patologia mentale ai cittadini resta ancora nel nostro paese un obiettivo da realizzare completamente.

È per tale motivo che ritengo critico creare servizi psichiatrici sempre più legati a specifiche attività di gestione dei soggetti autori di reato e al contempo proporre modalità di intercettazione del disagio psicologico tramite altre figure professionali incardinate in improbabili servizi di promozione della salute. Un modello che tende a creare separazione e non integrazione dei percorsi di cura e soprattutto finisce inevitabilmente per allocare le risorse in modo non coerente con bisogni di cura che rischiano di rimanere ampiamente insoddisfatti nelle forme moderate e severe che maggiormente rischiano di

non incontrare servizi accessibili, di vedere diminuito il diritto alla cura con gli esiti conseguenti sopradescritti.

PERCHÉ È UNA PRIORITÀ GARANTIRE IL DIRITTO ALLA CURA PSICHIATRICA ANCHE ALLE PERSONE RECLUSE?

Nel mondo ci sono più di 10 milioni di persone in stato di reclusione e in tutte le ricerche condotte si osserva una più elevata prevalenza di patologia psichiatrica in questi soggetti rispetto alla popolazione generale. Il dato che emerge con frequenza è il basso livello di identificazione e trattamento di questi disturbi. Il rischio di mortalità in generale è elevato ma la differenza con la popolazione generale risulta particolarmente marcata per quanto riguarda il rischio di suicidio, violenza e self-harm. Particolarmente rilevante è il tema delle terapie sostitutive con oppiacei e la particolare attenzione da porre alle popolazioni con bisogni specifici per la salute mentale, donne, anziani, immigrati. Le realtà carcerarie italiane necessitano di uno specifico investimento sul tema del diritto alla cura con risorse interne dedicate sia in termini di spazi che di personale che di trattamenti.

La perdita del diritto alla salute mentale in soggetti la cui unica disposizione è la limitazione della propria libertà non solo rischia di configurare un ingiusto aggravio di quanto disposto dalla nostra costituzione ma contribuisce a rendere la pena di più difficile esecuzione favorendo la ricerca di soluzioni alternative come per esempio l'identificazione di percorsi sanitari esterni al carcere al fine di ovviare ad una carenza della struttura detentiva. Soluzioni queste che nascono da motivazioni anche comprensibili e rispettabili ma che rischiano poi di produrre degli effetti non prevedibili su servizi a valle non preparati nella gestione di pazienti con complessità comportamentali spesso molto rilevanti.

Il rischio di dovere trattare in un contesto psichiatrico nato per soggetti con gravi patologie dello spettro psi-

cotico persone caratterizzate dalla presenza di disturbi di personalità e necessitanti del valore retributivo del sistema carcerario finisce inevitabilmente per sovraccaricare il personale della struttura sanitaria rendendolo di fatto incapace di fornire risposte di cura adeguate a qualunque utente.

In conclusione difendere il diritto alla salute nel contesto della salute mentale rende sempre più necessario ripensare alla missione dei servizi di salute mentale ridefinendone i confini, stabilendo i luoghi di intervento, ribadendo la centralità dell'articolo 32 della costituzione per tutti i cittadini senza alcuna distinzione, ma è al contempo necessario ridefinire i compiti e gli ambiti di intervento degli altri apparati del nostro paese che devono assicurare risposte legate al tema della sicurezza e della retribuzione connessa all'erogazione delle pene detentive.

BIBLIOGRAFIA

1. Fazel S., Hayes A.J., Bartellas K., Clerici M., Trestman R., *Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions*. Lancet Psychiatry. 2016 Sep;3(9):871–81.
2. Latoo J., Mistry M., Wadoo O., et al., *Why mental health service delivery needs to align alongside mainstream medical services*. Asian Journal of Psychiatry, Volume 71, 2022.
3. Principato, L., *Il diritto costituzionale alla salute: molteplici facoltà più o meno disponibili da parte del legislatore o differenti situazioni giuridiche soggettive?* Giurisprudenza costituzionale, 1999, t. II, p. 2513.

Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia

Il tema della Salute Mentale risulta cruciale nella vita di milioni di cittadini nella nostra Regione. Come emerge da diverse ricerche, dal 20 al 30% della popolazione soffre ogni anno di una condizione clinica rilevante riconducibile alla patologia mentale.

È una condizione di sofferenza che coinvolge l'individuo e l'intera rete delle relazioni familiari, riguarda donne e uomini, soggetti adulti, minori ed anziani.

Il mancato aiuto ai cittadini affetti da questi disturbi produce isolamento, disperazione e perdita di opportunità e al contempo rappresenta un danno enorme per tutta la società.

Regione Lombardia ha storicamente strutturato un sistema di servizi frutto di un'integrazione tra pubblico e privato che, pur in una condizione di risorse troppo limitate e non equamente distribuite sul territorio regionale, ha sempre cercato di garantire, grazie all'impegno di tutti gli operatori coinvolti, una risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Nel corso di questi ultimi 3 anni sono accaduti eventi nuovi che hanno enormemente messo alla prova un sistema rendendolo in alcune aree incapace di rispondere in modo accettabile al diritto alla salute.

La pandemia da Covid-19 ha aumentato drammaticamente le richieste di cura in alcune fasce di popolazione, in particolare adolescenti e giovani adulti e persone anziane.

L'entrata a regime della legge di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha portato all'affidamento ai servizi di salute mentale di un numero sempre crescente

di soggetti autori di reato in assenza di adeguate e concordate procedure e risorse, con grave rischio di mettere a repentaglio l'incolumità di operatori e pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere e/o residenziali.

Come altre discipline la Psichiatria, insieme alla Neuropsichiatria Infantile e ai Servizi per le Dipendenze, si sono trovati in enorme difficoltà nel reclutamento del personale infermieristico e soprattutto medico-specialistico. Tale situazione ha già portato alla chiusura di diversi servizi di cura ospedalieri e territoriali in Regione con una notevolissima difficoltà, nelle aree distanti dai grandi centri urbani, a garantire risposte di cura ai cittadini e alle loro famiglie e costringendo gli operatori a condizioni di lavoro non sicure.

Al fine di garantire un'adeguata risposta di cura a tutti i cittadini lombardi e considerato il perdurare di tali gravi carenze nel corso dei prossimi anni, si ritiene utile definire un programma di fondo che possa permettere l'equilibrio del sistema tra domanda di salute e risorse a disposizione:

1. Attribuzione di un'attività programmatica forte a livello regionale capace di definire i bisogni dell'area Salute Mentale nel contesto della programmazione sanitaria dell'organizzazione dei servizi e delle risorse, contrastando la deregolazione lasciata alle decisioni di singole realtà territoriali. Creazione quindi di un'Agenzia Regionale per la Salute Mentale capace di fornire risposte eque e di valore a tutti i cittadini in tutti i territori.

2. Promozione della centralità del Servizio Pubblico nel definire le priorità dei bisogni, delle risposte di cura e dei percorsi per la salute in integrazione con gli erogatori privati.
 3. Definizione di un nuovo Piano Operativo Regionale per la Salute Mentale che si fondi sui seguenti principi:
 - a. Rafforzamento del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DMSD) come struttura organizzativa capace di fornire percorsi integrati e multiprofessionali volti a garantire le risposte di cura per tutti i cittadini nelle diverse fasi della vita garantendo continuità e appropriatezza dei trattamenti. Tale servizio svolgerà le proprie funzioni nell'area della psichiatria, delle dipendenze, della neuropsichiatria infantile e della psicologia clinica.
 - b. Attivazione dei servizi di prevenzione delle patologie e di promozione della salute attraverso l'attribuzione di programmi specifici di intervento coordinati da Regione Lombardia e diffusi su tutto il territorio nelle articolazioni delle ATS e delle singole ASST.
 - c. Implementazione di programmi volti al miglioramento degli interventi di cura rivolti a soggetti autori di reato, migliorando gli interventi svolti nell'ambito territoriale, adeguando l'offerta di posti letto nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e promuovendo livelli di assistenza elevati nelle realtà carcerarie, nonché attivando un tavolo permanente regionale finalizzato a pianificare i percorsi e i rapporti con la magistratura.
 - d. Miglioramento dell'integrazione formativa tra Servizio Sanitario Regionale e Università per implementare le competenze cliniche e gestionali dei medici in formazione nel contesto della disciplina di psichiatria e neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza come già avviene per le figure dei Medici di Medicina Generale e per il corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.
 - e. Attivazione di un progetto di censimento e ridefinizione dei fabbisogni di personale nei diversi territori al fine di creare risposte di cura omogenee su tutto il territorio garantendo una reale esigibilità degli interventi necessari a favore di tutti i cittadini lombardi.
4. Attivazione di risposte urgenti per giungere al reclutamento del personale che permetta di riattivare i servizi essenziali in tutte le aree di Regione Lombardia tramite la modifica delle modalità concorsuali, incentivazioni economiche nelle aree disagiate ed eventuale transitoria deroga delle norme di reclutamento.
 5. Definizione di specifiche aree di attività da svolgere da parte del personale del DSMD all'interno delle Casa di Comunità, con presenza per fasce orarie e con modalità organizzate di collaborazione con Medici di Medicina Generale e Specialisti Ambulatoriali da parte di operatori di tutte le professionalità presenti nel DSMD.

FIRMATO

Coordinamento Direttori di Psichiatria Regione Lombardia (CPPL)*Segreteria*

Giancarlo Cerveri

Carlo Fraticelli

Piero Antonio Magnani

Marco Toscano

Antonio Vita

Società Italiana di Psichiatria (SIP)*Presidente*

Emi Bondi

Società Italiana di Psichiatria Sezione Lombardia (SIP-Lo)*Presidente*

Massimo Clerici

Mauro Percudani

Segreteria Coordinamento Direttori di Psichiatria di Regione Lombardia

“Uscire dal convento” per andare verso una psichiatria postnormale

Marco Toscano

DIRETTORE UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PSICHIATRIA
OSPEDALIERA E TERRITORIALE ASST RHODENSE

I contenuti di questo breve intervento mi sono stati suggeriti dalla lettura delle interessanti considerazioni fatte da Giancarlo Cerveri nell'editoriale comparso lo scorso numero su questa rivista (Cerveri, 2022) relative alla perdita di appeal comunicativo da parte della disciplina psichiatrica. Tra le possibili soluzioni avanzate mi riaggancio al primo dei punti che WHO suggerisce per restituire valore alla Salute Mentale e che potremmo riassumere con l'espressione *partecipazione allargata*.

La psichiatria italiana ha una lunga quanto variegata e spesso anche sofferta tradizione di collaborazione e confronto con utenti e familiari. Questo sodalizio ha generato quella che è stata definita la “rivoluzione dolce” del *fareassieme*. (De Stefani, 2019) Il principio ispiratore, sia teorico che operativo, era quello del “mettere ‘assieme’ utenti, familiari, operatori e cittadini e di fare in modo che potessero scambiarsi le reciproche esperienze in modo libero e aperto” (ibid. pag. 23).

Le premesse di questo modo di operare si trovano, dapprima, nel percorso culturale che ha portato al varo della legge 180 e successivamente nei quindici anni seguiti ad essa e condensati nel primo Progetto Obiettivo “Tutela salute mentale 1994–1996” nella cui premessa si stabilisce la necessità di favorire sempre più “la partecipazione diretta degli utenti, dei familiari e delle reti sociali ai processi di cura e riabilitazione”.

Da allora tutti i documenti in materia di salute mentale, sia nazionali che regionali, hanno ribadito questo principio la cui espressione più recente e compiuta si condensa nel “Atto di indirizzo riguardante le modalità di partecipazione ai processi decisionali del Ministero della salute da parte delle associazioni o organizzazioni dei cittadini e dei pazienti impegnate su tematiche sanitarie” (Ministero della Salute, 2022). Con questo atto il Segretariato Generale del Ministro della Salute sancisce che i cosiddetti *Stakeholders* partecipino ai processi di consultazione, definizione dell'agenda, co-progettazione dell'intervento, supporto all'implementazione dei programmi di politica sanitaria, generazione delle evidenze, valutazione e monitoraggio nonché possibilità di rivalutazione, per quanto concerne la salute mentale (ibid.).

La reiterata affermazione di questo principio pone inevitabilmente il quesito se queste scelte siano espressione unicamente di una esigenza etica oppure se a sottenderle vi sia anche un razionale epistemico.

L'ATTEGGIAMENTO POSTNORMALE

Le competenze scientifiche sono da sempre al servizio della *policy* ed è evidenza comune che, di fronte a problemi puntiformi e squisitamente tecnici, la scienza abbia fornito il più delle volte risposte utili a guidare il processo decisionale politico. Ma quando il problema da

complicato diviene complesso ovvero, nella definizione di Atlan (Atlan, 1991), quando in una situazione non esistono prospettive privilegiate l'*expertise* della scienza ufficiale non può più essere l'unica risposta. Gli effetti sul pianeta del cambiamento climatico, l'impatto su un territorio di centrali nucleari oppure la gestione delle misure atte a contenere una pandemia sono esempi di una complessità che difficilmente trova soluzione unicamente nelle competenze dei professionisti di settore. Anche la disciplina psichiatrica affronta situazioni complesse quali la ricerca di strategie per l'intercettazione precoce ed il trattamento di stati mentali a rischio, il dibattito sulla contenzione oppure la definizione di modelli organizzativi dei servizi di salute mentale.

Nel 1993 la rivista internazionale *Future* pubblicava il lavoro seminale di Funtowicz e Ravetz (Funtowicz, 1993) in cui si dava inizio ad un diverso e nuovo atteggiamento interno alla scienza definito *postnormale*. Secondo gli Autori in presenza di problemi caratterizzati da *elevata complessità, condizioni di forte incertezza, presenza di interessi e valori contrastanti* e necessità di provvedimenti *urgenti* è fondamentale che vengano messe in campo competenze che non possono essere solo più solo quelle della "scienza ufficiale".

Come ricordano Mangia e L'Astorina (Mangia, 2022) l'incertezza in cui si dibatte la scienza ufficiale rimanda ad un'immagine di "scienza in affanno" in situazioni di grande complessità e conseguente incertezza. Incertezza che si declina a più livelli come *incertezza dei dati* scientifici spesso incompleti o carenti, *incertezza dei modelli* dovuta alla comprensione parziale dei fenomeni su cui si basano i modelli stessi e infine *incertezza della completezza* che rimanda a tutto ciò che ancora non è noto riguardo al fenomeno in oggetto.

Quale quindi la strategia per tenere assieme i pezzi di un puzzle che fatica a comporsi? La risposta potrebbe trovarsi nell'aprire la discussione a soggetti diversi:

"In evaluating public policies there is a clear need to integrate scientific and technical expertise with local knowledge and legitimate interests, values and desires of the extended peer communities" (Funtowicz, 1993). In una recente intervista (Mangia, 2022) Funtowicz chiarisce che "La scienza post-normale non è un nuovo metodo scientifico né un nuovo paradigma che cerca di diventare la nuova normalità scientifica" piuttosto è un modo diverso di intendere il contributo della scienza alla decisione politica che si deve raccordare con quanti hanno una posta in gioco ed una prospettiva alternativa (utenti, familiari, cittadini, scienziati aderenti a prospettive minoritarie e quanti abbiano un interesse). Lo stesso Autore precisa che armonizzare i giudizi di una comunità estesa di pari non significa affermare il principio che la verità non esista bensì "l'aver deciso, fin dall'inizio, di mettere tra parentesi l'ideale di verità. Ciò non perché la verità non sia importante ma perché, in condizioni post-normali, essa non è raggiungibile" (ibid.).

In conclusione quindi se davvero si vuole "uscire dal convento" e tornare a farsi capire forse è necessario partire dall'ascolto degli altri, dei loro valori espressi nel loro linguaggio accettando l'idea che una verità senza consenso sia solo una mezza verità. Ma come recita il ritornello di una canzone pop dei nostri tempi, se accettiamo di ragionare in termini postnormali, non potremo sottrarci dal rispondere al quesito "dimmi cosa sei disposto a perdere?"

È evidente che accettare un'approccio come quello sopra descritto significa aprire al dialogo, al confronto, alla fatica della mediazione ma anche alla rinuncia di una posizione di centralità nel definire le risposte. Lo stesso Cerveri (Cerveri, 2022) elenca una serie di punti qualificanti quali l'investimento in ricerca, la "formazione permanente" dei policy maker sui temi della salute mentale, la lotta allo stigma e all'abuso terapeutico, l'accesso facilitato alle cure. Ma credo che ancora più potenti nel generare cambiamento siano i momenti di incontro e

confronto. Spostare l'asse degli interventi dalle "celle del convento", dagli spazi di cura istituzionali agli spazi di vita del paziente secondo una logica di *outreach e flessibilità operativa* possa essere un buon modo per conoscere e farsi conoscere. Pertanto riorganizzare i servizi con una maggiore proiezione verso l'esterno e con una maggiore vocazione alla condivisione esperienziale anche facendo ricorso a professionalità in grado di parlare lo stesso linguaggio dell'utenza quali l'educatore ed il Terp.

Scendere in campo nella quotidianità senza per questo trascurare livelli più "alti" di interlocuzione. La "Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia" nata dallo sforzo congiunto del Coordinamento Direttori di Psichiatria Regione Lombardia (CPPL), Società Italiana di Psichiatria (SIP) e Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-LO) mette al primo posto la creazione di una Agenzia Regionale per la Salute Mentale dotata di capacità programmatiche forti a livello regionale. Questa nuova realtà andrebbe pensata come il luogo privilegiato dell'incontro tra *stakeholders*. Un luogo in cui domanda e offerta si misurano a vicenda con senso della realtà e con modalità più trasparenti possibili senza i "vogliamo" della domanda ed i "vedremo" dell'offerta. Sforziamoci quindi di immaginare un cambiamento topologico, lasciamo il convento per ritrovarci nell'agorà.

BIBLIOGRAFIA

4. Cerveri G., *The Eternal Sunshine of a Spotless mind. Ovvero come riprendere ad usare la parola in Psichiatria*. Psichiatria Oggi, Anno XXXV,2, 2022.
5. World Health Organization, *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization, 2022.
6. *Le Parole Ritrovate. La rivoluzione dolce del fare assieme nella salute mentale*. De Stefani R. e Tommasi J. (a cura di), Erickson, 2019.
7. Ministero della Salute. Segretariato Generale. *Atto di indirizzo riguardante le modalità di partecipazione ai processi decisionali del Ministero della salute da parte delle associazioni o organizzazioni dei cittadini e dei pazienti impegnate su tematiche sanitarie*.
0014529-03/10/2022-SEGGENMDS
8. Atlan H., *Tout non peut-être*, Editions du Seuil, Paris, 1991.
9. Funtowicz S., Ravetz JR., Science for the Post-Normal Age, *Futures*, 25, 735-755, 1993.
10. Mangia C., L'Astorina. A., *Perché sono necessari nuovi approcci di indagine*. in L'Astorina A. & Mangia C. (eds), *Scienza, politica e società: l'approccio post-normale in teoria e nelle pratiche*. SCIENZIATI IN AFFANNO? (Vol. 1): pp.296. Cnr Edizioni, 2022.
11. Munda G., Social multi-criteria evaluation: Methodological foundations and operational consequences *European Journal of Operational Research* 158, 662-677, 2003.
12. Funtowicz S., *Cosa è e cosa non è la scienza post-normale in* L'Astorina, A. & Mangia, C. (eds), *Scienza, politica e società: l'approccio post-normale in teoria e nelle pratiche*. SCIENZIATI IN AFFANNO? (Vol. 1): pp.296. Cnr Edizioni, 2022.

Chi pensa alla salute mentale oggi?

Simone Vender

ONORARIO DI PSICHIATRIA ED EX-PRESIDENTE SIPLO

La lettura degli scritti di Alberto Giannelli, di Giancarlo Cerveri, di Emi Bondi, di Claudio Mencacci e Matteo Balestrieri, presenti nella Sezione **In Primo Piano** dello scorso numero della nostra rivista, mi hanno spinto a ripensare alla situazione attuale, così come emerge da quei contributi, ed a riflettere sulla psichiatria che per vari decenni ho praticato anche in posizioni di responsabilità. In particolare, segnalerò alcuni miei pensieri sulla sua evoluzione in stretto rapporto con le trasformazioni sociali avvenute, essendo la pratica psichiatrica, come diceva il mio maestro Dario de Martis, fondata sul carattere ambiguo del criterio di normalità e sulla configurazione sociale del disturbo psichico.

Lasciata alcuni anni fa la pratica universitaria e assistenziale attiva, mi sono dedicato al progetto Umanesimo manageriale, nato all'Università dell'Insubria, promosso dall'allora Direttore Generale Gianni Penzo Doria: rivolto alla Comunità professionale del personale tecnico amministrativo delle Università e degli Enti pubblici di ricerca (ma applicabile anche a tutti i dipendenti pubblici e privati) si occupa di diffondere argomenti di psicologia comportamentale, di giustizia riparativa, di beyond management e su tutto ciò che riguarda *l'etica del funzionario pubblico*.

Sulla base della mia esperienza professionale con i gruppi di lavoro, ho approfondito le dinamiche lavorative connesse al senso di appartenenza (<https://www.filodiritto.com/appartenenza>), le difficoltà nel creare un

Spes contra spem

clima di collaborazione e di squadra nelle diverse attività (<https://www.filodiritto.com/collaborazione>), per indagare poi la reticenza nel chiedere scusa di fronte a evidenti comportamenti inadeguati nei confronti dei colleghi, che inevitabilmente succedono (<https://www.filodiritto.com/chiedere-scusa>).

Nel trattare questi temi avevo in mente episodi della mia vita professionale, che avevano creato non poche difficoltà nel dirigere il composito gruppo di collaboratori e nella creazione di un clima di reciproca fiducia e di condivisione e composizione dei frequenti contrasti nell'affrontare casi clinici gravi e complessi (compresi quelli con risvolti giudiziari).

Sono situazioni, quelle accennate, che incidono molto nella conduzione manageriale di un Dipartimento di Salute Mentale o di un'Unità Operativa, creando fratture e riflettendosi, subito, sulla qualità dell'attività clinica dei singoli operatori e del gruppo nel suo complesso. La qualità, infatti, è direttamente connessa sia al grado di partecipazione ed entusiasmo al progetto (come accennato da Giannelli per il suo passato come Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Bergamo) sia al proliferare di delusioni, lamentele, contrasti personali gravi nonché dimissioni dal lavoro istituzionale, come ultima chance.

Se la politica o i politici sono disinteressati alla salute mentale, la psichiatria è in buona compagnia, perché il finanziamento della sanità, tenuto conto dell'alta inflazione, è stato tagliato, per cui si può parlare di uno

scarso interesse alla sanità pubblica: ciò reclamerebbe un'opportuna unione di rivendicazioni piuttosto che iniziative differenziate (anche se è facile riconoscere che le abitudini comportamentali nella sanità vanno in segno opposto).

EVENTI SOCIALI NUOVI DEGLI ANNI PIÙ RECENTI

Questi dati macroeconomici, che ben giustificano gli interventi sulla Rivista accennati all'inizio, non possono essere disgiunti da eventi sociali eclatanti e forse imprevisi nelle loro dimensioni, determinati da scelte e comportamenti individuali, che per la loro diffusione sono espressione di un'evidente modificazione della scala dei valori personali e dei gruppi, a cui eravamo invece abituati: mi riferisco, in particolare alla tendenza a lasciare spontaneamente il posto di lavoro (<https://www.filodiritto.com/great-resignation> – il fenomeno delle grandi dimissioni) ed anche al ridimensionamento del mito del posto fisso (<https://www.filodiritto.com/posto>).

Per quanto riguarda la psichiatria, vi sono stati da sempre alcuni colleghi che hanno scelto la libera professione o l'attività in strutture private in alternativa a quella istituzionale pubblica: da vari anni, con la chiusura degli ospedali psichiatrici si sono, inoltre, moltiplicate le strutture comunitarie convenzionate con il SSN per il trattamento di pazienti cronici, che hanno attirato molti professionisti, probabilmente anche per una minore rigidità nei ruoli, come avviene nel pubblico. Per non parlare poi della "fuga all'estero" di molti validi professionisti, anche per la notevole differenza di stipendio. Ma non si possono dimenticare i posti scoperti o gli abbandoni in quelle scuole di specializzazione che prospettano un lavoro più faticoso o rischioso, certamente con una qualità di vita peggiore, senza dimenticare la carenza grave di domande al corso di laurea per infermieri rispetto ai posti disponibili: sono tutti indicatori della complessità della

situazione sanitaria attuale, cui si aggiunge l'influenza del precariato, segni di enormi difficoltà per la sanità.

Tuttavia, pensare che sia l'*homo oeconomicus* a guidare ogni nostro comportamento, per cui la politica dell'incentivo o del bonus, anche se importante, possa avere un ruolo determinante nel modificare le scelte dei singoli, mi pare riduttivo o per lo meno parziale.

I due fenomeni sociali indicati ci portano a valutare anche altri modi di comprendere lo stato attuale: qualcuno, ad esempio, ha sostenuto, che anche lo smart working (forse è più adeguato parlare di *remote working*) vi abbia contribuito durante la pandemia, facendo sperimentare direttamente alle persone come vi possa essere qualcosa di diverso dal rigido dualismo casa-lavoro, casa-ufficio. Così come la qualità della vita, come esigenza personale principale, ha sicuramente giocato un importante ruolo nelle scelte e decisioni lavorative. Il fattore principale di motivazione in Italia della scelta di dimettersi spontaneamente, dai dati di alcune ricerche, sarebbe soprattutto la possibilità di poter gestire, in libertà, il proprio tempo: lo scopo personale è quello di raggiungere un buon livello di bilanciamento vita-lavoro.

Senz'altro, nella comparsa di questo fenomeno sociale vanno considerati anche altri risvolti, che contribuiscono a farci comprendere meglio questo punto di rottura rispetto al passato, che ha un grande peso nell'attività e qualità dei servizi sanitari (psichiatrici o meno): per alcuni potrebbe essere dovuto ad un eccesso di fatica per carichi di lavoro enormi e soprattutto scarsa sicurezza nell'ambiente di lavoro, per altri addirittura ad una condizione di burnout, da cui la ricerca di un lavoro che possa preservare il proprio benessere (le frequenti dimissioni dai posti di Pronto Soccorso hanno chiaramente questo significato). Per altri ancora la pandemia può aver fatto rivedere la personale e familiare scala dei valori nelle aspettative sul lavoro, modificando le priorità nella quotidianità, preferendo la ricerca di una migliore

qualità della vita, per avere maggiori soddisfazioni e per ridurre lo stress patologico.

Si può dire, dunque, che in questi anni a tutelare la propria salute mentale ci ha pensato un vasto gruppo di persone, facendo scelte lavorative che rispettassero il proprio benessere, non fidandosi solo sulla preoccupazione dell'organizzazione istituzionale a migliorare le condizioni lavorative.

Mi piace qui ricordare due recenti iniziative autonome di colleghi ed operatori sanitari, perché dimostrano la creatività dei gruppi di lavoro, quando si mettono insieme per superare grandi stress individuali, come quelli avvenuti negli ospedali durante la pandemia.

La prima iniziativa è quella della mostra fotografica *"Intensive Care Shots. Pandemia 2020-22"* degli operatori delle terapie intensive dell'ospedale di Circolo di Varese, che in questo modo hanno condiviso con il pubblico una delle pagine più difficili della loro vita lavorativa, i loro fallimenti ma anche i successi, l'abnegazione e la resilienza. Iniziativa utile per superare i propri vissuti traumatici ed un modo di cura e di attenzione alla propria salute mentale.

La seconda riguarda la pièce teatrale, rappresentata al Teatro Sociale di Città Alta, *"Giorni muti, notti bianche"*, da medici ed infermieri dell'Ospedale di Bergamo. Il progetto iniziato come una psicoterapia è diventato un racconto corale, a partire da appunti e brevi scritti redatti durante i terribili giorni della pandemia: il teatro è, da sempre, uno strumento formidabile per rappresentare, vivere e rivivere forti emozioni e fin dall'antichità momento catartico di cura sociale. La condivisione con gli spettatori della propria esperienza traumatica diventa un'azione collettiva di salute mentale.

Come non vedere in tutto ciò una sensibilità forte alle sofferenze individuali e sociali, una preoccupazione autentica a trovare un rimedio ed una riparazione ad esse, trovando attraverso tecniche diverse, una via creativa ed

originale di grande valore di gruppo, certamente con il supporto delle strutture locali: e probabilmente nel nostro paese sono state tante le iniziative partite dal basso, finalizzate agli obiettivi delle indicazioni dell'OMS per la salute mentale, senza essere specificamente etichettate come psichiatriche e non è detto che questo sia un male.

VIOLENZA E AGGRESSIVITÀ NELLA SANITÀ

Andando oltre, ricordo le notizie drammatiche di cronaca di azioni violente, che da anni ormai sono troppo frequenti (in particolare in pronto soccorso e psichiatria, ma non dimentichiamo la violenza organizzata tramite i social dei gruppi di adolescenti e quanto avviene nella scuola). Esse avrebbero, da tempo, dovuto essere un campanello d'allarme non solo per semplici rimedi polizieschi, ammesso che questi siano semplici, ma per riflettere sul tragico capovolgimento di 180° del rapporto medico-paziente/familiari, operatore sanitario-paziente/familiari, educatore/adolescenti.

Vari episodi sono causati, purtroppo, da comportamenti antisociali e delinquenziali di gruppo, ma ho l'impressione che la relazione di aiuto e di soccorso, la relazione terapeutica ed anche educativa fondante la medicina, si sia trasformata da anni invece, per fortuna non in modo prevalente, in una relazione rivendicativa e persecutoria (la *medicina difensiva* è stata ed è una risposta simmetrica), che non ha mai avuto una risposta culturalmente efficace, per essere riportata al suo senso "normale".

I prodromi di tutto questo, a mio parere, sono sorti negli anni in cui la malasanià era il mainstream dei giornali, creando un effetto alone che si diffondeva indistintamente su tutta la sanità pubblica: la tecnica di generalizzare, da un fatto singolo e specifico, è stata efficace, purtroppo, anche se poco veritiera.

Lo stesso sviluppo accelerato delle tecniche in medicina, cui è dato sempre più risalto accrescendo un'idealizzazione

ed un'attesa sproporzionata, ha portato ad un'offerta specialistica sempre più sofisticata che ha via via trasformato il paziente in un cliente: l'impostazione aziendalistica della sanità, forse inevitabile, ha dato un'ulteriore possibilità a questa trasformazione delle relazioni sanitarie che nel privato hanno i loro contrappesi come il pagamento della prestazione, la scelta del curante, la contrattazione assicurativa e così via, mentre nel pubblico sono assenti tali contrappesi, sicuramente non ne sono stati pensati e valutati altri come indispensabili regolatori del rapporto. Se il cliente, estremizzando, sceglie il curante e la fiducia data a lui è controbilanciata dal pagamento, ovviamente per chi se lo può permettere, è in diritto di giudicare (sovente, in questo caso, vi è maggiore benevolenza nella valutazione rispetto alla medesima prestazione avuta in regime di SSN), può decidere di tornare o di cambiare professionista.

Non vi è mai capitato di trovarvi di fronte ad un forte disagio ed imbarazzo del paziente, quando per vari motivi, dopo una prestazione privata, avete deciso di non chiedere il vostro onorario? A me è capitato: il significato è quello che prima ho scritto, perché il denaro drena l'aggressività insita in ogni relazione professionale (Audras de la Bastie).

Nel servizio pubblico il paziente/cliente deve invece affidarsi e fidarsi e sappiamo che l'affidamento è spesso uno stato mentale difficilissimo da accettare, privando dell'autonomia la persona, di certo nel suo vissuto. Per questo affidarsi succede più facilmente nei casi di estrema necessità, nelle emergenze. Le informazioni sulle medicine e sulle terapie cercate su internet da parte dei pazienti, che tanto fastidio provocano nei curanti, vanno interpretate come un modo per limitare o accettare l'affidarsi ad una medicina scientifica vissuta sempre come più potente, quindi potenzialmente pericolosa. Così i social possono essere utilizzati per denigrare la prestazione gratuita, al fine di eliminare la paura aggressiva, insita in ogni terapia, anche non psichiatrica (nocebo). L'operatore

nel servizio pubblico, allora, non può che confidare nel suo gruppo di lavoro, nei suoi colleghi ed in sé stesso (alle proprie capacità relazionali e tecniche) per gestire il rapporto, sperando che si creino il rispetto personale, il riconoscimento della dignità del suo lavoro, la credibilità del proprio operato e la fiducia.

In psichiatria vi sono delle specificità: la relazione terapeutica è attraversata anche da fasi in cui vi può essere un'opposizione evidente al consenso, per interpretazioni deliranti persecutorie: un rifiuto alla terapia ed al riconoscimento di un bisogno di cura, diventano espressione di una rottura delle convenzioni sociali da parte di chi è alterato psichicamente. Per questo è necessaria una forte responsabilizzazione del terapeuta o meglio dei terapeuti, perché in questo caso è opportuno che sia un insieme di curanti a farsi carico di queste fasi delicate e complicate della cura: è necessario che vi sia una collaborazione sincera, fra operatori, ed uno spirito di squadra (lasciando da parte competizioni, diffidenze personali, dispetti), spirito di squadra che consenta però sia la libera espressione del proprio punto di vista sia la possibilità di giungere ad una scelta condivisa.

Quando l'atteggiamento di rifiuto diventa non più di una persona, ma di un insieme di soggetti, oppure insorge la pretesa di cure immediate di un paziente da parte di un gruppo di familiari, per una condizione che preoccupa, a prescindere dalla presenza di altre persone bisognose di cure, le possibilità di intervento terapeutico sono messe all'angolo e l'esplosione dell'aggressività e della violenza diventa una drammatica realtà: si passa dalle parole di protesta ai fatti violenti.

Mentre scrivo, mi viene alla mente l'acuzie psichiatrica, ed in particolare a quanto avevo già descritto con Antonio Vita e Federico Baranzini (2007): dall'indagine su di un campione di DSM in Italia, era evidente che nella stragrande maggioranza dei casi l'urgenza fosse determinata dall'intossicazione di sostanze, inevitabilmente

accompagnata da aggressività. Già all'inizio di questo millennio, in SPDC si osservava che i giovani, ricoverati per un esordio di psicosi acuta, avevano fatto uso, più o meno smodato, almeno di cannabinoidi. Tutto ciò è andato peggiorando negli anni, fino alle estese e diffuse alterazioni comportamentali dei gruppi di adolescenti.

Il recente convegno "*Gestione territoriale delle malattie mentali*" di Roma, organizzato dalla Fondazione Onda e dalla SINF, moderato da Mencacci e Balestrieri, mi ha colpito favorevolmente per la presenza, oltre che di politici e di rappresentanti di medici di base e psichiatri, dei pediatri e dei neuropsichiatri infantili, al fine di creare una presa in carico allargata nei territori di pazienti giovani. Questa scelta indica la necessità di una collaborazione vera fra specialisti, spesso in passato divisi a difesa del proprio spazio. È auspicabile che ci sia una maggiore iniziativa di squadra fra psichiatri e neuropsichiatri infantili per affrontare il drammatico problema degli adolescenti: in questo caso molte istituzioni dovrebbero essere coinvolte nella preoccupazione per la loro salute mentale, dalla scuola, agli Enti locali, dal terzo settore agli specialisti della salute mentale, dal Tribunale alla polizia, dal Governo alle Regioni e alla Chiesa. Nessuno può tirarsi indietro: è un problema che riguarda tutti, anche i genitori.

Parlerò, in altra occasione, del Gruppo di Lavoro Psichiatrico (GLP) della Provincia di Varese, voluto molti anni fa da Balduzzi, che ho coordinato anni fa e di cui ora è responsabile Isidoro Cioffi, perché è stata ed è una originale occasione di incontro, discussione e iniziative, ora come in passato, per adolescenti e genitori delle scuole superiori, in collaborazione con presidi, docenti e altri Enti.

SALUTE MENTALE E TERRITORIO

L'organizzazione del convegno, prima accennato, dimostra la partecipazione al tema della salute mentale anche di

Fondazioni ed Associazioni no-profit, insieme ai tecnici: ma, come ho già scritto, la presenza da decenni del privato convenzionato, nonché del volontariato, indica una pluralità di soggetti che si occupano di malattia e di salute mentale.

Questo mi porta a considerare il bell'articolo di Giancarlo Cerveri (2022), che pone una domanda importantissima: come mai la psichiatria, intesa come i DSM delle Aziende Socio-Sanitarie, non riesce più a comunicare con la società? Paradossalmente era più facile che avvenisse una comunicazione chiara quando esisteva il *manicomio*, istituzione forte, visibile, potente e ben caratterizzata anche se in senso negativo (da alcuni però auspicato tuttora, soprattutto in occasioni di grande allarme sociale), con una forte immagine simbolica. Era più facile rispetto ad ora che l'attività psichiatrica si trovasse sparsa in mille rivoli, diffusa sul *territorio*, parola che definisce un luogo "dai confini incerti e dalle dimensioni pressoché infinite, che rappresenta tutto ciò che attiene alla vita delle persone che soffrono di disturbi psichiatrici fuori dagli ospedali. Questo enorme spazio costituiva anche il pabulum per la crescita alternativa al ruolo della psichiatria e della salute mentale".

Ho voluto riportare questa lunga citazione, che condivido, del lavoro di Cerveri perché segnala un nodo fondamentale: la consueta contrapposizione tra Ospedale e Territorio, che porta con sé anche un giudizio di valore degli stessi operatori che vi lavorano, per cui l'Ospedale è il Top mentre chi lavora nel territorio non è valorizzato. Si può dire che il territorio è espressione della società fluida di Bauman, dell'identità fluida con cui conviviamo, del melting pot sociale che può inquietare: ha un'immagine caleidoscopica lontana da quella definita dell'Ospedale, che tutti conoscono e riconoscono.

Ho ritenuto sempre il lavoro territoriale molto più complesso, articolato ed interessante, rispetto a quello ospedaliero, e mi ha fatto molto piacere leggere in un'inter-

vista al nuovo Commissario dell'ASST di Varese, tornato dopo anni di lavoro a Milano, che ha trovato i Direttori dei Dipartimenti più aperti alla dimensione territoriale rispetto al passato. È ormai abbastanza condivisa l'idea che il problema cruciale da risolvere per la sanità, se non vuole essere travolta come è accaduto durante la recente epidemia, sta proprio nel territorio.

"Imuri cadono adagio", titolo emblematico del libro di M. Tognetti Bordogna, che narra la storia dell'Ospedale Psichiatrico di Parabiago: immagine di un processo sociale che vale per tutti gli ospedali.

Forse la psichiatria potrebbe essere orgogliosa di avere indicato alla sanità una strada diversa da percorrere, rispetto all'ospedale-centrismo imperante. Peraltro, la maggior parte dei professionisti sanitari trascorrono una parte del loro tempo di lavoro in ambulatorio (privato, pubblico, intramoenia) perché al di là dell'aspetto economico, vedere l'evoluzione della malattia, conoscere la vita di un paziente, mantenere per un periodo di tempo un rapporto con una persona è certamente fonte di gratificazione professionale e personale. E questo è lavoro territoriale. Semmai sarebbe da indagare il bisogno di un'istituzione stabile e forte, socialmente riconosciuta facilmente.

È indubbio che esista una situazione di crisi della psichiatria e della psicopatologia: ricordo che Giannelli aveva scritto un libro dal titolo indicativo "Follia e psichiatria: crisi di una relazione", senza giungere ancora all'"Agonia della psichiatria", di cui parla Eugenio Borgna. La crisi descritta in questi due contributi è una crisi culturale: ora si parla invece anche di un disinteresse politico ed istituzionale per la salute mentale, che certamente non può consentire la pratica clinica se addirittura vengono a mancare le risorse economiche e personali. Inoltre, tale carenza è collegata anche ad altre questioni, che ho cercato di descrivere ed analizzare, partendo dal punto di vista di una persona non più direttamente coinvolta nell'attività

clinica psichiatrica, ma attenta ai cambiamenti sociali. Ritengo infatti che i fenomeni sociali di questi anni, che mi stimolavano a trattare ed approfondire quegli argomenti, hanno inciso inevitabilmente anche sullo stato della psichiatria e sulla sua attrattività.

Nonostante tutto, la psichiatria molto in meglio è cambiata rispetto agli anni '70 quando ho iniziato a lavorarci, tuttavia negli ultimi anni di lavoro devo dire di essermi trovato un po' spaesato di fronte ad una realtà (mi riferisco alla prevalenza degli aspetti finanziari in ogni istituzione pubblica) che stava prepotentemente prevalendo.

SPES CONTRA SPEM: UNA CONCLUSIONE APERTA

Se alziamo lo sguardo sulla realtà territoriale, uscendo da quel "convento" di cui parla Cerveri, vediamo ormai che molti si occupano di mentale: vi è un affollamento di organizzazioni create da professionisti psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, vi sono fondazioni, enti no-profit, professionisti privati e strutture private convenzionate, scuole di psicoterapia e università, che propongono formazione e corsi per il benessere e la salute mentale. I social poi sono diventati un altro strumento variamente utilizzato sia per evacuare tensioni emotive di persone sia per diffondere il verbo sul benessere fisico e psichico, gratuitamente o con un contributo.

I DSM sono diventati solo una parte di questa realtà diversificata e complessa, rimanendo purtroppo gli unici responsabili, per la società, di eventuali fallimenti e delle accuse di fatti gravi: essi si trovano quindi di fronte ad una pluralità di proposte e risposte al tema della salute mentale, ad una serie di interlocutori che si interfacciano sia con il SSN sia con le Istituzioni nazionali, con una variabilità molto ampia delle scelte operative fra le diverse micro o macroaree del paese.

Questo brulicare di iniziative, sovente attuate con una

disorganizzazione organizzata ed una spontanea creatività, deve farci sperare contro ogni evidenza della realtà, che ci sia sempre qualcuno che si occupa della salute mentale: e i DSM devono essere speranza di questa presenza, perché l'uomo ed i gruppi non possono vivere senza.

BIBLIOGRAFIA

13. Audras de la Bastie. *Psicoterapia nei servizi pubblici e nella pratica privata*. In: J. Guyotat, *Le psicoterapie mediche. 2 esperienze di pratica medica*. Masson, Milano, 172-177, 1980.
14. Cerveri G. *The Eternal Sunshine of a spotless mind. Ovvero come riprendere ad usare la parola in Psichiatria*. *Psichiatria Oggi*, XXXV, 2, 12-17, 2022.
15. De Martis D. *Realtà e fantasma nella relazione terapeutica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1984.
16. Giannelli A. *Follia e psichiatria: crisi di una relazione*. Franco Angeli, Milano, 2007.
17. Giannelli A. *Una domanda inquietante? la politica trascura la salute mentale?* *Psichiatria Oggi*, XXXV, 2, 5-11, 2022.
18. Vender S. <https://www.filodiritto.com/appartenenza>, 2021.
19. Vender S. <https://www.filodiritto.com/collaborazione>, 2021.
20. Vender S. <https://www.filodiritto.com/chiedere-scusa>, 2021.
21. Vender S. <https://www.filodiritto.com/posto>, 2022.
22. Vender S. <https://www.filodiritto.com/great-resignation>, 2022.
23. Vender S., Baranzini F., Vita A. *Consensus Conference- Urgenze in Psichiatria. Le urgenze Psichiatriche in Italia. Dati relativi ad un campione di DSM*. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 26(3): 88-99, 2007.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA



La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

Ferrario S.; Grecchi A.°; Alaia M.*; Bordonaro V.*; Caccia A.*; Pisciotto G.*; Raguso V.*; Miragoli P.°*

IL PROGETTO

Il Budget Di Salute – BDS è “un modello innovativo che favorisce l’integrazione tra sistema di cura e sistema di comunità” (Pellegrini, 2019) e rappresenta “l’unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità” (Righetti, 2013). Il progetto di sperimentazione del BDS di Regione Lombardia (Delibera 380986 del 1.12.22) prevede presso l’ASST Santi Paolo e Carlo di Milano e l’ASST Franciacorta la chiusura di una struttura residenziale e l’arruolamento di utenti a rischio di istituzionalizzazione. Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze DSMD dell’ASST Santi Paolo e Carlo di Milano ha previsto la dimissione di 14 utenti dalla Comunità Protetta a Media assistenza CPM “Casa Nuova” e la presa in carico di 14 utenti indicati dai servizi territoriali. Le Linee programmatiche di questo progetto operano pertanto una netta scelta di campo contro l’esclusione e la cronicizzazione delle persone con disabilità mentale, favorendo, al contrario, modalità di raccordo tra la rete dei servizi di cura e la comunità, realizzabile mediante un ade-

guato impiego delle risorse (Santuari, 2022). Il progetto è riservato ad utenti con bisogni complessi quali assenza di rete sociale, situazioni di isolamento ed elevato carico familiare, frequente drop out in altri progetti terapeutici o in procinto di essere dimessi da strutture Residenziali. Per contro i prerequisiti sono legati all’età, all’assenza di tentati o mancati suicidi negli ultimi 6 mesi, all’assenza di abusi attivi di sostanze stupefacenti o dipendenze, alla presenza di una disponibilità economica per vivere nel mondo e per ultimo ma più importante legato alla motivazione al lavoro terapeutico/riabilitativo.

Così come indicato nel Decreto n. 11876 del 9/9/2021, le prestazioni rese nell’ambito dei progetti di sperimentazione del budget di salute in psichiatria (ex DD.G.R. XI/1046/2018 e XI/2672/2019 e XI/4473/2021) sono organizzate sulla base di tre classi di intensità. A seconda che la compromissione nelle aree di funzionamento (cura di sé e dell’ambiente, competenza relazionale, gestione economica, abilità sociali) dell’utente sia severa in tutte le aree, oppure moderata nelle aree principali, oppure limitata in diverse aree, l’utente riceve una alta-media o bassa intensità assistenziale, riabilitativa, educativa, di supporto, sia nei contenuti e tipologia che nella frequenza dell’erogazione. Gli Educatori Professionali e i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica sono presenti con l’utente Bds 2,5 ore/die ad utente nell’alta intensità, 28,5 ore mensili ad utente per la media intensità e 21 ore mensili per la bassa intensità. In aggiunta al programma definito si è implementata l’offerta con ore di Infermiere Professionale per l’accompagnamento a visite sanitarie, di Operatori Socio Sanitari per interventi puntiformi sulla cura di sé e di Psicologo per colloqui individuali e il gruppo multifamiliare. Vede la luce un’equipe diffusa,

che deve essere in grado di lavorare insieme anche se non a stretto contatto, garantendo un'alta qualità grazie alla competenza dei professionisti ma anche ad un'implementazione della tecnologia (cartella elettronica, agenda elettronica, cellulari aziendali), alla modificazione della metodologia di lavoro (ogni appartamento ha un operatore responsabile che si aggiunge all'operatore di riferimento del singolo paziente) e al monitoraggio delle dinamiche di equipe tramite supervisioni e giochi di team building.

I progetti di BDS coinvolgono risorse del paziente e della sua rete, dei servizi, del terzo settore e della comunità in una logica inclusiva, integrata ed orientata alla recovery. A tal proposito l'ente cogestore con l'ASST è la cooperativa Seriana 2000 e il progetto coinvolge il Comune di Milano, associazioni del terzo settore (ad esempio Ululù, Fienile Animato, Il Balzo, la cooperativa Il portico, Fondazione Housing sociale Redo sgr, ...) e realtà non istituzionali (come Il circolino, la banca del tempo, Quartiere Giardino, ...). Individualmente vengono coinvolti nella rete anche gli Amministratori di Sostegno e le famiglie. La regia del percorso rimane al Centri Psico Sociali CPS del DSMD, non si attua un'esternalizzazione ma una cogestione con i partner del terzo settore e delle associazioni (Morganti, 2019). Il coordinamento è deputato alla cabina di regia composta da: il Direttore Esecutivo del Contratto e Responsabile dell'Unità Operativa 53-54 complessa di Psichiatria, il responsabile della Struttura semplice Dipartimentale Residenzialità Psichiatrica, i responsabili dei poli del San Carlo Borromeo e del San Paolo delle unità semplici Semiresidenzialità, la responsabile per i servizi di integrazione lavorativa, il medico referente per il BDS, i referenti dei Centri Psico Sociali dei poli del San Carlo Borromeo e del San Paolo e il coordinatore per Seriana 2000 del progetto. Vengono organizzate periodicamente riunioni di aggiornamento e di relazione con enti come Regione Lombardia e il Comune di Milano.

PRESA IN CARICO

L'attività di presa in carico è stata ideata attraverso l'elaborazione di un protocollo che prevede inizialmente la segnalazione dell'utente da parte di tutti i Centri Psico Sociali (CPS) alla cabina di regia, tramite un'apposita scheda che va a sintetizzare aspetti demografici, clinici, socioeconomici e di funzionamento, oltre a verificare la presenza dei prerequisiti per l'adesione al progetto. In seguito il medico referente e il coordinatore concordano una riunione di rete per un approfondimento rispetto all'utente segnalato. Se si ritiene che il caso possa essere incluso da tutti gli organismi ufficiali viene proposto il BDS all'utente e raccolta la domanda dei bisogni dello stesso. Un TeRP poi traghetta i nuovi ingressi in questo nuovo percorso, agganciandoli a livello relazionale, prima con un colloquio conoscitivo in seguito con interventi individuali di risocializzazione e sulle abilità di base. Viene anche offerto un momento gruppale per valutare le possibili interazioni tra i partecipanti e le competenze sociali. Tutti questi dati riabilitativi osservabili, vengono impressi in scale di valutazioni validate alla cui stesura in alcuni casi partecipa anche l'utente ed infine riportati alla cabina di regia ed entrano nella contrattazione attiva del Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato PTRI con l'utente stesso. Si strutturano così una serie di momenti gradualmente di ambientamento verso la nuova dimensione di vita che è il Budget di Salute in cui credere perché come diceva France "per realizzare grandi cose, non dobbiamo solo agire, ma anche sognare; non solo progettare ma anche credere".

LA TIPOLOGIA DI INTERVENTI

Gli interventi si articolano in tre assi: l'abitare, il lavoro e la socialità/affettività/tempo libero.

Per quanto riguarda l'abitare, la cooperativa Seriana 2000 con la quale l'ASST cogestisce il progetto, ha messo a disposizione degli appartamenti per rendere questo asse quanto di più ospitale possibile per coloro che non abbiano la possibilità di una soluzione autonoma. La

consegna delle chiavi è sempre un elemento simbolico di assunzione di responsabilità e condivisione progettuale “perché abitare non è conoscere, è sentirsi a casa ospitati da uno spazio che non ci ignora” (Galimberti, 2002). Gli interventi sono di natura individuale e grupppale sulle abilità di base, ma anche legati alle relazioni interpersonali. La modalità di attuazione è Recovery Oriented.

Sull’asse lavorativo, per chi vive una condizione psichiatrica, quella noia che è cifra di una sofferenza psichica ma anche sociale, il lavoro è una leva potente in quanto “permette di scambiare nel reale” (Rotelli, 2018). Per far questo gli inserimenti lavorativi di BDS si attivano innanzitutto come servizio di primo livello, intercettando anche l’area propedeutica della semplice risocializzazione e dell’associazionismo, mediante inserimenti diretti cioè postazioni lavorative costruite ad hoc intorno alle caratteristiche di uno specifico utente, grazie a Collabora, cooperativa di tipo B. Inoltre il progetto di BDS si attiva anche come servizio di secondo livello, cioè costruendo mediante i canali della mediazione, della formazione e dell’orientamento quell’autonomia lavorativa che permetterà all’utente di affrontare da sé colloqui di lavoro per aziende terze e quindi di poter seguire il proprio percorso professionale nel mercato del lavoro. A questo livello il progetto di BDS si dispone in sinergia con i servizi di Polo Lavoro San Carlo e Ala San Paolo presentandosi come una risorsa aggiuntiva e in rete con Integr@lavoro del PIR – Progetto Innovativo Regionale con la quale progetterà una ricerca sugli esiti della propria sperimentazione.

Dei 22 utenti in carico ad oggi ai quali è stata effettuata una prima valutazione a livello lavorativo, circa il 60% ha acceso gli interventi su quest’area: sul primo livello si è provveduto ad attivare un lavoro propedeutico/risocializzante e una attività di formazione, mentre due utenti sono in procinto di avviarsi previo bilancio delle competenze; sul secondo livello con quattro utenti vengono effettuati interventi di mantenimento del lavoro pregresso, a due pazienti si è trovata una forma contrattuale

a tempo determinato, una persona ha attivato una dote emergo, mentre altre due, grazie alla collaborazione con il progetto R2 Recovery in Rete del Comune di Milano ed una cordata di enti del terzo settore, hanno trovato occupazione con dei tirocini lavorativi.

L’asse della socialità, affettività e tempo libero include: interventi individuali di gestione dell’emotività (come i colloqui dialectical behavior therapy – DBT) e di gruppo sulle attività espressive, un lavoro sulle reti sociali e sulla famiglia. Le attività espressive proposte a tutti gli utenti afferenti al BDS sono pensate per ampliare gli spazi di condivisione e socialità oltre che per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna di esse. Per favorire gli spostamenti sul territorio ognuna ha la propria sede e se possibile si cerca di valorizzare le realtà afferenti ai vari domicili, favorendo in tal modo l’integrazione. Nello specifico quelle avviate e in fase di progettazione sono: psicomotricità e circoterapia, scrittura creativa e Poetry Therapy, arteterapia, un protocollo specifico di teatroterapia integrata alla dialectical behavior therapy – DBT, Peth Therapy e musicoterapia. Esse sono suddivise in moduli con un numero strutturato di incontri e vengono condotte da dei professionisti esterni specificatamente formati.

Per favorire il mantenimento e l’accrescimento degli spazi di socialità si è inoltre pensato di potenziare attività condivise tra vari appartamenti, estendendo attività di piacere a momenti con minor presenza dei servizi classici come i weekend o le festività. Sul principio di “valorizzare le risorse informali di cura dei contesti comunitari” (Starace, 2011), si favoriscono le reti territoriali di collaboratori spontanei, stringendo dei legami con un comitato di quartiere che organizza attività ricreative e con alcune attività commerciali con le quali si stanno sviluppando dei rapporti di fiducia da permettere una socialità meno strutturata e meno protetta ma più aderente alla realtà: “è un modo per farsi prossimi alla vita quotidiana, abilitando ad un’autonomia progressiva” (Legori, 2018). Esiste inoltre uno spazio grupppale con i

famigliari gestito da una psicologa e due Terp con incontri a cadenza mensile e seguito da una supervisione costante. In questo spazio multifamiliare si mira a consolidare e, laddove necessario, bonificare i rapporti nell'ottica di una coalizione all'interno del progetto riabilitativo. Il gruppo è divenuto nel corso degli incontri una sorta di famiglia allargata generando solidarietà e sostegno reciproco e creando un confronto che rende i vissuti non più esclusivi ma condivisibili.

VALUTAZIONE

Fondamentale, in quanto progetto sperimentale, la valutazione iniziale e la rivalutazione in itinere dei bisogni dell'utente e delle risorse disponibili, tramite la ristrutturazione e contrattualizzazione continua del PTRI in presenza del paziente. Vengono attivate inoltre verifiche periodiche per la valutazione dell'andamento del progetto con la microequipe e c'è una costante discussione dei casi clinici nelle riunioni tra operatori BDS. È stata utilizzata un'ampia gamma di scale di assessment validate: Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), la scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) o Global Assessment of Functioning (GAF), la Scala di valutazione del Recovery – Domini e Stadi (RAS-DS), la Mental Health Recovery Star™ e infine la Mappa di Todd per l'indagine delle reti. A questi dati di ricerca si aggiungono anche la valutazione sull'asse lavorativo in collaborazione con PIR e l'assessment delle singole attività di gruppo espressive. Insistono ad oggi due progetti di tesi del Cdl di Tecniche Riabilitazione Psichiatrica (in merito a come il progetto Bds sia modulatore di reti sociali primarie) e del Cdl in Psichiatria (in merito alla modifica delle competenze di linguaggio e della capacità di espressione dei propri bisogni in relazione al gruppo di Poetry therapy) in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Seriana 2000 cooperativa sociale*

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

CORRISPONDENZA A:

sferrario@seriana2000.com

BIBLIOGRAFIA:

1. Ferri M., Pellegrini P., De Santis I., *Dalla residenzialità psichiatrica al budget di salute*. Nuova rassegna studi psichiatrici, 2015; 12; 7.
2. Righetti A., *I budget di salute e il welfare di comunità*. Laterza edito-re, 2013.
3. Santuari A., *Il Budget di Salute e la presa in carico delle persone fra-gili. Profili giuridici di uno strumento innovativo di partenariato pubblico-privato*. Milano, FrancoAngeli, 2022.
4. Morganti C., Porcellana M., et al, *L'esperienza Budget di Salute di Comunità dell'ASST GOM Niguarda con AMicittà: metodologia e dati preliminari*. *Psichiatria Oggi*, 2019; XXXII(1):88-94.
5. Galimberti U., *Il corpo*. Feltrinelli editore, Milano, 2002.
6. Rotelli F., *Il sogno della città che cura*. in I luoghi del possibile. Fare salute mentale oggi, supplemento di *Animazione sociale*, 3/2018.
7. Starace F., *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria*. Carocci, Roma 2011.
8. Frediani E., *La co-progettazione dei servizi sociali*. Giappichelli, Torino 2021.

Gli Interventi Assistiti con gli Animali nei contesti psichiatrici

Guarisco C.*, Paganini M.A.** , Sutura R.***

ABSTRACT

Scopo di questo lavoro è mostrare come il coinvolgimento degli animali nel supporto terapeutico psicologico possa essere di grande aiuto nel processo della riabilitazione psichiatrica. A sostegno delle evidenze che dimostrano l'utilità della terapia con gli animali è stata condotta una esperienza denominata "fidati della mia zampa" presso una struttura protetta a media assistenza dell'alto varesino che ospita adulti di sesso femminile con patologie psichiatriche.

INTRODUZIONE:

Per molti anni si è parlato di "pet therapy" la quale indica una terapia nella quale un animale viene coinvolto all'interno di una relazione di aiuto o in un contesto educativo.

Oggi non si parla più di pet therapy, ma di Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) i quali hanno l'obiettivo di contribuire a migliorare la qualità della vita di una persona, la sua salute, il suo benessere e di facilitarne la comunicazione con il contesto.

Nel 2015, infatti, dopo il riconoscimento da parte del Ministero della Salute si è deciso di sostituire la dicitura "Pet Therapy" con "Interventi Assistiti con gli Animali" (IAA) e in seguito all'accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome, sono state redatte le Linee Guida Nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali le quali si prefiggono l'obiettivo di individuare delle buone prassi e di standardizzarne i protocolli operativi, di armonizzare l'attività degli operatori che svolgono questo tipo di intervento, con il fine di tutelare sia la persona che l'animale.

Il potere terapeutico degli animali venne intuito sin dall'antichità. Il processo di addomesticamento iniziato circa 12000 anni fa, ha permesso all'uomo di instaurare

una relazione affettiva con gli animali. Con il passare del tempo si sono sviluppate le grandi civiltà nelle quali gli animali e, in particolare il cane, hanno assunto un ruolo importante.

Nella cultura romana e ateniese il cane veniva impiegato nella caccia, nei combattimenti, nei giochi con i gladiatori, ma anche come guardiano della casa.

Nel 1792 in Inghilterra, presso lo York Retreat Hospital, W. Tuke, disgustato da come venivano trattati i malati mentali, provò ad introdurre gli animali domestici che affollavano il giardino dell'ospedale nella cura dei pazienti psichiatrici notando come questi pazienti fossero più rilassati e stimolati dall'ambiente facilitando il lavoro medico.

Nel 1800 in Germania, gli animali erano presenti durante le terapie con pazienti epilettici e nello stesso periodo, in Francia, il dott. Chassigne introdusse l'uso degli animali nei percorsi terapeutici di pazienti neurologici.

All'inizio del 1900, negli Stati Uniti, i pazienti con traumi emozionali poterono instaurare delle relazioni con i pet durante le diverse sedute.

Dal 1930 al 1937 nelle sedute terapeutiche di Sigmund Freud era presente una cagnolina di razza Chow Chow la quale sembra che avvertisse gli stati d'animo dei pazienti (Teso, 2021).

Nel 1953 Boris Levinson scoprì gli effetti positivi che sono emersi in un bambino autistico quando il suo cane era presente durante le sedute. Questi si dimostrava più spontaneo e disponibile verso il medico dopo aver interagito con il cocker.

In seguito a questa esperienza il terapeuta iniziò a fare degli studi sugli effetti positivi che gli animali d'affezione hanno nei contesti psichiatrici e scoprì inaspettatamente quanto la presenza in studio del suo cane Jingles favorisse il contatto con i suoi pazienti: durante le sedute i bambini giocavano e si prendevano cura del cane; ciò li rendeva maggiormente rilassati, tranquilli, con meno ansia e paura di affrontare il momento e mostravano una maggiore collaborazione nei confronti di Levinson.

Fu proprio lo psichiatra Levinson a coniare il termine Pet Therapy, ossia “terapia per mezzo dell’animale” e fu il primo a formulare teorie verificabili che dimostravano i benefici dati dall’interazione e dalla relazione con gli animali e iniziò ad applicare queste sue teorie nella cura dei suoi pazienti durante tutte le sedute (Levinson, 2019).

Nel 1961 nacque ufficialmente la terapia con gli animali. Egli stese un documento nel quale descrisse i risultati delle sue ricerche che venne successivamente pubblicato sulla rivista scientifica “Mental Hygiene” (Levinson 1962) e nel 1969 sviluppò la Pet-Oriented Child Psychotherapy (psicoterapia infantile orientata con l’uso degli animali).

Nel 1975 i coniugi Samuel ed Elizabeth Corson, due psichiatri americani, decisero di utilizzare le teorie formulate da Levinson per curare soggetti adulti con disturbi mentali e in seguito a questa esperienza definirono la Pet Facilitated Therapy (terapia facilitata dalla presenza degli animali da compagnia).

Nel 1981, negli USA, nacque la Delta Society, che si occupava dello studio dell’interazione uomo-animale e dei vantaggi che questa porta. Gli obiettivi che si pone sono:

- diffondere la conoscenza sugli effetti positivi degli animali sulla vita dell’uomo.
- ridurre le barriere che impediscono il coinvolgimento degli animali in campo sanitario.

Nel 1987, in Italia, venne organizzato il primo convegno dal titolo “Il ruolo degli animali nella società odierna” (Milano 6 dicembre).

«Nel 1990 nasce il C.R.E.I. (Centro di Ricerca Etologica Interdisciplinare per lo Studio del Rapporto uomo-animale da compagnia), formato da studiosi di varie discipline inerenti alla salute umana e animale, all’ambiente e al comportamento. Nello stesso anno nasce il C.N.B. (Comitato Nazionale di Bioetica), un’istituzione che si occupa della riflessione bioetica del vivente; infatti, pone la sua attenzione sia sulla bioetica ambientale, sia su quella per e con gli animali (Teso, 2021, pag. 54).

Il 1990 è un anno fondamentale per la Pet Therapy in quanto nasce l’IAHAIO (International Association

of Human-Animal Interaction Organizations), organizzazione non governativa partner dell’OMS fondata per riunire tutte le organizzazioni nazionali che si dedicano alla ricerca e allo sviluppo del rapporto fra l’uomo e l’animale. Nel 1997 la SISCA (Società Italiana Scienze Comportamentali Applicate) organizza a Padova un convegno dal titolo “Pet Therapy, curarsi con gli animali (Teso, 2021, pag. 54).

Tra il 1990 e il 2000 vengono attivati i primi corsi di formazione a livello nazionale.

Nel 2002 nasce la Carta Modena, il primo documento che approva delle norme sull’utilizzo della Pet Therapy.

Nel 2003 un accordo del Ministro della Salute Sirchia con la «Conferenza Permanente Rapporti Stato regioni del 6 febbraio 2003 definisce le finalità e gli scopi della Pet-Therapy, legittimando anche l’uso degli animali, i programmi di ricerca e la sperimentazione.

Nel 2005 il Comitato Nazionale di Bioetica riconosce la grande importanza di questa terapia, e ridefinisce il termine “Pet Therapy” con “Animal Assisted Activities and Therapy” (AAA/T). A livello nazionale tutti gli interventi coadiuvati dalla presenza di un animale rientrano nell’ambito degli IAA (Interventi Assistiti dagli Animali).

Nelle Linee Guida Nazionali viene messo in evidenza il valore terapeutico delle attività mediate dagli animali e viene sottolineata la distinzione tra contesto terapeutico e contesto educativo. Ciò consente di definire 3 differenti ambiti di intervento che hanno diverse modalità operative e organizzative:

1. L’attività assistita con gli animali (AAA): è un intervento che ha una finalità ludica, ricreativa, ma anche di socializzazione. Questa attività ha l’obiettivo di migliorare la qualità di vita dell’utente e di apprendere la giusta modalità di interazione con gli animali. «Nelle AAA la relazione con l’animale costituisce fonte di conoscenza, di stimoli sensoriali ed emozionali; tali attività sono rivolte al singolo individuo o ad un gruppo di individui e promuovono nella comunità il valore dell’interazione

uomo-animale al fine del reciproco benessere. Le AAA in alcuni casi sono propedeutiche alle Terapie Assistite con gli Animali (TAA) e all'Educazione Assistita con gli Animali (EAA) e sono finalizzate, tra l'altro, a:

- sviluppare competenze attraverso la cura dell'animale;
- accrescere la disponibilità relazionale e comunicativa;»

Queste attività permettono anche agli utenti di socializzare e di uscire dalle situazioni di isolamento.

2. L'educazione assistita con gli animali (EAA): «è un intervento di tipo educativo che ha il fine di promuovere, attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita, di relazione ed inserimento sociale delle persone in difficoltà». Queste attività prevedono un periodico monitoraggio e la valutazione dei risultati raggiunti. Questi interventi hanno lo scopo di favorire il benessere delle persone nei diversi contesti di vita; è importante mettere in atto queste attività nelle istituzioni, dove spesso gli esseri umani perdono la propria dignità e devono essere capaci di adattarsi alle nuove situazioni. L'EAA contribuiscono infatti all'aumento dell'autostima di ogni soggetto. L'EAA trova quindi applicazione in diverse situazioni quali, ad esempio:

- prolungata ospedalizzazione o ripetuti ricoveri in strutture sanitarie;
- difficoltà dell'ambito relazionale nell'infanzia e nell'adolescenza;
- disagio emozionale e psico-affettivo;
- difficoltà comportamentali e di adattamento socio-ambientale;
- situazioni di istituzionalizzazione di vario tipo (istituti per anziani e per pazienti psichiatrici, residenze sanitarie assistenziali, comunità per minori, carceri, ecc.) (ANMVI, 2005; Souter, 2007);
- condizioni di malattia e/o disabilità che prevedano un programma di assistenza domiciliare integrata».

3. La terapia assistita con l'animale (TAA): «è l'intervento a valenza terapeutica finalizzato alla cura di disturbi della sfera fisica, neuro e psicomotoria, intellettuale, emotiva e relazionale». Per poter attuare questo intervento è necessaria la prescrizione medica ed un protocollo progettuale condiviso dall'equipe operativa. Inoltre, per le terapie assistite con gli animali è obbligatorio avere, all'interno dei membri dell'equipe, uno psicologo o uno psicoterapeuta.

Diversi studi hanno dimostrato che gli IAA contribuiscono a migliorare le condizioni cliniche di alcune tipologie di pazienti e/o di migliorarne la qualità della vita oppure di favorire l'interazione medico/paziente all'interno di contesti terapeutici (Draper, 1990; Mader, 1989; Tsai, 2015; Teso, 2021; Friedman, 1995; Beetz, 2012; Mulvaney-Roth, 2022; Ein, 2018; Gaudet, 2022; Zisselman, 1996; Muschel, 1984; Moretti, 2010; Giaquinto, 2009; Hooker, 2002).

Anche in ambito didattico la presenza di un animale da compagnia può favorire l'apprendimento. Leggere alla presenza di un animale facilita la lettura poiché questi ascolta, non interrompe e non giudica come farebbero altri ascoltatori. Una sperimentazione con la presenza di un animale all'interno di una classe, dopo le prime reazioni di curiosità ed emozionali, ha permesso ai ragazzi di affrontare le esperienze didattiche in maniera ottimale (Teso, 2021).

I processi attraverso i quali gli animali sono in grado di apportare dei cambiamenti positivi all'uomo sono:

1. La *biofilia*, termine che deriva dal greco e che significa "amore per la vita", che indica l'affinità di tutti gli uomini con la natura, con gli animali e con i processi che regolano la loro vita (Bergero, 2017; Clemens, 2017).
2. L'antropomorfizzazione ovvero la capacità dell'uomo di captare le intenzioni e gli stati d'animo degli animali, senza che questi debbano parlare (Urquiza, 2015).
3. La distrazione che è un meccanismo che ha un particolare effetto nel contesto degli IAA finalizzati alla

riduzione della percezione del dolore, della paura, dell'ansia, dell'umore negativo e in generale degli stati d'animo negativi (Mugnai, 2017).

4. La motivazione: sollecitata dal sistema esperienziale nel corso delle interazioni uomo-animale.

Mentre gli effetti positivi dell'interazione uomo-animale sono:

1. Sociali poiché la presenza di animali favorisce automaticamente l'interazione sociale, sia a livello verbale sia non verbale.
2. Psicologici in quanto l'animale diventa spesso un mediatore emozionale tra il mondo interno di una persona ed il mondo esterno, alleviando la gestione dell'ansia, della paura e della frustrazione. L'interazione con gli animali inoltre riduce l'aggressività, la sensazione di dolore e aumenta le capacità di concentrazione e la motivazione. Durante il contatto con l'animale si è notato anche un miglioramento del tono dell'umore.
3. Neurobiologici in quanto la presenza di un animale influisce positivamente sulle situazioni stressogene in particolare quelle che coinvolgono l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il sistema nervoso autonomo. La presenza dell'animale riduce la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e il livello di cortisolo (Viau et al., 2010).

Gli animali che possono essere coinvolti negli IAA appartengono a specie domestiche in grado di instaurare relazioni sociali con l'uomo. Tutti gli animali devono essere valutati sia dal punto di vista sanitario che comportamentale da un medico veterinario esperto in IAA, il quale, per la valutazione comportamentale, ha la possibilità di chiedere supporto e parere ad esperti educatori cinofili.

Le specie maggiormente impiegate sono cani, gatti, conigli, cavalli, asini, delfini, ecc.

Il cane è l'animale maggiormente coinvolto per la sua capacità di interpretare il linguaggio dell'uomo e capire il suo stato d'animo. Essi vengono maggiormente utilizzati con pazienti con disturbi psicologici e psichiatrici.

Il gatto ha dimensioni più piccole rispetto al cane ed ha un'indole più solitaria. Esso viene ritenuto più idoneo con pazienti che soffrono di disturbi depressivi, ansia, disturbi legati allo stress, problematiche comunicativo-relazionali;

I conigli e i roditori non sono facilmente addomesticabili. Vengono utilizzati per la loro indole docile e per le loro dimensioni ridotte che non spaventano i bambini. Essi vengono inseriti principalmente in progetti che si rivolgono a pazienti con disturbi psicologici, con bambini e con anziani.

I cavalli si prestano sia al lavoro a terra nel quale il paziente si prende cura dell'animale sia al lavoro montato in cui vengono svolti degli esercizi dalla sella. Questi animali vengono inseriti principalmente in progetti finalizzati al miglioramento delle funzionalità psicologiche e motorie. Si rivolgono principalmente a pazienti con paralisi cerebrale infantile, autismo, sindrome di down, traumi legati ad incidenti. Quando si lavora con i cavalli si fa principalmente riferimento alla riabilitazione equestre.

Gli asini vengono inseriti principalmente in progetti che si rivolgono a pazienti con disturbi della personalità, tossicodipendenti, detenuti, sieropositivi, non vedenti, con problemi d'ansia, stress, solitudine e disarmonia emotiva.

I delfini vengono coinvolti in progetti che si rivolgono a bambini autistici, a pazienti con sindromi depressive, con ADHD, utenti paraplegici, con disturbi

sensoriali, problemi sociali o psichici. La presenza del delfino stimola la capacità di comunicare, aumenta l'autostima e la capacità di concentrazione. Questo animale è estremamente empatico e invia onde elettromagnetiche che stimolano la produzione di endorfine.

Uno degli autori di questo lavoro (D.ssa Guarisco) ha portato avanti una esperienza di Intervento Assistito con gli Animali all'interno di una comunità protetta a media assistenza dell'alto varesino, denominato "fidati della mia zampa". La comunità è una struttura che ospita adulti di sesso femminile con patologie psichiatriche. La struttura eroga un servizio incentrato sull'autonomia e sull'integrazione sociale.

Ai fini dell'esperienza sono stati utilizzati due cani di razza Lagotto Romagnolo di nome Lupo e Nebbia entrambi di proprietà della D.ssa Guarisco la quale possiede anche un Diploma di "coadiutore del cane".

PREMESSA

Negli ultimi anni gli approcci che si basano sull'utilizzo di animali da compagnia nel trattamento dei disturbi dell'umore e del comportamento sono stati rivalutati. L'animale, infatti, può svolgere la funzione di ammortizzatore in particolari condizioni di stress e di conflittualità e può rappresentare un valido aiuto per i pazienti con problemi di comportamento asociale e di comunicazione. In particolare, entro una prospettiva evolutivo-famigliare e nell'ambito dell'approccio zooantropologico, centrato sul processo interattivo uomo-animale, si configurano le caratteristiche di un contesto di cura che tiene conto del benessere psicofisico e delle peculiarità di coloro che vengono coinvolti in un incontro etero-specifico ed in cui viene valorizzata una co-partnership nella sua valenza terapeutica (Bigatello, 2005).

OBIETTIVI

- Imparare a conoscere l'animale e interpretarne i segnali del corpo;
- Educare al rispetto per gli animali sviluppando un corretto rapporto con essi;
- Favorire le capacità relazionali, l'autocontrollo, la percezione del proprio e altrui limite e l'autoestima;
- Fornire supporto emotivo e catalizzare i processi di socializzazione.
- Riattivare e mantenere le funzioni di apprendimento e comunicazione. Gli IAA sono fondati su meccanismi di scambio e di relazione tra l'utente e l'animale che non utilizza un linguaggio verbale, ma mette in campo molti segnali che la persona deve riconoscere per poter comunicare con esso.
- Promuovere il benessere. Le sedute di IAA, infatti attivano risposte fisiologiche come l'abbassamento

del cortisolo, principale ormone dello stress.

- Attivare processi di responsabilizzazione individuale. La somministrazione di cibo, la conduzione in passeggiata e la pulizia, portano gli utenti ad assumersi la responsabilità della salute degli animali. Ciò ha dei risvolti positivi sull'autoestima grazie alla gratificazione che gli utenti ricevono dall'animale e dalla percezione della propria utilità.
- Superamento del "congelamento" del corpo e della mente, causato dal ricordo di esperienze traumatiche, attraverso il contatto corporeo con l'animale, ove la dimensione corporea prevale certamente su quella linguistica. Un animale è in grado di esprimere in modo coerente le proprie emozioni tramite la mimica del corpo ed i suoni vocali, utilizzando posture che favoriscono la percezione corporea.

Nelle attività assistite operatore-animale-utente è possibile generare un rilassamento muscolare ed uno stato generale di benessere utili non soltanto per il soggetto che vive in una condizione di handicap ma amplificabile all'intero sistema familiare, attivando una comunicazione inter-corporea portatrice di una difficoltà proattiva che sollecita un nuovo adattamento familiare.

L'approccio basato sulla modalità di presa in carico "animal assisted" consente lo sviluppo di processi e competenze emotive e sociali quali il pianificare, il relazionarsi, il comunicare, necessarie per il miglioramento e/o superamento del disagio individuale o familiare. Le esperienze di contatto emozionale e corporeo con un animale possono infatti contrastare la staticità e la monocromaticità di un'esperienza negativa, per focalizzarsi sul "qui e ora", quale dimensione temporale privilegiata per stabilire una corretta relazione d'aiuto con gli operatori.

Il progetto prevede un intervento di AAA (Attività assistite con gli animali) i cui obiettivi sono fisici, ovvero tesi al miglioramento delle capacità motorie e della rigidità muscolare, *cognitivi* con l'obiettivo di migliorare alcune facoltà mentali in particolare la memoria, l'immaginazione e la volontà, *comportamentali* volti al controllo

dell'iperattività, della rabbia e degli stati di tensione e *psicologici* con il miglioramento delle capacità relazionali e della comunicazione.

Nello specifico, essendo un progetto destinato a persone affette da disturbi psichici lo scopo è quello di sfruttare al meglio le capacità residue della persona e di riuscire a far fruttare quella parte residuale del soggetto.

Destinatari dell'intervento erano gruppi di utenti donne, inserite in una comunità psichiatrica a media assistenza, affette da differenti disturbi psichici.

Sono stati proposti incontri della durata di 1 ora circa a cadenza settimanale. Tali incontri si sono svolti in uno spazio adeguato, sia interno che esterno, concordato con i responsabili della struttura.

Ogni intervento veniva progettato e personalizzato analizzando le esigenze delle singole utenti.

Il progetto è stato strutturato in due fasi: una prima fase conoscitiva durante la quale la paziente prende confidenza con l'animale e impara a non temerlo e una seconda fase educativa in cui le pazienti impareranno ad educare gli animali, a portarli al guinzaglio e a impartire ordini agli animali.

Per la valutazione del progetto è stato utilizzato un questionario estemporaneo volto a misurare le reazioni e i progressi delle pazienti nel corso della loro esperienza di contatto con gli animali. Mentre per la valutazione dello stato di benessere dell'animale sono state utilizzate delle tabelle di osservazione tratte dal Manuale Operativo di Regione Lombardia.

Alla fine dell'esperienza sono state coinvolte anche le operatrici della struttura con un questionario a loro dedicato al fine di comprendere se la presenza di animali all'interno della struttura abbia interferito con il loro lavoro e con il loro vissuto personale e professionale, e specificamente in merito ai benefici che hanno riscontrato negli utenti della comunità.

ANALISI DEI DATI

Le pazienti

Il gruppo di pazienti era composto da 20 soggetti maggiorenni di sesso femminile affette da disturbi psichici, quali Schizofrenia e Disturbo Bipolare, di età compresa tra i 40 e i 70 anni.

Inizialmente le ospiti hanno manifestato diffidenza e timore nel relazionarsi con gli animali. Alcune delle pazienti evidenziavano anche disturbi somatici quali tremori e un blocco nel toccare gli animali. Di fatto le pazienti erano maggiormente propense ad avvicinarsi agli animali di taglia piccola come il coniglio e una maggiore difficoltà con il cane.

Tuttavia, con il passare del tempo, grazie a una maggior conoscenza degli animali, le ospiti hanno iniziato a lasciarsi andare e hanno instaurato una relazione con loro che è risultata fondamentale per poter poi ricevere benefici dagli IAA.

Un'ospite in particolare affetta da un forte tremore (parkinsonismo iatrogeno) alla mano riusciva a controllarlo solo nel momento in cui teneva tra le mani gli oggetti che appartenevano agli animali come guinzaglio, cibo, borracce o giochi.

Inoltre, sono stati misurati pressione arteriosa e frequenza cardiaca prima dell'interazione con gli animali e durante le attività riscontrando un abbassamento di frequenza cardiaca e pressione arteriosa.

Anche rispetto alla paura degli animali sono stati notati significativi miglioramenti da parte delle ospiti che hanno saputo relazionarsi tutte sia con il cane che con il coniglio.

Gli operatori

Mentre all'inizio dell'esperienza si respirava un'aria di sfiducia e di banalizzazione rispetto alla presenza degli animali in struttura e al loro utilizzo, alla fine dal questionario è emerso che tutte le operatrici che sono state coinvolte nell'esperienza come elementi di supporto hanno modificato il loro atteggiamento e riconosciuto

la valenza positiva del rapporto uomo/animale. Inoltre, l'esperienza ha aiutato le operatrici che hanno avuto a che fare con i due cagnolini a vincere le paure e le ansie correlate al rapporto con i cani. Si può beneficiare della presenza e del rapporto con i cani.

CONCLUSIONI

A termine del progetto "fidati della mia zampa", i benefici riscontrati riguardano l'aumento dell'autostima, il miglioramento del tono dell'umore, la gestione degli stati ansiosi, il miglioramento delle relazioni tra le ospiti della comunità e il miglioramento dello stato fisico, in particolare delle condizioni motorie.

Il cane, ma in generale, tutti gli animali che possono essere coinvolti nell'ambito degli IAA portano benessere sia per gli utenti con cui si relazionano che per gli operatori in quanto, i pet, apportano dei cambiamenti anche nell'ambiente di lavoro.

Per questo l'animale, inteso come co-terapeuta ma anche come mediatore e facilitatore relazionale, può sostenere l'educatore che lavora nell'incertezza dell'agire educativo. Riesce, inoltre, a sollevarlo dalla fatica quotidiana dell'entrare in relazione con l'altro e del rapportarsi costante con situazioni ad alto livello emozionale e di stress.

È inoltre importante che il coadiutore dell'animale sia un educatore in quanto, durante le sedute di IAA ci si rapporta con situazioni di disagio e di sofferenza dalle quali emergono caratteristiche e sentimenti della persona che devono essere affrontati con un educatore che ha le competenze necessarie per poterlo fare.

In conclusione, possiamo affermare che l'affiancamento degli Interventi Assistiti con gli Animali alle terapie farmacologiche o a quelle più tradizionali e maggiormente riconosciute come la psicoterapia, può portare benessere e beneficio sia a livello emotivo-relazionale che a livello del contesto in cui si applicano, all'interno del quale si trovano anche gli operatori.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Educatrice Professionale. RSA il Ronco – Case di riposo per anziani – Korian. Casasco Intelvi (CO).*

** *Psicologo Psicoterapeuta. Dirigente Psicologo presso l'ASST dei Settelaghi di Varese. Libroterapeuta.*

*** *Psicologo Psicoterapeuta. Prof. a contratto presso l'Università degli Studi dell'Insubria. Già Dirigente Psicologo presso l'ASST dei Settelaghi di Varese.*

CORRISPONDENZA A:

rosario.sutera@libero.it

BIBLIOGRAFIA

1. Teso N., *Il mio maestro d'arte scodinzola. L'educazione assistita con gli animali a sostegno del pensiero creativo e dell'autoestima*. Erickson, Milano, pag. 53, 54, 73, 75, 94, 113, 2021.
2. Levinson B.M., *The dog as a "co-therapist"*. Mental Hygiene. New York, 46, 59-65, 1962.
3. Levinson B.M., *Psicoterapia dell'età evolutiva assistita con animali*. Erickson, Trento, 2019.
4. ANMVI (Associazione Nazionale Medici Veterinari Italiani), *La pet therapy contro la schizofrenia*. "Oggi l'informazione veterinaria online", 17 gennaio, 2005.
5. Souter M.A., Miller M.D., *Do animal-assisted activities effectively treat depression?* Anthrozoos, Volume 20 n°2, 2007.
6. Draper R.J., Berger G.J., Layng E.M., *Defining the role of pet animals in psychotherapy*. Psychiatr J Univ Ott, 15(3):169-72, 1990.
7. Mader B., Hart L., *Social acknowledgments for children with disabilities: effects of service dogs*. Child Develop. 60: 1529-1534, 1989.
8. Tsai Chia-Chun, *The Effect of Animal-Assisted Therapy on Stress Responses in Hospitalized Children*, 28 Aprile, 2015.
9. Friedmann E., Thomas S.A., *Pet ownership, social support, and one-year survival after acute myocardial infarction in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST)*. Am J Cardiol.; 76:1213-1217, 1995.
10. Beetz A., Uvnäs-Moberg K., Julius H., Kotrscha K., *Psychosocial and Psychophysiological Effects of Human-Animal Interactions: The Possible Role of Oxytocin*. Front Psychol.; 3: 234. Published online, 2012.
11. Mulvaney-Roth P., Jackson C., Bert L., Eriksen S., Ryan M., *Using Pet Therapy to Decrease Patients' Anxiety on Two Diverse Inpatient Units*. J Am Psychiatr Nurses Assoc. Pubblicato online, 2022.
12. Ein N., Li Kristin L., Vickers K., *The effect of pet therapy on the physiological and subjective stress response: A meta-analysis*. Stress Health. Oct; 34(4): 477-489, 2018.
13. Gaudet L.A. et al., *Pet therapy in the emergency department and ambulatory care: A systematic review and meta-analysis*. Acad Emerg Med.; 29(8):1008-1023, 2002.
14. Zisselman M.H., Rovner B.W., Shmuelly Y., Ferrie P., *A pet therapy intervention with geriatric psychiatry inpatients*. Am J Occup Ther.; 50(1):47-51, 1996.
15. Muschel I.J., *Pet Therapy with Terminal Cancer Patients*. The Journal of Contemporary Social Services, Vol 65, pagg. 451-458, 1984.
16. Moretti F., De Ronchi D., Marchetti L., Ferrari B., Forlani C., Negretti F., Sacchetti C., Atti A.R., *Pet therapy in elderly patients with mental illness*. Psychogeriatrics, vol. 11, pagg. 125-129, 2010.
17. Giaquinto S., Valentini F., *Is there a scientific basis for pet therapy?* Disability and Rehabilitation, vol. 31, pagg. 595-598, 2009.
18. Hooker S.D., Holbrook Freeman L., Stewart P., *Pet Therapy Research: a Historical Review*. Holist Nurs Pract., vol. 16, pagg. 17-23, 2002.
19. Bergero D., *Biofilia a Pet Therapy, la psiche ne beneficia*. Sanità 24, Il sole 24 ore. 8 Giugno, 2017.
20. Clemens A. *Effetto biofilia. Il potere di guarigione degli alberi e delle piante*. Macro edizioni, Diegaro di Cesena, 2017.
21. Hurquiza-Haas E.G., Kotrschal K. *The mind behind anthropomorphic thinking: Attribution of mental states to other species*. Animal Behaviour, vol. 109, pagg. 167-176, 2015.
22. Mugnai F., *Gli interventi assistiti con gli animali nell'area pediatrica*. Franco Angeli Edizioni, Milano, pag. 243, 2017.
23. Viau R., Arseneault-Lapierre G., Fecteau S., Champagne N., Walker C., Lupien S., *Effect of service dogs on salivary cortisol secretion in autistic children, psychoneuroendocrinology*, volume 35 n°8 pag. 1187-1183, 2010.
24. Bigatello G., *La pet therapy in casa di riposo*. Cinque anni di esperienza, i luoghi della cura online, N. 2, Como, 2005.

“PIACERE DI CONOSCERTI”

Progetto pilota di Intervento Assistito dall'Animale in contesto gruppale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani

Greta Alice Luchetta^o, Sara Collodello^o, Silvia Carnevali^{}, Federico Durbano[^]*

ABSTRACT

Gli Autori descrivono qualitativamente gli esiti di un progetto pilota che ha coinvolto tre gruppi trattamentali con Interventi Assistiti dagli Animali (IAA), proposti all'interno del Programma Innovativo Regionale di Regione Lombardia TR 105 “Prevenzione e Intervento precoce nei disturbi psichiatrici in età giovanile”, attuati sul territorio di competenza da un'équipe specializzata e certificata secondo i criteri delle Linee guida Nazionali per gli IAA. Le tre esperienze descritte si sono svolte per un periodo di 4 mesi con incontri a cadenza settimanale ciascun gruppo, da ottobre 2019 a febbraio 2023, con aree di intervento ed obiettivi comuni, sebbene costruiti sui bisogni della specifica utenza coinvolta, quali il raggiungimento di consapevolezza di sé, autoefficacia e riduzione degli stati d'ansia e risocializzazione. L'indagine, svolta su un campione di 13 soggetti, ha previsto la realizzazione dei tre gruppi utilizzando lo stesso approccio, metodologia e strumenti per la raccolta dei dati, indirizzando gli interventi ad una fascia di età mirata (18-24). Alcuni degli obiettivi individuati e raggiunti nell'indagine qualitativa sono stati: il confronto tra le esperienze citate, il raggiungimento degli obiettivi identificati durante la loro progettazione e stesura, attraverso gli strumenti di osservazione, monitoraggio e raccolta dati e la corrispondenza tra i risultati emersi ed il percepito da parte dell'utenza, raccolto attraverso un questionario autosomministrato.

INTRODUZIONE

Gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) comprendono una vasta gamma di progetti finalizzati a migliorare la salute e il benessere delle persone con l'ausilio di animali da compagnia (Cocco, 2018). La relazione con gli animali rappresenta già di per sé fonte di beneficio per la società, ma tale relazione può svolgere anche un importante ruolo come mediatore nei processi terapeutico-riabilitativi ed educativi (Connors 2023). Esistono tre tipologie di intervento: TAA, Terapia Assistita dagli Animali, in cui l'animale svolge un vero e proprio ruolo da co-terapista in programmi di terapia per persone con disagi psichici oppure handicap fisici; EAA, Educazione Assistita dagli Animali, caratterizzata da un intervento educativo in cui si mira al miglioramento e alla promozione di risorse delle persone in difficoltà; AAA, Attività Assistenti dagli Animali, in cui l'animale viene coinvolto principalmente per migliorare la qualità della vita di persone disabili o anziani (Ba, 2003).

METODI E MATERIALI

Le esperienze presentate, nonostante fossero interventi educativi e riabilitativi strutturati e misurati a tutti gli effetti, sono stati categorizzati in 2 gruppi di tipologia AAA e 1 in EAA, in quanto la composizione e formazione dei conduttori non rientrava in modo uniforme tra i criteri delle Linee Guida sugli IAA. Tutti e tre gli interventi sono stati indirizzati alla giovane utenza di tutto il territorio del DSMD della ASST Melegnano e della Martesana all'interno dell'offerta trattamentale del progetto TR105 - Progetto Innovativo, nato nel 2009 come programma di presa in carico individualizzata ed intensiva per pazienti giovani affetti da patologie psichiatriche gravi all'esordio (Percudani, 2004-2012). La conduzione dei tre gruppi ha visto coinvolti due degli autori (SC e AGL), entrambe Tecnici della riabilitazione psichiatrica certificati ed abilitati all'erogazione di Interventi Assistiti dall'Animale, nel ruolo di Responsabile di progetto, Referente di Intervento e Coadiutore del cane.

Inoltre nei due percorsi di AAA sono state coinvolte come co-conduttori un'educatrice professionale e un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, entrambi con esperienza e conoscenza pregressa in ambito cinofilo. Due i cani protagonisti coinvolti nei progetti, ognuno abbinato al suo conduttore: Baloo (Labrador Retriever) e Jack (meticcio), entrambi certificati e valutati idonei da un medico veterinario esperto in comportamento e in IAA. Per ogni gruppo partito, il cane coinvolto è stato sottoposto a visita di valutazione preliminare e successivo continuo monitoraggio nel corso del progetto dal medico veterinario esperto in IAA, come richiesto dalle Linee Guida Nazionali (Ministero della Salute, 2015). La durata del singolo ciclo di incontri per gruppo ha visto una variazione negli anni e con lo sviluppo del progetto pilota: come da formazione si è partiti con la prima esperienza di AAA nell'ottobre 2019 proponendo 15 incontri che, a causa anche del periodo di lockdown dato dalla pandemia per COVID-19, ha raccolto una fatica da parte dell'utenza nel partecipare fino alla fine degli incontri, ultimi due inoltre proposti attraverso la teleriabilitazione. La seconda esperienza promossa durante un periodo di parziale ripresa dalla pandemia ha visto proporre un ciclo di 12 incontri, di cui se ne sono realizzati 11 a causa delle temperature troppo elevate per utenti e cane coinvolto. Con l'ultima proposta di gruppo EAA, il ciclo è durato 10 incontri, risultati il numero più adeguato ed equilibrato per un percorso di psicoeducazione in IAA considerando i molteplici fattori e variabili che permettono il buon funzionamento di un'attività grupppale con questo target di popolazione per età e psicopatologia. Ogni incontro è durato 60 minuti, suddividendo gli interventi in due parti:

1. **40/45 minuti** di attività referenziale e osservativa (attività che non prevedono la collaborazione attiva del cane, che possono essere fatte anche senza la sua presenza, mirate all'insegnamento di informazioni e concetti rispetto alla vita del cane e le sue caratteristiche);

2. **20/15 minuti** di interazione con il cane mediata dal coadiutore (figura che affianca l'animale in seduta di IAA e ne osserva gli stati d'animo, aiutando l'utente a comunicare efficacemente con l'animale e facendo da tramite per l'interazione).

Gli interventi sono stati programmati ed attuati secondo l'Approccio cognitivo-zooantropologico (6), con cui si sono formate e certificate le operatrici presso l'Associazione SpazioperNoi. Questo approccio considera il cane un soggetto dotato di una mente propria e di conseguenza propone il suo comportamento e apprendimento come risultato di attività mentali ed esperienze vissute, non di solo condizionamento. Il cane è in grado di ricordare, riflettere, fare esperienze e proiettarsi nel futuro. Questo approccio studia ed analizza le differenti dimensioni di una relazione tra animale e uomo e come queste possano portare benefici nel percorso terapeutico, suddividendole per aree con obiettivi generali già studiati e selezionati (Marchesini, 2007). Durante il progetto pilota, le aree di intervento delle dimensioni di relazione proposte sono risultate affini per tutti e tre i gruppi, in quanto gli obiettivi generali delle tre esperienze sono quasi del tutto sovrapponibili. Per ciascun gruppo, inoltre, sono stati individuati degli obiettivi più specifici e leggermente diversificati. Nello specifico per i tre percorsi sono stati scelti i seguenti obiettivi generali: incremento dell'autoestima e dell'autodeterminazione; riduzione dei livelli d'ansia da prestazione e maggiore rilassatezza fisica; acquisizione di specifiche conoscenze e abilità relazionali del mondo cinofilo con una maggiore consapevolezza del proprio corpo e della sua comunicazione, al fine di favorire un benessere psicofisico e di accreditamento; focus sulle abilità di risocializzazione ed interazione inter e intra-specifiche, finalizzate alla collaborazione.

Al fine di avere dei riferimenti il più oggettivi possibili in merito all'andamento del gruppo l'equipe degli IAA ha compilato delle schede di monitoraggio, strumento già usato in ambito di IAA e in particolare un prototipo già realizzato e precedentemente utilizzato dall'Associazione

“SpazioperNoi”. Le schede di monitoraggio utilizzate durante le attività di IAA hanno il fine di raccogliere informazioni, considerazioni e osservazioni fatte durante la seduta e sono compilate insieme da tutti gli operatori coinvolti in seduta per poter avere uno sguardo più completo possibile. La scheda degli utenti mira al raccoglimento di informazioni e dati rispetto alle attività proposte ed alla partecipazione e reazione degli utenti. La scheda ha una struttura lineare, la prima parte è dedicata alla condizione pre-seduta del paziente, dove si richiede di indicare con uno o più aggettivi come appare e come questo sembra predisposto nei confronti della seduta. È stata sviluppata una checklist di 8 item suddivisi in tre aree (emozioni, attenzione e coinvolgibilità), presentata sotto forma di griglia, in cui viene chiesto di indicare un punteggio per ogni item in scala Likert da 0 a 4 (0 “non presente nel soggetto”; 1 “presente nel soggetto ma in maniera molto carente”; 2 “presente nel soggetto solo parzialmente ma in modo sufficiente”; 3 “presente nel soggetto ma non in modo costante nella seduta”; 4 “presente nel soggetto nella totalità della seduta”). Gli item sono così costruiti:

1. area delle emozioni
 - 1.1. “Manifesta emozioni positive (ride, sorride, verbalizza);
 - 1.2. “Manifesta rilassatezza fisica (postura rilassata, non rigida, non presenta irrequietezza motoria)”;
2. area dell’attenzione
 - 2.1. “Rivolge domande mirate”;
 - 2.2. “Guarda l’operatore”;
 - 2.3. “Aggiunge commenti idonei e congrui al discorso/argomento trattato”;
3. area della coinvolgibilità
 - 3.1. “Ricerca con lo sguardo il cane”;
 - 3.2. “Ricerca con lo sguardo l’operatore”;
 - 3.3. “Partecipa spontaneamente alle attività proposte”.

Nella scheda di monitoraggio vengono anche registrate una parte di considerazioni rispetto alle dinamiche di gruppo e relazioni favorevoli e non. Successivamente

viene dato spazio anche alla condizione post-seduta, in cui viene chiesto di segnalare per ogni utente con uno o più aggettivi se le attività proposte hanno modificato la condizione di partenza del fruitore. In questo modo si può avere una visione immediata dell’efficacia dell’intervento, poter confrontare le due condizioni e le eventuali modificazioni e cambiamenti. Nella parte finale vi è una sezione dedicata alle Attività di Pet Relationship proposte e come queste siano riuscite ad attivare le dimensioni di relazione prescritte per la seduta.

Il secondo strumento utilizzato durante l’indagine è stato un questionario autosomministrato che indaga in To (inizio delle attività di gruppo) e T1 (termine del percorso) le rispettive aree delle schede di monitoraggio e verifica il percepito dell’utenza per poterlo confrontare con i dati raccolti dagli operatori. La funzione del questionario è quella di valutare le aspettative e il raggiungimento degli obiettivi dell’attività proposta, andando a verificare se tutti o alcuni degli obiettivi proposti durante i progetti siano stati interiorizzati ed acquisiti dai partecipanti. Il Questionario è stato creato nel percorso di tesi “CONOSCERE UN CANE PER CONOSCERE SÉ STESSI: un percorso di Attività Assistita dall’Animale dedicato ad un gruppo eterogeneo di utenti in età di esordio psichiatrico”. Viste le caratteristiche di rapida compilazione e un buon allineamento con le schede di monitoraggio delle IAA è stato deciso di riutilizzarlo. Il questionario è costruito da 23 domande a risposta chiusa su scala Likert da 0 a 4 (da 0 “in disaccordo” a 4 “in accordo”) e 3 domande aperte. Viene attribuito un punteggio a 5 aree di risposta e la somma dei punteggi di un individuo sulla batteria indica la posizione dell’individuo rispetto all’area indagata. Le domande chiuse sono degli items affermativi che indagano l’area delle emozioni, dell’attenzione e della coinvolgibilità, stesse aree presenti anche nelle schede di monitoraggio compilate dai conduttori dell’attività. Ogni area è composta da 5 item, gli ultimi 2 non sono in scala Likert, ma presentano una struttura binaria SI-NO. Segue poi una parte dedicata a domande aperte che

garantiscono al paziente una maggiore riflessione e libertà di parola nell'esprimere aspettative/critiche ed aspetti positivi del percorso e suggerire proposte di attività per i futuri gruppi.

La scelta di far compilare due questionari, uno in To e uno in T1 e non per tutta la durata del percorso è stata ponderata accuratamente per dare maggiore spazio all'attività e al benessere che questa portava con sé, limitando quindi la sensazione di stigmatizzazione data dal dover compilare costantemente questionari relativi allo stato emotivo, attentivo e di coinvolgibilità.

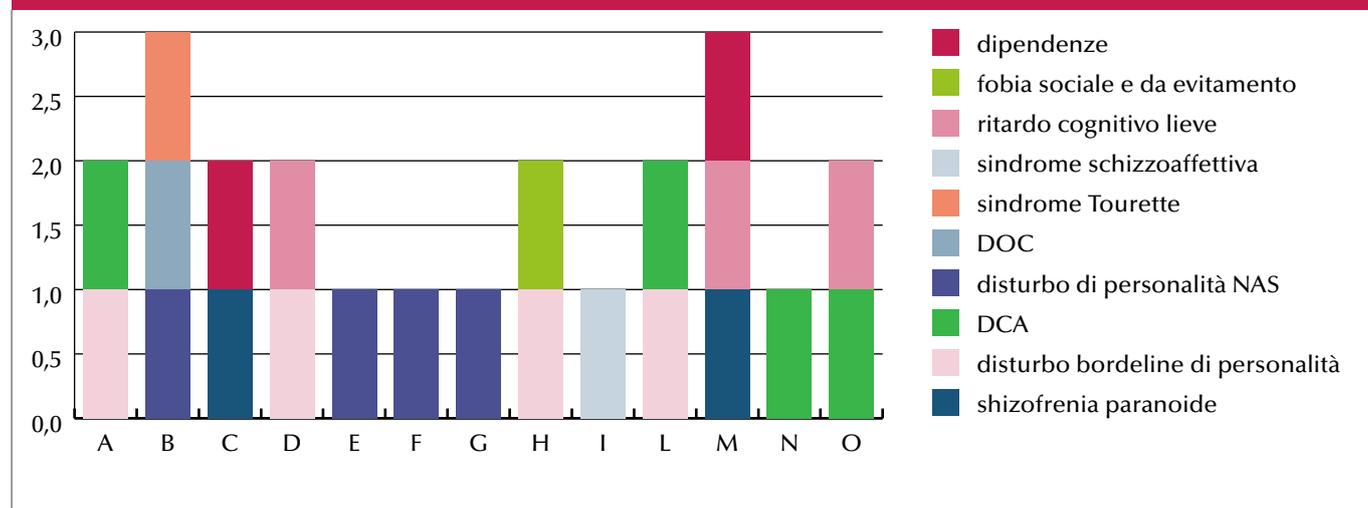
RISULTATI DESCRITTIVI

In totale il progetto pilota è stato proposto a 21 soggetti (14 di genere femminile e 7 di genere maschile), di cui solo per 13 (8 femmine e 5 maschi) è stato possibile raccogliere tutti i dati per analizzarli e compararli. Per il

(9 soggetti, di cui 4 di genere maschile), considerando la tendenza di una parte dei partecipanti a lasciare il percorso terapeutico. Al termine dell'esperienza hanno mostrato continuità nella presenza 5 soggetti per cui è stato possibile raccogliere i dati.

La composizione del campione per psicopatologia è eterogenea, in Figura 1 sono descritte le diagnosi e comorbidità dei ragazzi coinvolti. Si specifica che trattandosi di utenti giovani, afferenti ad un progetto specifico in cui si propongono interventi di prevenzione e trattamenti precoci è possibile che alcune diagnosi fossero ancora in un periodo di valutazione diagnostica. La partecipazione ai gruppi ha favorito anche un percorso complementare di osservazione di eventuali comportamenti disfunzionali e sintomi che nei colloqui psichiatrici ancora non sono emersi e quindi aiutare nell'orientamento alla diagnosi (Ministero della Salute, 2019).

Figura 1 – Psicopatologia



restante campione si è evidenziato un drop out in diversi momenti del progetto. Il primo gruppo di AAA è stato proposto a 6 utenti, ma solo in 4 hanno partecipato fino all'ultimo incontro. Il secondo gruppo di AAA ha visto in partenza 6 giovani utenti (5 femmine e 1 maschio), che durante il percorso si sono ridotti a 4, formando un gruppo di sole femmine giovani adulte. L'EAA è stata volutamente proposta ad un numero di utenti maggiori

Il questionario in To al primo incontro non è stato somministrato al primo gruppo poiché la costruzione del questionario autosomministrato è stata fatta durante lo svolgimento dell'attività. In Tabella 1 sono rappresentati quindi il secondo gruppo di AAA (4 soggetti in 11 sedute) e il gruppo di EAA (5 soggetti per 10 sedute).

Data la ridotta numerosità del campione e la parziale disomogeneità sia dei percorsi che degli stili valutativi,

Tabella 1 – Confronto tra questionario autosomministrato T0 e T1, aspettative e vissuto

ITEM	E		F		G		H		I		L		M		N		O	
	T0	T1																
Partecipazione attiva	3	4	3	4	1	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4
Divertimento	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3
Sentirsi rilassato e ad agio nel gruppo	2	4	2	4	1	3	4	4	4	3	1	2	4	4	3	3	2	3
Tranquillità	2	4	2	4	0	3	4	4	4	3	2	4	4	4	3	3	2	4
Temere il giudizio degli altri nel gruppo	1	0	3	1	3	1	2	0	0	2	0	1	4	2	1	2	4	0
Curiosità, avere domande	3	4	2	2	1	0	3	4	2	3	2	2	4	2	4	3	2	3
Stare attento, imparare nuove cose	4	4	3	2	4	2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	4	2
Fare domande	4	4	2	3	1	0	4	4	2	3	3	3	4	2	4	2	3	4
Domande attinenti al discorso trattato	3	4	2	2	2	2	4	4	2	4	2	4	4	3	3	2	3	4
Concentrazione sugli argomenti proposti	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4
Interazione con Jack	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	3	4	4
Sentire bisogno del supporto dell'operatore	2	2	3	3	2	4	3	3	4	4	0	3	2	2	3	3	4	2
Sentirsi coinvolto ed incluso tra i partecipanti del gruppo	4	4	3	3	0	4	4	4	4	2	2	4	2	3	2	3	4	2
Partecipazione spontanea alle attività proposte	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	2	4	3	4	3	3
Mettersi in gioco e fare nuove esperienze	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	2	4	4	4

si è ritenuto non utile procedere ad una analisi statistica, preferendo una analisi narrativa degli esiti del percorso. Nuovi gruppi già programmati permetteranno di ampliare il campionamento favorendo quindi anche analisi di esito più strutturate.

I dati rappresentati indicano come ci sia stato un trend

in crescita rispetto alle aspettative iniziali e le effettive esperienze vissute durante gli incontri ai gruppi in particolare per gli item dell'area delle emozioni e quella della coinvolgibilità. Nello specifico si può osservare come per l'item della partecipazione attiva, i punteggi attribuiti in T1 rispecchiano e in parte sono più alti rispetto al T0,

discostandosi di circa 1 punto. In merito all'item sul percepirsi rilassati ed a proprio agio come aspettative e poi realmente vissute si può osservare un gap di più punti tra il To ed il Ti, questa dimostra l'effettivo effetto rilassante percepito dagli utenti durante gli incontri e sperimentato per tutta la durata delle sedute. L'item sulla tranquillità rispecchia il trend di andamento in crescita della partecipazione attiva, con la maggior parte degli utenti che ha riconosciuto un miglioramento dello stato di tranquillità rispetto a quello previsto ad inizio percorso e per un'altra parte di utenti che ha confermato la percezione iniziale. Ulteriore dato significativo della tabella risulta essere l'indicatore sul temere il giudizio degli altri all'interno del gruppo. L'aspettativa degli utenti è risultata nettamente più elevata rispetto al reale vissuto, che per alcuni soggetti appare del tutto nullo. Due soggetti hanno riconosciuto di aver avuto necessità del supporto dell'operatore, di più di quanto ipotizzato all'inizio dell'attività. L'item che misura l'inclusione al gruppo evidenzia un miglioramento del punteggio e quindi della percezione e vissuto da parte del campione coinvolto. La partecipazione spontanea alle attività ha

rilevato una buona consapevolezza di timidezza e riservatezza, dimostrando che i partecipanti sono partiti da un alto e effettivo desiderio di partecipazione spontanea, scontrandosi con la reale e ricorrente fatica nell'attuare durante gli incontri ed appoggiandosi più spesso del previsto al supporto degli operatori. Si collega a questa considerazione anche l'item sulla disponibilità a mettersi in gioco, che per la maggior parte del campione è stato consolidato e mantenuto rispetto alle aspettative e per l'altra è stato superato.

Partendo dallo strumento "schede di monitoraggio", compilate a fine di ogni seduta è stato calcolato il punteggio complessivo raccolto nelle tre aree sopra citate per utente ed inserito nella *Tabella 2* per poterne osservare l'andamento da inizio a fine progetto. Al di là dell'andamento dei singoli utenti è possibile osservare un trend in crescita del punteggio con cui sono partiti e con cui hanno terminato il percorso di gruppo. Per quasi tutti gli utenti il percorso si è concluso con un punteggio personale totale maggiore rispetto a quello della prima seduta, è necessario ricordare che il punteggio è complessivo e questo implica che vi sia stato un miglioramento dei punteggi nelle aree

Tabella 2 – Andamento generale dei pazienti per seduta

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O
seduta 1	30	32	23	25	31	22	5	22	17	21	16		15
seduta 2	30	32	15	24	32	26	2	27	16	7	8	23	24
seduta 2	21	25	17	19	31	26	9		21	16	17	22	16
seduta 4	27	23	11		32	29	12	27	22	29			20
seduta 5	19	27		25	32	32		27	25	25	15		21,5
seduta 6	26	20	9	14	34	29		19	15		24	19	25
seduta 7	31		23	17	21	32	20	20	24,5	30		30	29
seduta 8	26			25	32	32			14	13	15	18	25
seduta 9	32	26	18		28	32	26	22	12	25	20	29	21
seduta 10	30	30	19		32	32		24	17	24	19	24,5	23,5
seduta 11	30	29		28	32	32							
seduta 12	29	31	24										
seduta 13	23	27	16										

Tabella 3 – Suddivisione dei punteggi complessivi degli utenti per aree di monitoraggio nei gruppi

n. SEDUTE	A. EMOZIONI	A. ATTENZIONE	A. COINVOLGIB.	n. partecipanti	media A. Emoz.	media A. Atten.	media A. Coinv.
seduta 1	33	33,3	31,2	12	2,7	2,8	2,6
seduta 2	33	31,1	34	13	2,5	2,4	2,6
seduta 2	26,5	28,1	33,6	13	2	2,2	2,6
seduta 4	28	29,1	27,2	9	3,1	3,2	3
seduta 5	30,2	28,7	33,6	10	3	2,9	3,4
seduta 6	29,5	27,3	30,3	11	2,7	2,5	2,7
seduta 7	34,3	32	38,1	11	3,1	2,9	3,5
seduta 8	22,5	25,3	25,8	9	2,5	2,8	2,9
seduta 9	31,3	32,8	40,9	12	2,6	2,7	3,4
seduta 10	29,8	31,1	34,4	10	3	3,1	3,4
seduta 11	24	20,3	22,3	7	3,4	2,9	3,2
seduta 12	10,8	9,2	11,6	3	3,6	3	3,9
seduta 13	8	7	9,9	3	2,6	2,3	3,3

misurate in modo variabile e individuale. Molti utenti hanno mostrato un andamento non lineare di crescita ma durante l'esperienza di IAA hanno raccolto punteggi più elevati o più bassi rispetto al tipo di attività proposta a confronto al primo incontro. In tutte e tre le esperienze è stato possibile osservare un netto innalzamento dei punteggi dei singoli partecipanti durante la seduta che proponeva come attività un percorso di mobility con il cane, coinvolgendo in modo attivo e propositivo ogni partecipante nell'interazione e in comunicazione diretta con l'animale. Come evidenziano i dati del primo gruppo di AAA, in particolare per la seduta numero 13, svolta in data 19 Febbraio 2020, si osserva un netto calo dei punteggi globali. Si sottolinea che dopo la comunicazione della Cina avvenuta in Dicembre 2019 in merito ai primi casi di Covid-19 e le prime polmoniti atipiche riscontrate sul territorio italiano nei primi mesi dell'anno 2020, è stato osservato un aumento dello stato di tensione e di allerta degli utenti. Questi ultimi hanno mostrato e riportato durante il gruppo una forte preoccupazione e malessere per lo stato di emergenza enunciato ed un

possibile lockdown, che è stato successivamente attivato come misura di sicurezza preventiva.

Attraverso i punteggi raccolti nelle schede di monitoraggio della singola seduta si è voluto mettere in risalto l'andamento complessivo dei partecipanti nelle singole aree osservate. Per raggiungere questo dato è stato necessario fare la media dei punteggi dei singoli partecipanti per area e sommarli tra loro per raccogliere il risultato di ogni seduta. In seguito questo risultato è stato riportato nella *Tabella 3* e indicato per tutte le sedute svolte per gruppo. Per poter raccogliere un'osservazione più accurata si è reso necessario misurare la media aritmetica dei singoli punteggi delle aree per seduta con il numero dei partecipanti alla seduta stessa. In tutte e tre le esperienze proposte nel progetto pilota si può osservare come intorno alla decima seduta (per un gruppo l'ultima) ci sia stato un miglioramento significativo in tutte e tre le aree monitorate. Nello specifico è risultato evidente come gli obiettivi dei gruppi siano stati raggiunti con successo, attraverso i punteggi in crescita nelle aree prescritte delle emozioni, passando da 2,7 nella seduta 1 a 3

nella seduta 10 e nell'area della coinvolgibilità passando da 2,6 nella seduta 1 a 3,4. Andando ad osservare anche le sedute successive si nota un ulteriore incremento del punteggio, arrivando nella seduta 12 a 3,6 nell'area delle emozioni e 3,9 nell'area della coinvolgibilità. Ma come già indicato per i dati sopra esposti, per le sedute 11, 12 e 13 il numero del campione non risulta sufficiente per poter fare un confronto ed una rilevazione significativa.

CONCLUSIONI

Il primo obiettivo dell'indagine è stato quello di raccogliere tutti i dati rilevati dalle schede di monitoraggio e dai questionari autosomministrati e paragonati tra di loro per far emergere affinità e differenze. Grazie a questo confronto è stato possibile individuare i punti di forza degli IAA all'interno dei percorsi di terapia e riabilitazione psichiatrica per giovani utenti afferenti ai servizi territoriali e migliorare alcune attività proposte, metodologie e strumenti utilizzati fino ad oggi. I nostri risultati, sebbene parziali e provvisori, sono in linea con quanto emerso dalle altre esperienze internazionali (1, 2, 9, 10). In base ai risultati raccolti si può affermare inoltre che anche il proposito riguardo al raggiungimento degli obiettivi da parte dei partecipanti alle attività di gruppo è stato raggiunto in tutte e tre le esperienze nelle due aree di monitoraggio prescritte (emozioni e coinvolgibilità) pur con la variabilità individuale e la specificità di ciascun progetto. In particolare si è osservato uno sviluppo di maggiore consapevolezza/conoscenza di sé relativo alle proprie capacità e limiti, il riconoscimento del bisogno di aiuto, lo sviluppo di competenze sul piano relazionale e la gestione dei propri stati emotivi durante le attività riabilitative proposte, consentendo agli utenti di arrivare a sentirsi tranquilli in un contesto grupppale. Infine i risultati analizzati e rielaborati degli item dei questionari autosomministrati in To e in Ti hanno rilevato un buon soddisfacimento relativo alle aspettative iniziali. Inoltre gli item legati all'area delle emozioni hanno aiutato ad evidenziare l'effettivo raggiungimento dell'obiettivo

individuato per l'attività: è stato possibile confrontare l'osservazione dell'operatore con la percezione soggettiva dell'utente e questo ha confermato e dimostrato l'efficacia dell'intero intervento. In particolare l'aver sperimentato e vissuto in prima persona attività mediate dall'animale ha permesso di apprendere concetti e modalità relazionali corrette nell'interazione con il cane, successivamente riproposte e generalizzate nel contesto di vita quotidiana con i pari. Le abilità apprese si sono inoltre rivelate consolidate nel tempo e funzionali all'incremento di autodeterminazione e autostima. Anche in questo caso si confermano i dati di letteratura rispetto agli obiettivi di un intervento riabilitativo territoriale evidence-based (Vita, 2019).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

^o *Tecnico della riabilitazione psichiatrica esperto in IAA, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana.*

^{*} *Psicologa, Psicoterapeuta, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana.*

[^] *Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana.*

BIBLIOGRAFIA

1. Cocco R., Sechi S. e Campana G., *Approccio comportamentale negli IAA con il cane, Strategie training e strumenti operativi*, Erickson; 2018.
2. Connors E., *Morning Consult; Americans Note Overwhelming Positive Mental Health Impact of their Pets in New Poll; Dogs and Cats Equally Beneficial*. American Psychiatric Association (APA); 2023.
3. Ba G., *Strumenti e Tecniche di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale*, Franco Angeli, 2003.
4. Percudani M., Cerati G., Vita A., Petrovich L., *I Programmi Innovativi Per La Salute Mentale*, Capitolo 6. La Psichiatria Di Comunità Lombarda, 2004-2012.
5. Ministero della Salute, *Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari, Interventi Assistiti Con Gli Animali (IAA) Linee Guida Nazionali*, 2015.
6. Marchesini R., *Canone di zooantropologia applicata*, Alberto Persida Editore, novembre 2004.
7. Marchesini R., Corona L., *Attività e terapie assistite dagli animali, l'approccio zooantropologico alla pet therapy*, Alberto Persida Editore, Giugno 2007.
8. Ministero della Salute, *Indicatori per il monitoraggio dei programmi innovativi di psichiatria regionali, programma TR 105, Prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici in età giovanile, sviluppo di processi integrati nell'area salute mentale*, anno 2019.
9. Eaton Hoagwood K., Acri M., Morrissey M. & Peth-Price R., *Animal-Assisted Therapies For Youth With Or At Risk For Mental Health Problems: A Systematic Review*. Applied Developmental Science; 2016.
10. Brown S., Snelders J., Godbold J., Moran-Peters J., Driscoll D., Donoghue D., Mathew L., Eckardt S., *Effects Of Animal-Assisted Activity On Mood States And Feelings In A Psychiatric Setting*. Journal Of The American Psychiatric Nurses Association, 2019.
11. Vita A., Dell'osso L., Mucci A., *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, dalle Conoscenze Teoriche alla Pratica Dei Servizi Di Salute Mentale*, Volume 2 Riabilitazione Psichiatrica, Giovanni Fioriti Editore, 2019.

Emergenza Chemsex

MDPV, sessualità e rischio psicopatologico

Henry Pinamonti* e Massimo Clerici°

Recenti fatti di cronaca in tema di tossicodipendenza — l'ultimo dei quali risalente a gennaio 2023 — riportano decessi del tutto inaspettati: nell'ultimo caso, la morte di un uomo in seguito ad un lungo festino sessuale a base di MDPV — un giovane gay di 27 anni — fa emergere (almeno dall'intervista all'ex compagno nell'ambito di una relazione breve della durata di pochi mesi) come il giovane desiderasse smettere (senza riuscirci) e mostrasse un rapido calo di peso perlopiù riconducibile alla costante privazione di cibo indotta dal continuo uso della sostanza. Nell'articolo, la condizione di dipendenza viene addotta ad una sostanza, appunto l'MDPV, il cui nome gergale è "droga degli zombie". Se la prima ipotesi clinica può essere quella di un suicidio mascherato, è però necessario considerare, come elemento centrale di questo episodio e di eventi simili, soprattutto la potenza di aggancio e di induzione della dipendenza ad opera di questa sostanza. Ovviamente non è nota la situazione psicologica e psicopatologica della vittima: se esistesse, ad esempio, una condizione precedente di disturbo mentale o di comorbilità derivante dall'abuso attuale, ma nell'intervista all'ex compagno traspare come il giovane deceduto vivesse da un po' in evidente stato di "disagio".

Chi lavora nel settore delle dipendenze patologiche ha sviluppato, ormai da anni, un modello di spiegazione dei fenomeni che mette in relazione la dipendenza da sostanze (o comportamentale) al disturbo mentale e che comprende, nella stragrande maggioranza dei casi, il tentativo di autocura come strettamente legato ai comportamenti di *addiction*; d'altra parte, è necessario non sottovalutare neppure il contemporaneo disagio psicologico indotto dalla pervasività stessa della condizione di dipendenza.

Rimane sempre aperto alle riflessioni, quindi, il complesso tema delle interazioni tra disagio psichico vissuto nella propria irripetibile soggettività e la specificità — più o meno tossicomaniaca — della sostanza (in questo caso il MDPV).

In sintesi, sarà diverso l'esito sull'equilibrio psicofisico se per fare fronte, ad esempio, alla tipica angoscia di separazione con vissuti di solitudine ed abbandono una persona usa cocaina piuttosto che MDPV in ambito sessuale (solo per citare due sostanze dall'effetto stimolante spesso usate in questo contesto)? Nei soggetti che utilizzano MDPV, indipendentemente dal profilo di personalità e dalla psicopatologia, si assiste ad uno sviluppo molto rapido di una forte e pervasiva dipendenza con danni, altrettanto veloci, all'omeostasi psico-fisica: inoltre, nella maggioranza dei consumatori — sempre a seguito di un uso significativo di MDPV — vengono riferite alterazioni delle funzioni percettiva e ideativa a carattere persecutorio anche in assenza di struttura psicotica mentre si assiste in poco tempo, sul piano organico, ad un preoccupante dimagrimento derivante dall'importante inibizione dello stimolo della fame. La potenza e la pericolosità del MDPV rendono quindi questa sostanza, in primo luogo, fortemente "agganciante" sul breve periodo e decisamente destabilizzante in relazione all'equilibrio psicofisico dell'utilizzatore e, secondariamente, un induttore di psicosi transitorie in soggetti non psicotici che vanno ben oltre la durata di emivita¹ del farmaco stesso. Al confronto, l'uso di cocaina o di altri stimolanti in ambito sessuale non produce gli stessi effetti e gli stessi danni sull'equilibrio psicofisico complessivo del soggetto.

CHE COSA È IL MDPV?

La sostanza psicotropa metilendioossipirovalerone — denominata con la sigla MDPV — è un catinone sintetico: i

1. L'emivita del MDPV è di 3-4 ore

catinoni sono una classe di sostanze (cui fa parte anche il più popolare mefedrone – methylmethcathinon) utilizzate in ambito chemsex, ovvero in concomitanza ad un evento sessuale che può esser individuale, di coppia o di gruppo, come si vedrà meglio in seguito. I catinoni sintetici sono analoghi strutturali di un alcaloide di origine naturale presente nelle foglie della pianta *Catha Edulis* (Khat) e sono strettamente legati alla famiglia delle fenetilamine, cui appartiene il MDMA. Gli effetti stimolanti sono noti da secoli e la pratica della masticazione delle foglie di Khat è ancora oggi popolare nei paesi dell'Africa orientale e della penisola arabica. Alla famiglia dei catinoni appartengono anche alcuni farmaci commercializzati quali il pirovalerone, studiato come agente antifatica negli anni sessanta; sebbene sia un farmaco approvato negli USA, è raramente prescritto. Il bupropione è un analogo del catinone che fu inizialmente proposto come antidepressivo negli anni settanta e successivamente approvato per uso clinico come farmaco per smettere di fumare nel 1997. Il MDPV o il mefedrone, generalmente reperiti nel dark web, sono anche abilmente commercializzati sui siti web come "sali da bagno" o "fertilizzanti" e presentati come prodotti non adatti al consumo umano per aggirare i divieti legali.

Il Sistema di Allarme Precoce sulle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) ha segnalato un aumento esponenziale ed allarmante della diffusione di catinoni sintetici². Il motivo risiede nella facile reperibilità sul web e nel fatto che vengono prodotti in laboratori casalinghi — detti *kitchen laboratories* — soprattutto in Scandinavia e in Inghilterra da dove vengono esportati facilmente e con costi bassi: anche per questo motivo si è assistito ad

un notevole aumento del consumo di queste sostanze durante il periodo della pandemia³. L'analisi di 1166 siringhe utilizzate, raccolte dalla rete ESCAPE in sette città europee nel 2020, ha rilevato catinoni sintetici in oltre la metà di tutte le siringhe analizzate a Budapest e Parigi⁴. Tra gli studenti, peraltro, l'indagine ESPAD del 2019⁵ ha stimato come il consumo di NSP variasse dallo 0,9% al 6,6% mentre il consumo di catinoni sintetici era compreso tra lo 0,2% e il 2,5%.

Per quanto riguarda la popolazione gay, è noto che questa sia tre volte maggiormente predisposta all'uso di sostanze e, nello specifico, che l'incidenza del chemsex vari dal 3% al 29%⁶. Non sono disponibili, attualmente, dati sull'incidenza del MDPV in ambito chemsex in Italia, anche se pazienti seguiti a Milano presso il CAD hanno riferito come, verso la fine del 2022, «questa sostanza sia dilagata nel nostro paese negli ultimi due anni ed ora sia reperibile ovunque, anche nelle località più piccole e periferiche». A partire dal 2012 si è assistito ad una marcata diffusione, nella popolazione gay, del chemsex: durante la pandemia la diffusione è aumentata, in particolare con MDPV, per la maggiore facilità di approvvigionamento di questa sostanza al posto della cocaina. Lo confermano le anamnesi tossicologiche raccolte dai pazienti seguiti presso il CAD di Milano perché la maggior parte di costoro risulta aver fatto, in ambito chemsex, un passaggio dalla cocaina (spesso basata) al MDPV proprio all'inizio della pandemia. Il cambio di sostanza è stato favorito non solo dagli aspetti legati al cambiamento dell'offerta illegale ma anche dalle ripercussioni psicologiche della pandemia su una popolazione fragile come quella dei tossicodipendenti. Molti di loro, senza lavoro e parti-

2. Istituto Superiore Sanità, 2022.

3. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2021 (dati 2020).

4. EMCDDA, 2022.

5. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, 2019.

6. Dato riferito da Nimbi, 2020.

colarmente isolati socialmente a causa del lockdown o del telelavoro, sembrano aver reagito alla situazione con un incremento delle valenze narcisistiche già presenti in queste persone, tanto più se sovra-esposte ad angosce di separazione e solitudine correlate. L'osservazione clinica evidenzia, infatti, come in molti di questi casi il MDPV sia stato impiegato in chiave autocurativa proprio per contrastare tali angosce ma, in realtà, spesso rafforzandole paradossalmente attraverso un isolamento sociale causato da "chiusure difensive" in attività masturbatorie potenziate. I dati epidemiologici sono praticamente inesistenti ma quelli derivanti dall'osservazione clinica fanno emergere come l'uso di MDPV sembri attualmente un fenomeno perlopiù italiano e maggiormente diffuso nelle grandi città come Milano e Roma. Anche se non vi sono conferme al riguardo si può ipotizzare che vi siano anche in territorio italiano *kitchen laboratories* che lo producono; l'ipotesi sarebbe avvalorata dagli arresti di consumatori di queste sostanze che vengono inviati al CAD per terapia, dalle testimonianze di persone legate al mondo dello spaccio in ambito milanese e dalle numerose dichiarazioni dei consumatori stessi⁷; inoltre, diverse associazioni gay — allarmate per la diffusione di questa sostanza — si stanno mobilitando per diffondere una corretta informazione, in particolare sui rischi legati all'uso di MDPV⁸. Nel resto dell'Europa chi si dedica al chemsex utilizza mefedrone come catinone sintetico, una sostanza apparentemente meno pericolosa perché meno potente e tendenzialmente non in grado di indurre così rapidamente disturbi psicotici.

EFFETTI DEL MDPV

Questa sostanza, chiamata in gergo "PV" o "super coke" perché inibisce la ricaptazione della noradrenalina e

della dopamina provocando effetti stimolanti simili alla cocaina ma molto più potenti, è capace di indurre ingenti modifiche delle funzioni percettive. A livello fisico, invece, il consumo di MDPV provoca un aumento della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna e importanti episodi di tachicardia. Il consumo di dosi elevate non aumenta le sensopercezioni alterate ma solo gli effetti collaterali, anche gravi. A livello psichico aumenta la lucidità e sopprime la stanchezza così come il bisogno di mangiare e di dormire. Il consumo regolare di dosi elevate provoca psicosi transitorie ma anche persistenti, facilitate dalla mancanza di sonno⁹. Presso il CAD sono state osservate reazioni drammatiche di persone che avevano assunto compulsivamente MDPV nell'arco di 3-4 giorni, con assenza di sonno, quasi senza nutrirsi e con perdite di peso fino a 20-25 kg nel giro di poco tempo, legate all'uso continuativo. L'osservazione delle reazioni psicotiche indotte mette in evidenza come queste siano prevalentemente di tipo paranoide, di lunga durata (fino a 10 giorni) e con attacchi di panico associati; si sono osservati anche esordi di scompenso psicotico in persone vulnerabili probabilmente predisposte o con tratti di personalità pre-morbosa. Alla riduzione degli effetti (discesa), il desiderio di consumarne ancora è molto intenso per l'elevato craving. Gli effetti del consumo di MDPV a lungo termine non sono ancora stati studiati in modo approfondito e le informazioni attualmente disponibili, essendo il fenomeno recente, sono purtroppo limitate. Meritano un approfondimento clinico e studi specifici, oggi non ancora esistenti, le particolari manifestazioni psicotiche che sono state osservate: allo SMI-CAD, ad esempio, una situazione clinica in cui una persona con dipendenza grave da cocaina basata ha slatentizzato una forma psicotica paranoide dopo una sola assunzione di

7. Dati SMI-CAD, 2022.

8. È recente l'iniziativa di incontri mensili a Milano aperti alla cittadinanza sui rischi dell'uso di MDPV, promossa da Checkpoint, Servizio di screening per le malattie sessualmente trasmesse.

9. Ripreso dal sito svizzero: www.danno.ch.

MDPV. Dall'anamnesi psicopatologica sono emersi nuclei psicotici pre-esistenti in personalità con tratti narcisistici, borderline e schizotipici. Nelle altre situazioni cliniche osservate, dove non vi è una struttura psicotica di personalità, è interessante osservare come — a distanza di giorni — i pazienti descrivano in modo lucido le percezioni irrazionali vissute mantenendo un grado variabile di criticità verso di esse. Emerge in costoro un range che va dall'atteggiamento più distaccato — dove l'ideazione psicotica è trattata come un corpo estraneo — a vissuti in cui, pur riconoscendone la natura indotta, vi è una parziale adesione a contenuti come, ad esempio, quelli di essere spiato e controllato da qualcuno, a volte nemici, a volte familiari diventati ostili. Durante il consumo prolungato, fino all'intossicazione, tutti i soggetti osservati riferiscono piena adesione e identificazione con le percezioni psicotiche con conseguenti comportamenti decisamente pericolosi per sé e per gli altri.

IL CONTESTO DEL CHEMSEX LEGATO ALL'USO DI MDPV

Questa sostanza sembra essere utilizzata quasi esclusivamente in ambito chemsex¹⁰, cioè all'interno di un'attività sessuale, con finalità di potenziamento, prolungamento ed intensificazione dell'esperienza sessuale secondo uno specifico pattern. L'uso di sostanze, abbinato alla sessualità per facilitarla o amplificarla, non è nuovo nella popolazione generale e spesso i consumatori di qualsiasi orientamento sessuale utilizzano, di volta in volta, cocaina, altri stimolanti amfetamino-simili, cannabis, alcool o nitrito di amile¹¹ a questo scopo. Ciò che risulta nuovo invece, e definisce il chemsex come fenomeno drammaticamente

emergente, sembra legato a tre fattori caratteristici: (1) la diffusione nettamente prevalente tra la popolazione gay; (2) l'utilizzo di specifiche sostanze, tra cui il MDPV; (3) la modalità di consumo.

1. Il chemsex è un fenomeno quasi esclusivo della popolazione gay maschile¹² (o MSM, uomini che fanno sesso con altri uomini). Il motivo sembra collegato a questi aspetti:

1.1. L'importanza data alla sessualità come veicolo di identità per la popolazione gay; in nome della sessualità non omologata sono nati, infatti, movimenti per l'emancipazione e le lotte contro lo stigma. Tuttavia, stigma e discriminazioni esistono ancora a livello sociale, sia pure con minore diffusione ed intensità e, talvolta, anche tra professionisti della salute. Molti gay mantengono una parte del Sé, spesso poco consapevolmente, in cui la propria sessualità è vissuta come sporca e disdicevole, soprattutto se sono attive componenti o fantasie cosiddette "perverse" verso le quali prevale un atteggiamento interiore non accettante¹³. Il rapporto tra sessualità, componenti perverse ed accettazione delle stesse condiziona fortemente i vissuti che una persona può manifestare al riguardo, mentre è ben noto che l'uso di sostanze in ambito sessuale esprime spesso la ricerca di una forma di liberazione da pregiudizi internalizzati che causano disagio e sofferenza. D'altra parte, il consumo di sostanze stupefacenti è significativamente maggiore all'interno della popolazione gay, in parte per lo stesso motivo legato allo stigma verso la ses-

10. "chemsex" è un termine coniato nel 2001 dal ricercatore David Stuart, vedi il sito davidstuart.org.

11. Nitrito di amile detto anche "Popper".

12. Vi possono essere situazioni di uomini eterosessuali che fanno chemsex con MDPV, MDMA o cocaina ma difficilmente questo tipo di impiego sembra essere in condizioni di "dipendenza", come documentato dal CAD.

13. Il tema della cosiddetta perversione in ambito sessuale meriterebbe un'ampia trattazione che va oltre gli scopi di questo scritto. Si veda a proposito F. Morgenthaler, 1976; Masud Khan M, 1979; Stoller, 1991.

sualità. Quando lo stigma è stato appreso nel corso dello sviluppo psico-emotivo, a contatto con l'ambiente familiare e sociale, diviene una parte del sentimento di sé e si può parlare di "omofobia interiorizzata"¹⁴.

1.2. Lo stigma riguarda anche il secondo fattore in gioco, quello rivolto verso le persone sieropositive. Fa riflettere un dato significativo, osservato nelle situazioni di chemsex, cioè che molti dei frequentatori sono sieropositivi. Dalla ricostruzione anamnestica emerge spesso come un approdo al chemsex sia successivo e non precedente all'infezione, come più facilmente si potrebbe supporre. Una situazione di disagio psichico emerge dunque quando una persona si trova a convivere con la diagnosi di sieropositività e ciò malgrado l'introduzione, ormai consolidata nel tempo, di farmaci che permettono una vita normale e che hanno praticamente cancellato il rischio di mortalità. L'aspetto paradossale è che una certa quota di gay cerchi attivamente l'infezione da HIV per dare una specie di concretezza ad angosce che, in questo modo, diventano tangibili e circoscritte al problema per poi dover fare i conti, anche in questo caso, con l'interiorizzazione di uno stigma che riguarda le malattie a trasmissione sessuale.

1.3. Il terzo aspetto riguarda la diffusione delle applicazioni di incontri per uomini gay, prima tra tutte Grindr. Il fenomeno riguarda, in generale, questo tipo di applicazioni ma l'ampio utilizzo e la diffusione di Grindr, in particolare, fa sì che la maggior parte delle persone che vogliono trovare uno o più partner per chemsex utilizzino principalmente questa. L'esistenza di Grindr ha quindi facilitato l'ampia diffusione tra i gay del chemsex, malgrado i gestori abbiano fatto

tentativi (poco fruttuosi) per limitare questo fenomeno durante l'utilizzo.

2. Il secondo fattore del pattern riguarda l'utilizzo di specifiche sostanze. Oltre ai catinoni sintetici, MDPV o mefedrone, la pratica del chemsex prevede l'utilizzo di metamfetamina (N-metilalfametilfenilettilammina), detta anche Crystal, e GHB (gamma-idrossibutirrato) o il suo precursore GBL (gammabutirrolattone) detti G. A questa associazione caratteristica di sostanze si aggiunge — nel menù — quasi sempre la cocaina basata, la sostanza che veniva maggiormente utilizzata in ambito sessuale prima dell'avvento di queste nuove sostanze psicoattive. Poiché le sostanze eccitanti sono tali sul sistema nervoso centrale (SNC) ma hanno un effetto inibente sull'erezione, di norma in ambito chemsex vengono utilizzati in aggiunta anche farmaci come sildenafil e tadalafil che permettono il funzionamento erettile. Mix di dosaggi elevati di questi ultimi farmaci con metamfetamina, GHB o cocaina possono essere molto pericolosi e l'associazione con nitrito di amile (Popper) può essere fatale. Generalmente tra la popolazione non clinica dei gay la frequenza del chemsex è di circa una volta al mese o anche meno; la popolazione clinica che arriva al CAD riferisce di chiedere aiuto per un uso regolare almeno settimanale di cocaina basata e MDPV in ambito chemsex. Le sessioni di chemsex con l'uso di MDPV e altre sostanze possono durare fino a 4-5 giorni consecutivi con gravi conseguenze, come già detto, sul versante psicofisico. Gli effetti specifici di tali sessioni sulle sensopercezioni ed il comportamento del soggetto sono l'estrema amplificazione ed intensificazione delle sensazioni tattili e di piacere sessuale, l'abbassamento della soglia del dolore (collegato a pratiche sadomaso), l'inibizione dell'erezione e la disinibizione sessuale con messa

14. Weinberg ha coniato questo termine nel 1969.

in atto di fantasie proibite o normalmente inaccessibili, l'inibizione di sonno e fame, l'ottundimento della consapevolezza con assunzione di rischi legati ad overdose e malattie sessualmente trasmesse, la perdita del senso del tempo e, almeno parzialmente, del senso della realtà. A seguire, come già rimarcato, vi è quasi sempre una comparsa di sintomi di tipo psicotico paranoideo o allucinatorio che possono durare anche una settimana dopo la sessione od essere persistenti e regredire solo dopo somministrazione di neurolettici a basso dosaggio¹⁵.

3. Il terzo fattore caratteristico del pattern chemsex riguarda la modalità di consumo che avviene nella maggior parte dei casi in contesti privati tra gay con un partner o, più frequentemente, in un contesto di sesso di gruppo. In questo caso il chemsex avviene all'interno di uno specifico rituale¹⁶ ma alcuni utenti riferiscono un ritiro verso l'uso solitario per la difficoltà di gestire le sindromi paranoidee, proprie e degli altri, durante le sessioni di gruppo con MDPV. Spesso la preparazione delle sessioni si avvale dell'applicazione Grindr per il reclutamento dei partecipanti, ciascuno dei quali deve mettere una quota (colletta) per l'acquisto degli stupefacenti; durante la sessione vi è una stanza dedicata al sesso dove non possono mancare proiezioni di video porno e musica mentre un'altra stanza separata è dedicata alla presentazione e consumo delle varie sostanze.

CONSIDERAZIONI CLINICHE RELATIVE AL CHEMSEX, ALLA DIPENDENZA PATOLOGICA E ALL'ULTRAPOTENZA SESSUALE¹⁷

Il chemsex, come finora descritto, solleva varie questioni: pone il clinico e l'equipe curante, siano essi della salute mentale o delle dipendenze, di fronte a comportamenti non sempre noti e a dilemmi diagnostici relativi alle produzioni psicotiche e implica la comprensione del rapporto tra la sessualità di chi ne fa uso e l'impiego di queste sostanze. Chi si dedica regolarmente al chemsex non manifesta solo una dipendenza dalle sostanze ma presenta anche una problematica sessuale che sfocia spesso in una co-dipendenza da sesso¹⁸ e droghe o da cybersex e droghe. L'osservazione clinica e l'anamnesi dei pazienti valutati presso il CAD che praticano chemsex hanno mostrato come, nella maggior parte dei casi, la problematica relativa alla sessualità preceda l'incontro con il chemsex; inoltre, i problemi di natura sessuale non sono mai scollegati da altri problemi e conflitti di natura affettiva e relazionale. Molto spesso dall'anamnesi emerge un sovrainvestimento della dimensione sensoriale della sessualità attraverso comportamenti compulsivi che prefigurano anche una dipendenza comportamentale (da sesso), il cui correlato psichico è uno stato sessuato della mente decisamente generalizzato. In questa situazione la sessualità è consumata come se gli altri partner fossero oggetti di consumo, oppure è agita su internet attraverso specifiche applicazioni per sesso virtuale e video porno.

15. Un paziente è riuscito a tacitare una voce interna costantemente presente, anche a grande distanza dall'ultima dose di MDPV che aveva prodotto la percezione di telecamere che lo spiavano in casa, solo dopo assunzione a basso dosaggio di aripiprazolo.
16. Interessante, a questo proposito, la lettura di "Ragazzi chimici – confessioni di chemsex" a cura di Infante e Mauri, (2020).
17. Neologismo derivato pensando alla dimensione compensatoria dell'ipersessualità spesso osservata nella popolazione gay e la cui origine sembra derivare da una forma di difesa verso sentimenti di inadeguatezza del sé. Con questo neologismo si vuole significare una dimensione ulteriormente esasperata della sessualità amplificata da sostanze come MDPV, mefedrone o metamfetamina.
18. La dipendenza sessuale, benché sia un concetto largamente usato in psicopatologia, è in realtà controverso dal punto di vista diagnostico (come il concetto di "ipersessualità"). Nelle ultime versioni del DSM, fino al 5-TR (2022) è stata rifiutata la sua introduzione perché non vi sarebbero sufficienti dati empirici a sostegno di questo costrutto. In questo scritto si utilizza il concetto di "dipendenza sessuale" quando l'agire sessuale è sintomatico ed ha una caratteristica compulsiva; nel caso del chemsex la dipendenza sessuale è sostenuta ed amplificata dalla dipendenza da sostanze e relativa compulsività indotta.

Nella popolazione clinica osservata emerge, come dato costante, la fragilità narcisistica comune a tutte le forme di dipendenza patologica: questa porta a vissuti di inadeguatezza, inferiorità, insicurezza correlati a profondo sentimento di vergogna di sé; tali vissuti sono spesso rinforzati dalla componente omofobica interiorizzata, già evidenziata in precedenza, che amplifica ulteriormente il sentimento di vergogna. Le osservazioni cliniche fatte su persone gravemente compromesse per la dipendenza da chemsex confermano il dato che alla base delle più importanti fragilità narcisistiche, correlate con ogni forma di dipendenza patologica, vi sia una relazione con traumi infantili ed evolutivi di natura interpersonale ad opera di una o più figure affettive di riferimento¹⁹. Spesso questi traumi evolutivi²⁰ sfociano in una qualche forma di disturbo della personalità. Nei casi osservati presso il CAD vi è una predominanza di disturbo narcisistico di tipo covert²¹, o situazioni di tipo francamente depressivo come esito di un crollo narcisistico in cui precedentemente vi era un franco disturbo narcisistico di personalità, rilevabile nella ricostruzione anamnestica. L'incontro di queste fragilità narcisistiche con una sostanza come il MDPV — che esalta al massimo livello la sensazione ed il piacere sessuale — lo prolunga a dismisura e permette l'accesso ad un vissuto compensatorio di onnipotenza, proietta l'utilizzatore in una dimensione di ultrapotenza sessuale che annulla l'imbarazzo, la vergogna ed il profondo dolore incistato e collegato al trauma evolutivo, creando

così un legame immediato e fortemente agganciante tra l'effetto della droga e la fragilità narcisistica. Si instaura molto rapidamente, allora, la dipendenza da chemsex. La risultante di questa forma di dipendenza esaspera quelle fragilità narcisistiche che il soggetto vorrebbe invece contenere perché esalta al massimo la sensorialità mentre fa sprofondare la struttura personologica in una dimensione in cui è presente solo il principio di piacere a scapito del principio di realtà²². In questo complesso scenario psichico e comportamentale di piacere mortifero a farne le spese è la dimensione relazionale ed affettiva. I consumatori di chemsex, già portatori di problematiche relazionali e dell'attaccamento²³ che provocano difficoltà nel legame con l'altro e vissuti di solitudine e abbandono, di origine traumatica, finiscono per essere ancora più isolati socialmente ed affettivamente, a scapito del numero, a volte impressionante, di persone con cui scambiano rapporti sessuali. Chi fa chemsex è spesso alla ricerca di un sollievo verso l'angoscia acuta di separazione, i vissuti di mancanza affettiva collegati a disistima e i sentimenti di profonda noia esistenziale e sperimenta, in un primo momento, come la droga funzioni molto bene a tal fine perché favorisce apparentemente il legame con l'altro e "riempie" il soggetto con l'eccitazione massima. Successivamente, però, i vissuti spiacevoli si ripresentano inevitabilmente: a questo punto sono notevolmente amplificati ed affiorano sotto forma di profonda angoscia esistenziale e senso di abbandono che portano anche ad

19. Vedi Mucci, 2018.

20. I traumi, grossolanamente, possono distinguersi in tre livelli. Il primo è associato alla carenza/mancanza di sintonizzazione affettiva tra la madre ed il bambino; Il secondo deriva dalla violenza esplicita, fisica, verbale o sessuale; il terzo è legato alle conseguenze delle catastrofi naturali. Il trauma può essere singolo, come nel caso delle catastrofi o della morte improvvisa di un genitore, o evolutivo se l'ambiente di crescita è fortemente sfavorevole al bambino (Schore, 2001; Mucci, 2018).

21. Il disturbo narcisistico di tipo covert descritto da Wink (1991) non è presente nel Sistema diagnostico DSM e si può confondere, per alcuni tratti comuni, con il disturbo evitante di personalità.

22. S. Freud, 1911; 1920

23. I ricercatori e teorici dell'attaccamento hanno messo in evidenza l'origine traumatica delle forme di attaccamento insicuro e disorganizzato, particolarmente correlato con popolazioni cliniche caratterizzate da dipendenza patologica (vedi Albasi, 2006; ma anche Kohut, 1977; Kernberg, 1987).

un accentuato sentimento di perdita del senso della vita. L'aspetto positivo sembra essere, per fortuna, che in questa angosciante situazione psichica la dipendenza inizia a diventare egodistonica agevolando, con ciò, la possibilità per il soggetto di formulare una domanda di aiuto.

LA DOMANDA DI AIUTO

L'associazione tra nuove sostanze stupefacenti, come il MDPV, e sessualità interessa in modo specifico — come detto — la fascia di popolazione gay. Fino a poco tempo fa questa popolazione era, in genere, scarsamente presente nei Servizi per le Dipendenze (SerT e SMI), anche se il consumo di sostanze tra i gay risulta significativamente maggiore rispetto al resto della popolazione omogenea per età e fascia sociale. Le ragioni di ciò sono una diffidenza di ordine culturale nel rivolgersi ai Servizi dedicati alle sostanze per timore dello stigma. Purtroppo, questo timore è spesso fondato e va a confermare l'omofobia interiorizzata per la percezione di un ambiente poco accogliente e tollerante. Esistono correnti ideologiche, oggi bandite in Italia ed Europa (ma non in tutte le nazioni del mondo), che teorizzano e mettono in pratica la conversione dell'orientamento sessuale ai danni del paziente: inoltre, in molte nazioni anche europee (Italia compresa), la popolazione LGBTQ+ non gode degli stessi diritti di fronte al matrimonio ed ai figli²⁴. Nimbi afferma che i Servizi per le dipendenze «non sembrano essere in grado di affrontare questa emergenza [il chemsex] a causa della mancanza di conoscenze, di strategie efficaci di intervento e di atteggiamenti negativi nei confronti della popolazione LGBTQ+»²⁵. Attualmente questa tendenza, specialmente in Italia e nelle grandi città, sta cambiando ed è quindi necessario dare una risposta qualificata ad una domanda di aiuto complessa, come

quella portata da chi è affetto da dipendenza da chemsex e vorrebbe rivolgersi ai Servizi per la gravità della stessa.

L'APPROCCIO CLINICO ED I PROBLEMI CORRELATI

L'approccio clinico a persone con dipendenza da chemsex con MDPV (o altre sostanze) non può prescindere da un approccio multidisciplinare integrato che solo un ambulatorio altamente specializzato nelle dipendenze patologiche può offrire²⁶, in un contesto di rete con i servizi ambulatoriali ed ospedalieri psichiatrici. È infatti necessario trattare tutti gli aspetti correlati a questa forma di co-dipendenza: non solo quelli psicologici e sessuologici, ma anche medico-tossicologici ed internistici, psichiatrici, sociali ed educativi. Il lavoro psicoterapico e psicologico-sessuale si inserisce dunque in un contesto allargato senza il quale gli obiettivi dati possono diventare una sfida pericolosa per il singolo curante ed il paziente. L'inizio della presa in cura prevede, secondo questa impostazione multifocale, una valutazione diagnostica multidisciplinare per determinare la gravità della situazione tossicologica, definire una diagnosi psicopatologica che non trascuri risorse e qualità delle relazioni affettive del paziente, ne valuti gli aspetti internistici correlati all'uso e quelli eminentemente psicopatologici. La condivisione ragionata dell'esito della valutazione, nonché degli obiettivi di cura con il paziente, sono l'occasione per favorirne l'aggancio al trattamento e sostenerne la motivazione. Uno degli aspetti salienti legati a questa fase è la condivisione dell'obiettivo, primario e specifico, riguardante la dipendenza. Poiché il trattamento riguarda una co-dipendenza da sostanze e da sesso è necessario definire con chiarezza, insieme al paziente, tali obiettivi e quali siano effettivamente percorribili.

24. Questo nell'ambito dei paesi democratici; è noto, purtroppo, come nei paesi autoritari vi siano tuttora in corso esecuzioni da pena di morte rivolte anche a adolescenti e giovani omosessuali.

25. Nimbi, 2020.

26. Pinamonti, 2004

Puntare fin da subito all'astensione "completa" rischia di essere un obiettivo irrealistico e destinato perlopiù al fallimento. L'esperienza clinica insegna come nelle situazioni di dipendenza semplice, non complicate da altre sostanze o da disturbo di personalità grave, purché con alta motivazione al trattamento ed ottimale frattura interiore²⁷, sia plausibile definire un obiettivo di piena astensione, raggiungibile nel corso della presa in carico.

Nelle situazioni di chemsex il clinico si trova di fronte ad una dipendenza da sostanze che si appoggia alla pulsione sessuale e questo rende molto più difficilmente gestibile il craving perché l'eliminazione dello stesso va a toccare il principale trigger endogeno²⁸ che è costituito dal desiderio sessuale. È quindi buona norma definire con prudenza gli obiettivi iniziali costruendo un'alleanza terapeutica basata sul contenimento dell'uso piuttosto che sull'astensione "completa": ciò perché appare prevedibile un decorso con un discreto numero di ricadute. Per quanto riguarda la componente di dipendenza sessuale, generalmente è meglio accettato un obiettivo riguardante la possibilità di aprirsi, senza tabù e vergogna, sulle questioni più intime al fine di raggiungere una gestione più sana della sessualità che non escluda la relazionalità. È tuttavia necessario procedere in modo gerarchico e consequenziale rispetto al focus degli interventi messi in atto ed è bene che il focus prevalente sull'aspetto sessuale sia trattato successivamente a quello, ben più urgente, della dipendenza da sostanze, con i suoi correlati psicopatologici e gli effetti autodistruttivi, ovvero dopo una sufficiente stabilizzazione del quadro clinico primario. Le persone con problema di chemsex (che arrivano in un Servizio per le dipendenze come il CAD) esprimono sempre una domanda di aiuto centrata sulla dipendenza dalla sostanza, diventata egodistonica, e non sono generalmente consapevoli della loro dipendenza

sessuale; questo lavoro è perciò funzionale al rispetto dell'organizzazione psichica del paziente, ulteriormente fragilizzata dalla dipendenza chimica: focalizzarsi sulle tematiche e la dipendenza sessuale successivamente al raggiungimento di un sufficiente contenimento di quella chimica diventa allora prioritario. Solo a terapia avanzata, e se il paziente è disponibile e ne ha le risorse, il focus verterà sul tema delle relazioni affettive. È un aspetto molto importante quando si tratta di problemi correlati alla dipendenza comportamentale, che assume ulteriore pregnanza nel contesto di chemsex perché si assiste ad un sovrainvestimento patologico della dimensione sensoriale (permessa dall'effetto del MDPV), mentre si aggrava la chiusura legata alle massicce difese relazionali verso il legame affettivo. L'altro viene infatti ridotto a puro oggetto di consumo in una dimensione di complicità, mentre il rapporto con il proprio corpo ne risulta alterato. Il corpo non assolve più alla funzione comunicativa di essere veicolo delle emozioni ma viene utilizzato per ottenere il massimo soddisfacimento a livello del piacere, un piacere che definiremmo "primitivo"; si può dire che il corpo del soggetto, durante il chemsex, viene sfruttato al massimo e, quindi, brutalizzato allo scopo di ottenere l'estremo godimento (si ricordino, a tal proposito, i danni legati all'inibizione della fame durante le sessioni che durano anche giorni ed il forte rischio di trasmissione di malattie sessualmente trasmesse). Si rinforza così nel soggetto la scissione tra corpo e mente, espressione di frequenti traumi evolutivi e, molto spesso, alla base dello sviluppo delle forme gravi di dipendenza; ne deriva che uno degli obiettivi finali legati al percorso terapeutico sia proprio quello di ricomporre questa scissione e permettere che il corpo ritorni ad essere abitato dalle inevitabili emozioni (gioia/dolore) legate alla vita ed alle relazioni affettive. È evidente che un obiettivo così complesso non può essere

27. Si definisce frattura interiore il vissuto del soggetto di non essere più in sintonia con l'uso di sostanze (Di Clemente e Prochaska, 1981).

28. Si definisce trigger lo stimolo condizionato che fa sorgere il craving o desiderio per la sostanza; può essere esterno e situazionale o interno e riguardare uno stimolo biologico come la fame o il sesso o un conflitto come l'incapacità a gestire le emozioni.

formulato al paziente all'inizio del trattamento e che la sua raggiungibilità debba essere valutata attentamente in relazione alle risorse psicologiche esistenti. È però utile che il razionale che supporta il lavoro dello psicoterapeuta siano i tre focus sequenziali: la dipendenza da sostanze, la dipendenza sessuale e la dipendenza o contro-dipendenza affettiva. È importante, infine, sottolineare come nella relazione terapeutica tale enunciazione non sia sufficiente proprio per la sensibilità del soggetto sofferente: tale sensibilità nel captare un eventuale imbarazzo o pregiudizio di fronte a certi temi, come quelli delicati di natura sessuale (soprattutto se si è in presenza di contenuti non convenzionali²⁹), deve essere maneggiata con cura ed è necessario che il paziente possa percepire *effettivamente* che chi si trova di fronte a lui sia degno di fiducia per poter consentire una relazione terapeutica all'insegna di una reale apertura ed alleanza terapeutica³⁰.

Un aspetto fondamentale della fase iniziale della presa in carico multidisciplinare è il "contenimento" psicofarmacologico degli elementi psicotici correlati e lo sviluppo/potenziamento nel paziente di un atteggiamento critico verso di essi. L'assunzione di neurolettici, eventualmente associati a trattamento breve con benzodiazepine (per il potenziamento della lisi dell'ansia o il sonno disturbato) e a stabilizzatori dell'umore, rimane l'intervento prioritario. L'utilizzo di antidepressivi deve invece essere valutato attentamente per l'effetto di attivazione in grado di favorire il craving o, in alcuni casi, il peggioramento dei sintomi psicotici o, addirittura, lo scompenso psicotico in senso stretto³¹. In relazione agli stati psicotici indotti, l'approccio psicoterapeutico risulta fondamentale per sostenere le valenze di auto-esame della situazione, da parte del paziente, e rinforzare la motivazione alla cura. Si è visto

che la maggior parte dei pazienti che usano MDPV mantiene un atteggiamento critico verso di essi, conservando dunque un sostanziale esame di realtà. È fondamentale, allora, rinforzare e potenziare la consapevolezza inibendo, il più possibile, quelle senso-percezioni di natura psicotica che si attivano come esito dell'assunzione di MDPV. Il parlare apertamente di produzioni psicotiche collegate all'assunzione, durante il lavoro psicologico, permette di preservare la "parte sana" della personalità e contenere il rischio di una progressiva identificazione con le produzioni deliranti paranoidee; oltre a ciò, rinforza la compliance ed il contenimento dell'uso autodistruttivo poiché enfatizza l'effetto dannoso percepito a livello psichico.

Per quanto riguarda una possibile evoluzione di questo modello di intervento, i casi di chemsex seguiti presso il CAD di Milano mostrano una prevalenza di situazioni gravi nella fase diagnostica ed iniziale della presa in carico mentre, a distanza di soli 6 mesi, si vede l'inizio di una significativa evoluzione nei termini di un contenimento della frequenza degli episodi di chemsex; oltre a ciò sembra emergere anche una percezione maggiormente critica degli agiti sessuali che puntualmente rimandano ad interrogativi soggettivi relativi alla gestione dei bisogni affettivi. Non è questa la sede per trattare in modo approfondito l'evoluzione del trattamento, anche perché l'osservazione clinica attuale di pazienti che fanno chemsex con MDPV è in fase ancora iniziale: tuttavia si può affermare, a distanza di 1 anno dall'incremento di domande di aiuto presso il Servizio, che in diversi casi trattati avviene una valida attivazione delle risorse individuali e, quindi, un contenimento degli agiti con discreto ripristino della stabilità psichica e di quella relazionale, più rapidamente che in altre forme di dipendenza da sostanze.

29. A volte anche in assenza di pregiudizio da parte dello psicoterapeuta, il fattore genere ed orientamento sessuale può fungere da facilitatore o, viceversa, da inibitore della libera espressione di alcune fantasie o comportamenti sessuali.

30. Sull'importanza della figura dello psicoterapeuta nella relazione di cura si veda Mitchell, 1993; Bruni, 2022.

31. Come accaduto al paziente del primo esempio clinico sotto riportato — ricoverato in psichiatria — a cui è stato sospeso l'antidepressivo nella fase acuta dello scompenso psicotico perché questo non si interrompeva.

In termini diagnostici e (forse) prognostici sarebbe interessante differenziare le persone che chiedono aiuto per chemsex in due sottogruppi: quelli dipendenti principalmente da sostanze potenti (MDPV, metamfetamina o cocaina basata), da coloro che le hanno solo assaggiate e poi abbandonate, perché ne hanno percepito la pericolosità ed il forte potere destabilizzante. Sembra importante approfondire questo aspetto con la finalità di verificare l'ipotesi — derivata dall'osservazione clinica di alcuni pazienti — che il potere fortemente seducente ed agganciante delle sostanze più potenti possa essere correlato ad un aspetto maggiormente autodistruttivo della personalità correlato ad un danno nella capacità di prendersi cura di sé, forse scarsamente interiorizzata nella relazione con la figura materna³².

CONCLUSIONI

In sintesi, con queste riflessioni abbiamo voluto portare a conoscenza della comunità degli psichiatri, degli psicoterapeuti e degli operatori della salute mentale un fenomeno che sta crescendo giorno dopo giorno e che, nella descrizione presentata, mette in evidenza almeno due aspetti. Il primo riguarda il progressivo scivolamento del mercato delle sostanze verso le NPS e la trasformazione progressiva che da questa ne deriva: ciò deve indurre, nei nostri Servizi, una radicale e rapida trasformazione oggi richiesta perché da troppo tempo ormai “congelati” nella gestione più tradizionale dei disturbi correlati a sostanze e nella perpetuazione di un circolo — seppur virtuoso — di trattamenti che sono stati pensati negli anni ottanta e novanta. La cosiddetta “doppia diagnosi” si è particolarmente evoluta in questi anni e richiede un'attenzione particolare alla dimensione di quella “terza malattia” che si sviluppa repentinamente superando i limiti intrinseci nella lettura degli effetti diretti ma limitati delle sostanze e delle loro ricadute “ordinarie” sulla psicopatologia individuale. Sempre più questa “terza malattia” è invece

l'effetto di una profonda disorganizzazione nosografica e clinica che colpisce chi se ne occupa, ne periferizza le conoscenze passate in tempi rapidissimi e rischia di mettere in grave difficoltà il sistema di trattamento “tradizionale”. Chi si occupa di questi problemi oggi, sia sul versante della Psichiatria in senso stretto che dei Servizi per le Tossicodipendenze, deve acquisire una specificità di secondo/terzo livello che sappia leggere fenomeni in costante e rapida evoluzione e, nello stesso tempo, ne misuri il cambiamento per potersi ad esso adattare. Questo cambiamento si riflette infatti su tutti gli ambiti del nostro intervento e maschera, spesso, la sua tipizzazione “da manuale” con aspetti nuovi, dirompenti e forieri di gravissime conseguenze sull'utenza. Abbiamo imparato molto dal trentennio caratteristico della storia delle dipendenze (dagli anni settanta al duemila) ... molta acqua è passata sotto i ponti delle nuove sostanze e delle dipendenze comportamentali, ma tale percorso non ha trovato ancora sbocchi definiti.

Il secondo elemento che abbiamo voluto sottolineare in questo contributo — dedicato al chemsex — è la stretta associazione che qui, più che altrove, vediamo con aspetti rilevanti della vita relazionale e della patologia dell'impulsività. Avremo tempo per capirli meglio ... ci servono strumenti di comprensione che gli attuali manuali diagnostici non ci offrono ancora ma, soprattutto, necessitiamo di una piattaforma culturale e clinica comune che possa rimettere insieme — in un puzzle unitario — quelle parti che la nozione di “doppia diagnosi” ha prima unificato e poi, di nuovo, scomposto e separato. L'osservazione attenta dei nostri pazienti ci farà da guida verso questo obiettivo e saprà riorientarci positivamente — ne siamo sicuri — per identificare bisogni oggi sconosciuti ed erogare risposte sempre più valide nel prossimo futuro.

32. Khantzian, 1978

APPENDICE. ALCUNI ESEMPI CLINICI

Si riportano in appendice tre esempi clinici³³ attraverso una breve e riassuntiva rielaborazione delle sedute e relativo commento.

1. Il **primo paziente**, quarantenne, presenta una dipendenza pervasiva da cocaina basata associata ad uso meno regolare di MDPV in ambito chemsex, iniziato durante la pandemia. È in fase iniziale di trattamento. Si è scompenso pochi mesi prima dopo una sola dose di questa sostanza ed è stato ricoverato d'urgenza in un reparto di psichiatria poco prima di accedere al CAD di Milano su invio dei medici del SPDC. Il soggetto aveva in atto un trattamento con antidepressivo proposto da uno psichiatra prima del ricovero; all'inizio della degenza è stato aggiunto un antipsicotico (nel caso specifico risperidone) per controllare lo stato di scompenso, ma nei primi giorni del ricovero il paziente si è ulteriormente aggravato, con produzioni deliranti ed agitazione psicomotoria, per cui l'antidepressivo è stato sospeso in quanto considerato eccessivamente attivante. In anamnesi remota emergono le seguenti vicende infantili: portatore, da piccolo, di un forte legame di identificazione simbiotica con la madre che si esprimeva in forti quote d'ansia e di preoccupazione per ogni evento della vita materna. La nonna era affetta da rilevante patologia mentale: una forma di depressione psicotica con aspetti persecutori e paranoidi. Il paziente riferisce che da bambino era estremamente vivace e richiedente per cui, probabilmente, era in grado di stancare la madre: di lei ricorda i frustranti silenzi di quando le chiedeva qualcosa e veniva ignorato. Dopo protratta caduta depressiva della madre il paziente, da bambino e da adolescente, si vergognava di lei perché la considerava "anormale"; era anche molto arrabbiato per la fragilità materna. Durante le sedute di psicoterapia,

a distanza di pochi mesi dall'inizio del trattamento, si osservano nel paziente le conseguenze di una grave ricaduta con assunzione di cocaina basata e MDPV, della durata di 2 giorni: il tono dell'umore è marcatamente deflesso e l'autostima compromessa da ideazione di fallimento e convinzione di non riuscire a smettere; riferisce inoltre di scompensi paranoidei durante l'uso. Dalla ricostruzione dei fattori che hanno portato all'agito tossicomane emerge la messa in atto di un comportamento sintomatico ripetitivo, espressione di angoscia "nucleare": ogniqualvolta il paziente si trova a dover affrontare un incontro significativo utilizza, poco prima, cocaina basata, favorendo un successivo craving per MDPV. Questo era avvenuto poco prima di tutti gli incontri iniziali di valutazione e diagnosi al CAD, compreso quello psicologico, con una riproposizione dello schema — nel periodo iniziale — anche prima di ogni seduta psicoterapica. Viene riportato lo stesso comportamento anche poco prima di un incontro con un partner che era venuto a trovarlo (e poco dopo la sua partenza). Altrettanto alcuni giorni prima di un appuntamento significativo per un ultimo colloquio di lavoro, con relativa proposta di contratto: all'inizio della seduta il soggetto non riesce a ricordare i vissuti relativi a quel colloquio ma poi riesce ad accedervi attraverso una ricostruzione immaginativa³⁴; riferisce quindi di avere pensato, in primis, che la selezionatrice gli avrebbe comunicato il rifiuto della sua candidatura e successivamente che, anche se tutto fosse andato bene, non avrebbe poi retto il lavoro, come già accaduto in precedenza a causa della dipendenza da chemsex. In conseguenza di questi pensieri di fallimento, poco prima del colloquio, viene esperito un craving così intenso da non riuscire a trattenersi dall'usare cocaina basata, per cui il colloquio è sostenuto in stato di intos-

33. I casi presentati sono seguiti da Henry Pinamonti, presso il servizio SMI-CAD di Milano, con regolari sedute di psicoterapia all'interno di una presa in carico multidisciplinare integrata.

34. Per attivare il ricordo dell'evento, presumibilmente rimosso, si è chiesto al paziente di immaginare cosa potrebbe aver provato poco prima del colloquio di lavoro e questo stratagemma ha fatto riaffiorare il ricordo.

sicazione ed alterazione, riuscendo però a mascherarlo. A candidatura accettata, il paziente racconta di aver continuato ad assumere cocaina basata. Ha poi invitato un uomo a casa per chemsex sapendo di avere a disposizione MDPV. In conseguenza dell'uso sviluppa di nuovo intensa ideazione paranoide (di essere spiato attraverso il cellulare), per cui chiama la polizia che non interviene ma lo trattiene al telefono; successivamente chiama anche i genitori credendo, a quel punto, che fossero loro i persecutori che lo stavano spiando. Di fatto mette i genitori in uno stato di grande agitazione ed in seguito, in preda ad un craving sempre più marcato, dà appuntamento ad un altro uomo con la speranza di avere altro MDPV. Costui in realtà mette in atto una truffa, sfociata poi in un tentativo di rapina e in aggressione fisica. Si sottolinea l'importanza della ricostruzione puntuale, in seduta, di ciò che ha portato alla grave ricaduta. In questo contesto, il mantenimento del focus sul riconoscimento delle ansie legate alla relazione permette al paziente di essere man mano maggiormente consapevole della dinamica relazionale e dei meccanismi di attivazione del craving. Attraverso la ricostruzione degli eventi si è insistito, come già fatto nelle sedute precedenti, sull'interpretazione della relazione tra l'attivazione di antichi vissuti di rifiuto e fallimento, legati ad un mancato riconoscimento attribuito in quel momento alla relazione stessa, e l'insorgere del craving. L'atto conclusivo della seduta, data la situazione critica ma sufficientemente contenuta a livello di proiezioni psicotiche, è consistito nel proporre al paziente di incontrare lo psichiatra del Servizio, in compresenza con lo psicoterapeuta — il giorno successivo — per una revisione e modifica della terapia ed una valutazione congiunta sul da farsi per mettere il paziente in sicurezza. Nell'incontro congiunto è stato valutato di ripristinare l'antidepressivo per lo stato di estrema prostrazione del paziente, mentre la posizione di sicurezza è consistita — in modo concorde — nel raggiungere i propri genitori fuori Milano per due settimane, avendo scartato un secondo ricovero a distanza di poco tempo e mantenendo

il contatto da remoto con il Servizio. Nella seduta di psicoterapia successiva al rientro, emerge quando segue: il paziente riferisce di avere utilizzato in forma massiccia cocaina basata (12 "palline") nell'arco di due giorni, dopo l'astensione di 17 giorni a casa dei suoi familiari. Il craving riferito al momento della seduta è moderato (2/10 scala VAS) mentre la sera prima era elevato (7/10 scala VAS). Quello che causa le ricadute è il profondo ed angosciante sentimento di pervasiva solitudine che il paziente vive da sempre e che, inizialmente subito dopo il ritorno a casa propria, ha cercato di affrontare con una condotta compulsiva di ricerca di compagnia attraverso una applicazione di incontri. La scelta è stata diversa dall'impiego consueto dell'applicazione Grindr perché avrebbe comportato il rischio di usare di nuovo MDPV come fattore di rinforzo. Verso il fine settimana il paziente riferisce di essersi sentito "con l'acqua alla gola" e, pur avendo cancellato i numeri degli spacciatori, è riuscito lo stesso a recuperarli. Per far fronte all'angoscia ha iniziato con un uso di cocaina basata in ambito chemsex con un uomo che, anche questa volta, ha tentato di estorcergli soldi. In seguito al consumo massiccio di cocaina basata si attivano gli stessi deliri psicotici paranoidei di riferimento già sperimentati con MDPV, come sentirsi spiato attraverso alcuni oggetti. Quello che il paziente ricava dall'assunzione della sostanza, malgrado i devastanti effetti negativi, è vivere una sensazione di eccitamento che in qualche modo assomiglia — in forma surrogata — al calore umano. In seduta riferisce di sentirsi attualmente a rischio di ulteriore ricaduta ma preferisce non cancellare di nuovo i numeri degli spacciatori perché sarebbe più pericoloso fare chemsex con MDPV aprendo l'applicazione Grindr. In relazione a questa drammatica situazione ed alla frequenza delle ricadute, ma anche al tentativo di contenere la distruttività, si suggerisce al paziente — in una ottica di riduzione del danno — di provare con la cocaina inalata e non fumata qualora non riuscisse a contenere il craving. Il focus della seduta è centrato sulla dipendenza ma verte, in particolare, sul sentimento

pervasivo di solitudine, di vuoto e fallimento e sulla conseguente profonda caduta del tono dell'umore. Risulta utile anche la ricostruzione dello svolgersi degli eventi psichici passati, partendo dall'innesco della dipendenza, per portare alla luce pure i tratti disfunzionali della personalità. Dal racconto che si sviluppa si ricostruisce come, appena arrivato a Milano nel 2020, il paziente fosse stato licenziato dopo solo 1 mese di lavoro per via della messa in atto di condotte ed atteggiamenti arroganti verso gli altri, legati a presumibile tratto di disturbo narcisistico di personalità correlato ad una posizione mentale di tipo onnipotente³⁵: fare "tutto" da solo, vivendo come minaccia gli altri con cui avrebbe dovuto collaborare. All'epoca non usava cocaina ma solo cannabis. Poco dopo il primo licenziamento lavora in una seconda azienda con l'obiettivo, condiviso inizialmente, di poter svolgere un ruolo fondamentale: mette però in atto lo stesso comportamento precedente, disfunzionale, arrogante ed onnipotente, creando problemi di gestione con la direzione ed i colleghi e, di conseguenza, viene progressivamente marginalizzato. Nel frattempo — a cavallo tra 2020 e 2022 — il Covid lo isola per 4 mesi, a causa del lockdown, a parte una sola occasione di incontro sessuale. Il paziente all'epoca fumava ancora cannabis ma con frequenza aumentata a tutti i giorni e in quantità maggiori. Al rientro in azienda, dopo il primo lockdown, gli viene comunicato che un'altra persona era stata nominata al suo posto nell'ambita posizione. Questo evento provoca un crollo narcisistico da cui, per contrastare la depressione ed il sentimento di svalutazione conseguenti, inizia ad utilizzare cocaina basata e MDPV, con esordio psicotico al primo utilizzo. La relazione tra angoscia di separazione e fallimenti lavorativi rivela un sovrainvestimento del lavoro come forma di riconoscimento e di compensazione affettiva, rispetto al vissuto profondo di non essere stato mai "visto" dalle figure genitoriali.

2. **Paziente di 45 anni**, esempio di chemsex senza uso di MDPV, i cui meccanismi psicologici sottostanti il craving sono collegati con l'ansia di separazione, ma senza complicazioni ideative paranoidee. Il paziente è in fase avanzata di trattamento da circa 4 anni per dipendenza da cocaina basata in ambito chemsex ed è pienamente inserito nel lavoro: da circa 1 anno ha una relazione affettiva significativa con un uomo con cui convive. Si dedica ormai saltuariamente al chemsex con cocaina basata che consiste nell'incontro con uno o più partner esclusivamente in uno scenario masturbatorio davanti a video porno. In anamnesi si riportano i seguenti elementi significativi: madre descritta come persona "disturbata" che ha avuto in passato un episodio di "esaurimento" per cui è tutt'ora in cura con antidepressivi triciclici. Quando era bambino il soggetto ricorda che la madre si poneva costantemente come vittima delle sue sorelle e del marito con cui aveva una interazione passivo-aggressiva. L'immagine che lei dava al figlio era che le zie stessero bene tra di loro mentre la loro famiglia era emarginata. Riferisce inoltre che la madre avrebbe voluto una figlia femmina e che, in quanto maschio, lui sarebbe stato trascurato: questo dal riferito delle zie materne che, invece, si sono prese cura del bambino e facevano notare alla madre come lei trascurasse il figlio. Rispetto al padre, il paziente viene giudicato di scarso valore: era ciò che il padre gli diceva apertamente perché alle elementari il bambino aveva dei problemi di concentrazione. Il padre ha cercato per un breve periodo di fare studiare il figlio ma, vedendo scarse performances, è arrivato a picchiarlo prima di affiancargli una persona di supporto per fare i compiti. Durante la seduta di psicoterapia viene riferito consumo di cocaina durante assenza temporanea per lavoro di pochi giorni del proprio compagno. Diversamente dall'andamento recente di utilizzo molto diradato, l'ultimo agito accade

35. Il paziente, oltre ai tratti di un Sé grandioso, tipico del disturbo narcisistico di personalità, presenta anche tratti borderline, come ansia di separazione, e tratti schizotipici legati a credenze irrazionali.

a poca distanza da un episodio precedente che ha creato una discreta frattura, ancora aperta, nella relazione. Il compagno era rimasto molto turbato, poco tempo prima, quando — rientrato a casa dal lavoro prima del previsto — lo aveva trovato alla fine di una sessione masturbatoria di chemsex con altri due uomini. Il paziente riferisce di avere provato in quel momento una forte paura di essere abbandonato. La differenza tra questo e l'ultimo episodio riferito è che il paziente non ha poi più voluto usare cocaina basata ma l'ha assunta per via nasale³⁶. Durante la seduta di psicoterapia si ricostruisce lo scenario interno in relazione all'evento trigger di separazione temporanea dal compagno. Emerge come il paziente abbia messo in atto lo scenario ripetitivo dell'antico trauma di non essere stato riconosciuto nella relazione di accudimento dai genitori e quindi abbia iniziato a sentirsi "sbagliato" e "svalutato" perché rimasto solo. Ha quindi invertito i ruoli tramite l'identificazione con l'aggressore³⁷ per cui ha svalutato il compagno e attaccato la sua relazione ("se io non valgo anche chi sta con me non vale"), pur sapendo bene, a livello conscio, che la relazione è buona ed ha per lui un importante valore affettivo. L'attacco e la svalutazione interna hanno creato un profondo senso di vuoto interiore e di abbandono, vissuto come effettivo e reale, che ha stimolato il craving e la funzione di "riempimento" della sostanza, sostenuta dall'eccitamento sessuale. Il paziente, infatti, per svalutare la relazione, produce la fantasia eccitatoria di una relazione perfetta con un uomo ideale maschile ed accudente. Il soggetto è attratto ed eccitato sessualmente dai padri che vede per strada quando accudiscono i loro bambini piccoli e si identifica con il bambino, investendo la figura maschile del desiderio riparatorio di accudimento legato alla

funzione materna. L'effetto eccitatorio della sostanza permette di rinforzare l'accesso alla fantasia erotizzata di una relazione buona con un genitore ideale. In questo esempio si vede all'opera la scissione alla base del trauma nella configurazione riattualizzata: relazione attuale svalutata e cattiva (a causa del sentimento di abbandono) vs relazione ideale buona e in grado di colmare fantasmaticamente il sentimento di vuoto e solitudine, compensando la relazione cattiva interiorizzata. Altrettanto significativa è la modalità di accesso alla sessualità con chemsex tramite la masturbazione: durante la seduta si interpreta lo scenario della messa in atto come tentativo di riparazione ottenuto attraverso l'atto autoerotico; ciò avendo in mente la funzione autoerotica primaria del bambino di richiamare la presenza gratificante della madre, in sua assenza, attraverso il piacere sessuale, prima orale e poi genitale³⁸.

3. **L'ultimo caso clinico** illustra l'aspetto della gerarchia degli interventi trattandosi di un paziente (di 35 anni) che ha raggiunto un controllo sufficiente sulla dipendenza da MDPV. La madre viene descritta come persona dura e rigida, il padre come assente, ma rispetto agli ultimi sviluppi del paziente, come un po' meno giudicante. Nella seduta si affrontano gli aspetti di dipendenza sessuale e di contro-dipendenza affettiva legati alla difesa da ipersessualizzazione. Il soggetto giunge al CAD avendo già acquisito un buon controllo della dipendenza da chemsex con MDPV dopo una presa in carico, prima presso un Sert e successivamente in una comunità terapeutica, per due anni. Il focus dell'intervento psicoterapico non verte più sul controllo della dipendenza dalla sostanza (nei confronti della quale permane il monitoraggio tossico-

36. È interessante notare che per effetto della psicoterapia in atto, pur basando il paziente la cocaina, non ne ricava più una sensazione soddisfacente in quanto risulta apparentemente "bloccata", a livello tracheale, la possibilità di permettere al fumo di scendere fino ai polmoni. Questa insoddisfazione e la "nostalgia dell'effetto flash" ha però provocato isolate ricadute.

37. Mucci, 2018.

38. Mahler, 1978

logico), ma ruota intorno alle tematiche relazionali ed affettive correlate alla dipendenza sessuale. Il paziente fa molti incontri sessuali da quando ha acquistato maggiore fiducia in sé stesso ed è cessata una disfunzione sessuale di origine organica³⁹: è però ripetitivamente spaventato tutte le volte che si profilano possibili implicazioni affettive. Nella seduta rivela che, parallelamente ai diversi incontri sessuali, frequenta da poco anche un uomo che, diversamente dagli altri, attira maggiormente la sua attenzione perché sembra più maturo ed equilibrato. Nella relazione iniziale non manca la soddisfazione sessuale, tranne che per anorgasmia. Emerge come questa condizione si ripeta in tutte le relazioni sessuali, anche occasionali, e sia strettamente correlata all'unica condizione che gli permette di accedere al piacere finale: riesce infatti a raggiungere l'orgasmo unicamente con la masturbazione agita davanti a video porno eterosessuali. Emerge anche come questa pratica sia strettamente collegata all'assunzione passata di MDPV, prima con sesso di gruppo e successivamente isolato nella pratica masturbatoria compulsiva. Attualmente la prosecuzione di questa pratica senza sostanze non procura craving e, piuttosto, impedisce il pieno godimento negli incontri reali. Il paziente riferisce che non si è mai masturbato senza video porno e che ha iniziato con quelli eterosessuali fin da adolescente perché erano quelli che guardavano i due fratelli maggiori. In seduta si inizia ad affrontare questo argomento spiegando i meccanismi di mantenimento della dipendenza sessuale, simili a quelli da sostanze, per cui è necessario scindere il condizionamento legato al piacere con video porno per appropriarsi di una sessualità più libera e relazionale. In questo primo approccio al problema ci si astiene dall'addentrarsi in significati inconsci e simbolici legati al comportamento mentre si propone,

in un'ottica sessuologica, di provare a sperimentare una diversa modalità con un significato esplorativo. Si chiede dunque inizialmente al paziente di provare a vedere cosa succede utilizzando la masturbazione con video gay. La richiesta vuole introdurre una variazione nella coazione a ripetere senza chiedere un cambiamento eccessivo; inoltre, si collega con quanto accadeva all'inizio dello svelamento ed all'accettazione del suo orientamento sessuale, ovvero l'abbandono di video porno etero e l'utilizzo di video gay, modalità poi accantonata con chemsex e MDPV a favore dei video porno etero. Lo stadio successivo sarà quello di provare a vedere cosa succede mettendo in atto una masturbazione senza video porno. Il paziente è sovrappeso e non ha un buon rapporto con la propria fisicità: in questo caso la richiesta assume il significato di iniziare a prendere confidenza con il proprio corpo, esplorandone le sensazioni collegate, per discuterle nei successivi incontri. Nel colloquio successivo il paziente riferisce di un uso, circoscritto in ambito sociale, di polvere MDMA assunta attraverso la mucosa orale (in passato già usata in forma fumata) durante una serata in un locale con un altro uomo che sta frequentando e da cui si sente molto attratto: rientrato a casa, il paziente gli propone di proseguire l'uso di MDMA per fare chemsex, cosa che il partner non aveva mai sperimentato. Il comportamento di chemsex (senza MDPV) accade dopo oltre due anni e mezzo di astensione mentre la frequentazione di quest'altro uomo si sta sviluppando; la sessualità con questo partner fornisce soddisfazione al paziente senza uso di droghe ma con la persistenza di anorgasmia. Con l'uomo di cui aveva parlato nella seduta precedente di psicoterapia il paziente racconta di avere invece messo in atto una fuga appena terminata una cena al ristorante, trattenendo a stento l'impulso di fuggire a metà serata

39. Il paziente soffre di una occlusione parziale arteriosa al pene che lo ha portato fino a poco tempo fa a priapismo, tenuto sotto controllo con Androcur. L'aspetto interessante, dal punto di vista andrologico e psicologico, è che il paziente ha avuto una recente remissione completa del sintomo, trattato in psicoterapia per l'aspetto di sofferenza che gli causava. In passato aveva provato a sospendere momentaneamente il farmaco ma il priapismo si ripresentava regolarmente, salvo nell'ultimo periodo in cui il funzionamento erettivo ha ripreso ad essere normale.

perché si sentiva preso in trappola nella relazione. È significativo che poco prima di incontrarlo (e di fuggire) avesse prodotto fantasie romantiche di matrimonio⁴⁰. Il paziente riferisce poi di aver provato a mettere in atto i suggerimenti di masturbazione — prima con film porno gay e poi senza film — ma con quest’ultima modalità dice di non aver avuto nessuno stimolo. Nella prova fatta con video porno gay il corpo maschile gli è sembrato essere fuori luogo e poco attraente mentre vengono preferiti i porno etero perché l’uomo che fa sesso con una donna determina vissuti di perversione. Dopo aver condiviso questi contenuti, in seduta si procede per mettere in evidenza un primo significato inconscio riferito all’anorgasmia: una probabile difesa verso il “lasciarsi andare fino in fondo” legato al piacere finale. Non si accenna invece al legame affettivo con i fratelli richiamato dalla condivisione di video porno etero quando era adolescente. Si rimanda al paziente che, per ora, si può concedere di godere fisicamente e mentalmente a livello sessuale ma che non si fida a sufficienza per potersi lasciare andare del tutto con l’attuale partner, condizione necessaria per arrivare all’orgasmo. Si interpreta inoltre che costui si può concedere di frequentare l’uomo da cui si sente così attratto anche perché si percepisce in una zona di sicurezza dato che il partner è un “poliamoroso” dichiarato. La zona di sicurezza consiste quindi nel proteggere sé stesso (ma anche l’altro) dall’attaccamento possessivo, che risulta difensivo verso l’attaccamento insicuro: quest’ultimo prodotto dalla scarsa sintonizzazione affettiva delle figure genitoriali. Il dilemma attuale del paziente è sapere che non potrà avere il partner tutto per sé ma che, al contempo, può continuare a sentirsi rassicurato da questa situazione. Di fronte ad una proposta di passare più tempo insieme, riferisce di sentirsi felice perché riconosciuto ed accettato ma allo stesso tempo di esserne anche spaventato perché percepisce che potrebbe sentirsi di nuovo in trappola (ovvero soffocato dalla sua stessa possessività proiettata).

40. Si può notare l’espressione di un tratto borderline di personalità nel repentino cambiamento di posizione mentale.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psicologo psicoterapeuta, Coordinatore Clinico Equipe SMI-CAD – Servizio Multidisciplinare Integrato CAD – Servizio per le dipendenze patologiche, via Wildt 27, Milano (02.715960-61); Docente a contratto presso Scuole di Specializzazione in psicoterapia*

° *Professore Ordinario di Psichiatria, Università degli Studi Milano Bicocca; Presidente Sip-Dip, Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze, sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria (SIP), Direttore DSMD IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza*

BIBLIOGRAFIA

1. Albasi C., *Attaccamenti traumatici*. UTET Torino, 2006.
2. Bruni F. (a cura di), *La relazione che cura. L'unità della psicoterapia*. Lombardo, Milano, 2022.
3. Di Clemente C.C., Prochaska J.O. *Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance*. *Addictive Behaviour* 1981; 7:133-42
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Report 2022.
5. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Report 2019.
6. Freud S., *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico* (trad. it.). Boringhieri Torino (1985), 1911.
7. Freud S., *Al di là del principio di piacere* (trad. it.). Boringhieri Torino (1985), 1920.
8. Infante A., Mauri M., Nimbi F., *Ragazzi Chimici. Confessioni di chemsex*. Edizioni Ensemble Roma
9. Istituto Superiore Sanità (ISS). Report 2022, 2020.
10. Khantzian E.J., *The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications*. *Harvard Review of Psychiatry* 1997; 4(5):231-44
11. Kernberg O.F., *Disturbi gravi della personalità* (trad. it.). Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
12. Kohut H., *Narcisismo e analisi del Sé* (trad. it.). Bollati Boringhieri, Torino, 1977.
13. Mahler M., *La nascita psicologica del bambino* (trad. it.). Boringhieri, Torino, 1978.
14. Masud Khan M., *Le figure della perversione* (trad. it.). Bollati Boringhieri, Torino, 1979.
15. Mitchell S.A., *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi per un modello integrato* (trad. it.). Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
16. Morgenthaler F., *La posizione delle perversioni nella metapsicologia e nella tecnica*. *Psicoter. Sc. Umane* 1976; 4
17. Mucci C., *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Raffaello Cortina, Milano, 2020.
18. Nimbi F.M., Tripodi F., Rossi R., Navarro-Cremades F., Simonelli C., *Male Sexual Desire: an Overview of Biological, Psychological, Sexual, Relational, and Cultural Factors Influencing Desire*. *Sexual Medicine Reviews*. Online published, 2019.
19. Pinamonti H., Rossin M.R., *L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*. Franco Angeli, Milano, 2004.
20. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Report 2021 (dati 2020).
21. Shore A., *Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology*. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22(3):433-484
22. Stuart D. davidstuart.org. Si vedano le interessanti testimonianze nella sezione film e "Online interactive Chemsex Care Plan" nella sezione chemsex. Online published
23. Stoller R., *Observing the Erotic Imagination*. Yale University Press, New Haven, 1985.
24. Weinberg G., *Society and the Healthy Homosexual*. New York, St. Martin's Press, 1972.
25. Wink P., *Two Faces of Narcissism*. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 61(4):590-597.

Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano

2022-2024

*Polizzi Manuela**, *Massarotto Francesca**,
D'Avanzo Barbara°, *Perillo Arcangelo**,
Porcellana Matteo†, *Morganti Carla†*,
Percudani Mauro†

ABSTRACT

Il Piano Urbano (PU) si configura come un intervento territoriale-domiciliare per utenti con bisogni complessi. Ogni persona inviata riceve un'assistenza personalizzata e integrata, al fine di raggiungere obiettivi riabilitativi concordati tra utente, CPS e PU. Il progetto terapeutico è fortemente orientato al recovery per il miglioramento della qualità di vita, dell'autonomia e dello svolgimento di attività significative nei contesti normali della comunità. Il PU rappresenta quindi una modalità di presa in carico ed il fulcro degli interventi è svolto nelle aree del supporto all'abitare, del lavoro e dello studio, e del miglioramento delle relazioni sociali. La durata massima della presa in carico è di tre anni.

Gli interventi offerti si ispirano al modello del budget di salute, massimizzando la disponibilità di risorse, includendo anche quelle informali o al di fuori dei servizi di salute mentale, ed identificando obiettivi personalizzati su cui modulare l'utilizzo di risorse.

Si valuteranno in modo prospettico tutte le persone che entrano nel PU a partire da giugno 2022 e fino alla fine del 2024, i cambiamenti osservati saranno messi in relazione a caratteristiche di processo, personali e cliniche della persona.

Per l'assessment verranno utilizzate: Scheda di Invio Piano Urbano, Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo (SVFSL), Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) e World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQoL-bref).

INTRODUZIONE

Il Piano Urbano (PU) è un progetto gestito dalla cooperativa PROGES di Parma, sulla base di un finanziamento Regionale gestito con un appalto dall'ASST Niguarda. Il PU si caratterizza per essere un intervento territoriale-domiciliare destinato ad utenza con bisogni complessi. Prevede per ciascuna persona inviata dai CPS un'assistenza personalizzata e integrata, al fine di raggiungere obiettivi riabilitativi concordati tra utente, CPS e PU. Il trattamento farmacologico rimane totalmente in capo al CPS, l'orientamento delle cure offerto dal PU è riabilitativo e orientato al recovery con obiettivi quali il miglioramento: della qualità di vita, dell'autonomia e dello svolgimento di attività significative nei contesti normali della comunità. Il PU non consiste in un singolo intervento di cui si vuole valutare l'efficacia nella pratica, bensì in una modalità di presa in carico, in cui gli obiettivi condivisi vengono perseguiti con diversi strumenti psicosociali e riabilitativi. Il fulcro degli interventi è svolto nelle aree del supporto all'abitare, del lavoro e dello studio, e del miglioramento delle relazioni sociali. La durata massima della presa in carico da parte del PU è di tre anni.

Gli interventi offerti si ispirano al modello del budget di salute, che ha l'obiettivo di massimizzare la disponibilità di risorse, includendo anche quelle informali o al di fuori dei servizi di salute mentale, e di identificare obiettivi personalizzati su cui modulare l'utilizzo di risorse (Webber, 2014; Fontecedro et al, 2020). Nel Piano Urbano, il budget di salute si configura come forte personalizzazione degli obiettivi e dei mezzi, reperimento delle risorse al di fuori del servizio, e sollecitazione della responsabilità e del coinvolgimento attivo del paziente, e si concretizza nella firma congiunta di un vero e proprio contratto (Morganti, 2019).

Nel PU, coerentemente con l'approccio del budget di salute, lo strumento con cui gli operatori pianificano l'intervento e coinvolgono la persona è la Recovery Star. Si tratta di uno strumento sviluppato da Triangle Consulting nel 2011 su mandato del Mental Health Providers Forum, che valuta in modo congiunto tra operatore e utente le aree

d'intervento su cui lavorare e i cambiamenti raggiunti in quelle aree (Onifade, 2011; Lloyd, 2016; Placentino, 2017). È quindi uno strumento sia di assessment iniziale e pianificazione condivisa sia di valutazione dei cambiamenti, in un'ottica di responsabilizzazione dell'utente nel monitoraggio del cambiamento e di rafforzamento della fiducia in sé. Lo strumento supporta il percorso recovery oriented della persona attraverso la descrizione verbale e analogica della situazione di partenza, in modo tale da avere un'idea realistica dei passi necessari per progettare il percorso riabilitativo. L'utilizzo della Recovery Star è preceduto e accompagnato da una formazione approfondita e ripetuta regolarmente fornita dall'Associazione "Il Chiaro nel Bosco" di Brescia.

La Recovery Star include tra gli obiettivi quelli relativi alla crescita di fattori che contribuiscono al cambiamento e alla responsabilizzazione della persona, quali la crescita di fiducia e speranza e la responsabilità e che sono coerenti con il paradigma della recovery. Tale paradigma ha sottolineato con maggior forza e chiarezza l'importanza, nell'approccio riabilitativo, delle variabili extracliniche, personali, sociali e relative alla qualità della relazione paritaria all'interno dei servizi per la ripresa e la guarigione delle persone con disturbi mentali gravi, e la necessità di perseguire obiettivi di qualità della vita e autonomia indipendentemente dal controllo dei sintomi e dalla dimensione psicopatologica (Dubreucq, 2022)

STUDIO PROSPETTICO DI MONITORAGGIO

Lo Studio di Monitoraggio del Piano Urbano registra e valuta i cambiamenti osservabili nelle persone, utenti dei Centri Psicosociali (CPS) delle ASST di Milano, che vengono seguite in modo complementare dal Progetto Piano Urbano (PU).

Obiettivo dello studio è monitorare i miglioramenti e descrivere in quali aspetti, per quali tipologie di persone e in quale modo avvengano i cambiamenti.

Si valuteranno in modo prospettico tutte le persone che

entrano nel PU a partire da giugno 2022 e fino alla fine del 2024, su un data base verranno registrate le informazioni utili a valutare i cambiamenti sugli assi e gli indicatori caratterizzanti il modello di intervento del PU.

Allo scopo di orientare le attività del PU e migliorarne la qualità, i cambiamenti osservati saranno messi in relazione a caratteristiche di processo (tipologia e intensità degli interventi ricevuti, operatori impegnati, frequenza dell'aggiornamento dello strumento per la pianificazione condivisa della cura) e personali e cliniche della persona.

I criteri d'inclusione per l'invio al PU sono: età 18-60 anni; diagnosi di disturbo mentale grave (psicosi schizofreniche e deliranti (F20-F29), sindromi affettive (F30-F39), disturbi di personalità (F60-F69)); aggancio difficile e scarsa adesione alle cure. Criteri di esclusione: diagnosi di ritardo mentale medio-grave, nevrosi lievi, tossicodipendenza come prima diagnosi.

Il trattamento offerto si caratterizza per personalizzazione, finalizzazione ad obiettivi di inclusione sociale, responsabilizzazione e attivazione della persona, coinvolgimento del contesto di vita. Lo strumento che guida l'operatore e l'utente è la Recovery Star, che consente, partendo dai bisogni e dalle risorse dell'utente, di collaborare nello stabilire gli obiettivi SMART (Specifici-Misurabili-Raggiungibili-Rilevanti-Basati sul tempo) da raggiungere con modalità e tempi condivisi.

Una volta avviata la presa in carico del paziente, gli operatori, in collaborazione con l'équipe curante, definiscono i percorsi riabilitativi volti a migliorare il funzionamento psicosociale della persona. Nel percorso di supporto verso il cambiamento, la ridefinizione degli obiettivi e la valutazione di quelli precedentemente concordati si effettuano ogni sei mesi, favorendo un approccio collaborativo tra utente e operatore. È poi possibile valutare successivamente i cambiamenti in corso.

I principali interventi erogati da tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP) sono: gruppi di social skills training, problem solving, abilità di conversazione, assertività, abilità di

gestione dei conflitti, abilità ad indirizzo lavorativo (Bellack, 2004); gruppi di danzaterapia, teatroterapia, musicoterapia, arteterapia (Chang, 2018); psicoeducazione per gruppi di familiari (Lucksted, 2012), educazione alimentare (Sugawara, 2018), terapia neuro-cognitiva integrata (Borriello, 2015); mindfulness secondo il protocollo di riduzione dello stress (Goldberg, 2018).

Per quanto riguarda il lavoro, il PU fa riferimento a diversi canali: la cooperativa Biricc@ (<https://biricca.it/>) consente alcuni inserimenti lavorativi con diversi dispositivi (soprattutto borse lavoro) per attività di pulizia o backstage nelle farmacie appartenenti all'ex-circuito delle Farmacie Comunali di Milano. Utilizza inoltre la piattaforma IntegraLavoro (<http://www.integralavoro.com>) finanziata dalla ATS di Milano sulla città di Milano per favorire gli inserimenti lavorativi secondo una logica di combinazione ideale tra competenze e mansioni richieste.

Per quanto riguarda l'autonomia abitativa, oltre allo sviluppo di abilità utili a vivere con un sufficiente livello di autonomia e al supporto all'abitare, il PU utilizza alcune unità abitative a bassa protezione messe a disposizione da PROGES per periodi di non oltre un anno dedicate a persone che attraversano momenti di difficoltà o di conflittualità nel nucleo familiare per poi tornare alla condizione abitativa precedente o cercare una nuova abitazione.

Tutti gli operatori, eccetto un educatore professionale, sono tecnici della riabilitazione psichiatrica (TeRP), figure con una laurea triennale e caratterizzate da una competenza specifica nei presupposti scientifici, nei modelli e nelle tecniche della riabilitazione psichiatrica e nella valutazione del funzionamento. Sono attivi 15 operatori che seguono contemporaneamente 8-9 persone. Il tempo mediamente dedicato a ciascun utente è di due ore alla settimana. Gli operatori seguono una formazione specifica sia sull'uso degli strumenti che sulla metodologia complessiva dello studio di monitoraggio. Le formazioni sull'uso della Recovery Star e della HoNOS vengono ripetute circa ogni 18 mesi.

Il Piano Urbano è caratterizzato da un'organizzazione che ne garantisce il coordinamento nella rete più ampia dei

servizi cittadini e la precisione e la competenza nell'erogazione degli interventi: il referente del progetto mantiene i rapporti istituzionali con l'ente appaltante (ASST Niguarda); il coordinatore delle attività è responsabile della gestione amministrativa e organizzativa, in raccordo con il responsabile clinico, e gli operatori; il responsabile clinico si occupa della valutazione dell'appropriatezza della presa in carico e dei percorsi di cura, mantiene i rapporti con i Dipartimenti di Salute Mentale e con il coordinatore delle attività; il referente della qualità si occupa del monitoraggio degli esiti; il supervisore clinico, individuato nella figura di uno psicoterapeuta, è responsabile della supervisione dei singoli casi clinici con gli operatori; il case manager (uno per ogni Dipartimento di Salute Mentale) è un TeRP col compito di occuparsi della pianificazione e del coordinamento delle attività settimanali degli operatori, mantenere i rapporti di rete con i referenti dei CPS ed il costante raccordo con il coordinatore e con il responsabile clinico.

VALUTAZIONE

Poiché si tratta di uno studio con disegno osservazionale e senza gruppo di confronto, non è possibile condurre una valutazione di efficacia delle attività offerte dal PU agli utenti. Si vuole verificare 1. per quante persone vengono raggiunti gli obiettivi definiti all'entrata nel PU; 2. se si verificano cambiamenti significativi sullo stato di salute, il funzionamento, l'autonomia, la qualità della vita delle persone seguite. Questi aspetti verranno messi in relazione all'intensità e alla qualità delle cure offerte dal PU e alle caratteristiche delle persone.

Si studieranno le differenze tra la popolazione con le caratteristiche corrispondenti ai criteri di inclusione sopra descritti presenti nei CPS e la popolazione per cui non viene avviata la presa in carico da parte del PU, in particolare se questo avviene per un rifiuto da parte dell'utente.

Per gli utenti che sono presi in carico ma escono dal PU prima del raggiungimento degli obiettivi o della chiusura stabilita verrà condotta la valutazione più completa possibile e necessariamente in relazione all'indicatore di esito primario.

Tutti gli altri saranno seguiti e valutati fino alla fine della presa in carico concordata. Per le persone con un tempo di osservazione sufficiente, si effettuerà una valutazione a due anni dall'entrata nel PU, indipendentemente dal termine della presa in carico.

INDICATORI E STRUMENTI

Tutte le persone inviate dai CPS al PU vengono descritte nella Scheda di Invio Piano Urbano. La scheda raccoglie informazioni relative a sesso ed età, condizione abitativa e familiare, occupazione, disponibilità di un reddito, utilizzo dei servizi di salute mentale, diagnosi psichiatrica, comportamento suicidario, CPS da cui è seguita la persona, e un obiettivo di massima proposto dal medico inviante. La compilazione della scheda per tutte le persone inviate dai CPS consente di verificare se via sia una differenza tra le persone identificate dal CPS e quelle che avviano effettivamente il percorso col PU.

Lo studio prevede inoltre la valutazione in tempi definiti con i seguenti strumenti :

- » Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo (SVFSL) (Goldman, 1992; Morosini, 2000), che prende in considerazione il livello di funzionamento sociale e lavorativo indipendentemente dai sintomi di malattia. La SVFSL viene utilizzata per valutare il funzionamento attuale rispetto ad un continuum ideale che va da un livello eccellente ad uno marcatamente deficitario. È una scala ordinale con punteggi che vanno da 1 (funzionamento bassissimo) a 100 (livello di funzionamento massimo). Nel PU, verrà compilata da un valutatore esterno al gruppo degli operatori in collaborazione con l'operatore di riferimento dell'utente. Il cambiamento sulla SVFSL rappresenta l'indicatore di esito primario dello studio.
- » HoNOS, etero-somministrato, compilato entro un mese dalla presa in carico e successivamente ogni sei mesi (Wing, 1998; Lora, 2001). La HoNOS è stata sviluppata per una valutazione multidimensionale, più adatta della sola valutazione sintomatologica per la valutazione della

gravità e dei bisogni degli utenti, e consta di 12 item che assumono valore da 0 (nessun problema) a 4 (problema grave). Sono considerate gravi le persone che hanno un valore >3 in almeno un item. Viene compilata dal case manager o dall'operatore in collaborazione medico inviante.

- » WHOQoL-bref, autosomministrato, compilato entro un mese dalla presa in carico e successivamente una volta all'anno e alla chiusura (WHO, 1998; De Girolamo, 2000). È stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per essere utilizzato in tutti gli ambiti di salute allo scopo di includere nella valutazione dello stato di salute il benessere psicologico e generale, e comprende le quattro dimensioni di salute psicologica, salute fisica, relazioni sociali, condizioni materiali e ambientali. Vengono utilizzati sia i punteggi globali che quelli delle singole aree.

Esito primario. L'indicatore di esito primario è rappresentato dal miglioramento di almeno 10 punti nel punteggio della SVFSL.

Esiti secondari sono:

- » il valore finale alla SVFSL, analizzato come valore continuo, in riferimento al valore iniziale;
- » la percentuale di persone segnalate dai CPS al PU ma per cui non si è riterrà possibile avviare la presa in carico o il cui aggancio si sarà rivelato impossibile;
- » percentuale di persone che faranno registrare un cambiamento clinicamente significativo sulla HoNOS;
- » percentuale di persone che faranno registrare un cambiamento clinicamente significativo sulla WHO-QoL.

Attività. I dati che descrivono la cura offerta saranno derivati dal sistema informativo regionale SIPRL per la descrizione dell'attività dei servizi e per le prestazioni offerte dal PU.

Tutti i dati verranno raccolti su una piattaforma sviluppata ad hoc presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri a cui potranno accedere solo le persone incaricate della raccolta dei dati.

POTENZA DELLO STUDIO E ANALISI STATISTICA

Potenza dello studio. Si stima di arrivare ad analizzare gli esiti di 140 persone. L'indicatore di esito è rappresentato dal miglioramento di almeno 10 punti sulla SVFSL al momento della chiusura della presa in carico dell'utente. Dati di letteratura relativi a campioni simili a quello in studio riportano un miglioramento significativo nel 27% dei casi in un anno (Iorfino, 2018). Un'analisi condotta su un campione di persone seguite da una precedente edizione del Piano Urbano (Barbato, 2007) riportava un miglioramento di almeno 10 punti sulla SVFSL per il 19% delle persone seguite. Data la specificità e l'intensità del trattamento e i cambiamenti introdotti nel trattamento offerto dal Piano Urbano nella sua edizione attuale, assumiamo che il 30% delle persone seguite ottenga un miglioramento del punteggio della SVFSL. Con un test a due code, un errore alpha del 5% e una potenza dell'80%, e data la numerosità di individui di cui disporremo, l'intervallo di confidenza della stima sarà dell'8% e la stima si muoverà tra il 22% e il 38%.

Analisi. Le caratteristiche delle persone che entrano nel PU (in particolare: sesso, età, livello di educazione, reddito, occupazione, stato civile, condizione abitativa, utilizzo dei servizi di salute mentale, diagnosi psichiatrica principale, problemi di dipendenza da sostanze, comportamento suicidario, livelli di gravità secondo la HoNOS, di funzionamento sociale secondo la SVFSL e di qualità della vita secondo la WHO-QoL Bref, prestazioni ricevute nel PU) verranno descritte con medie, mediane, deviazioni standard e quartili nel caso di misure continue/numeriche, con numeri e proporzioni nel caso di misure categoriali, e le relative stime di significatività statistica.

L'analisi dell'esito principale prevede la stima della percentuale di soggetti clinicamente migliorati secondo la SVFSL. L'analisi secondaria descriverà il cambiamento del valore della SVFSL (differenza fra valutazione al termine e valutazione basale) tramite ispezione del grafico della distribuzione, valutando quindi anche le proporzioni di soggetti migliorati in termini non clinicamente significativi e quelli

peggiorati. Le analisi si concentreranno sulla presenza di un'associazione tra il cambiamento clinicamente significativo sull'indicatore di esito primario (almeno 10 punti sulla SVFSL) e gli altri indicatori di gravità (HoNOS), la qualità della vita (WHO-QoL), le principali caratteristiche sociodemografiche e cliniche, l'intensità e tipologia degli interventi ricevuti, il livello di raggiungimento degli obiettivi prefissati congiuntamente (buono/parziale/insufficiente) e la durata della presa in carico tramite regressione logistica. La WHO-QoL verrà analizzata come variabile continua in relazione alle stesse variabili.

ASPETTI ETICI E GESTIONE DEI DATI

Alle persone che sono identificate dal medico del CPS come includibili nel PU e pertanto descritte attraverso la Scheda di invio al Piano Urbano verrà chiesto di firmare il consenso al trattamento dei dati. Le persone che entreranno nel Piano Urbano riceveranno l'informativa relativa alla partecipazione allo studio e al trattamento dei dati, a cui potranno, o meno, dare il consenso. Verranno informate della possibilità di ritirare il consenso anche a presa in carico avviata, senza che ciò condizioni in alcun modo gli interventi che riceveranno.

Il titolare dei dati è la Cooperativa PROGES e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche IRCCS è responsabile del trattamento. I dati saranno anonimi e saranno trattati secondo il regolamento dell'Unione Europea 2016/679 (GDPR) e dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali, aggiunto dal D. Lgs. 101/2018).

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* Proges – Cooperativa Sociale Onlus

° Istituto di Ricerche Farmacologiche IRCCS Mario Negri

† ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

CORRISPONDENZA A:

carla.morganti@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. Webber M., Treacy S., Carr S., Clark M., Parker G., *The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review*. Journal of Mental Health, 23(3), 146–55, 2014.
2. Fontecedro E., Furlan M., Tossut D., Pascolo-Fabrizi E., Balestrieri M., Salvador-Carulla L., D'Avanzo B., Castelpietra G., *Individual Health Budgets in mental health: Results of its implementation in the Friuli Venezia Giulia Region, Italy*. Int J Environ Res Public Health, 17: 5017, 2020.
3. Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastroro D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio 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, pp 88-94, 2019.
4. Onifade Y., *The mental health recovery star*. Mental Health and Social Inclusion, 15(2), 78-87, 2011.
5. Lloyd C., Williams P. L., Machingura T., Tse S., *A focus on recovery: using the Mental Health Recovery Star as an outcome measure*. Advances in Mental Health, 14(1), 57-64, 2016.
6. Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*. Rivista di Psichiatria, 52(6), 247-254, 2017.
7. Dubreucq, J., Gabayet, F., Godin, O., Andre, M., Aouizerate, B., Capdevielle, D., ... Berna, F. (2022). Overlap and Mutual Distinctions Between Clinical Recovery and Personal Recovery in People With Schizophrenia in a One-Year Study. Schizophrenia bulletin, 48(2), 382-394.
8. Bellack A.S., *Skills training for people with severe mental illness*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 27(4), 375-391, 2004.
9. Chang B. H., Chen B. W., Beckstead J. W., Yang C. Y., *Effects of a music-creation programme on the anxiety, self-esteem, and quality of life of people with severe mental illness: A quasi-experimental design*. International Journal of Mental Health Nursing, 27(3), 1066-1076, 2018.
10. Lucksted A., McFarlane W., Downing D., & Dixon L., *Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice*. Journal of Marital and Family Therapy, 38(1), 101–121, 2012.
11. Sugawara N., Sagae T., Yasui-Furukori N., Yamazaki M., Shimoda K., Mori T., ... Someya T., *Effects of nutritional education on weight change and metabolic abnormalities among patients with schizophrenia in Japan: a randomized controlled trial*. Journal of Psychiatric Research, 97, 77-83, 2018.
12. Borriello A., Balbi A., Menichincheri R. M., Mirabella F., *Valutazione di efficacia del training cognitivo IPT di Brenner nell'esordio psicotico. Uno studio pilota*. Rivista di Psichiatria, 50(3), 127-133, 2015.
13. Goldberg S. B., Tucker R. P., Greene P. A., Davidson R. J., Wampold B. E., Kearney D. J., & Simpson T. L., *Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 59, 52-60, 2018.
14. Goldman, H.H., Skodol, A.E., Lave, T.R., *Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning*. American Journal of Psychiatry, 149, 9, 1992.
15. Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L. A., Ugolini, S., & Pioli, R., *Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101(4), 323-329, 2000.
16. Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. G. B., Hadden, J., & Burns, A., *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development*. The British Journal of Psychiatry, 172(1), 11-18, 1998.
17. Lora, A., Bai, G., Bianchi, S., Bolongaro, G., Civalenti, G., Erlicher, A., ... Morosini, P., *The Italian version of HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), a scale for evaluating the outcomes and the severity in mental health services*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 10(3), 198-204, 2001.
18. WHOQOL Group., *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. Psychological Medicine 28, 551–558, 1998.

-
19. De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, M. F., Coppa, F., D'Addario, A., Soldani, L., *La valutazione della Qualità della Vita: validazione del WHOQOL-breve*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9, 45-55, 2000.
 20. Iorfino, F., Hermens, D. F., Cross, S., PM, Z. N., Nichles, A., & Badcock, C. A., *Delineating the trajectories of social and occupational functioning of young people attending early intervention mental health services in Australia: a longitudinal study*. *BMJ Open*. 2018; 8 (3), e020678.
 21. Barbato, A., Agnetti, G., D'Avanzo, B., Frova, M., Guerrini, A., Tettamanti, M., *Outcome of community-based rehabilitation program for people with mental illness who are considered difficult to treat*. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 775, 2007.

Dai “percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie” alla visione inclusiva e continuativa dell’autismo del progetto “Per.V.In.C.A”

Resi C. , Quintini T.* , Contini R.* , Chiominto I.* , Cerveri G.**

INTRODUZIONE

L’attenzione ai disordini dello spettro autistico sia in termini diagnostici sia terapeutici è in aumento da anni.

Recenti studi epidemiologici rilevano una prevalenza globale, riferita a tutto il mondo, di 65:10.000 casi (1), che evidenzia un aumento, rispetto alle valutazioni precedenti; in Italia la prevalenza identificata e pubblicata dall’Osservatorio Nazionale Autismo (2) è di 1:77 (riferito al dato di prevalenza dell’articolo di Zeidan 130:10.000) nella fascia di età 7-8 anni con un rapporto maschi: femmine di 4,4:1, a conferma della maggior espressione del disturbo nel sesso maschile.

Il Progetto Pervinca (Per una Visione Inclusiva e Continuativa dell’Autismo), nasce nell’ambito del Piano Operativo Regionale Autismo della Regione Lombardia (3) e prosegue nell’iter promosso dalla Legge 134/2015 sulla cui base si sono declinati i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Pervinca può essere considerato una via finale, nella quale convergono diversi altri progetti in essere, ed è lo strumento identificato per poter dare avvio al Piano Operativo Regionale Autismo della Regione Lombardia.

Gli obiettivi sono multipli e progressivi, ma il comune denominatore, è quello di poter avere un’uniformità di processi valutativi e di presa in carico nelle varie Unità Operative di N.P.I.A. (Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza) della Regione Lombardia.

Nella nostra realtà Lodigiana, il processo di modifica culturale dell’approccio ai disturbi dello spettro autistico, è iniziato nel 2011, con il primo progetto innovativo

regionale “ Percorsi di cura integrati per minori autistici e loro famiglie”.

Da qui, la progressiva nascita di un modello di presa in carico, che ha coinciso con quanto indicato dal piano Operativo Regionale Autismo e da Pervinca.

La nostra attenzione, come U.O.N.P.I.A., si rivolge a tutti i minori per cui venga richiesta una valutazione o direttamente dalla famiglia (autonomamente o su consiglio del pediatra o della scuola) o dai Pediatri di Libera Scelta che abbiano effettuato la visita di screening a 18-24 mesi compilando la CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) e inserendo la richiesta nel il portale, creato dall’Istituto Di Ricerca Scientifica E. Medea (dr. M. Molteni) WIN4ASD, parte integrante e innovativa del Progetto Pervinca.

Il nostro *modus operandi* si articolava e si articola prevalentemente su cinque aspetti:

1. diagnosi precoce e definizione di un percorso clinico e testale che si concluda con la comunicazione diagnostica e il Progetto Riabilitativo Individualizzato
2. l’invio ad un percorso di transizione “accompagnamento alla diagnosi” che consenta una presa in carico della famiglia e del bambino, con interventi psico-educativi in ambito sia familiare sia scolastico sia ambulatoriale
3. l’attivazione di percorsi di case manager per accompagnare il minore e la famiglia verso le offerte terapeutiche sul territorio e affiancarli nell’approccio ai servizi sociali, sia per la fascia di età 0-6 anni sia 7-14 anni
4. l’avvio dei minori diagnosticati al percorso terapeutico maggiormente indicato sulla base delle caratteristiche della diagnosi e degli indicatori di gravità:
 - i. inizio di un intervento di terapia psicomotoria integrata con interventi diretti in ambiti naturali di vita dei minori, avvio alla Comunicazione Alternativa Aumentativa (4,5), interventi logopedici su comunicazione, linguaggio e alimentazione attualmente in essere per un gruppo di 25 bambini presso la UONPIA dell’ASST di Lodi

- ii. invio presso Centri Riabilitativi di riferimento, accreditati dalla Regione Lombardia e Convenzionati, sul territorio, dove inizieranno, in stretta collaborazione con la nostra UO, trattamenti intensivi di tipo psico-educativo di nuova generazione.
5. Attivazione delle richieste di supporto educativo-didattico per l'inserimento nel percorso scolastico con successivo monitoraggio diretto in ambiente naturale da parte del personale UONPIA.

Grazie all'avvio del Progetto PERVINCA abbiamo strutturato altri 2 punti fondamentali:

6. L'attivazione di un percorso terapeutico intensivo di tipo psico-educativo e logopedico per bambini di età inferiore ai 3 anni con diagnosi di disturbo del neurosviluppo (compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo-definizione del DSM5) (6)
7. L'attivazione di un'equipe di transizione dai nostri servizi di Neuropsichiatria Infantile ai servizi di Psichiatria con particolare attenzione alla transizione di soggetti con autismo ad alto funzionamento per l'inserimento nel Progetto Auter della nostra ASST. (7)

DEFINIZIONE

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) viene definito clinicamente dalla presenza di deficit persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale reciproca, di pattern di comportamento, interessi e attività ristretti e ripetitivi che abbiano avuto esordio nella prima infanzia e che siano causa di compromissione significativa del funzionamento sociale di un individuo (DSM 5).

Il Nucleo Funzionale Autismo (NFA) della UONPIA dell'ASST di Lodi è composto da una Neuropsichiatra Infantile coordinatrice, una psicologa dedicata, quattro educatrici professionali con formazione cognitivo-comportamentale, due logopediste e due psicomotriciste

con interesse prevalente per la diagnosi e cura di bambini affetti da Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

La diagnosi è in buona parte di tipo osservativo, la valutazione testale è abbastanza oggettiva, ma dipendente dall'abilità e dalla formazione del valutatore; la comorbidità con altri disturbi del neurosviluppo è elevata e la gravità dei sintomi estremamente variabile come è intuitivo nella definizione stessa di disturbo dello spettro dell'autismo (8)

Il DSM 5 ci viene in aiuto fornendoci una rilevazione della gravità che si basa sui livelli di assistenza necessari (livello 1,2 e 3) e fornisce in sé una guida per il trattamento, in termini di intensità e tipo (7).

METODO DI LAVORO E DESTINATARI

Il Progetto Pervinca ha un range d'azione molto vasto che va dalla diagnosi precoce alla transizione all'età adulta attraverso la formazione necessaria per la gestione dei comportamenti problema in urgenza e la creazione di un intervento sanitario internistico dedicato, e si integra con altri Progetti già in essere e punta l'attenzione alla diagnosi precoce e relativa precoce presa in carico.

Abbiamo considerato che nella nostra U.O., l'area critica non sia la diagnosi, ma l'attivazione di un percorso terapeutico successivo e abbiamo, quindi, deciso di attivare una presa in carico terapeutica su un gruppo di piccoli di nuova diagnosi.

Nel 2022 il Gruppo di lavoro sui ASD, migrato poi nel NFA che opera nel progetto Pervinca, ha valutato 165 bambini di età media 6,3 anni (da 1-18 anni), 129 maschi e 36 femmine (3,5:1). Di questo gruppo 123 erano nuove diagnosi (74%), il resto rivalutazioni di soggetti già in carico.

Di questi nuovi accessi, 119 (72%), ha avuto diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico, con un rapporto M:F=3,5:1 che corrisponde a quanto segnalato dalla letteratura

Dei 42 soggetti rivalutati, tutti con diagnosi di disturbo dello spettro autistico tranne un piccolo di 2 anni per cui

si è concluso per un disturbo dello sviluppo del linguaggio, l'età media alla valutazione era di 8,8 anni (range 2-18); di questi 39 maschi e solo 3 femmine (rapporto maschi e femmine 7,6:1)

Di questo campione totale, 65 bambini appartengono ad etnie migranti, di varia provenienza e di prima generazione e rappresentano il 39% del totale.

Abbiamo deciso di effettuare un intervento specifico su un gruppo di 20 bambini, di età compresa tra i 18 mesi-36 mesi, con diagnosi di disturbo di spettro autistico livello 2 e 3, secondo il DSM 5.

Considerando la fascia di età, in accordo con la letteratura internazionale, abbiamo ritenuto fondamentale la creazione di un'alleanza con la famiglia e un'attiva collaborazione della stessa, possibile solo intervenendo sia ambulatorialmente sia in spazi di vita naturali. (8,9,10)

I bambini sono stati valutati secondo il protocollo già in essere nella nostra UONPIA e condiviso dai dati che stanno emergendo dal Progetto Pervinca:

- a) Il primo approccio avviene sempre con il medico Neuropsichiatra Infantile che effettua la raccolta anamnestica, la prima osservazione del comportamento del bambino, la visita neurologica soprattutto mirata all'identificazione di disprassie, disturbo del movimento di altro tipo, dismorfismi e discromie cutanee. Il medico NPI pone il sospetto diagnostico, informa i genitori di quello che andrà a valutare attraverso una comunicazione diretta, ma equilibrata tra preoccupazione e possibilità di cura e, soprattutto, mettendosi al fianco della famiglia come fonte di aiuto; organizza il passaggio al resto dell'equipe di valutazione formata da psicologa, educatrice professionale/tecnico della riabilitazione psichiatrica, neuropsicomotricista dell'età evolutiva e logopedista.
- b) La psicologa del Nucleo Funzionale Autismo effettua osservazioni del comportamento del bambino, non strutturate e strutturate anche

attraverso strumenti testali come ADOS 2 (11,12) che valuta le competenze relazionali, utilizzando i moduli a seconda dell'età e della compromissione sulla comunicazione (in questo caso T e 1); effettua una valutazione delle competenze generali di sviluppo con il test PEP 3. Concorre alla raccolta anamnestica, ma strutturata, con l'utilizzo dell'intervista ADI R (13) Effettua una valutazione dello sviluppo cognitivo scegliendo tra diverse scale (Scala Griffiths, WIPPSI 3 e 4 e Leiter 3) a seconda delle caratteristiche del bambino

- c) La logopedista effettua una valutazione delle competenze comunicative, di linguaggio e prassico-alimentari (14)
- d) La terapeuta della neuropsicomotricità effettua una valutazione dello sviluppo psicomotorio che va ad indagare soprattutto le abilità prassiche e la coordinazione motoria attraverso test specifici.
- e) L'educatore professionale effettua osservazioni dirette in ambito familiare, se si ritiene che sia indispensabile per comprendere meglio il funzionamento del soggetto, e se vi siano dubbi sulla situazione ambientale.
- f) Si conclude con il colloquio finale, punto cruciale e molto delicato, con la famiglia dove si spiega cosa sia emerso, si cerca l'alleanza e la condivisione delle osservazioni, perché, solo con la risonanza tra quello che noi abbiamo rilevato e codificato e quello che loro avevano già osservato, si può giungere a una buona collaborazione.
- g) Si propone il progetto riabilitativo rivolto al bambino e alla sua famiglia.

Il progetto riabilitativo offerto offre un approccio combinato, come descritto nella tabella tratta dal lavoro scientifico di Hyman E et al (8) ispirata a Smith T, Iadarola S Evidenced based update for autism spectrum disorder J Clin. Child Adolescent Psychol. 2015;44(6):897-922.

Caratteristiche di un intervento efficace

Caratteristiche comuni di un intervento empiricamente sostenuto

Valutazioni e obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> – Valutazione sistematica delle competenze – Raccolta dei dati dalla famiglia e condivisione delle decisioni e del programma con i genitori – Selezione degli obiettivi misurabili individualizzati e procedure codificate sulla base della obiettiva valutazione di ogni bambino – Utilizzo di metodi educativi supportati empiricamente per costruire, generalizzare e mantenere competenze e ridurre i comportamenti problema
Metodo educativo	<ul style="list-style-type: none"> – Affrontare i sintomi core nella comunicazione sociale e i comportamenti ristretti e ripetitivi così come i deficits – Fornire un supporto didattico e identificazione degli obiettivi che siano raggiungibili dal bambino – Gli interventi educativi dovrebbero essere gestiti da personale adeguatamente formato e dovrebbero essere coerenti con l'approccio terapeutico in essere – Assicurarsi che tutti gli attori del processo collaborino attivamente
Servizi e supporti	<ul style="list-style-type: none"> – Interventi individualizzati – Partire dagli interessi del bambino per definire i sistemi di rinforzo – Inserire le attività che il bambino predilige per aumentare il suo coinvolgimento
Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> – Fornire un ambiente di apprendimento strutturato che aiuti il bambino a passare da un'attività all'altra includendo una routine prevedibile e schede di pianificazione delle attività visive – Organizzare gli spazi di lavoro per ridurre al minimo le distrazioni e promuovere il completamento delle attività – L'ambiente dovrebbe promuovere opportunità per il bambino/studente di avviare comunicazioni e interazioni con i pari
Gestione comportamentale	<ul style="list-style-type: none"> – Implementare l'analisi comportamentale funzionale per l'identificazione degli antecedenti di un eventuale comportamento problema e sviluppare un piano di miglioramento basato su questa valutazione – Insegnare ai bambini risposte più appropriate attraverso un intervento volto a migliorare il comportamento
Miglioramenti/progressi	<ul style="list-style-type: none"> – Sistematica misurazione e documentazione dei progressi che il bambino ha fatto – Adeguare le strategie educative necessarie per consentire l'acquisizione delle competenze target
Supporti alla famiglia	<ul style="list-style-type: none"> – Coinvolgere e educare le famiglie in modo che possano utilizzare le strategie comportamentali a casa e nella comunità
Pianificazione della transizione	<ul style="list-style-type: none"> – Piano per la transizione dalla vita in famiglia esclusiva ad ogni ordine di scuola, dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta, dalla scuola al mondo del lavoro, dal vivere in famiglia all'essere inserito in una comunità

Il nostro progetto, dal punto di vista teorico, poggia su 3 modelli principali: ABA di nuova generazione^(15,16), approcci basati sulla relazione e approcci naturalistici come l'Early Denver Model⁽¹⁷⁾.

Dal punto di vista pratico, per ogni bambino si è

pensato ad un intervento su misura costruito insieme ai genitori e ai bisogni della famiglia.

I bambini e le loro famiglie hanno iniziato un intervento integrato di tipo psico-educativo, secondo i principi sopra esposti che si esplica sia in ambulatorio sia in

ambito familiare, ben consapevoli che l'intervento con i familiari sia una parte fondamentale dell'intervento terapeutico riabilitativo.

Tutti i bambini hanno iniziato un intervento logopedico in sinergia con l'intervento psico-educativo, mirato all'incremento delle abilità comunicative sia tramite Comunicazione Aumentativa Alternativa sia tramite interventi logopedici tradizionali per i bambini verbali.

In aggiunta si è effettuato un monitoraggio con intervento sulle modalità di alimentazione dei bambini in carico

Lo scopo del nostro progetto è creare un'alleanza con le famiglie, migliorare il loro empowerment nella gestione quotidiana del figlio e attivare le loro risorse portandoli ad appropriarsi consapevolmente del loro potenziale.

Abbiamo somministrato il questionario Parenting Stress Index SF, che verrà riprodotto dopo 1 anno di terapia per valutare, attraverso l'auspicata modifica del livello di distress familiare che un disordine di spettro comporta, l'eventuale miglioramento e cambiamenti nella gestione quotidiana dei bambini.

I piccoli pazienti verranno rivalutati per definire il prossimo progetto riabilitativo abilitativo.

CONCLUSIONI:

L'approccio di questa UONPIA è sempre stato evolutivo e in linea con i riferimenti nazionali e le Linee Guida Regionali, i Progetti Regionali ci hanno permesso di modificare e codificare il nostro modus operandi adeguandolo alle necessità di cura emergenti.

L'obiettivo del lavoro è coinvolgere in primis i genitori perché possono giocare un ruolo fondamentale nell'aiutare bambini molto piccoli con ASD a entrare in relazione con gli altri e favorire l'emergere delle loro potenzialità e prevenire comportamenti problema soprattutto favorendo la comunicazione che non passa solo attraverso il linguaggio verbale, ma anche attraverso la strutturazione di spazi ed attività di vita quotidiana.

Quello che noi auspiciamo di verificare, attraverso

quest'ultimo Progetto PERVINCA, è che un intervento integrato mirato ai bisogni delle famiglie porti, in questa fascia di età, a un miglioramento della qualità di vita della famiglia con la riduzione dei comportamenti-problema e del comportamento, della comunicazione dei bambini.

Il processo di transizione, che il Progetto Pervinca, ci sta aiutando a strutturare è fondamentale perché l'autismo non scompare con la maggiore età:

L'autismo è un modo di essere. È pervasivo; colora ogni esperienza, ogni sensazione, ogni percezione, pensiero, emozione e incontro-ogni aspetto dell'esistenza. Non è possibile separare l'autismo dalla persona — e se fosse possibile — la persona che resterebbe non sarebbe più la stessa persona di prima.

Jim Sinclair

Ringraziamenti: un ringraziamento particolare al Dr Giancarlo Cerveri che ci ha invitato a scrivere questa comunicazione, a tutti gli operatori medici e tecnici della UONPIA di Lodi senza cui nulla sarebbe possibile, al Dr Francesco Chiodaroli della Fondazione Danelli con cui da anni condividiamo idee e progettualità.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* UOC di NPIA dipartimento DSMD, ASST Lodi

BIBLIOGRAFIA

1. Zeidan J., Fombonne E., Scora J., Ibrahim A., Durkin M.S., Saxena S., Yusuf A., Shih A., Elsabbagh M. *Global prevalence of autism. A systematic review update*. Autism Res. 2022 May;15(5):778-790.
2. Osservatorio Nazionale Autismo dell'Istituto Superiore di Sanità, dal 2012.
3. Piano Operativo Regionale Autismo, dal 2021
4. Butt A.K., Zubair R., Rathore F.A., *The role of Augmentative and Alternative Communication in Speech and Language Therapy: A mini review*. J Pak Med Assoc. 2022 Mar;72(3):581-584.
5. Costantino A., Marini M., Bergamaschi N., Lanzini L. *L'intervento di Comunicazione Aumentativa e Alternativa in Età Evolutiva*. Quaderni acp 2007; 14(1):34-38
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed.; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2013.
7. Viganò V., Granata N., Vercesi M., Cerveri G., *Progetto AUTER- Formulazione del progetto di vita per le persone con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) basato sui costrutti di "Quality of Life" Progetto per la diagnosi e il trattamento dell'autismo nell'adulto: l'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi*. Psichiatria Oggi XXXV2022(2): 71-79
8. Hyman SL, Levy SE, Myers SM. *Identification, evaluation and management of children with autism spectrum disorder*. Pediatrics 2020;145(1):e20193447
9. Linee Guida Internazionali: SIGN 145, Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders, 2016.
10. Linea Guida Italiana: SNLG 21, 2011 – Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti per la diagnosi e trattamento dei bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico.
11. Githam K., Pickles A., Lord C., *Trajectories of autism severity in children using standardized ADOS scores*. Pediatrics 2012;130(5)
12. Hyman S.L., Levy S.E., Myers S.M., *Pediatrics 2020*; 145
13. Kim SH, Lord C. *New autism diagnostic interview-revises algorithms for toddlers and young preschoolers from 12 to 47 months of age*. J autism dev disord. 20122(1):82-93)
14. O'Hare A., Bremner L., *Management of developmental speech and language disorders: part 1*. Arch Dis Child 2016; 101(3):272-277
15. Gustein S.E., *Empowering families through relationship development intervention: an important part of the biopsychosocial management of autism spectrum disorder*. Annals clinical Psychiatry 2009;21(3):174-181.
16. Leaf J.B., Leaf J.A., Milne C., *An evaluation of a behaviorally based social skills group of individuals diagnosed with autism spectrum disorder*. Journal of Autism Dev. Disorders 2017;47(2):243-259.
17. Rogers S.J., Estes A., Lord C., *Effects of a brief Early Starty Denver Model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk of autism spectrum disorder: a randomized controlled trial*. Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry 2012; 1 (10):1052-1065



PSICHIATRIA FORENSE

L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato.

Alcune considerazioni, qualche ragionevole auspicio

di Antonio Amatulli

DIRETTORE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASST BRIANZA

Intervenire in questo momento di sgomento e cordoglio, e incredulità, per la morte della collega Barbara Capovani, sull'ampia tematica dei pazienti autori di reato, del loro profilo giuridico, dei loro diritti e dei relativi percorsi, ancorché prosciolti per infermità o definiti seminfermi, ecco, tutto ciò determina una radicale divaricazione interiore tra spinte retributive ed emozioni più ponderate e, alla fine, più costruttive. Cercando quindi di superare le legittime pulsioni (ri)vendicative, la ulteriore vicenda luttuosa (la lista degli operatori della salute mentale uccisi a causa del loro lavoro è plurale) può quindi essere un ulteriore spunto per una rilettura del dove siamo ora e dove potremmo andare nel prossimo futuro in una materia attualmente ancor più incandescente come quella dei percorsi penali dei pazienti psichiatrici autori di reati.

Sono quindi possibili, e forse doverose, alcune considerazioni.

Mantenere il costrutto giuridico dell'infermità mentale ci pare a oggi inevitabile, e appare sostanzialmente velleitario puntare sulla abolizione del vizio di mente e della non imputabilità. La psichiatria nasce definendo i

disturbi mentali, quelle perturbazioni psichiche oggettivamente presenti che poi la nosografia ha progressivamente catalogato. È in grado, quindi, anche nel suo relativismo e nel modificarsi nel tempo dei linguaggi interpretativi, fino all'attuale visione bio-psico-sociale, di definire specifici quadri psicopatologici, che a loro volta contraddistinguono la relazione delle persone con il mondo (realtà). Appare pacifico che alcuni di questi (il concetto di infermità permette di inserirvi i mutevoli indicatori diagnostici) siano in grado di incidere profondamente sulle capacità valutative, di giudizio, di controllo e di autodeterminazione del singolo. Il principio di colpevolezza inteso in Costituzione (la possibilità di muovere un rimprovero nei confronti di un individuo per non aver tenuto, pur potendo, un comportamento conforme alla legge) e il radicamento del codice penale sul concetto del libero arbitrio, indicano nella capacità di comprendere e di autoregolarsi il discrimine e il fondamento della responsabilità dell'atto compiuto, e quindi della possibilità del relativo rimprovero. Così, si può discutere sulla abolizione dell'art 89 c.p. (anche per l'utilizzo "pilatesco" della clausola di responsabilità parziale che nella pratica con certa frequenza si incontra), ma pare avventuroso

invocare l'abolizione completa del doppio binario con la finalità di chiamare chiunque in giudizio per un fatto di reato, ancorché in stato di incapacità. Lo slogan "la responsabilità è terapeutica" nasconde, in questo contesto, o pulsioni repressive (riprendendo l'inizio dell'intervento, in questi momenti forse più facili) o velleità libertarie dimentiche delle eventuali innumerevoli problematiche concrete che si presenterebbero (per prima, una caduta delle tutele individuali) così come degli assunti identitari della stessa scienza psichiatrica. Abolire il concetto stesso di infermità psichica e definire sempre responsabile del fatto compiuto il paziente, sposterebbe semplicemente la problematica della sicurezza nella fase esecutiva, ove, con minori garanzie, la sanzione dovrebbe giocoforza essere rimodulata. Semplicemente non esiste la possibilità di una cura adeguata nelle carceri, e la psichiatria vedrebbe obliterata in radice la sua capacità di diagnosticare, nella sostanza, nella forma e nelle conseguenze (sintomi), le malattie mentali. Infine, è stato giustamente rilevato come l'unitarietà della risposta sanzionatoria (pena e considerazione del disagio psichico in radice) potrebbe aumentare la componente segregazionista della risposta dello Stato da un lato, e dall'altro il trattamento rieducativo del soggetto (imputabile) in sede di esecuzione penale potrebbe comprendere eccessive dimensioni "psichiatrizzanti" estranee allo "status" di condannato e in contrasto con la dimensione retributiva della pena (che la Costituzione ha comunque deciso di mantenere)¹.

Se quindi è mantenuto il concetto di non imputabilità, concordando per altro con la maggior parte della dottrina e del mondo giuridico, a nostro modesto parere si dovrebbe partire da una presa di coscienza della direzione degli intenti ultimi dei servizi per la salute mentale rispetto ai

pazienti autori di reati. Se, semplificando forse radicalmente ma facilitando così la comprensione, la psichiatria intenda farsi carico della cura e assistenza (e parti di controllo, come poi vedremo) di questa categoria di soggetti o se, all'opposto, almeno per alcune fattispecie, attraverso contorsionismi diagnostici e capriole ideologiche ritenga prioritario indirizzarle verso altre strade (dove il pensiero, non troppo velato, va alle carceri - dimentica, va detto, sia del dato della realtà del sistema carcerario italiano e sia che comunque ad altri psichiatri il problema, infine, arriverebbe).

Così, attualmente, percorsa gran parte della strada che dal codice Rocco (spesso speciosamente richiamato utilizzando la poco condivisibile inferenza per cui tutto quanto da esso discende sia da riformare vista la temperie politica e culturale dalla quale è nato), passando dalla Costituzione e dai suoi articoli nn. 2, 13, 27 e 32, dalle sentenze della Corte costituzionale tra gli anni 2003 e 2009 (n.253/2003, n.367/2004, n.208/2009) che hanno via via indirizzato verso dimensioni di salute le misure di sicurezza e i percorsi penali dei pazienti autori di reato (modificando in radice la lettura attuale delle norme di nostro interesse del Codice Rocco), dalla sentenza Suprema Corte n. 99 del 2019 che si è occupata delle problematiche dei "sopravvenuti", arriva infine alla sentenza n. 22 del 2022, ora, lasciate perdere le ideologie, questi a nostro parere alcuni nodi importanti da affrontare in materia.

In primo luogo, il vuoto legislativo evidenziato dalla medesima sentenza Corte costituzionale n. 22 del 2022. Penso che la psichiatria debba tenere alta la guardia nel momento in cui il legislatore interverrà nel merito, definendo, come richiesto dal Giudice delle leggi, "forme di idoneo coinvolgimento del Ministro della Giustizia nell'attività

1. F. Palazzo, *Punire e curare: tra incertezze scientifiche ed esigenze di riforma*. In: *Infermità mentale, imputabilità e disagio mentale in carcere*. A. Menghini e E. Mattevi a cura di, Quaderni della facoltà di Giurisprudenza, Università di Trento, 2020.

di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti² e degli altri strumenti di tutela della salute mentale degli autori di reato” (il grassetto è nostro), e provvedendo a un ancoraggio di legge più forte della misura detentiva in REMS rispetto all’unicità dell’art 3-ter del d.l. 22 dicembre 2011 n. 211, come è ora³. Un destino da vaso di coccio potrebbe attenderla⁴.

Solo un accenno, dovuto, all’“ottimismo” che ha suscitato in alcuni operatori delle REMS il passaggio in cui questa sentenza indica la qualità di trattamento “coatto” nei confronti degli internati in quelle strutture⁵. *L’arrière-pensée* è quella, di fatto, di mano libera nelle REMS, per trattamenti obbligatori/coattivi e, magari, per l’utilizzo della contenzione meccanica. Meno problemi desta la confutazione di questo ultimo punto, essendo la contenzione meccanica scriminata solo ex art. 54 c.p. (e qui, appare utile una esatta conoscenza della lettera del codice, basti pensare alla capacità di commisurarsi al concetto di “proporzionalità” del fatto salvifico ma illecito messo in atto), ma più articolata la risposta al primo punto. Non riteniamo che lo specifico passaggio della pronuncia della Corte costituzionale sul punto liberi

tutti, ad esempio, a favore di trattamenti obbligatori in REMS: l’articolo 13 Cost. implica la doppia riserva di legge e di giurisdizione per ogni intervento di limitazione della libertà personale; ma, a oggi, l’unica legge che disciplini il punto in ambito di salute mentale è la 833/78, articoli 33, 34 e 35. Nonostante le mai abbastanza note difficoltà che si vivono nelle REMS, un TSO può quindi oggi essere effettuato solo in SPDC. Unica possibilità individuabile, un TSO extraospedaliero in struttura. Induce sorpresa la notizia, se confermabile, di un garante (in questo momento ci sfugge specificatamente quale e dove) che si sarebbe espresso censurando tale possibilità. Che resta, invece, difficilmente contestabile.

Di sfuggita, l’allarme che da una così alta fonte (Corte costituzionale) arriva circa il sottofinanziamento del sistema dei servizi per la salute mentale, che, come in questa sede è ribadito, impedisce e impedirà un adeguato (rispetto ai dati epidemiologici degli ultimi anni) e stabile rafforzamento della risposta possibile⁶.

In secondo luogo, a condizioni date (legislative, strutturali delle carceri e dei servizi di salute mentali,

2. ...”Cionondimeno, l’assegnazione a una REMS – così come oggi concretamente configurata nell’ordinamento – non può essere considerata come una misura esclusivamente sanitaria”. Corte costituzionale — Sentenza 16 dicembre 2021 — 27 gennaio 2022 n.22

3. “...in effetti, l’art. 3-ter del d.l. n. 211 del 211, come convertito, in questa sede censurato, rappresenta la sola disposizione contenuta in un atto avente forza di legge su cui si fonda, oggi, l’intera disciplina dell’assegnazione a una REMS...” . Ivi, p. XVIII

4. Il P.U.R. delineato nell’art. 3 dell’”Accordo, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza”, prevede una ampia serie di funzioni, con l’obiettivo generale di fornire supporto all’Autorità giudiziaria per dare esecuzione ai provvedimenti applicativi delle misura di sicurezza detentive; ma non risolve il vacuum di legge evidenziato dalla Suprema corte.

5. “...Durante la sua esecuzione [misura detentiva in REMS] possono essere praticati al paziente trattamenti sanitari coattivi, ossia attuabili nonostante l’eventuale volontà contraria del paziente...”. Ivi, p. XV.

6. “secondo il Sistema informativo per la salute mentale (SISM), nell’anno 2019 la spesa complessiva per l’assistenza psichiatrica è stimata pari a 65 euro per residente. A livello nazionale, la spesa ammonta a 3,3 miliardi di euro, pari a circa il 2,9 per cento della spesa per il SSN – una percentuale in riduzione rispetto agli anni precedenti. A livello regionale, la percentuale appare differenziata, e in ogni caso nettamente inferiore all’impegno assunto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in occasione della prima Conferenza nazionale sulla salute mentale nel gennaio 2001, di destinare almeno il 5 per cento dei fondi sanitari regionali per le attività di promozione e tutela della salute mentale”. Ivi, p. VIII.

giuridiche), un intervento che faciliti i percorsi penali dei pazienti autori di reato (per i loro diritti nonché per la gestione a cura delle diverse agenzie interessate), deve partire già in fase preliminare. Il giudice dovrebbe subito avere contatti con i DSM perché, immediatamente, le informazioni possano da lui essere utilizzate per eventualmente mettere in campo tutti gli strumenti idonei per intraprendere un percorso adeguato al caso concreto, alle sue dimensioni personali e, nel caso, psicopatologiche, con la chiarezza immediata, esempio, di necessità o meno di una valutazione peritale

In terzo luogo, utile porre una adeguata attenzione alle fasi esecutive, con un corretto, attivo e fattivo rapporto con la Magistratura di sorveglianza. Alle condizioni date, la fase della esecuzione penale può determinarsi come sufficientemente elastica e reattiva per adattarsi alla evoluzione del quadro di cura dei pazienti (e dei cambiamenti dei loro profili giuridici nei difficili percorsi delle mancate esecuzioni), potendo via via attagliarvisi a favore di una corretta valutazione della rischiosità parallela all'andamento della psicopatologia. I Magistrati di sorveglianza tendono a lamentare i limiti, imposti indirettamente alla loro giurisdizione, dal "pacchetto" già confezionato che ricevono dalla fase di cognizione e dalla pressione esterna nei casi di delitti particolarmente efferati, allorché la spinta in senso retributivo diviene molto intensa nei loro confronti (medesima aria segregazionista già citata più sopra, con gli effetti, talvolta, di seminfermità riconosciute a quadri di palese incapacità, allo scopo di incarcerare il reo, come primo passaggio). Ma con la Magistratura della esecuzione ci sono spazi dove la collaborazione può essere più facile e intensa, per "tagliare" sul singolo soggetto la caratteristica dei provvedimenti salvaguardando contemporaneamente, e a livello del singolo (questo è importante e costituzionalmente orientato), le istanze di (quasi) pari importanza del diritto alla salute del singolo e della sicurezza dei consociati. Due gli aspetti che devono essere messi qui

in evidenza. Il primo corrisponde alla difficoltà, per il Magistrato di sorveglianza, di manipolare la pericolosità sociale, concetto fondamentalmente ascientifico e connotato da caratteristiche di gestione, di fatto, empiriche (valutazione intuitiva della prognosi criminale). Il secondo, quanto il medesimo magistrato ha in mano, a cura dei DSM, per potere con decisione e chiarezza definire cessata la pericolosità del paziente. Chiamandoci ancora una volta in causa, ci si può domandare quanto i DSM forniscono una documentazione di aggiornamento al magistrato da cui lui possa con convinzione evincere per una psicopatologia attenuata al punto da considerare la cessazione della misura, o, all'opposto, quanto i DSM possano "giovarsi" della dimensione del controllo per mantenere un aggancio per la cura del paziente. E qui, una riflessione tra un positivo utilizzo della dimensione (inevitabile) del controllo e una mancanza di una precisa presa di posizione (valutativa e attuale) che possa indurre il Magistrato di sorveglianza a rivedere a favore del paziente la sua valutazione prognostica.

In quarto luogo, occorre dirsi con chiarezza che esiste la violenza legata alla patologia psichiatrica. Al di là di distinzioni a volte un poco ideologizzate tra rischio assoluto, relativo e attribuibile, la concreta e pietrosa realtà manifesta come agiti violenti siano evidentemente associati alla cura e assistenza dei disturbi mentali. E qui un punto, sostenuto da ampia letteratura, va messo. Solo così possono essere discusse strategie di limitazione del rischio, le più diverse (dalla messa in atto delle corrette regole cautelari agli arredi, dalla informazione alle risorse umane, dai protocolli di collaborazione alle decisioni professionali e politiche).

In quinto luogo, la psichiatria deve individuare correttamente quei quadri (anche) clinici e psicopatologici che individuano i veri soggetti antisociali/psicopatici. A volte nei nostri servizi le diagnosi all'impronta di disturbo antisociale, ancorché con scarsa attendibilità,

hanno lo scopo di (sperare di) inviare su altri binari, diversi dai servizi stessi, questi soggetti. Da una parte poi possono emergere in realtà diagnosi non corrette e più precisi bisogni clinici e di trattamento, e dall'altra parte, invece, quel numero alla fine ristretto di psicopatie (sadiche, anaffettive, manipolatrici, malvagie) dovrebbe realmente uscire dai circuiti sanitari confermandosi in sede peritale la capacità di intendere e volere. I periti e i consulenti sono specialisti psichiatri: questo è un punto da tenere molto bene a mente.

In sesto luogo, infatti, la questione dei consulenti/periti: ineludibile un meccanismo di monitoraggio della qualità dei servizi erogabili. Varie ipotesi possibili, nell'ambito delle quali deve sempre esser ricompresa la approfondita conoscenza dei servizi pubblici della salute mentale. Riteniamo, comunque, che in questi ultimi non debba mai essere ricompresa alcuna attività peritale nell'ambito del lavoro istituzionale.

E si arriva al settimo e ultimo luogo: le strutture della esecuzione penale. Il territorio lo è, e la lettera delle disposizioni di una libertà vigilata sul territorio che "affida" al CPS il paziente non dovrebbe scandalizzare. Da esse non discende la responsabilità diretta del sanitario per ogni fatto a cura del paziente, ma vige la normale gestione del rischio consentito e il dovere di applicazione delle corrette regole cautelari. Come per ogni altro utente, allo psichiatra viene chiesto di fare quello che è chiamato, dallo stato psichico del paziente, a fare come corretta pratica clinica, e a prevedere solo quello che è prevedibile. È, comunque, nella ragionevole gestione di un soggetto con diritto alla cura ma pericoloso

socialmente che dovranno essere messe in atto ulteriori eventuali cautele, ad esempio rispetto ai limiti personali di spostamento, ma sempre nella dimensione e nella qualità del mandato sanitario dello psichiatra (una breve parentesi sulla necessità che gli esercenti la professione sanitaria prendano atto della chiara vigenza della posizione di garanzia, sia di cura che di controllo. Anche qui un punto fermo ci vuole). Le strutture residenziali della psichiatria sono luoghi della esecuzione, e ormai una larga esperienza dovrebbe averci convinti che la cura e il controllo possono trovare momenti di sovrapposizione (basta pensare all'utilizzo che spesso si fa, nei percorsi riabilitativi residenziali, delle disposizioni del giudice di sorveglianza, magari esaminandole insieme al paziente e utilizzandole per "fare sentire" la dimensione del controllo per altro scaturente da fonte esterna e non dai curanti). Le carceri anch'esse sono strutture della esecuzione: una legislazione ancora carcerocentrica (ma non solo questo) determina le condizioni di sovraffollamento che hanno motivato, insieme alle note difficoltà di esecuzione delle misure detentive in REMS, importanti interventi della corte EDU⁷. Non in carcere, realisticamente e per tempi medio-lunghi e in modo omogeneo nel paese, si può pensare che si possano prevedere adeguati e completi percorsi di cura per determinati profili giuridici di pazienti autori di reato, soprattutto se si superasse il concetto della non imputabilità. Le REMS, infine, sono luoghi della esecuzione. Nate con il vulnus (ovviamente per primo quella della fretta) della legge 81 nel punto dove prevede espressamente misure di sicurezza perimetrali e non ne prevede (osseremmo ripetere espressamente) all'interno, nel dibattito che ormai da poco meno di 10 anni le anima emerge, con chiarezza, la eterogeneità delle casistiche

7. A titolo di esempio, Corte Europea dei Diritti dell'Uomo – Sezione I – sentenza 24 gennaio 2022 n. 11791/20 - Causa SY c. Italia. Fino alla ulteriore, più recente, pubblicata il 16 febbraio 2023, *Armeni c. Italia*, per la lamentata ingiusta detenzione in carcere a causa della mancata esecuzione, dopo il proscioglimento per vizio totale, della misura provvisoria detentiva in REMS per indisponibilità del posto. Il precedente di Sy c. Italia ha portato il governo italiano alla immediata proposta di erogazione di una somma adeguata a titolo risarcitorio di danno e spese. Solo per curiosità si aggiunge che il ricorrente ha considerato insufficiente la somma proposta, trovando ulteriore risposta positiva nel merito dalla Corte europea

comportamentali e cliniche internate e la insufficiente garanzia di sicurezza interna. Al di là di pregevoli costruzioni creative e autarchiche di figure con un ruolo almeno minimamente securitario, tale problema è serio e insoluto. E troppe sono le ragioni, vicine e lontane, per trattarle qui e ora. Sempre nel rispetto dell'ottica della extrema ratio richiamata dalla legge, e con la garanzia della sua tenuta, pare evidente la necessità di altre strutture della esecuzione penale che completino l'attuale circuito: delle REMS per i casi realmente pericolosi, dove potere gestire il comportamento violento e talvolta delinquenziale che, oggi, incatena molte REMS a pochi ma ingestibili soggetti. REMS a bassa e alta sicurezza è una ipotesi, perché, già ampiamente detto delle garanzie costituzionali degli individui e dei loro diritti alla salute e a trattamenti umani e dignitosi, deve essere ribadito che la violenza nell'ambito della cura e dell'assistenza dei disturbi psichiatrici esiste, e che una volta impostati (o proprio per impostare) i corretti trattamenti, i sanitari devono veder tutelata adeguatamente, in tutti i passaggi e in tutti i luoghi, la loro sicurezza. E aggiungiamo che se non si considera che la responsabilità della cura e del trattamento, di tutti i percorsi, anche penali, dei soggetti con disturbo mentale, debba essere non di esclusiva pertinenza degli psichiatri, ma ricompresa nella cornice di un patto sociale nel rispetto costituzionale dei singoli consociati in condizione di malattia e fragilità⁸, la strada della psichiatria continuerà a esser erta e difficile. In più, ricordiamo come non possiamo fare conto su un adeguato potenziamento dei servizi per la salute mentale, stanti il radicamento nei LEA e la previsione, nei prossimi anni, di una ulteriore diminuzione del finanziamento sul PIL della spesa per la sanità pubblica.

Prima di concludere è necessario però fare un cenno

a un dibattito parallelo, che chiama in causa la proposta di riforma "Cendon" (Abrogazione dell'interdizione e dell'inabilitazione e Rafforzamento dell'Amministrazione di sostegno) dell'art. 411 c.c., con la finalità di dotare l'Amministratore di sostegno di poteri (che qui per semplicità definiamo) speciali, fino a prevedere un dispositivo del Giudice tutelare finalizzato a mettere in atto interventi "coercitivi" (letterale) finalizzati a costringere l'interessato a percorsi terapeutici previamente rifiutati. Detto che tale proposta ha un respiro ampio e condivisibile, e si potrebbe dire *garantista*, questo passaggio non può non destare perplessità: la sua utilità pratica è ben comprensibile, e rappresenta un tentativo di allargare ulteriormente i poteri dell'amministratore, ma nostro parere saranno necessarie ulteriori riflessioni per scandagliarne appieno la tenuta "umana" e soprattutto giuridica. Se si dovesse riconoscere forza di legge a questo passaggio normativo, verrebbe comunque a mancare, nel testo, l'indispensabile esplicitazione del "come" e del "dove", a nostro parere necessario per la attesa tenuta costituzionale (riserva di legge). E poi, riteniamo utile, quanto legittima, l'introduzione di ulteriori possibilità di coercizione nei confronti di persone portatrici di disturbi mentali?

Al termine di queste considerazioni, che hanno volutamente coinvolto anche il ruolo e le posizioni (e i possibili limiti) degli operatori della salute mentale, vogliamo ribadire che una riflessione sullo stato attuale della gestione e cura dei pazienti autori di reato ispirata anche da un pensiero affranto e rispettoso nei confronti della collega morta per il suo lavoro non deve assumere derive da *contro-agiti* (già si sentono pensieri di *snellimento* delle procedure per ASO e TSO, o di modifiche della legge 180) ma attestarsi da una parte su un'articolata

8. Andando ben oltre all'arcinota citazione basagliana (che per altro esprime una pura verità, seppur poi utilizzata per mille ricette di pronta degustazione): "In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia". In: *Che cos'è la Psichiatria*, Einaudi, Torino, 1973.

officina di idee (anche in ampia e informata dialettica, come ovvio per tematiche così complesse), e dall'altra parte sul comprensibile, in questo momento, grido di richiesta di maggiore sicurezza, impossibile da ignorare, ma altrettanto impossibile da affrontare senza mantenere il rispetto dei limiti dati dai doveri di garanzia dei diritti individuali, intesi anche come diritti di tutti gli individui. Domande tanto angosciate, ora, quanto drammaticamente saldate alla realtà concreta e quotidiana. Non spinte "forcaiole", quindi, ma consapevolezza delle reali rischiosità e della ineludibile necessità di avere strumenti ulteriori per affrontarle, in una cornice di rispetto dei diritti fondamentali dell'individuo.

CORRISPONDENZA A:

antonio.amatulli@asf-brianza.it

Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra “territorio” e “giustizia”

di Milena Provenzi, Marco Lagazzi⁺, Carla Laura Di Forti*°, Letizia Affaticati*°, Gianluca Carrara*°, Giovanna Crespi[§], Daniele Viganò*, Massimo Clerici*°*

Il sistema normativo giudiziario di gestione dell’infermo di mente autore di reato pone le sue basi operative in un modello di Psichiatria — e di Psichiatria Forense — ancorato a criteri e concezioni ormai datate e dai più, ad oggi, considerate obsolete, sia dal punto di vista scientifico, sia da quello della coerenza tra le risposte date al paziente “tradizionale” dei Servizi e quelle imposte all’autore di reato “infermo di mente”. Di fronte a modelli che non hanno visto possibilità di emendamenti in grado di offrire una revisione accettabile dai molti che li utilizzano, il Legislatore ha cercato — nel corso dei decenni — di proporre possibili soluzioni adattive. Una delle più importanti, tra queste, parte dall’ampliamento dell’area di infermità ai Disturbi di Personalità, per poi giungere alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ed alla sentenza n. 22 del 2022 della Corte Costituzionale che ha enfatizzato l’importanza dello scopo terapeutico delle Residenze per l’esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) rispetto a quello meramente contenitivo. Tali innovazioni, che non intaccano le nozioni centrali di imputabilità e di “pericolosità sociale psichiatrica”, sembrano però determinare effetti decisamente negativi in un sistema oggi sempre meno gestibile: l’incremento dei tempi di permanenza dei pazienti nelle REMS (di oltre il 55% dal 2018 al 2022); la sussistenza di “liste di attesa” che spesso risultano esiziali per la continuità di cura del paziente forense; nonché l’improprio impiego della Residenzialità Psichiatrica (Comunità) — se non degli SPDC — per l’accoglimento a medio/lungo termine di soggetti ad alto rischio di ricaduta clinica e

comportamentale. Appare sempre più rilevante, quindi, la necessità di definire e valorizzare la valenza operativa dei protocolli di co-gestione del paziente tra fase peritale e DSMD, nel contesto di una ormai avanzata “crisi della perizia” quale strumento valutativo.

Quanto ciò premesso si inserisce anche nella sempre più profonda “crisi organizzativa” del DSMD, tra carenze logistiche, perdita costante di risorse e richieste continue di allargare le aree di intervento creando Servizi per popolazioni complesse che spingono prepotentemente la psichiatria verso il “controllo sociale” (comportamenti antisociali dell’adulto, “doppie diagnosi”, disabilità gravi, “transizioni complesse tra NPIA ed età adulta di soggetti ad esordio psicopatologico precoce, etc.). Ne sono derivate, ormai da anni, difficoltà culturali e strutturali nel dare risposte al segmento di pazienti la cui complessità attribuiamo, spesso per semplificazione, all’area delle comorbilità tra gravi disturbi di personalità e/o psicosi, deficit cognitivi gravi, uso di sostanze “vecchie e nuove” e marginalità emergenziale diffusa: tali difficoltà impongono oggi una riflessione articolata di carattere organizzativo, rispetto alla quale probabilmente — abbandonando ogni deriva ideologica — occorre recuperare le fondamenta della stessa missione di intercettazione del disagio e di cura del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD). Si rende infatti necessario e, nell’attualità con sempre maggiore forza, un meditato contributo alla definizione di aggiornate modalità di risposta ai nuovi pazienti forensi e, soprattutto, di confronto stabile con la Magistratura: obiettivi, questi, che certamente non possono esaurirsi solo con protocolli esortativi di buone

prassi, ma che devono essere allargati alla funzione di integrazione terza operata — tra i due grandi sistemi della Cura e del Giudizio — dal perito e dal consulente del PM cui è delegata, abitualmente, quell'attività di mediazione che, purtroppo, rimane concettualmente ed operativamente debole, sia dal punto di vista epistemologico che operativo.

Tenendo conto del sempre facile rischio di una “fuga” in avanti nella gratificazione di lodevoli asserzioni prive di attuabilità e di significato concreto, il gruppo di lavoro forense della SC di Psichiatria dell'IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza ha scelto di valorizzare tali riflessioni mediante un'indagine preliminare su alcuni dei differenti parametri definitori dell'effettiva identità del paziente forense, scegliendo come area di esame più attuale il Servizio SPDC, crocevia spesso ineluttabile nella “carriera” psichiatrica, ma anche tossicomana e deviante /criminale, dei soggetti autori di reato con disturbi mentali che affluiscono a questo territorio e non solo grazie alla presenza di un'importante Casa Circondariale (CC) che risponde — in termini di salute mentale — al DSMD dello stesso IRCCS (già ASST).

L'OSPEDALIZZAZIONE IN SPDC DEI PAZIENTI AUTORI DI REATO

Al fine di analizzare i ricoveri dei pazienti autori di reato avvenuti presso l'SPDC della SC di Psichiatria dell'Ospedale San Gerardo (IRCCS) — con i conseguenti oneri clinici a carico del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) — è stato condotto uno studio retrospettivo includendo i pazienti autori di reato maschi (la Sezione femminile della CC di Monza è stata smantellata da tempo) ammessi all'SPDC stesso negli anni 2007-2022 attraverso la consultazione dell'archivio delle lettere di dimissione dei soggetti ricoverati. Il reparto ospedaliero in cui è stato svolto lo studio in questione (SPDC) è costituito, ad oggi, da 15 posti letto covid-free e da 2 posti adibiti ad area di isolamento nel caso di pazienti positivi a TNF per ricerca di SARS-CoV2 (numeri

variabili nel tempo) con possibilità di estensione — in caso di necessità — a 20 posti complessivi (il massimo numero “storico” di posti letto, nel periodo in cui è avvenuta la raccolta dati, si segnala essere stato di 21). Presso l'SPDC di Monza prestano servizio medici, infermieri ed operatori sanitari afferenti al DSMD dell'IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza.

Lo studio è di tipo osservazionale trasversale ed è stato appunto svolto su un campione di soggetti autori di reato transitati dall'SPDC, includendo sia quelli provenienti dalla CC di Monza, sia dalle strutture del territorio e residenziali di degenza dello stesso IRCCS. Nella fase di campionamento sono stati raccolti i dati di 204 lettere di dimissione, appartenenti a 120 pazienti autori di reato consecutivamente ammessi in SPDC, che sono stati inseriti in un database in forma totalmente anonima (con elaborazione attraverso il programma SPSS: per le variabili categoriche è stato effettuato il Test esatto di Fisher, mentre per i valori continui si è adoperato il t-test a campioni indipendenti con significatività statistica fissata al 5%).

RISULTATI PRELIMINARI

Del campione di 120 pazienti autori di reato, 98 (pari all'81,7%) hanno effettuato un solo ricovero, 17 (14,2%) ne hanno effettuati un numero compreso tra 2 e 5, mentre 5 soggetti (4,1%) sono stati ricoverati più di 5 volte. L'osservazione dell'andamento dei ricoveri durante il periodo in esame ha messo in luce un incremento quasi lineare nel numero assoluto delle ospedalizzazioni dei pazienti autori di reato: fino al 2010 i ricoveri annui non superavano i 3, mentre il numero degli accessi dal 2019 risulta essere superiore ai 20 (Figura 1). Tale dato si riflette in un aumento della percentuale dei “ricoveri forensi” sui ricoveri totali: da 0,2% a 12% rispettivamente nel 2007 e nel 2022 (Figura 2). È interessante inserire tali dati all'interno della cornice storica in cui è avvenuto il “passaggio di testimone” dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità anche in Regione Lombardia, con il conseguenziale impatto della

cura dei pazienti autori di reato nell'ambito dei DSMD, in particolare nelle cure degenziali.

Il 46,6% (n=95) dei ricoveri proveniva dal carcere, che si configura come la principale struttura di provenienza, seguito dalle Strutture Residenziali (27%, n=55), dal domicilio (11,8%, n=24) e dal Reparto Osservazione Psichiatrica (ROP) della CC di Monza (10,8%, n=22). Il restante 4% del campione (n=8) era stato condotto al ricovero da un altro SPDC (n=3), dagli arresti domiciliari (n=2), dalla Polizia di Stato (n=1) o da una REMS (n=1). Le diagnosi *lifetime* più rappresentate (secondo la classificazione dell'ICD-10) risultano essere i disturbi psicotici (39,2%, n=47) e i disturbi di personalità (37,5%, n=45), mentre le sindromi affettive non superano il 10,8% (n=13) del totale. Il restante 12,6% (n=15) presentava come diagnosi principale un disturbo psichico di natura organica (n=5), dipendenza da sostanze (n=6), disturbo ansioso (n=2) o altro disturbo comportamentale/emozionale (n=2) (Figura 3). Il 55% (n=66) dei pazienti in esame aveva, inoltre, un'anamnesi positiva per uso di sostanze.

Per quanto concerne la durata media del ricovero, essa si attesta intorno ai 20 giorni per il campione totale, per salire vertiginosamente a 77 giorni per i pazienti in attesa di trasferimento in REMS (Figura 4). Risulta invece inferiore alla media del campione per gli individui dimessi presso il carcere (10 giorni) e il ROP (12 giorni). Si segnala, peraltro, che la degenza media nell'ambito dell'SPDC del San Gerardo si attesta intorno a 13 giorni.

Nel campione in oggetto, il tentato suicidio come motivo di ricovero si associa ad una degenza ospedaliera significativamente più breve (13 giorni; $p=0,032$): si può notare che dei 55 pazienti ospedalizzati per tentato suicidio, 41 (74,5%) provenivano dal carcere. Si è osservato altresì che i pazienti ricoverati a seguito di agiti etero-aggressivi presentavano una degenza media significativamente più ampia rispetto a coloro che accedevano per altri motivi (27 giorni; $p=0,031$). Infine, i ricoveri più lunghi correlano ad un numero medio maggiore di eventi avversi (44,1 vs. 17,4; $p=0,001$).

DISCUSSIONE

Questi dati, seppur limitati ad un solo SPDC e decisamente preliminari, mettono in evidenza come i ricoveri in psichiatria dei pazienti autori di reato siano progressivamente aumentati negli anni, delineando un sottogruppo di popolazione caratterizzato da una degenza ospedaliera più lunga e che tende a protrarsi maggiormente per i soggetti in attesa di essere ammessi alle REMS. La formazione di tale "lista d'attesa" — progressivamente in espansione nelle più diverse realtà regionali italiane — non fa altro che gravare in maniera sostanziale, dal punto di vista organizzativo, sul DSMD e, per quanto riguarda quello clinico, sulla salute dei pazienti, i quali si trovano così esposti anche ad un rischio più elevato di eventi avversi. Se l'attività di cura ed assistenza costituisce tuttora, infatti, la missione specifica e fondante del DSMD che si sviluppa attraverso l'insieme dei propri interventi, gli aspetti di "difesa sociale", sembrano — in questa fase storica — preponderanti e arrivano a gravare, in maniera spesso esagerata, sulle strutture del DSMD. Ne deriva che il ricorso a strutture psichiatriche di degenza deve essere assolutamente limitato nel tempo ed utilizzato secondo precisi criteri di appropriatezza, oltre che per intensità di cura.

Un corretto percorso di continuità assistenziale e terapeutico-riabilitativa dovrebbe essere basato su un'attenta valutazione clinico-diagnostica preliminare, sull'inquadramento farmacologico, psicosociale e riabilitativo a seguire, nonché sul monitoraggio clinico a distanza e sulla continua rivalutazione del paziente, anche dopo la dimissione. Una continuità di cura intesa sia in senso longitudinale, mediante una serie costante di contatti sul lungo periodo, sia in senso *cross-sectional* tra i vari Servizi coinvolti, potrebbe garantire una migliore gestione della dimensione relazionale, intesa come accurata conoscenza del paziente e delle sue caratteristiche, nonché della dimensione gestionale, intesa come migliore condivisione dei percorsi terapeutici individualizzati (PTI). In quest'ottica, anche e soprattutto la collaborazione del DSMD con il

perito consente di evitare la creazione di disposizioni non attuabili che mettono spesso a repentaglio l'attuazione del percorso di cure con tutti i rischi connessi — per il paziente autore di reato — in termini di salute e sicurezza. A tale riguardo, in estrema carenza di posti all'interno delle REMS, in molte regioni si è diffusa la 'prassi' di collocare i pazienti autori di reato in ambito ospedaliero all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Le ragioni fondanti tale prassi possono essere perlopiù attribuite alla disparità fra tempo della giustizia e tempo della cura.

Il tempo della giustizia — ad ispirazione del concetto greco di *krónos* — è un tempo lineare, concepito come successione di istanti, nella sequenza cronologica e quantitativa tipica del Tribunale (in Anassimandro, il tempo viene descritto come una legge inesorabile che condiziona le vicende degli esseri umani che si svolgono all'interno di un contesto ordinato e in una successione di eventi e di fatti ordinata appunto nel tempo). Il tempo della Giustizia segue pertanto 'leggi' diverse dal tempo della Cura — più pertinente al concetto greco di *kairòs* — che si fonda sul momento opportuno, dove azione e tempo si pongono al servizio della cura stessa. A questi tempi simbolici non può mancare però anche il tempo del paziente — *aion* — che si declina come un tempo trascendente e assoluto, diverso dai precedenti, e che scorre nelle intermittenze e anacronie dell'esistenza personale. È nel tempo del paziente che possiamo cogliere l'angoscia dell'attesa di un provvedimento, di una diagnosi, di un'ordinanza...

Alla luce di tale discronicità dei tempi, la responsabilità reciproca dovrebbe essere l'elemento unificante e integrante di un "patto" multiplo che consideri i fattori fondamentali operanti in ambito clinico e giuridico per l'individuazione di un "percorso dedicato" al paziente autore di reato che consideri in sequenza, oltre alla tipologia del reato, la gravità del quadro clinico, nonché la trattabilità ed il bisogno di sicurezza e di controllo. In tale ottica è utile precisare che il ricovero in SPDC risulta appropriato se limitato alla fase acuta della patologia,

alla definizione di un percorso diagnostico accettabile che, forse, risulta decisamente deficitario nel contesto carcere e, soprattutto, alla impostazione di una adeguata terapia. Le sole considerazioni di natura giudiziaria non sembrano sufficienti nel prolungarlo. L'allungamento dei giorni del ricovero, infatti, determina problematiche di mancanza di sicurezza nell'ambiente di Reparto: questo nei termini di rischio di agiti, sia commessi che subiti, da parte dei pazienti autori di reato, nonché di reiterazione del reato stesso in caso di dimissione dal luogo detentivo, se conseguente immediatamente al ricovero.

CONCLUSIONI

Il tema della discronicità tra i tempi e i modi della cura e quelli della giustizia è stato ampiamente trattato dalla letteratura psichiatrica e criminologica degli ultimi decenni, così come quello della capacitazione del paziente autore di reato, a favore di un percorso di investimento nei suoi confronti, diretto alla coesistenza tra le esigenze di trattamento del singolo e quelle di difesa sociale rispetto ai comportamenti dello stesso. Peraltro, a questi fondamentali concetti, si deve associare la nozione della "posizione di garanzia" che, comunque, pone in capo al curante, ma anche ad un numero sempre più ampio di figure sanitarie (per giungere perfino al perito ed al consulente del PM), la paradossale responsabilità di assommare in sé la funzione di cura ma anche quella di tutela della collettività, in un contesto nel quale le "regole del gioco" della gestione del paziente forense sono definite da quella stessa "Legge e Giustizia" che, in caso di evento avverso, indagherà e nel caso giudicherà l'operatore. Quanto in oggetto delinea una realtà dura, nella quale i pazienti, ma anche i curanti e gli stessi magistrati, si trovano costretti ad operare in un labirinto nel quale l'enorme iato che separa norme — forse radicali — e risorse — strutturalmente carenti — si traduce troppo spesso in percorsi di grande difficoltà, se non impossibili, il cui onere è pagato prima di tutto dai soggetti fragili, anche sotto forma di autolesionismo se non di suicidalità.

È dunque necessario interrogarsi ancora una volta, a questo punto, sulla necessaria ma onerosa dimensione della “contaminazione” tra sfera clinica e sfera giudiziaria, per la quale la seconda — in crescente misura — “invade” la prima, come attestano il trend di degenza in SPDC degli autori di reato, ma anche l’incidenza di soggetti in Misura di Sicurezza o, addirittura, in arresti domiciliari, inseriti in quelle strutture comunitarie che si basano su un modello di intervento e di cura del tutto differente (se non contrario) dai fini di segregazione e controllo insiti appunto nel contesto giudiziario.

Nello stesso tempo non può non essere ricordato come una possibile modifica del sistema normativo della imputabilità e della “pericolosità sociale” sia ancora del tutto al di là di qualsiasi orizzonte visibile e che, conseguentemente, la Magistratura può soltanto applicare le regole vigenti, al massimo giungendo a soluzioni estemporanee che — come il gravare di ulteriori funzioni lo strumento peritale e i DSMD — non rappresentano alcuna reale evoluzione del contesto, ma anzi possono esporre gli operatori ed i pazienti a nuove ed imprevedute difficoltà.

Nelle more della riflessione sui modelli teorici e sulla dimensione applicativa di queste necessarie risorse aggiuntive, i “pazienti forensi” appaiono sempre più complessi, connotati da comorbilità multiple tra disturbi mentali, uso di sostanze e — sempre più frequentemente — problematiche derivanti da deficit cognitivi anche gravi: costoro necessitano, allora, di interventi sempre più urgenti e complessi, tali da imporre risposte immediate e quindi inevitabilmente connotate dall’uso di strutture e metodi impropri, resi necessari dalla contingenza della situazione. In modo apparentemente paradossale, si può forse ritenere che una conseguenza a lungo termine della logica di de-istituzionalizzazione (de-manicomializzazione), giunta oggi alla sua migliore espressione con la chiusura degli OPG e la residualità della REMS, sia stata proprio quella di “forzare” i Servizi Psichiatrici a trattare i pazienti autori di reato secondo una logica comunque segregativa e di “difesa sociale”?

In questa logica, di reale ed effettiva trans-istituzionalizzazione, la funzione selettiva e sanzionatoria della Giustizia resta invariata, ma viene più o meno consapevolmente delegata alla funzione terapeutica, che assume vesti para-giudiziarie, ed a quella peritale, che assume vesti para-terapeutiche.

Ci troviamo oggi, quindi, al crocevia di un bivio, nel quale — da un lato — al Servizio Territoriale si pone la sfida di esplicitare questa assunzione di funzioni, regolamentandola al proprio interno anche in modo perlopiù empirico ed estemporaneo: disinnescando la componente “inquinante” di tale assunzione, come potrebbe ad esempio avvenire con la netta differenziazione — nelle Unità di Psichiatria Forense territoriali — tra un’equipe valutativa ed una terapeutica, si rivendica invece l’utilità della funzione psichiatrico-forense come parte del processo di intervento sul paziente, con tutte le riflessioni a ciò correlate. Dall’altro lato, si può opporre l’opzione di una nuova stagione di distanziamento dalle esigenze forensi dei pazienti, tuttavia irrealizzabile e di fatto omissiva, non essendo oggi più pensabile il ritornare a modelli di gestione differenziata e non integrata del paziente forense, già giustamente criticati decenni fa ed oggi inevitabilmente disattivati da eventi drammatici che, sempre più frequentemente, colgono la psichiatria tutta impreparata (*).

(* *In ricordo di Barbara Capovani*)

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze IRCCS San Gerardo dei Tintori Monza, SC di Psichiatria*

+ *Servizio Clinico Forense, Impresa Sociale ControVento, Milano*

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

§ *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST Brianza, SerT*

La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche

di Letizia Mantovani e Renato Mantovani

AVVOCATI ORDINE PROVINCIALE DEGLI AVVOCATI DI MILANO

La normativa sull'ordinamento penitenziario, al suo articolo 47-ter prevede, fra altro, che la pena della reclusione per moltissimi reati può essere espiata nella propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza ed accoglienza.

Con una sentenza della Corte Costituzionale, la n. 99 del 19 aprile 2019, viene poi aggiuntivamente previsto che anche nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta alla condanna, ed in fase di espiazione della pena detentiva, il Tribunale di sorveglianza può sempre disporre l'applicazione per un condannato già in stato di carcerazione la detenzione domiciliare o in un altro idoneo luogo di privata dimora per l'intera pena o parte di essa ovvero in un luogo pubblico di cura e di assistenza.

Per valutare la fattibilità di una tale applicazione, in relazione al trasferimento in detenzione domiciliare per soggetti con patologie qualificabili come psichiatriche, viene però ritenuta necessaria una attenta quanto articolata preventiva valutazione della infermità psichica lamentata dall'imputato detenuto nella quale lo psichiatra che la esegue dovrà evidenziare con attenzione come possa incidere sulle condizioni psichiche del soggetto interessato il perdurare dello stato detentivo e, se del caso, la difficoltà di potere porre in essere i necessari interventi terapeutici all'interno della struttura carceraria.

Valutazione poi che, come vedremo più avanti, non potrà prescindere da una ulteriore attenta valutazione sulla pericolosità sociale del soggetto riconducibile alla riscontrata patologia che nel suo dettaglio possa far ritenere una concreta possibilità di avere successive condotte criminose di una certa gravità.

In relazione a quanto sopra esposto appare evidente che la qualificazione di una grave malattia a carattere psichiatrico da ricondurre ad un detenuto che richiede l'applicazione della meno affittiva esecuzione della pena compete ad uno specialista in psichiatria al quale il Giudice di sorveglianza, chiamato a valutare un tale richiesta, conferirà specifico incarico peritale.

Chi è chiamato e predisporre la redazione della perizia è però opportuno che proceda ad illustrare chiaramente ed esaurientemente il quadro patologico del detenuto con una precisa quanto dettagliata esposizione di tutti gli elementi che saranno poi di base valutativa per il Giudice al fine esaminare attentamente e con dovuto senso critico la richiesta e di consentirgli di emettere un provvedimento correttamente motivato, sia esso in termini di concessione che di eventuale diniego.

A conferma di quanto sin qui esposto una recente sentenza della Corte di Cassazione penale del 17/07/2020, con n.23474, richiamando quanto sentenziato dalla Corte Costituzionale come sopra riportato, ha ritenuto che sia ora possibile concedere, alla persona affetta da gravi problematiche psichiatriche, la misura della detenzione domiciliare,

La corte ha sottolineato che per la applicazione di quanto richiesto deve esservi una preventiva ed attenta valutazione psichiatrica che consenta al Giudice di esprimere un articolato giudizio di fattibilità.

Valutazione nella quale lo psichiatra deve fare confluire il dato relativo alla incidenza sulle condizioni psichiche causa che sono causa di una negativa protrazione riconducibile alla detenzione in essere unitamente a quello attinente i necessari interventi terapeutici che si evidenziano come non efficacemente esperibili all'interno del carcere.

Non deve poi mancare una attualizzata valutazione sulla possibile pericolosità sociale da apprezzare non soltanto in base ai precedenti penali e al residuo periodo per il fine pena, ma anche sull'incidenza della patologia nel grado di efficienza psico-fisica e sulla connessa capacità di porre in essere condotte criminose di una qualche gravità.

Nel caso sottoposto al giudizio della Cassazione la necessaria indagine psichiatrica presa in considerazione riguardava un soggetto afflitto da un disturbo ossessivo-compulsivo con un ulteriore disturbo bipolare dell'umore che al momento della valutazione clinica si presentava concomitante ad una fase depressiva.

La documentata valutazione dello psichiatra ha portato a ritenere che il soggetto non poteva continuare a vivere in un contesto come quello carcerario senza patire un gravissimo disagio sul piano psicologico, acuito dalla impossibilità di adottare nell'ambiente carcerario i necessari interventi psicoterapici (in specie in relazione alla terapia cognitivo comportamentale ritenuta necessaria).

Valutazione, questa, che ha legittimato l'Autorità Giudiziaria a ritenere concedibile la espiazione della pena residua in regime di detenzione domiciliare.



CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO AITERP

ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)

The world forgetting, by the world forgot

Un passo indietro...tre in avanti. Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa

*Fossati E.M. *, Racioppi L. °, Scagliarini V. §*

All'immagine provocatoria della descrizione che Eloisa fa della propria condizione di vita, tratta da un sonetto di Alexander Pope, rispetto all'atteggiamento culturale che oggi prevale in merito al tema della salute mentale e della psichiatria, presentata nell'articolo "*The Eternal Sunshine of a spotless mind*. Ovvero come riprendere ad usare la parola in Psichiatria." (G. Cerveri), farà seguito un tentativo di riflessione a partire dal verso "*The world forgetting, by the world forgot*", "Dimentica del mondo, dal mondo dimenticata".

In quanto tecnici della riabilitazione psichiatrica proveremo a mettere in discussione specificità e tecnicismi di una professione, nell'ottica di ricercare le radici di quel *locus nascendi* che oggi potrebbero essere determinanti per riprendere ad affacciarsi verso il panorama esterno e, successivamente, ripristinare un dialogo culturale che sia libero di uscire dal convento.

Un passo indietro. Prendiamo la rincorsa.

Quando ci si trova ad affrontare il tema della riabilitazione psichiatrica diventa inevitabile fare riferimento ad alcuni modelli teorici che, per innovazione, rilevanza, lungimiranza, echi, cambiamenti portati nei contesti di cura e nell'operare pratico degli operatori sanitari, hanno impattato in modo così determinante da essere diventati, per i professionisti, vere e proprie fondamenta. Si tratta di quei primissimi costrutti che, elaborati a partire dagli anni Sessanta-Settanta, in Europa e negli Stati Uniti, in un contesto socioculturale in fermento, in cui si assisteva alla progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici, all'attuazione di politiche socio-sanitarie a supporto della disabilità legata alla malattia mentale, all'utilizzo di trattamenti farmacologici sempre più efficaci, hanno saputo sostenere a gran voce la necessità di fornire interventi sul territorio per lo sviluppo delle abilità della persona e delle risorse dell'ambiente, fin dagli arbori. Si fa riferimento, quindi,

tra gli altri, ai modelli: “bio-psico-sociale” (G.L.Engel, fine anni ‘70); “*stress-vulnerabilità-coping*” (J.Zubin e B.Spring, fine anni ‘70); di tipo comunitario (L.R. Mosher, inizi anni ‘70); per il potenziamento delle abilità relazionali, abitative e lavorative (L.Ciampi, fine anni ‘70-inizio anni ‘80); per il potenziamento dei comportamenti socialmente competenti (M.Spivak, fine anni ‘80); della psichiatria di comunità (M.Payne, fine anni ‘90); psicoeducativi (G.W.Brown e Wing, a partire dagli anni ‘60); “*Social Skills Training*” (R.P.Lieberman, fine anni ‘80, cui fanno seguito i lavori di Farkas e Anthony, primi anni ‘90); orientato alla *Recovery* (a partire dagli anni ‘90) (Vita, 2018).

Seppur consapevoli che tali modelli teorici/operativi meriterebbero di essere approfonditi, lo scopo ultimo per i quali vengono presentati è quello di portare i lettori a una semplice riflessione: da una scuola di pensiero a un'altra, da un contesto socioculturale a un altro, da un periodo storico a un altro o da un autore a un altro, il denominatore comune è stato ed è la volontà di porre al centro la persona. Persona riconosciuta nella propria complessità, interezza, globalità e nel diritto di ricevere, all'interno di percorsi di cura, trattamenti multidimensionali e multicontestuali integrati, tesi al miglioramento della qualità della vita e al raggiungimento del miglior stato di benessere possibile, da un punto di vista psicologico, fisico, relazionale/ sociale e ambientale (Famulari, 2019) per vivere una vita piena e soddisfacente, nonostante le limitazioni dovute alla malattia. Un processo personale (*personal recovery*), quindi, che può continuare anche in presenza di sintomi o ricadute sintomatologiche e che necessita della presenza di persone o di un ambiente che crede nella possibilità di un percorso di ripresa personale, in contrapposizione agli effetti negativi dello stigma, dell'auto-stigma e di una interpretazione negativa della cronicità (Anthony, 2000).

La riabilitazione psichiatrica, quindi, deve svolgersi in *setting* allargati, in cui la rete di Servizi formale comunitari con quella informale e naturale di riferimento del singolo, in cui la teoria faccia solo da traccia a strategie che si plasmano al divenire della persona e si definiscono,

di volta in volta, in base alle caratteristiche dell'utente, al contesto familiare e a quello naturale di interazione quotidiana (Ba, 2003). Per fare questo, dunque, non può essere confinata all'interno di qualche mura, non può essere chiusa in conventi o realizzarsi in territori dai confini netti, precisi, seppur apparentemente o opportunisticamente rassicuranti. La riabilitazione psichiatrica deve avere il coraggio di saper mettere in discussione se stessa senza rischiare di cadere nell'errore di avere una fede assoluta e cieca nel risultato del proprio operato, l'immaginazione fervida che spinge a guardare oltre, la curiosità di misurarsi col cambiamento e la forza di permeare la realtà, non solo dei luoghi e dei tempi fisici, ma anche di quelli relazionali e comunicativi, non limitandosi a rivolgersi ad un ristretto gruppo, che parli un linguaggio comune, ma soprattutto a coloro che non lo conoscono ancora. In quest'ottica e per sua natura, la riabilitazione psichiatrica, così come la psichiatria, non può fare a meno di occuparsi della sofferenza psichica delle persone e dell'isolamento che ne consegue. La chiusura su loro stesse, mancando di apertura nei confronti dei bisogni della cittadinanza, così come quelli di tutti i professionisti che le abitano, sembra rappresentare dunque un paradosso.

Due passi avanti: raggiungiamo la porta del convento per aprirla. Sperimentiamo, almeno per il momento, lo stare sulla soglia.

Come detto in precedenza, dopo la seconda guerra mondiale, si assiste allo svolgersi di una serie di grandi movimenti e rivoluzioni che pongono al centro delle proprie attività la lotta per rivendicare il cambiamento delle condizioni di vita delle persone affette da patologie, la partecipazione alla gestione del potere e, soprattutto, la volontà di affermarsi come soggettività. Si sta per distruggere l'istituzione della psichiatria, che fonda la propria identità sull'ospedale psichiatrico, con funzione di custodia e isolamento sociale, promuovendo, invece, modelli di cura alternativi per l'integrazione della persona all'interno del proprio conteso di vita.

Un passo oltre la porta. Assaporiamo il panorama.

Comunicare, divulgare, testimoniare diventano l'espressione costante di una dialettica che crea tensione necessaria per costruire una nuova visione del futuro. Comunicazione tesa a spogliare l'oggettivazione della malattia mentale esitata con l'omologazione del corpo organico e sociale a sfavore della possibilità di esprimere la soggettività malata.

La sfida che si ripropone oggi, è quella di assumere il ruolo tecnico relazionale professionale, che viene dato dal rapporto con il paziente e con le organizzazioni "popolari", piuttosto che quello assegnatoci dalla struttura politico-sociale in cui viviamo, perché per poter cogliere la contraddizione soggettiva del disagio mentale è fondamentale entrare in una logica di reciproca tensione attiva tra operatore, paziente e territorio. Ed è proprio il ricollocarsi in questa tensione che permette, forse, di salvare Eloisa e Abelardo da una chiusura senza prospettiva di soggettività. L'elemento tensivo in quest'ottica è, innanzitutto, il riconoscimento da parte di entrambi i soggetti di una dinamica di ruoli (professionista-paziente) diacronica che si va costruendo attraverso un dialogo costante di due parti *ruolo-controruolo*, piuttosto che un dialogo di potere (Basaglia, 2000) permetterebbe ai due protagonisti del sonetto di recuperare quei ruoli sociali necessari per consentire lo sviluppo della propria soggettività nel contatto con ciò che è fuori da sé attingendo nuovo materiale, fonte di conoscenza. Il processo riabilitativo nei suoi tre elementi costitutivi (Diagnosi – Pianificazione – Intervento) mira a facilitare l'individuo nella costruzione di una personalità capace di produrre ruoli adatti a sé e adeguati alle diversificate situazioni interpersonali in cui egli viene a trovarsi, *in primis* quella di malato. Il *setting* riabilitativo, attraverso il *saper fare* del professionista, può diventare per Abelardo e Eloisa quello spazio transizionale necessario per spogliarsi della prescrittività di ruoli ad essi attribuiti. La riabilitazione psichiatrica, in quest'ottica, appare ancor più difficile e ambiziosa da perseguire: ci si può spostare con maggior

consapevolezza lungo un *continuum* che può oscillare dal polo rappresentato dal processo di *Recovery* della persona, frutto della lotta basagliana, fino al polo opposto verso il quale si corre il rischio di ricostruire muri istituzionali a favore di una cultura del potere e del controllo sociale sempre più stratificato e mistificato.

Apriamo le porte, dunque, per edificare ponti comunicativi che generino spaccature lungo le mura e le linee difensive con l'obiettivo di uscire fuori per arricchirsi dentro; strutturare spazi per il confronto tra monasteri differenti e tra conventi e Servizi di cui il contesto di vita quotidiana è ricco; rendersi parte attiva, perché tutti responsabili; immaginare nuovi linguaggi che raggiungano le persone lì dove esse sono per informare, sensibilizzare, prevenire, formare.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica libero professionista presso "Lo Spazio". Rappresentante Sezione Regione Lombardia ATS AITeRP, Master in "Sistemi Sanitari Medicine Tradizionali e non Convenzionali" Unimib; Master in Neuroscienze, Mindfulness e pratiche Contemplative Unipi; Istruttore di protocolli basati sulla Mindfulness e sulle pratiche contemplative; Danza Movimento Terapeuta; Docente a contratto Università Milano Bicocca.*

° *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica libero professionista presso ASST Melegnano-Maresana; Presidente CdA TeRP TSRM-PSTRP Pavia; Master in Management e Coordinamento delle Professioni Sanitarie; Facilitatrice in Mindfulness; Conduttrice di gruppi con metodi attivi.*

§ *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica presso ASST di Lodi.*

BIBLIOGRAFIA

1. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A., *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale. Volume 2. Principi e modelli della riabilitazione psichiatrica.* Giovanni Fioriti Editore, 2018.
2. Famulari R., Fierro L., Parigi D., Rovito E., Ussorio D., *Il core competence del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica.* Edizione Alpes, 2019.
3. Anthony W., *A recovery-oriented system: setting some system level standard.* Psychiatric Rehabilitation Journal 24, 2000, 2, 159-167.
4. Ba G., *Strumenti e tecniche della riabilitazione psichiatrica e psicosociale.* Franco Angeli Ed, 2003.
5. Basaglia F., *Conferenze Brasiliane.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

Pronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione?

Uno studio qualitativo

Carlo Alberto Camuccio, Zara Silvia**

ABSTRACT

Introduzione. Il trattamento della persona affetta da disturbo psichico che si reca in Pronto Soccorso rimane ad oggi una problematica esistente all'interno delle aziende sanitarie. Seguendo numerose esperienze estere, vi sono varie proposte di istituire delle strutture dedicate, dei PS specializzati, degli ambulatori oppure dei fast track o l'accesso diretto in SPDC. Se da un lato ci sono delle esigenze clinico-organizzative che spingono in questo verso dall'altra vi sono molte perplessità che questo tipo di soluzioni non siano per le persone affette da disagio psichico controproducenti e pericolose in termini di salute e di inclusione sociale

Obiettivo. La presente indagine si propone di raccogliere le opinioni a riguardo l'accesso diretto tra i professionisti che si interfacciano maggiormente con la persona affetta da disturbi psichici e di metterne in evidenza aspetti positivi, negativi o da riconsiderare.

Materiali e metodi. Sono stati consultati articoli scientifici attraverso le banche dati PubMed e Google Scholar che ha permesso di costruire una griglia di intervista. I partecipanti coinvolti sono stati suddivisi in tre gruppi salute mentale, di Urgenza-Emergenza e Testimoni Speciali. Ai partecipanti è stata somministrata un'intervista semi strutturata composta da 7 domande.

Risultati. Sono state raccolte 45 interviste analizzate tramite qualitativa attraverso il software per l'analisi dei contenuti Atlas@ti®.

Discussioni e Conclusioni. La ricerca ha evidenziato quanto le soluzioni di PS dedicato o di accesso diretto contengano in sé aspetti positivi e negativi. In particolare la maggioranza degli intervistati di tutti i vari gruppi esprime preoccupazione per lo stigma e per sottovalutazioni diagnostiche.

Key words: Emergency department, Mental Health, Psychiatric Nurse, primary care, psychiatric patients.

BACKGROUND

In Italia i "Pronto Soccorso Psichiatrici" o soluzioni clinico organizzative che vedano strutture e percorsi ad hoc per le persone affette da disturbo psichico non sono comuni e la proposta della loro istituzione (come ad esempio come l'Accesso Diretto in reparto come si evince da una Delibera della regione Veneto del 2019) viene da molti professionisti sanitari ritenuta valida sia per il paziente che per l'organizzazione. Per altri invece, soprattutto professionisti della salute mentale queste proposte sono oggetto di critica in quanto a livello tecnico ed etico un tale servizio viene dichiarato come "pericoloso e discriminatorio" introducendo numerosi rischi sul piano clinico per i pazienti e andando a minare le garanzie di tutela della salute quindi contribuendo allo stigma delle persone con disturbi mentali.

In letteratura troviamo che le emergenze psichiatriche sono al terzo posto tra tutte le emergenze dopo quelle internistiche e chirurgiche (Pajonk et al. 2001) e che rap-

presentano fino al 15% di tutti gli accessi ai dipartimenti d'emergenza urgenza e accettazione (DEU) (Hazlett et al. 2004). Uno studio condotto da Ferrari, Bruscoli & Pallanti S. (2009) rileva che gli accessi psichiatrici presso i DEU, figurano dallo 0,5 al 15% di tutte le richieste d'aiuto. Le cifre salgono notevolmente, quando si consideri solamente l'associazione di un disturbo psichiatrico nel paziente che si presenti per altre cause. Uno studio francese del 2005 (Saliou et al. 2005) riporta, infatti, una prevalenza del 8% di pazienti con diagnosi psichiatrica come motivo primario d'accesso. Quando però si consideri solo la presenza di un disturbo psichiatrico in concomitanza con altre diagnosi si trova una prevalenza totale dei disturbi psichiatrici al DEU del 38%. Altri studi evidenziano però come il 78% dei pazienti con disturbi psichiatrici acceda ai servizi d'emergenza non per motivi psichiatrici, identificando così la popolazione che accede ai servizi d'emergenza come una popolazione caratterizzata da un'alta prevalenza di disturbi psichiatrici indipendentemente dal motivo della richiesta di aiuto (Larkin et al. 2005).

Negli USA e Nord Europa la modalità ad accesso diretto è già attiva in molti servizi. Secondo Harris et al. (2016), che analizzano le problematiche connesse all'accesso del paziente con problemi psichiatrici in un PS, emerge una sorta di "Lack of Care" a livello di infrastrutture specifiche, di competenze del personale ed infine di materiali e risorse disponibili. Tale situazione comporta delle conseguenze per il paziente (peggioramento della sintomatologia) e per il personale, spesso non preparato alla gestione di queste casistiche (stress elevato).

In circostanze simili la formazione specifica e l'alleanza con il paziente risultano fondamentali per la gestione della situazione. Le barriere istituzionali, fisiche ed ambientali e, le mancate conoscenze, rallentano il processo verso una corretta gestione del paziente con patologia psichiatrica. Lo studio sottolinea come il paziente psichiatrico in fase di acuzie percepisca come più intense, disturbanti e difficili da fronteggiare alcune caratteristiche del PS che ad altri utenti non affetti da patologia psichiatrica non appaiono

rilevanti (luci, rumore, confusione). Si associa all'aspetto ambientale anche quello umano in cui il paziente percepisce mancata comprensione e supporto da parte del personale ospedaliero.

Le soluzioni alternative proposte dalla letteratura che descrive esperienze operative vanno dalle Short-stay Psychiatric Units nel DEU (Lateef & Anantharaman., 2000) alle Aree di cure speciali all'interno del PS (Slade et al., 2007) fino ai Centri di emergenza Psichiatrica (PEC); questi sarebbero dei centri di emergenza specializzati esclusivamente per pazienti con problemi psichici, sotto la responsabilità del servizio di salute mentale (Frank et al. 2005). I PEC secondo gli autori hanno benefici significativi per il paziente in quanto riducono i tempi di attesa, preservano la privacy e offrono accesso diretto a personale specializzato in salute mentale (Frank R., Fawcett L., Emmerson B. (2005). Questi vantaggi però, potrebbero essere visti da un altro lato anche come una falsa economia ovvero uno spostare il problema altrove. Il centro specializzato separato dal PS standard potrebbe fornire un sistema separato di assistenza sanitaria che stigmatizza i "consumatori" di salute mentale (Wand T., 2005).

Un ulteriore studio condotto in California di Carrie et al. del 2000, come metodo per una più corretta gestione dell'urgenza psichiatrica propone il concetto di "*Medical Clearance*": un accertamento-valutazione medica di tutti i pazienti i cui sintomi potrebbero essere di origine psichiatrica, prima di un eventuale trattamento ambulatoriale o trasferimento in altra struttura per cure psichiatriche (Olshaker et al. 1997).

In molte realtà, come in Canada (Ontario), è stata inserita la figura dell'infermiere psichiatrico all'interno del DEA con il ruolo di "Gatekeeper" o di gestione dell'urgenza (Psychiatric Emergency Nurse). (McArthur & Montgomery 2004; Nicholls et al. 2010; Clarke et al. 2003).

Uno studio nel contesto italiano (Ferrari et al. 2009) evidenzia come i medici d'emergenza ritengano che la propria preparazione nella psichiatria sia scarsa, ma allo stesso tempo ne riconoscono un'importanza conside-

revole. Le soluzioni organizzative adottate nel contesto italiano sono generalmente la consulenza, l'utilizzo dei Fast Track mentre appare meno presente il modello che prevede l'accesso diretto in Psichiatria anche se ad esempio la regione veneto nel 2019 ha emanato una delibera che prevedeva tale modello organizzativo.

Il presente studio ha come scopo quello di verificare l'opinione dei professionisti della Salute Mentale e dell'Emergenza-Urgenza sui vantaggi e gli svantaggi di Pronto Soccorso dedicato o ad accesso diretto in Psichiatria.

I quesiti d'indagine sono:

1. Qual è la modalità più opportuna di trattamento per il paziente che si reca in PS che manifesta Disturbo Psicologico?
2. Qual è l'opinione degli operatori sanitari del Pronto Soccorso e della Psichiatria in merito alla creazione e allo sviluppo di un Pronto Soccorso con Accesso Diretto in Psichiatria?
3. Quali implicazioni comporterebbe tale creazione nel paziente e nel soddisfacimento dei suoi bisogni assistenziali?
4. Cosa ne pensano i rappresentanti dei genitori di pazienti psichiatrici nonché membri delle Associazioni a sostegno delle famiglie?

MATERIALI E METODI

Metodologia di indagine

L'indagine è stata realizzata mediante una ricerca di tipo qualitativo: sono state condotte interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati (Palumbo & Garbarino, 2006).

Campione

Sono stati intervistati: Medici e Infermieri di PS e DSM del Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige, rappresentati da una associazione genitori ed infine membri di Associazioni Nazionali appartenenti al ramo dell'Urgenza-Emergenza e della Psichiatria.

Il campione, di convenienza, è stato reclutato secondo

i seguenti criteri di Inclusione:

1. Esperienza in ambito di Emergenza Urgenza o Psichiatria/Salute Mentale;
2. Rappresentanti delle Associazioni genitori (che saranno indicati come testimoni speciali).

I criteri di Esclusione presi in considerazione sono stati:

- Personale neoassunto;
- Personale appartenente a Unità Operative diverse da quella di Pronto Soccorso e di Psichiatria;
- Mancato consenso a partecipare allo studio.

Tutti i partecipanti hanno aderito in maniera volontaria firmando la dichiarazione di consenso a partecipare allo studio nel rispetto del trattamento dei dati personali e della privacy. I partecipanti potevano in qualsiasi momento ritirarsi dallo studio. Questo studio aderisce ai principi della dichiarazione di Helsinki.

Procedura di indagine

La raccolta dei dati è stata realizzata tramite intervista semi-strutturata (*Tabella 1*) nel periodo compreso tra inizio settembre e metà ottobre 2019. Ogni intervista è

Tabella 1 – domande della intervista

Domande di intervista

1. Qual è il percorso o i percorsi che abitualmente segue la persona con Disturbo Psicologico che arriva in PS?
2. Quale crede che sia la modalità più corretta di gestione della persona con Disturbo Psicologico nel momento in cui si presenta in PS per una grave crisi correlata alla patologia?
3. Pensa che il PS Psichiatrico ad accesso diretto in reparto abbia degli aspetti positivi o negativi? Se sì, quali? invece crede che siano aspetti negativi connessi allo sviluppo di tale proposta?
4. Crede che accogliere il paziente psichiatrico in un Pronto Soccorso a lui dedicato permetta una migliore visione ed un miglior trattamento del paziente e della crisi correlata alla patologia?
5. Pensa che il servizio di PS Psichiatrico possa determinare stigma nel paziente affetto da patologia psichiatrica? Se sì, perché?

Tabella n° 2: campione dello studio

Codice Candidato	Sesso	Qualifica	Anni servizio complessivi	Anni nel servizio Attuale
1 SM vis à vis	M	Psichiatra ex Direttore di Dipartimento	40	Pensione
2 SM vis à vis	F	Infermiera	23	19 aa Psichiatria 1,5 aa PS
3 SM vis à vis	M	Coordinatore Infermieristico	13	7 aa Coordinatore SPDC
4 SM Tel	F	Infermiera; Ex Coordinatore CSM	30	27 aa Psichiatria
5 SM Tel	F	Ex Coordinatore CSM	21	19 aa Coordinatore SPDC
6 SM Tel	F	Infermiera	6	6 aa SPDC
7 SM Tel	M	EX Presidente PSIVE	37	34 aa SPDC
8 SM Tel	M	Psichiatra Ex Direttore di Dipartimento	40 aa	Pensione
9 I SM Tel	F	Coordinatore Infermieristico	21 aa	21 aa Salute Mentale
10 SM Tel	F	Medico Psichiatra	14 aa	10 aa DSM
11 SM Tel	F	Medico Psichiatra	25 aa	25 aa DSM
12 SM vis à vis	F	Medico Psichiatra	28 aa	28 aa DSM
13 SM Tel	M	Coordinatore Infermieristico SPDC	28 aa	11 aa Coordinatore SPDC
14 SM Tel	F	Coordinatore Infermieristico Day Hospital	23 aa	20 aa Coordinatore Day Hospital
15 SM vis à vis	M	Infermiere di Salute Mentale	43 aa	18 aa SPDC
16 SM vis à vis	F	Infermiera Coordinatore di Dipartimento	34 aa	31 aa Salute Mentale
17 SM vis à vis	M	Psichiatra ex Direttore di Dipartimento	35 aa	Ora in pensione
18 SM Tel	M	Dirigente delle Professioni Sanitarie; Docente di Salute Mentale	32 aa	10 aa Dirigente
19 SM vis à vis	M	Psichiatra, ex Primario; Docente di salute Mentale	34 aa	Pensione, Libero Professionista
20 SM vis à vis	F	Infermiera di SPDC	8 aa	3 aa SPDC
21 SM Tel.	F	Coordinatore Inf. SPDC porte aperte (No Restraint)	29 aa	8 aa Coordinatore SPDC
22 SM Tel.	M	Presidente PSIVE	23 aa	17 aa
1 EU Tel	F	Medico di PS	37 aa	Pensione
2 EU vis à vis	M	Medico di PS	5 aa	3,5 aa PS
3 EU Tel	M	Coordinatore Infermieristico di PS	25 aa	11 aa Coordinatore Inf. PS
4 EU Tel	M	Coordinatore Infermieristico di PS	10 aa	2 aa Coordinatore Inf. PS
5 EU vis à vis	M	Infermiere di PS; Istruttore corso Triage	8 aa	5 aa PS
6 EU vis à vis	M	Infermiere di PS; Istruttore corso Triage	8 aa	5 aa PS
7 EU vis à vis	M	Infermiere di PS; Coordinatore area Nursing per SIMEU	7 aa	4 aa PS
8 EU Tel	M	Infermiere di 118; Direttivo OPI	6 aa	4 aa 118
9 EU vis à vis	F	Coordinatore Infermieristico di PS	30 aa	3 aa Coordinatore Inf. PS
10 EU Tel	F	Coordinatore Infermieristico di PS	27 aa	21 aa di PS;
11 EU Tel	M	Infermiere SUEM-118; Consigliere OPI	11 aa	3 aa SUEM-118
12 EU vis à vis	M	Infermiere di PS; Responsabile affiancamento nuovi inserimenti.	13 aa	13 aa PS
13 EU Tel	F	Infermiere di PS	18 aa	13 aa PS
14 EU Tel	M	Medico di PS	6 aa	4 aa PS
15 EU Tel	F	Infermiera di PS	12 aa	8 aa PS
16 EU vis à vis	F	Infermiera di PS	26 aa	7 aa PS
17 EU Tel	M	Coordinatore Infermieristico PS	13 aa	13 aa PS
18 EU Tel	F	Coordinatore Infermieristico PS	40 aa	5 aa Coordinatore Inf. PS
19 EU vis à vis	F	Infermiera di PS	7 aa	2 aa in PS
20 EU Tel	M	Medico di PS	3 aa	1,5 aa PS
21 EUTel.	M	Direttore Struttura Complessa; Vicepresidente SIMEU	26 aa	23
1 TS Tel.	M	Presidente Associazione Genitori	Operaio	Pensione
2 TS Tel.	F	Vicepresidente Associazione Genitori	Giornalista	Libera professionista

durata 30-40 minuti di media e si sono svolte preferibilmente vis-à-vis ma anche telefonicamente. La griglia di domande è stata creata dopo ad una attenta analisi della letteratura e dopo due interviste pilota condotte nelle fasi iniziali del progetto e non incluse fra i risultati. Gli incontri sono avvenuti in ambienti riservati e tranquilli all'interno di contesti privi di elementi di disturbo.

Strumenti di indagine

Le domande dell'intervista sono presenti nella *tabella 1*. Si è deciso di utilizzare la metodologia dell'intervista semi-strutturata a testimoni privilegiati piuttosto di un questionario o di un'intervista strutturata perché è stato valutato essere lo strumento più utile per dar modo alle persone di esprimere liberamente e completamente le proprie percezioni (Corbetta, 2003).

Analisi dei dati

L'analisi dei contenuti delle interviste è stata svolta prima verbatim tramite metodo di distillazione (Downe-Wamboldt, 1992), da parte di due ricercatori distinti. I dati ottenuti infine, sono stati elaborati attraverso un terzo processo di analisi svolto tramite il programma di content analysis Atlas@Ti 7.

Risultati

Sono state raccolte 47 interviste: 21 Area Salute Mentale, 21 area Emergenza Urgenza, 2 di testimoni speciali; di queste, 2 sono state escluse ad inizio indagine in quanto utilizzate come interviste pilota. Il campione è sinteticamente descritto nella *tabella n°2*.

Analisi del contenuto

Le interviste condotte sono state analizzate in primo luogo verbatim, con una doppia analisi da parte di due ricercatori distinti; le interpretazioni difformi sono state armonizzate tramite un confronto sui risultati fra i due ricercatori. Infine i dati ottenuti sono stati processati dal programma per la *content analysis* Atlas-Ti 7©. Il

programma infatti, in seguito all'analisi qualitativa dei dati, identifica svariati codici appartenenti a specifiche famiglie di significato.

Nella presente analisi, le famiglie sono state individuate nelle sei domande dell'intervista.

Tabella 3 – Famiglie ottenute analisi Atlas – Ti 7©

Famiglie Atlas – Ti 7©	
Famiglia 1	Percorso abituale pz. con Disturbo Psicico PS
Famiglia 2	Percorso ideale pz. con Disturbo Psicico
Famiglia 3	Aspetti Positivi (+) e Negativi (-) dell'Accesso diretto in SPDC
Famiglia 4	Accesso diretto in SPDC: crea Stigma?
Famiglia 5	Personale di PS è formato per gestire pz. con Disturbo Psicico?
Famiglia 6	Personale di SPDC è formato per accogliere pz. in Accesso Diretto?

I dati in Atlas-Ti sono stati elaborati successivamente anche suddividendoli per gruppi e per singole domande. In questo modo, ciascuna domanda è stata analizzata all'interno dei singoli gruppi coinvolti nello studio (Salute Mentale, Pronto Soccorso, Testimoni Speciali) al fine di poterne confrontare le risposte e quindi di raccogliere l'opinione rappresentativa di ciascuna categoria.

Il percorso abituale del paziente con Disturbo Psicico

Alla presente domanda i professionisti del gruppo di Salute Mentale hanno manifestato una visione comune riguardo il percorso che abitualmente segue il pz con Disturbo Psicico dal momento in cui si presenta all'osservazione dell'U.O. di PS.

Dalle testimonianze del personale SM emerge che in qualche ospedale esiste già un ambulatorio diurno per la gestione delle emergenze con lo psichiatra presente h 24-sette giorni su sette e non solamente reperibile. Qualcuno del gruppo osserva che in alcuni casi come ad esempio paziente all'arrivo agitato, con intossicazione da sostanza/farmaci, in acuzie oppure non noto, la gestione

Tabella n°4: Percorso “Ideale” del paziente con Disturbo Psicico

	Salute Mentale	Modalità attuale {7-0}	Testimoni Speciali
Percorso Ideale Pz. Disturbo Psicico in PS	Modalità attuale {13-0}	Valutazione iniziale PS {5-0}	Valutazione iniziale PS {4-0}
	Valutazione iniziale PS {13-0}	Triage {4-0}	Consulenza Psichiatrica {2-0}
	Consulenza Psichiatrica {9-0}	Fast Track {7-0}	Creazione stanza per attesa (stanze multisensoriali) {1-0}
	Ricovero {5-0}	Esclusione cause organiche {3-0}	Esclusione cause organiche {1-0}
	Dimissione (CSM-Rinvio a domicilio) {6-0}	Consulenza Psichiatrica Precoce {3-0}	Diagnosi differenziale {1-0}
	Esclusione cause organiche {5-0}	Consulenza Psichiatrica {3-0}	Esami diagnostici {1-0}
	Diagnosi differenziale {4-0}	Pz. non noto/acuto/agitato gestione PS {5-0}	Stabilizzazione del pz {1-0}
	Trattamento standard pz. Psych. {4-0}	Pz. noto/non critico/non agitato = Accesso diretto {4-0}	Trattamento immediato {1-0}
	Esami diagnostici {3-0}	Creare ambiente adeguato al pz. {2-0}	
	Psichiatra presente h24 {3-0}	Ascolto e comprensione {2-0}	
	Percorso protetto {1-0}	Anamnesi/Diagnosi differenziale {2-0}	
	Consulenze personale salute mentale in PS {1-0}	Gestione urgenze CSM {2-0}	
	Professionalità e ascolto {1-0}		
	Riconoscimento bisogno psicologico e gestione SS {1-0}		

di tale paziente spetta all'U.O. e quindi al personale di PS, capace di fronteggiare l'eventuale peggioramento delle condizioni cliniche del paziente. Viene specificato però, che il paziente venga accolto e trattato all'interno di un ambulatorio dedicato (a ridotta esposizione di stimoli) e non come spesso un tempo accadeva in un "sottoscala".

Secondo un medico di PS:

"Il paziente viene visto dal medico di PS in ambulatorio, il quale se necessario chiama lo psichiatra che arriva con i suoi tempi!" [Int. 1 EU];

oppure un infermiere di PS che afferma:

"Ora viene lo psichiatra in PS e il personale deve tamponare". [Int. 12 EU]

Entrambi sottolineano come spesso il paziente debba

attendere la consulenza e lo specialista in sala d'attesa e quanto questo coinvolga il personale di PS.

Mentre il presidente PSIVE:

"Il paziente con disturbi psichici è un'astrazione, chi è il paziente con disturbi psichici? Dipende dal motivo di accesso!...Come si fa a definire e a valutare un paziente attribuendogli una diagnosi solo perché magari già noto al servizio effettuando ridotti esami diagnostici?" [Int. 22 SM]

Un coordinatore di SPDC, invece, afferma che nel loro caso specifico il primo intervento viene effettuato dal sistema di emergenza territoriale.

Un ex direttore di DSM in merito:

"Ci sono ampie aree di confine (psicogeriatría, disturbi cognitivi in genere, tossicodipendenza, alcolismo) in cui va

valutata la priorità di trattamento e la sede più opportuna. Non bisogna sottovalutare le comorbidità presenti nelle patologie psichiatriche”. [Int. 8 SM]

Percorso ideale del paziente con Disturbo Psicico

Secondo l’opinione di un infermiere istruttore di Triage: *“Credo che sia giusto che il pz psichiatrico venga valutato inizialmente presso il PS generale effettuando il triage e solo dopo aver escluso possibili trattamenti salva vita derivanti dallo scompenso che presenta agevolare la presa in carico specialistica presso il reparto o in ambiente idoneo alla patologia”*. [Int. 6 EU]

Opinione però non pienamente condivisa dal coordinatore dell’area Nursing SIMEU per Veneto e Trentino: *“La modalità attuale funziona, potrebbe essere un’idea quella di creare un ambulatorio in forma di PS psichiatrico; dal PS generale lo visito e lo mando in ambulatorio (soprattutto in caso di pz non noto). Per il pz noto e non critico invece accesso diretto”*. [Int. 7 EU]

Mentre una coordinatrice di PS: *“Per noi per tutti i pz già noti sarebbe utile un percorso breve tipo fast track psichiatrico da poterli inviare direttamente alla psichiatria. Per loro sarebbe meglio perché ridurrebbe l’attesa”*. [Int. 18 EU]

Meno legato al processo di accettazione e più legato all’accoglienza del paziente è l’opinione della vicepresidente di una associazione genitori nonché madre di una ragazza con gravi disturbi psichiatrici:

“Sarebbero consigliate le stanze multisensoriali”. [Int. 2 TS]

Secondo il Presidente PSIVE la modalità più opportuna è: *“prima valutazione da parte del medico di PS, immediatamente; dietro a pz noto o agitazione ci possono essere problematiche internistiche e fisiche; esami ematochimici e strumentali da poter far visionare allo Psichiatra quando arriva per la consulenza. Lo psichiatra si chiama dopo, quando il pz è stabilizzato”*. [Int. 22 SM]

Successivamente descrive l’atteggiamento che assume parte del personale che lavora all’interno del PS nei confronti del paziente affetto da patologia Psichiatrica:

“Con il pz psichiatrico sembra che ci sia una barriera invisibile che ponga i colleghi a non volersi avvicinare e a non voler considerare tali pz parte del loro lavoro”. [Int. 22 SM]

Una coordinatrice SM sostiene un modello di assistenza Territoriale H24-SPDC integrato:

“Cerchiamo di attuare un processo attraverso il quale alla persona venga garantita una valutazione rapida e un inquadramento di trattamento e di diagnosi senza avere troppi tempi morti”. [Int. 5 SM]

Aspetti Positivi e Negativi dell’Accesso Diretto in SPDC

L’opinione del Presidente uscente della PSIVE pone l’accento sulle patologie organiche spesso compresenti:

“Pensare che si possa fare diagnosi solo sull’aspetto comportamentale delle persone è un errore tragico, bisogna partire escludendo le patologie organiche”. [Int. 7 SM]

Opinione che lo trova quasi concorde con il Vicepresidente SIMEU che pur è favorevole al PS dedicato:

“Un PS psichiatrico può rispondere certamente alla domanda in urgenza, il problema è che contiene spesso molte problematiche connesse che sono di natura medica, è indispensabile l’integrazione tra le diverse discipline”.

Molto critico nei confronti di percorsi dedicati ai pazienti con disturbo psichico è presidente dell’Associazione Genitori e di una coordinatrice DSM che vedono rischi di erogazioni di cure insufficienti e quindi pericoli per la salute:

“Dal punto di vista della costituzione è anticonstituzionale; il paziente in questo modo non viene salvaguardato e accudito. È una proposta che va combattuta, contraria alla legge di Basaglia, situazioni simili a quelle manicomiali”. [Int. 1 TS]

“Se sono depressa e ho un infarto in atto, chi è che mi tratta? Mi devono salvare la vita! Non voglio che vengano esclusi i percorsi di diritto alle cure per i cittadini. Sono convinta che non si debbano creare percorsi alternativi su quello che viene definito a monte psichiatrico. Sono pochi i pz puramente psichiatrici”. [Int. 5 SM]

Accesso Diretto in SPDC: Stigma?

Tabella 5 – Tabella Comparativa

Salute Mentale		Emergenza urgenza		Testimoni speciali	
Negativi {10-0}	Positivi {1-0} e Positivi – Negativi {9-0}	Positivi -Negativi {12-0}	Positivi {6-0} e Positivi solo per det. Pazienti {3-0}	Negativi{4-0}	Positivi {1-0}
1. Predeterminazione della diagnosi attribuita al paziente {6-0}	1. Riduzione del tempo di attesa della Consulenza Psichiatrica e della presa in carico in PS {8-0}	1. Sottovalutazione delle problematiche organico internistiche {7-0}	1. Per pazienti noti, stabili, psichiatrici puri, codici minori e TSO {8-0}	1. Predeterminazione della diagnosi {3-0}	1. Migliore gestione della crisi e dei segni e sintomi psichiatrici {1-0}
2. Sottovalutazione segni e sintomi organici {5-0}	2. Gestione del paziente da parte di personale con competenze specifiche {3-0}	1. Rischio incolumità del personale sanitario/Pz./ Pz. ricoverati in reparto; se accesso di Pz. in stato di agitazione {2-0}.	2. Riduzione del tempo di attesa in PS {7-0} (dato compatibile con il gruppo di salute mentale)	2. Sottovalutazione di segni e sintomi organici {4-0}	2. Solo per Pz. psichiatrico “puro” (con esclusione di eventuali cause organiche).
3. Ridotte indagini diagnostiche {5-0}	3. Ambiente contenuto/noto {3-0}		3. Riduzione dell’ansia e del disagio {6-0} sperimentato dal paziente	3. Rischio incolumità del personale {2-0}	
4. Valutazione iniziale del PS inefficace {4-0}	4. Gestione della crisi maggiormente efficace{2-0}		4. Personale formato con competenze specifiche {6-0}	4. Percorso speciale discriminante {2-0}	
5. Accessi e ricoveri impropri{3-0}	5. Positivo se percorso agevolato per il pz. con Dist. Psicico {1-0}		5. Ambiente noto {5-0}		
6. Risorse a disposizione insufficienti			6. Riduzione del carico di lavoro del personale di PS		
7. Assenza di diagnosi differenziale {3-0}			7. Riduzione accessi impropri {5-0}.		
8. Rischio incolumità del pz/ personale{2-0}					
9. Gestione inefficace delle emergenze {2-0}					

Tutti gli operatori della salute mentale concordano nel vedere gli accessi diretti come un forte elemento di stigma:

“È come dire hai accesso preferenziale perché sei fatto così, sei psichiatrico!”. [Int. 9 SM]

“...aumento dello stigma nella popolazione e tra medici di tutte le categorie compresi gli psichiatri che non sono esenti dallo stigma; rischia di escludere, di separare e di offrire servizio qualitativo più basso. Minaccia al diritto alla salute del paziente”. [Int. 2 SM]

Prosegue una coordinatrice di SPDC:

“Prima valutami come tutti poi trattami anche in base alla patologia, anche se sono brutto, sporco e cattivo!”. [Int. 5 SM]. Mentre un infermiere 118:

“Lo stigma lo vedo in PS, quando porto questi pazienti. Viene visto come una rottura di scatole e una perdita di tempo”. [Intervista 8 EU]

Più sfumate e articolate le risposte degli intervistati della Emergenza Urgenza.

“Quello che invece non è paziente noto, va in PS, mentre il noto vuole andare diretto in psichiatria, quindi è più felice”. [Int. 1 EU]

Un medico di PS offre un interessante spunto di riflessione:

“Il paziente che viene indirizzato ad un PS Psichiatrico viene inevitabilmente “marchiato” secondo quelle che sono le convenzioni sociali; può rappresentare una pesante etichetta per chi vi accede. Altrettanto importante capire che ogni patologia ha una struttura di destinazione ben precisa per la cura, quindi nonostante la possibile connotazione negativa correlata al PS Psichiatrico risulta fondamentale andare oltre il preconetto in virtù della reale necessità di questo servizio”. [Int. 14 EU]

Personale di PS: formato per gestire il paziente con disturbo psichico?

I suggerimenti forniti dai partecipanti all'indagine sono molto simili; si focalizzano principalmente sul potenziamento della formazione in ambito di Salute Mentale e sullo sviluppo di competenze specifiche.

“Il personale di PS eredita una cultura medica che attualmente non dedica molto tempo alla formazione, alla relazione ed alle problematiche psichiatriche. Vanno moltiplicate le competenze del personale ed effettuati interventi formativi ed aggiustamenti logistici”. [Int. 8 SM]

“Anche il più santo infermiere di fronte a 200 accessi al giorno “sclera” di fronte alle richieste del pz psichiatrico (magari un euro o una sigaretta); bisogna definire interventi su personale e spazi per far sì che tutti vengano trattati in modo ottimale...” [Int. 5 SM]

Personale di SPDC è formato per accogliere pz. in Accesso Diretto?

I suggerimenti forniti dai partecipanti all'indagine sono molto simili; si focalizzano principalmente sul potenziamento della formazione interventista tipica del PS e sullo sviluppo di competenze specifiche di gestione del paziente critico per una migliore gestione delle emergenze.

“Sono un po' arrugginiti sulle problematiche organiche e potrebbero avere un'osservazione parziale di segni

e sintomi”. [Int. 16 SM]

“A livello formativo sono preparati su quella specialità. Dovrebbero ri-organizzarsi dal punto di vista numerico, di spazi e materiali”. [Int. 10 EU]

Altrettanto interessante il pensiero del vicepresidente SIMEU:

“Credo che la soluzione di problemi complessi come anche altri, sia nell'approccio multidisciplinare e multi professionale, più che nella organizzazione di soluzioni mono specialistiche”. [Int. 1 EU]

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Come prima considerazione dobbiamo notare come tutti gli intervistati hanno dimostrato disponibilità e interesse per l'argomento trattato. Solo poche persone contattate per essere intervistate hanno rifiutato, e questo è un indizio dell'interesse professionale per l'argomento e della sua attualità.

Un'altra considerazione è quella che nonostante le differenti categorie professionali di appartenenza di ciascuno, tutte le tematiche insite nell'indagine sono state ritenute importanti. Si tratta di temi come: necessità di trattamento standard per il paziente psichiatrico, possibilità di fornire una valutazione completa e specifici esami diagnostici anche ai pazienti della salute mentale, necessità di creare un percorso utile e valido per il paziente ma allo stesso tempo funzionale per il personale sanitario, ed infine il rischio al quale si può andare incontro attuando l'accesso diretto o luoghi esclusivi ovvero quello di stigmatizzare determinate categorie di pazienti.

Ancor più interessanti sono risultati i suggerimenti proposti dai membri dei tre gruppi di intervistati riguardo il potenziamento e l'integrazione di alcune competenze sia per il personale di PS che per quello dell'SPDC nella gestione del paziente psichiatrico in urgenza

Tali suggerimenti trovano riscontro nella letteratura e vengono già utilizzati in altri paesi. Si tratta di: presenza di personale di salute mentale all'interno del pronto soccorso al fine di fornire consulenze specialistiche, utilizzo di stanze adatte alla condizione clinica del paziente per

l'attesa della consulenza psichiatrica (stanze multisensoriali) ed infine valutazione iniziale del paziente da parte del medico di PS al fine di poter indirizzare il paziente nel percorso più idoneo alla sua condizione (Carrie et al., 2000; Diana et al. 2005; Slade et al. 2007; Heyland & Johnson, 2017).

Tra gli aspetti negativi, merita attenzione quello più discusso dai partecipanti ovvero quello associato al rischio di stigma associato alla organizzazione per accesso diretto o di strutture dedicate. Nonostante abbia trovato maggior condivisione tra i componenti del gruppo di Salute Mentale il tema non ha lasciato indifferenti nemmeno alcuni tra i soggetti appartenenti all'area di Urgenza-Emergenza che esprimevano comprensione e conoscenza del rischio di stigmatizzazione.

La stigmatizzazione del paziente psichiatrico è ancora una forte barriera al processo di integrazione di queste persone nella società (Henderson et al., 2014). È necessario individuare quali siano i pregiudizi loro associati e quali strategie si possano attuare per ridurli. Tali pregiudizi sono presenti anche nei professionisti sanitari ed ha come conseguenza l'accesso limitato e di qualità inferiore, alle cure, aumento del tasso di mortalità, aumento della durata di degenza ospedaliera, disparità sul tipo e la frequenza dei trattamenti, interventi e procedure offerte da medici e infermieri, eventi avversi e complicanze medico-chirurgiche, isolamento sociale e sviluppo del fenomeno del self-stigma (Henderson et al. 2014; Mather et al., 2014).

Le strategie per diminuire lo stigma nel personale sanitario indicate dalla letteratura sono prudenti nella loro efficacia. Le evidenze indicano come i contatti, sociali e professionali, con i pazienti psichiatrici siano limitati al miglioramento delle conoscenze professionali e alla disponibilità in generale, ma non andrebbero a modificare il comportamento dei professionisti. Stessi risultati per la formazione; ma Henderson et al. (2014) affermano come la formazione, portando ad un miglioramento delle conoscenze e competenze nella cura e assistenza al paziente psichiatrico, aumenti di conseguenza anche le attitudini

e la sicurezza nell'approcciarsi con esso permettendone quindi un miglior trattamento e la percezione di difficoltà nel trattarlo. Quindi bisognerebbe elaborare delle strategie che prevedano la formazione accurata e la conoscenza diretta migliore.

Sono le stesse considerazioni a cui giungono alcuni degli intervistati nel suggerire la necessità di "formazione formale e occasioni di rapporto e di contatto" per i professionisti della salute coinvolti nella gestione di pazienti con disturbi psichici. Con questa espressione si intende sottolineare l'importanza di incontrare i pazienti psichiatrici anche al di fuori del contesto lavorativo, di creare occasioni di confronto e conoscitive per capire di cosa ha bisogno prima di tutto la Persona e non il paziente come portatore di una diagnosi. Favorire quindi incontri tra professionisti della salute e pazienti, in occasioni comuni, potrebbe risultare utile ai fini di familiarizzare con questo utente psichiatrico che alla fine dei conti come afferma il Presidente PSIVE "è solo un'astrazione". L'invito, dunque, è quello di non sottovalutare le osservazioni emerse da tale ricerca ma di usarle come punti di partenza.

Si vuole fare una conclusione finale proprio pensando alle grandi difficoltà in cui versano i servizi di emergenza urgenza in termini di personale e sovraffollamento. La tentazione di fare dei servizi separati per i servizi psichiatrici potrebbe essere forte, ma non si andrebbe a confermare in questo modo l'alterità del paziente con disturbi psichici rispetto alla popolazione generale? Ogni soluzione che si intenda adottare dovrebbe tenere in conto questo problema ed avere in sé le soluzioni correttive.

AFFERENZA DEGLI AUTORI:

* *Carlo Alberto Camuccio, Consigliere S.I.S.I.S.M; Case manager della ricerca IRCCS San Camillo Venezia.*

alberto.camuccio@hsancamillo.it

° *Silvia Zara, Infermiera Aulss 2 Marca Trevigiana.*

silviazarapsi@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

6. Carrie S., Glenn W. Currier e Sean O Henderson., *Medical Clearance of Psychiatric patients without medical complaints in the emergency department*. The journal of Emergency Medicine, Vol. 18, No 2, 2000, pp. 173-176.
7. Corbetta P., *La ricerca sociale: metodologia e tecniche* (Vol. 3). Il mulino, 2003.
8. Clarke D.E., Hughes L., Brown A.M., Motluk L., *Psychiatric Emergency Nurses in the Emergency Department: the success of the Winnipeg, Canada, experience*. Journal of emergency nursing 2005;31:351-6.
9. Downe-Wamboldt B., *Content analysis: method, applications, and issues*. Health Care for Women International 13, 1992, 313-321.
10. Ferrari G., Bruscoli M., Pallanti S., *Le emergenze psichiatriche nella medicina d'emergenza: il punto di vista del medico d'emergenza*. Giornale Italiano di Psicopatologia, 2009, 15:111-119.
11. Frank R., Fawcett L., Emmerson B., *Development of Australia's first psychiatric emergency center*. Australasian Psychiatry 13, 2005, 266-272.
12. Harris B., Beurmann R., Fagien S., Shattel M.M., *Patient's experiences of psychiatric care in emergency departments: a secondary analysis*. International emergency Nursing 26, 2016, 14-19.
13. Henderson C., Noblett J., Parke H., Clement S., Caffrey A., Gale-Grant O., Schulze B., Druss B., Thornicroft G., *Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings*. Lancet Psychiatry. 2014 Nov;1(6):467-82. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6. Epub 2014 Nov 5. PMID: 26361202.
14. Hazlett S.B., McCarthy M.L., Londner M.S., Onyike C.U., (). *Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments*. Acad Emerg Med, 2004, 11:193-5.
15. Heyland M., Johnson M., *Evaluating an alternative to the emergency department for adults in mentale health crisis*. Issues in mental health nursing. Vol 38, No. 7, 2017, 557-561.
16. Larkin G.L., Claassen C.A., Emond J.A., Pelletier A.J., Camargo C.A., *Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001*. Psychiatr Serv, 2005, 56:671-7.
17. Lateef F., Anantharaman V., *The short stay emergency observation ward is here to stay*. American journal of Emergency Medicine 18, 2000, 629-634.
18. Mather B. et al., *Disparities in Treatment of People With Mental Disorder in Non-Psychiatric Hospitals: A Review of the Literature*. in Archives of psychiatric nursing 28(2), 2014:80-86.
19. McArthur M., Montgomery P., *The experience of Gatepeaking: a psychiatric nurse in an emmergency department*. Issues in Mental Health Nursing, 25, 2004; 487-501.
20. Muller M.J., Schlosser R., Kapp-Steen G., Schanz B., Benkert O., *Patient's satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and closed ward*. PPsychiatric Quarterly, 2002, 73, 93-107.
21. Nicholls D., Gaynor G., Shafiei T., Bosanac P. e Farrel G., *Mental health nursing in emergency departments: the case for a nurse practitioner role*. Journal of Clinical Nursing, 2010, 20, 530-536.
22. Olshaker JS., Browne B., Jerrard DA., Prendergast H., Stair TO., *Medical clearance and screening of psychaitric patients in the emergency department*. Acad Emerg Med 1997; 4; 124-8.
23. Palumbo M., Garbarino E., *Ricerca sociale: metodo e tecniche*. Franco Angeli, Milano, 2006.
24. Pajonk F.G., Bartels H.H., Biberthaler P., Bregenzer T., Moecke H., *Psychiatric emergencies in preclinical emergency service; incidence, treatment and evaluation by emergency physicians and staff*. Nervenarzt, 2001; 72:685-92.
25. Regione Veneto, *Delibera di Giunta Regionale n. 22/CR del 13.03.2019* disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=394700>; 2019; Ultimo accesso 29/10/2022
26. Saliou V., Fichelle A., McLoughlin M., Thauvin I., Lejoyeux M., (). *Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service*. Gen Hoşp Psychiatry, 2005; 27:263-8.

-
27. Slade M., Taber D., Clarke MM., Johnson C., Kapoor D., Leikin JB., Naylor M., Neal DA., Novak J., Steiner D., Temkin T., Teodo P., Tippy A., Tronc V., Yohanna D., Zehr E., Zun E., Zun L., *Best practices for the treatment of patients with mental illnesses in the emergency department*. Dis Mon. 2007 Nov-Dec;53(11-12).
DOI: 10.1016/j.disamonth.2007.10.001.
28. Wand T., *Psychiatric emergency centres, reinforcing the separation of mind and body*. International Journal of Mental Health Nursing, 2005, 14, 218-219.
29. Vezzoli R., Archiatti L., Buizza C., Pasqualetti P., Rossi G., Pioli R., *Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town*, 2001.



L'ANGOLO DELLA REDAZIONE

Riflessioni e commenti e suggestioni dal mondo della salute mentale

La vita del mondo che verrà

di Alberto Giannelli

FONDATORE DELLA RIVISTA PSICHIATRIA OGGI

Gia il titolo apre alla **speranza** di un mondo migliore di quello che stiamo vivendo (la guerra in Ucraina, ad esempio) o che, come nel caso della pandemia Covid 19 o dell'alluvione della Romagna, abbiamo vissuto. Ma che cosa è la speranza? Agostino (sant'), vescovo di Ippona, in una delle sue tredici *Confessioni* (intorno al 398 d.C.) dice che è la memoria del futuro, i razionalisti, in primis G.W. Leibniz (XVII sec.), che è la fede nel futuro. Personalmente, direi che è il sentimento che permette alla vita di esserci, che sospinge l'esistenza verso il domani. Sperare nel futuro include l'attesa: noi attendiamo che quel domani sperato si realizzi. Senza attesa non c'è futuro, e senza futuro non c'è attesa. Il sentimento della speranza è comune a ogni uomo, sano o malato che sia, ma poiché l'uomo è instabile, contraddittorio, mutevole nei sentimenti e

Oh memoria, nemica mortale del mio riposo!

Miguel de Cervantes

nei comportamenti, essa oscilla, sparisce, ritorna, a seconda delle circostanze cui la vita lo espone. La **temporalità** è una

categoria dell'esistenza umana, sia quella oggettiva misurata dalle lancette dell'orologio e uguale per tutti, che quella vissuta, soggettiva, diversa per ciascuno di noi. Il sentimento della speranza non può che essere coniugato con la categoria del tempo. (Tra l'altro, ognuno di noi crede di sapere che cos'è il tempo, ma, se richiesto di spiegarlo, si trova in imbarazzo).



L'Attesa – Ettore Tito, 1930

Quando quello della speranza è un sentimento forte, l'attesa diventa insopportabile e si giunge a "presentificare", anticipare, il domani: è una intuizione agostiniana quella che **il presente del futuro sia l'attesa**. Il depresso grave è ripiegato sul presente, per lui non c'è né attesa né speranza, solo il passato ritorna con angoscianti sentimenti di colpa (a volte, anche di vergogna).

Per lui non c'è alcun mondo che verrà. L'avvenire gli è precluso, se non quello avvolto nel buio della morte. Solo nella depressione grave la temporalità è destituita di un senso da tutti condiviso, e lo è in modo definitivo, lineare o circolare che sia la nostra concezione di tempo. Sentimenti quali la noia, l'inerzia progettuale, l'accidia, la nostalgia, la solastalgia, l'infelicità, che possono essere al confine con la depressione grave, a volte ne sono addirittura segnali premonitori, possono essere contrassegnati da screzi, sospensioni, riprese, nella percezione del tempo, che ora passa, ora non passa mai. Diversa la situazione nelle varie forme dello spettro schizofrenico, caratterizzate dalla perdita o dalla sospensione transitoria del contatto vitale con la realtà. Un tema così ampio che solo un'epitome ben fatta sarebbe utile, se non necessaria.

*Il monaco è un piromane in cui brucia
l'incendio della fede*

P. Rumiz

Aspettare e attendere nel linguaggio comune sono sinonimi. Ma, nel discorso che tento di fare, vorrei evidenziare delle **differenze**. Entrambi provengono dal latino: *expectare* l'uno, *tendere* l'altro.

Tuttavia, nel corso del tempo, hanno assunto anche significati diversi, applicati a situazioni diverse.

Riporto qualche esempio per farmi intendere. Di una donna incinta si dice che aspetta; prima di uscire per fare due passi aspetto che cessi di piovere (perché si tratta soltanto di un temporale); l'amico che aspetto nel luogo e all'ora che abbiamo concordato è in ritardo (ma so che la puntualità non è il suo forte). Ma trasferendomi in altri ambiti dico anche: quel collega di lavoro si è messo in aspettativa; mio cugino, che non vedevo da tempo, ha cambiato aspetto; in occasione del mio prossimo compleanno mi aspetto dei bei regali; non mi aspetto niente di buono mettendomi all'ascolto del giornale-radio. Non c'è ansia né paura negli esempi appena fatti, solo qualche spunto di rassegnazione, nessuna emozione particolare.

Passo all'attendere. Attendo l'esito dell'esame clinico fatto pochi giorni fa; attendo il tram che è in ritardo perché ho un appuntamento importante; con impazienza attendo che domani mi consegnino quel documento cui tengo molto; in quanto lo vedo ansioso e preoccupato il mio amico è teso (part.pass. di tendere). A differenza dell'aspettare, attendere comporta ansia, a volte paura. *C'è più futuro in attendere che in aspettare.* Il domani può dolorosamente deludere. Oggi non è stata una buona giornata, chissà che domani non vada meglio, una locuzione ricorrente nel comune parlare. Non c'è nemmeno assonanza fonetica tra i due verbi (aspettare e attendere). Ma nella nostra lingua li definiamo sinonimi, qualsiasi vocabolario si consulti.

Anche il linguaggio religioso si è modificato con il passare del tempo. Una volta il credente finiva sempre di recitare il *Credo* dicendo: "aspetto la vita del mondo che verrà". Oggi in molte chiese: "attendo la vita del mondo che verrà" (c'è già stato anche un cambiamento sul finire del *Pater Noster*: al posto di "non indurci in tentazione", si recita "non abbandonarci alla tentazione"). Nessun dubbio o ripensamento sulla opportunità di queste modifiche, che meglio rappresentano il concetto stesso della Divinità che *attende* al domani di chiunque creda. Ma c'è qualche cosa di più importante da mettere in evidenza, attinente al tempo visto sempre in una dimensione religiosa o, meglio, teologica. C'è l'**eternità**. In uno dei quattro vangeli canonici si legge che Gesù dice ai suoi apostoli: "chi mangia di questo pane vivrà in eterno" (gv. 6,51-58). L'eternità intesa come un tempo illimitato che si concretizza in un futuro che non avrà alcun termine. Nella religione cristiana l'Essere eterno per definizione indiscussa è Dio "Padre onnipotente, creatore del cielo e della terra, di tutte le cose visibili e invisibili". Tuttavia, nel linguaggio comune l'eternità è un termine iperbolico, abusato e riferito alle cose terrene. È un'eternità che ti aspetto, sei in ritardo, è una frase che si sente spesso e che rivela come il tempo oggettivo si disarticoli spesso da quello soggettivo.

Contrapposta al concetto dell'eternità come appena delineato sta una voce laica, quella dello scrittore Vladimir Nabocov: "la vita è un breve spiraglio di luce tra due eternità fatte di tenebra, quella che c'era prima di noi e della quale non ci preoccupiamo e quella che ci sarà una volta morti, e di questa abbiamo paura" (per la verità, sia pure con parole diverse, questo concetto l'aveva già espresso Michel de Montaigne molto prima). Come dire che l'eternità, sinonimo di immortalità, non c'è in quanto l'unica malattia mortale è proprio la stessa vita. A sua volta, Friedrich Nietzsche in uno dei suoi brillanti aforismi affermava che "nascere, eserci, diventare qualcosa, è una colpa che verrà pagata con la morte".

Come si evince dalle cose qui solo accennate, quello dell'eternità è anche un (complesso) problema di fede. Chi crede, senza nutrire dubbi, vede nella vita eterna non buio ma solo luce, si raffigura dopo la morte una paradisiaca vita dove regnano la pace e la beatitudine, e questa speranza lo aiuta a sopportare le numerose sofferenze che la vita terrena non manca di infliggergli. Molti malati gravi e consapevoli della fine imminente evitano il suicidio o di richiedere la morte assistita perché animati da questa potente speranza. Sono stato più di una volta a Lourdes come medico volontario su un treno-ospedale e so bene che valore abbia la speranza in chi crede, ma anche in chi la fede la sta ancora cercando.

Il mondo che verrà, stando ad alcuni interessanti studi, si allontanerà sempre di più se è vero che chi nasce oggi potrebbe vivere fino a 135 anni. Ci sarà allora il problema della *fullevity*, cioè del passaggio dalla durata alla pienezza della vita (di come viverla, oltre che di come arrivarci). Alessia Canfarini, con la collaborazione di altri esperti, ne parla in un libro che ha come titolo il neologismo di cui sopra, edito da Franco Angeli, Milano.

L'immaginazione è molto più importante della conoscenza: la conoscenza è limitata, l'immaginazione abbraccia tutto l'universo

Albert Einstein

Eppure della vita del mondo che verrà, ci sono già (e da molti anni) testimonianze, segnali, anticipazioni, nel mondo che ancora stiamo vivendo, tali da cambiare o avere in buona parte già cambiato le nostre abitudini, le relazioni con gli altri, il modo di lavorare e quello di studiare. La medicina da molti anni si avvale dei trapianti d'organo, della nanochirurgia, dell'impiego delle cellule staminali, del monitoraggio dei pazienti senza spostarli da casa, della robotica, dei progressi incalzanti della genetica. Nel complesso, un vero e proprio cambiamento di ricerca e di pratica applicazione.

E la psichiatria?

Prima di essere psichiatri siamo medici, ma in tale veste possiamo oggi fruire solo di alcune delle cose di cui gode la medicina attuale, ad esempio possiamo seguire dalla loro casa i pazienti nei loro comportamenti e/o praticare la telepsicoterapia. Come è successo nei lockdown durante l'epidemia Covid 19 e che può essere utile ancora per quelli che per vari motivi hanno difficoltà a spostarsi dalla loro residenza. Devo però dire che la telepsicoterapia non mi entusiasma perché nasconde o altera dei malati il linguaggio del corpo (le espressioni del volto, la gestualità, guardarli negli occhi, intuire la loro partecipazione piuttosto che la loro disperazione o indifferenza), perché comporta rischi per la privacy e manca di un setting adeguato. O in casi particolari (ad es. m. di Alzheimer) possiamo fruire della RMf).

Ma a noi psichiatri, per la cultura eterogenea (biologica, psicologica, filosofica) nella quale la nostra disciplina affonda le sue radici e grazie alla quale abbiamo fatto questa scelta professionale, va riconosciuto l'aiuto che abbiamo dato e continuiamo a dare alla restante medicina. Nessun'altra disciplina medica ha un retroterra culturale del genere, nessun'altra ha una metodologia di intervento

così personalizzato, più impegnato nel *logos* che nel *topos*. *La vocazione umana e sociale della psichiatria è il motivo stesso del suo esserci*. E si riflette nell'ascolto e nel dialogo empaticamente connotato. Alla restante medicina la psichiatria ha insegnato come si costituiscono i presidi territoriali e le consulenze psichiatriche nei vari reparti dell'ospedale permettono di individuare i problemi psichici dei pazienti, celati sotto la loro patologia somatica. Si sa, del resto, che in psichiatria *la storia della vita prevale spesso sulla storia clinica*.

Nell'ingresso nella vita del mondo che verrà sta prendendo rapidamente uno spazio sempre maggiore *l'intelligenza artificiale (AI)* con la quale anche la psichiatria dovrà certamente fare i conti. Penso al robot che in un reparto psichiatrico sostituisca un infermiere professionale, magari di questi più preciso e puntuale, ma privo di calore affettivo e della capacità di erogare speranza e di aiutare a sopportare la solitudine; penso a questo nostro Io iperconnesso ma sempre più isolato (e tale isolamento sociale facilita il deteriorarsi delle facoltà cognitive già nei giovani, senza peraltro sottovalutare negli anziani il venir meno nel loro cervello della sostanza grigia); al *Chat GPT* e al *GPT4* che sono i relativamente nuovi software di *AI*, gratuiti, ma da scuole soprattutto americane già banditi, in grado in pochi secondi di scrivere testi, risolvere complessi problemi matematici, tradurre versioni da molteplici lingue, e altre cose ancora, quindi "amici digitali" o se si preferisce "robot dialoganti" che gratuitamente ti fanno i compiti a qualsiasi ora, ma resta il dubbio che ti diano risposte generiche o non sempre attendibili; penso anche al metaverso quale spazio di realtà virtuale importante nella ricerca e nella formazione, ma in un futuribile scenario applicabile nella pratica clinica, coinvolgendo gli stessi pazienti. Ma, ancora, penso anche che il mondo analogico non stia scomparendo del tutto: quella intelligenza naturale della quale siamo dotati fin dal principio della vita ci distingue, per la sua capacità di crescere e di adeguarsi alle nostre mutevoli esigenze, da una "macchina" emotivamente impassibile

e rigorosamente ancorata ad algoritmi preformati. Penso (o mi auguro?) che l'etica della responsabilità nel senso di Max Weber mantenga o recuperi il suo valore e che l'uomo tecnicamente più dotato non smarrisca il senso della sua umanità. Detto in altre parole, *spero che non si arrivi alla situazione nella quale scienza e tecnica rendano opache o addirittura cancellino le capacità umane, quelle naturali*. Eppure, ci sono studiosi che sono convinti che *AI* renderà l'umanità più intelligente, più capace e più creativa, e, nel loro ottimismo, stanno creando "macchine" che ci vengano in aiuto per valorizzare le caratteristiche migliori dell'umanità.

Comunque sia, la psichiatria dovrà fare i conti con una realtà che cresce assai velocemente, tenendo anche conto che da noi il livello di competenza digitale è piuttosto basso. E so – è questo desta in me qualche inquietudine – che sono in corso progetti di robot religiosi e di macchine teomorfe.

Faccio un'altra breve riflessione: oltre che una *AI* c'è o potrà esserci un *carattere artificiale?*, domanda che alcuni, tra cui Maurizio Ferrarsi, si è già posto. A parte il fatto che non ho ancora ben capito se è il destino che forma un carattere o se è quest'ultimo che decide del nostro futuro e che non ho mai trovato nei libri di psicologia o di psichiatria una univoca definizione del carattere (con buona pace di E. Kretschmer), la mia risposta alla domanda di cui sopra è no. Perché il carattere (parola che ricorre spesso anche nel comune linguaggio) fa parte di un organismo, di un corpo vivente, nel quale abitano timori, amori, odi, speranze e sentimenti.

Tornando alla *AI*, la quale già adesso, ma soprattutto in un futuro ormai prossimo, si applica in tutti i campi della imprenditoria, dell'industria, della tecnologia (sorella della scienza), della scuola e del lavoro, addirittura dell'arte e della narrativa, oso pensare che non sia in grado di superare l'intelligenza umana, naturale. Intendo dire che quest'ultima manterrà quella intrinseca capacità innovativa, analitica e creativa che la caratterizza dalla nascita dell'*homo sapiens*. È possibile che se chiedo

alla “macchina” di recitare o scrivere una intera Cantica della Divina Commedia me lo faccia in pochi secondi, ma resterà solo a me il compito di analizzare, criticare, e, soprattutto, comprendere il senso di quei versi. E vivere le emozioni che ne derivano. Sicuramente diverse da quelle di un altro che chieda alla “macchina” la stessa, identica cosa. La scuola deve trasmettere il sapere. Ma anche e soprattutto la curiosità, la voglia e il desiderio di sapere. E, aggiungo, deve educare (dal latino *educere*, tirare fuori, nel nostro specifico caso dall’interiorità e percepirne e analizzarne i contenuti). La “macchina” non è in grado né lo sarà, se non in un lontano, imprevedibile, futuro, di fare queste cose appena dette.

*Senza riguardo, pudore, compassione
mi han costruito alte mura tutt’intorno
e ora me ne sto qui seduto a disperarmi
penso ad altro: mi rode questa sorte;
perché avevo da fare molte cose
Mentre costruivano, perché non mi accorsi?
Non udii mai strepiti e voci di muratori.
Inavvertitamente mi hanno escluso dal mondo.*
C. Kavafis in “Mura”

Che la psichiatria stia invecchiando (e gli psichiatri in parte ne sono stati responsabili se pensiamo al ritardo con cui se ne sono accorti, fin quando i muri dei manicomi non sono stati definitivamente demoliti), e *abbia la necessità di rinnovarsi non c’è dubbio. La psicopatologia o, meglio, la sua conoscenza è il mezzo più idoneo*. Dico questo in un periodo in cui la nostra disciplina rischia di inciampare, senza riuscire a rialzarsi, nella fitta rete di innovazioni tecnoscientifiche di cui prima ho parlato e rischia di abusare della erogazione di farmaci. Purtroppo i giovani che escono specializzati dalle nostre università di psicopatologia sanno poco, perché buona parte delle scuole di specializzazione prediligono i paradigmi neurobiologici a quelli ermeneutico-psicologici, nel tentativo (per ora vano) di essere al passo delle altre specializzazioni

mediche, trascurando il fatto che la psichiatria è sì una disciplina medica, ma lo è a suo modo, come ho qui accennato, ma in altre occasioni più estesamente scritto (*Follia e psichiatria: crisi di una relazione*, F. Angeli, Milano 2006; *Una domanda inquietante: la politica trascura la salute mentale?*, *Psichiatria Oggi*, 2022). Raramente, parlando con specialisti appena formati, ne ho trovati ben pochi che abbiano letto o almeno incontrato nei loro percorsi culturali Freud, Jung, Jaspers, Minkowski, Schneider, Binswanger, per citare, tra tanti altri, gli autori che hanno dato vita alla psicopatologia dinamica e a quella fenomenologica mitteleuropea (e di quest’ultima in Italia, hanno trovato validi emuli in Cargnello, Barison, Callieri, Morselli, Calvi, Ballerini, e altri tuttora in attività, primo fra tutti Borgna).

La conoscenza della psicopatologia è *necessaria* in quanto preliminare a qualunque psichiatria (a prescindere, dunque, dai modelli culturali e operativi di quest’ultima) e in quanto ne legittima l’esercizio professionale stesso. Il modello psicoanalitico mira alla conoscenza del *perché* di un dato disturbo psichico, quello fenomenologico al *come*. Il primo si ancora alla metapsicologia di Freud e dei suoi epigoni e ha subito nel passare del tempo alcune variazioni teoretiche, ma anche operative, e ha legittime aspettative terapeutiche. Il secondo mira all’accoglienza e alla comprensione dell’essere malato, e richiede empatia, e non la rigida neutralità del curante. Vale la pena di ricordare qui, sia pure in modo succinto, che la psicopatologia fenomenologica si dirama in due direzioni: quella soggettiva che fa capo a Jaspers e quella fenomenologica-antropologica che fa capo a Binswanger. Come più volte ha ribadito Borgna, entrambe interpretano la malattia come una realtà umana che si realizza nell’incontro, e nello scacco dell’incontro, con l’altro — da sé — non destituita di senso, ma consegnata ad un orizzonte di senso, sorpassando una concezione individualistica dell’esperienza psicotica. Quando parlo di modelli psicologici-ermeneutici intendo sia quello psicoanalitico che quello fenomenologico-antropologico.

Passare dal sintomo al vissuto — operazione che distingue nettamente la psichiatria dalla restante medicina — significa passare da un momento oggettivante a uno di dotazione di senso, per cui nell'ambito della relazione si attribuisce un senso a ciò che appare insensato, recuperandolo alla soggettività. Per fare questa operazione è necessario che l'ascolto e il dialogo — momenti fondamentali della relazione — siano dotati da parte del curante di *empatia*. Poiché di questa parola si fa spesso un abuso penso che sia opportuno delinearne significato e limiti. L'empatia (*Einfühlung*, nell'estetica romantica del XVIII sec.) consiste nella capacità di immedesimarsi nell'altro *rimanendo sé stessi*, fino a coglierne (o intuirne) i pensieri e lo stato d'animo. Va considerata una disposizione preliminare del terapeuta, a prescindere dal suo specifico orientamento. È qualche cosa vicina, ma diversa dal transfert che si sviluppa nel trattamento psicoanalitico.

Qualsiasi medico o infermiere professionale deve al malato rispetto e gentilezza, e deve avere la capacità di rispondere alle sue richieste in modo sollecito e rassicurante, ma non per questo deve essere o riesce ad essere empatico nei suoi confronti. La medicina contemporanea, tecnologicamente assai ricca e complessa, concede poco spazio all'attenzione e alle modalità dell'accoglienza di chi si appresta a curare. Essa si preoccupa dei sintomi che il paziente lamenta e senza mediazione passa alla diagnosi, il più delle volte servendosi dei mezzi strumentali a sua disposizione. Essa ignora che l'ascolto e il dialogo non devono essere subalterni allo sguardo, all'osservazione del corpo, alla sua totale oggettivazione. Si occupa più di questo o quell'organo che dell'organismo nel suo complesso, del quale fa parte la mente. Naturalmente, motivi organizzativi di cui abbiamo parlato, sia E. Borgna (in *L'agonia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 2022) che io stesso in un precedente articolo già citato, concorrono a questo modo di pensare e di operare, e sono motivi che penalizzano proprio la psichiatria, non riuscendo a evitarne l'eccessiva medicalizzazione.

Empatia, passaggio dal sintomo al vissuto, ascolto e

dialogo, porre in primo piano la storia della vita rispetto a quella clinica (fatte salve, naturalmente, le situazioni d'urgenza), privilegiare l'ascolto allo sguardo (rispettando le inevitabili fasi di silenzio) sono elementi fondamentali della riflessione psicopatologica, necessaria a rivitalizzare la vocazione umana e sociale della psichiatria, evitandole la deriva verso una medicina mentale che ne minerebbe l'autonomia e il ruolo indiscutibile nel progresso della salute mentale. Già stiamo correndo il rischio della neurocolonizzazione della mente da parte delle neuroscienze. Cerchiamo di evitare una sua acritica adesione ai nuovi modelli offerti dagli sviluppi della tecnologia e della scienza. Manteniamole il suo singolare fascino di essere al confine della scienza o essa stessa scienza di confine. La sua specifica posizione nell'area della medicina va salvaguardata, senza che per questo non riconosca quanto di buono o, meglio, di utile le potrà derivare dall'inesorabile processo di digitalizzazione in corso (si veda nel numero di febbraio 2023 di *World Psychiatry* il primo dei due editoriali).

Tralasciando in questa sede i problemi operativi e organizzativi, e fissando la nostra attenzione su quelli culturali e formativi delle nuove leve di psichiatri occorre rivedere le *modalità didattiche delle scuole di specializzazione*. In modo che chi le frequenta conosca la storia della psichiatria nelle sue luci e nelle sue ombre, prenda coscienza e consapevolezza degli indirizzi che questa nostra disciplina che io, sfidando l'ossimoro, definisco *indisciplinata* rispetto alla restante medicina, vale a dire l'indirizzo neurobiologico e tecnologico e quello ermaneutico-psicologico, dandogli la possibilità di maturare, nel corso dei cinque anni della scuola, delle scelte personali. Tenendo però conto che anziché muri che separino si costruiscano ponti di comunicazione tra i due indirizzi e tenendo anche presente l'importanza che hanno nella formazione del nuovo psichiatra la cultura umanistica e una cifra caratterologica impostata sulla dote dell'altruismo (innato o acquisito che sia) e sull'obiettivo di evitare alla psichiatria la deriva di ritrovarsi sempre come cenerentola nel panorama sanitario di cui legittimamente fa parte.

Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità

di Anna Pantalone

INFERMIERA PRESSO OSPEDALE SANTO SPIRITO IN SASSIA, ROMA

ABSTRACT

La Sindrome della rassegnazione è una risposta psicologica che determina una marcata riduzione della coscienza e mancata risposta agli stimoli dolorosi. Descritta in Svezia, colpisce i bambini (età 8–15 anni) nello status di rifugiati o richiedenti asilo a seguito del respingimento della domanda e il conseguente rimpatrio. Inizialmente attribuita alla Sindrome di Munchausen o di Malingering, dal 1 luglio 2014 è inclusa nella versione svedese delle ICD-10. Tutte le teorie, seppur nelle loro differenze, individuano come cause comuni la vulnerabilità (individuale, familiare e di un diritto) e il trauma (migratorio, familiare e di rifiuto). L'interpretazione psicodinamica individua nella madre l'elemento trainante (correlabile a uno scenario di Munchausen per procura): tale ipotesi non ha trovato riscontro nella comunità scientifica ma è interessante l'aspettativa come contributo alla patogenesi. L'ipotesi di catatonìa individua nella Sindrome della rassegnazione la presenza di tre sintomi: stupore, mutismo e negativismo e sostiene che la catatonìa pediatrica è la diagnosi nella Sindrome della rassegnazione e che la privazione, l'abuso e il trauma ne determinano la precipitazione. Secondo l'ipotesi psicoanalitica la Sindrome della rassegnazione è una forma estrema di stupore dissociativo, in cui la somatizzazione ne è il veicolo. In merito alla distribuzione regionale, l'ipotesi di psicogenesi culturale afferma che i bambini affetti da questa sindrome provengono da culture olistiche che favoriscono il contagio emotivo. La società svedese, aperta all'accoglienza, aveva generato nelle famiglie rifugiate o richiedenti asilo un'aspettativa

di accoglimento conclusa poi in un respingimento. Il funzionamento del cervello in termini di codifica predittiva enfatizza le aspettative e le previsioni sulla realtà e questo spiegherebbe le patologie derivanti dal confronto tra esperienze in corso e aspettative. La Sindrome della rassegnazione, inizialmente associata ad una sindrome fittizia o di simulazione, è dunque una sindrome complessa la cui complessità include cause individuali, familiari, culturali e politiche.

SINDROME DELLA RASSEGNAZIONE: UNO SGUARDO ALLA COMPLESSITÀ

La Sindrome della rassegnazione, denominata anche Sindrome da ritiro o rifiuto traumatico, Sindrome del sonno profondo, Uppgivenessyndrom o Sindrome della Bella Addormenta, è una condizione psicologica in risposta a un trauma che determina una marcata riduzione della coscienza e una mancata risposta agli stimoli dolorosi. La Swedish Association of Child and Adolescent Psychiatry ha dichiarato che dal 2003 al 2005 sono stati trattati 424 rifugiati di età tra 0-20 anni a causa di una ridotta capacità di comunicare, di muoversi e di svolgere le quotidiane attività. Approssimativamente 1 su 3 era nutrito da un tubo naso gastrico poiché incapace di bere e mangiare e presentava emissione involontaria di feci ed urine (encopresi, enurici). Non si muovevano, erano in uno stato ipnotico, non rispondevano in modo fisico o emotivo al contatto con le altre persone, i loro occhi erano chiusi e non reagivano al tatto, al suono, al dolore o al freddo.

Questa sconosciuta malattia, chiamata "apatia", classificava questi sintomi in "grado 2", altrimenti di "grado 1" se i bambini mostravano qualche risposta nelle parole e/o nel movimento (Von Knorring, 2019). G. Bogegård (2005) nella rivista medica *Acta Paediatrica* descrive il paziente tipico come «completamente passivo, immobile, senza tono, ritirato, muto, incapace di mangiare e bere, incontenente e non reattivo ad alcuno stimolo fisico o ad alcun dolore» ed aggiunge «È come se un'atmosfera da Pietà di Michelangelo li avvolgesse. Le madri sussurravano fissando il buio e raramente parlavano ai bambini malati» (Spiaggiari, 2018). Questa sindrome, descritta per la prima volta in Svezia, colpisce prevalentemente bambini e adolescenti tra gli 8 e i 15 anni (età media di insorgenza 11,5 anni) nella condizione di rifugiati o richiedenti asilo provenienti dalla ex Unione Sovietica, Jugoslavia e più recentemente dalla Siria. Nonostante fosse già stata descritta dalla psichiatra infantile Anna-Lisa Anell come una malattia molto rara che si manifesta in seguito ad un grave trauma psicologico, è stata riconosciuta ufficialmente solo a partire dal 1 gennaio 2014, data in cui il Consiglio nazionale svedese l'ha inserita nella classificazione svedese degli ICD-10 (ICD-10-SE;F32.3A). La sintomatologia si presenta a seguito del mancato riconoscimento della richiesta di rifugiati o richiedenti asilo presentata da parte dei genitori e proprio questa caratteristica temporale aveva inizialmente indotto a pensare ad una sindrome di simulazione o fittizia volta ad ottenere il permesso di soggiorno. Sulla origine di questa sindrome si sono susseguite diverse ipotesi ma tutte, pur nella loro differenza, condividono che alla sua origine vi sia una condizione di vulnerabilità e trauma. L'ambiente emotivo sperimentato dal bambino determina delle conseguenze che porterà per tutta la vita divenendo o solidarietà o vulnerabilità emozionale (Ammaniti, 2014). In questa circostanza la vulnerabilità è determinata dall'età e dalla condizione di rifugiati o richiedenti asilo, mentre il trauma è di tipo multidimensionale: il trauma pre-migratorio, migratorio, post-migratorio, familiare e in ultimo

il trauma del rifiuto (Caldarozzi, 2010). Il trauma è una condizione esterna che agendo su un individuo ne determina una alterazione neurologica in grado di modificare il comportamento del soggetto. Il neuroimaging mostra nei soggetti esposti a trauma una disattivazione dell'area di Broca, della corteccia prefrontale destra e sinistra e una attivazione dell'area 19 di Brodmann e dell'amigdala. Queste alterazioni spiegano il perché i soggetti traumatizzati presentano una difficoltà (e inizialmente una impossibilità) a verbalizzare l'evento o una incoerenza strutturale nel racconto, con attivazioni fisiologiche ed una incapacità a circoscrivere l'evento nel passato (Van Der Kolk, 2015). Nel tempo si sono susseguite e integrate diverse teorie in merito alla causa di questa sindrome. L'interpretazione psicodinamica proposta da Bogegård (2005) e Godani et al. (2008) individuano nella madre l'elemento trainante e il comportamento dei bambini può essere interpretato come una strategia di coping nella quale il trauma della madre viene proiettato sul bambino. Questa interpretazione, correlabile ad uno scenario di Munchausen per procura, non ha trovato riscontro nella comunità scientifica. La catatonìa è un'ipotesi che è stata studiata come correlata a questa sindrome. La prima descrizione di catatonìa risale al 1874 quando lo psichiatra tedesco K. Kahlbaum nella sua monografia *Die Katatonie oder das Spannungsirresein* coniò questo termine per descrivere un disturbo il cui nucleo sintomatologico era costituito da manifestazioni di tipo comportamentale e motorio (negativismo, mutismo, immobilità, rigidità, manierismi, stereotipie) accompagnati da sintomi affettivi, cognitivi e neurovegetativi (Sallin, 2016). L'autore ne delinea quindi un'entità diagnostica autonoma. Di segno opposto furono invece le posizioni di E. Kraepelin sulla natura e il significato diagnostico della catatonìa che perse il suo valore di entità diagnostica autonoma, divenendo uno dei sottotipi clinici della *dementia praecox*. Nel 1916, E. Bleuler, sostituì il termine *dementia praecox* con quello di schizofrenia: la catatonìa veniva confermata come sottotipo della

schizofrenia. Negli anni successivi altri autori fornirono ulteriori descrizioni di questa sindrome, ma la concezione Kraepeliniana della catatonìa come espressione clinica del disturbo schizofrenico è risultata a lungo preponderante influenzando i sistemi internazionali di classificazione dei disturbi mentali infatti nel DSM la catatonìa è stata classificata tra i possibili sottotipi di schizofrenia. A partire dalla seconda metà degli anni '70 numerosi studi rivalutarono l'originaria concezione di Kahlbaum ridimensionando l'importanza dell'associazione con la schizofrenia. La catatonìa, seppur separata dalla schizofrenia, non è trattata nel DSM-5 come una classe indipendente ma la riconosce associata ad un altro disturbo mentale, o un'altra condizione medica o senza specificazione. Viene così definita come la presenza di tre o più sintomi su un elenco di dodici (catalessia, flessibilità cerea, stupore, agitazione, mutismo, negativismo, postura fissa, manierismo, stereotipia, smorfie, ecolalie, ecoprassia) e stupore, mutismo e negativismo sono risultati sintomi generali presenti nella sindrome della rassegnazione indipendenti dall'età. Tuttavia la catatonìa pediatrica è stata suggerita per la presenza di tre sintomi cardinali quali immobilità, mutismo e rifiuto di ingerire. Dhossche et al. (2012) sostengono che la catatonìa pediatrica è la vera diagnosi della sindrome della rassegnazione e che la privazione, l'abuso e il trauma determinano la precipitazione nello stato catatonico nei bambini e adolescenti (Bartolommei, 2012). Nel 2020 sulla *European Child & Adolescent Psychiatry* è stato pubblicato uno studio condotto su 46 bambini (22 maschi e 24 femmine) con sindrome della rassegnazione di grado 2 per un periodo consecutivo che va dal 2010 al 2018. Una minoranza di questi bambini proveniva da zone di guerra, la maggioranza apparteneva ad una minoranza etnica o religiosa nella propria patria e quasi tutti sono stati perseguitati. Tutti i bambini avevano subito violenze o avevano assistito o sentito parlare di violenze contro i familiari stretti e inoltre la maggior parte dei bambini aveva uno o entrambi i genitori affetti da disturbi mentali o fisici gravi. L'età di

insorgenza del primo sintomo di malattia per i ragazzi era di 11,2 anni, per le ragazze 11,8 e l'età per cadere in stupore per i ragazzi e le ragazze era la stessa: 12,9 anni. I due sessi si differenziavano per la sintomatologia che precedeva la condizione di stupore: mentre le ragazze tendevano ad avere la depressione, i ragazzi tendevano ad avere il disturbo post-traumatico da stress PTSD. La conclusione è che la sindrome della rassegnazione è sempre correlata a precedenti gravi traumi e presenta caratteristiche di catatonìa (Von Knorring, 2019). Nonostante questi studi, le benzodiazepine non sono mai state provate su questi bambini. Secondo l'ipotesi psicoanalitica (Sánchez, 2020), invece, la sindrome della rassegnazione è una forma estrema di stupore dissociativo in cui la somatizzazione è il veicolo che consente l'espressione dell'impotenza e della paura. Questa ipotesi attribuisce importanza al fattore età, sostenendo che essa non compare prima dei 7 anni poiché prima l'informazione non viene elaborata frontalmente e dopo i 19 anni poiché dopo ha inizio la responsabilità che ostacolerebbe il fenomeno. La sindrome è in risposta al rischio di un evento traumatico rappresentato dal rientro nel Paese di origine a seguito del negato permesso di soggiorno ai genitori e il letargo rappresenta una espressione di impotenza e disperazione che assume il ruolo di lacrime traumatiche. Il silenziamento delle emozioni negative invade lo spazio mentale e maggiore sono i traumi tanto più patologici e invadenti saranno questi vuoti che diventano espressione e rappresentanza. È importante sottolineare che i genitori sono incapaci di assolvere alla loro funzione contenitiva e trasformativa nei confronti dei bambini che quindi affrontano l'evento traumatico senza avere risorse adeguate e ricorrendo dunque alle forme primitive di difesa. Queste ipotesi, però, non spiegano la distribuzione geografica dell'area di provenienza di questi bambini e neanche il perché questa sindrome si sia manifestata in Svezia. In merito alla distribuzione geografica sono emerse delle ipotesi legate alla psicogenesi culturale e al contagio emotivo. La cultura, per quanto spesso ignorata, è il filtro

attraverso il quale il mondo viene sperimentato determinando le opportunità e i vincoli individuali e il senso di individualità. A culture diverse corrispondono anche aspettative e convinzioni differenti che regolano i meccanismi di controllo e comportamento (Caprara, 2000). Il corpo, oltre che entità biologica, è anche un prodotto storico-culturale e come tale strumento di espressione culturale (Tortolici, 2007). In un rapporto commissariato dal governo svedese nel 2006, un team di esperti ipotizzavano che la sindrome della rassegnazione fosse legato a un elemento culturale, un disturbo psicologico endemico legato ad una specifica società. Il rapporto sosteneva che i bambini affetti da questa sindrome provenivano da "culture olistiche" nelle quali era difficile definire dei confini tra le sfere personali e quelle collettive. In queste culture collettiviste le differenze individuali si annullano e il gruppo rappresenta l'unità di base (Myers, 2017). In questa interpretazione il corpo diviene espressione quindi non solo delle paure dei bambini ma anche di quelle degli adulti. Questa caratteristica culturale favorisce il fenomeno del contagio emotivo, un contagio automatico e involontario nel quale, il corpo diviene espressione non solo del singolo ma della famiglia. Il contagio emotivo non è un fenomeno limitato alla sola infanzia, ma può presentarsi anche successivamente entrando in gioco meccanismi di assimilazione, introiezione e identificazione favoriti da una scarsa separazione tra sé e l'altro. In questo caso il contagio emotivo non rappresenta necessariamente una regressione disfunzionale ma una modalità adattiva di costruzione sociale e sopravvivenza in specifiche situazioni. In merito al perché questa sindrome si sia manifesta in Svezia, si è avanzata l'ipotesi legata alla codifica predittiva. La Svezia era un paese aperto all'accoglienza che garantiva in tempi brevi accoglimento rispetto alle domande di asilo pertanto questo aveva generato nelle famiglie richiedenti asilo un'aspettativa di accoglimento che si è conclusa, invece, in un respingimento spesso letto e tradotto dai ragazzi. Il cervello funziona in termini di codifica predittiva (Alegiani, 2021)

enfaticamente le aspettative e le previsioni sulla realtà e questo spiegherebbe alcune patologie derivanti dal confronto tra esperienze in corso e aspettative. La situazione di stress estremo che ne deriva e le prospettive negative non sono, in circostanze normali dannose in quanto guiderebbero il cambiamento volto a superare la situazione. Al contrario, quando a causa di esperienze precedenti l'aggiustamento è assente, si perpetuano le situazioni negative con conseguenze fisiologiche, sensoriali e comportamentali. Questo spiegherebbe il progressivo ritiro di questi bambini da un ambiente che, dopo averli illusi, li ha respinti. La sindrome della rassegnazione può quindi essere concepita all'interno di un quadro di codifica predittiva in cui il comportamento risultante ha funzione di ridurre al minimo l'errore di previsione oppure di suscitare supporto dall'ambiente circostante. In entrambi i casi il modello di reazione è legato alla cultura. La sindrome della rassegnazione, inizialmente associata ad sindrome fittizia o di simulazione, è dunque una sindrome complessa caratterizzata da una multifattorialità individuale, familiare, culturale e politica.

CORRISPONDENZA A:
mpantalone@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Von Knorring A.I., Hultcrantz E., *Asylum-seeking children with resignation syndrome: catatonia or traumatic withdrawal syndrome?"* in European Child & Adolescent Psychiatry, 2019, 29, pp. 1103-1109.
2. Spiaggiari O., *Sindrome della rassegnazione: la malattia dei bambini migranti*, 2018.
3. Ammaniti M., Gallese V., *La nascita della intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*, Raffaello Cortina Editori, 2014.
4. Caldarozzi A. (a cura di), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*, 2010.
5. Van Der Kolb B., *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina Editore, 2015.
6. Sallin K., Lagercrantz H., Evers K., Engström I., Hjern A., Petrovic P., (2016), *Resignation Syndrome: Catatonia? Culture Bound?*, in *frontiers in Behavioral Neuroscience*, Volume 10, 2016, 7, pp. 1-18.
7. Bartolommei N., Lattanzi L., Callar I A., Cosentino L., Luchin I.F., Mauri M. *Catatonia: una revisione critica del concetto e indicazioni terapeutiche*, in *Journal of Psychopathology*, 2012,18, pp. 1-4.
8. SÁNCHEZ, T.S.,(2020), "Sindrome de resignación. Trauma migratorio, somatización y disociación extremas", in *apertura psicoanalíticas*, 63, pp 1-23.
9. Caprara G.V., Cervone D., *Personalità. Determinanti, dinamiche, potenzialità*. Raffaello Cortina Editore, 2000.
10. Tortolici C.B., Stievano A., *Antropologia e nursing*, Edizione Carocci Faber, 2007.
11. Myers D.G., Twenge J.M., Marta E., Pozzi M., *Psicologia sociale*, Mc Graw Hill Education, 2017.
12. Alegiani A., *La teoria della codifica predittiva e la rappresentazione mentale*. *Rivista Sistemi intelligenti*, Il Mulino a.XXXIII, 2021, n.1, pp167-184.

Rosalba Terranova Cecchini

Una vita per la psichiatria e la transcultura

Massimo Aliverti

NEUROPSICHIATRA. FONDATORE E REFERENTE DELLA SEZIONE DI STORIA DELLA PSICHIATRIA E DELLE ALTRE SCIENZE DEL COMPORTAMENTO NELLA SOCIETÀ ITALIANA DI STORIA DELLA MEDICINA

Rosalba Terranova Cecchini nasce a La Spezia il 13 luglio 1929 da padre siciliano e madre abruzzese. La madre, Bianca Pace, muore poco dopo il parto, affidando la neonata alle cure dell'unica sorella, Amalia Pace, sposata a Milano col medico Ambrogio Cecchini. Il padre, Augusto Terranova, sconvolto dalla disgrazia lascerà in seguito La Spezia per continuare a Parigi la sua vita d'artista (era pittore e stilista), morendo ancora abbastanza giovane. La neonata, a cui viene imposto il nome Rosa (come la sorella di Ambrogio, deceduta in età infantile) ed il nome Alba (come la nonna materna) viene dunque portata a Milano ed adottata dai coniugi Cecchini ancora senza figli. Rosalba cresce nel capoluogo lombardo nella centrale via Molino delle Armi, come figlia unica di uno stimato professionista milanese (tisiologo ospedaliero ed assessore del Comune); durante l'infanzia e l'adolescenza è solita frequentare l'alta Brianza, accompagnando nei boschi il padre adottivo, gran camminatore e cacciatore, oppure trascorrendo periodi di vacanza nella sua villa di Magreglio, vicino al passo del Ghisallo. Dopo aver finito il liceo, Rosalba, provenendo da una famiglia di medici (il nonno materno era medico della Marina Militare a La Spezia), si iscrive alla

Facoltà di Medicina dell'Università di Milano. Durante il corso di laurea frequenta la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali diretta dal prof. Riquier, conseguendo la laurea in Medicina e Chirurgia il 18 luglio 1953 con una tesi dal titolo "Ricerche istochimiche sui corpi amilacei e le zolle di disintegrazione a grappolo nel sistema nervoso centrale".

La giovane dottoressa, sempre più attratta dallo studio del cervello e soprattutto dallo studio della psiche umana, entra come assistente volontaria nella Clinica delle Malattie Nervose e Mentali conseguendo alla fine il Diploma di Specializzazione (11 luglio 1956) con una tesi dal titolo: "Azione della reserpina sul sistema nervoso centrale. Rilievi semeiologici, elettroencefalografici ed anatomo-patologici". Dal 1959 al 1969 la dottoressa Terranova Cecchini è assistente straordinario e poi assi-

stente ordinario presso la cattedra di Psichiatria diretta dal prof. Cazzullo, sempre a Milano, conseguendo nel frattempo la libera docenza in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali (decreto del Ministero della Pubblica Istruzione del 3/6/61 con conferma definitiva del 21/10/66). Nei medesimi anni comincia ad interessarsi per quanto riguarda la pratica psichiatrica alle



esperienze inglesi e statunitensi di “porte aperte”, alle esperienze francesi di “settore”; al progetto di abolizione della coercizione assistenziale e dell’esclusione dei malati mentali dal contesto sociale avviato da Franco Basaglia. Nel rapporto coi pazienti della clinica si rende conto che nella pratica psichiatrica è importante tenere presente alcuni parametri quali: l’esperienza del mondo fatta dal soggetto in un determinato contesto socio-culturale, le sue tradizioni familiari, gli oggetti della sua quotidianità, le architetture ed il paesaggio a cui è abituato. Infatti tali parametri, frutto dell’educazione e del percorso esistenziale di ogni individuo, finiscono per modellare il suo cervello ed elaborare il suo Io in un processo interattivo di continui rimandi tra funzioni psichiche ed ambiente esterno. Nei periodi di vacanza trascorsi in Abruzzo nel palazzo della famiglia materna situato nel piccolo villaggio montano di Castrovalva, la dottoressa “milanese” fa esperienza di incontro con uomini e donne di cultura diversa, con le loro tradizioni ed organizzazioni sociali sedimentate nei secoli.

Gli interessi antropologici della psichiatra universitaria inducono la medesima ad accettare nel 1963 un incarico lavorativo nell’ospedale psichiatrico di Ambohitrarimo, in Madagascar dove sotto la colonizzazione francese convivono e si mescolavano più culture (asiatiche, arabe ed africane). Nel paese africano la dottoressa italiana compie studi e ricerche col collega malvascio Bernard Ratsifandrihamanana, utilizzando durante le visite alcuni test proiettivi da lei già usati a Milano. Dall’esame di tali test (oltre che dal quotidiano rapporto di cura coi pazienti con le loro famiglie) giunge alla constatazione della diversità dei modelli culturali presenti nella psiche dei pazienti scolarizzati rispetto alla psiche dei pazienti non scolarizzati, imputando le differenze evidenziate agli effetti destrutturanti dell’acculturazione di tipo coloniale ed occidentale. Nel lavoro coi pazienti malgasci si serve dell’apporto dell’antropologia culturale venendo inoltre a contatto per la prima volta con la psichiatria transculturale, un nuovo ambito concettuale che si sta

diffondendo soprattutto nei paesi decolonizzati. La dottoressa “italo-malgascia”, avendo appreso che negli USA alcuni autori avevano studiato le influenze culturali sulla psiche di pazienti occidentali, si reca a Washington per partecipare al 3° congresso della Associazione Mondiale di Psichiatria dove presenta due comunicazioni frutto della sua quotidiana pratica psichiatrica coi pazienti malgasci. Il tale circostanza assiste alla inaugurazione della Sezione di Psichiatria Transculturale e conosce di persona molti importanti esponenti della nuova disciplina (quali: Gilles Bibeau, Ellen Corin, i coniugi Jilek, E.D. Wittkover, R.H. Prince), disciplina che cerca di far abbandonare il vecchio stereotipo della diversità dei bianchi rispetto alle altre etnie scoprendo e sottolineando invece le differenze culturali esistenti tra i bianchi, tra gli africani, tra gli asiatici e così via. Durante il soggiorno in Madagascar la psichiatra viene a conoscenza di una associazione francese che si propone di portare fuori dal manicomio l’assistenza e la cura dei disturbi psichici: la “Croix Marine Société d’Aide à la Santé Mentale”, movimento con cui avrebbe collaborato parecchio negli anni futuri fino a diventarne presidente onorario.

Nel 1967 Rosalba Terranova Cecchini fa ritorno in patria, dopo aver ricevuto nel paese africano l’onorificenza di “Cavaliere della Repubblica Malgascia”. Ora ha il desiderio di mettere in pratica nel rapporto coi pazienti italiani i concetti acquisiti di psichiatria transculturale e con la sua esperienza malgascia di lavoro manicomiale lascia l’università per entrare come primario vice-direttore nel manicomio di Parabiago attorniata da un gruppo di giovani psichiatri universitari, allievi del prof. Cazzullo. In tale struttura può applicare le conoscenze della dinamica transculturale a contatto con pazienti in gran parte immigrati in Lombardia dalle regioni italiane più povere (Nord-Est e Meridione) e col supporto di infermieri manicomiali spesso provenienti dalle medesime regioni italiane e dalla medesima cultura agricolo-pastorale. Proprio valorizzando il lavoro terapeutico del personale ed utilizzando parametri socioculturali condivisi da pazienti

ed infermieri, constatata che l'ambiente manicomiale può allora riconsiderare positivamente il materiale esperienziale dei malati, correlato alle differenti sottoculture di provenienza, e può così aumentare di fatto le loro possibilità di recupero.

Nel 1970 la professoressa Terranova Cecchini approfondendo le sue ricerche in psichiatria transculturale fonda una organizzazione non governativa, il "Gruppo per le Relazioni Transculturali (GRT), di cui sarà per parecchi anni membro del Consiglio Direttivo, allo scopo di mantenere un contatto operativo con comunità non occidentali e di assicurare una adeguata formazione ad operatori psicosociali da impiegare in progetti di cooperazione in paesi in via di sviluppo. In particolare collabora a lungo col Dipartimento della Cooperazione del Ministero degli Affari Esteri in alcuni progetti riguardanti la Cooperazione per la Salute Mentale, spesso in nazioni di recente indipendenza (come l'Algeria, il Nicaragua ed il Guatemala). Negli stessi anni collabora con l'Istituto di Psicologia dell'Università di Milano (diretto dal prof. Marcello Cesa-Bianchi) nella elaborazione e consolidamento della teoria transculturale, col supporto di un ricercatore allievo del medesimo professore, Fausto Massimini, a capo di un gruppo di psicologia transculturale in contatto di lavoro col Dipartimento di Scienze del comportamento di Chicago (diretto dal prof. M. Csikszentmihalyi). All'interno di tale gruppo di ricerca, di cui faranno parte in seguito altri studiosi come Paolo Inghilleri ed Antonella Delle Fave, vengono poste le basi teoriche per la definizione di "Io culturale", di "culturotipo", di "flow" (rapporto sintonico tra esperienza interiore e contesto ambientale), di "peak experience" (sensazione di massimo benessere rispetto ai modelli culturali interiorizzati).

La professoressa continua intanto l'approfondimento nella teoria e pratica transculturale studiando i testi di Georges Devereux, di Ibrahim Sow e di Franz Fanon; importanti sono per lei anche la conoscenza dei lavori di Michele Riso ed i suoi incontri con Mariella Pandolfi, con

Tobie Nathan, con Gilles Bibeau, con Henry Collomb. Inoltre mantiene negli anni costanti contatti con altri ricercatori italiani impegnati nella pratica psichiatrica transculturale (come ad esempio: Antonino Jaria, Piero Coppo, Giuseppe Cardamone, Salvatore Inglese, Roberto Beneduce, Alfredo Ancora, Goffredo Bartocci, Gabriel Slonina-Ubaldini, Virginia De Micco), ma anche con sociologi (come Mara Tognetti Bordogna) ed antropologi (come Tullio Seppilli, Luigi Lombardi-Satriani, Francesco Remotti, Stefano Allovio) interessati al lavoro transculturale. Mantiene poi duraturi contatti con alcune cattedre di psichiatria sempre in tema di transcultura (a Roma con Luigi Frighi, Giancarlo Reda e Nicola Ciani; a Pavia con Fausto Petrella e Vanna Berlincioni; a Torino con Gian Giacomo Rovera; a Catania con Vincenzo Rapisarda; a Cagliari con Nereide Rudas). Al di fuori dell'Italia mantiene costanti contatti con i colleghi francesi della Croix Marine (come lo psicoanalista Michel Demangeat) e con la sezione psichiatrica dell'OMS (rappresentata da Benedetto Saraceno).

Una volta chiuso il manicomio di Parabiago la professoressa Terranova Cecchini nel 1979 diventa primario del servizio psichiatrico dell'ospedale "L. Sacco" con letti di degenza in ospedale civile e con ambulatori sul territorio. Mantiene tale incarico fino al 1984, occupandosi da allora in poi esclusivamente di transcultura. Abita da sola, coadiuvata da personale di servizio, in via Vigoni, non lontano dall'appartamento occupato dai genitori fino alla loro scomparsa. Occupata come è da molteplici interessi ed impegni, non riesce a crearsi una famiglia ed a sperimentare la maternità; mantiene però molti legami amicali (tra le amiche si possono citare le colleghe conosciute da giovane alla Clinica Psichiatrica: Adriana Guareschi e Francesca Morosini). Relazioni sostanzialmente amicali sono anche quelle che intrattiene coi molti collaboratori della fondazione, da quelli a più stretto e quotidiano contatto a quelli che solo saltuariamente compiono studi e ricerche con lei. Coltiva comunque alcuni hobbies tra cui la passione per le auto sportive (guida la sua spider

fino a tarda età); rimane attratta dalle culture orientali, per cui intraprende lo studio delle filosofie asiatiche e la pratica hatayoga. Trascorre spesso i fine settimana nella villa di Magreglio e le vacanze estive nel palazzo di Castrovalva. Nel piccolo paese abruzzese si interessa di cultura locale fino a scrivere un volume sulla poesia dialettale della regione.

Nel 1993 la professoressa crea a Milano la Fondazione Cecchini Pace ed il suo organo scientifico: l'Istituto Transculturale per la Salute, scegliendo come sede di entrambi l'appartamento di via Molino delle Armi, abitato in passato dai genitori e da lei ricevuto in eredità. A partire dal 1994 tiene nel suo istituto il corso biennale di "Analisi Transculturale delle situazioni umane". Seguendo l'insegnamento del Devereux applica la teoria della cultura alla psicoterapia; definisce come fondamento della psicoterapia transculturale una appropriata conoscenza della Cultura in sé e delle categorie culturali universali. Nel 2001 poi istituisce il "Corso di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale" che negli anni seguenti attira un buon numero di psicologi e psicologhe desiderosi di formazione in ambito transculturale. Nel suo istituto si organizzano anche conferenze per la promozione territoriale della salute e numerosi seminari (sull'utilizzo delle piante medicinali, sulle medicine complementari, sulle esperienze sciamaniche, ecc.). Sempre nel 2001 dà vita ad una pubblicazione periodica: "Passaggi. Rivista Italiana di Scienze Transculturali". Nell'ottobre 2011 organizza a Milano il congresso: "Psichiatria e cultura nell'Italia multietnica", che vede la partecipazione dei principali studiosi e ricercatori italiani nel campo della psichiatria transculturale, molti dei quali sono stati in passato suoi collaboratori o allievi.

La professoressa è autrice di oltre 250 lavori scientifici pubblicati in riviste italiane e straniere oppure editi in atti congressuali; è autrice inoltre di alcuni volumi e di alcune voci in enciclopedie mediche. Nel 2009 ha ricevuto dal Comune di Milano il premio "Milano Donna" e nel 2013 è stata insignita a Roma in Campidoglio del

premio "Minerva" per il suo costante e duraturo impegno nel sociale.

Rosalba Terranova Cecchini continua fino ad età molto avanzata ad occuparsi della Fondazione e delle altre iniziative da lei create in ambito transculturale, Fondazione ed iniziative che proseguiranno anche dopo la sua scomparsa.

Muore nella sua casa di Milano il 7 dicembre 2023. Il funerale si svolge il 9 dicembre nell'antica chiesa milanese di Sant'Eufemia, non lontana dalla sua abitazione e dalla sua Fondazione. Viene sepolta nel piccolo cimitero di Magreglio nella tomba di famiglia dove già riposano i suoi genitori adottivi ed anche i suoi genitori biologici.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

Neuropsichiatra, Docente di "Storia della Medicina" e di "Antropologia Medica" presso l'università dell'Insubria, Docente di "Storia della psichiatria" presso l'università di Milano-Statale e di Milano-Bicocca, Presidente della "Sezione di Storia della psichiatria" della Società Italiana di Psichiatria.

CORRISPONDENZA A:

nmpantalone@gmail.com

RIFERIMENTI ARCHIVISTICI

Archivio della Fondazione Cecchini Pace

BIBLIOGRAFIA

1. Aliverti M., *Tra psichiatria ed antropologia. Storia della "psichiatria transculturale"*. Passaggi. Rivista Italiana di Scienze Transculturali, 2001, n.1, pag. 17-40.
2. Aliverti M., *In memoria della prof.ssa Rosalba Terranova. Una testimonianza personale*. Biografie Mediche, 2022, n.17, pag. 30-31

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.

Presidente:

Mauro Percudani, Milano

Presidente Eletto

Massimo Clerici, Monza

Segretario:

Giovanni Migliarese, Vigevano

Vice-Segretario:

Matteo Porcellana, Milano

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli
Luisa Aroasio
Stefano Barlati
Scilla Beraldo
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Simone Cavallotti
Federico Durbano
Gian Marco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carlo Fraticelli
Carla Morganti
Silvia Paletta
Nicola Poloni
Paolo Risaro
Matteo Rocchetti
Marco Toscano
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni
Claudio Mencacci