



# 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](http://www.janssen.com/italy)

janssen 

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF  
*Johnson & Johnson*



# SOMMARIO

Anno XXXVI • n. 2 • luglio – dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

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

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbanò (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](mailto: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](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

- 6** Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero  
*di Cerveri G.*
- 13** La salute mentale in Italia oggi: non "solo" un problema di finanziamenti  
*di Calò P.*
- 17** L'indifferenza: ottavo vizio (o peccato) capitale o disturbo della personalità?  
*di Giannelli A.*

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 24** La scatola dei balocchi: studio esplorativo per la rilevazione dei comportamenti di azzardo nei giovani  
*di Barbini D., Caimi A., Coppin P., Redaelli S.F., Scaramuzzino M.F., Micheli D., Negri A.*
- 33** Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura Indagine multicentrica nel territorio lombardo  
*di Costa A., Camastra M. e Zilioli L.*
- 43** Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive  
*di Dibenedetto, C., Masserini, A., Corbelli, M., Giordano B., D'Agostino, A., Cavallotti S.*
- 51** Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla costruzione di nuovi percorsi  
*di Grecchi A., Casula V., Campagna V., Vairano F., Beraldo S., Miragoli P.*
- 56** Gli psichedelici tra passato e presente  
*di Toscano M.*
- 66** Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno  
*di Vender S.*

### PSICHIATRIA FORENSE

- 75** Breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria  
*di Amatulli A.*
- 81** L'elefante nella stanza. Imputabilità e libertà di cura  
*di Ballantini M.*
- 83** La sorveglianza del paziente per evitare autolesioni o il suicidio è doverosa  
*di Mantovani R.*

### CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 85** CONTRIBUTO ATS AITERP - ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
**Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico: passaggio da uopia a uop-dsm**  
*di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.*
- 91** CONTRIBUTO DI SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE (S.I.S.I.S.M.)  
**L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'organizzazione del DSM. Il ruolo dell'Infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità**  
*di De Paola T., Staltari M., Moro C.G.*

### ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 98** Luci e Ombre della Solitudine.  
*Manuela Barbarossa, Alberto Giannelli e Marialfonsa Fontana Sartorio di Cerveri G.*

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](http://www.psichiatriaoggi.it)



**SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA**  
Affiliated to World Psychiatric Association

1873-2023  
**150** anni

# Congresso **SIP**

L'eredità del **passato**  
l'innovazione del **presente**  
le sfide del **futuro**

Presidenti: **E. Bondi, L. Dell'Osso**

**Verona**

**29 Maggio • 1 Giugno 2024**

Palazzo Della Gran Guardia

# Topics



<https://congressosip150anni.org/>

- **Schizofrenia e Psicosi**
- **Depressione Maggiore**
- **Disturbi Affettivi e Disturbo Bipolare**
- **Disturbi di Personalità e Disturbi d'Ansia**
- **Disturbi del Neurosviluppo**
- **Organizzazione dei Servizi**
- **Psicofarmacologia**
- **La psicoterapia e gli interventi psicosociali**
- **Trattamenti Riabilitativi non Farmacologici**
- **Psichiatria Forense**
- **Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione**
- **Disturbi del Sonno**
- **Salute Mentale e inclusione nelle persone LGBTQIA+**
- **Clima ambiente e salute mentale**
- **Psichiatria di transizione**
- **Etnopsichiatria**
- **Salutogenesi e la prevenzione nei disturbi mentali**
- **Disturbi correlati a sostanze e dipendenze comportamentali**
- **Psichiatria di genere**
- **Advocacy e associazionismo di pazienti e familiari**
- **La malattia di Alzheimer**  
Il morbo di Parkinson
- **Cefalee**
- **Demenze**
- **Trauma**

Provider ECM (n. 275) e Segreteria Organizzativa

## Psicosi e uso di sostanze un legame complesso che necessita di uno sguardo libero

*Giancarlo Cerveri*

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

---

**C**on sempre maggiore evidenza siamo esposti in qualità di psichiatri a sollecitazioni confliggenti sul tema del rapporto esistente tra la patologia psichiatrica e le sostanze d'abuso.

Da una parte i dati di letteratura confermano con sempre maggiore chiarezza il legame tra l'esposizione a tali sostanze ed il rischio di sviluppare gravi disturbi psichiatrici in primis psicosi e schizofrenia.

D'altro canto, le politiche su alcune sostanze d'abuso stanno diventando sempre meno rigorose. Diversi stati si sono avviati o si stanno avviando verso una progressiva legalizzazione dell'utilizzo "medico" inizialmente e "ricreativo" successivamente della cannabis.

A questo si è aggiunto un nuovo impulso alle ricerche che hanno permesso di introdurre in commercio farmaci come Esketamina per la depressione maggiore resistente, una molecola molto simile nella struttura e negli effetti alla Ketamina, un anestetico ampiamente utilizzato come sostanza d'abuso per i suoi effetti dissociativi.

In Australia le autorità sanitarie hanno avviato il percorso per utilizzare psilocibina e MDMA per la cura della patologia depressiva e per il Disturbo Post-Traumatico da Stress. La Therapeutic Goods Administration (TGA), equivalente alla nostra AIFA, ha stabilito anche delle procedure certificative per gli psichiatri che potranno prescrivere queste sostanze che da anni sono molto note nel mondo degli psiconauti come Ecstasy e funghetti allucinogeni.

Come spesso accade nella storia della nostra disciplina ci troviamo a dover comporre istanze apparentemente con-

traddittorie che rischiano di assumere caratteri laceranti sia sul piano della condotta etica che di quella clinica.

A prescindere dalla posizione di ognuno di non rispetto alla tolleranza o meno rispetto al commercio delle sostanze d'abuso che, fatto salvo il rispetto della normativa vigente, resta individuale e frutto di un proprio convincimento personale che non ha a che vedere con il nostro ruolo professionale, non si può non essere coinvolti dalle tensioni mediatiche che vedono una rappresentazione dello psichiatra come il "prescrittore di pastiglie per il cervello" sempre accusato di giocare a fare il chimico con la personalità degli individui che ha in cura. Una rappresentazione che certo rischierebbe sempre più di appiattirsi su tali pregiudizi se da qui a pochi anni, come sembra sempre più probabile, ci trovassimo a prescrivere sostanze note per avere effetti dispercettivi e di modificazione transitoria di umore e coscienza, attualmente note al pubblico come sostanze d'abuso.

Esiste poi una lacerazione clinica che si fonda sul semplicistico principio che le persone affette da una patologia psichiatrica andrebbero curate con trattamenti appropriati e non esposti a comportamenti di abuso di qualunque sostanza con effetti psicotropi (alcol compreso).

Diventa dunque necessario riprendere alcuni concetti che ci possano essere da guida, in una fase di modificazione delle abituali procedure, in quanto potremmo essere esposti, a breve, a profondissimi cambiamenti nel modo di procedere per il trattamento di alcuni disturbi psichiatrici. Non è poi da escludere che l'avanzamento delle conoscenze in ambito neuroscientifico su questi

nuovi ambiti, potrebbe portare a modificazioni sostanziali della nostra stessa cornice di riferimento teorico-culturale sul modo di intendere i disturbi con cui abbiamo a che fare nella nostra attività. L'idea che la depressione o la schizofrenia possano essere il frutto di disregolazioni su neurocircuiti governati da sostanze ad oggi sconosciute potrebbe essere una sfida culturale notevolissima.

## UNA BREVE STORIA TRA PSICOSI E SOSTANZE D'ABUSO

In questo editoriale mi soffermerò solo sul tema del rapporto tra psicosi e sostanze d'abuso, tralasciando gli effetti di quest'ultime su altre sindromi psichiatriche. Tale scelta, oltre che da un problema di spazio è legata al fatto che su questo punto si gioca con maggiore evidenza la necessità di comprendere la traslazione dei dati di letteratura nell'attività clinica rivolta ai propri pazienti per ottenere la possibilità di costruire risposte integrate e univoche in tutte le fasi del disturbo. Diventa cioè essenziale comprendere come organizzare le nostre risposte cliniche sulla base di una letteratura a volte complessa nella sua decodificazione

Comincerò da una breve storia, una narrazione che possa descriverci in modo esemplificativo quello che molti di noi hanno osservato in modo a volte incoerente a causa della modalità con cui i servizi sono organizzati e per come i pazienti li utilizzano. Spesso infatti facciamo fatica a cogliere una chiara visione longitudinale di pazienti che rimbalzano tra diversi servizi pubblici e privati con lunghe pause tra un episodio di cura e quello successivo (parlo di episodio di cura perché spesso la malattia persiste).

Marco (ovviamente nome di fantasia) viene ricoverato per due volte presso il Servizio di Diagnosi e Cura di un ospedale lombardo a seguito dell'emergere di ideazione interpretativa accompagnata da anomalie del comportamento. È un ragazzo giovanissimo, ha 19 anni, vive con i genitori ed una sorella. Grandi conflittualità in famiglia

ed un lavoro in una carrozzeria.

In entrambi i ricoveri (avvenuti a distanza di 9 mesi l'uno dall'altro) i sintomi erano apparsi a seguito di un consumo di cannabis un po' più intenso del solito. Il quadro si è risolto in modo completo nell'arco di 2-3 giorni. La dimissione è avvenuta in tempi brevissimi. La diagnosi è stata Psicosi Indotta da Sostanze e Disturbo correlato all'uso di Cannabis. È stato inviato al SERT dove non si è mai recato.

Di lui non si è saputo più nulla per due anni. È stato a Tenerife a vivere con una donna con cui faceva spettacoli di intrattenimento nei locali o per strada. Ha ovviamente proseguito l'uso regolare di cannabis.

Il rientro in Italia è avvenuto a seguito di anomalie del comportamento sempre più gravi che hanno portato alla rottura della relazione sentimentale. Il rientro a casa è stato molto tumultuoso con liti, gravi alterazioni del comportamento che nell'arco di un mese hanno portato all'intervento dell'autorità giudiziaria che ha disposto la misura di sicurezza in un reparto di psichiatria per reati commessi contro i genitori. La perizia ha confermato la non imputabilità per infermità psichica e la necessità di un ricovero in struttura riabilitativa.

Al di là delle questioni organizzative e giuridiche nel merito di un ricovero disposto dall'autorità giudiziaria, il tema clinico essenziale in questo caso è che Marco è andato incontro ad una transizione a Schizofrenia. I contenuti deliranti del pensiero si sono stabilizzati e vengono solo parzialmente ridotti nella loro pervasività dall'introduzione di una terapia con antipsicotico. Il suo funzionamento cognitivo e socio-lavorativo risulta gravemente scaduto. È presente ed è mantenuta una sintomatologia negativa marcata, non presente nei ricoveri di due anni precedenti. Tale quadro persiste per molti mesi.

Questo passaggio è avvenuto senza che i servizi di salute mentale e delle dipendenze abbiano potuto modificare la traiettoria di malattia di questo ragazzo.

Ora le questioni che ci si può porre sono diverse, proviamo ad esplicitarne alcune:

- Quale era la diagnosi più corretta dei primi due episodi di ricovero e quale trattamento avremmo dovuto impostare?
- Quale ruolo ha giocato la cannabis nella progressione del disturbo?
- Quali elementi potrebbero essere utilizzati per meglio definire la prognosi di alcune forme caratterizzate da sintomi psichici transitori?
- Se fosse stato trattato in modo diverso sarebbe stato possibile impedire la transizione a schizofrenia?

Ovviamente, queste riflessioni sono sfidanti per il senso di responsabilità clinica che abbiamo nel merito dei nostri comportamenti. Senza cadere nella facile tentazione di usare una logica *ex-post*, per cui si fanno discendere dalla conoscenza di ciò che è accaduto le indicazioni che sarebbero dovute essere applicate all'inizio del percorso, producendo così considerazioni che risultano tanto indiscutibili quanto inutili proprio perché fondate su una pre-conoscenza degli esiti in aperto contrasto con i principi dell'impossibilità di predire il futuro, risulta invece indispensabile approcciarsi con modalità fondate sull'apprendimento basato sulle evidenze a disposizione.

Le evidenze a disposizione nel merito del rapporto tra psicosi e sostanze d'abuso sono innumerevoli e, a tratti, contraddittorie, dunque necessitano di un serio approfondimento che non sia dominato da istanze di natura politica in merito agli effetti che le stesse sostanze d'abuso possono avere rappresentato da un punto di vista sociologico.

Il tema essenziale diventa dunque comprendere, sulla base delle conoscenze accumulate, quale sia la risposta più coerente da fornire ad un soggetto che giunge in contatto con i servizi di salute mentale a seguito di espressione di sintomi psichici più o meno gravi associati temporalmente all'intossicazione. Tipicamente i luoghi dell'osservazione

sono le astanterie del Pronto Soccorso o i reparti di Psichiatria. Come descritto anche nei manuali diagnostici parliamo di quelle condizioni in cui sono presenti sintomi psicotici (allucinazioni, deliri, disorganizzazione del pensiero o del comportamento) che si sviluppano durante o subito dopo una fase di intossicazione o di astinenza da sostanze psicoattive. Condizione in cui l'intensità e la durata della sintomatologia finisce per eccedere marcatamente i disturbi della percezione, del comportamento o della cognitivtà caratteristici della sola fase di intossicazione o astinenza. In sintesi, quando la sintomatologia appare attivata dalla sostanza d'abuso (o dall'astinenza di questa) ma che poi mantiene una propria autonomia espressiva per un tempo ed un'intensità marcata e che tende poi ad una tardiva autorisoluzione.

Sono aeree di grandissimo interesse epistemologico in quanto, rispetto ad un sistema nosografico (rappresentato dal *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder*) sostanzialmente ateoretico sull'eziologia dei disturbi, la psicosi indotta da sostanze rappresenta, insieme alle Disturbi da Stress un'eccezione patogenetica.

È poi rilevante osservare, a complicazione ulteriore del quadro che, se i numeri delle prime ammissioni in ospedale per psicosi possono includere questa condizione fino al 25% dei casi (più del 40% nei consumatori di anfetamine), questi soggetti sono spesso esclusi dagli studi di trattamento dedicati alle *early psychosis*, limitando così la produzione di quelle evidenze in merito a prevalenza, decorso e outcome che sarebbero necessarie per formare le risposte cliniche da organizzare nei servizi dedicati.

Un iniziale passo per definire quale sia la dimensione del problema è la consultazione dei dati riferiti al Rapporto Salute Mentale Analisi dei dati del Sistema (SISM anno 2022) ([https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3369](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3369))

In cui si possono estrapolare per esempio i ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura avvenuti



con diagnosi di dimissione “Alcolismo e tossicomania”. Possiamo infatti ragionevolmente ritenere che questi pazienti pur presentando gravi sintomi psichiatrici che hanno reso necessario il ricovero vengano poi dimessi con la sola diagnosi di Disturbo correlato all’uso di alcol o sostanze perché in breve tempo scompaiono segni e sintomi suggestivi di un disturbo psichiatrico primario. Insomma, queste diagnosi rappresentano una sorta di proxy imperfetto per identificare i soggetti con psicosi da sostanze. Il quadro che ne emerge permette di definire un gruppo di individui in grandissima prevalenza di sesso maschile, che rappresentano circa un decimo delle dimissioni totali e che hanno una durata media del ricovero che è circa la metà rispetto ai soggetti dimessi con diagnosi di “Schizofrenia e altre psicosi funzionali”.

Insomma, sembrerebbe che nei nostri reparti questi pazienti arrivino con una certa frequenza ma si fermino molto poco.

Se questi dati fossero realmente un valido indicatore (non lo sappiamo ma è difficile trovare di meglio nel nostro paese), l’identikit delle psicosi da sostanze ci direbbe che stiamo parlando di un paziente ogni 10 tra quelli ricoverati in SPDC, generalmente di sesso maschile, restano in reparto meno degli altri pazienti (Guariscono prima? Chiedono di uscire presto perché non si trovano bene? Craving da sostanze che li spinge a chiedere dimissioni anticipate?).

Probabilmente rischiano di essere pazienti trattati con meno attenzione rispetto ad un percorso di presa in carico nei servizi territoriali di psichiatria, il fatto stesso che gli venga attribuita una diagnosi nel gruppo diagnostico di “alcolismo e tossicomania” implica l’invio, nella migliore delle ipotesi, presso i servizi per le Dipendenze. Riprendendo lo scenario clinico riportato all’inizio di questa riflessione, la storia di questa tipologia di pazienti sembra essere già pre-determinata. Pochi e brevi interventi in reparto di psichiatria per fenomeni “acuti” e interventi rivolti al disturbo da uso

di sostanze nella migliore delle ipotesi dopo la dimissione.

Eppure tra questi soggetti alcuni, a distanza di qualche anno, svilupperanno in un percorso di progressivo aggravamento una grave patologia psichiatrica.

Le questioni di fondo riportano alla domanda se i sintomi psicotici che osserviamo in un soggetto esposto all’intossicazione da sostanza siano il solo risultato degli effetti farmacologici della sostanza d’abuso o se invece indicano una vulnerabilità alla psicosi.

Quale dunque è l’eziologia di una forma di schizofrenia che emerge da un disturbo Psicotico indotto da sostanze?

- È il prodotto di un’esposizione prolungata all’abuso?
- È il punto di incontro tra gli effetti dell’abuso ed una certa inclinazione o predisposizione individuale a sviluppare la malattia?
- È un disturbo insorto su un soggetto con una rilevante diatesi genetica che è stato solo precipitato dall’abuso di sostanze?

## PROVARE A FARE CHIAREZZA

La letteratura scientifica offre diverse opportunità per comprendere il rapporto che esiste tra sostanze d’abuso e sintomi psicotici, una delle forme più interessanti è rappresentata dagli studi di popolazione basate soprattutto sui registri sanitari presenti nei paesi scandinavi che permettono di seguire intere coorti di popolazioni per molti anni valutando quali siano i reali dati di prevalenza di psicosi indotta da sostanze nella popolazione, i tassi di transizione a schizofrenia ed il peso di alcuni rilevanti fattori di rischio.

Il limite di tali studi è che difficilmente forniscono indicazioni di tipo causativo sui diversi fenomeni che si osservano.

In uno studio di questo genere condotto in Danimarca da Starzer e colleghi sono stati studiati oltre 6000 soggetti con diagnosi di Psicosi da Sostanze. Nel tempo si è osservato quale era il rischio di sviluppare un Disturbo

Schizofrenico.

I risultati sono stati molto interessanti, gli elementi più significativi per questa trattazione sono i seguenti:

- La maggior parte dei casi sono indotti da alcol, perché è la sostanza d'abuso più diffusa.
- La maggior parte delle conversioni avviene nei primi anni dall'episodio indice.
- Il rischio di transizione a schizofrenia è minimo per l'alcol ed è massimo per la cannabis. Se circa il 10% delle persone che vengono ricoverate con Psicosi Indotta da Alcol sviluppano schizofrenia, questo percentuale sale a oltre il 40% nel caso della cannabis.

Emerge dunque l'idea che quando un soggetto giovane viene ricoverato per sintomi psicotici insorti a seguito dell'assunzione di cannabis, abbiamo a che fare con una condizione ad altissimo rischio di schizofrenia e dovremmo pertanto attrezzarci per fornire un appropriato percorso di tipo clinico ed informativo per il paziente ed i familiari finalizzato a ridurre il rischio di transizione. Dai dati SISM sembrerebbe invece che questi pazienti vengano dimessi in tempi brevissimi e non indirizzati a servizi di cura territoriali per patologie psichiatriche. Sempre nello stesso studio gli autori osservano che per la schizofrenia nei primi 3 anni avvengono circa il 50% delle transizioni; pertanto, sarebbe necessario un follow up stretto ed un intervento di natura preventiva della durata di almeno 2 anni per ottenere i migliori risultati possibili.

Anche in altri studi di registro su casi di altri paesi (sempre scandinavi) si sono ottenuti risultati analoghi, osservando in aggiunta che il rischio di transizione tende a decrescere con l'età. Dunque, l'indicazione sembra essere quella di concentrare gli sforzi di monitoraggio e prevenzione sulle persone più giovani che vengono ricoverate per sintomi psicotici associati ad uso di sostanze per almeno 2-3 anni dall'episodio e particolarmente se tale episodio è associato ad uso di cannabis.

Ci sono poi studi diversi di tipo osservazionale che

appaiono più interessanti per la possibilità di studiare gruppi di pazienti reali (a differenza dei registri nazionali che riportano dati provenienti dai flussi informativi). Il limite è in questo caso l'esiguità del campione che rende difficile giungere a conclusioni con rilevanti elementi di certezza. Studi metanalitici riescono almeno in parte a correggere tali limitazioni. Nel 2020 su *Schizophrenia Bulletin* è stata pubblicata una di queste metanalisi che giungeva ad alcune interessanti conclusioni. Per cominciare confermava che la psicosi indotta da sostanze è una realtà eterogenea. Soggetti giovani in particolare se l'hanno presentata a seguito di abuso di cannabis sono ad elevatissimo rischio di transizione, non tanto diverso da coloro che presentano disturbi come Disturbo Psicotico Breve o Disturbo Schizofreniforme.

Insomma, si delinea un quadro sufficientemente omogeneo pur da studi con disegni sperimentali profondamente diversi.

La Psicosi indotta da Sostanze diventa dunque un'entità meno omogenea in cui vanno differenziate sostanze a maggior rischio di transizione come la cannabis e sostanze a rischio inferiore, come l'alcol. L'età giovane risulta un altro fattore di rischio. I primi 3 anni dall'episodio indice è poi il periodo in cui i servizi hanno la necessità di attivare il massimo sforzo di intervento per ridurre l'assunzione della sostanza d'abuso ed attivare tutti gli interventi ritenuti necessari per ridurre il rischio di transizione.

Una dimissione troppo rapida dal reparto a seguito della cessazione dei sintomi psicotici ed un invio ai soli servizi per le Dipendenze, quando risultino presenti i fattori di rischio sopramenzionati, potrebbe ritenersi un intervento non appropriato.

## LA QUESTIONE CANNABIS

Lo spettro delle psicosi associate a cannabis e cannabinoidi varia da stati psicotici brevi e disturbi psicotici cronici. Oltre ai dati osservazionali anche studi in laboratorio

forniscono evidenza che la cannabis ed il suo principale costituente psicoattivo il delta-9-tetraidrocannabinolo insieme ai cannabinoidi sintetici sono in grado di produrre sintomi positivi, negativi e cognitivi che assomigliano alla sintomatologia schizofrenica.

In una recente pubblicazione di D'Sousa sull'autorevole rivista *World Psychiatry* nel 2023, si osserva come nelle valutazioni epidemiologiche presenti in letteratura, l'esposizione a cannabis aumenta il rischio di schizofrenia da 2 a 4 volte. La curva dose/risposta appare lineare (maggiore è il rischio quando aumenta l'esposizione a cannabis per frequenza e durata). Altri moderatori di legame sono la precoce età di inizio di assunzione, il trauma infantile e l'esposizione ad altre sostanze d'abuso.

D'altra parte, creare una lettura semplicemente causale tra i due fenomeni è, ad oggi, ancora non possibile. La causalità, quando applicata a disturbi multifattoriali presenta diverse limitazioni. La schizofrenia o il gruppo delle schizofrenie, come alcuni autori sostengono, potrebbero avere eziopatogenesi eterogenee, così che solo in alcuni casi la cannabis potrebbe evidenziare il suo effetto patogenetico o eziologico in una sorta di specifico "sottotipo psicotico". Altro dato importante, in linea con l'eziopatogenesi multifattoriale della schizofrenia, la cannabis è una causa né necessaria né sufficiente per lo sviluppo del disturbo schizofrenico. È probabile che la cannabis abbia un ruolo solo parzialmente causale interagendo con altri fattori come la predisposizione genetica a manifestare il disturbo

## CONCLUSIONI

In conclusione, le psicosi indotte da sostanze (particolarmente se indotte da cannabis ma anche allucinogeni o anfetamine), sono associate ad un rischio di transizione molto elevato, solo lievemente inferiore a quello osservato per altre gravi condizioni come il Disturbo Psicotico Breve.

Nonostante le persone con psicosi indotta da sostanze

possa aver un rischio molto elevato di sviluppare una patologia come la schizofrenia, spesso viene escluso dai servizi per la diagnosi precoce di schizofrenia o interventi specifici di tipo assertivo territoriale, spesso a causa della falsa convinzione che queste persone presentino una condizione benigna e dall'andamento autolimitantesi.

In particolare, per coloro che presentano Psicosi Indotta da Sostanze, specie se da cannabis, anfetamine o Allucinogeni, la cornice teorica di riferimento dovrebbe essere quella di inserirlo in specifici programmi di intervento assertivo per la diagnosi precoce di schizofrenia.

## BIBLIOGRAFIA

1. D'Souza, D. C. (2023). *Cannabis, cannabinoids and psychosis: a balanced view*. *World psychiatry*, 22(2), 231.
2. Mathias S, Lubman DI, Hides L. Substance-induced psychosis: a diagnostic conundrum. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(3):358–367.
3. Murrie, B., Lappin, J., Large, M., & Sara, G. (2020). *Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. *Schizophrenia bulletin*, 46(3), 505-516.
4. Starzer, M. S. K., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2018). *Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis*. *American journal of psychiatry*, 175(4), 343-350.

## La salute mentale in Italia oggi: non “solo” un problema di finanziamenti.

Paola Calò

DIRETTORE UOC CENTRO SALUTE MENTALE, DSM ASL LECCE  
MEMBRO CONSIGLIO ESECUTIVO SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

---

L'ultimo Rapporto Annuale per la Salute Mentale, relativo all'anno 2022, del Ministero della Salute evidenzia che, a fronte di un numero di persone che hanno usufruito dei servizi dei centri psichiatrici territoriali, sostanzialmente stabile (776.829 contro i 778.737 del 2021), è invece calato il numero dei servizi territoriali (1090 nel 2022, verso i 1245 nel 2021) (Rapporto Annuale per la Salute Mentale 2022 e 2021).

Sono aumentati gli accessi in Pronto Soccorso (547.477 nel 2022 rispetto ai 479.276 del 2021) e i ricoveri ospedalieri (137.233 dimissioni contro le 129.891 dell'anno precedente), con una ridotta offerta per i posti letto in degenza ordinaria, che è di 9,3 ogni 100.000 abitanti maggiorenni rispetto al 9,6 del 2021.

Nel 2022 i pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta durante l'anno (utenti al primo contatto) con i Dipartimenti di Salute Mentale ammontano a 285.101 unità, di cui il 94,4% ha avuto un contatto con i servizi per la prima volta nella vita (*first ever* pari a 269.273 unità). Se è vero che è lievemente aumentata la dotazione di personale, che tocca quota 30.101 unità contro le 29.785 del 2021, tuttavia, si assiste a un calo, all'interno delle équipe, delle figure mediche (5187 nel 2022 rispetto a 5321 nel 2021), ma soprattutto degli specialisti psichiatri (3128 verso 3647 nel 2021).

Nel 2022 si è ridimensionato anche il numero dei

servizi territoriali per la salute mentale (riducendosi da 1245 nel 2021, a 1090 nel 2022). Parallelamente, nell'ultimo anno, sono aumentati i posti letto residenziali; gli utenti psichiatrici in cura presso tali strutture, nell'anno 2022, sono pari a 28.738 unità (5,7 per 10.000 abitanti), in aumento rispetto ai dati 2021 (27.813 unità).

È in atto uno smantellamento graduale ma inarrestabile dei servizi specialistici di psichiatria del SSN, e di una organizzazione, quella del Dipartimento di Salute Mentale, che dovrebbe rappresentare il cardine della cura delle persone che soffrono di un disturbo psichico, in quanto costituito da una rete di servizi in grado di fornire interventi integrati, per una gestione multidisciplinare del paziente attraverso la dimensione del lavoro in équipe. E che, se adeguatamente finanziato, è in grado di assicurare interventi dalla prevenzione, all'esordio e alla recovery, erogando trattamenti efficaci dalla crisi alla riabilitazione, dagli aspetti clinici a quelli socio – assistenziali.

Rispetto all'analisi della domanda, una survey effettuata su 1.281 psichiatri italiani esperti, e recentemente pubblicata su *Annals of General Psychiatry* (Cuomo et al., 2022), riporta che l'81% ha registrato, nel corso della pandemia da COVID-19, un aumento del numero delle persone che hanno chiesto aiuto per problemi di salute mentale, in particolare agitazione, ansia, depressione. Confermando così un impatto negativo sulla salute mentale della pandemia, avvertito in maniera particolare

dai giovani; l'ultimo rapporto rilasciato il 5 ottobre 2021 dall'Unicef ha sottolineato che almeno 1 su 5 ragazzi di età compresa tra i 5 e i 24 anni si è sentito depresso, spaventato, incerto sul futuro (Rapporto Unicef, 2022).

È così potente e diffusa questa consapevolezza dell'aumento del disagio psichico, in particolare delle fasce deboli, che non solo esperti del settore, ma anche influencer e politici reclamano investimenti specifici per il disagio mentale e l'accesso ai servizi psicologici. Anche se la maggior parte degli interventi invocati si rivelano spesso frammentari, basati su fondi speciali e iniziative regionali puntiformi, limitati nel tempo oppure dedicati a specifiche aree o fragilità, senza che vi sia un piano per un reale rafforzamento del sistema di cura per la salute mentale, e una rivalutazione di questo sensibile settore della sanità pubblica.

In Italia infatti, la **spesa per la salute mentale** si è attestata su valori fra i più bassi in Europa, ovvero intorno al 3,4% del Fondo Sanitario Nazionale, ben lontano dalla allocazione prevista per i Paesi a basso-medio reddito (almeno il 5% del bilancio sanitario totale) e i Paesi ad alto reddito (almeno il 10%).

Anche dal punto di vista qualitativo, si assiste allo sgretolamento delle politiche che hanno validato, da oltre vent'anni, i **percorsi per l'intervento precoce**, capaci di attrarre giovani con disturbi sottosoglia o allo stadio iniziale, molti dei quali sono già soggetti a una compromissione funzionale sostanziale, in termini di interruzione del percorso accademico o di mancato ingresso nel mondo del lavoro, comorbidità e suicidalità. E all'accantonamento delle evidenze che suggeriscono servizi accoglienti e flessibili, in grado di erogare un programma di cura al di là dei limiti di età e di organizzazione, con una valorizzazione del supporto sociale, della crescita dell'autonomia, della riservatezza. Anche le nuove conoscenze sulle **dipendenze patologiche da sostanze** e le psicopatologie correlate, che presentano una

intrinseca complessità, richiedono un cambiamento e una ridefinizione anche culturale dei servizi di salute mentale, che sono invece rimasti sostanzialmente invariati della L. 180/78. I Millennials e la Generazione Z sono più propensi a prendersi cura della propria salute mentale, grazie alla riduzione dello stigma sull'argomento, ma sentono di portare sulle loro spalle il peso di sfide globali come la crisi climatica e la guerra. Gli adolescenti di oggi soffrono di ansia che sembra non essere più solo ansia da prestazione, ma anche un sentimento generalizzato e riferito al ruolo di vita e alla visione del futuro, di disregolazione emotiva, **disturbi dell'alimentazione, disturbi borderline di personalità, depressione e autolesionismo**, che non trovano risposta in un sistema sanitario già incapace da tempo di rispondere al fabbisogno assistenziale, sia per la dotazione esigua di personale nei servizi per la salute mentale che per gli investimenti destinati.

Il ridimensionamento dei servizi ha raggiunto livelli non più sostenibili per la tenuta del sistema e impatta in maniera significativa sul benessere delle persone, delle famiglie, della comunità, con un risparmio solo apparente, che prevedibilmente si rifletterà nei prossimi anni in maggiori spese sia dirette (farmaci, psicoterapie, ricoveri) che indirette (perdita di *chance* lavorative, assenze per malattia).

Con il sottofinanziamento del sistema psichiatrico pubblico, si assiste a una riduzione delle risposte specialistiche ordinarie da parte dei servizi psichiatrici del SSN, con un **aumento di richieste in regime di emergenza/urgenza**, come dimostrato dai dati SISM relativi all'aumento degli accessi in PS e dei ricoveri ospedalieri, e, dall'altra parte, un **maggiore ricorso alla residenzialità** in riabilitazione.

Ci troviamo di fronte alla crisi del servizio psichiatrico pubblico, ospedaliero e territoriale, che la riforma aveva immaginato come vicino alle persone e fortemente connesso con il territorio. Alla semplificazione di una disciplina, quella della psichiatria, che ha sempre fatto

proprie le parole chiave della sanità del futuro: prossimità, comunità, domiciliarietà, multiprofessionalità, multidisciplinarietà, presa in carico globale della persona.

Ciò implica l'impossibilità di garantire un SSN finanziato pubblicamente e per tutti, e capace di dare risposte a chi ne ha più bisogno. I tagli lineari alla sanità pubblica correlano con un prevedibile aumento della spesa sanitaria *out of pocket*, ovvero sostenuta direttamente dal privato cittadino, e gravano pertanto proprio su coloro che più necessitano di cure e terapie, e che trovano, dall'altra parte, servizi che funzionano a regime ridotto e sempre più inadeguati a reggere l'urto.

La tenuta del sistema di salute mentale pubblico non può essere garantita da finanziamenti *una tantum* o da scelte effettuate sulla scorta dell'ondata di emergenza psicoemotiva; ma deve passare attraverso una programmazione di finanziamenti stabili, la *governance* della domanda, la scelta del trattamento appropriato erogato da più professionisti, l'obiettivo della *recovery*.

Solo intenti e azioni di tale portata possono favorire il pieno superamento dello stigma nei confronti dei disturbi mentali, facendo prevalere la cultura della comunità e arginando la crisi delle vocazioni, da parte dei medici del futuro, per la psichiatria. Che dovrebbero appassionarsi di neuroscienze, e degli affascinanti e promettenti risultati della ricerca in campo psichiatrico, anziché inseguire solo l'urgenza e gestire l'aggressività e la pericolosità. Immaginando un ammodernamento dei Dipartimenti di Salute Mentale, anche grazie anche alla Intelligenza Artificiale e alla telepsichiatria, cui la pandemia da Covid-19 ha dato un notevole impulso, e che potrebbero sostenere le attività dei servizi soprattutto rivolte ai giovani, rappresentando l'occasione per un cambio di passo.

---

CORRISPONDENZA A:

[paolacalo1911@gmail.com](mailto:paolacalo1911@gmail.com)

## BIBLIOGRAFIA

1. Rapporto salute mentale. *Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*, Anno 2022. Ministero della Salute, Giugno 2023.
2. Rapporto salute mentale. *Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*, Anno 2021. Ministero della Salute, Ottobre 2022.
3. Cuomo A., Amore M., Arezzo M.F., De Filippis S., De Rose A., La Pia S., Pirani A., Torta R and Fagiolini A. *Mental health in Italy after two years of COVID-19 from the perspective of 1281 Italian physicians: looking back to plan forward*. *Annals of General Psychiatry* (2022) 21:30.
4. The State of the World's Children 2021. *Promoting, protecting and caring for children's mental health*. Unicef, Ottobre 2022.



## L'indifferenza: ottavo vizio (o peccato) capitale o disturbo della personalità?

Alberto Giannelli

FONDATORE DELLA RIVISTA PSICHIATRIA OGGI

**P**arola a doppio significato, che vuol dire sia la mancanza di differenza tra due oggetti o due animali (ad es., tra somario e riassunto, tra colombo e piccione, tra somaro e asino) che l'*insensibilità o l'imperturbabilità o la noncuranza di fronte a una scelta esistenziale o a un evento o a una persona con cui, volenti o no, entriamo in rapporto*. Naturalmente, qui intendo parlare di queste ultime. Ci sono molti terreni sui quali l'indifferenza cresce come la gramigna in un campo poco o mal coltivato. Prendiamo quello *teologico*. L'ateismo, nel linguaggio comune, sta a rappresentare l'assunto, che a parole non conosce dubbio, della non-esistenza di Dio. L'indifferenza, a sua volta, indica l'insensibilità o il disinteresse nei confronti di tale dubbio. A mio avviso, l'ateismo se dialettizzato con argomentazioni dotate di una loro razionalità e di una loro logica presuppone un atteggiamento attivo, polemico, degno di essere

*Volo ut sis*

Agoŝtino nelle Confession, 397-400 d. C

*Ich will dass du seiest*

M. Heideggard a Hannah Arendt, 1925

discusso almeno sul piano culturale, mentre l'indifferenza sta a testimoniare l'insensibilità nei confronti di un dialogo che incrocia ragione, fede e storia sul percorso del pensiero e delle coscienze da piú di duemila anni. L'indifferente, di fronte a questo dialogo e alla sua fecondità, è una persona apatica, aproblematica, racchiusa nel ristretto mondo del suo egoismo e della non-partecipazione al mondo che abita. L'ateo, a ben vedere, spesso è alla ricerca di quel Dio del quale nega o dubita l'esistenza, l'indifferente è passivo, non se ne cura, il suo orizzonte non è capace di tra-

scendenza. L'ateo tende a rappresentarsi la propria morte come la fine di tutto, o, meglio, la cessazione della propria presenza. L'indifferente intravede soltanto la tenebra: dell'eternità che verrà o non verrà dopo, non se ne cura. Non si pone il problema del credere o non-credere, dell'aver fede o non averla: per lui, appunto, non fa differenza. Ma spesso gli manca la fede anche



*Impression, soleil levant – Claude Monet, 1872*

in se stesso. L'indifferenza, nell'ambito della catechesi, andrebbe inclusa tra i peccati o, se si preferisce, tra i vizi capitali. A ben vedere, a rischio di essere riduttivi, si può dire che nell'ateo il dilemma -credere o no- ha spazio nel suo modo di pensare, nell'indifferente no. Quest'ultimo, tutt'al più, crede in ciò che sa o che vede, senza preoccuparsi se ciò in cui crede è vero<sup>1</sup>. Ricordo le parole dette da una persona di alto livello culturale in risposta a una domanda se fosse ateo, come tutta la sua vita aveva lasciato intendere: "Non chiamatemi ateo perché non ho le prove che Dio non esista".

Che dire dell'indifferenza nei confronti della *politica*? Una delle prove della sua rilevante importanza sta nell'alta quota di assenteismo in occasione di consultazioni elettorali (accanto e al di là della frequenza con la quale la gente dice che non sa per chi votare, trovando giustificazioni nel caos di idee e di programmi che troppo spesso precedono dette consultazioni). Che la politica sia malata, che le tradizionali contrapposizioni destra-sinistra siano annacquate nell'ambito dei cosiddetti centro-destra e centro-sinistra, che nel mondo occidentale si stia rischiando il venir meno della democrazia (di quella partecipata, intendo) mi sembra che non ci siano dubbi.

Per quel poco che so di botanica, la gramigna cresce soprattutto sui terreni aridi e sabbiosi e porta danni alle coltivazioni e ai prati, anche per la rapidità con cui si diffonde e le difficoltà a estirparla. L'indifferenza in politica o, meglio, nei confronti della politica, si diffonde rapidamente tra la gente sfiduciata dalla corruzione, dall'incapacità, dalle promesse mancate di chi la governa. Ed è un male quasi perenne, difficile da curare, come dimostra il fatto che alligna imperterrita da più di cinquant'anni a questa

parte, e, come la gramigna, diffuso dappertutto, al di qua e al di là dell'oceano. E non rileva il fatto che qualcuno sostenga che la gramigna sia addirittura una pianta che possa avere anche delle proprietà curative. Del resto, sappiamo che la democrazia non è un'architettura politica perfetta, però è perfezionabile (i greci, che di queste cose se ne intendevano, lo hanno più volte testimoniato). L'alta percentuale con la quale la gente non va a votare significa, tra l'altro, l'insensibilità ai drammi cui assiste e il disinteresse nei riguardi dei mali, soprattutto di quelli altrui. Di chi li fa e di chi li subisce. Tanto, dicono molti, anzi troppi, non cambierà mai niente. Sembrano lontani anni luce i tempi in cui non indifferenza, ma attiva e coraggiosa partecipazione ha gettato fasci di luce sulle tenebre del novecento: da noi, nella Francia martoriata, nell'Unione Sovietica, nella stessa Germania che sono state fucine di incredibili orrori<sup>2</sup>. L'apparente indifferenza della maggior parte della gente comune era, in realtà, umiliazione, sacrificio, impotenza di fronte a una cattiveria che non aveva precedenti nella storia.

Last, but not least, l'indifferenza *nei rapporti con gli altri*, nella nostra quotidianità. Basta camminare per le strade delle nostre città per rendersene conto. Uomini e donne accovacciati sotto un portico o in un angolo di una piazza, spesso stringendo un cane tra le loro braccia, mani tese alla ricerca di una moneta, bambini avviati senza pudore sulla strada della questua. La gente che passa non vede, gira la testa dall'altra parte, a volte ha solo gesti di palese fastidio. Ormai siamo nella totale insensibilità a queste richieste di aiuto. Non ci commuove nemmeno più il cartello con la sola scritta "ho fame", magari all'uscita da un bar o da un ristorante dove siamo appena stati.

---

1. Questa problematica è da sempre oggetto di dibattito nella filosofia, anche contemporanea. Tra altri si veda: U. Galimberti: *Il segreto della domanda. Intorno alle cose umane e divine*. Apogeo, 2008. E nella teologia, come in C. Ruini *C'è un dopo? La morte e la speranza*. Mondadori, 2016

2. A questo proposito si veda Luigi Zoja *La paranoia. La follia che fa la storia*, Boringhieri, Torino, 2011

Certo, tante sono le giustificazioni che si possono portare a questo atteggiamento di indifferenza nei confronti dei tanti che hanno avuto la sfortuna di nascere dalla parte sbagliata del mondo o con il colore della pelle diverso dal nostro. E non poche di quelle giustificazioni possono essere condivise e vanno portate all'attenzione di chi ci governa a livello nazionale piuttosto che locale. Ma non è questo che qui mi interessa. Qui mi interessa il problema del perché noi, come singoli individui, non riusciamo più a vedere nell'altro-da-noi un nostro simile, non differente da noi. Anche all'uscita da una chiesa dove abbiamo appena sentito commentare dal prete il brano evangelico del buon samaritano o quello di Cristo che dice "avevo fame e mi avete dato da mangiare, avevo sete e mi avete dato da bere" ecc. Non serve ricorrere a disquisizioni filosofiche o sociologiche o politiche per trovare una giustificazione, né ribadire che sono troppi quelli che stendono la mano, che quello della povertà o del bisogno più elementare è un problema cui non siamo in grado di trovare una soluzione, che quest'ultima non ci spetta, abbiamo già tanti problemi personali, perché dovremo farcene carico individualmente? Una volta ho chiesto a un agente della forza pubblica locale cosa prova e come si comporta di fronte allo spettacolo degradato e degradante di gente stesa per terra, di giorno e di sera, su stracci che sono il loro giaciglio. "Mi fa male, mi ha risposto, ma non ci sono norme che ci autorizzino a intervenire, basta che non diano disturbo alla gente che passa, molti di loro rifiutano qualsiasi forma di aiuto". Certo, non mancano associazioni di volontariato, laiche e religiose, che si occupano di loro, gli danno da mangiare, gli trovano un posto dove dormire e fare una doccia, ma tutto questo non rileva ai fini di comprendere perché in noi, come singoli individui, alla pietà sia subentrata l'indifferenza. La stessa di fronte alla morte, quella degli altri naturalmente. Ormai spettacolarizzata e quotidianamente rappresentata dai media, per cui stiamo diventando, o lo siamo già, indifferenti o quasi alle immagini di quello

che sta succedendo in troppe parti del mondo o alle migliaia di morti nel mediterraneo o ai bambini privati della loro innocenza e mandati nei mercati con le cinture esplosive al grido di Allah è grande! Né ci turbano più di tanto le violenze domestiche, anche se efferate, quelle sulle donne ma non solo, di cui quasi ogni giorno siamo informati. Perché dovrebbero turbarci più di tanto i poveri agli angoli delle nostre strade? È colpa nostra se ci sono, e sono così tanti? Ci sono i poveri, ma non c'è la povertà se è vero, come è vero, che il solo 10% della popolazione possiede la metà dell'intero patrimonio nazionale. Non è colpa nostra: tuttavia dobbiamo chiederci perché l'altro-da-noi, il povero, il sofferente, la vittima di un sopruso, non lo sentiamo uguale a noi, perché non riusciamo più a sentirlo nostro prossimo.. Ricordo di una donna che con la sua auto ha investito mortalmente un poveraccio che in bicicletta percorreva la sua stessa strada, un viale della circonvallazione interna in quel momento poco trafficato. Accortasi dell'incidente, si è fermata un attimo, è scesa a spostare la bicicletta che si era attaccata alla carrozzeria della sua vettura e senza degnare di uno sguardo al corpo dell'investito è risalita in macchina ed è ripartita. I giornali il giorno dopo ne hanno dato una breve notizia, ma - per quello che mi risulta - poi non se ne è saputo più niente.

È proprio un pensatore del calibro di Gabriel Marcel che ha scritto che "l'altro in quanto altro esiste per noi in quanto noi ci apriamo a lui". O, come diceva Sartre, dobbiamo ammettere che se è vero che non siamo responsabili di come siamo, lo siamo però di quel che facciamo di ciò che siamo o, aggiungo io, di quello che siamo diventati?

A una domanda del genere la psico(pato)logia deve tentare una risposta o, meglio, deve riflettere su quello che la politica e, spesso, la sociologia sottovalutano: *la mancanza del dialogo, nella società globalizzata e digitalizzata nella quale viviamo*. Il linguaggio informatico ha ormai sostituito quello verbale, una sorta di comunicazione non detta ma scritta, nella quale manca il linguaggio del corpo

(la voce, la postura, la gestualità, anche se la tecnologia più aggiornata riesce a supplire alcune di quelle mancanze). Il dialogo non si avvale unicamente delle parole, ma anche degli sguardi, dei gesti, a volte addirittura del silenzio che significa rispetto e ascolto delle ragioni dell'altro.

Eppure, nel linguaggio psico(pato)logico, premessa indispensabile a quello psichiatrico, l'indifferenza non c'è o ci sono solo sfumati riferimenti. A mio avviso, ci sono, invece, strette connessioni semantiche per cui *l'egoismo, inteso come l'esagerato, eccessivo interesse per il proprio Io*, è parte integrante dell'indifferenza quale quella fin qui chiamata in causa. A ben vedere, chiuso nello stretto spazio del proprio Io, l'indifferente teme solo ciò che nel presente e nell'angusta prospettiva del suo futuro possa scalfire il suo interesse per lui. Per questo motivo l'indifferente che non riesca ad uscire dal recinto dell'egoismo è destinato alla *solitudine*.

Per altre vie, alla solitudine è destinata un'altra condizione della vita sulla quale, sulla scia del mito di Narciso, un'ampia letteratura si è soffermata a lungo e continua a farlo: *il narcisismo, inteso come l'amore sconfinato (e tragico) della immagine di sé stesso*.

Egoismo e narcisismo non di rado sono confusi nel comune linguaggio. Almeno all'inizio Freud riteneva che esempio eclatante dell'egoismo fossero i sogni nel senso che *"in tutti compare l'amato Io"*. Ma l'introduzione del narcisismo (che compare nei suoi scritti la prima volta nel 1910) lo induce a ritenere che quest'ultimo rappresenti l'investimento dell'Io da parte delle pulsioni sessuali. Due conetti, dunque, separati ma tra loro interconnessi. *L'anempatia* è a loro comune. Primario e secondario sono due declinazioni dello sviluppo del narcisismo che hanno trovato difficoltà nelle interpretazioni degli epigoni freudiani, ma tuttora presenti nella letteratura contemporanea. Egoismo e narcisismo sono condizioni di vita difficili da collocare in una casella ben definita in quanto riguardano la vita nell'intero suo percorso. Solo il secondo ha trovato

posto nel lessico psico(pato)logico al punto di raggiungere il livello di Disturbo di Personalità, le cui connotazioni sono ben note, quali l'arroganza, la superbia e l'invidia del successo altrui, il fascino del potere e della bellezza e il diritto ad essere ammirati e ben visibili, cose estranee all'egoista, chiuso nella sua riservatezza e nei rapporti con gli altri, sfuggente o indifferente alla loro valutazione.

A chi volesse ampliare e aggiornare le sue conoscenze sul narcisismo e le sue numerose varianti raccomando la lettura di Vittorio Langiardi Arcipelag N. *Variazioni sul narcisismo*, Einaudi, Torino, 2021.

Nella nostra lingua ricorre la parola *avarizia* i cui sinonimi sono esosità, cupidigia, tirchieria e altri. Come non pensare che l'egoista di cui ho parlato poco prima non sia un avaro? L'avarizia è un vizio capitale. Ecco un altro esempio di una possibile consonanza semantica tra parole attinenti alla morale (non solo religiosa) e nello stesso tempo alla categoria delle relazioni interpersonali, di competenza della psicologia sociale e, nei casi della loro abnormità, della psichiatria (analoghe considerazioni potremmo fare per la *superbia* e l'*invidia*). Come non pensare che l'indifferente quale quello prima descritto non sia (anche) un egoista e un avaro?, per entrambi l'unico o il principale interesse è solo per Sé stessi e per ciò che ne giustifica la presenza nel mondo?

A mio avviso, dunque, *l'indifferenza, specie se, come spesso accade, coniugata all'egoismo, merita di essere considerata come un Disturbo della e non di Personalità*, che da singolo è andato dilagando nella collettività, acquisendo l'importanza di un vero e proprio problema sociale.

Di conseguenza, la psico(pato)logia - che è preliminare a qualsiasi psichiatria e ne legittima l'esercizio professionale - se ne deve occupare affinché la vocazione umanitaria e sociale della psichiatria ne rimanga un aspetto fondamentale. L'indifferenza, come la gramigna in un terreno

coltivabile, se non oggetto di attenzione da chi è preposto alla tutela della salute mentale - che è cardine di quella sociale, pubblica - porterà guasti ancora maggiori nel tessuto sociale di quelli finora già ampiamente rilevabili e rilevati. La gramigna è difficile da estirpare senza danneggiare l'erba sana. Anche l'indifferenza è difficile da individuare e rimuovere dalla forma di vita di un singolo o di un gruppo. Quando la definisco un possibile disturbo della personalità mi rendo conto che in mancanza di dati statistici non può essere un disturbo quale uno tra quelli inclusi nella contemporanea criteriologia diagnostica. Questi si chiamano Disturbi *di, e non della, Personalità* in quanto specifici di un settore particolare della stessa personalità. Un altro aspetto che la contraddistingue è quello di fruire di parole ritrovabili nell'elenco dei vizi capitali, anche da qui l'interrogativo nel titolo di questo saggio (avarizia, superbia, invidia). Il comportamento umano è spesso imprevedibile e talmente variabile da non poter essere costretto in un termine che lo definisca in modo esaustivo e non modificabile. A sua volta è labile il confine tra ciò che eticamente è comprensibile e giustificabile da ciò che non lo è sotto il profilo legislativo e magari anche psicosociale. L'esperienza insegna che non tutto ciò che non è sanzionabile dalla legge è eticamente e socialmente accettabile, e viceversa. L'indifferente che non viola la legge è dal punto di vista psicosociale e del comportamento un soggetto *abnorme*, che frantuma i rapporti con il prossimo. Anche essere avari o egoisti, complici dell'indifferenza, non significa violare la legge. Significa piuttosto ignorare che *i rapporti interpersonali esigono per essere validi solidarietà, ascolto, comprensione, fino in casi estremi, pietà.*

L'indifferente può apparire un uomo *banale*, che non dà fastidio a nessuno e pensa solo ai fatti propri. Anche Eichmann, feroce esecutore della soluzione finale degli ebrei, era per chi lo conosceva di persona o anche soltanto di vista un uomo banale, come lo descrive Hannah Arendt,

presente a Gerusalemme al suo processo. Intendo dire che sotto la coltre di un uomo banale, inoffensivo, può in realtà nascondersi una carica di aggressività pronta ad esplodere a seguito di una frustrazione, della paura di una perdita, dell'incapacità a tollerare la evaporazione di un proprio potere ritenuto inviolabile, come ad esempio - venendo ai nostri giorni - il possesso della propria donna (molti autori di femminicidi sono ritenuti da chi li conosceva o forse li scambiava per persone normali, indifferenti, insomma banali). Del resto non è difficile per l'indifferente mostrare parsimonia al posto dell'avarizia, prudente protezione dei propri beni al posto dell'egoismo.

L'indifferenza c'è anche se non si vede e non è citata nei classici testi o manuali. Zygmunt Bauman ha definito "liquida" la nostra società. Quella prima e soprattutto dopo la rivoluzione digitale: una società dove trovano troppo spazio l'incertezza e l'individualismo. Penso che anche l'indifferenza ne sia una conseguenza, accanto e al di là di tante ipotesi che si possano fare sul perché un soggetto nato e cresciuto in una famiglia socialmente integrata ad un certo punto della sua crescita diventi gradualmente indifferente a ciò che succede all'interno e all'esterno di detta famiglia. Qui entrano in gioco ipotesi di processi neurobiologici, psicodinamici, genetici, diseducativi, emulativi di atteggiamenti e comportamenti altrui.

In esergo ci sono le citazioni di Agostino, il primo e più importante esponente della letteratura cristiana e quella di Martin Heidegger, importante (e discusso) filosofo esistenzialista del novecento. Prese a sè, decontestuate, sembrano frasi che presuppongono potere e possesso: io voglio che tu ci sia, che tu esista, ho bisogno di te. A mio avviso indicano altro: amore, condivisione, senso della "prossimità". Come dire: siamo una unità fusionale in grado di esaudire le necessità stesse non del nostro sopravvivere, ma del nostro vivere (il *Da-sein* binswangeriano, l'Esser-ci, di matrice heideggeriana). L'amore inteso dunque come due estraneità che si incontrano e

per insondabili tracciati proseguono insieme nella vita.

In definitiva l'indifferenza c'è, non si vede ma c'è, un killer silenzioso che rischia di avvelenare i rapporti umani, intersoggettivi e poi interpersonali, già di per sé difficili, deteriorati, in troppi casi gravemente conflittuali. Ha ancora senso il detto cristiano di *amare il prossimo come sé stessi*? Direi di sì, se consideriamo che amare il prossimo come sé stessi vuol dire che bisogna anzitutto amare (anche) sé stessi, rimanendo però nell'ambito di un necessario e salubre amor proprio, necessario a dotare di senso la nostra mondana presenza. Se superiamo il confine e diamo una iperbolica importanza a detta presenza precipitiamo nella solitudine e rischiamo l'abisso da cui non si risale (se non come un fiore di cui recita il mito). *L'altruismo* è il contrario dell'egoismo e del narcisismo. Meriterebbe però una trattazione a parte.

Se si è indifferenti e congiuntamente egoisti e avari quel detto non può che essere disatteso. Bisogna ricostruire - ammesso che sia mai veramente esistita - *l'amicizia* fondata sul dialogo tra differenti generazioni e all'interno di una stessa generazione. Devono entrare in gioco la sociologia, la psicologia dell'età evolutiva, la conoscenza della storia, ovvero sia un nuovo sistema educativo e comunicativo per il quale però occorre una prudente utilizzazione degli strumenti tecnologici nuovi, nella consapevolezza che il super-potere che andranno ad acquisire possa impallidire la dimensione etica della persona umana.

A questo cambiamento la psico(pato)logia e la psichiatria clinica non possono, anzi non devono mancare. Se è vero, come è vero - e la storia lo testimonia - che entrambe sono discipline mediche ma nel tempo stesso diverse dalle altre e che la loro vocazione umanitaria e sociale non può essere messa in discussione, tutto ciò che attiene alla personalità le riguarda e le chiama in causa. Certo, non possono che agire e intervenire che in consonanza metodologica e finalistica con discipline contigue e già in precedenza citate. La psichiatria non consiste

solo nella diagnosi, nella cura e nella riabilitazione, ma anche nella *prevenzione* di anomalie, disturbi e malattie di sua competenza. Col portare tramite la prevenzione un contributo essenziale alla salute pubblica, e non solo a quella mentale. Se l'indifferenza quale quella oggetto di questo lavoro continuerà a prendere spazio nel tessuto sociale già in varie parti lacerato la responsabilità sarà anche nostra, in quanto operatori della pubblica salute. Per questo motivo ho voluto - non so se con successo o meno - richiamare l'attenzione su un problema diffuso ma invisibile che mina i tentativi di riportare in luce la condivisione di progetti e il principio della *solidarietà*, parola anch'essa contraria all'indifferenza. Ci sono molti pensieri che non riusciamo a comunicare perché ci mancano le parole idonee a dar loro il giusto significato. Anche perché, diciamolo con franchezza, molti pensieri che ci vengono in mente non li condividiamo.

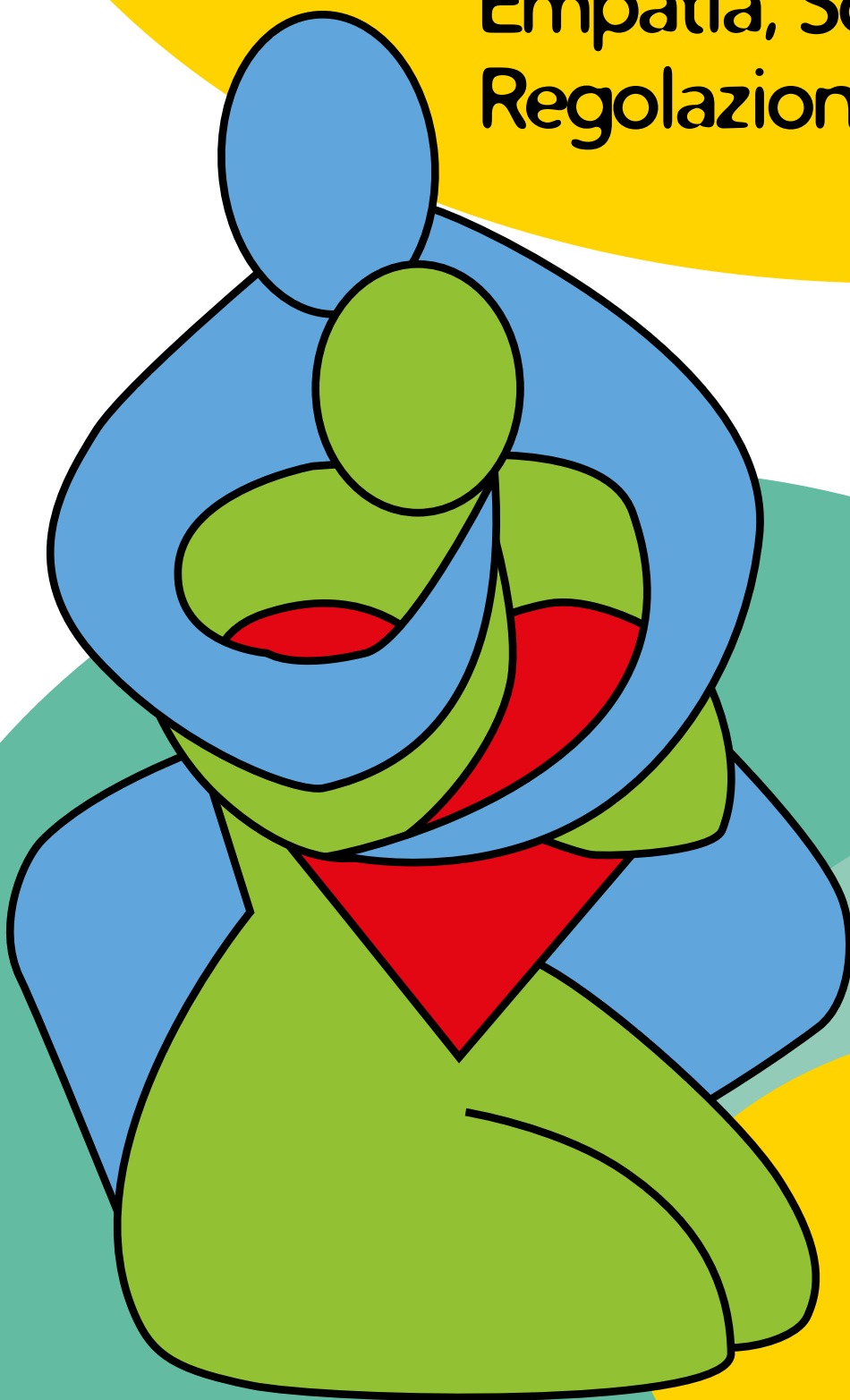
Quando ascoltiamo un paziente delirante spesso restiamo sorpresi come sia capace di farci comprendere i suoi vissuti più reconditi con parole introvabili nei vocabolari o il cui uso nel comune linguaggio è desueto. La mente, si sa, è un sistema plurilingue, anche se l'abuso farmacologico spesso ne penalizza la ricchezza.

In uno dei suoi aforismi Max Weber ha detto che per fare il possibile bisogna tentare l'impossibile. Che rientri in questo detto il mio tentativo di portare l'attenzione su un fenomeno pressoché invisibile, ma esistente, che si chiama indifferenza?

# XXVIII CONGRESSO NAZIONALE SOPSI



**Empatia, Socialità,  
Regolazione emotiva**



**Roma,  
21-23 febbraio 2024  
Ergife Palace Hotel**



## La scatola dei balocchi: studio esplorativo per la rilevazione dei comportamenti di azzardo nei giovani.

*Barbini D.\*; Caimi A.\*; Coppin P.°, Redaelli S. F.#, Scaramuzzino M. F.^, Micheli D.\*; Negri A.\**

### ABSTRACT

Il gioco d'azzardo, particolarmente nelle sue applicazioni "online", rappresenta un comportamento potenzialmente a rischio e spesso sottovalutato da parte della popolazione generale, e in particolare da quella giovanile. L'intento di questo articolo è presentare uno studio esplorativo svolto nell'ambito dell' ASST Santi Paolo e Carlo di Milano e pensato per valutare i più adeguati strumenti di screening per indagare i comportamenti di gioco d'azzardo nella popolazione tra i 14 e i 24 anni. L'indagine è stata svolta in tre fasi, effettuate prima, durante e dopo il periodo delle restrizioni legate alla pandemia da SARS-CoV-2, tra giugno 2019 e maggio 2022. Promotore della rilevazione è l'equipe Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP) della SC SerD Territoriale, la cui attività si rivolge ai minori e ai giovani adolescenti tra i 14 e i 24 anni. Lo screening si inserisce in un più ampio progetto di collaborazione interno al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze della ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, volto all'approfondimento su dati e ricerca clinica per intercettare bisogni e trattare precocemente le differenti forme di disagio mentale e i comportamenti a rischio nella popolazione target in oggetto.

### INTRODUZIONE

I recenti fatti di cronaca, che hanno coinvolto giovani sportivi coinvolti in scommesse illecite e in generale nel gioco d'azzardo, hanno acceso i riflettori su una problematica importante e spesso sottovalutata dall'opinione pubblica generale: l'esposizione di giovani e adolescenti a comportamenti potenzialmente a rischio, come il gioco d'azzardo, di fatto correlata alla possibilità di sviluppare un disturbo conclamato.

Il presente lavoro si iscrive in un più ampio progetto di collaborazione, nato all'interno dell'azienda ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), per intercettare bisogni e trattare precocemente differenti forme di disagio mentale o psicologico nella popolazione di età compresa tra i 14 e i 24 anni<sup>1</sup>.

Promotore della rilevazione è l'equipe Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP) della SC SerD Territoriale, la cui attività si rivolge ai minori e ai giovani di età compresa tra i 14 e i 24 anni che accedono ai servizi per le dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo, e alle loro famiglie. L'Equipe di DTP è diffusa nelle diverse sedi del SerD Territoriale, ha il suo coordinamento centrale presso la sede della Direzione di Struttura Complessa e svolge in equipe multidisciplinari un'attività istituzionale ordinaria: una delle finalità è studiare e promuovere un modello operativo che possa risultare attuale rispetto alla situazione epidemiologica e i bisogni osservati. Dal 2013 ad oggi, l'equipe DTP e la sua offerta si sono modificate e modulate per rispondere al cambiare della domanda e dei bisogni rilevati: sono state infatti intercettate le richieste

1. Recentemente l'età è stata rimodulata solo per il Centro Giovani Ponti (si veda a seguire) nella fascia 16-25 anni



di genitori sempre più preoccupati ed allarmati e accolte situazioni sempre più impegnative e complesse. Ciò ha condotto a riflessioni in merito al carico e alla gravità degli accessi dei giovani e quindi alle modalità di intervento. Nel senso e negli intendimenti dell'attività DTP è insita e sempre rinnovata la premessa di non rendere patologico un segnale né di trascurarlo con l'obiettivo di prima istanza di promuovere la ricerca del significato sotteso al consumo della sostanza o al comportamento.

I principali partner all'interno dell'ASST Santi Paolo e Carlo, in merito alla presente rilevazione, sono stati Centro Giovani Ponti (CGP), SerD Penale Minorile "Spazio Blu" (SC SerD Penitenziario) e Consulitori Familiari Integrati (CFI).

Il Centro Giovani Ponti (CGP) si occupa di adolescenti e giovani fino ai 25 anni, portatori di varie forme di disagio, malessere o sofferenza psicopatologica all'esordio o strutturatesi in comportamenti o espressioni sintomatiche. Il CGP lavora in stretta connessione con la Psichiatria, la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e il SerD, rappresentando un servizio accessibile e poco connotato seppure rivolto anche ad una utenza potenzialmente grave.

"Spazio Blu" è la struttura specialistica aziendale dedicata ai minori e ai giovani fino ai 21 anni con disturbi da uso di sostanze psicoattive o di dipendenza patologica e sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Il servizio si rivolge anche alle loro famiglie.

I Consulitori Familiari Integrati sono un servizio multiprofessionale che si prende cura delle singole persone, della coppia e della famiglia nei diversi momenti del loro ciclo di vita offrendo risposte a situazioni di crisi o di difficoltà e a domande su come affrontare cambiamenti nei propri percorsi di vita e di relazione, ponendo una particolare attenzione ai soggetti giovani e in età adolescenziale.

La necessità di prevedere una stretta collaborazione tra questi Servizi nasce dalla crescente diffusione del consumo di sostanze tra gli adolescenti e i giovani adulti, documentata dai dati ufficiali relativi al nostro Paese. Se-

condo i risultati dello studio ESPAD® (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Italia condotto nel 2021 - riportati nella preliminare Relazione al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia 2021 - 621 mila studenti tra i 15 e i 19 anni (24,1% del totale) hanno riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita, talvolta ignorandone contenuto ed effetti (Biagioni et al., 2021). La cannabis è la sostanza illegale maggiormente utilizzata seguita da New Psychoactive Substances (NPS), da cocaina e altri stimolanti, allucinogeni e infine oppiacei. Lo stesso studio indaga anche le condotte di Gioco d'Azzardo della popolazione studentesca, rilevando che nel corso del 2021 oltre 1 milione di studenti italiani di età compresa tra i 15 e i 19 anni hanno giocato d'azzardo almeno una volta. I comportamenti di gioco sono stati analizzati utilizzando il South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (SOGS-RA) (Colasante et al., 2014): dai risultati si evince che il 6,6% del totale presenta un profilo di gioco problematico, con una significativa prevalenza per il sesso maschile ( $M=9,2\%$ ;  $F=3,0\%$ ). Rientrano in questa definizione ad esempio soggetti che hanno contratto debiti o sottratto denaro per giocare, che hanno fatto assenze a scuola dovute al gioco o che hanno pensato di non poter smettere di giocare e/o hanno avuto discussioni con amici e parenti a causa del gioco. Inoltre, il 10,8% del totale ha un profilo di gioco a rischio di sviluppare problematicità.

Parallelamente i dati pubblicati dal libro blu di Agenzia Dogane e Monopoli mostrano che nel 2020 i giovani (fascia 18-24 anni) hanno aperto 1.200.000 conti di gioco sui 2.700.000 complessivi aperti ex novo in tale periodo (Agenzia Accise, Dogane e Monopoli, 2021). Nonostante nel nostro Paese sia illegale giocare per gli "under 18", si stima che il 39,2% del totale degli studenti minorenni abbiano giocato d'azzardo nel corso dell'anno. Il 31,5% degli studenti di età inferiore ai 18 anni ha riferito che gli è stato impedito di giocare denaro poiché vietato, ma con l'avvicinarsi alla maggiore età si assiste ad un progressivo

aumento delle percentuali di giocatori, particolarmente per i soggetti maschili.

I giovani giocano d'azzardo e spesso lo fanno online. Partendo da questo assunto va considerato che fino al 2019 la maggior parte della raccolta del gioco d'azzardo in Italia avveniva sul canale "fisico" (i.e slot machines, videolottery, centri scommesse); la pandemia con la chiusura dei centri di gioco tradizionali ha sostenuto l'offerta online, che nel 2020 per la prima volta ha superato la raccolta "fisica" (49 miliardi di Euro raccolti online vs i 39 miliardi raccolti dalla rete tradizionale)<sup>3</sup>. Tale dato si è poi confermato nel 2021 quando i punti gioco erano ormai riaperti, con la raccolta online che ha ulteriormente staccato quella "fisica" (67,2 miliardi di Euro vs 44 miliardi), delineando un trend che dal 2016 ha visto la raccolta online crescere del 215% (Agenzia Accise, Dogane e Monopoli, 2022).

È opportuno precisare che il gioco d'azzardo, anche quando è poco frequente e di modesta spesa, non è un comportamento a "rischio zero" (Bellio, 2021): esiste una correlazione lineare fra il giocare d'azzardo e i rischi connessi. Come in tutte le popolazioni di fronte a comportamenti rischiosi, solo una parte subisce dei danni, ma la modalità di gioco online e lo stigma/credenza sociale fa sì che questo danno o questo rischio non siano facilmente individuabili.

A tale tema si correla strettamente quello del gaming, sia online che offline, il quale in alcuni casi può rappresentare occasione per socializzare ma anche un comportamento potenzialmente a rischio di divenire una vera e propria addiction. In tal caso può associarsi a un peggioramento del funzionamento generale e del rendimento scolastico. Di per sé il gaming non descrive un comportamento patologico bensì un comportamento diffuso in modo ubiquitario ed accettato nella popolazione generale ed in modo particolare in quella studentesca. Dal test ESPAD® emerge che il 21,3% degli studenti giocatori risulta avere un profilo di gioco a rischio, con percentuali quasi doppie fra i soggetti di sesso maschile.

Tra questi si osservano comportamenti quali eccessivo tempo speso a giocare, alterazioni dell'umore e contrasti con la famiglia.

## MATERIALI, METODI E OBIETTIVI

Questo studio esplorativo è stato pensato per valutare i più adeguati strumenti di screening per indagare i comportamenti di gioco d'azzardo e gaming nella popolazione tra i 14 e i 24 anni, al fine di strutturare un protocollo di indagine condiviso per future rilevazioni.

L'indagine si è svolta in tre fasi che hanno profondamente risentito della pandemia e dei tempi e delle limitazioni da essa dettati. Intenderemo per "primo", "secondo" e "terzo" gli screening sul target 14-24 anni effettuati prima, durante e dopo il periodo pandemico. Inizialmente (giugno 2019 - marzo 2020) lo screening sui comportamenti di gioco aveva tra i suoi obiettivi quello di una rilevazione del fenomeno da riportare all'interno di un convegno patrocinato da Regione Lombardia che vedeva tra gli altri la partecipazione di ASST Santi Paolo e Carlo e ATS Città Metropolitana di Milano.

L'avvento della pandemia ha comportato inizialmente uno slittamento dei tempi di attuazione con la conseguente decisione del gruppo di lavoro di orientare la rilevazione ad un approfondimento sui dati, sulla ricerca clinica e sull'approccio diagnostico e terapeutico.

Nel periodo tra giugno 2019 e marzo 2020 è stato condotto un primo screening all'interno della SC Ser.D Territoriale e presso il Centro Giovani Ponti, utilizzando i questionari Lie-bet (Johnson et al., 1998) e Canadian Problem Gambling Index (CPGI)/Problem Gambling Severity Index (PGSI) (Colasante et al., 2013).

Il Lie-Bet è uno screening rapido a due domande (SI/NO); le due domande sono state selezionate facendo riferimento ai criteri del DSM-IV, identificati come i migliori predittori di gioco d'azzardo patologico.

In caso di positività anche a solo uno dei due quesiti è stato somministrato anche il PGSI (Ferris & Wynne, 2001), screening a 9 item che quantificano la gravità dei

comportamenti di gioco, su una scala “mai/talvolta/la maggior parte delle volte/quasi sempre”. Il PGSI è una estrapolazione del più ampio CPGI, questionario a 31 items sul comportamento di gioco. Il questionario è uno strumento affidabile utilizzato per fare una valutazione sui diversi livelli di gravità dei comportamenti di gioco d’azzardo, in modo da intercettare chi ha già sviluppato un disturbo o può esserne a rischio.

Attraverso l’esito delle risposte date è possibile calcolare un punteggio finale che restituisce un profilo dei rischi per il giocatore (1 - 2 punti Giocatore a basso livello di rischio, 3 - 7 punti Giocatore a medio livello di rischio, 8 o più punti Giocatore con una condizione problematica).

Il Dr. Bellio (Bellio, 2020) tuttavia suggerisce che il termine “rischio” potrebbe essere fuorviante poiché il questionario mette in luce la gravità delle conseguenze subite a causa del gioco d’azzardo. Sarebbe quindi forse più opportuno definire i livelli in termini di “giocatore con conseguenze di lieve entità” (1-2 punti), “di media entità” (3-7 punti) e “di entità problematica” (8 o più punti).

Una seconda rilevazione è stata condotta presso la SC SerD Penitenziario, Consultori Familiari Integrati (CFI), e CGP. In questa fase, la rilevazione si è svolta da marzo 2020 ad agosto 2021, utilizzando come strumenti il PGSI e il Lie-Bet.

Infine, da gennaio a maggio 2022, si è pensato a un ultimo screening che potesse meglio adattarsi alla

ricerca sui soggetti target ed è stato quindi sottoposto il questionario SOGS-RA ai giovani afferenti ai servizi DTP, CGP, Spazio Blu e alle due sedi dei CFI, che si occupano di adolescenti in accesso spontaneo (CFI di via Monreale e CFI di via Boifava). Il test è strutturato su 12 items con valore di 1 punto ciascuno: le domande indagano i segnali e i campanelli di allarme rispetto a problemi di gioco d’azzardo e ai sintomi correlati. Come nei precedenti test la somma del punteggio totale fornisce una indicazione sul profilo dei giocatori con tre categorie: 0-1 (assenza di comportamento a rischio); 2-3 (at-risk); 4 o più (problem gambling).

## RISULTATI

### Primo Screening

Lo screening è stato condotto presso il Centro Giovani Ponti (che ha raccolto la quasi totalità dei questionari raccolti) e presso i SerD della ASST Santi Paolo e Carlo. Sono stati raccolti e registrati 163 questionari:

- 22 soggetti hanno registrato conseguenze di lieve entità (13,50% del totale)
- 16 soggetti hanno registrato conseguenze di media entità (9,82% del totale)
- 13 soggetti hanno registrato conseguenze di entità problematica (7,98% del totale)

(TABELLA 1)

Il 31,29% della popolazione è risultato positivo all’inda-

**Tabella 1: Risultati primo screening**

Risultato	Totali	Percentuale	Totali SC SerD	Totali Centro Giovani Ponti
non problematico	112	68,71%	8	104
lieve entità	22	13,50%	7	15
media entità	16	9,82%	7	9
entità problematica	13	7,98%	4	9
	163			

gine: di questi, meno della metà ha un gioco con conseguenze di lieve entità mentre il 17,79% ha un gioco con conseguenze di entità media e problematica.

### Secondo screening

Lo screening è stato condotto da marzo 2020 ad agosto 2021. Sono stati raccolti 141 questionari (50 nei SerD territoriali, 24 presso il Centro Giovani Ponti, 15 nei Consultori; 52 presso Spazio Blu) dai quali vanno tolti 3 screening somministrati a over 24 anni, per un totale di 138 screening considerati (TABELLA 2). Tra questi, ben il 93,47% non ha rilevato alcun problema, mentre il 100% di chi ha punteggi positivi è stato intercettato nei SerD e presso Spazio Blu.

### Terzo screening

Abbiamo infine optato, nel terzo screening, per l'utilizzo di uno strumento unico e validato per il target in oggetto: il questionario SOGS-RA. Lo screening è stato condotto da gennaio 2022 a maggio 2022: vi hanno partecipato, come nel secondo screening, DTP, Spazio Blu, CFI Boifava e CGP (TABELLA 3).

Con questo strumento, applicato al medesimo ambito nel post pandemia, le percentuali di positività si alzano al 15,38% contro il 6,52% del secondo screening che aveva individuato punteggi clinicamente significativi solo all'interno dei Servizi per le Dipendenze. Nel sottogruppo "Centro Giovani Ponti" sono stati raccolti dati riguardanti 24 individui con un'età media di 19 anni. Tra questi uno è risultato un soggetto a rischio; un altro partecipante è

Tabella 2: Risultati secondo screening

Risultato	Totali	Percentuale	SerD	Consultori Familiari	CGP	Spazio Blu
non problematico	129	93,47%	41	15	24	49
lieve entità	2	1,45%	2	0	0	0
media entità	3	2,17%	2	0	0	1
entità problematica	4	2,90%	3	0	0	1
	138					

Tabella 3: Risultati terzo screening

Risultato	Totali	Percentuale	SerD	Consultori Familiari	CGP	Spazio Blu
no problem	88	84,62%	39	14	22	13
at-risk	7	6,73%	6	0	1	0
problem gambling	9	8,65%	6	0	1	2
	104					

risultato un giocatore problematico per quanto concerne il gaming. Entrambi i soggetti (8,33%) sono studenti di scuola secondaria superiore. Nel sottogruppo “Diagnosi e Trattamento Precoce” sono stati raccolti 51 questionari dei quali 6 sono risultati come “problem gambling” (11,76%) e 6 come “at-risk” (11,76%). Il 23,52% degli intervistati ha quindi un comportamento di gioco di interesse clinico.

Nel sottogruppo “Spazio Blu” composto da 15 screening sono stati rilevati solo 2 soggetti con punteggio di “problem gambling” (13,33%); nel sottogruppo “Consultorio Familiare” non sono stati rilevati punteggi indicativi su un totale di 14 questionari raccolti.

## DISCUSSIONE

Nel corso del primo screening effettuato tra giugno 2019 e marzo 2020 è stata condotta un’indagine specificamente rivolta al campione di pazienti 14-24 anni afferenti ai servizi per le Dipendenze e al Centro Giovani Ponti. Visto il coinvolgimento del Centro Giovani Ponti, che non si occupa di dipendenze, abbiamo optato per una semplificazione dell’impianto eliminando il Lie-Bet e somministrando direttamente il PGSI in forma anonima. Tale scelta, se da una parte facilita la compilazione da parte dei giovani e giovanissimi che non hanno timore di essere “etichettati”, dall’altro richiede un’attenzione in più da parte degli operatori che somministrano il test, al fine di interpretarne i risultati e rilevare l’opportunità di un’offerta terapeutica mirata al Disturbo da Gioco d’Azzardo o al rischio di svilupparlo.

Pur avendo utilizzato strumenti di rilevazione diversi rispetto allo studio ESPAD (PGSI vs SOGS-RA), i dati raccolti restituiscono una situazione più preoccupante nei giovani che sono già in contatto con una propria sofferenza psichica o comportamentale, in quanto già afferenti al DSMD: nello screening in questione si rileva un 7,98% di comportamenti di gioco con conseguenze problematiche contro il 6,6% registrato da ESPAD.

Se nel primo screening abbiamo escluso il Lie-Bet

per semplificare la rilevazione, avendo coinvolto solo i colleghi del CGP, nel secondo (marzo 2020-agosto 2021) coinvolgendo anche altri Servizi (Consultori Familiari e Spazio Blu) abbiamo voluto sperimentare l’utilizzo degli stessi questionari di screening in uso presso i SerD: ciò è stato realizzato con l’intento di esportare una modalità di osservazione del fenomeno. Questa rilevazione sui giovani di 14-24 anni durante la pandemia racconta di una gravità delle conseguenze del gioco d’azzardo decisamente più modesta del primo screening. Infatti la popolazione “at risk” che comprende i giocatori con conseguenze di lieve-media e problematica entità si attesta al 6,52% contro il 31,3% del primo screening: un dato di “positivi” molto minore e concentrato sui servizi per le Dipendenze. Interrogandoci rispetto a ciò, una delle spiegazioni ipotizzate dal gruppo di lavoro è stata che il Lie-Bet potrebbe essere uno strumento poco sensibile, in particolare nei confronti di soggetti giovani: questi ultimi potrebbero non aver ancora sviluppato la percezione della problematicità di alcuni comportamenti come la sottovalutazione dei rischi o l’eccessiva spesa di denaro. Il Lie-Bet potrebbe dunque essere uno strumento più tarato per chi ha già un Disturbo conclamato piuttosto che uno strumento atto ad intercettare una diagnosi precoce. A supporto di questa nostra interpretazione si rileva che durante il lockdown c’è stata una chiusura generalizzata dell’offerta di gioco in presenza, ma la rilevazione del Libro Blu testimonia di un netto aumento del gioco online: in particolare una larga quota dei nuovi conti di gioco online sarebbero stati aperti da persone con un’età inferiore di 24 anni.

Nel terzo screening la scelta rispetto al questionario utilizzato è ricaduta su SOGS-RA. Il SOGS è un questionario datato che ha avuto alterne fortune nella pratica clinica: talvolta giudicato troppo “rigido” nell’indagare un comportamento “life-time” (le domande prevedono che, una volta risposto positivamente, questa risposta inevitabilmente si mantenga costante nel tempo), a volte troppo sensibile e con cut-off così bassi che è quasi inevi-

---

tabile risultare anche solo debolmente positivi. Se con gli adulti questi limiti lo rendono in alcune situazioni poco adatto nella pratica diagnostica, con i giovani, nella sua versione “RA” e con l’indicazione di pensare agli ultimi 12 mesi, rappresenta uno strumento agile, ripetibile e ad ampio raggio per la stratificazione della nostra popolazione, permettendo di ripetere lo screening nel tempo e delineare un andamento. Utilizzando tale strumento il nostro terzo screening ha rilevato una percentuale di giocatori “at risk” e francamente problematici superiore al 15%, con i secondi pari al 8,65%, confermando una situazione maggiormente preoccupante a confronto con la rilevazione ESPAD del 2021. Infine, la maggior prevalenza di giocatori a rischio e francamente problematici nella popolazione che afferisce ai Servizi per le Dipendenze, ha permesso al gruppo di lavoro di ipotizzare due spiegazioni che dovranno essere corroborate da ulteriori studi. La prima giustificazione ci porta a pensare che lo screening effettuato possa essere più sensibile nella suddetta popolazione; dall’altro lato, è altrettanto plausibile che il rischio o il problema di gioco siano più probabili in soggetti consumatori di sostanze.

La nostra ricerca intende essere una “fotografia” di una situazione in progressivo mutamento ed ha avuto lo scopo di esplorare le abitudini e i comportamenti di gioco di adolescenti e giovani, in modo da ipotizzare future linee diagnostiche e di trattamento in un ambito ancora spesso sottovalutato. A tal fine sarà importante proseguire in una raccolta di dati ulteriormente raffinata e perfezionata. Per sua stessa natura lo studio presenta limitazioni: in primo luogo, se da un lato questa indagine ci ha permesso di individuare gli strumenti a nostro avviso più adatti per indagare il fenomeno, dall’altro lato la scelta di utilizzare diversi questionari nelle varie fasi di raccolta dati non ha permesso di confrontare efficacemente i risultati ottenuti. Lo stesso può dirsi rispetto alla scelta dei campioni di popolazione, che differiscono nelle tre successive rilevazioni e non permettono quindi un confronto prospettico dei risultati. Questo in parti-

colare non ha permesso un’analisi puntuale del trend nei tre periodi presi in considerazione (pre-pandemia, lockdown, post-lockdown). In terzo luogo, anche a causa delle limitazioni dovute al periodo pandemico, non sono stati raccolti alcuni dati dei partecipanti, precludendo la possibilità di raccogliere ulteriori informazioni (anagrafica, tipo di gioco, eventuale comorbidità psichiatriche) e di ipotizzare l’esistenza di associazioni causali tra le variabili considerate. Nonostante i limiti dello studio, il proposito dell’equipe è quello di sviluppare e condividere riflessioni in merito alla scelta degli strumenti diagnostici disponibili, con la finalità di orientare la futura ricerca clinica e le proposte terapeutiche in un ambito spesso ignorato o sottovalutato, sia nell’ambito della salute mentale che nella popolazione generale. Ci auguriamo che lo studio possa contribuire a diffondere una necessaria attenzione su una tendenza straordinariamente attuale, anche fuori da contesti di cura strettamente connessi ai Servizi per le Dipendenze: intercettare un tale comportamento non privo di rischio e ormai diffuso globalmente anche tra gli adolescenti e i giovani adulti può rappresentare una risorsa importante per questi ultimi e un impegno fondamentale per i Servizi che si occupano di loro.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

- \* *Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, SC SerD  
Territoriale, SS SerD Boifava, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*
- ° *Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, SC SerD  
Territoriale, SS SerD Gola, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*
- # *Dipartimento Materno Infantile, Area Territoriale, Consultorio  
Familiare Integrato Remo la Valle, ASST Santi Paolo e Carlo,  
Milano*
- ^ *Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, SC Dipendenze, SS  
SerD Canzio, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano*

CORRISPONDENZA A:

*Attilio Negri*

*[attilio.negri@asst-santipaolocarlo.it](mailto:attilio.negri@asst-santipaolocarlo.it)*

*349 69 30 843*

## BIBLIOGRAFIA:

1. Biagioni S., Sacco S., Molinaro S. *Rapporto di ricerca sui comportamenti a rischio tra la popolazione studentesca attraverso lo studio ESPAD\** (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Consiglio Nazionale delle Ricerche IFC - Istituto di Fisiologia Clinica, CNR edizioni, Roma 2021
2. Agenzia Accise, *Dogane e Monopoli (2021)*, Relazione Libro Blu 2020 in Libro Blu 2020
3. Colasante E, Gori M, Baštiani L, Scalese M, Siciliano V, Molinaro S. *Italian adolescent gambling behaviour: Psychometric evaluation of the South Oaks gambling screen—revised for adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students*. *Journal of Gambling Studies*, 2014, 30(4):789-801
4. Agenzia Accise, *Dogane e Monopoli (2022)*, Relazione Libro Blu 2021 in Libro Blu 2021
5. Bellio G. *Le curve di rischio dell'azzardo: perché è importante studiarle e definirle*. *ALEA Bulletin IX 2/2021*
6. Johnson E.E., Hamer R.M., Nora, R.M. *The Lie/Bet Questionnaire for Screening Pathological Gamblers: A Follow-up Study*. *Psychological Reports*, 1998, 83(3\_suppl), 1219-1224. <https://doi.org/10.2466/pro.1998.83.3f.1219>
7. Bellio G. *Facciamo chiarezza sul Canadian Problem Gambling Index-CPGI*, in *ALEA Bulletin VIII 3/2020*
8. Colasante E. Gori M. Baštiani L., Siciliano V., Giordani P. Grassi M., Molinaro S. *An Assessment of the Psychometric Properties of Italian Version of CPGI*. *Journal of Gambling Studies*, 2013, 29(4):765--74. doi:10.1007/s10899-012-9331-z.
9. Ferris J., Wynne H. *The Canadian Problem Gambling Index: Final report*. Canadian Centre on Substance Abuse. Ottawa, Canada: Canadian Consortium for Gambling Research, 2021



# Stigma e malattia mentale: opinioni ed atteggiamenti all'interno dei servizi di cura

## Indagine multicentrica nel territorio lombardo

Costa A. \*, Camastra M.°, Zilioli L. ^

### ABSTRACT

Nell'ambito della salute mentale, la qualità della vita è associata a quegli approcci orientati al miglioramento dello sviluppo personale e delle condizioni di vita, individuali, relazionali e sociali, delle persone con disturbi o disagi psichici. Per parlare di qualità della vita non è però sufficiente considerare l'insieme dei fattori che compongono uno stato di benessere, ma bensì ampliare tale concetto anche alle percezioni, comportamenti e condizioni che riflettono l'idea di benessere della persona stessa. In particolare, si evidenzia che la stigmatizzazione percepita dai pazienti psichiatrici, insieme alla tendenza a essere classificati, hanno effetti negativi sulla loro soddisfazione e qualità di vita (Schalock, R. Verdugo Alonso, M. 2012).

Partendo dal concetto di stigma come fenomeno sociale, è stata costruita l'ipotesi di ricerca riguardante la presenza di opinioni stigmatizzanti tra i professionisti che quotidianamente si occupano di salute mentale, in quanto parte di una struttura sociale che costruisce in modo passivo e inconscio il proprio bagaglio di credenze e di concetti. La ricerca si pone l'obiettivo di analizzare la presenza e, successivamente, il livello di opinioni stigmatizzanti presenti all'interno dei servizi per la salute mentale in Lombardia e quali variabili sociodemografiche sono in grado di condizionare le opinioni del professionista. È stata dunque effettuata una ricerca all'interno dei servizi, pubblici e privati, dei territori di Brescia, Bergamo e Cremona, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo e a partecipazione volontaria, in grado di analizzare il livello di stigma (*Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale 4-MICA 4-*), le opinioni degli

operatori nei confronti delle principali patologie psichiche e porre tali fattori in correlazione con le variabili socio-demografiche designate.

La ricerca ha permesso di evidenziare la presenza di opinioni ed atteggiamenti stigmatizzanti da parte dei professionisti che si occupano di salute mentale e che possono, dunque, influire sull'esito e sulle strategie riabilitative. Dall'analisi dei dati, si evince la presenza di una distinzione di opinioni tra le diverse categorie professionali, con una prevalenza di opinioni stigmatizzanti tra le categorie professionali degli assistenti sociali, psicologi e infermieri. Proseguendo, emerge inoltre la prevalenza di atteggiamenti stigmatizzanti da parte degli operatori più giovani e con minor esperienza lavorativa nel campo della salute mentale; mentre le variabili inerenti al sesso, crediti per formazione specifica conseguiti e natura giuridica del servizio non hanno evidenziato correlazioni con lo stigma statisticamente rilevanti.

Il fenomeno dello stigma necessita ulteriori studi ed approfondimenti, ma attraverso questa ricerca è stato possibile riflettere in merito alla formazione che i giovani operatori ricevono, ma, soprattutto, riguardo le competenze di autoanalisi ed autocritica che si maturano con l'esperienza. Va ricordato che essere un professionista non esclude il fatto di essere un individuo all'interno di una società in grado di influire sulle modalità di apprendimento e di comportamento, che risultano essere parte della normalità. È essenziale che gli operatori della salute e della cura vengano formati, non solo sulle specifiche competenze tecniche, ma anche sullo sviluppo di doti di riflessività, responsabilità umana e impegno personale e di ascolto, con la finalità di favorire la percezione e la critica nei confronti dell'agire professionale, incrementando la consapevolezza di come la presenza di uno stigma radicato e, inconsciamente esercitato, sia fortemente condizionante la qualità della vita dei pazienti, sotto l'aspetto relazionale e sociale, ma, soprattutto, può condurre ad effetti negativi sul percorso riabilitativo e terapeutico del paziente.

## INTRODUZIONE

Le rappresentazioni sociali corrispondono all'insieme delle idee, valori e credenze che vengono condivise, spesso inconsciamente, tra i membri di un determinato gruppo sociale o comunità e da sempre alla base dei processi sociali (Moscovici, 2005). La loro influenza sull'agire umano è determinata dalla capacità intrinseca, che possiedono, di svolgere il ruolo di mediatore tra il mondo esterno e la percezione soggettiva; si configurano pertanto come un principio organizzatore della conoscenza, costantemente in movimento e che varia in rapporto al contesto, dando significato alla realtà circostante.

L'atto di rappresentazione si sviluppa e si tramanda all'interno di ogni società e cultura, portando ciascun individuo a interiorizzare una serie di immagini e preconcetti verso ciò che è ignoto, con l'obiettivo specifico di renderlo familiare e in questo modo mantenere il proprio ordine interno, difendendosi dalla paura di ciò che è sconosciuto. Nella persona adulta il fenomeno di rappresentazione conduce alla formazione di stereotipi e pregiudizi, verso un gruppo di persone a cui sono state affidate specifiche caratteristiche distinguibili; è un meccanismo involontario che si modifica con le esperienze personali ed il grado di consapevolezza acquisita con l'età, ma che si manifesta in ogni individuo sociale.

L'atto di rappresentazione coinvolge numerosi contesti, tra cui quello medico-sanitario, all'interno del quale i sistemi di riferimento socio-cognitivi portano alla costruzione di idee personali sulla salute e sulla malattia e sul malato che si traducono in comportamenti e azioni nella pratica professionale quotidiana.

Strettamente correlato all'atto di rappresentazione vi è quello di stigmatizzazione. Il termine stigma (Goffman, 1963) corrisponde all'attribuzione di connotazioni negative a un membro, o a un determinato gruppo, della comunità, attraverso modalità inconsce che portano alla categorizzazione di individui sulla base di attributi considerati non ordinari. Esso non dipende da un'intenzione critica deliberatamente esercitata, ma avviene attraverso

l'apprendimento passivo di concezioni negative verso ciò che è percepibile come diverso. Ciò che accomuna questi processi è il fatto di essere inconsci. La consapevolezza dello stigma tende a ridurlo e persino eliminarlo, ma la difficoltà risiede proprio nel percepirne la presenza: esso corrisponde a una forma di consenso e a una corrispondente pratica collettiva interiorizzata a livello socio-culturale.

Quotidianamente si può osservare la presenza di molte categorie di persone stigmatizzate a causa di caratteristiche percepite come disturbanti e devianti, sotto il profilo fisico, psichico, etnico e di orientamento religioso o sessuale. La paura per l'ignoto ed il diverso, favorisce la categorizzazione, vale a dire quel processo cognitivo in grado di elaborare le informazioni provenienti dall'ambiente, permettendo di suddividere oggetti, eventi e persone in categorie mentali (Vender *et al.*, 2005). Se tale processo da un lato è fondamentale, in quanto favorisce il senso di appartenenza ad un gruppo e conseguentemente permette di costruire la propria identità e ridurre l'incertezza, dall'altro comporta relazioni conflittuali o di discriminazione verso gruppi differenti, i quali vengono visti come pericolosi o da evitare.

In questa prospettiva le persone affette da disturbi psichici hanno rappresentato una categoria da sempre fortemente stigmatizzata (Goffman, 1968) ed ancora oggi, nonostante i profondi cambiamenti intervenuti dagli anni '70 del secolo scorso in avanti, permangono le istanze espulsive, l'angoscia e la paura per il diverso. Tutt'oggi la società elabora, seppur in maniera meno esplicita, dispositivi per tentare di circoscrivere la follia. Il legame tra malattia mentale e società oscilla tra i concetti cruciali del pregiudizio, del timore, della tolleranza, mostrando spesso contraddizioni che fanno sembrare difficilmente raggiungibile una reale integrazione. L'imprescindibile interazione tra individuo e ambiente può condurre a l'interiorizzazione dello stigma anche da parte del soggetto (*self stigma*), vale a dire il processo mediante il quale la persona stigmatizzata accetta, o ritiene veritiera, la valutazione negativa della società nei

confronti della sua categoria, incorporandola nel proprio sistema di valori personali e nel senso di sé.

Dunque, tale interiorizzazione comporta non solo danni psicologici causati da fenomeni sociali, che possono condurre a situazioni di svalutazione, vergogna, segretezza e rinuncia, innescate dagli stereotipi negativi interiorizzati e percepiti, ma anche ad un grave effetto sull'autoestima e la percezione del sé (Vender *et al.*, 2005). Il malato mentale con stigma percepito risulta avere una qualità di vita significativamente peggiore rispetto alla popolazione: più limiti nel lavoro, nella ricerca di un'abitazione e maggiori ostacoli nell'integrazione e costruzione di relazioni sociali. Questi fattori concorrono nel condizionare il benessere fisico e psichico della persona (Alonso *et al.*, 2009).

## LA RICERCA

Sulla base di tali dinamiche fortemente radicate a livello individuale e sociale, si è deciso di procedere con il presente studio, con lo scopo di verificare l'esistenza, o meno, di atteggiamenti e opinioni stigmatizzanti nei confronti della malattia mentale, all'interno dei servizi psichiatrici pubblici e privati, partendo dal concetto di stigma quale fenomeno sociale profondamente radicato nell'agire umano e che, dunque, comprende anche i professionisti che quotidianamente si interfacciano al disagio psichico, e in caso affermativo, di analizzare le variabili che vanno ad influire sul grado di stigma presente. L'ambito territoriale interessato dalla nostra indagine è quello della Lombardia Orientale, comprendente le province di Bergamo, Brescia, Mantova e Cremona.

## MATERIALI E METODI

### Disegno di studio

È stato effettuato uno studio quantitativo, attraverso la somministrazione del questionario *Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale 4 (MICA 4)*, a cui è stata fatta precedere una scheda socio-demografica che, oltre a genere, età e tipologia di servizio (pubblico o privato

accreditato), ha consentito di indagare su: a) categoria professionale di appartenenza; b) anzianità di lavoro all'interno dei servizi psichiatrici; c) formazione specifica svolta in ambito di salute mentale; d) opinione generale dei professionisti in merito ai loro pazienti.

### **Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale 4 (MICA 4)**

La scala MICA4 è stata sviluppata nel 2013 all'interno dei servizi sanitari e del dipartimento di ricerca sulla popolazione, presso lo Institute of Psychiatry del King's College di Londra e sottoposta a convalida psicometrica da parte del National Institute for Health Research (NIHR), all'interno del programma sulla stigmatizzazione e la discriminazione verso la salute mentale. Lo strumento nella sua versione italiana (Lanfredi *et al.*, 2019) si compone di una scala di autovalutazione composta da 16 elementi misurati su una scala Likert a 6 variabili (da 6 = fortemente d'accordo a 1 = molto in disaccordo) che valuta gli atteggiamenti nei confronti della malattia mentale in generale. Per ogni item viene dato un punteggio standardizzato ed il punteggio totale è dato dalla somma di tutti gli items; pur non essendo stato definito un valore soglia, risulta che ad un punteggio complessivo elevato corrisponda un atteggiamento del professionista più stigmatizzante e viceversa.

### **Opinione dei professionisti circa i loro pazienti**

Si sono volute esplorare anche le opinioni dei professionisti, misurate sempre attraverso una scala Likert a 7 variabili, circa le patologie che, a loro giudizio, risultano essere più complesse o più semplici da trattare; nello specifico è stato chiesto di esprimere un'opinione sui seguenti disturbi psichici: **a)** disturbi dissociativi, **b)** disturbi del comportamento alimentare, **c)** disturbi dell'umore, **d)** disturbi ossessivo-compulsivi, **e)** disturbi di personalità, **f)** dipendenze.

La somministrazione degli strumenti è avvenuta per via telematica, stante il perdurare dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19; nello specifico, sono

---

state contattate complessivamente nove Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e venti Enti privati accreditati di cui solo un terzo ha aderito al progetto di ricerca.

In questo modo sono stati raggiunti 163 operatori afferenti a 13 servizi delle provincie di Bergamo, Brescia e Cremona<sup>1</sup>.

### Strumenti per l'analisi statistica

L'analisi statistica dei dati raccolti è partita dal rilevamento della presenza o meno di opinioni ed atteggiamenti stigmatizzanti all'interno dei servizi psichiatrici, nonché del grado di frequenza e gravità con cui esso si verifica, effettuando lo *scoring* del MICA4.

Una volta ottenuto un quadro generale del livello di stigma all'interno dei servizi, si è proceduto con l'analisi statistica dei dati, con l'obiettivo di individuare eventuali correlazioni tra i punteggi del MICA4 e le variabili indipendenti di tipo socio-demografico. Per le variabili quantitative si è utilizzato un modello di regressione lineare semplice, mentre per le variabili categoriali, si è proceduto con un'analisi della varianza univariata (ANOVA).

### RISULTATI

Dei 163 professionisti della salute mentale che sono stati contattati, 104 (63,8%) hanno effettivamente aderito all'indagine, con un'equilibrata distribuzione tra servizi psichiatrici pubblici (55,0%) e privati (45,0%).

Tra i diversi professionisti coinvolti, si è registrata una leggera prevalenza dell'area medico-infermieristica (53,8%) sull'area psico-socio-educativa (46,2%); le professioni maggiormente rappresentate nel campione sono risultate gli infermieri (34,6%) e gli educatori professionali (33,7%), compresi anche i tecnici della riabilitazione psichiatrica, mentre il rapporto di genere si avvicina al 1:4 a favore delle femmine.

Osservando la distribuzione per classi d'età notiamo che ci troviamo di fronte ad una popolazione di operatori sufficientemente distribuita, dove ad un 37,5% di persone con un'età  $\geq 50$  anni, si contrappone un 15,4% di soggetti con un'età compresa tra i 20 e 29 anni e un 14,4% con un'età compresa tra i 30 e 39 anni.

Prendendo in esame l'aspetto dell'esperienza lavorativa dei partecipanti nel campo della salute mentale, osserviamo che si compone di circa un terzo (29,8%) di operatori junior, cioè con meno di 5 anni di lavoro; una quota minore di operatori con un'anzianità media, vale a dire compresa tra i 6 e i 10 anni di esperienza lavorativa (13,4%) e una larga prevalenza di operatori con esperienza pluridecennale (53,8%); se si analizzano le singole professioni, si trova che psicologi e OSS sono coloro che hanno un'esperienza lavorativa inferiore ai cinque anni, mentre gli infermieri sono coloro con la più elevata esperienza all'interno di servizi psichiatrici.

Per valutare la formazione professionale si è fatto riferimento al numero di crediti ECM conseguiti dagli operatori nel settore specifico della salute mentale ed in questo modo si è osservato che assistenti sociali e OSS dichiarano di non aver conseguito crediti formativi specifici, mentre le restanti figure professionali dichiarano di aver conseguito mediamente i due terzi dei crediti previsti nel triennio di riferimento.

Nel complesso il campione si compone delle diverse categorie professionali presenti all'interno dei servizi terapeutico-riabilitativi per la salute mentale, se pur si osserva una prevalenza di infermieri e educatori, di genere femminile. Il campione consente una variabilità socio-demografica attraverso la presenza di operatori con età compresa tra i 20 ed i 39 anni, con una conseguente esperienza lavorativa limitata all'interno dell'ambito della salute mentale, in contrapposizione a professionisti

---

1. Nello specifico hanno preso parte alla ricerca gli operatori di: C.P.S. e S.P.D.C. (ASST Bergamo Est); Fondazione Gusmini Onlus (Bergamo); 1° C.P.S. e 3° C.P.S. (ASST Spedali Civili Brescia); C.P.S. Rovato (ASST Franciacorta); Cooperativa Sociale "Si può" Onlus (Brescia); Cooperativa Sociale "Comunità Fraternità" Onlus (Brescia); Cooperativa Sociale "Il Gabbiano" (Brescia); Cooperativa Sociale "La Rondine" Onlus (Brescia); C.R.A., C.P.A. e C.P.S. (ASST Cremona).

over 50, con maggiore esperienza lavorativa. Tale dato favorisce maggiore approfondimento dei risultati ottenuti dal MICA4, in correlazione con le variabili socio-demografiche individuate. Si osserva inoltre una discontinuità all'interno del campione nel perseguimento dei crediti ECM, per formazione specifica nell'ambito della salute mentale, con la presenza di professionisti che non hanno conseguito crediti specifici, in contrapposizione ad altri operatori con una maggiore formazione.

### **Le opinioni degli operatori circa i loro pazienti**

Alla richiesta di esprimere il proprio stato emotivo nel prendersi cura dei pazienti che afferiscono al loro servizio (a questo scopo si è utilizzata una scala Likert da 1 = "Sono molto in difficoltà con questi pazienti" a 7 = "Sto molto bene con questi pazienti") i partecipanti, hanno dichiarato di trovarsi maggiormente in difficoltà con pazienti con un disturbo di dipendenza, cui seguono i pazienti con disturbo alimentare. Contrariamente, i professionisti hanno affermato di sentirsi maggiormente a loro agio all'interno della relazione terapeutica con persone con diagnosi di disturbo dell'umore e disturbi ossessivi-compulsivi.

### **Lo stigma degli operatori verso i pazienti**

L'analisi dei dati relativi lo strumento MICA4 è stato elemento fondamentale per la finalità della ricerca. Come precedentemente descritto, all'aumentare del punteggio ottenuto, ne consegue un aumento delle opinioni stigmatizzanti. Dall'analisi dei risultati ottenuti si evince la prevalenza di giudizi stigmatizzanti tra i professionisti con una limitata esperienza lavorativa all'interno della salute mentale, compresa tra uno e cinque anni (MICA4 38.6) e i sei e i dieci (MICA4 38), valore che tende a diminuire con l'incremento degli anni di esperienza. Risulta interessante osservare l'incremento del punteggio tra i professionisti con maggiore esperienza all'interno della salute mentale, caratterizzata da oltre 30 anni di lavoro (MICA4 37.6). A conferma di tale risultato l'analisi dei dati ha riportato come lo stigma risulti maggiormente

elevato nei professionisti con età compresa tra i 20 e 29 anni; contrariamente la fascia d'età caratterizzata da punteggio inferiore riguarda i 30-39 anni.

Focalizzando l'analisi dei dati alla variabile relativa alla categoria professionale di appartenenza, si osservano differenze significative tra i vari professionisti che operano all'interno dei servizi, con una prevalenza di opinioni e atteggiamenti stigmatizzanti tra le figure degli assistenti sociali (MICA4 40), seguiti da psicologi (MICA4 38.5) e infermieri (MICA4 38.5). Tale punteggio risulta decrescente tra le restanti figure professionali. In merito al numero di crediti per formazione specifica in ambito di salute mentale, si evince che i professionisti con il maggior numero di crediti conseguiti negli ultimi due anni, sono coloro che presentano un minor livello di opinioni stigmatizzanti (MICA4 34.1). Risulta un dato significativo a scopo di ricerca il basso punteggio MICA4 (34.7) conseguito allo stesso modo da coloro che, al contrario, non hanno acquisito crediti ECM.

Infine, si osserva l'assenza di differenze statisticamente significative all'interno delle variabili indipendenti di genere e di natura giuridica del servizio.

### **Analisi della regressione lineare**

Procedendo con l'analisi statistica dei dati ottenuti, si è voluto analizzare la presenza di una relazione funzionale tra le variabili quantitative, mediante l'utilizzo del modello di regressione lineare multipla. Attraverso tale strumento è stato possibile approfondire la correlazione tra il livello di stigma riconosciuto e il giudizio espresso in merito al percepire maggiormente difficile la costruzione di una relazione d'aiuto con persone affette da determinate patologie psichiche, andando a confermare i risultati ottenuti attraverso il MICA4. Dall'analisi risulta statisticamente significativo il coefficiente di regressione relativo alla variabile indipendente riguardante l'opinione dei professionisti; che hanno affermato di sentirsi maggiormente a loro agio con pazienti affetti da disturbi ossessivi-compulsivi (1.91). Questo dato rappresenta la presenza di un alto livello di

stigma tra i professionisti appartenenti a questa categoria, i quali, rappresentano il 43% del campione totale, di cui il 60% è rappresentato dalla categoria professionale degli infermieri e educatori professionali/ Terp, con meno di 25 anni di esperienza lavorativa. Per ordine decrescente, segue il coefficiente di regressione relativo alla categoria di operatori che ha affermato di percepire poca difficoltà con utenti tossicodipendenti e disturbi correlati (1,09), categoria di professionisti caratterizzata per il 92% da operatori con esperienza lavorativa inferiore ai 20 anni.

### Analisi della varianza univariata (ANOVA)

Dopo aver analizzato l'esistenza di correlazioni significative tra le opinioni stigmatizzanti e le variabili indipendenti di tipo quantitativo, a completamento di ricerca, si è proceduto con l'analisi delle corrispondenze presenti con la variabile qualitativa relativa alla categoria professionale di appartenenza, mediante lo strumento statistico di analisi della varianza (ANOVA), delimitando un campione composto da 11 operatori con le seguenti variabili socio-demografiche in comune: fascia d'età compresa tra i 20-29 anni; anni di esperienza lavorativa all'interno di servizi per la salute mentale tra uno e cinque anni; totale di crediti ECM conseguiti negli ultimi due anni al di sotto dei 30.

Dall'analisi dei dati ottenuti è emersa la presenza di un

caso statisticamente limite, rifiutando, dunque, l'ipotesi nulla, tale per cui tutte le medie dei diversi gruppi sono uguali tra loro, ma, al contrario, accettando l'ipotesi per cui le medie dei singoli gruppi discostano in modo significativo e non causale tra loro, con un valore della somma dei quadrati (SQ) in gruppi (496,54) nettamente inferiore al valore tra gruppi (8056,41). Tali valori consentono di affermare che la variabile qualitativa professione risulta essere fortemente discriminativa del punteggio totale al MICA4, e dunque del livello di stigma, andando a confermare l'ipotesi iniziale di ricerca.

**Tabella 1: Analisi della correlazione tra stigma e variabili indipendenti**

	Coefficienti
Intercetta	40,79
Età	-0,48
Esperienza	-0,01
Formazione	0,01
D. Dissociativi	0,65
D. Alimentari	1,039
D. Umore	2,054
D. Oss. Compulsivi	1,91
D. Personalità	-0,58
Dipendenza	1,09

**Tabella 2: Analisi varianza ad un fattore**

Riepilogo						
Gruppi	Conteggio	Somma	Media	Varianza		
Colonna 1	11	32	2,91	2,69		
Colonna 2	11	453	41,18	49,96		
Analisi varianza						
Variazione	SO	gdl	MO	F	Valore sign.	F crit.
Tra gruppi	8056,41	1	8056,41	324,49	7,87418E-14	4,35
In gruppi	496,54	20	24,82			
<b>Totale</b>	<b>8552,95</b>	<b>21</b>				

---

## DISCUSSIONE DEI RISULTATI

La ricerca svolta ha consentito di confermare l'ipotesi di partenza, tale per cui lo stigma, in quanto fenomeno sociale profondamente radicato, è presente anche all'interno dei servizi per la salute mentale. L'analisi dei dati ha evidenziato che diversi fattori possono influenzare le opinioni stigmatizzanti degli operatori all'interno dei servizi di cura nei confronti dei loro pazienti, elemento che rappresenta una fonte di riflessione per il singolo professionista e per la ricerca di strategie per il miglioramento della condizione clinica e la qualità della vita dei soggetti affetti da una patologia o disturbo psichico.

L'analisi della varianza ha consentito di individuare la variabile professione come un fattore in grado di influenzare il livello di stigma. In particolare, analizzando il punteggio ottenuto all'interno del test MICA<sup>4</sup> è emersa la prevalenza di opinioni stigmatizzanti tra le categorie degli assistenti sociali, psicologi e infermieri. Contrariamente, i professionisti appartenenti alla categoria dei coordinatori di servizio, sociologi e operatori sociosanitari presentano un basso livello di opinioni e atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti della malattia mentale. Risulta interessante al fine di ricerca scientifica il fatto che gli operatori sociosanitari sono la categoria professionale con una prevalenza di professionisti con zero crediti ECM conseguiti per formazione specifica nell'ambito della salute mentale. Allo stesso modo, anche coloro che hanno conseguito il maggior numero di crediti, tra i 121 e 150, presentano un basso punteggio MICA<sup>4</sup>.

Osservando le altre variabili indipendenti utilizzate, emerge la tendenza all'interno del campione più giovane, con età compresa tra i 20 e 29 anni, a manifestare un alto livello di stigmatizzanti. A conferma di tale dato si osserva, inoltre, che gli operatori con minor esperienza

lavorativa nell'ambito psichiatrico, in particolare al di sotto dei cinque anni, possiedono un elevato stigma verso la malattia mentale.

## CONCLUSIONI

I risultati ottenuti possono considerarsi un'importante fonte di riflessione sullo stigma come fenomeno sociale tutt'oggi radicato nella collettività, ed in grado di influenzare le opinioni e gli atteggiamenti delle persone in modo, spesso, inconsapevole. Per tale motivo, la decisione di approfondire il concetto di stigma all'interno dei servizi per la salute mentale risulta essere di rilevante importanza in quanto opinioni e atteggiamenti stigmatizzanti profondamente radicati e inconsci, possono concretizzarsi in agiti in grado di intervenire sulla qualità della vita del paziente. Un primo rischio, conseguente allo stigma, è dato da una condizione di iperprotettività da parte del servizio a causa di un'idea interiorizzata che la persona malata di mente sia incapace di provvedere alla propria vita, ostacolando, dunque, l'acquisizione di competenze di base per lo sviluppo personale e dell'autonomia. Allo stesso tempo, opinioni stigmatizzanti possono condurre a basse aspettative di guarigione da parte dei professionisti, che nel paziente si traducono in mancanza di fiducia nel percorso riabilitativo e dipendenza dal servizio<sup>2</sup>.

Sicuramente vi è stato un riconoscimento della qualità della vita della persona con malattia psichica, ma dal punto di vista sociale e culturale permane la confusione che alimenta paura nelle nostre identità sociali e la sofferenza di chi soffre. Come sostiene Lalli vi è una "doppia esclusione sociale, quella dei malati di mente: spesso costretti a risultare improduttivi e quindi "poveri" di risorse economiche, carenti di risorse comunicative condivisibili e quindi "deboli" in termini di rapporti di forza e di pesi sociale"<sup>3</sup>.

---

2. Handerson, C. et al., Mental health-related stigma in health care and mentalhealth-care settings, *Lancet Psychiatry*, Vol.1(6), pp. 467-482, 2014.

3. Lalli P., *Itinerari dello stigma: pericolosità del folle o rappresentazioni pericolose?*, Franco Angeli, Vol 135 - N° 1, pag. 29, 2011.

---

Lo studio, oltre a mostrare una distinzione di opinioni tra le diverse categorie professionali, afferma la presenza di stigma tra i professionisti più giovani, insieme agli operatori con minor esperienza lavorativa nell'ambito psichiatrico, in particolare al di sotto dei cinque anni. È una questione che merita ulteriori studi ed approfondimenti, ma che consente di creare degli spunti di riflessione in merito alla formazione che i giovani operatori ricevono, ma, soprattutto, in merito alle competenze di autoanalisi ed autocritica che si maturano con l'esperienza. Il principale problema risulta essere la mancanza di consapevolezza e i pregiudizi inconsci, che riflettono il potere delle credenze e degli atteggiamenti nascosti che possono essere alla base di comportamenti stigmatizzanti <sup>4</sup>.

Uno studio canadese (Knaak S., Patten S., 2016) ha evidenziato che per molti operatori all'interno dei servizi sanitari è stato solo attraverso la partecipazione a un corso formativo anti-stigma che hanno potuto acquisire consapevolezza delle modalità di pensiero, sottili e involontarie, che hanno condotto all'assunzione di atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti dei loro pazienti.

Studio analogo (Knaak, S., Mantler, E., Szeto, A., 2017) ha riportato interessanti risultati dalla creazione di corsi di formazione composti da gruppi di operatori e pazienti, in cui, quest'ultimi, condividevano le loro esperienze di cura, positive e negative. Si è osservato che la natura cooperante e sociale di questa iniziativa ha favorito un'esperienza di apprendimento bilaterale, in cui l'utente ha avuto modo di cambiare il suo ruolo da malato a educatore; mentre i professionisti della cura hanno avuto l'occasione di interrogarsi sulle modalità di approccio alla malattia che quotidianamente vengono messe in atto in forma automatica o inconscia. Riflessioni che consentono un lavoro su sé stessi in grado di migliorare il proprio intervento e le finalità del servizio, nonché favorire migliori opportunità di cura e di vita per i pazienti stessi.

È importante evidenziare che i dati ottenuti non possono essere generalizzabili a tutti i professionisti che operano all'interno dell'ambito della salute mentale, a causa di un campione di ricerca piccolo e limitato ad una specifica area territoriale. Inoltre, va ricordato che la somministrazione del questionario è avvenuta in modalità volontaria e non è quindi stata esaminata l'opinione dei professionisti che hanno deciso di non partecipare e la motivazione di tale scelta. Infine, un ulteriore limite nella ricerca è il fatto che non è possibile escludere un condizionamento alle risposte dovuto dalla desiderabilità sociale. Pertanto, i dati vanno interpretati con cautela.

È necessaria la presenza di ulteriori studi che affrontino questo fenomeno sociale, includendo anche la valutazione della qualità della vita dei pazienti, nonché la loro percezione nei confronti dei pregiudizi, di eventuali atti di discriminazione e delle modalità di intervento terapeutico.

La ricerca svolta è solo un punto di partenza nella quale è necessario approfondire ed ampliare le ricerche in questo campo, osservandone le conseguenze sulla qualità dell'approccio terapeutico e relazionale, nonché l'opinione dei pazienti stessi, in modo da poter attuare degli interventi in grado di ridurre lo stigma. In Italia, in particolare negli ultimi anni, hanno iniziato a diffondersi campagne ed eventi anti-stigma con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione all'integrazione e all'abbattimento delle barriere verso il malato mentale <sup>5</sup>.

È importante osservare, però, che ancora non sia stato affrontato questo tema anche all'interno dei servizi che quotidianamente si occupano di salute mentale. A partire dai moti rivoluzionari del '78 la psichiatria italiana ha portato a grandi cambiamenti non solo a livello sanitario ma anche sociale. È cambiato il modo di guardare e leggere i bisogni del malato, mettendo tra parentesi la patologia, e i sintomi; è stato possibile vedere la malattia stessa in relazione alla storia delle persone e non più come qualcosa

---

4. Ivi, p.114.

5. Zoppi, S. Lasalvia, A. Le campagne antistigma: davvero utili ed efficaci? Rivista di psichiatria, Vol. 46, p.243, 2011.



---

che maschera, sovra determina, condiziona esperienze, relazioni e sentimenti. Non è il malato di mente che crea il pregiudizio di pericolosità e la lontananza, ma la società nel momento in cui lo etichetta come tale. È però necessario tornare a interrogarsi, creare tensioni, alimentare incertezze intorno alle storie delle persone <sup>6</sup>.

La presente ricerca può rappresentare un contributo per la comprensione e presa di consapevolezza dello stigma e degli stereotipi presenti ancora nella società attuale, della loro capacità di influire e condizionare, inconsciamente, le opinioni e i comportamenti dell'individuo, compreso il professionista, con importanti conseguenze sulla qualità della vita della persona affetta da una patologia psichica.

È essenziale che i professionisti della salute e della cura vengano formati, non solo sulle specifiche competenze tecniche, ma anche sullo sviluppo di doti di riflessività, responsabilità umana e impegno personale e di ascolto, con la finalità di favorire la percezione e la critica nei confronti delle visioni unificanti e universalizzanti che possono condurre a concepire l'essere umano come un insieme di concetti prestabiliti e immobili.<sup>7</sup>

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Professore a contratto, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia e Dipartimento di Psicologia e Scienze cognitive, Università degli Studi di Trento*

° *Educatrice professionale, presso Cooperativa Comunità Emmaus, servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo per le dipendenze, Urgnano (BG)*

^ *Educatrice professionale, presso Solco Consorzio di Cooperative Sociali S.C.S, SIL (Servizio Integrazione Lavorativa di Gardone Val Trompia (BS)*

---

6. Camarlingi, R. Intervista a Peppe Dell'Acqua: la Legge Basaglia 30 anni dopo, *Animazione Sociale*, Vol.3, pp. 34-34, 2008.

7. Orefice, C. Rappresentazioni sociali e decostruzione pedagogica. Analisi dello stigma nell'ambito della salute mentale, *Studi sulla formazione*, Firenze University Press, p. 223, 2013.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Schalock R., Verdugo Alonso M., *Manuale di qualità della vita*. Modelli e pratiche di intervento, Gussago (Brescia), Vannini Editoria Scientifica, 2012
2. Moscovici S., *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna, 2005
3. Goffman E., Stigma. *L'identità negata*, Giuffrè editore, Milano, 2013
4. Vender S. et al., *La stigmatizzazione nella storia e nella cultura*. *Nóos*, 2005; 11 (3/4), 149-166
5. Goffman E., *Asylums*, Einaudi, Torino, 1968
6. Alonso J. et al., *Perceived stigma among individuals with common mental disorders*, *Journal of Affective Disorders*, 2009; 180-186
7. Lanfredi M. et al., *Attitudes of mental health staff toward patients with borderline personality disorder: an Italian cross-sectional multisite study*, *Journal of Personality Disorder*, 2019; 35 (1), 41-56
8. Handerson C. et al., *Mental health-related stigma in healthcare and mental health-care settings*, *Lancet Psychiatry*, 2014; Vol.1, 467-482
9. Lalli P., *Itinerari dello stigma: pericolosità del folle o rappresentazioni pericolose?*, Franco Angeli, 2011; Vol 135 - N° 1
10. Knaak S., Patten S., *A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2016; Vol.134, 53-62
11. Knaak S., Mantler E., Szeto A., *Mental illness related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence based solutions*, Canadian College of Health Leaders, Healthcare Management Forum, 2017; Vol.30, 111-116
12. Zoppi S., Lasalvia A., *Le campagne antistigma: davvero utili ed efficaci? Una revisione critica delle iniziative antistigma realizzate in Italia*, *Rivista di psichiatria*, 2011; Vol.46, 242-249
13. Camarlingi R., *Intervista a Peppe Dell'Acqua: la Legge Basaglia 30 anni dopo*, *Animazione Sociale*, 2008; Vol.3, 22-36
14. Orefice C., *Rappresentazioni sociali e decostruzione pedagogica. Analisi dello stigma nell'ambito della salute mentale*, *Studi sulla formazione*, Firenze University Press, 2013; 211-225

## Disturbo depressivo maggiore nell'anziano: trattamenti evidence-based e nuove prospettive

Dibenedetto, C.<sup>\*o</sup>, Masserini, A.<sup>\*o</sup>, Corbelli, M.<sup>\*o</sup>,  
Giordano B.<sup>o</sup>, D'Agostino, A.<sup>\*o</sup>, Cavallotti, S.<sup>o</sup>

### INTRODUZIONE

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5 – TR) descrive un episodio di depressione maggiore come disturbo della durata di almeno due settimane, caratterizzato da umore depresso o marcata riduzione del piacere o della voglia nello svolgimento di attività prima considerate come piacevoli o interessanti, associato a cinque o più dei seguenti sintomi: cambiamenti nell'appetito, nel sonno, nella energia, nella concentrazione, nella attività psicomotoria, comparsa di sentimenti di colpa/indegnità e/o pensieri di morte ricorrenti con conseguente alterazione del funzionamento sociale e/o lavorativo.

L'ultimo *World Mental Health Report*, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2022, riporta una prevalenza del 5,8% nella fascia di età tra i 50 e 69 anni e il 5,4% tra la popolazione con età maggiore o uguale ai 70 anni. Si stima che i servizi di salute mentale lombardi effettuino almeno un intervento l'anno su oltre 20.000 persone di età superiore ai 64 anni, che costituiscono circa il 20% della popolazione trattata per qualsiasi diagnosi (Giordano et al., 2023). Gli stessi dati evidenziano che oltre 5.000 persone di questa fascia d'età effettuano visite per depressione, costituendo circa un terzo della popolazione trattata per questo disturbo.

Con l'avanzare dell'età aumenta la prevalenza di molte condizioni cliniche che rendono di per sé il paziente anziano fragile e ne riducono le autonomie. La valutazione diagnostica in questa fascia d'età si associa ad alcune criticità specifiche: basso tono dell'umore, affaticabilità o scarsa progettualità possono essere considerate come

manifestazioni in un certo senso congrue alla fase di vita in cui si trovano i pazienti, rendendo il disturbo frequentemente poco riconosciuto e sotto-diagnosticato (Avaṣṡhi A., 2018); a ciò si associa quindi un peggioramento della qualità della vita, un aumentato ricorso alle prestazioni sanitarie fino ad un'accelerazione del decadimento cognitivo, nonché a un aumento della mortalità, sia per le comorbidità mediche che per suicidio (Subramanian, S., 2023). Esistono di converso evidenze di una riduzione della mortalità a fronte di un adeguato trattamento della depressione (Ryan J; 2008).

Si parla di *Late Life Depression* (LLD) quando il primo episodio si verifica in soggetti di età pari o superiore ai 65 anni senza storia di depressione (Sekhon S., 2023). Sebbene la patologia depressiva, che solitamente esordisce nella adolescenza o nella prima età adulta, possa continuare a presentare ricorrenze anche nell'età anziana (depressione early onset), esistono anche forme dette late onset che vedono il loro esordio in soggetti di oltre 60 anni (Subha S., 2023): in entrambi i casi, la co-occorrenza con i cambiamenti fisici e cerebrali associati all'invecchiamento comporta una più alta probabilità di scarsa o incompleta risposta ai trattamenti disponibili (Nemeroff C., 2002).

La presentazione clinica, oltre ad alcune delle caratteristiche più tipiche, comprende frequentemente anche sentimenti di inutilità e incapacità, sintomi della sfera cognitiva e maggiori lamentele somatiche e/o ipocondria, conferendo una maggiore complessità all'inquadramento diagnostico e terapeutico rendendo tale disturbo sotto-diagnostico con un uso improprio di altre risorse come i Pronto Soccorso o i Medici di Medicina Generale (Zenebe Y., 2021). Importante è infine la diagnosi differenziale fra i quadri di demenza organica da quelli di pseudo-demenza, che hanno correlato clinico simile ma una eziologia psichica e quindi sono sensibili a terapie psicofarmacologiche (Byers A., 2011).

## PRINCIPI DI TRATTAMENTO

### EVIDENCE- BASED

#### Psicoterapia

La psicoterapia nell'approccio Cognitivo Comportamentale (CBT) rappresenta la prima linea di trattamento nella depressione di grado lieve (Pinquart M., 2006). Altri orientamenti psicoterapeutici validati sono: la Problem Solving Therapy, una forma di psicoterapia di breve durata (14 sedute) (Kirkham J., 2016), la Reminiscence Therapy, protocollo psicoterapeutico basato sulla rievocazione di ricordi piacevoli del vissuto personale del paziente che si è dimostrato efficace in maniera analoga alla CBT nella depressione dell'anziano (Hallford D., 2013). Ulteriore approccio validato nella LLD è la Neuroplasticity-based computerized cognitive remediation (nCCR). Nel paziente con LLD sono frequenti deficit alterazioni delle funzioni esecutive che a volte persistono nonostante la remissione dei sintomi depressivi e si associano ad outcome peggiori nella risposta alla terapia psicofarmacologica (Potter G., 2004) Tramite la nCCR rimodulando tali deficit è possibile andare ad agire su quei network neurali (a livello della corteccia dorsolaterale prefrontale, orbito-frontale corticale) alterati e comuni tra depressione e deficit delle funzioni esecutive determinando una remissione dei sintomi depressivi potenzialmente paragonabile in termini di efficacia agli approcci farmacoterapeutici di prima linea (Morimoto S., 2014).

Altri tipi di trattamento, come la terapia psicodinamica, le terapie di supporto, sembrano comunque essere efficaci. Se nelle forme di depressione da moderata a severa la farmacoterapia rappresenta la prima linea terapeutica, nella depressione cronica la combinazione di farmacoterapia e psicoterapia è considerata invece maggiormente efficace (Von Wolff A., 2012).

#### Farmacoterapia

I farmaci che agiscono sul sistema monoaminergico sono quelli maggiormente utilizzati in quanto determinano un tasso più elevato di remissione dei sintomi; secondo le

linee guida dell'*American Psychiatric Association* (APA, 2010) la scelta terapeutica deve essere eseguita sulla base delle caratteristiche cliniche del paziente in termini di sintomatologia, comorbidità, farmacoterapia. Farmaci come gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) /inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI) in monoterapia sono da prediligere a farmaci come i triciclici (TCA) e gli inibitori delle monoamino-ossidasi (iMAO) per il rischio maggiore nella popolazione anziana di ipotensione in ortostatismo.

Questi farmaci vanno titolati lentamente, partendo da bassi dosaggi e tenendo quindi in considerazione le alterazioni farmacodinamiche e farmacocinetiche che si associano all'invecchiamento quali l'incremento della attività delle mono ammino-ossidasi, la riduzione della acetilcolina, la riduzione della dopamina, la riduzione del numero dei recettori o l'aumento della resistenza alla diffusione dei farmaci correlati (Thiem U., 2020). Tutto ciò correla con un maggiore sensibilità da parte di questa popolazione di pazienti agli effetti collaterali/ avversi, oltre che al problema della minor risposta ai trattamenti.

- SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina). Rappresentano la prima linea di trattamento nella depressione dell'anziano. Hanno un minor numero di effetti indesiderati, minori interazioni farmacologiche ed una più alta tollerabilità rispetto ad altre classi di antidepressivi. La risposta clinica si manifesta a distanza di 4/6 settimane (Sekhon S., 2019). Negli anziani i principali effetti indesiderati sono la iponatremia, l'acatisia, l'anoressia e la bradicardia sinusale (Fabian T., 2004).
- SNRI (inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina). Rappresentano la seconda linea di trattamento, si associano al rischio di ipertensione diastolica dose-dipendente.
- NaSSA (antidepressivi noradrenergici e specifici serotoninergici). La Mirtazapina è risultata superiore agli SSRI nel trattamento di alcuni dei sintomi della *Late-Life Depression* come i disturbi del profilo ipnico

e i sintomi gastro-intestinali, oltre che determinare una più rapida remissione della sintomatologia depressiva. (Kato M., 2023)

- TCA (antidepressivi triciclici) vengono riservati a pazienti pluri-resistenti: non sono considerati farmaci di prima e/o seconda linea e dovrebbero essere usati con cautela in pazienti con alterazioni della conduzione cardiaca, aritmie, Alzheimer, in quanto possono determinare incremento dello stato di confusione a causa della loro azione anticolinergica. (Beyer J., 2018)
- IMAO (inibitori delle mono-ammino ossidasi). Questa classe di farmaci è stata poco studiata nell'anziano, comuni effetti indesiderati sono l'ipotensione in ortostatismo, l'attivazione e l'insonnia.

## TRATTAMENTI DI NEUROMODULAZIONE

### Terapia elettroconvulsivante (ect).

Sebbene poco diffusa in Italia, secondo alcuni autori la ECT è risultata più efficace rispetto alle terapie farmacologiche (Dols A., 2017), con tassi di risposta dal 70 all' 80% e un minor numero di effetti collaterali. Ipertensione, tachicardia sono possibili effetti indesiderati, ma spesso transitori. Altri comuni effetti avversi sono amnesia e cefalea.

### Stimolazione transcranica magnetica (tms)

Numerosi studi hanno proposto la TMS come possibile approccio terapeutico; molti di questi però sono stati condotti su un numero ridotto di soggetti, con risultati molto eterogenei. Alcuni fattori che complicano l'interpretazione dei risultati della TMS sono: la variabilità nella intensità della stimolazione, la sede anatomica dello stimolo magnetico, il numero totale di sessioni (APA, 2010). Rispetto a quanto osservato nei pazienti più giovani, la risposta nella LLD è poi ridotta, forse per i processi para-fisiologici di atrofia cerebrale e una inadeguata intensità nella stimolazione (Blumberger D., 2015). Studi più recenti hanno però evidenziato l'efficacia della TMS nella LLD con un potenziale beneficio anche nel miglioramento dell'*impairment* cognitivo tramite

stimolazione della corteccia dorsolaterale prefrontale di sinistra (Iriarte I., 2018).

## ESERCIZIO FISICO

Alcune evidenze suggeriscono che l'esercizio fisico possa costituire un trattamento di prima linea per i pazienti con depressione lieve o moderata, anche se le caratteristiche del disturbo possono rendere difficile per i pazienti impegnarsi in questo tipo di attività. Una meta-analisi di sette studi randomizzati (n = 519 pazienti) ha confrontato l'esercizio fisico (tipicamente in tre o cinque sessioni di 30-45 minuti a settimana, per tre o quattro mesi) con una condizione di controllo evidenziando un effetto significativo, seppur clinicamente limitato (Bridle C., 2012).

## LA RESISTENZA AL TRATTAMENTO E LE NUOVE FRONTIERE TERAPEUTICHE

Si parla di forme depressive resistenti al trattamento (*Treatment-Resistant Depression* o TRD) quando non si ottiene una risposta soddisfacente ad almeno due farmaci antidepressivi, somministrati a un dosaggio di comprovata efficacia e per un congruo lasso di tempo, ovvero di almeno 4 - 6 settimane (Cristancho P., 2018). Il fatto che almeno il 30% della popolazione anziana soddisfi i suddetti criteri (Lenz E., 2008), che queste forme tendono a presentarsi in co-occorrenza con altre condizioni neurodegenerative in quadri a elevata complessità gestionale e che il fallimento di due linee terapeutiche con SSRI/SNRI correli con una scarsa probabilità di risposta a una terza molecola delle medesime classi (Buchalter E., 2019), rende ragione del crescente interesse verso nuove diverse opzioni di trattamento.

## BRIGHT LIGHT THERAPY

Introdotta circa 40 anni fa, la *Bright Light Therapy* (BLT), prevede che il soggetto venga esposto a una fonte di luce brillante con intensità di 10.000 lux per almeno 30-60 minuti al momento del risveglio.

Il rationale alla base dell'intervento associa l'effetto

antidepressivo alla stimolazione diretta del nucleo sovra-chiasmatico indotta dalla luce brillante (Lieverse R., 2008). Questo centro ipotalamico regola la componente intrinseca dei ritmi cronobiologici, che vanno tipicamente ad alterarsi nella fisiologia con l'invecchiamento, e sul versante patologico nei disturbi dell'umore. L'evidenza di anomalie del funzionamento del nucleo sovra-chiasmatico in questi quadri ne sostiene l'utilizzo come bersaglio terapeutico, come dimostrato da alcuni trial di ricerca (Sloane P., 2008).

Più nello specifico, il complesso effetto neurobiologico della BLT spiega verosimilmente un'azione sul sistema monoaminergico mediante la riduzione dell'espressione delle MAO-A e del 5-HTT nella corteccia cingolata anteriore nei soggetti esposti (Spies et al., 2018; Harrison et al., 2015) mentre una prolungata deprivazione di stimolo luminoso genera, oltre a consistenti modificazioni a livello del locus coeruleus, dei nuclei del rafe e del tegmento ventrale, l'insorgenza di sintomi depressivi (Gonzalez M., 2008). Questo meccanismo neurobiologico determinerebbe un aumento dello stato di vigilanza (*alertness*), una contestuale riduzione della sonnolenza diurna (*sleepiness*) ma soprattutto dell'astenia, con un conseguente miglioramento nella *performance cognitiva* in termini di concentrazione e memoria (Chellappa S., 2009).

La *Bright Light Therapy* è risultata particolarmente utile non solo nel trattamento dei disturbi dell'umore stagionali (*Seasonal Affective Disorder*, SAD), ma anche, nel trattamento dei sintomi della depressione non stagionale (Golden R., 2005), soprattutto quando il protocollo prevedeva l'associazione della BLT alla terapia psicofarmacologica (Martiny K., 2004). L'onset d'azione della BLT nella popolazione anziana è inferiore a una settimana, con il massimo effetto terapeutico a circa due settimane dall'inizio del trattamento, specialmente nella fascia d'età 60-69 anni, per cui l'età relativamente minore sembrerebbe essere un fattore predittivo positivo di risposta alla BLT (Chang C., 2018).

Uno dei vantaggi di questa terapia è la quasi totale assenza di effetti avversi, al netto di alcuni potenziali

rischi dal punto di vista oculare, ancora comunque non documentati e considerati di lieve entità anche in pazienti con preesistenti disturbi (Brouwer A., 2017).

## ANTIDEPRESSIVI AD AZIONE RAPIDA

La ketamina e l'esketamina, il suo S-enantiomero, sono state studiate per il trattamento della TRD, con un meccanismo d'azione che dipende dalla loro elevata affinità per i recettori N-metil-D-aspartato (NMDA) e la conseguente attività di modulazione glutammatergica: mentre la somministrazione intravenosa di ketamina, non ha ancora ricevuto approvazione ufficiale dagli organi preposti, l'esketamina somministrata per via intranasale è invece stata approvata dalla *Food and Drug Administration* (FDA) con questa indicazione (Nota AIFA, 2019).

L'insorgenza degli effetti è solitamente rapida e la tollerabilità discreta: i più comuni effetti indesiderati sono la nausea, la sedazione e la dissociazione per monitorare i quali è necessaria un'osservazione clinica di alcune ore in seguito alla somministrazione, che avviene in ambiente ambulatoriale (Popova V., 2019). L'esketamina intranasale è inoltre risultata particolarmente efficace nella gestione anche dei sintomi della sfera ansiosa nei pazienti anziani TRD, la cui compresenza è considerata predittiva di scarsa risposta (Balaram K., 2023).

Il principale studio su esketamina *add-on* in pazienti anziani con TRD evidenziava una risposta clinicamente significativa nei soggetti di età compresa tra i 65 e i 74 anni che non è stata riscontrata nei pazienti di età > 74 anni, aprendo come possibile scenario una risposta differente in base all'età cerebrale. Tali risultati potrebbero però essere stati anche influenzati da altri fattori come dose di inizio e titolazione (28 mg nei soggetti > 74 anni e 56 mg nei soggetti < 75 anni) (Ochs-Ross R., 2020). Uno studio italiano ha recentemente riportato l'efficacia nei pazienti anziani, sottolineando però anche i possibili tassi più elevati di effetti collaterali (vertigini, dissociazione, ipertensione) (d'Andrea G., 2023).

---

## CONCLUSIONI

A fronte dei numerosi progressi nello studio di nuovi approcci per la gestione della depressione nell'anziano, permangono ancora alcuni interrogativi. Dal nostro lavoro emerge la necessità di personalizzare il più possibile la terapia sul singolo paziente, stante la condizione di estrema fragilità e complessità che contraddistingue il paziente geriatrico. Gli studi futuri dovrebbero focalizzarsi non solo sul trattamento dell'episodio depressivo in acuto, ma anche sul trattamento a lungo-termine e su potenziali combinazioni di approcci terapeutici di natura diversa, oltre che proseguire gli studi sulle basi neurobiologiche della depressione e su possibili nuovi *target* terapeutici. Nella realtà italiana, infine, l'ISTAT prevede una crescita della popolazione anziana dal 23,5% attuale a circa il 35% della popolazione entro il 2050. Poiché sarà inevitabilmente necessario affrontare le esigenze di una percentuale sempre più elevata di anziani, sembra fondamentale ripensare ad alcuni aspetti organizzativi dei servizi, al fine di migliorare l'assistenza per questa categoria di pazienti.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

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

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

### CORRISPONDENZA A:

[simone.cavallotti@asst-santipaolocarlo.it](mailto:simone.cavallotti@asst-santipaolocarlo.it)

[armando.dagostino@unimi.it](mailto:armando.dagostino@unimi.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione*. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2023, American Psychiatric Association
2. Organization WH. *Mental Health of Older Adults. Secondary Mental Health of Older Adults*. 2017. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
3. Giordano, B., Cerveri, G., Tomassi, S., Cibra, C., Poli, V., Sacchi, P., ... & D'Agoſtino, A. (2023). *Reshaping mental health care delivery during COVID-19: a register-based study on service response and telepsychiatry*. *Nature Mental Health*, 1(7), 514-523.
4. Avasthi, A., & Grover, S. (2018). *Clinical practice guidelines for management of depression in elderly*. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 3), S341.
5. Ryan, J., Carriere, I., Ritchie, K., Stewart, R., Toulemonde, G., Dartigues, J. F., ... & Ancelin, M. L. (2008). *Late-life depression and mortality: influence of gender and antidepressant use*. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 12-18.
6. Subramanian, S., Oughli, H. A., Gebara, M. A., Palanca, B. J. A., & Lenze, E. J. (2023). *Treatment-Resistant Late-Life Depression: A Review of Clinical Features, Neuropsychology, Neurobiology, and Treatment*. *Psychiatric Clinics*.
7. Sekhon, S., Patel, J., & Sapra, A. (2023). *Late-Life Depression*.
8. Nemeroff, C. B. (2008). *The curiously strong relationship between cardiovascular disease and depression in the elderly*. *The American journal of geriatric psychiatry*, 16(11), 857-860.
9. Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). *Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis*. *Annals of general psychiatry*, 20(1), 55.
10. Beyer, J. L., & Johnson, K. G. (2018). *Advances in pharmacotherapy of late-life depression*. *Current psychiatry reports*, 20, 1-11.
11. Piquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2006). *Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy*. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1493-1501.
12. Kirkham, J. G., Choi, N., & Seitz, D. P. (2016). *Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults*. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(5), 526-535.
13. Hallford, D. J., & Mellor, D. (2013). *Cognitive-remembrance therapy and usual care for depression in young adults: study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials*, 14(1), 1-8.
14. Potter, G. G., Kittinger, J. D., Ryan Wagner, H., Steffens, D. C., & Ranga Rama Krishnan, K. (2004). *Prefrontal neuropsychological predictors of treatment remission in late-life depression*. *Neuropsychopharmacology*, 29(12), 2266-2271.
15. Morimoto, S. S., Wexler, B. E., Liu, J., Hu, W., Seirup, J., & Alexopoulos, G. S. (2014). *Neuroplasticity-based computerized cognitive remediation for treatment-resistant geriatric depression*. *Nature communications*, 5(1), 4579.
16. von Wolff, A., Hölzel, L. P., Westphal, A., Härter, M., & Kriston, L. (2012). *Combination of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of chronic depression: a systematic review and meta-analysis*. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-10.
17. Linee guida dell'APA aggiornate al 2010 ([https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/mdd-1410197717630.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd-1410197717630.pdf))
18. Thiem, U., Wilm, S., Greiner, W., Rudolf, H., Trampisch, H. J., Müller, C., ... & Thürmann, P. A. (2020). *Reduction of potentially inappropriate medication in the elderly: design of a cluster-randomised controlled trial in German primary care practices (RIME)*. *Therapeutic advances in drug safety*, 11, 2042098620918459.
19. Sekhon, S., Patel, J., & Sapra, A. (2019). *Late onset depression*.
20. Fabian, T. J., Amico, J. A., Kroboth, P. D., Mulsant, B. H., Corey, S. E., Begley, A. E., ... & Pollock, B. G. (2004). *Paroxetine-induced hyponatremia in older adults: a 12-week prospective study*. *Archives of Internal Medicine*, 164(3), 327-332.
21. Kato, M., Baba, H., Takekita, Y., Naito, M., Koshikawa, Y., Bandou, H., & Kinoshita, T. (2023). *Usefulness of mirtazapine and SSRIs in late-life depression*. *Post hoc analysis of the GUNDAM study*.
22. Beyer, J. L., & Johnson, K. G. (2018). *Advances in*



- pharmacotherapy of late-life depression*. Current psychiatry reports, 20, 1-11.
23. Dols, A., Bouckaert, F., Sienaert, P., Rhebergen, D., Vansteelandt, K., Ten Kate, M., ... & Stek, M. L. (2017). *Early-and late-onset depression in late life: a prospective study on clinical and structural brain characteristics and response to electroconvulsive therapy*. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 25(2), 178-189.
  24. Blumberger, D. M., Hsu, J. H., & Daskalakis, Z. J. (2015). A review of brain stimulation treatments for late-life depression. Current treatment options in psychiatry, 2, 413-421.
  25. Iriarte, I. G., & George, M. S. (2018). *Transcranial magnetic stimulation (TMS) in the elderly*. Current psychiatry reports, 20, 1-7
  26. Bridle, C., Spanjers, K., Patel, S., Atherton, N.M., Lamb, S.E. (2012). *Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials* British Journal of Psychiatry, 201(3):180-5.
  27. Crisťancho, P., Lenze, E. J., Dixon, D., Miller, J. P., Mulsant, B. H., Reynolds, C. F., & Butters, M. A. (2018). *Executive function predicts antidepressant treatment noncompletion in late-life depression*. The Journal of Clinical Psychiatry, 79(3), 6900.
  28. Lenze, E. J., Sheffrin, M., Driscoll, H. C., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Dew, M. A., ... & Reynolds III, C. F. (2022). *Incomplete response in late-life depression: getting to remission*. Dialogues in clinical neuroscience.
  29. Buchalter, E. L., Oughli, H. A., Lenze, E. J., Dixon, D., Miller, J. P., Blumberger, D. M., ... & Mulsant, B. H. (2019). *Predicting remission in late-life major depression: a clinical algorithm based upon past treatment history*. The Journal of Clinical Psychiatry, 80(6), 14999.
  30. Lieveise, R., Nielen, M. M., Veltman, D. J., Uitdehaag, B. M., Van Someren, E. J., Smit, J. H., & Hoogendijk, W. J. (2008). *Bright light in elderly subjects with nonseasonal major depressive disorder: a double blind randomised clinical trial using early morning bright blue light comparing dim red light treatment*. Trials, 9, 1-10.
  31. Brouwer, A., Nguyen, H.-T. T., Snoek, F. J., van Raalte, D. H., Beekman, A. T. F. F., Moll, A. C., & Bremmer, M. A. (2017). *Light therapy: is it safe for the eyes?* Acta Psychiatrica Scandinavica, 136(3), 1-15. <https://doi.org/10.1111/acps.12785>
  32. Gonzalez, M. M. C., & Aston-Jones, G. (2008). *Light deprivation damages monoamine neurons and produces a depressive behavioral phenotype in rats*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 105(12), 4898-4903.
  33. Chellappa, S. L., Schröder, C., & Cajochen, C. (2009). *Chronobiology, excessive daytime sleepiness and depression: Is there a link?* Sleep medicine, 10(5), 505-514.
  34. Martiny, K. (2004). *Adjunctive bright light in non-seasonal major depression*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 7-28.
  35. Chang, Chun-Hung, Chieh-Yu Liu, Shaw-Ji Chen, e Hsin-Chi Tsai. «*Efficacy of Light Therapy on Nonseasonal Depression among Elderly Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis*». Neuropsychiatric Disease and Treatment 14 (2018): 3091-3102. <https://doi.org/10.2147/NDT.S180321>.
  36. NOTA AIFA. (2019) <https://www.aifa.gov.it/-/fda-approva-un-nuovo-medicinale-per-la-depressione-resistente-al-trattamento>
  37. Popova, V., Daly, E. J., Trivedi, M., Cooper, K., Lane, R., Lim, P., ... & Singh, J. B. (2019). *Efficacy and safety of flexibly dosed esketamine nasal spray combined with a newly initiated oral antidepressant in treatment-resistant depression: a randomized double-blind active-controlled study*. American Journal of Psychiatry, 176(6), 428-438.
  38. Balaram, K., van Dyck, L. I., Wilkins, K. M., & Maruca-Sullivan, P. E. (2023). *A New Solution to an Age-old Problem: A Review of Ketamine and Esketamine for Treatment-resistant Depression in Late Life*. Current Geriatrics Reports, 1-10.
  39. Ochs-Ross, R., Daly, E. J., Zhang, Y., Lane, R., Lim, P., Morrison, R. L., Hough, D., Manji, H., Drevets, W. C., Sanacora, G., Steffens, D. C., Adler, C., McShane, R., Gaillard, R., Wilkinson, S. T., & Singh, J. B. (2020). *Efficacy and Safety of Esketamine Nasal Spray Plus an Oral Antidepressant in Elderly Patients With Treatment-Resistant Depression—TRANSFORM-3*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 28(2), 121-141. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.10.008>

- 
40. d'Andrea, G., Chiappini, S., McIntyre, R. S., Stefanelli, G., Carullo, R., Andriola, I., Zanardi, R., Martiadis, V., Sensi, S. L., Sani, G., Clerici, M., Di Lorenzo, G., Vita, A., Pettorruso, M., & Martinotti, G. (2023). *Investigating the Effectiveness and Tolerability of Intranasal Esketamine Among Older Adults With Treatment-Resistant Depression (TRD): A Post-hoc Analysis from the REAL-ESK Study Group*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.06.016>

# Riabilitazione psichiatrica: dall'urgenza alla co-struzione di nuovi percorsi

*Grecchi A.\*; Casula V.°; Campagna V.°;  
Vairano F.°; Beraldo S.\*; Miragoli P.\*\**

## INTRODUZIONE

Nell'attualità fenomeni quali il revolving door e l'urgenza dell'accettazione e dimissione del paziente, oltre alle nuove modalità di espressione della psicopatologia, sono vere e proprie sfide cliniche e organizzative da affrontare anche nel campo della riabilitazione psichiatrica residenziale, e non solo, come una volta, di pertinenza esclusiva del SPDC.

Le richieste di inserimento in struttura hanno, oggi, un carattere d'urgenza con invio diretto dai reparti di degenza ospedaliera, spesso, tuttavia, sulle diagnosi alla base dell'invio figurano gli aggettivi "resistente" o "cronico". Questo porta un alto rischio di marginalizzazione e burocratizzazione del lavoro dei Servizi Territoriali competenti, nonché sterilizzazione della riflessione clinica a vantaggio di un ossessivo perfezionamento di procedure e di protocolli di trattamento. La funzione del curante, quindi, vira sempre più verso quella del controllo, con il rischio della formazione di contenitori, le strutture residenziali, funzionanti con modalità autarchiche e auto-referenziali in attesa di eventuali passaggi dei pazienti in contenitori successivi non sempre orientati all'evoluzione del percorso di cura e all'autonomizzazione.

Inoltre, le nuove espressioni psicopatologiche, anche di quadri classici (ad esempio l'utilizzo di sostanze, il gioco d'azzardo, le plurime comorbidità), richiedono una riflessione su contenitori di cura ancora legati a modelli non più attuali e che, sull'urgenza, si devono adattare a contenuti non totalmente appropriati. Il modello terapeutico contenuto-re/contenuto così importante e vitale nel campo è oggi, nella realtà, in crisi.

Riteniamo sia possibile e necessaria una revisione del modello terapeutico contenitore/contenuto, (così im-

portante e vitale dal punto di vista clinico,) attraverso una prospettiva più dinamica dal punto di vista psicopatologico, in grado di definire lo stadio clinico in termini evolutivi anziché statici, con l'obiettivo dichiarato di modificare la traiettoria di malattia.

Questo modello ha lo scopo di permettere l'invio del paziente nel contenitore riabilitativo più indicato allo stadio di patologia nel momento dell'inserimento nella struttura residenziale.

Una tale applicazione può avvenire laddove sia presente. In primo luogo, una varietà di tipologie di strutture riabilitative fortemente collegate tra di loro, oltre che con gli altri servizi del DSMD. Inoltre, risulta necessario il poter usufruire di tecnologie e consulenze per valutazioni cognitive e di neuro-imaging, in un tempo medio di valutazione clinica (mediante anche scale di valutazione validate) e sia possibile applicare interventi psicosociali, psicoterapeutici e riabilitativi integrati.

Descriveremo a quale modello riteniamo di far riferimento e come si intende procedere ad una riorganizzazione dei Servizi già attivi nella definizione di un'indicazione di percorso.

## IL MODELLO DELLA STADIAZIONE CLINICA COME DETERMINANTE PER L'APPROPRIATEZZA DELL'INVIO

La stadiazione clinica è, fondamentalmente, una forma più raffinata di diagnosi, data la sua enfasi sulla comprensione dettagliata delle conseguenze della progressione della malattia, consentendo di indirizzare gli interventi allo stadio specifico della malattia (Mei C, 2019).

Lo scopo è, quindi, quello di passare da un quadro diagnostico statico ad un quadro clinico basato sull'evidenza, in cui ogni stadio sindromico è integrato da una fenotipizzazione psicologica, neurobiologica e clinica completa (McGorry, 2016).

L'ambizione centrale di questo modello è ridurre il rischio di progressione verso stadi successivi, minimizzando anche le menomazioni e le comorbidità secondarie,

attraverso l'implementazione di trattamenti mirati a quei fattori neurobiologici o psicosociali specifici che sono evidenti nelle varie fasi di malattia (Hickie, 2013).

Gli obiettivi principali sono, dunque, una riduzione della disabilità attuale e una modifica della traiettoria di malattia.

Questo modello transdiagnostico delinea varie fasi che vanno dall'essere asintomatico (paziente a rischio), passando al lievemente sintomatico, fino alle fasi successive di cronicizzazione.

In questo contesto vengono imposti cut-off arbitrari ai fenomeni dimensionali, allo scopo di cercare una migliore utilità clinica per le decisioni terapeutico-riabilitative. Inoltre, un altro presupposto chiave è che una volta che un individuo ha raggiunto uno specifico stadio di malattia (che nel modello si configura nello stadio 2), non può retrocedere nella stadiazione.

Nella nostra ipotesi, l'applicazione di questo modello si riferisce ai gravi disturbi psicotici e a quelli dell'umore.

Gli stadi definiti sono 5 (da 0 a 4), ma solo gli ultimi tre sono di nostro effettivo interesse per le strutture residenziali.

Lo **stadio 0** vede individui asintomatici che non hanno richiesto assistenza sanitaria, ma fanno parte di un gruppo di persone a rischio per la presenza di parenti giovani (12-25 anni) di primo grado con diagnosi psichiatriche primarie e/o disturbi del neurosviluppo: questa fase è progettata primariamente per condurre studi di coorte e non riguarda pertanto il nostro caso.

Lo **stadio 1 (che si articola in 1a e 1b)** include quelle prime fasi della malattia associate a richieste di cura per sintomi aspecifici lievi o moderati, cambiamento del funzionamento lieve, profilo cognitivo nella norma, assenza di marcatori endofenotipici biologici indicativi (ad esempio volume corticale nella norma.): in questa fase sono indicati alcuni interventi psicoeducativi e di riduzione del danno (ad es. consumo di sostanze). Nemmeno questa, tuttavia, rappresenta uno stadio di osservazione nelle strutture riabilitative psichiatriche.

Lo **stadio 1a** consta di individui in cerca di aiuto,

tipicamente ad adolescenti o giovani adulti, che si presentano con sintomi aspecifici (ansia e depressione moderate), senza impatti significativi o persistenti sulle prestazioni sociali, educative o occupazionali e senza comorbidità maggiori.

Lo **stadio 1b** riguarda invece i soggetti definiti Ultra-High risk che presentano sintomi moderati ma sotto-soglia, cambiamenti neurocognitivi moderati e declino funzionale da moderato a severo (GAF 60-70); possono essere presenti marker biologici indicativi, ad esempio una lieve perdita di materia grigia (corteccia prefrontale, lobo temporale, cervelletto, mesencefalo).

Lo **stadio 2** è rappresentato da soggetti al primo episodio di disturbo psichiatrico completo, con significativi cambiamenti neurocognitivi e impatti funzionali maggiori (GAF 40-60); sono persone inviate ai servizi specialistici (CPS e SERD ad es.). Gli interventi a loro devoluti iniziano a essere integrati: si sovrappongono interventi psicoterapeutici (ad es CBT), psicoeducativi e si introducono terapie farmacologiche (SGA, antidepressivi, litio). Ai marker biologici precedentemente individuati si sommano una significativa perdita di sostanza grigia (riduzione del volume della corteccia ippocampale, temporale e prefrontale dorsale), un ritardo di fase del ritmo circadiano e ipercortisolemia.

Lo **stadio 3** vede remissioni incomplete dal primo episodio, ricorrenze o recidive; il deterioramento delle funzioni neurocognitive e il declino funzionale sono gravi (GAF < 40). Inoltre, rispetto allo stadio 2, le alterazioni dei marker biologici sono più importanti e i trattamenti hanno un focus sul lungo periodo.

Nello **stadio 4** il grado di malattia è severo, il deterioramento cognitivo maggiore e il declino funzionale sempre più grave (GAF < 30); i trattamenti possono comprendere l'introduzione di farmaci come clozapina (necessitante di controlli ematici seriati). Tra i marker neuropsicologici si può apprezzare un ampliamento dei ventricoli.

Quello che appare di nostro interesse è riuscire a definire dove si collocano gli individui in questo contesto,

allocando le maggiori risorse sugli stadi di malattia più precoci, ovvero indirizzando i pazienti nelle strutture più adatte alla situazione evidenziata.

La discussione dei casi deve avvenire all'interno della programmazione di riunioni di Unità Operativa a cadenza mensile, con il coinvolgimento dei referenti di tutte le strutture riabilitative residenziali. Da questa valutazione emerge la tipologia di struttura residenziale di scelta e una definizione delle potenzialità evolutive personali.

### **ORGANIZZAZIONE E RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI RIABILITATIVI NELLA FASE PRECOCE DI ACCOGLIENZA**

La nostra Residenzialità Psichiatrica presenta un'offerta riabilitativa caratterizzata da più strutture:

- SRP1: strutture residenziali psichiatriche per il trattamento terapeutico riabilitativo di tipo intensivo, comunità riabilitative ad alta e media assistenza (CRA e CRM)
- SRP2: strutture residenziali psichiatriche per il trattamento terapeutico riabilitativo di tipo estensivo, presidi di comunità protetta, sempre differenziate in alta e media assistenza (CPA e CPM)

A queste si aggiunge la possibilità, mediante il programma di budget di salute, della costruzione di un progetto territoriale, con l'inserimento in appartamenti con diverse intensità riabilitative.

In essere le SRP3 che verrebbe suddivise in 3 sottocategorie a seconda delle ore di presenza del personale in struttura (24 h, 12h e a fasce orarie prestabilite). Non si annoverano, invece, CPB, per le quali si sta procedendo alla chiusura definitiva.

Sono diagnosi di elezione per l'allocazione: disturbi dello spettro schizofrenico, sindromi affettive di severa entità e gravi disturbi della personalità.

L'obiettivo che ci si prefigge è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente, cercando di intercettare utenti che si localizzano, possibilmente, tra lo stadio 2 e lo stadio 3 di malattia.

Dato il contesto attuale, caratterizzato da una forte richiesta di ricovero residenziale proveniente dagli SPDC e dalla difficoltà da parte dei Servizi Territoriali nell'organizzazione dei programmi di cura, il modello dapprima presentato si raffigura come risposta ad una "crisi" del sistema. Si cerca infatti un'integrazione tra vecchi e nuovi saperi, affinando il lavoro svolto negli SPDC e fornendo nuove informazioni ai Servizi curanti, per consentire sia la ripresa di una riflessione sul caso (il passaggio da SPDC a SR rischia infatti di rendere "orfano" il paziente dei propri riferimenti territoriali), sia di una integrazione tra strutture, così da evitarne l'atomizzazione.

Nell'ottica di una stadiazione iniziale, la CRA rappresenta il presidio cardine nella ridefinizione clinica e terapeutico-riabilitativa dei pazienti. La sua forte connessione con le strutture ospedaliere dipartimentali ed extra dipartimentali permette, all'interno dei programmi di post acuzie, l'attivazione di una serie di interventi diagnostici complessi: tra questi, ad esempio, il neuroimaging in collaborazione con la Neuroradiologia e una valutazione testifica complessa in collaborazione con la Psicologia Clinica.

L'elaborazione dei dati in accordo con la clinica espressa e la possibilità di osservare i pazienti in tempi medio-lunghi (3-6 mesi) nei percorsi di post acuzie, offre l'opportunità di impostare un primo programma di trattamento integrato (farmacologico, di riabilitazione cognitiva, psicoterapeutico, familiare, risocializzante e di attivazione di una valutazione circa le competenze lavorative), oltre che di stadare il paziente e indirizzarlo nella struttura maggiormente appropriata o, se non ancora pronto, permettergli di continuare il percorso di cura ad alta intensità riabilitativa all'interno della CRA.

La riabilitazione cognitiva vede invece il suo punto di realizzazione nella CPM, in cui sono state già attivate postazioni che potrebbero ricevere pazienti (anche provenienti da altre strutture) per la somministrazione delle Cognitive Remediation Therapy (CRT). Questa

struttura si collocherebbe, quindi, come punto ultimo tra la riabilitazione residenziale e il successivo passaggio sul territorio, accogliendo pazienti direttamente dagli altri presidi residenziali.

Una riflessione di fondo è già stata fatta sulla funzione della CPA dipartimentale, che è solita accogliere pazienti che potremmo indicare collocarsi tra lo stadio 3 e 4. Il pensiero elaborato, e già messo in atto, consta della possibilità di inserimento in essa di una parte di pazienti giovani caratterizzati da psicopatologia difettuale grave, ma non cronicizzata (stadio 2 o 3), riduci da un periodo di malattia non trattato non estremamente lungo, per iniziare un processo riabilitativo estensivo. Questo primo passo, non dovrebbe risultare eccessivamente stimolante, in quanto l'obiettivo è quello di un periodo riabilitativo che consenta il passaggio verso contenitori maggiormente stimolanti e orientati al territorio, attraverso modalità armoniche di ricostruzione dell'esperienza caratterizzate da diffusione, lentezza e supportabilità. Tale residenza verrebbe così rinnovata e sistematizzata secondo il modello preposto, pur mantenendo un'area rivolta a pazienti in stadio 4.

Per quanto concerne la CRM, essa ha da sempre avuto una vocazione all'apertura verso il territorio con attività rivolte all'autonomizzazione, con la possibilità di accogliere pazienti in stadio 2 attraverso l'invio dalla CRA o la connessione con il Centro Giovani Ponti. Quest'ultima citata struttura dipartimentale è rivolta ai soggetti tra i 16 e i 25 anni, fornisce prestazioni psicoterapeutiche orientate anche ai disturbi personologici.

Un primo raccordo con i Servizi è quindi già iniziato e tuttora in fieri.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

È quindi realmente possibile un impianto di questo tipo? Il lavoro lento e graduale per una riorganizzazione dell'attività riabilitativa, a partire dalla selezione degli utenti, che si svolga coerentemente con le conoscenze acquisite e aprendosi a nuove modalità di intervento coerenti con

il modello bio-psico-sociale richiede pensiero, tempo, personale specializzato e motivato e mezzi disponibili. Una evoluzione è già in essere e spinta dai programmi di dimissione verso il Budget di Salute e quindi a forte valenza territoriale.

Queste possibilità offerte dalla particolare collocazione e varietà delle strutture residenziali garantiscono un ponte e un servizio, nelle prime fasi, utilizzabile anche dai Servizi Territoriali cui rimane in capo la presa in carico che possono servirsi delle informazioni ottenute per rielaborare il programma terapeutico degli utenti.

Il lavoro andrà strutturato nei prossimi mesi attraverso la costruzione di protocolli con le strutture coinvolte e non solo attraverso l'attivazione di consulenze/esami estemporanei e una formazione puntuale rispetto alle esigenze portate dal programma (già in questa direzione si è svolta una prima formazione sull'uso di strumenti di valutazione specifici e validati).

Una semplificazione del processo di stadiazione andrà operata in considerazione delle risorse e dell'utilizzo nel mondo reale.

La motivazione del personale coinvolto nel progetto riabilitativo è un altro aspetto, fondamentale, da considerare: una modificazione delle procedure d'invio e d'accoglienza, con un conseguente programma riabilitativo chiaro e adeguato allo stadio dell'utente, dovrebbe rappresentare un elemento di incentivazione al lavoro d'equipe nelle Strutture Residenziali evitando il turnover del personale e il rischio di svuotamento e delle funzioni evitando di "navigare in una bonaccia relazionale che suscita noia e paralisi" (Saerles, 1965; Zapparolo, 1979).

In conclusione l'elaborazione di un progetto di questo tipo permette di coniugare la funzione diagnostico-terapeutica ad una crescita del personale cambiando così nel tempo la cultura del Servizio e dei Servizi collegati (in termini di invii e programmi clinici).

In tal modo rimarrebbe sempre centrale la cura dell'utente, personalizzata, senza rinunciare alla riabilitazione classica ed al rapporto terapeutico (Sassolas, 1997).

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Medico Psichiatra, DSMD ASST Santi Paolo e Carlo, P.O.*

*San Carlo Borromeo*

° *Medico Specializzando in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano*

\*\**Direttore Unità Operativa di Psichiatria P.O.*

*San Carlo Borromeo, DSMD ASST Santi Paolo e Carlo*

**BIBLIOGRAFIA**

1. Mei C, McGorry PD, Hickey IB. *Clinical staging and its potential to enhance mental health care*. In *Clinical Staging in Psychiatry*. Cambridge University Press. 2019.
2. McGorry PD. *Why we need a transdiagnostic staging approach to emergency psychopathology, early diagnosis, and treatment*. *JAMA Psychiatry* 73, 3, 191-2. 2016.
3. Hickey IB. *Applying clinical staging to young people who presents for mental health care*. *Early Intervention in Psychiatry* 7,1, 31-43. 2013.
4. McGorry PD, Van Os J. *Reexamining diagnosis in Psychiatry: timing versus specificity*. *The Lancet*, 381, 343-345. 2013.
5. Searles HF. *Collected papers on Schizophrenia and related Subjects*. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Londra. 1965. Trad It. Scritti sulla Schizofrenia. Bollati Boringhieri. Torino, 1974.
6. Zapparoli C. *La paura e la noia*. Il Saggiatore. Milano. 1979.
7. Sassolas M. *La psychose a rebrousse-poil*. Ed Eres. Ramonville Saint-Agne, France. 1997. Trad It. Terapia delle psicosi. Ed Borla. Roma, 2004.

## Gli psichedelici tra passato e presente

Toscano M.

Nella Premessa al volume “Essential Guide to Psychedelic Renaissance” (1) Rick Doblin, decano della terapia psichedelica e CEO del Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) conclude: “Dopo un viaggio molto lungo e strano, gli psichedelici potrebbero infine fare ritorno per rimanere” (op. cit.). La permanenza è, in estrema sintesi, l’aspettativa e lo sforzo cui mirano i convinti assertori odierni di questo approccio: una terapia con psichedelici indovata nel contesto di un percorso psicoterapico che costituisca un nuovo paradigma di cura psichiatrica in grado di promuovere l’affermazione di una psichiatria psichedelica (2)(3). Si tratta di un obiettivo ambizioso che necessariamente dovrà fare i conti con il pesante retaggio del passato che ancora oggi grava su queste sostanze ma che ora appare realizzabile grazie alla mole crescente di studi sperimentali (FIG.1) promossi da istituzioni scientifiche di prestigio (ad es. Johns Hopkins

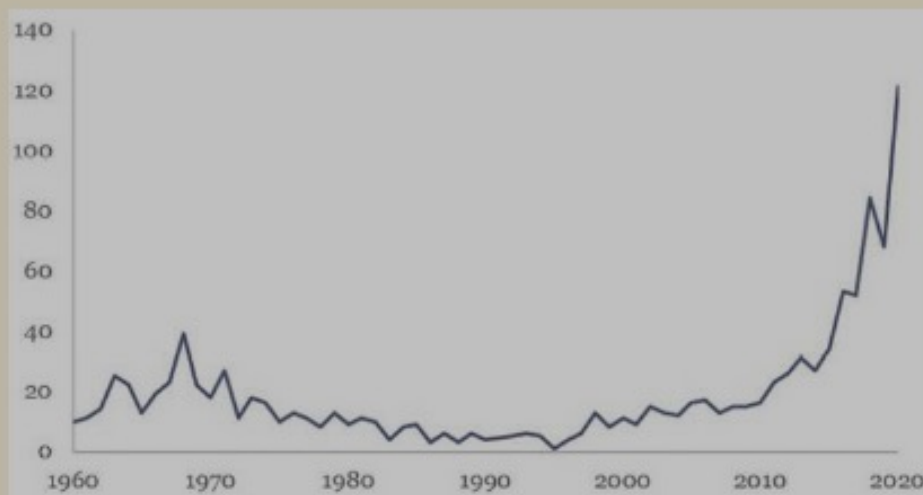
University, New York University (NYU), Harbor-UCLA Medical Center, University of New Mexico, Imperial College of London, Psychiatric University Hospital of Zurich, Hospital Sau Pau of Barcelona). Parimenti la progressiva apertura delle Agenzie Regolatorie (FDA ed EMA), lo sviluppo delle neuroscienze, l’impiego di rigorose metodologie di ricerca nonché l’interesse dell’opinione pubblica e dell’industria verso la materia sembrano essere altrettanti elementi di speranza (1,4,5).

Queste molecole, bandite negli anni ’70-’80 perché ritenute dotate di un alto potenziale di abuso e prive di un apprezzabile valore medico, col nuovo millennio sono tornate al centro dell’interesse scientifico rimanendo tuttavia in bilico tra chi cautamente frena e prende le distanze dagli errori del passato e chi invece, con toni entusiastici, si spinge in avanti intravedendo un enorme potenziale terapeutico (6).

### LA STORIA DEGLI PSICHEDELICI

Una storia degli psichedelici può essere scritta secondo due prospettive, inevitabilmente intrecciate tra loro, che tuttavia è bene tenere distinte. Il fenomeno culturale, carico di

Fig. 1 Tratto da (1)



Number of scientific publications in PubMed, clearly showing that the “psychedelic renaissance” has already surpassed the research of the 60’s and 70s. (*The Psychedelic Renaissance in 2020* by Josh Hardman from *Psilocybin Alpha*, via *psilocybinalpha.com*).



---

spinte rivoluzionarie e di trasformazione sociale proprio della controcultura anglosassone degli anni '60-'70, ed il percorso medico, non diverso dalla strada battuta per lo studio di altri composti, ma che del primo ha pagato gli eccessi e subito le conseguenze sino alla dissoluzione. In questo articolo ci occuperemo principalmente, se non esclusivamente della prospettiva scientifica, rimandando ad altre ottime e ben documentate pubblicazioni per gli aspetti di costume (5).

### La questione terminologica

Le molecole cui si fa riferimento nell'articolo sono state definite inizialmente come "Allucinogeni" e "Psicotomimetici". Il primo termine fa riferimento alla capacità che i composti indolici hanno di indurre distorsione percettiva mentre il secondo allude a quella che fu una prima ed erronea impressione di quei ricercatori che li avevano sperimentati. Ovvero che le alterazioni psichiche prodotte fossero assimilabili a quelle proprie della schizofrenia e quindi potessero generare quadri psicopatologici sperimentalmente indotti utili alla comprensione di quella patologia (psicotomimetici). In ragione di ciò gli allucinogeni venivano somministrati a soggetti normali allo scopo di poterne studiare gli effetti (reversibili) e gli stessi sperimentatori erano incoraggiati a farne uso per meglio comprendere l'esperienza del Paziente. Quando la conoscenza di queste sostanze fu tale da rendere evidente che il concetto di "mimesi" dei sintomi psicotici non era più calzante - e quindi esperienza psichedelica e schizofrenia non erano equivalenti - si pose il problema della loro ridefinizione. Di ciò se ne incaricarono il filosofo e psiconauta Aldous Huxley e lo psichiatra americano Humphry Osmond che nel 1956, su proposta di quest'ultimo, coniarono il termine "Psichedelici" da ψυχή (/psiche/ "mente") e δηλείν (/dileín/, "manifestare"). Si era così così

affermata l'idea che ciò che gli psichedelici operano non è una simulazione di malattia ma una esplicitazione di ciò che accade nella mente in particolari condizioni (1,5,7). Nella stessa area semantica troviamo poi due termini contigui: "dissociativo" che fa riferimento alle esperienze "out of the body" propria di molecole come la Ketamina ed "empatogeno-entactogeno", come nel caso dell'MDMA, che indicano la capacità di facilitare gli scambi emotivi con le altre persone (empatogeno) e l'autointrospezione (entactogeno). Infine è possibile imbattersi nel più recente dei termini - "enteogeno" - che fa riferimento all'esperienza mistico-trasformativa ed alla dimensione del sacro cui sembrano accedere alcuni psiconauti<sup>1</sup> nelle fasi più intense del trip, il cui uso richiede cautela e non è esente da critiche (8).

### Le sostanze

Gli Psichedelici sono composti indolaminici appartenenti alle due grandi famiglie delle Triptamine e delle Fenilettilammine che hanno in comune l'attività di agonismo per il recettore 5HT<sub>2A</sub><sup>2</sup> (9,10). Di queste Mescalina, LSD (dietilammide dell'acido lisergico), Psilocibina, Psilocina, DMT (dimetiltriptamina) e 5-MeO-DMT sono considerate classiche (FIG. 2) cui vanno aggiunte sia sostanze naturali che di sintesi elencate nella "Drugs Wheel", in particolare l'ibogaina e i suoi derivati (FIG.3)(2). MDMA e Ketamina vengono considerate come "psichedelici atipici" in quanto l'esperienza soggettiva si differenzia in parte da quella propria degli altri composti ed il loro meccanismo di azione è più variegato e complesso.

### Gli eventi

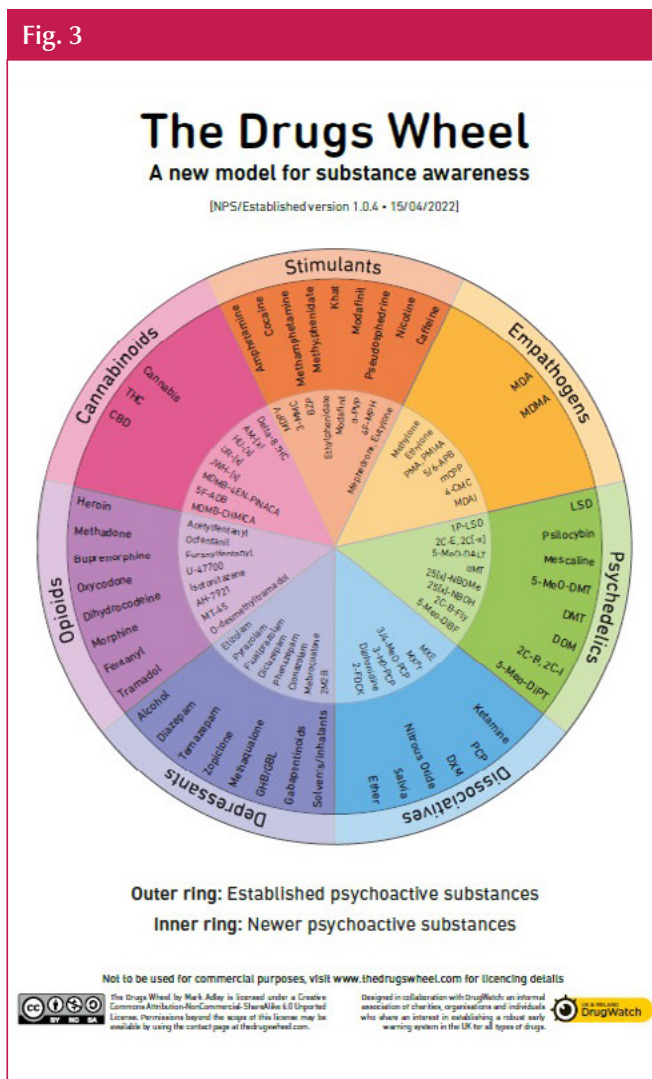
L'uso degli psichedelici è probabilmente documentabile in epoca preistorica già 7000 anni fa col il ritrovamento in Algeria di immagini rupestri in cui figure sacerdotali

- 
1. Il termine Psiconauta viene fatto risalire a Ernst Jünger che lo avrebbe utilizzato per la prima volta nel suo volume di scritti "Avvicinamenti. Droghe ed ebbrezza" in cui descrive la propria esperienza con diverse sostanze psicotrope.
  2. Il ruolo del recettore 5HT<sub>2A</sub> nella genesi delle manifestazioni sembra essere confermato dal fatto che il blocco dello stesso mediante l'antagonista Ketanserina previene e/o inibisce l'esperienza psichedelica.

Fig. 2 The classic psychedelics and their natural sources

Chemical name	Common name(s)	Natural sources
5-methoxy-N,N-dimethyltryptamine(5-MeO-DMT)	Toad	Yopo tree ( <i>Anadenanthera peregrina</i> ) seeds Colorado River toad ( <i>Bufo alvarius</i> ) and Sonoran Desert toad ( <i>Incilius alvarius</i> ) skin exudate
N,N-dimethyltryptamine(DMT)	Spirit molecule	Chacruna shrub ( <i>Psychotria viridis</i> : a component of the ayahuasca brew) and other plant species
Lysergic acid diethylamide (LSD)	Acid	Derived synthetically from ergot fungus ( <i>Claviceps purpurea</i> )
Mescaline (3,4,5-trimethoxyphenethylamine)	Peyote	Cacti species ( <i>Lophophora williamsii</i> , <i>Echinopsis pachanoi</i> , <i>Echinopsis peruviana</i> )
Psilocybin, psilocin	Magic mushrooms, shrooms	Psilocybe mushroom species

Fig. 3



stringono in pugno dei funghi (11). La cultura mediterranea sembra averne fatto esperienza attraverso i Misteri di Eleusi che prevedevano l'assunzione, da parte degli iniziati, di una bevanda a base di cereali e sostanze psichedeliche atta a svelare gli arcani della vita (12). Pressochè tutte le culture hanno beneficiato degli effetti di queste sostanze con l'unica esclusione, sembra, delle popolazioni Inuit per ragioni legate alla peculiare costituzione del suolo.

Venendo ad epoche più recenti e al mondo occidentale la storia della psichedelia muove i primi passi alla fine dell'ottocento per poi avere il suo pieno sviluppo entro la metà del secolo successivo. A fini espositivi, l'analisi della cronologia dei fatti porta all'identificazione di tre periodi distinti che potremmo definire rispettivamente come: "Prima Ondata", "Eclissi" e, recentemente, "Rinascita Psichedelica".

**A) La "Prima Ondata"** copre un lasso temporale che si estende dagli ultimi decenni dell'800 sino alla fine degli anni '60, ed è il periodo in cui si assiste all'individuazione delle principali molecole psichedeliche ad opera di alcuni protagonisti della vicenda, al loro utilizzo in contesti clinici, alla diffusione di queste sostanze fuori dall'ambito medico e, conseguentemente, alla loro messa al bando (Fig. 4). La

prima molecola a fare l'ingresso sulla scena della ricerca psichedelica è la mescalina, estratta dal cactus Peyote e San Pedro e celebrata dalla cultura sciamanica Nativo Americana. Sin dagli anni '20 sono noti alcuni resoconti che tratteggiavano in maniera abbastanza precisa gli effetti sull'uomo della sostanza tra cui, cambiamenti dell'umore, della percezione tattile, alterazioni della percezione dello spazio e del tempo, ideazione persecutoria e di riferimento, sinestesie, alterata percezione del movimento e del corpo nonché vivide allucinazioni prevalentemente visive (7). Tuttavia gli storici della materia unanimemente considerano la sintesi dell'LSD da parte di Albert Hofmann come il punto di svolta e l'inizio dell'era moderna della psichedelia (13). Il 19 aprile 1943, festeggiato dai cultori come il *Bicycle Day*, Hoffman ingeriva nel suo laboratorio 250 mcg di LSD sperimentando su di sé gli effetti della sostanza. Questo, che oggi viene ricordato come il primo *trip* ufficiale della storia, si concluse con il precipitoso ritorno a casa in bicicletta del chimico spaventato dai sintomi che avvertiva.

Dopo questo episodio ebbe inizio un fiorente processo di ricerca sull'impiego degli psichedelici nell'ambito del trattamento delle dipendenze, del PTSD, dell'ansia e della depressione:

*“By 1951, more than 100 articles on LSD appeared in medical journals, and by 1961, the number increased to more than 1000 articles” (14).*

L'impiego degli psichedelici affermatosi negli anni '50 seguiva il modello definito “psicolitico”. Bassi dosaggi della sostanza, ripetutamente assunti nel corso di un programma psicoterapico, facilitavano il riemergere di materiale inconscio soprattutto in pazienti con difese rigide senza tuttavia arrivare alla manifestazione estrema dell'effetto psichedelico noto come *dissoluzione dell'Ego*. La prassi sembrava quindi permettere una notevole accelerazione ed approfondimento del processo terapeutico con reciproca soddisfazione del curante e del paziente. Questa modalità d'uso entrò in crisi quando si rese evidente il fatto che i pazienti tendevano a produrre materiale in funzione dell'orientamento teorico del terapeuta. La psicosi aumentava quindi la suggestionabilità del paziente a discapito dell'autenticità dei contenuti emersi.

Ciò fece sì che le dosi impiegate in seduta andassero progressivamente crescendo passando dalla semplice psicosi alla psichedelia vera e propria. Nell'uso secondo il modello psichedelico la dose, perlopiù singola o ripetuta

**Fig. 4 La «Prima Ondata»: la psichedelia tra progressi e divieti**

#### **Gli eventi ed i protagonisti**

**1897** Arthur Heffer isola la Mescalina  
**1901** Jean Dybowsky ed Edward Laundrin isolano l'Ibogaina  
**1912** Anton Kollisch sintetizza l'MDMA  
**1938** Albert Hofman sintetizza l'LSD  
**1938** Il “Federal Food, Drug and Cosmetic Act” permette a Sandoz di distribuire negli USA campioni di LSD a scopo di ricerca  
**1958** Albert Hofman isola la Psilocibina  
**1958** Calvin Stevens sintetizza la Ketamina

#### **Fattori limitanti**

**1962** “Drug Amendments”. La FDA approva solo farmaci di dimostrata sicurezza ed efficacia (dopo il caso della Talidomide)  
**1966** La California criminalizza il possesso, la vendita e la produzione di LSD  
**1968** lo «Stagger-Dodd Bill» limita il possesso degli psichedelici che diviene illegale  
**1970** Lo «US Controlled Substance Act» inserisce le principali sostanze psichedeliche in Schedule I. La ricerca non viene proibita ma pesantemente ostacolata  
**1971** Le Nazioni Unite pubblicano la «Convention of Psychotropics Substances» stabilendo che LSD, DMT e MDMA sono sostanze controllate  
**1971** Nello UK viene approvato il «Misuse of Drugs Act» che pone sotto controllo la maggior parte degli Psichedelici

a distanza di settimane, induce imponenti fenomeni dispercettivi, una sensibile riduzione della produzione verbale ma soprattutto una perdita dei confini dell'Io che apre le porte all'*esperienza trasformativa o unitiva* in cui la soggettività si perde in una sorta di fusione mistica con l'universo. Il pioniere di questo nuovo approccio fu Humphry Osmond, psichiatra americano operativo in Canada presso il Saskatchewan Hospital, impegnato nel trattamento di pazienti alcolisti refrattari con risultati mai raggiunti prima: il 50% restava astinente a 12 mesi contro il 20% ottenuto con metodi tradizionali (1). Era nato un nuovo filone terapeutico, quello della "psicoterapia assistita con psichedelici", che rapidamente diffonderà sia negli USA (Sidney Cohen, psichiatra e professore alla UCLA) che in Europa (tra cui Stanislav Grof, psicoanalista cecoslovacco e fondatore della psicologia Transpersonale; Ronald Sandison, psicoterapeuta e psichiatra inglese al Powick Psychiatric Hospital).

A ciò va aggiunto il fatto che il triennio dal 1955 al 1957 ha segnato l'approdo in occidente dei cosiddetti "funghi magici" ad opera di un banchiere americano, Robert Gordon Wesson, e di sua moglie, pediatra russo-americana Valentina Pavlovna, etnomicologi per passione. I due intrapresero diversi viaggi nello stato messicano di Oaxaca dove vennero in contatto con la rinomata *curandera* Maria Sabina che li iniziò all'uso dei funghi psichedelici. L'esperienza si concluse con l'invio di alcuni campioni di questi funghi presso i laboratori della Sandoz a Basilea dove Hofmann, amico di Wesson, estrasse per la prima volta i principi attivi ossia la psilocibina e la psilocina.

La parabola discendente ebbe inizio con la diffusione d'uso di queste molecole nella popolazione generale, pervasa dalla cultura *Hippie*, complice una discutibile politica di propaganda delle stesse all'interno delle istituzioni accademiche. Figura di spicco in tal senso è stato lo psicologo di Harvard Timothy Leary che, assieme al collega, Richard Alpert cavalcarono l'onda della popolarità delle sostanze psichedeliche dando inizio nel 1960 ad un progetto di ricerca noto come *Psilocybin Project*,

cui seguirono - nei due anni successivi - il *Concord Prison Experiment* ed il *Good Friday Experiment*.

Il principale e forse unico vero merito di Leary fu quello di aver introdotto una distinzione che sopravvive ancora oggi tra "Set" e "Setting" (15). Affinchè l'esperienza psichedelica si svolga nel migliore dei modi è necessario tenere conto del *mind-set* dell'utilizzatore ovvero del suo stato psico-fisico, delle sue conoscenze, aspettative e finalit  di approccio all'esperienza. Parallelamente riveste grande importanza il contesto in cui avviene l'esperienza e quindi la piacevolezza e tranquillit  dell'ambiente oltre alla competenza del terapeuta. Il contesto della seduta (setting) deve essere quindi preparato con cura proprio a garanzia della sicurezza del paziente. Per questo motivo, grazie a Leary, gli esperimenti smisero di essere effettuati in algidi studi medici per essere sostituiti da accoglienti ambienti di aspetto domestico con una netta riduzione degli eventi avversi.

Leary viene oggi considerato, in parte ingiustamente, come il vero responsabile dell'evoluzione negativa degli eventi. Di fatto le responsabilit  di Leary spaziavano dall'impiego di sperimentazioni non controllate (ma questo era un limite metodologico comune all'epoca) alla violazione di norme etiche (somministrazione fuori protocollo di psichedelici a studenti non ancora in scuola di specialit ) alla manipolazione dei dati in maniera tendenziosa. Ma soprattutto pag  lo scotto di aver promosso un progetto di rivoluzione culturale che prevedeva la somministrazione di massa dell'LSD per spingere verso un cambiamento radicale della societ . Di fronte a questi aspetti e ad alcuni rari eventi avversi, ingigantiti e deformati dalla stampa, sia l'establishment scientifico che il governo americano fecero marcia indietro promuovendo un'azione, prima all'interno degli Stati Uniti e poi in tutto l'occidente, per la messa al bando delle sostanze psichedeliche (FIG 4). A sostegno della proscrizione si aggiunse anche la voce stizzita dell'establishment medico che, per bocca di Roy Grinker - Presidente della American Medical Association e primo editore degli Archives of General Psychiatry - afferm :

*“[...] these professionals are widely known to participate in drug ingestion, rendering their conclusion biased by their own ecstasy [...]” (16)*

A sancire la fine dell'esperienza psichedelica contribuì infine un aspetto non secondario messo in luce da Hofmann nel suo volume autobiografico: *“LSD. IL mio bambino difficile”* (17), dedicato alle vicende che portarono alla sintesi dell'LSD nel 1938 ed alla successiva commercializzazione dello stesso nel 1947, da parte della Sandoz, con il nome di Delysid®. All'apice della diffusione della sostanza la casa farmaceutica produttrice si trovò a fare i conti con l'applicazione negli USA del “Drug Amendments” del 1962 che introduceva il possesso di precisi requisiti di efficacia e sicurezza di un farmaco per poter essere commercializzato:

*“La comparsa dell'LSD nel panorama degli stupefacenti provocò alla nostra azienda un grosso e laborioso onere improduttivo. [Con la diffusione di massa. NdA] I laboratori nazionali di controllo e i dipartimenti per la salute pubblica ci chiesero rapporti sulle proprietà chimiche e farmacologiche e sulla stabilità e tossicità dell'LSD nonché metodi analitici per il suo accertamento nei campioni di droga sequestrati [...]. Ciò comportò enormi e onerose difficoltà che l'amministrazione contabile della Sandoz non approvò assolutamente”.*

Nel 1963, scaduto il brevetto, gli oneri per Sandoz superavano di gran lunga i profitti, la produzione del farmaco cessò nel 1965 e la sua distribuzione l'anno successivo, con la cessione di tutte le scorte all'NIMH. **B) Il “Periodo Centrale”,** che potremo definire di Eclissi, corrisponde all'intervallo temporale che va dagli anni '70 sino all'inizio degli anni '90. Charles Grob (13) sintetizza questo passaggio con parole inequivocabili:

*“By blurring the boundaries between religion and science, between sickness and health, and between healer and sufferer, the psychedelic model entered the realm of applied mysticism”*

Cessata la produzione di LSD da parte di Sandoz, l'azienda stessa consegnò tutte le scorte della molecola al Governo Americano e così facendo decretò la fine delle oltre 70 sperimentazioni in corso (5). La FDA sigillò il provvedimento con una lettera agli sperimentatori cui intimava loro di fermare le ricerche. Un intervento al Congresso del senatore Robert Kennedy, in difesa dell'uso terapeutico degli psichedelici con i quali era stata brillantemente curata la depressione della moglie Ethel, cadde nel vuoto. Incomprensibilmente sopravvisse un unico punto di ricerca, il Maryland Psychiatric Research Center di Spring Grove ove un manipolo di ricercatori guidati da Albert Kurlan proseguì gli studi sino al 1976 (5). Un resoconto delle ricerche di quel periodo viene sinteticamente esposto nella pubblicazione di Nichols e Walter (7) che mette bene in evidenza la voragine apertasi nella produzione scientifica. In questo ventennio, gli psichedelici, seppure divenuti illegali e quindi banditi dall'uso nella sperimentazione umana hanno proseguito il loro corso indisturbato nel campo della sperimentazione animale dove invece hanno contribuito in modo rilevante allo studio neurotrasmettitoriale, di brain imaging e di farmacologia comportamentale (7,18). L'interesse degli studiosi, prevalentemente psichiatri, memori degli incoraggianti successi ottenuti nella prima fase non è mai del tutto comparso come testimonianza la pregevole pubblicazione di Lester GreenSpoon e James Bakalar che, già nel titolo, invitava a “riconsiderare” le terapie psichedeliche alla luce dei 40.000 pazienti trattati con psichedelici negli anni precedenti (19).

---

C) La “Rinascita”<sup>3</sup> passa attraverso due momenti particolarmente salienti. Nel 1990 Rick Strassman e Clifford Qualls della University of New Mexico ottengono l’autorizzazione ad effettuare un RCT, in doppio cieco, controllato verso placebo in cui veniva somministrata Dimetiltriptamina (DMT) endovena per studiare la sicurezza, il profilo di tollerabilità e l’esperienza soggettiva in 11 utilizzatori abituali di psichedelici (20,21).

Successivamente, nel 2006, si verificano tre eventi, opportunamente ricordati da Pollan (5), che hanno segnato la ripresa dell’interesse collettivo verso gli psichedelici.

In quell’anno, a Basilea, si tengono i festeggiamenti per il centenario della nascita di Albert Hofman. Il pioniere della psichedelia moderna, ancora in buona forma (morirà due anni dopo a 102 anni), partecipava all’evento e nella platea, tra gli invitati, non solo psiconauti ma molti scienziati del settore delle neuroscienze che riconoscevano l’importanza del lavoro di Hofman e la necessità di riprendere il filone di ricerca interrotto oltre un ventennio prima. La Società Svizzera di Radio-televisione SGR SSR commentava a posteriori l’evento ricordando come lo Psichiatra Svizzero Robert Gasser, grazie ad una autorizzazione speciale ottenuta nel 2008, abbia potuto ricongiungersi alla tradizione passata e riavviare la sperimentare con LSD su pazienti terminali.

La Confederazione Elvetica tutt’oggi si profila come una delle nazioni più avanzate nello studio degli psichedelici soprattutto grazie all’attività di ricerca di Franz Vollenweider presso l’Ospedale Psichiatrico dell’Università di Zurigo.

Nello stesso anno, oltreoceano, la Corte Suprema degli Stati Uniti d’America, dopo anni di ostracismo governativo, riconosceva l’impiego della DMT, unicamente per ragioni di culto, alla setta brasiliana União do Vegetal (UDV) ferma restando l’illegalità dell’uso di DMT per qualsiasi altro impiego. La “molecola dello spirito” celebrata da Strassman (22) nella la sua attività di

ricerca tra il 1990 ed il 1995 –l’unica approvata e finanziata dalla DEA- veniva quindi assimilata alla mescalina il cui uso è stato sempre autorizzato a fini culturali tra i Nativi Americani.

Infine, ma di particolare rilievo per l’ambito psichiatrico, la pubblicazione sulla rivista *Psychopharmacology* dell’articolo di Griffith e Colleghi dal titolo tanto inusuale quanto sorprendente per una rivista “mainstream” di settore: “Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance” (23). Scopo dell’esperimento era valutare gli effetti in acuto (7 ore) e sul lungo termine (due mesi) della psilocibina in trentasei volontari sani “hallucinogen-naïve” cui veniva somministrata una dose elevata di Psilocibina orale (30mg/70Kg) vs. il comparatore attivo Metilfenidato (40mg/70Kg) con disegno in doppio cieco, crossover between-groups. Trenta volontari ricevevano due somministrazioni, di cui la seconda a distanza di due mesi dalla prima (15 nell’ordine psilocibina/metilfenidato e 15 con ordine inverso); gli altri sei ricevevano tre somministrazioni di cui le prime due con metilfenidato e la terza con psilocibina (*unblinded* con dati esclusi dall’analisi statistica). Dal confronto è emersa la maggior attivazione emotiva indotta da psilocibina rispetto al metilfenidato, il profilo più intensamente mistico dell’esperienza psichedelica rispetto a quella anfetaminica, la maggior persistenza dei cambiamenti positivi a due mesi per la prima rispetto alla seconda ma la differenza più interessante si è avuta in risposta alla domanda “How personally meaningful was the experience?”. Il gruppo a Psilocibina ha risposto “La più significativa della mia vita” (single most lifetime) nel 12% dei casi contro lo 0% del gruppo a Metilfenidato e “tra le prime cinque” (among top five) nel 55% dei soggetti a Psilocibina verso l’8% del Metilfenidato.

Da quel momento in poi si è assistito ad una ripresa

---

3. L’espressione “Psychedelic Renaissance” sembra essere attribuibile al giornalista Steve Kotler che pubblicò sulla rivista Playboy, nel numero di Aprile 2010, un articolo divulgativo emblematico dell’umore del momento.

dell'attività di ricerca nel campo degli psichedelici che, pur rimanendo all'interno della Schedule I del US Controlled Substance Act, risentono progressivamente sempre meno delle restrizioni che la stessa impone. Va ricordato che l'inclusione degli psichedelici nella Schedule I<sup>4</sup>, cioè tra le sostanze che non hanno un riconosciuto impiego medico e che manifestano un elevato potenziale di abuso, non proibisce la ricerca ma rende l'acquisizione dell'autorizzazione a procedere estremamente complessa e farraginoso. D'altro canto non è più possibile scotomizzare l'entità dei cosiddetti unmet needs caratterizzanti buona parte delle principali patologie psichiatriche, e tra questi il fenomeno della farmacoresistenza. Belouin e Henningfield (18) a questo proposito scrivono:

*"[...] a review of the current state of mental illness in the United States illustrates why it is imperative to accelerate psychedelic drug research to determine its potential as new treatment options for people whose mental health disorders are refractory to current evidence based treatment modalities".*

Il punto più alto oggi raggiunto dalla ricerca in questo settore è la recente pubblicazione di uno studio di Fase III sull'impiego dell'MDMA vs. Placebo nel trattamento del PTSD (24) su 90 pazienti affetti dal disturbo. L'evidenza che l'MDMA è notevolmente superiore a placebo, sia in termini di riduzione della sintomatologia che di miglioramento dell'outcome funzionale, ha consentito agli Autori di concludere che: "MDMA-assisted therapy represents a potential breakthrough treatment that merits expedited clinical evaluation".

Non meno importanti sono alcune recenti pubblicazioni sull'impiego di Psilocibina nel Disturbo Depressivo Maggiore che rappresenta uno dei più promettenti ambiti

di applicazione in campo psichiatrico (25,26,27).

Accanto alle dimostrazioni di efficacia superiore rispetto alle terapie convenzionali il dato che emerge è che i cambiamenti indotti quasi sempre richiedono soltanto una o due somministrazioni del farmaco per ottenere un risultato clinicamente significativo ma soprattutto stabile nel tempo (25,26) a condizione che il trattamento farmacologico venga inserito entro un percorso psicoterapico continuativo (27).

## CONCLUSIONI

Giunti a questo punto diviene fondamentale tenere presente due fatti. Il primo di questi è l'elevato numero di Pazienti che non beneficiano, parzialmente o in toto, dei farmaci autorizzati dalle agenzie regolatorie dei diversi paesi. Si tratta cioè di quei pazienti che non rispondono ai trattamenti o che manifestano effetti collaterali insostenibili o che, per qualsiasi altro motivo, non sono complianti alle terapie. Il secondo elemento è insito nel trend attuale della ricerca farmacologica che vede il progressivo disingaggio delle principali case farmaceutiche demotivate da elevati costi di commercializzazione a fronte di modesti avanzamenti in termini di efficacia. Ciò ha determinato la proliferazione negli Stati Uniti di piccole aziende farmacologiche o start up nate quasi esclusivamente per la produzione di molecole psichedeliche e sostenute da *Venture Capitalist* (31) che raccolgono decine di milioni di dollari a favore della sperimentazione intravedendo la possibilità di una crescita esponenziale del mercato legale degli psichedelici.

È lecito aspettarsi quindi che, a fronte del bisogno insoddisfatto di molti Pazienti, dei risultati clinici assai promettenti nonché dei forti interessi economici in movimento, nel giro di pochi anni gli psichedelici siano una realtà a pieno titolo presente nel panorama della psichiatria. Ciò che conta è non ripetere gli errori del passato.

4. Le sostanze psichedeliche in Italia sono incluse nella Tabella I allegata alla LEGGE 21 febbraio 2006, n.49, di conversione, con modificazioni, del Decreto Legge 272/05 che modifica il Testo unico DPR 309/90 (sugli "Stupefacenti"). La legge Italiana distingue tra "sostanze stupefacenti" (Tabella I) e "medicinali stupefacenti" (Tabella II).

## BIBLIOGRAFIA

1. Gómez-Escolar, Antón (2022). *Essential guide to the Psychedelic Renaissance: All you need to know about how psilocybin, MDMA and LSD are revolutionizing mental health and changing lives*. Psychonaut guides.com.
2. Brian Holoyda (2020). *The rebirth of psychedelic psychiatry. Recent research suggests psychedelic agents might help treat anxiety, depression, other disorders*. Current Psychiatry, Vol. 20, No. 1
3. Gerhard Gründer (2021). *Psychedelics: A New Treatment Paradigm in Psychiatry?* Pharmacopsychiatry; 54: 149–150
4. The New York Times. *The psychedelic revolution is coming. Psychiatry may never be the same*. 2021; <https://www.nytimes.com/2021/05/09/health/psychedelics-mdma-psilocybin-molly-mental-health.html> (accessed on May 21st, 2021)
5. Pollan Michael (2019). *Come cambiare la tua mente*. Adelphi.
6. Henry A. Nasrallah (2022) *From neuroplasticity to psychoplasticity: Psilocybin may reverse personality disorders and political fanaticism*. Current Psychiatry, Vol. 21, No. 9
7. Nichols David, Walter Hannes (2021). *The History of Psychedelics in Psychiatry*. Pharmacopsychiatry 2021; 54: 151–166
8. Rick Strassman (2022). *The Psychedelic Handbook*, Ulysses Press (Trad It. Manuale di Psichedelia. Edizioni Spazio Interiore, 2023)
9. Alex C. Kwan, David E. Olson, Katrin H. Preller and Bryan L. Roth (2022). *The neural basis of psychedelic action*. Nature Neuroscience, Vol. 25, 1407–1419
10. (10) Martin K. Madsen, Patrick M. Fisher, Daniel Burmeister, Agnete Dyssegaard, Dea S. Stenbæk, Sara Kristiansen, Sys S. Johansen, Sczabolz Lehel, Kristian Linnet, Claus Svarer, David Erritzoe, Brice Ozenne and Gitte M. Knudsen (2019). *Psychedelic effects of psilocybin correlate with serotonin 2A receptor occupancy and plasma psilocin levels*. Neuropsychopharmacology, 44:1328–1334.
11. Federico Di Vita. *Breve storia universale degli psichedelici*. In AAVV La scommessa psichedelica. Lavoro critico. Quodlibet 2020
12. Chiara Baldini. *Tramonto al tempio. I festival psichedelici e gli antichi culti misterici*. In AAVV La scommessa psichedelica. Lavoro critico. Quodlibet 2020
13. Charles Grob (1998). *Psychiatric Research with Hallucinogen:*



- What have we learned? The Heffter Review of Psychedelic Research, Vol.1, 8-20.*
14. Erika Dike (2005). *Falshbacks: Psychiatric Experimentation with LSD in Historical Perspective*. The Canadian Journal of Psychiatry, 50:7, 381-388
  15. James Penner (2014). *Timothy Leary: The Harvard Years: Early Writings on LSD and Psilocybin with Richard Alpert, Huston Smith, Ralph Metzner, and others* (English Edition). Park Street Press
  16. Roy Grinker (1964). *Bootlegged ecstasy*. JAMA 187, 192
  17. Albert Hofmann (2015). *LSD. Il mio bambino difficile*. Universale Economica Feltrinelli. Edizione elettronica.
  18. Sean J. Belouin, Jack E. Henningfield (2018) *Psychedelics: Where we are now, why we got here, what we must do*. Neuropharmacology 142
  19. Lester Green Spoon & James Bakalar (1981). *Psychedelics drugs reconsidered*. Basic Books
  20. Rick J. Strassman, Clifford R. Qualls, (1994). *Dose-Response Study of N,N-Dimethyltryptamine in Humans. I. Neuroendocrine, Autonomic, and Cardiovascular Effects*. Arch Gen Psychiatry. 51:85-97
  21. Rick J. Strassman, Clifford R. Qualls, Eberhard H. Uhlenhuth, Robert Kellner (1994). *Dose-Response Study of N,N-Dimethyltryptamine in Humans. II. Subjective Effects and Preliminary Results of a New Rating Scale*. Arch Gen Psychiatry. 51:98-108
  22. Rick J. Strassman (2019). *DMT. La molecola dello spirito*. Spazio Interiore.
  23. R. R. Griffiths, W. A. Richards, U. McCann & R. Jesse (2006). *Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance*. Psychopharmacology. 187:268-283
  24. Jennifer Mitchell et Al. (2021) *MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study*. Nature re Medicine, 27, 1025-1033.
  25. Alan K. Davis, Frederick S. Barrett, Darrick G. May, Mary P. Cosimano, Nathan D. Sepeda, Matthew W. Johnson, Patrick H. Finan, Roland R. Griffiths (2021). *Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder. A Randomized Clinical Trial*. JAMA Psychiatry, 78(5):481-489
  26. Robin Carhart-Harris, Bruna Giribaldi, Rosalind Watts, Michelle Baker-Jones, Ashleigh Murphy-Beiner, Roberta Murphy, Jonny Martell, Allan Blemings, David Erritzoe, David J. Nutt (2021) *Trial of Psilocybin versus Escitalopram for Depression*. N Engl J Med. 384:1402-11.
  27. Kwonmok Ko, Emma I. Kopra, Anthony J. Cleare, James J. Rucker (2023). *Psychedelic therapy for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders. 322, 194-204
  28. Robin L Carhart-Harris, Mark Bolstridge, James Rucker\*, Camilla M J Day\*, David Erritzoe, Mendel Kaelen, Michael Bloomfield, James A Rickard (2016) *Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study*. Lancet Psychiatry. 3: 619-27
  29. Adam L. Halberstadt, Franz X. Vollenweider & David E. Nichols Editors (2018). *Behavioral Neurobiology of Psychedelic Drugs*. Springer (e-book)
  30. Frederick S. Barrett & Katrin H. Preller Editors (2022). *Disruptive Psychopharmacology*. Springer (e-book)
  31. The Wall Street Journal. *Silicon Valley and Wall Street Elites Pour Money Into Psychedelic Research*. <https://www.wsj.com/articles/silicon-valley-and-wall-street-elites-pour-money-into-psychedelic-research-11597941470#>

## Un'esperienza pluriennale in un dipartimento di salute mentale dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno<sup>1</sup>

Vender S.

Nella relazione intendo svolgere, sulla base della mia esperienza pluriennale come Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Varese, alcune specifiche considerazioni e valutazioni sui problemi e sui vantaggi posti dalla legge sull'Amministrazione di Sostegno n. 6/2004.

Innanzitutto, ringrazio per l'invito la Prof.ssa Giovanna Visintini, che ha dedicato tanto del suo tempo e del suo lavoro di giurista per innovare la tutela dei pazienti psichiatrici ed in generale delle persone fragili, soprattutto approfondendo la nozione di capacità/incapacità di agire, rapportata con l'infermità mentale e partecipando attivamente a gettare le basi perché fosse formulata e approvata quella legge, di grande valore sociale.

Alcuni temi già trattati dai prof. Massimo Dogliotti, sui problemi della tutela e della ricerca del consenso, e Leonardo Lenti, circa i nuovi aspetti del diritto di famiglia, trovano riscontro nella mia pratica clinica e nella inevitabile collaborazione con i vari professionisti che si occupavano e si occupano dei problemi della tutela delle persone fragili: posso dire che quanto detto finora è in sintonia con la mia esperienza sia come docente universitario di Psichiatria all'Università dell'Insubria che come clinico di una struttura complessa, che comprendeva sia Centri di salute mentale, sia il reparto ospedaliero ed ancora centri diurni e comunità riabilitative (il territorio in carico al DSM era di oltre 300.000 abitanti, di età superiore ai 18 anni).

### LEGGE 180/1978 E LEGGE 6/2004:

#### ALCUNE RIFLESSIONI

Prima di esporre la mia esperienza, vorrei segnalare due aspetti, che non sempre sono stati ben evidenziati durante la grande trasformazione della psichiatria con la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'apertura di centri di prossimità sul territorio, nonché con la promulgazione della legge sull'Amministrazione di sostegno.

– Il primo riguarda la fine della marginalità/esclusione dalla sanità dei trattamenti psichiatrici, che avvenivano soprattutto per i pazienti più gravi nei manicomi: tale esclusione riguardava gli stessi operatori psichiatrici, perché la gestione della psichiatria era stata, prima della legge 180 del 1978, affidata per molti decenni, si può dire fin dall'inizio, alle Province quindi a Enti politico-amministrativi che avevano soprattutto un mandato assistenziale. Al di là dei giudizi che si possono esprimere, di certo non positivi, questo fatto ha collocato la psichiatria, che pur utilizzava metodi e strumenti medici (pensiamo anche solo alla psicoturgia, pratica per fortuna abbandonata), al di fuori del contesto sanitario e degli stessi sviluppi dell'organizzazione sanitaria. So bene che dire questo è un po' riduttivo perché la storia della psichiatria è ben più complessa, rispetto a questa sintesi: ma va ricordato, che la psichiatria come disciplina e clinica universitaria autonoma è stata istituita solo nel 1959, per separazione dall'insegnamento delle Malattie Nervose e Mentali e dalle relative strutture cliniche, molto diffuse e diversamente interessate agli aspetti psichiatrici. Inoltre, va menzionato che gli psicofarmaci, che hanno dato agli operatori nuovi ed importanti strumenti terapeutici, sono stati scoperti solo negli anni '50 del secolo scorso. Certamente tutto ciò ha

1. La relazione è stata presentata al Convegno "LA TUTELA DEI SOGGETTI FRAGILI TRA DIRITTO, DISAGIO MENTALE, DIFFICOLTÀ FAMILIARI E NEUROSCIENZE", che si è svolto a Toscolano (BS) il 30 settembre 2022, presso il Centro Studi Toscolano diretto dalla Prof.ssa Giovanna Visintini, Prof. Emerito di Diritto Civile presso Facoltà di Giurisprudenza, Università di Genova.

favorito una marginalità della psichiatria rispetto alla sanità in generale e proprio per questo, ritengo che con la Legge 180/1978 sia stata avviata non solo la chiusura degli Ospedali Neuropsichiatrici, ma anche l'inclusione della psichiatria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, istituito con la legge 833 dello stesso anno. La presenza della psichiatria all'interno del Servizio sanitario nazionale ha portato, infatti, allo sviluppo di altri temi importanti che la medicina non aveva ancora ben sviluppato: mi riferisco al rapporto medico-paziente, all'importanza della relazione terapeutica nella cura e nell'evoluzione della malattia, al problema del consenso informato del paziente circa le cure cui sarebbe stato sottoposto, al rapporto con i familiari e le Associazioni, che andavano sviluppandosi in quegli anni. Quindi, a mio parere, la psichiatria ha contribuito allo sviluppo della dimensione sociale ed anche etica della medicina, che allora (ma forse lo è tuttora) era tendenzialmente ospedale-centrica. Certamente la psichiatria si è fatta portatrice, all'interno delle pratiche sanitarie, di istanze presenti nella cultura sociale di quel periodo storico.

- Il secondo aspetto, su cui intendo attirare l'attenzione, riguarda proprio la legge sull'Amministrazione di sostegno, legge del 9 gennaio 2004, n.6, introdotta nel nostro ordinamento giuridico per le persone che *“per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica”* si trovino *“nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi”*. Questa legge ha avuto una gestazione molto lunga: infatti ricordo che fin dagli anni '80 si era andata affermando una nuova sensibilità circa i rapporti fra infermità psichica e diritto: in particolare era stata la scuola genovese di Diritto Civile, di cui la Prof.ssa Giovanna Visintini è un'illustre rappresentante, ad affrontare la complessa problematica sull'onda anche delle nuove conoscenze

psichiatriche. Proprio in questa stupenda villa sede del Centro Studi di Toscolano, organizzò varie riunioni su questi temi. Da tali discussioni fra vari esperti nacquero le premesse, che portarono all'organizzazione dell'importante convegno di Trieste del 1986 *“Un altro diritto per i malati di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione”*, presieduto da Paolo Cendon. Il Convegno riunì docenti di diritto civile, esperti di varie discipline giuridiche, politici, psichiatri, giornalisti, operatori psichiatrici ed associazioni. In quell'occasione ricordo che presentai i risultati di una ricerca appena conclusa all'Università di Pavia sui vari modi di presentare la legge 180 da parte dei mass media, in particolare i giornali: infatti furono affrontati, in quel contesto, non solo argomenti squisitamente giuridici o psichiatrici, ma anche fenomeni sociali che sorgevano come risposta alle proposte di cambiamento della psichiatria. Quel convegno può essere assunto come la testimonianza della nascita di un ampio movimento culturale, che comprendeva tante declinazioni del vivere quotidiano, con un bagno nel sociale, di cui la legge sull'Amministrazione di sostegno, promulgata molti anni dopo, è stata la rappresentante. Nel suo intervento presentato a quel Convegno, la Prof.ssa Visintini si chiedeva se la *“nozione di incapacità serve ancora”*, esprimendo una posizione contraria all'automatismo fra malattia mentale e incapacità di intendere e volere, incapacità che dovrebbe invece essere accertata, nella sua specificità, dal giudice in base alle circostanze del caso concreto. Riflessioni, apporti, esperienze, evoluzione della stessa psichiatria hanno portato ad una legge, che non si fonda sulla nosografia, ma sulla particolare condizione di infermità o menomazione, indipendente dalla sua causa (fisica o psichica), che riduce le competenze della persona in modo affatto specifico. Anche questa legge ha operato un'azione di inclusione del malato mentale equiparandolo a tutti gli altri pazienti.

## INCLUSIONE SOCIALE

Ho voluto sottolineare il significato storico di queste due leggi, perché hanno recepito, a mio parere, la trasformazione avvenuta in quei decenni nella nostra società: se pensiamo che prima di questa legge le uniche forme previste di tutela del malato mentale erano l'inabilitazione o l'interdizione (che toglievano diritti e che tra l'altro nell'esperienza pratica erano provvedimenti molto difficili da togliere o modificare), non possiamo non notare un salto qualitativo notevole, in quegli anni, perché l'Amministrazione di sostegno, al contrario di quanto previsto in precedenza, fornisce un supporto e un aiuto, a prescindere dal tipo di patologia, che produce una riduzione delle capacità e competenze per un periodo più o meno lungo.

Anche in questo caso come con l'approvazione della legge 180, ci siamo trovati di fronte ad un processo di inclusione sociale, perché gruppi sociali esclusi dalla società per alcune loro caratteristiche psicopatologiche specifiche, erano riportati all'interno di gruppi malati di cittadini considerati "normali".

Al giorno d'oggi l'inclusione nella società è tanto invocata in molti settori dell'attività umana: inclusione è diventata spesso una sorta di parola d'ordine proclamata e reclamata da tanti gruppi di opinione sia nell'ambito lavorativo sia certamente nella sfera dei diritti civili e sociali.

Soprattutto la legge 6 del 2004 andava incontro, in quegli anni, anche alle grandi preoccupazioni di molti familiari per il futuro e la tutela dei loro figli più fragili, preoccupazioni che varie associazioni avevano da tempo manifestato e dichiarato in modo accorato e ansioso alla società, ai politici ed agli amministratori. Ricordo molto bene come, appena approvata questa legge, l'ANFAS (ad esempio) si fece promotrice presso i propri iscritti di una capillare informazione sui contenuti e sull'utilità della legge sull'Amministrazione di Sostegno, per cui molte furono in quel periodo le richieste ai Giudici per avere una diversa tutela dei loro familiari bisognosi. I Giudici Tutelari, in una prima fase, nominarono consulenti

psichiatri per avere una parere tecnico sulle condizioni psichiche del soggetto per cui era richiesto un amministratore di sostegno, anche nei casi in cui era lo stesso soggetto a ritenerla utile e necessaria. Successivamente, a quanto mi risulta, i Giudici Tutelari hanno via via assunto iniziative e decisioni più autonome, senza coinvolgere gli specialisti, se non in situazioni cliniche complesse o in caso di gravi conflitti familiari.

Certamente questa legge ha creato un certo subbuglio, per cui nei primi anni, si sono svolti molti incontri e convegni, volti ad approfondire la possibilità di ricorrere al nuovo istituto giuridico, che tiene conto dei bisogni e delle richieste della persona, evitando, quando possibile, l'applicazione automatica dell'interdizione o inabilitazione. Ma proprio la messa in primo piano dell'esigenze e dei bisogni del singolo nella vita quotidiana allontana la possibilità dell'applicazione, in ambito civilistico, di principi generali e quindi anche generici, uguali per tutti. Da qui il subbuglio di cui prima parlavo e l'opportunità di incontri fra specialisti per trovare un nuovo terreno comune, innanzitutto culturale e poi applicativo.

## L'ESPERIENZA A VARESE

Arrivando così a presentare la mia esperienza, posso dire che i risvolti, le implicazioni, i problemi ed i diversi punti di vista circa la legge sull'Amministrazione di Sostegno li abbiamo affrontati, colti e discussi nel Convegno che si è svolto presso l'Università dell'Insubria a Varese il 14 maggio 2005.

Ero stato sollecitato alcuni mesi prima dall'avv. Giovanna Zuccaro dell'Ordine degli Avvocati, sulla base dell'interesse di molti suoi colleghi/e, nonché di Associazioni di familiari, ad organizzare un incontro con vari Enti sul tema, invitando come relatore principale il Prof. Paolo Cendon. La Provincia e A.T.S. di Varese e la Facoltà di Medicina e Chirurgia – Scuola di Specializzazione in Psichiatria e Corso di laurea in Educazione Professionale dell'Università dell'Insubria hanno così promosso il Convegno: *L'amministrazione di sostegno*.

*Un altro diritto per i soggetti deboli*, con il patrocinio del Ministero del Welfare e della Regione Lombardia, delle Aziende Ospedaliere di Varese, Gallarate e Busto Arsizio, dell'Ordine dei Medici, degli Ordini degli Avvocati di Varese e Busto Arsizio, della Fondazione Molina Onlus e delle Associazioni di pazienti e familiari (A.I.M.A., C.O.P.A.S.A.M., U.R.A.S.A.M). Dopo le relazioni di P. Cendon e M. Bono, suo collaboratore, hanno discusso il tema in una tavola rotonda interattiva Psichiatri, Magistrati, Avvocati, Dirigenti Sociali e rappresentanti di Associazioni.

Mi sono un po' dilungato sulla modalità di questa iniziativa, che ha avuto un grande successo di partecipazione, perché ha consentito l'avvio di una rete di rapporti istituzionali molto produttiva, dando la possibilità, in prima battuta, di esprimere dubbi e perplessità, sia dal punto di vista teorico che operativo; si è così creato in quell'occasione un tavolo comune, conoscitivo ed operativo insieme, per l'applicazione della legge dell'Amministrazione di sostegno nel territorio varesino.

Non so cosa sia avvenuto in altre aree del Paese (province e regioni), ma quel modo di procedere per mettere in comune, dopo una prima fase di sperimentazione operativa certamente parziale della legge, esperienze e pareri diversi di tutti i soggetti che avevano titolo a partecipare alla realizzazione del nuovo diritto per i soggetti deboli, è stato indubbiamente il metodo più utile, soprattutto per i soggetti più fragili e le loro famiglie.

#### **I DIVERSI ATTEGGIAMENTI OSSERVATI NEL CONVEGNO DI VARESE SULLA LEGGE 6/2004**

Quali sono state le riflessioni che ho fatto dopo il Convegno e dopo aver ascoltato il parere dei vari esperti intervenuti? Le riassumo qui brevemente:

1. Le Associazioni dei familiari, oltre ad avere un parere molto favorevole sulla legge, vissuta soprattutto come un diritto rispetto allo stigma dell'interdizione, hanno espresso l'auspicio che ci fosse una possibilità di applicazione piuttosto snella, anche per regolarizzare

situazioni che di fatto erano di cura e tutela, senza però alcuna formalizzazione;

2. Gli specialisti psichiatri per lo più hanno manifestato il convincimento che ci fosse uno strumento giuridico aggiuntivo a disposizione, rispetto a quella già in vigore, più adeguato a tutelare i soggetti fragili stante la maggiore variabilità clinica dei pazienti e delle loro situazioni sociali, superando le rigidità precedenti: l'indicazione della legge di entrare nel merito delle competenze presenti nella vita quotidiana della persona era un grande vantaggio;
3. I magistrati, accanto all'approvazione dei contenuti della legge sull'Amministrazione di sostegno, ritenevano che vi fosse un'eccessiva discrezionalità nella sua applicazione rispetto alle norme più cogenti presenti negli articoli del Codice civile, riguardanti l'inabilitazione e l'interdizione: pertanto hanno assunto un atteggiamento di maggiore cautela e varie riserve sulla possibilità di un'applicazione corretta. Avevo colto inoltre una maggiore preoccupazione, a fronte dell'entusiasmo manifestato dagli altri partecipanti, circa un'equa praticabilità delle scelte. Avvertivano un maggiore senso di responsabilità rispetto a prima;
4. I dirigenti sociali intravedevano nella legge una possibile soluzione per alcuni soggetti fragili (come ad esempio gli anziani), ma indicavano anche come non fosse stato ancora indicato e scelto un preciso iter amministrativo;
5. Gli avvocati erano indubbiamente favorevoli alla nuova legge ed erano soprattutto interessati a comprendere quali fossero le interpretazioni che venivano proposte.

A corollario di quanto scritto sui punti di vista dei vari attori presenti al Convegno, vorrei segnalare come tutti i problemi segnalati si siano, di fatto, ripresentati nella mia pratica peritale nei primi anni di applicazione della legge 6/2004: infatti in occasione del conferimento di incarichi peritali, volti ad accertare la capacità/incapacità di attendere ai propri interessi ai fini di un'eventuale pronuncia di interdizione o inabilitazione per infermità di mente

abituale, talvolta mi è successo di scambiare opinioni con il Giudice, cogliendo delle perplessità autentiche sulla legge, proprio per l'assenza di quegli automatismi di giudizio presenti invece negli art. 414 e 415 c.c. Proprio la maggiore libertà di valutazione, l'indagine più specifica sulle potenzialità cognitive del soggetto, la più ampia possibilità di definire singole attività quotidiane per le quali era necessario il sostegno dell'amministratore rispetto alla libertà di scelta del paziente, produceva un certo disagio per l'assenza di un manuale ed una procedura rassicurante.

Queste legittime preoccupazioni le consideravo, da un lato, la testimonianza del significativo cambiamento che la legge 6/2004 aveva introdotto e, dall'altro, un'inevitabile conseguenza di un primo impatto con la rottura di procedure abituali che duravano da molti decenni, senza mai essere state sottoposte ad una valutazione critica. Espressione ancora, peraltro, di un senso di responsabilità del Giudice nell'assumere una decisione che poteva incidere sulla qualità della vita di molte persone e sulle relazioni familiari e sociali quotidiane.

#### **L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 6/2004**

Negli anni immediatamente successivi, tuttavia, posso testimoniare che il parere è mutato rapidamente in modo positivo, diventando anzi una regola avere come prima scelta, per una persona fragile, l'amministratore di sostegno. Ed anche qui vorrei portare la mia esperienza diretta nell'ambito peritale: mi è successo che alcuni Giudici tutelari mi ponessero un quesito generico sull'adeguatezza della nomina di un amministratore di sostegno, mentre altri mi richiedevano anche di indicare in modo preciso quali attività la menomazione fisica o psichica consentiva alla persona di svolgere da solo, quali attività invece richiedevano un supporto e quali atti ancora dovevano essere compiuti dall'amministratore in nome e per conto del beneficiario.

La mia scelta è stata quella di rispondere sempre al quesito, che mi era stato posto, in modo molto preciso,

quasi pignolo, potrei dire: così le mie conclusioni nelle consulenze sulle competenze del soggetto esaminato, sulla base di un esame clinico approfondito, hanno riguardato sia la possibilità di gestione economica per i fatti quotidiani della vita, sia le spese ordinarie un po' più complesse, sia quelle straordinarie (soprattutto la gestione di acquisto/vendita di patrimoni), senza trascurare un'indicazione sulla capacità del soggetto di dare il proprio assenso o meno alle cure oppure alla sua collocazione in una struttura assistenziale. Per quanto è di mia conoscenza, la traccia indicata nella consulenza è stata sempre recepita nel provvedimento del Giudice ed è stata considerata utile anche dagli amministratori di sostegno nominati.

È anche accaduto che dopo il primo atteggiamento più cauto, con una selezione accurata dei pazienti fragili, si è passati, da parte degli psichiatri ed assistenti sociali, alla richiesta di nomina di amministratori di sostegno anche per pazienti che obiettivamente erano di faticosa gestione, soprattutto per aspetti psicopatologici di tipo paranoideo: è così successo, in qualche caso, che le difficoltà avvertite nel trattamento terapeutico, per una scarsa o ambivalente adesione alle cure, per una ridotta possibilità di controllo dei comportamenti, per alcune pretese inadeguate del paziente, facessero maturare, nonostante tutto, nei curanti la scelta di avanzare istanza al Giudice Tutelare per la nomina di un amministratore di sostegno. Spesso era nominato un avvocato molto disponibile, che si è quasi sempre trovato però di fronte a tutte quelle difficoltà che avevano già sperimentato i curanti, nella gestione del trattamento terapeutico e sociale: ovviamente questo accadeva quando si pensava che un'interdizione o inabilitazione avrebbe peggiorato il rapporto con i curanti e non si voleva instaurare un braccio di ferro molto duro con il paziente. Alcune volte si è avuto un aggiustamento nella relazione di aiuto e supporto, in altre invece la via dell'interdizione è stata successivamente inevitabile. Vi è però da dire che questi casi sono stati numericamente ridotti.

Ma un altro aspetto importante merita di essere segnalato: prima della legge sull'Amministrazione di sostegno è successo varie volte che da vari reparti dell'Ospedale o da parte della Direzione Sanitaria, fossimo convocati, con il medico legale, per fornire una consulenza psichiatrica a pazienti con una patologia fisica, che ponevano problemi circa l'adesione alle cure o all'accettazione di alcuni trattamenti specifici per i problemi più diversi. Dopo la promulgazione di quella legge, simili richieste sono di fatto via via scomparse: questo cambiamento è avvenuto perché, da parte della Direzione Medica o Sanitaria, era stato avviato un contatto diretto con il Giudice Tutelare del Tribunale di Varese per risolvere, di comune accordo con i familiari, i problemi che si erano creati, essendoci ormai uno strumento a disposizione, molto adeguato.

Ritornando ai pazienti psichiatrici, sia i soggetti "deistituzionalizzati" sia quelli che non avevano mai sperimentato l'istituzione manicomiale, semplicemente perché la richiesta di cura era avvenuta per la prima volta presso i nuovi servizi psichiatrici territoriali, avevano indubbiamente recuperato in parte o non avevano mai perso importanti competenze cognitive: nella maggior parte dei casi quindi, essendo la riabilitazione psichiatrica finalizzata all'apprendimento/recupero degli atti quotidiani della vita, attenuati o persi nella fase acuta della malattia oppure durante la cronica restrizione manicomiale, i curanti si sono trovati di fronte ad una molteplice varietà clinica di soggetti, con capacità e comportamenti diversificati, che avevano o avrebbero potuto avere percorsi di vita caratterizzati da ampie variazioni. Non si assisteva più, quindi, ad un'evoluzione unica per lo più deficitaria.

Questo avveniva perché, potremmo dire dagli anni '90 in poi, le persone fragili avevano maggiori relazioni sociali ed una maggiore varietà di incontri nella vita reale: queste nuove situazioni, queste molteplici opportunità nella quotidianità si creavano, anche, spontaneamente per le più diverse occasioni oppure erano facilitate dagli stessi operatori sanitari. L'effetto del rullo compressore

manicomiale e istituzionale, che rendeva tutte le persone simili, era pressoché scomparso, se non in poche realtà comunitarie molto chiuse: la maggiore libertà data all'individuo consentiva così l'emergere delle differenze fra persone e delle loro chance di vita. La legge 6/2004 rispondeva perfettamente alla nuova realtà riguardante l'infermità o la menomazione della persona.

## **MODIFICAZIONE DELLO STIGMA SOCIALE**

Lo stesso atteggiamento generale della società era molto cambiato, come aveva dimostrato una nostra ricerca, svolta nei primi anni del 2000, sullo stigma nei confronti della malattia mentale: nell'indagine svolta con questionari somministrati agli abitanti di un quartiere della città di Varese, a familiari ed a studenti universitari, abbiamo rilevato che la stigmatizzazione non era completamente eliminata (curiosamente i giovani avevano maggiori pregiudizi, mentre le persone che avevano conosciuto personalmente pazienti psichiatrici avevano un atteggiamento molto più comprensivo), ma emergeva un atteggiamento più tollerante e meno forte era la spinta all'esclusione ed all'emarginazione sociale. Pure nell'atteggiamento dei familiari, rispetto al passato, si notava una richiesta di cure specialistiche che prima era molto ridotta a causa della vergogna provata per la malattia del congiunto.

Tutta questa trasformazione culturale e sociale si rifletteva direttamente nella legge sull'Amministrazione di sostegno e ne ha favorito la sua promulgazione grazie al contributo degli esperti che l'avevano, come dicevo, negli anni precedenti studiata e proposta.

## **I CAMBIAMENTI NELLA CLINICA E NEI SINTOMI/COMPORAMENTI**

Nell'osservazione e nella pratica clinica e nelle prospettive terapeutiche, non si poteva dunque non tener conto di una modificazione significativa delle manifestazioni psicopatologiche e comportamentali dei pazienti, connesse alle modificazioni ambientali e culturali che si erano presentate nella società. È sufficiente ricordare

che anche le classificazioni delle malattie mentali, nei decenni, sono passate dalla sintetica nosografia dei primi decenni del Novecento, alle varie versioni del Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali (il noto DSM dell'Associazione degli Psichiatri Americani), che hanno via via aumentato sempre più il numero dei disturbi (si è preferito utilizzare questo termine più generico che non implica un'etiologia ma un insieme di sintomi), fino ad arrivare ad individuarne varie centinaia, perché si osservano evoluzioni nuove e qualità di sintomi così diversi, rispetto a prima, da non poter restringere le categorie diagnostiche.

Da tutto ciò deriva l'impossibilità di fare una qualsiasi correlazione stabile, definita e automatica fra disturbo psichico e incapacità a provvedere ai propri interessi: quindi la definizione di soggetto debole o fragile a questo riguardo non può più far conto sulla nosografia psichiatrica, come oggi è descritta e intesa nei manuali. Nella nostra pratica clinica dovevamo ed abbiamo dovuto ripensare al rapporto fra disturbo e diritto nella richiesta di un amministratore di sostegno, escludendo tutto ciò che riguarda il Codice penale.

A questo proposito è utile segnalare che nell'ultima versione del DSM-5 (2013), nella parte introduttiva è stata redatta una *"Dichiarazione cautelativa per l'uso del DSM-5 in ambito forense"*, nella quale si afferma che il DSM certamente può essere di aiuto e di supporto anche nelle decisioni legali (ad. es. trattamento sanitario obbligatorio), ma tuttavia le condizioni cliniche e diagnostiche descritte non sempre soddisfano i criteri legali necessari. Infatti, per uno specifico standard legale sono necessarie altre informazioni aggiuntive che *"potrebbero comprendere informazioni relative alle compromissioni funzionali dell'individuo e al modo in cui queste compromissioni influenzano le particolari abilità in questione. È proprio perché le compromissioni, le abilità e le disabilità variano molto all'interno di ogni categoria diagnostica che l'assegnazione di una particolare diagnosi non implica un livello specifico di compromissione o di disabilità"*.

La parte conclusiva della Dichiarazione è la seguente: *"Coloro che prendono decisioni legali dovrebbero anche essere avvertiti che una diagnosi non implica alcuna connessione necessaria con l'eziologia o le cause del disturbo mentale di un individuo né con il grado di controllo dell'individuo sul comportamento che può essere associato al disturbo. Anche quando la diminuzione del controllo sul proprio comportamento è una caratteristica del disturbo, la diagnosi di per sé non dimostra che un determinato individuo è (o era) incapace di controllare il proprio comportamento in un determinato momento"*.

È probabile che gli autori siano stati sollecitati a scrivere tale dichiarazione cautelativa perché nei Tribunali, anche in Italia, soprattutto in ambito penale, ma anche in quello civilistico, il DSM era diventata una sorta di Bibbia, che stava anche in bella mostra a lato dei Codici, come qualche volta mi è capitato di osservare. E così era utilizzato da periti, giudici e avvocati.

Questa apparente digressione conferma, però, il nucleo essenziale del discorso finora svolto, ricordando ancora una volta la necessità di una valutazione caso per caso, nella richiesta e nomina di un amministratore di sostegno, anche se questo può sollevare pareri e giudizi diversi, talora alquanto soggettivi in quanto basati, spesso, su valori e obiettivi non sempre condivisi: da qui l'opportunità di un confronto e di una discussione sincera, per giungere ad una decisione più oggettiva possibile.

## CONSIDERAZIONI FINALI E PROSPETTIVE

Avviandomi verso la fine della relazione vorrei ricordare come, nella storia, l'interdizione, sia stato un provvedimento che andava ben al di là dello scopo di tutelare gli interessi del malato di mente: era anche un modo per impedirgli qualsiasi scelta personale e per controllare, in modo indiretto, anche la "sua pericolosità", come recitava la legge del 1904.

Ed allora si può affermare che la legge sull'Amministrazione di Sostegno ha recepito la nuova realtà clinica e sociale dei pazienti fragili, nella più ampia accezione,



riconoscendo anche, se vogliamo, un dato biologico e fisiologico universale e fondamentale, che caratterizza ogni essere umano: infatti, l'elemento di base dell'uomo (indipendentemente da differenze di genere, di etnia, di nazionalità) è la sua nascita prematura rispetto alle altre specie viventi, per cui ne deriva un'imaturità somatica, rispetto alle altre specie, visibile nei movimenti spastici ed afinalistici, nonché nella presenza di riflessi neurologici che scompaiono con la crescita, per poi ricomparire in seguito a malattie, danni cerebrali o con la vecchiaia. Tale immaturità biologica trascina, inevitabilmente, con sé un'imaturità comportamentale e soprattutto un maggior bisogno di accudimento per poter sopravvivere, a differenza delle altre specie.

Questo significa che nel nostro passato e per vario tempo ognuno di noi ha sperimentato e vissuto una condizione di debolezza e fragilità, che Freud aveva definito con il termine *Hilflosigkeit*, ovvero stato di impotenza che mette in evidenza la condizione di obiettiva incapacità del cucciolo d'uomo a svolgere azioni volte a soddisfare bisogni primari quali fame e sete, se non è accudito e sostenuto.

In qualche modo, crescendo, oscilliamo continuamente fra attaccamento e indipendenza, oscillazione che troverà nelle varie età della vita diverse forme espressive: vorrei qui ricordare il **gruppo dei pari**, che nell'adolescenza è una forma di aggregazione sociale spontanea tipica, ed ha la funzione di favorire il passaggio dell'adolescente dalla dipendenza dalla famiglia ad una maggiore autonomia dell'età adulta.

Ma anche nell'età adulta il bisogno di appartenere ad un gruppo sociale, in modi diversi a seconda delle caratteristiche delle persone, è l'espressione di una fisiologica necessità di aiuto, supporto, protezione e sostegno che possiamo ritrovare nella normale vita di un qualsiasi soggetto e gruppo.

L'amministrazione di sostegno, dunque, mi piace pensarla come un modo che la società offre per appoggiare nel ciclo della vita una persona che si trova in difficoltà (come pure in difficoltà è il suo gruppo familiare): traccia

un percorso di aiuto che si può definire "normale" e di buon senso, riconoscendo un diritto, che nasce da bisogni sopravvenienti da una condizione patologica che amplifica lo stato di impotenza dell'essere umano.

Non inutile sarebbe un'indagine sullo stato di applicazione della legge di cui abbiamo discusso, conoscere quanto incidono le malattie fisiche e quelle psichiche nella nomina di un amministratore di sostegno e se vi sono differenze fra regioni, in base anche a motivi culturali o organizzativi: può essere opportuna perché questa esposizione, che deriva da un'esperienza personale, potrebbe anche non rispecchiare quanto è avvenuto in altre aree del Paese.

---

AFFERENZA DEGLI AUTORI

*Onorario di Psichiatria ed ex-Presidente SiPLo*

---

## BIBLIOGRAFIA

1. APA (American Psychiatric Association), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013.
2. P. CENDON (a cura di), *Un altro diritto per il malato di mente. Esperienze e soggetti della trasformazione*. E.S.I., 1988, p. 958.
3. D. DE MARTIS, M. RAMPAZI, M. SOMMI, S. VENDER, *La riforma psichiatrica: il linguaggio dei quotidiani. Un'indagine ed una riflessione critica*. Franco Angeli, 1987, p. 169ss.
4. D. DE MARTIS, M. RAMPAZI, S. VENDER, *Intervento nella tavola rotonda Malattia di mente e mass media*. In: P. Cendon cit. pp.531-536.
5. FREUD S, *Inibizione, sintomo e angoscia*. Opere, vol.10, Bollati Boringhieri, 1978.
6. S. VENDER (a cura di), *La stigmatizzazione. Dal pregiudizio alla cura della malattia mentale*. Νόος. Aggiornamenti di Psichiatria. 11, 3/4, 2005.
7. G. VISINTINI, *La nozione di incapacità serve ancora?* In: P. Cendon cit. pp.93-106.
8. G. VISINTINI, *Cos'è la responsabilità civile*, E.S.I., 2019, p.100 ss.



# PSICHIATRIA FORENSE

## Un breve discorso sulla pericolosità sociale e la psichiatria.

di Antonio Amatulli

DIRETTORE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE ASST BRIANZA

**La** pericolosità sociale rappresenta attualmente il centro di un ampio e intenso dibattito tra le diverse categorie di addetti ai lavori, tutte per altro d'accordo a considerarla un istituto che presenta diverse criticità.

Nata con evidenti ragioni di prevenzione generale (evitare la commissione di ulteriori reati attraverso il controllo della persona), attraverso la vigenza della Costituzione e le sentenze della Corte costituzionale n. 253/2003, n. 367/2004, n. 208/2009, così come la L. 663/1986 (Gozzini), si è di fatto spogliata del sistema repressivo di presunzione per arrivare, a oggi, al significato di prognosi criminale attuale rispetto a quel dato soggetto nelle presenti situazioni, condizioni e psicopatologia, con una dimensione ormai chiaramente bipartita tra finalità di custodia e di cura.

La connotazione negativa che spesso coinvolge il concetto di pericolosità nell'ambito del pensiero psichiatrico (se mai ne esista uno, inteso come *unicum*) non sembra però riflettersi pienamente in ambito normativo, dove sicuramente con la legge 81 del 2014 l'intervento a ridimensionarne la portata è piuttosto evidente (limiti per la base del giudizio di pericolosità sociale), ma dove,

ancora, la portata innovativa di questi interventi è stata poi ridimensionata dalla Corte di cassazione.

La pericolosità sociale per pazienti non imputabili o semimputabili è viva, e vive insieme a noi, ci piaccia o meno.

### PERCHÉ È UN ISTITUTO IN CRISI E COSA SI PUÒ FARE.

La crisi del concetto di pericolosità sociale, anche spogliatosi della presuntività con cui era nato, origina dalla indeterminatezza e scarsa fondatezza scientifica di ogni (tentativo di) prognosi criminale. Questione a cui si aggiungono forti perplessità per così dire di dottrina, quali un certo *fumus* di anticostituzionalità e, nell'ambito del sapere psichiatrico, evidenti perplessità sulla verificabilità di tale prognosi così come sulla pesante cornice stigmatizzante che la caratterizza.

Andare però con ordine permette, poi, di trarre qualche conclusione di dimensione pratica e, forse, declinabile nelle attività quotidiane di un DSMD.

In premessa potrebbe essere utile ricordare che una qualche prognosi criminale è in altre sedi od occasioni richiesta ed esercitata senza scandalo. Parliamo, ad esempio, delle discipline della messa alla prova o della

sospensione condizionale della pena. La messa alla prova, nello specifico, è da qualche anno possibile esclusivamente quando il giudice definisce come idoneo un programma di trattamento che gli viene sottoposto, e solo se riterrà che l'imputato, così, si asterrà dal commettere altri reati. Il tutto, in sovrappiù, utilizzando i (medesimi) criteri dell'art. 133 c.p.

La prognosi criminale parte da elementi che facilmente potremmo definire indiziari, cioè elementi (del passato) che, insieme, portano con margine (più o meno) indefinito di errore a determinate conclusioni. Nel nostro caso, che il soggetto compia o non compia altri fatti di reato. E già qui, partiamo con elementi di fragilità. Poi, se abbiamo messo in fila elementi "indiziari" correttamente e solidamente, potrebbe anche accadere che situazioni, non previste, nei teatri futuri alterino quanto appariva concretamente prevedibile, determinando traiettorie differenti dal preveduto. Una realtà *in divenire*, secondo la Cassazione (Cabiato, 2022).

Che dire, poi, del già citato *fumus* di anticostituzionalità. Tutto, come sempre, gira intorno all'art. 27 Cost. In primo luogo, infatti, domandare se il soggetto sia pericoloso socialmente implica la (verosimile) attribuzione al soggetto di un fatto di reato (non commesso), stridendo così con la presunzione di innocenza contenuta nel medesimo articolo 27. E, in secondo luogo, se la responsabilità del soggetto sottoposto a perizia non è dimostrata, egli non riconoscendola oppure mancando adeguati indizi, ancora la richiesta direttamente posta al perito se il soggetto sia pericoloso potrebbe risultare ancora una volta poco conciliabile con il relativo secondo comma (*l'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva*) (Collica, 2008).

Tutto ciò senza considerare il versante clinico della pericolosità sociale, la pericolosità sociale psichiatrica. Quante volte gli psichiatri hanno sostenuto di "non avere la palla di cristallo" (a volte però pericolosamente strambando tra diagnosi appioppate all'impronta e sfuocati inquadramenti di indefiniti e cangianti quadri

clinici e comportamentali), anche se, alla fine, qualcosa possiamo riconoscere di sapere circa l'evoluzione dei quadri psicopatologici presentati, ben lontani dall'obbligo dell'infalibilità. Ciò detto, troppi elementi situazionali possono incidere magari non sul quadro generale della situazione clinica, preso nella sua globalità, o almeno non troppo, quanto piuttosto su aspetti puntuali e momentanei, determinando svolte improvvise non altrimenti prevedibili.

Certamente, a oggi alcune problematiche sul tema della pericolosità sociale continuano a emergere. Solo come esempi, l'assenza di proporzionalità con il reato commesso, l'assenza di limite temporale delle misure non detentive e l'utilizzo in qualche modo opportunistico della libertà vigilata nei casi in cui, definita una misura detentiva, questa non risulti applicabile per assenza di posti in REMS.

La proporzionalità con il reato commesso, comunque, potrebbe evidenziare istante punitive (retributive) che mal si conciliano con le finalità ormai per buona parte definibili come sanitarie dell'intervento di prevenzione speciale, distaccando le valutazioni di necessità dalle dimensioni psicopatologiche attuali.

L'assenza di un limite temporale delle misure non detentive, invece, da una parte abbandona il connotato stigmatizzante e repressivo attraverso le rivalutazioni periodiche nella fase esecutiva, e dall'altra parte si ancora alle necessità di cura, le quali mal si adattano a una definizione aprioristica del tempo necessario della loro applicazione.

Infine, l'uso sopra definito opportunistico della libertà vigilata nei casi di perdurante impossibilità alla esecuzione di una misura detentiva trova rilievi critici in quanto, sollevando gli attori (magistratura per prima) da sentimenti (o realtà) di impotenza, espone il reo, verosimilmente affetto da evidenti problemi di tipo psichico, a una probabile scarsa compliance nei confronti di una misura meno affliggente (la libertà vigilata, appunto) con la conseguenza, alla fine, di possibili peggioramenti del

profilo giuridico e delle garanzie a esso connesse (esempio, incarcerazione per reati minori per i quali sia definito imputabile), con il possibile risultato finale di una maggiore oppressività della libertà vigilata così definita rispetto all'internamento in REMS, caratterizzato comunque da una durata massima.

Così, alcuni aspetti della pericolosità sociale possono ancora oggi prestarsi a notevoli perplessità.

Ma proseguendo con una grossolana disamina delle contraddizioni strutturali del concetto di pericolosità sociale, si possono mettere in evidenza ulteriori nodi problematici.

Anzitutto lo stigma che pesa sulla pericolosità sociale e sul soggetto "pericoloso", se non in un'ottica lombrosiana, comunque al di là della commissione di un reato; e oggi ancora, seppure le misure di sicurezza si siano, come detto, spogliate delle arcaiche e punitive dimensioni della presuntività, la stigmatizzazione può pesare durante tutto il percorso di trattamento giuridicamente vincolato.

Poi, il fatto che il corso del futuro sia fondamentalmente incognito, sradica l'atto presuntivo dal terreno costituzionalmente garantito del principio di colpevolezza, legando il soggetto, di fatto, ad atti che non ha compiuto, ma che potrebbe compiere

Infine, la pena e la misura di sicurezza avendo la medesima dimensione sanzionatoria e agendo comunque ambedue limitando la libertà personale, mantengono una radicale divaricazione rispetto al principio dell'oltre ogni ragionevole dubbio; rispettato per quanto riguarda la pena, inesistente, giocoforza, per quanto riguarda le misure di sicurezza (Cabiale, *ivi*).

E quindi, pensare di (tentare di) buttare il bambino insieme all'acqua sporca? Superare il costrutto della pericolosità sociale come comunque oggi è definito?

Soprattutto da parte della psichiatria si è portata avanti l'ipotesi di sostituire il concetto di pericolosità sociale con quello del bisogno di cura, definito come meno stigmatizzante, garante dei diritti individuali e maggiormente verificabile.

Si pongono però delle problematiche che, alla fine, appaiono attualmente insuperabili. Infatti, la definizione, realmente con maggior tasso di scientificità, del bisogno di cura fornita dall'esperto, dovrebbe alla fine definire il concetto giuridico di pericolosità, la cui valutazione, di fatto, sarebbe delegata all'esperto stesso, espropriando il giudice penale del ruolo che la legge gli attribuisce. Fino a che la sorte dei soggetti non imputabili è nelle mani del giudice penale, la limitazione della loro libertà a seguito di una misura di sicurezza dovrà fondarsi su concetti giuridici ed essere decisa da un giudice (Pelissero, 2013). In sintesi, non pare possibile la sovrapposizione (intercambiabilità) tra il contenuto e la esecuzione delle misure, da considerare sicuramente indirizzati al diritto alla salute del paziente autore di reato, e il fondamento giustificativo della misura stessa, che identifica davvero la misura di sicurezza e la limitazione della libertà del reo (Notaro, 2021).

Tanto più in quanto, non è possibile dimenticarlo, si tratta di esigenze di tutela rilevanti, da riservarsi ai poteri e agli interventi giurisdizionali.

Inoltre, e ugualmente rilevante, sovrapporre il bisogno di cura alle necessità di una misura limitativa della libertà personale potrebbe determinare il prolungarsi delle limitazioni di quest'ultima oltre le ragioni di prevenzione che l'hanno motivata. La necessità di cura, con tutta evidenza, non può porsi limiti di tempo.

È stato a questo punto fatto notare (Notaro, *ivi*) che forse sarebbe più appropriato sostituire il bisogno (attuale) di cura al concetto di pericolosità sociale psichiatrica (con invarianza del concetto e del fondamento giuridico). I due rami della questione, pericolosità sociale criminale e pericolosità sociale psichiatrica vedrebbero, nel secondo, la riproposizione agli psichiatri, ai periti, dei quesiti specifici rispetto allo stato clinico e psicopatologico e alle possibilità evolutive definito, meno ambiguamente, proprio come bisogno attuale di cura, e ben differenziando le competenze del giudice e del tecnico. In conclusione, quindi, non può essere sostituita *tout court* la periculo-

sità sociale con il bisogno di cura, ma può essere meglio ridefinita la pericolosità psichiatrica attraverso il bisogno di cura. Uno sforzo ulteriore, semmai, potrebbe essere fatto nella modificazione del concetto di prognosi criminale (pericolosità sociale criminale) con un più neutro probabilità di commissione di nuovi reati.

Un'ultima considerazione rispetto alla legge 30 maggio 2014 n. 81, la riforma delle misure di sicurezza detentive per i non imputabili, già nel mirino della Suprema Corte per la debolezza giuridica dell'impianto (sentenza n. 22 del 2022) e, detto per inciso, rispetto al quale il legislatore è stato fortemente richiamato a intervenire a superare il *vacuum*. Forse determinata a modificare subito le prassi, con riferimento al giudizio di pericolosità che compete all'autorità giudiziaria ha espressamente sottratto dall'area di valutazione il contesto ambientale, sociale e familiare del reo (così, di fatto, la marginalità e la deprivazione relazionale sembrerebbero elementi irrilevanti per l'applicazione dell'internamento in REMS). Le prassi, effettivamente, si vanno modificando, costituendo (più o meno) la misura detentiva la eccezione che la legge richiede. Ma qualche perplessità dovrebbe destare il punto appena citato, dato che la psichiatria ben conosce l'importanza dell'ambiente nel plasmare le reazioni e i percorsi psichici e comportamentali dei pazienti (per evitare che l'importanza del contesto familiare, sociale e relazionale del reo sia in tutti i casi obliterato nell'accertamento della sua pericolosità sociale, è stata suggerita l'alternativa per cui la necessità della misura detentiva non possa essere desunta *esclusivamente* dai parametri di cui al punto 4, comma 2 dell'art 133 c.p.). Giustamente tesa a evitare che il sistema penale vicari l'assenza di rete sociale e terapeutica di presa in carico, una grande attenzione deve essere posta perché, appunto, ciò che il sistema penale "lascia" venga "preso" dal sistema sociosanitario. Infatti, per tornare a un punto già evidenziato, un internamento in REMS non eseguibile per assenza di posto pone il soggetto a rischio di modificazioni *in peius* del proprio profilo giuridico, fino ai casi di restrizione in carcere per

altri reati nel frattempo commessi. Qualcuno ha detto, se il sistema penale si ritrae, "è urgente un lavoro di riforma e di potenziamento dei servizi sanitari: basta tardare di poco e il diritto penale si riepande" (Notaro, *ivi*).

In questo momento storico, quindi, stante che gli indicatori macro ci assicurano che nessun reale potenziamento dei nostri servizi è alle porte (ma neanche lontano dalle porte), è necessario definire delle priorità.

Una è sicuramente quella di vigilare a che l'intervento di potenziamento dell'ancoraggio di legge del sistema delle misure detentive stimolato dalla Suprema corte non espropri eccessivamente gli spazi sanitari rispetto al rientro in partita del ministero della giustizia.

Poi, il tema della sicurezza dovrebbe restare centrale, e non diluirsi tra distinguo di belle coscienze, dove, ad esempio, le stesse REMS non hanno un regolamento uniforme e nazionale sulle procedure di sicurezza esterne e nulla hanno rispetto al loro interno.

In seguito, interessante il dibattito sulla imputabilità, ma si consideri che, per altro acceso a mio parere sia da motivazioni ideologiche che dall'impulso di distanziare e delegare pazienti difficili, non ha, nel tempo attuale, alcuna possibilità di approdo a una rivoluzione del codice penale che definisca la fine della non imputabilità.

Infine, qualche proposta che cerchi di modulare le esigenze di tutela con quelle di cura può essere un punto di partenza.

Un punto di discussione può essere quanto la commissione Pelissero proponeva, rispetto a ipotesi di "non pericolosità": per pene sotto i tre anni ogni misura di sicurezza sarebbe inapplicabile, e sopra i tre anni potrebbe essere utilizzato un elenco di reati al di fuori dei quali l'unica misura possibile è quella della libertà vigilata (Commissione Pelissero - *Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione del sistema delle pene accessorie*, consultabile in [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)).

---

Un secondo punto, da non considerarsi pura forma, potrebbe consistere in una maggiore attenzione “semantica” al quesito che il giudice pone al perito, che vada al di là di generiche ipotesi di persona socialmente pericolosa. Detto della “ripulitura” da ogni ambito di presunzione, le ipotesi sono molteplici; da una maggiore attenzione alla possibilità di recidivare evidenti scompensi comportamentali con concomitanti agiti violenti, al chiarimento nel momento della proposizione del quesito che sia l’accertamento richiesto che i suoi risultati sono assolutamente interlocutori.

Circa la nozione di pericolosità, quindi, il dibattito permane intenso, e attualmente resta una decisione del giudice: alla psichiatria il ruolo di definizione di un parallelo e informativo concetto di necessità di cura, una identità forte a limitare momenti di strapotere dell’azione giudiziaria, e di intenso dialogo e collaborazione nelle fasi esecutive, che ben si adattano per plasmare misure adeguate a un rispettoso bilanciamento delle tutele e istanze di sicurezza con il diritto individuale alla cura. La interlocuzione su tavoli locali (esempio, territorio ATS) sarebbe più efficace rispetto a tavoli estesi come quelli regionali o nazionali per *“integrare [nella pratica] il procedimento giudiziario in ciascuna delle sue fasi”*...*“con le esigenze e le opportunità offerte dai modelli di assistenza sanitaria presenti sul territorio”* (Consiglio Superiore della Magistratura, Risoluzione sui protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche, 24 settembre, 2018, consultabile in [www.corteappellomilano.it](http://www.corteappellomilano.it)).

Da ultimo: il nostro garantismo ci spinge a non accettare le misure provvisorie, dove ancora di più esiste una indeterminatezza nella attribuzione personale del reato (addirittura si può pensare al pericolo di recidiva prima ancora che al reato)? Se, giusto o sbagliato, la fungibilità di una incarcerazione *sine titulo* è ammessa, pensiamo a tutte le situazioni di serio pericolo che incontriamo nel nostro lavoro e all’auspicio collegato di protezione (oltreché, certamente, di prevenzione), e pensiamo anche che la fase di indagine, la fase della ipotetica misura provvisoria,

è quella più vicina alla fase acuta, allo scompensamento che ha verosimilmente portato alla commissione del fatto, quando altri elementi di limitazione del rischio (esempio, il trattamento), non sono ancora adeguatamente delineati e intrapresi.

Gli spunti di riflessione, informati quanto non prevenuti o arroccati, certamente non mancano.

---

CORRISPONDENZA A:

[antonio.amatulli@asst-brianza.it](mailto:antonio.amatulli@asst-brianza.it)

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Cabiale A., *L'accertamento giudiziale della pericolosità sociale, tra presente e futuro*, Archi-vio Penale, 2022, n. 2
2. Collica M.T., *Il giudizio di imputabilità tra complessità fenomenica ed esigenze di rigore scientifico*, Riv. It. Dir. Proc. Pen., 2008, 1170 ss.
3. Pelissero F., *Quale futuro per le misure di sicurezza?* Riv. It. Dir. e Proc. penale, 2013, pp. 1266-1290
4. Notaro L., *Accertamento e trattamento della pericolosità sociale: una "storia di supplenze"*, 2021, Atti del convegno Malattia psichiatrica e pericolosità sociale. Tra sistema penale e servizi sanitari



---

# L'elefante nella stanza.

## Imputabilità e libertà di cura.

*di Mario Ballantini, psichiatra*

DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE ASST-VAL DI SONDRIO

---

**F**ino a tempi recentissimi il regime degli OPG ha convissuto con un sistema della salute mentale basato sulla legge 180 il cui principio fondante è che “i trattamenti sanitari sono di norma volontari”.

In realtà, il regime degli OPG era coerente e complementare al sistema manicomiale. In pratica il luogo per curare una patologia psichiatrica di rilievo era manicomio (dove, ricordo, fino al 1968 neanche si poteva accedere volontariamente ma solo attraverso un provvedimento coattivo!); oppure, se chi aveva detta patologia aveva commesso un reato e non era imputabile e pericoloso, andava in manicomio criminale. Sempre di manicomio si trattava, cambiava il regime di gestione e il livello di sicurezza richiesto in funzione della “pericolosità” degli autori di reato. C'erano molte altre differenze ma il nocciolo era quello.

La convivenza dei due sistemi (180 e OPG) è durata fino all'approvazione della legge 81/2014, una legge dalle buone intenzioni (di cui ricordo, sono lastricate le vie dell'inferno) che voleva molto opportunamente “superare” e “chiudere” gli OPG. Ma che non ha minimamente toccato il principio che sta alla base del sistema e cioè la relazione tra imputabilità e obbligo alla cura.

Si è così creato un corto circuito che ha letteralmente posto in stallo il sistema. Il giudice infatti non può giudicare un non imputabile ma può applicare una misura di sicurezza che spesso di sicurezza non è perché il paziente resta di fatto libero di aderirvi o meno. Certo, non giuridicamente, ma di fatto, in pratica. Che accade se uno si allontana (o “si fa dimettere” attraverso comportamenti violenti) da una comunità e persino da una REMS? Di fatto, niente.

A lui. Ma il giudice chiederà al CPS di “prenderlo in carico”, attraverso un adeguato programma terapeutico riabilitativo che garantisca “anche” la sicurezza sociale, cioè che “gestisca” la sua pericolosità. Al limite, lo si metta in SPDC finché non si trova di meglio e se non ci sta, anche con un TSO. Quanto descritto succede sempre più frequentemente nei Dipartimenti di salute mentale.

A me pare che questa contraddizione non sia ancora stata messa a fuoco nel dibattito intorno a questi temi e resti una domanda fondamentale che viene elusa, il classico caso dell’“elephant in the room”.

La domanda è: l'aver commesso un reato e non essere imputabile per vizio di mente, sospende la libertà dell'autore nei confronti della cura? O in altri termini: se commetto un reato, la legge mi obbliga a una pena o, in certi casi, ad una terapia, a sottopormi a una cura?

A me sembra che, scardinando dalle fondamenta il sistema della imputabilità (art. 88 e 89 c.p.), il principio sancito dalla 180 debba valere per tutti o per nessuno. Ci si cura se in qualche modo si arriva a comprendere, a rappresentare a se stessi, che qualcosa di noi possa e debba essere cambiato; e di conseguenza si chiede (o si aderisca a) un processo di cambiamento. Questo è “curarsi”.

Quindi se un paziente commette un reato e si inferisce che lo stesso sia correlato al suo malessere non può automaticamente discenderne per lui l'obbligo a curarsi. Le stesse REMS sono strutture a gestione esclusivamente sanitaria e quindi, in qualche modo, deputate alla cura. La sicurezza sarebbe per così dire un “sottoprodotto” della cura stessa.

Mi chiedo: ma non sarebbe più coerente con la nostra legge fondante (la “180”) riconoscere la libertà di cura

anche a “pazienti autori di reato”? Naturalmente la libertà di rifiutare la cura (ad es. mi allontanano dalla comunità, rifiuto la terapia che mi vogliono dare nella Rems ecc.) comporterebbe per lui soggiacere ad una pena, magari attenuata. Come qualunque cittadino.

In caso contrario, perché non costringere un reo pedofilo ad una terapia con antiandrogeni, oppure un tossidipendente pluripregiudicato ad una terapia metadonica ad alto dosaggio coattiva o ancora un alcolista recidivo e abusante e rissoso all’obbligo di disulfiram? La pericolosità di queste popolazioni nel loro insieme è indubbia e sulla loro imputabilità si potrebbe disquisire a lungo; e le suddette terapie avrebbero molto probabilmente la possibilità di incidere sulla loro “pericolosità”.

Ma chi ha lavorato in carcere ben sa che non si può obbligare un detenuto a prendere il serenase. E, una volta, in una REMS (non dirò quale, non dirò quando) il medico mi disse candidamente e senza imbarazzo che a un paziente veniva somministrata una terapia “di nascosto” per paura della sua “invincibile” e minacciosa resistenza.

Finisco questa riflessione con un aneddoto vissuto, che mi è rimasto impresso. Per anni ho tenuto un ambulatorio in un paesino della Svizzera, nei Grigioni. Mi fu inviato un uomo sulla quarantina, mi pare facesse l’autotrasportatore, cognitivamente piuttosto “semplice”. Era stato sorpreso a tentare di adescare una bambina di 10 anni, rischiando il linciaggio. Il giudice svizzero lo inviò a me, con due righe, perché lo “curassi”. Complice anche il livello intellettuale, non incline a riflessioni approfondite, il nostro era un pedofilo egosintonico e convinto di non aver fatto nulla di male (in quella e in altre occasioni...). Di desiderio di mettere in discussione qualcosa di sé, nonostante le mie argomentazioni (e, peggio, l’incombenza della giustizia e il linciaggio scampato), neanche l’ombra. Le bambine gli ammiccavano, e desideravano le sue “avances”; con un sorrisetto sornione e saputo, vedeva una lolita in ogni ragazzina.

Mi piacerebbe che qualche perito a questo punto mi dicesse se era capace di intendere, cioè se avesse “la capacità

di comprendere il significato del proprio comportamento e di valutare le possibili ripercussioni positive o negative sui terzi”; ma non è questo il punto.

Dopo due o tre sedute, gli dissi semplicemente che il signor giudice concludeva le due righe con cui lo inviava a me con un “e riferire”. E che quindi che avrei riferito, come feci, che il “paziente” non desiderava in alcun modo curarsi. Non si mostrò particolarmente stupito della cosa e dai domiciliari se ne tornò in carcere.

Credo che anche da noi potrebbe funzionare. Se un qualcuno è sospettato di aver commesso un reato dovrebbe essere innanzitutto indagato e giudicato e cioè si dovrebbe stabilire se ha commesso il reato e a quale pena deve soggiacere. Se si apprezzano nel soggetto delle fragilità psicosociali la pena potrà essere modulata e integrata o sostituita da un percorso di cura a cui il paziente esplicitamente aderisce. Se questa adesione non c’è, resti la pena da espiare, con tutte le cautele e personalizzazioni del caso. Ma di pena si tratti.

Come la libertà, anche la responsabilità può essere terapeutica.

---

CORRISPONDENZA A:

*mario.ballantini.sondrio@gmail.com*

---

# La sorveglianza del paziente per evitare autolesioni o il suicidio è doverosa.

*di Renato Mantovani*

AVVOCATO ORDINE PROVINCIALE DEGLI AVVOCATI DI MILANO

---

**Un'** interessante sentenza del Tribunale di Pisa del settembre 2023, ha ribadito con chiarezza che, quando si procede al ricovero di un paziente, la principale obbligazione che sorge a carico della struttura sanitaria comporta, oltre a prestare le cure più appropriate, la tutela del paziente, con una adeguata e diligente sorveglianza nel corso di tutto il periodo di degenza.

L'art. 1176 comma 2 del codice civile stabilisce infatti che, nell'adempimento di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo al tipo di attività posta in essere. Secondo la norma, il paziente ricoverato è da considerarsi come un "soggetto debole" e, pertanto, la diligenza richiesta deve eguagliare standard particolarmente elevati.

In base a questo basilare principio, il Tribunale ha riconosciuto la responsabilità a titolo di colpa di una struttura sanitaria per il decesso di un paziente che, dopo essere stato ivi ricoverato a seguito di un incidente stradale, si era tolto la vita.

Il paziente, durante il ricovero, aveva manifestato, sin da subito e reiteratamente, disorientamento, agitazione e confusione mentale, tanto che si era persino allontanato dal reparto presso cui si trovava ricoverato, senza nemmeno informare il personale sanitario.

A seguito del suicidio del paziente, reso possibile anche a causa dell'incuria del personale sanitario, che aveva lasciato aperta e non sorvegliata una finestra nelle vicinanze di un soggetto a rischio, veniva instaurato un giudizio civile a fini risarcitori.

Il Tribunale condannava quindi l'azienda ospedaliera

al pagamento dei danni subiti dai prossimi congiunti della vittima per la perdita del rapporto parentale.

La motivazione della sentenza è particolarmente interessante e vale la pena riportarne alcune riflessioni sul concetto di "diligenza": quando viene ricoverato un soggetto che versa in uno stato di grave confusione mentale e disorientamento, è necessario un alto grado di attenzione da parte degli operatori.

La responsabilità per omessa vigilanza è imputabile a una struttura sanitaria per effetto dell'instaurarsi di un vero e proprio contratto atipico di assistenza sanitaria tra la stessa struttura e il paziente sottoposto a ricovero in un reparto psichiatrico (anche in assenza di trattamento sanitario obbligatorio).

Detto contratto si sostanzia in una serie complessa di prestazioni che la struttura eroga in favore del paziente: si tratta di attività sia di natura clinico assistenziale medica sia di ospitalità alberghiera, che comprendono altresì sanitaria un vero e proprio dovere di protezione.

La Corte di Cassazione, riguardo al ricovero di pazienti con problemi psichiatrici, è costante nell'affermare che, nel corso della degenza, si deve ravvisare uno specifico dovere di sorveglianza a carico del personale sanitario addetto al reparto e, conseguentemente, una sua responsabilità risarcitoria per eventuali danni provocati dal ricoverato o da questo subiti.

Si deve comunque precisare che chi agisce ai fini risarcitori, intraprendendo una azione legale, avrà il preciso onere di provare la reale incapacità di intendere e di volere del soggetto ricoverato.

Una volta accertata l'incapacità (o minorata capacità)

---

del paziente, è invece onere difensivo della struttura sanitaria fornire l'eventuale prova che la liberi da responsabilità, dimostrando di avere adottato, nel caso concreto, tutte le necessarie cautele volte a evitare che si verificasse l'evento dannoso.

Si deve pertanto concludere che il contratto di ricovero pone a carico della struttura sanitaria uno specifico obbligo, quello di sorvegliare adeguatamente il paziente in relazione alle sue reali ed attuali condizioni.

Il fine di tale obbligo è di prevenire che il paziente ricoverato possa causare danni a terzi oppure esserne vittima.

Tale onere di vigilanza può variare in relazione alle circostanze oggettive della situazione ospedaliera e in relazione al momento nel quale l'evento lesivo si verifica. Tale obbligo sarà, quindi, tanto più stringente quanto più alto è il rischio che il degente possa essere concretamente e oggettivamente fonte di danni per se stesso o per altri.

Si deve concludere che l'obbligo di vigilanza è finalizzato a prevenire tutte quelle situazioni potenzialmente rischiose che possono ripercuotersi sul paziente ricoverato e che siano in qualche modo da ritenersi come prevedibili.

Quindi, in caso di un evento avverso, sulla struttura sanitaria graverà una presunzione di colpa, che potrà essere superata solo dimostrando che il personale sanitario ha effettivamente tenuto una condotta diligente e adeguata al caso concreto.



# CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO AITERP

ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)

## Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico

*Passaggio da UONPLA a UOP-DSMD*

*Fioletti B.\*; Casella N.º; Scagliarini V. ^*

Nel corso degli anni, i compiti dei Servizi dei DSMD hanno dovuto ampliarsi in risposta ai mutamenti della realtà nella quale si sono trovati immersi, seguendo cornici legislative-normative [si vedano, tra le altre, ad es. il Piano Regionale per la Salute Mentale del 2004 (PRSM 2004); il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) del 2013; Legge Regionale 15 del 2016 (“Norme in materia di tutela della salute mentale”) (1)], entrando in risonanza con la differente tipologia di utenza portatrice di bisogni specifici e facendo emergere in primo piano scenari precedentemente sullo sfondo. È stato, quindi, necessario estendere la visione a includere gli orizzonti che rappresentano le cosiddette popolazioni speciali, aventi diritto di accedere a percorsi di cura personalizzati, efficaci ed efficienti. Esordi psicotici e soggetti a rischio, disturbi dell’umore, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, autori di reato, pazienti stranieri, doppie diagnosi e ancora psicogeriatra

e neuropsichiatria infantile (2). Popolazioni che sfidano il sistema dipartimentale in termini di continuità delle cure, di specificità degli interventi, di creazioni di reti e alleanze, di organizzazione, di condivisione degli obiettivi e di gestione delle risorse (sia professionali che strutturali). È da ritenersi, ormai, per assodata, l’importanza di promuovere la salute mentale nei giovani, siano essi portatori di stati mentali a rischio di transizione verso forme conclamate, siano essi sintomatici e con una qualità di vita ridotta o, più in generale, portatori di disagi mentali e vulnerabilità. Adolescenza e prima età adulta rappresentano fasi di vita interessate da molteplici trasformazioni biologiche, fisiche e psicologiche cui si associano cambiamenti sociali significativi, come ad es. maggiore indipendenza dalle figure genitoriali e dal gruppo di pari, instaurarsi di relazioni intime, conclusione di esperienze formative avvicinandosi al mondo del lavoro (3). Negli ultimi anni, in un mondo in cui alle trasforma-

zioni sociali e culturali, che già normalmente impattano sulla salute mentale dei giovani, si sono sommate anche le ripercussioni lasciate dal passaggio della pandemia. Quest'ultima ha stravolto la percezione dell'esperienza personale e sociale, portando a un rallentamento dello sviluppo e dell'acquisizione di abilità, all'isolamento nei propri ambiti di vita quotidiana impoverendo i canali comunicativi interpersonali "classici" e lasciando spazio a nuovi strumenti (piattaforme virtuali che consentono ritiro sociale pur mantenendo comunicazione col mondo esterno), alla perdita di fiducia in un mondo e in un futuro già considerati incerti.

Come dimostrato da numerosi studi, esiste una relazione direttamente proporzionale tra il grado di vulnerabilità nei giovani e il rischio di sviluppare disturbi mentali o problemi di salute mentale e *deficit* del funzionamento sociale e personale. La sintomatologia sconvolge e arresta il conseguimento delle normali tappe di sviluppo ma alcuni interventi proposti dai Servizi, come ad es. farmacoterapie, psicoterapia cognitivo comportamentale, interventi riabilitativi, individuali o di gruppo, interventi psicoeducativi coinvolgendo le famiglie, le figure leader dei giovani stessi (es scuola, associazioni, comunità religiose o sportive), agenzie e soggetti esterni alla rete formale, vengono considerati essenziali o "gold standard". I Servizi, però, dovrebbero, inoltre, concepire i propri interventi anche in termini di prevenzione, sia essa primaria (rivolta a tutta la popolazione per la sensibilizzazione in merito alle tematiche della salute mentale, aumentando grado di informazione ed inclusione e riducendo lo stigma legato ad esse), secondaria (rivolta a parte della popolazione "a rischio", per diagnosi precoci delle patologie ed interventi tempestivi per la riduzione degli impatti negativi) o terziaria (rivolta prevenzione delle complicanze e delle recidive). Dentro e fuori dai Servizi perché gli utenti arrivino precocemente (livello di prevenzione secondaria), mantengano compliance ed adesione ai percorsi di cura, in opposizione alla minaccia sociale esercitata da stigma e autostigma, e possano essere opportunamente

supportati durante il delicato viaggio tra un Servizio e un altro (UONPIA-UOP), senza il rischio di perdersi. La rete costruita attorno ai Servizi UONPIA, seppur con una modalità a macchia di leopardo, si è sviluppata, sul territorio italiano, secondo un modello analogo a quello dei Servizi per la gestione territoriale delle patologie psichiatriche. Il servizio territoriale UONPIA è sede per la presa in carico del minore e la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute dello stesso e della famiglia, da parte di un'équipe multiprofessionale, realizza assistenza specialistica con particolare riferimento all'ambito neuropsichiatrico e riabilitativo dell'età evolutiva, consentendo positivi risultati di esiti e costi (Regione Lombardia 2008). Sebbene esistano significative differenze tra organizzazione territoriale UOP e polo territoriale UONPIA (struttura prettamente ambulatoriale orientata alla valutazione, al trattamento e alla riabilitazione, in cui non è ancora prevista la flessibilità della gestione territoriale della patologia psichiatrica ma nella quale la presa in carico è diretta a tutti gli utenti, indipendentemente dal livello di gravità e complessità del caso) (4), queste differenze non dovrebbero ostacolare la possibilità di creare e mantenere una partnership positiva tra i servizi.

Riassumeremo di seguito alcuni punti considerati cruciali nel passaggio da UONPIA a DSMD.

- Per alcuni utenti, in carico ai Servizi UONPIA l'inquadramento diagnostico risulta ben definito; per altri, invece, il compimento della maggiore età diventa occasione per rivalutare il quadro diagnostico e il percorso di cura.
- Accedendo ai servizi del DSMD si assiste alla revisione dei percorsi clinici, sia in ambito territoriale che residenziale, per cui viene valutata, in base alla complessità del bisogno di cura, la necessità o meno di un percorso di trattamento integrato: di presa in carico, vera e propria; di consulenza (una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche); o di assunzione in cura (percorso terapeutico per gli

utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non necessitano di interventi complessi e multi-professionali). Quando si entra nel percorso clinico dei DSMD della presa in carico, si avrà anche la prevista definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI), stilato dal CSM o dal CPS, i cui contenuti devono riverberare nel Progetto terapeutico riabilitativo (PTR), la presenza di un'équipe multiprofessionale integrata, che include la figura del "case manager", la definizione di obiettivi e di interventi utili per poterli raggiungere.

- Tra i cambiamenti a cui si può assistere rientra, ad esempio, l'introduzione di un approccio farmacoterapeutico nel trattamento al disturbo: l'utilizzo di farmaci psicoattivi, in età evolutiva, rappresenta, infatti, una pratica soggetta a numerosi vincoli normativi ed eseguita con estrema cautela.
- La definizione degli obiettivi dei Progetti Terapeutici Individuali si arricchirà di proposte, come ad es, la tematica dell'area del lavoro, marginali nel lavoro con i minori perché distanti dalle età cronologiche o dalle tappe di sviluppo emotivo e cognitivo in cui i giovani si trovano.
- In alcuni casi, sarà necessaria la nomina della figura dell'amministratore di sostegno, da parte del Tribunale, che potrebbe ricadere su una persona estranea rispetto alla rete di riferimento dell'utente.
- Potrebbe essere indicato un percorso in una struttura territoriale, semiresidenziale o residenziale, dapprima su invio del medico neuropsichiatra UONPIA, successivamente, su conferma da parte del medico psichiatra di riferimento che effettuerà l'invio, al compimento della maggiore età dell'utente, presso nuove strutture dedicate ad accogliere adulti: la presenza visiva diversa dei servizi (si provi a pensare alla camera di un qualunque adolescente a differenza di quella anche solo di un giovane adulto), di ciò che è possibile trovare negli spazi comuni o di come differiscono le proposte riabilitative (ad es quelle relative al

tempo libero) sono altri elementi che, emergendo nel passaggio "al mondo dei grandi", potrebbero incidere sulla continuità terapeutica.

- Possibilità di autodeterminarsi, con riguardo alla propria salute, decidendo sulla salute e sui possibili trattamenti e sulle modalità di cura, esprimendo rifiuto o interrompendo trattamenti: libertà di scelta che non è prevista quando si è minori, poiché sono i genitori o i tutori che firmano l'ingresso in struttura, sia che sia residenziale che semiresidenziale.

La Scarsità di strumenti per la valutazione del funzionamento dei giovani in cura presso le UONPIA [nel panorama italiano, la maggior parte delle valutazioni riguardano il neurosviluppo ad eccezione delle scale, tradotte e validate dal gruppo T-COM (5) CANS (Child and Adolescent Needs and Strengths 0-5 e 5-17) per contesti semiresidenziali e residenziali, e CAT (Crisis Assessment Tool) per le acuzie] (6) rende più complesso l'avvio del processo di cura. In particolare, è la Valutazione della presenza di deficit cognitivi a sancire la possibilità di destinare il giovane all'area della disabilità, e non a quella della salute mentale, incidendo però su risorse, potenzialità e obiettivi futuri dello stesso (ad es. se un ragazzo al compimento dei 18 anni sta ancora frequentando la scuola non può essere inserito in una struttura per la disabilità, a meno che non si abbandoni il percorso scolastico).

Organizzazione di progetti condivisi e il passaggio di informazioni tra le realtà che seguono il minore e i Servizi che se ne occuperanno grazie alla creazione di poli, sia di tipo residenziale che semiresidenziale, progettati e pensati proprio per accogliere ragazzi e ragazze nella fascia d'età dai 16 anni ai 21 o 24 anni, a seconda della struttura. (7)(8)(9)

Oltre alle pubblicazioni relative ai punti sopra elencati, si aggiungono preziosi stimoli di dibattito da situazioni congressuali, come ad esempio, quello svoltosi presso palazzo Lombardia a settembre 2023, dal titolo "Uscire dalla crisi collaborando". Prioritaria è sicuramente l'in-

---

troduzione di strumenti di valutazione nei percorsi di cura dedicati ai minori, premessa importante per agevolare le occasioni di confronto tra i professionisti che si occupano di rispondere al profondo disagio giovanile esploso durante la pandemia e ancora in essere.

I Servizi di Neuropsichiatria, attraverso interventi in urgenza e progetti strutturati territoriali, hanno saputo rispondere parzialmente al profondodisagio

dell'adolescenza della famiglia, come sottolinea il titolo del convegno sopra citato: a questa emergenza si è riusciti a fare fronte solo costruendo risposte di cura attraverso la collaborazione di più realtà territoriali. Il servizio specialistico è giusto che rappresenti solo una parte delle risorse da sfruttare, altrettanto importanti, per confrontarsi con il disagio giovanile, devono essere realtà che i minori incontrano nel normale percorso di crescita: scuola, oratorio, gruppo sportivo, gruppo dei pari, etc. Come ulteriore elemento di criticità della gestione dell'emergenza è stato segnalato più volte il problema del passaggio alla maggior età, come se questo riaprisse la possibilità di sollecitare episodi di crisi, anche in situazioni considerate stabilizzate. Questo tema ha acceso il dibattito, sottolineando come questo passaggio animi posizioni anche contrapposte con altrettante soluzioni che aprano vie molto differenti, tra i discenti, ad esempio qualcuno è arrivato ad auspicarsi la creazione di percorsi comunitari specifici per la fascia di età 18-21 anni. Con quali rischi? Una ulteriore parcellizzazione che renda sempre più difficile affiancare l'utente nella propria crescita.

Riteniamo importante aprire una parentesi sulla realtà riabilitativa dei DSMD che negli ultimi 10 anni, hanno potuto riflettere sulla strutturazione di progetti riabilitativi co-costruiti con la singola persona, calibrati quindi su una valutazione attenta di aree disfunzionali e punti di forza dell'individuo. Ciò si traduce in un progetto riabilitativo strutturato su una serie di impegni personali settimanali che si snodano soprattutto all'esterno dei DSMD. Consentendo di svolgere percorsi scolastici, formativi esterni o ancora percorsi di avviamento al

lavoro, proseguendo il più possibile quello già attivato nel percorso dei servizi invianti che avevano in cura i minori. Si possono, quindi, riscontrare nelle équipes dei CSM/CPS una sensibilità specifica nei confronti di utenti appena giunti alla maggior età. Quest'ultime, nella loro multi professionalità, possono pensare e proporre all'utente un progetto costruito su misura che non preveda solo l'assunzione regolare di una terapia farmacologica ma affianchi ad esse interventi mirati a rispondere alle esigenze educative-riabilitative ed eventualmente anche assistenziali. Sensibilità che è spesso frutto di una buona collaborazione del DSMD con i servizi di neuropsichiatria, che hanno seguito precedentemente il ragazzo, o ancora con i servizi sociali comunali, spesso esercenti la patria potestà sul minore. Vantaggi di un passaggio diretto al servizio di psichiatria è sicuramente quella di una presa in carico precoce, limitando la moltiplicazione di operatori che seguiranno l'evoluzione del percorso. Uno dei problemi più annosi nei passaggi è quello, infatti, di riuscire a garantire fin da subito delle figure di riferimento che possano ereditare il "testimone" dei referenti educativi che hanno affiancato il minore. Il passaggio ad una comunità specifica 18-21 necessiterebbe dell'individuazione di ulteriori riferimenti che dovrebbero cambiare nuovamente al compimento dei 21 anni, spostando semplicemente in là nel tempo l'individuazione nel DSMD di altre figure specifiche. Nell'arco di soli quattro anni l'utente potrebbe vivere ben due passaggi di struttura e d'équipe, aumentando di molto il livello di stress percepito.

Non dobbiamo dimenticarci, l'importanza della presa in carico territoriale di queste situazioni perché spesso, l'allontanamento dalla famiglia avvenuto durante la minor età, ha comportato anche un cambio di provincia per il minore, costringendolo a maturare parte del proprio percorso educativo lontano dal territorio dove ha trascorso l'infanzia. Pensare di creare delle comunità specifiche 18-21 comporterebbe un ulteriore ritardo nel rientro e ricostruzione di una presa in carico nel territorio d'origine. I progetti dei DSMD dialogano, infatti, con



le numerose realtà sul territorio, tra cui quelli appartenenti al terzo settore: tra cui le associazioni, gruppi di volontariato, cooperative, etc.

Nonostante la necessità, quindi, di orientare i Servizi per la salute mentale ad accogliere i bisogni dei giovani utenti, sembrerebbe che ancora molte siano le zone d'ombra che suscitano dubbi e interrogativi e che ancora molto resti da fare per chiarirli. Facilitare la transizione da servizi NPIA ai tradizionali identificando obiettivi a breve-medio-lungo termine condivisi; sfidare difficoltà organizzative e barriere fisiche, culturali ed ideologiche; essere inclusivi; creare, tradurre e validare strumenti per le valutazioni; aumentare gli studi nell'ambito della ricerca per aumentare la conoscenza; condividere esperienze per trasmettere saperi e formare operatori; lavorare per la promozione e la prevenzione della salute mentale.

In questa complessità, l'Associazione Tecnica Scientifica AITeRP ha rilevato come colleghi impegnati in questo complesso compito siano riusciti a portare un contributo originale, attraverso la propria presenza nei Servizi pubblici e del terzo settore, arricchendo il dibattito con il contributo sostanziale di tecniche riabilitative specifiche, a volte derivanti dal mondo adulto ma attentamente riadattate alle esigenze del giovane adulto in crescita. Interventi dedicati alla clinica che se spesi in un'ottica di prevenzione possono fornire strumenti spendibili nella vita quotidiana del ragazzo, che ne facilitano l'autodeterminazione e la possibilità di entrare sempre di più in una quotidiana normalità, fatta di vita tra i pari, con un ruolo sociale di studente, lavoratore, cittadino attivo con una buona qualità della vita.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

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

° *Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Membro sezione regionale AITeRP Lombardia Cooperativa Fraternità di Ospitaletto, Brescia*

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

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Gruppo di lavoro: Ballantini M., Belloni G., Beraldo S., Cerasoli G., D'Agostino A., Ferrario T., Martini S., Migliarese G., Morganti C., Novel L., Patrucco M., Porcellana M. Risaro P., Tisi G., Toscano M. Coordinatore: Ballantini M.. *Proposte per una riorganizzazione dell'attività territoriale in salute mentale in Lombardia*. Position paper della SiPLO sulle sfide della psichiatria nel nuovo millennio. *PsichiatriaOggi* Anno XXXIII, n.2 Luglio–Dicembre 2020.
2. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. Coordinamento editoriale: Fierro L.. *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei Servizi di salute mentale*. Volume 2. Riabilitazione psichiatrica. Giovanni Fioriti Editore Roma. 2018.
3. Monzani E., Meneghelli A., Percudani M. *Stati mentali a rischio. Riconoscere, prevenire, curare nei giovani*. Il Pensiero Scientifico Editore. 2019.
4. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. *Coordinamento editoriale: Fierro L.. Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei Servizi di salute mentale*. Volume 1. *Psichiatria Clinica*. Giovanni Fioriti Editore Roma. 2018.
5. <https://www.tcomitalia.com/home>
6. <https://www.tcomitalia.com/strumenti>
7. Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.. *Un posto per i giovani. Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asst Santi Paolo e Carlo di Milano*. *PsichiatriaOggi* AnnoXXXII, n. 1 gennaio–giugno 2019.
8. Carnevali S., Meiattini R., Montrasio C., *Durbano F.. Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla NPIA alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione*. *PsichiatriaOggi* Anno XXXIII, n. 1 gennaio–giugno 2020.
9. Baldaqui N., Malvini L., Barbera S. *Transizione da UONPIA a CPS Giovani: focus sulle diagnosi nelle traiettorie cliniche*. *PsichiatriaOggi* Anno XXXV, n. 2 Luglio-Dicembre 2022.

# L'impatto della pandemia da Covid-19 sull'organizzazione del DSM.

*Il ruolo dell'Infermiere tra decisione, responsabilità, educazione e complessità*

*Teresa De Paola\*, Marilena Staltari°, Cesare Giovanni Moro^*

---

## INTRODUZIONE

L'epidemia di SARS-CoV-2 è certamente un evento senza precedenti, almeno negli ultimi cento anni, non solo perché è una delle più gravi minacce per la salute pubblica mondiale mai verificatesi, ma anche a causa della novità assoluta di questa pandemia, che ha messo a dura prova sia la ricerca scientifica, impegnata duramente in una corsa contro il tempo per conoscere le caratteristiche del virus SARS-CoV-2 e trovare mezzi per curare chi ne è stato colpito, sia per i sistemi di salute pubblica, posti di fronte alla sfida della prevenzione dei nuovi contagi e alla diffusione dell'infezione. Sebbene l'attenzione generale sia stata inevitabilmente rivolta alle conseguenze fisiche a breve e lungo termine della malattia e alla sua letalità, con una generalizzata risposta di emergenza dei sistemi sanitari ospedalieri, i quali quasi ovunque, sono stati inizialmente travolti dall'ondata di casi da trattare, lentamente e progressivamente si è presa consapevolezza che la pandemia costituiva una minaccia sostanziale anche per la Salute Mentale. Essa, infatti, ha avuto un impatto significativo sulla Salute Mentale della popolazione generale, ma soprattutto nella popolazione affetta da disturbi psicotici preesistenti. All'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sono state adottate diverse misure e strategie pensate per fronteggiare la fase iniziale e "drammatica" dello sviluppo pandemico e per rispondere agli effetti in acuto della salute psicologica e mentale. È stato necessario un processo progettuale e d'intervento

di tipo generale e multi professionale (fatto di riposte, di organizzazione e, soprattutto, progettazione), finalizzato a favorire la resilienza dei sistemi di salute e di cura, sottoposti ad uno stress come quello pandemico, che nessuno prima aveva sperimentato. Necessaria risposta all'evento pandemico è stata quella di mantenere il funzionamento dei DSM capaci, nonostante le criticità, di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della Salute Mentale. Nel periodo emergenziale grande importanza ha assunto la figura infermieristica all'interno dei Servizi di Salute Mentale poiché è stata in grado di adottare tutte le misure necessarie per la gestione della diffusione del virus e, allo stesso tempo, ha saputo utilizzare modalità assistenziali alternative per garantire la continuità di cura all'utenza.

Il DSM, con la sua articolazione territoriale, svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichiatrico, dei disturbi e delle disabilità psichiatriche. I Servizi del DSM hanno dovuto adottare modalità conformi alle normative Nazionali e Regionali per il contenimento del virus, continuando a garantire la funzionalità di questa particolare rete di servizi poiché ci troviamo di fronte ad utenti complessi che necessitano di un'efficace presa in carico e una continuità assistenziale. Ovviamente, anche in questo contesto, sono state messe in atto le regole generali disposte dalle autorità politico-sanitarie, ma a differenza delle altre strutture territoriali, vi sono state delle diversità:

- Mantenimento dell'accesso diretto e non programmato in caso di necessità clinica e/o per eventuali urgenze nei consueti orari di apertura del servizio che rimangono immutati, inclusi i pazienti che presentano prescrizione dall'autorità giudiziaria;
- Attenzione ai pazienti in condizione di urgenza/emergenza o a rischio di riacutizzazioni o scompenso psicopatologico per limitare il ricorso al ricovero sia volontario che obbligatorio;
- Condizioni che necessitavano di ASO e/o TSO, gli operatori dovevano adeguatamente programmare l'intervento, considerandosi come gli operatori delle emergenze, utilizzando il massimo livello di DPI monouso consentiti e disponibili (camici, occhiali protettivi, maschera FFP2, guanti, cuffie e calzari), cercando di effettuare l'intervento in luoghi aperti; è stato necessario porre attenzione nel rispetto delle misure di prevenzione e nell'uso dei DPI, in particolare nella gestione dell'intervento su pazienti non collaborativi;
- Priorità per le visite ambulatoriali e domiciliari nei casi di urgenza/emergenza e nel caso di interventi indifferibili, informandosi preventivamente sulle condizioni di salute del paziente e dei familiari/caregivers utilizzando sempre gli appositi DPI per evitare il rischio di esposizione; per le visite domiciliari gli operatori hanno utilizzato kit completi di DPI, mantenendo la distanza di sicurezza di almeno un metro chiedendo al paziente e familiare/caregivers di indossare la mascherina;
- Attenzione ai pazienti con diagnosi di dipendenza o di doppia diagnosi gestiti in collaborazione con il SERD di competenza territoriale; date le restrizioni governative negli spostamenti, la possibile difficoltà di accedere a trattamenti o a sostanze ha esposto tali pazienti al rischio di complicazioni cliniche (es. sindromi da sospensione, disturbi del comportamento); è stato necessario facilitare l'accesso al SERD per i pazienti maggiormente a rischio; eventuali nuovi inserimenti in strutture terapeutico-riabilitative sono stati attentamente valutati allo scopo di ridurre il rischio di esposizione al COVID-19; qualora si è reso necessario un ricovero per sospetta positività al COVID, il paziente ha informato il personale sanitario della propria condizione di dipendenza o doppia diagnosi allo scopo di facilitare le procedure di trattamento;
- Incremento dei contatti telefonici e informatici tramite tecnologie innovative ove è stato possibile (e-mail, Skype, WhatsApp, etc.) con pazienti e familiari seguiti dal servizio, per una verifica dello stato di salute (situazione clinica, abuso di sostanze, situazione intra ed extra familiare, abitudini di vita) e per evitare la sensazione di abbandono da parte dei Servizi, annotando l'intervento in cartella cartacea e/o elettronica;
- Interruzione delle attività di gruppo, sia per i pazienti che per i familiari, ad esclusione di comprovate esigenze cliniche nel rigoroso rispetto delle regole di sicurezza;
- Sospensione dei gruppi di psicoanalisi multi-familiare;
- Per i casi già seguiti la visita programmata è stata accompagnata dalla raccomandazione di rispettare l'orario concordato e di non restare nella sala di attesa, il paziente già seguito che si recava al servizio senza appuntamento ha dovuto rispettare le disposizioni di sicurezza ed essere visitato preferibilmente da almeno uno dei componenti dell'équipe di riferimento, se non presente, è stato chiesto l'intervento di uno psichiatra, psicologo e infermiere/assistente sociale;
- Per pazienti che eseguono terapie farmacologiche long-action o depot (intramuscolari) la somministrazione è stata programmata con attenzione tesa ad evitare compresenze in sala di attesa; le terapie sono state eseguite dall'operatore indossando guanti e mascherina o filtrante facciale FFP2, FFP3 e il camice monouso se disponibile, effettuando la somministrazione sul gluteo anziché deltoide soprattutto se il paziente presentava sintomi respiratori o febbrili;
- Le riunioni dell'équipe di riferimento dei pazienti

sono state effettuate solo in caso di urgenza/emergenza rispettando le procedure di sicurezza e le norme di igiene e proflassi, altrimenti le informazioni sono state scambiate telefonicamente o attraverso mezzi elettronici;

- Le riunioni di servizio sono state effettuate utilizzando tempi ristretti (al max 30 minuti) con la partecipazione di un numero limitato di operatori (max 5) e nelle condizioni ambientali idonee, prestando attenzione ad areare i locali prima e dopo l'utilizzo;
- È stata mantenuta la sanificazione degli ambienti comuni con l'utilizzo di appositi igienizzanti.
- La messa in atto di queste misure ha avuto l'obiettivo di contenere la diffusione del virus e, allo stesso tempo, garantire l'erogazione dell'idonea assistenza agli utenti.
- A fronte dei cambiamenti organizzativi imposti dalla pandemia, abbiamo svolto una ricerca tra i vari DSM italiani che avesse come obiettivo valutare l'impatto della pandemia da COVID-19 sull'organizzazione dei DSM, la risposta dei Servizi della psichiatria all'emergenza sanitaria, le conseguenze psicopatologiche correlate allo stress dovuto alla pandemia in individui affetti da disturbi mentali importanti, la valutazione della capacità di resilienza degli Infermieri e le modalità assistenziali alternative adottate per far fronte all'emergenza, mantenimento, al contempo, il contatto con l'utenza garantendo loro la continuità assistenziale.

### **CAMPIONE DELLA RICERCA**

La ricerca è stata condotta su un campione di Infermieri che lavorano presso le strutture del DSM (Centri di Salute Mentale, Strutture Residenziali, Centri Diurni, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e altri) dislocati sul territorio nazionale (Nord, Centro, Sud). Tale campione è costituito da 63 Infermieri che hanno risposto su base volontaria e che sono state raggiunte attraverso canali di conoscenze personali (colleghi, amici, iscritti a società scientifiche di settore).

### **MATERIALI E METODI**

La ricerca è stata condotta attraverso un questionario costruito ad hoc, inviato online attraverso la piattaforma "moduli" di Google a ciascun partecipante per l'autosomministrazione. La compilazione è stata del tutto anonima e le informazioni pervenute sono state utilizzate nel massimo rispetto della privacy e analizzate solo in forma aggregata, quindi, come statistiche (percentuali, medie ecc). Le risposte sono state completamente riservate e coperte dal segreto statistico (ai sensi del Decreto n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"). Il questionario, costruito ad hoc, è composto da n° 38 domande a risposta chiusa, alcune inerenti le caratteristiche del campione e altre che vanno ad indagare l'impatto della pandemia sull'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale e il ruolo ricoperto dall'Infermiere durante l'emergenza sanitaria. Il questionario è stato divulgato mediante l'utilizzo di Social Network quali Facebook, WhatsApp (applicazione informatica di messaggistica istantanea centralizzata), SMS ed inviato alla Società Italiana Scienze Infermieristiche Salute Mentale (SISISM) e a colleghi e conoscenti Infermieri che lavorano in ambito psichiatrico.

### **RACCOLTA DEI DATI**

Sono stati compilati n° 63 questionari, di questi non è possibile valutare elementi di esclusione poiché le caratteristiche dei rispondenti soddisfano i criteri di inclusione precedentemente stabiliti: Infermieri che lavorano in ambito psichiatrico.

### **INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI**

Dai dati emerge che, il campione di 63 Infermieri è costituito dal 55% di sesso femminile e dal 45% disesso maschile e presenta un'età media di 50 anni (48,3%). Più della metà del campione (63,4%) afferma di possedere una Laurea Triennale, una percentuale minore (14%) possiede una Laurea Magistrale, rispetto a quest'ultima una percentuale maggiore (18,3%) possiede un Master di

1° Livello, solo una minima percentuale (3,5%) possiede un Master di 2° livello. Il campione lavora prevalentemente in strutture ubicate al Centro Italia (73,3%) in percentuale minore abbiamo coloro che lavorano al Nord (13,3%) e al Sud (13,4%). Dai dati emerge, inoltre, come il 36,8% del campione lavora presso i CSM/CPS (solo per la Lombardia) e gli SPDC, una percentuale minore (24,6%) presso le Strutture Residenziali e solamente una minima parte (1,8%) nei Centri Diurni. Un dato rilevante (44,1%) risulta essere l'esperienza lavorativa del campione poiché dichiara di svolgere la professione di Infermiere da un lasso di tempo che va da 21 a 30 anni, e il 33,4% dichiara di lavorare, dallo stesso tempo, in ambito psichiatrico. Inoltre, la metà del campione (50%) all'interno della propria realtà lavorativa viene riconosciuto come "Infermiere di Riferimento" e in percentuale minore (35,7%) come "Infermiere Case Manager", solo in minima percentuale (7,1%) abbiamo la presenza dell'Infermiere di famiglia e comunità mentre il 7,1% viene riconosciuto solo come Infermiere. Rilevante è il numero di utenti che il campione dichiara di assistere poiché il 60,6% afferma che, l'utenza trattata personalmente varia dai 10 ai 20 pazienti per Infermiere. Il 91,8% riporta che durante il periodo di emergenza sanitaria all'interno del Servizio in cui lavora è stato necessario modificare/cambiare la modalità lavorativa rispetto all'utenza trattata per contenere la diffusione del virus ma, allo stesso tempo, erogare l'adeguata assistenza all'utenza. Il 68,3% del campione afferma che la pandemia ha determinato nell'utenza un peggioramento clinico della patologia psichiatrica, la popolazione maggiormente colpita è stata quella affetta da disturbi psicotici (45,5%) da disturbi borderline (31,8%) e in percentuale minore (15,9%) da disturbi del comportamento alimentare, e da tossicodipendenze e abuso di alcool (6,8%) tale peggioramento è probabilmente il risultato di un isolamento sociale forzato anche determinato dalla paura di un eventuale contagio, dell'angoscia provata nel rimanere al proprio domicilio con i propri familiari e dalla tristezza avvertita, relativa alla pandemia. Du-

rante la pandemia, viste le misure anti contagio adottate dai servizi del DSM, il contatto diretto con l'utenza si è ridotto notevolmente e l'80,3% del campione ha affermato come, durante questo periodo si sia notevolmente incrementato il contatto telefonico, il 45,5% afferma di aver comunicato con l'utente almeno una volta al giorno mentre il 27,5% almeno 3 volte alla settimana emerge, inoltre, come tale necessità nasce anche da una maggiore richiesta da parte dell'utenza di vicinanza e di "contatto" con l'Infermiere, considerato il suo punto di riferimento. I contatti tra Infermieri e pazienti sono stati mantenuti attraverso le videochiamate (47,8%) e le visite domiciliari (39,1%) che sono state necessarie in seguito a situazioni di emergenza/urgenza (37,5%) per interventi di TSO e TVS in seguito all'insorgenza di crisi psicotiche, mentre i software di teleassistenza/teleriabilitazione sono risultati poco utilizzati (13,1%). Anche se il contatto diretto con l'utenza si è ridotto, emerge comunque che l'assistenza erogata con modalità alternative, nella maggior parte dei casi (73,5%), ha garantito la stabilità psichica dell'utenza. Inoltre, viene rilevato come, durante il periodo pandemico, per il campione, l'utilizzo di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) ha determinato un ostacolo nell'assistenza diretta dell'utenza (60%), tale ostacolo è stato superato attraverso dei colloqui mirati (30%), ma, soprattutto, grazie al rapporto di fiducia (55%) tra Infermiere ed utente. La ricerca ha evidenziato come la modalità utilizzata per l'erogazione dell'assistenza abbia soddisfatto le esigenze dell'utenza in carico (57,4%) ed abbia garantito la presa in carico di pazienti nuovi (63,8%) e, contemporaneamente, la modalità utilizzata per l'erogazione dell'assistenza sia stata scelta, nel 70,5% dei casi, in totale autonomia professionale da parte dell'Infermiere. Il 61,7% del campione ha affermato che, nonostante la razionalizzazione/modifica della modalità lavorativa, all'interno del proprio servizio, sia stato possibile il normale svolgimento delle riunioni d'équipe e la pianificazione dei Piani Terapeutici Individualizzati (PTI) evidenziando come non vi sia stato nessun paziente

abbandonato, garantendo, invece, la continuità assistenziale. Durante il periodo emergenziale rilevante è risultato il ruolo svolto dall'Infermiere e la dimostrazione della sua capacità di resilienza poiché grazie ad essa è riuscito ad affrontare sia i problemi legati al periodo pandemico sia ad offrire sostegno all'utenza, pertanto il 86,9% dei rispondenti dichiara di sentirsi soddisfatto rispetto al lavoro svolto. Rilevanza assume anche il lavoro svolto da tutta l'équipe durante il periodo di emergenza sanitaria poiché il 77% del campione ha affermato di essere soddisfatto dell'aiuto ricevuto da tutti gli altri professionisti, pertanto lavorare in équipe non significa soltanto offrire un servizio centrato sulla persona valutando le necessità dell'utente e della famiglia al fine di adottare la migliore condotta comportamentale volta alla qualità della vita, ma fornire, ad ogni operatore, un sostegno per affrontare situazioni difficili. Infine, il 100% del campione ha dichiarato che, il periodo pandemico ha determinato un incremento dello stress psico-fisico, l'80,3%, infatti, dichiara che non è stato possibile usufruire di un supporto psicologico o eventuali supervisioni, soltanto il 19,7% afferma che ha potuto usufruire di tali supporti. Il 100% del campione afferma che l'attivazione di un sostegno potrebbe essere d'aiuto nel limitare e gestire al meglio le situazioni stressanti.

## CONCLUSIONI

Per i DSM il periodo di emergenza ha significato rivoluzionare la pratica quotidiana, nelle attività di profilo più clinico, ma soprattutto, in quelle di riabilitazione ed attivazione psicosociale, per definizione inibite dalle limitazioni di contatto sociale e di movimento. Dalla ricerca è emerso come la competenza, la conoscenza e l'esperienza professionale dell'Infermiere che lavora nelle Strutture dei DSM risultano fondamentali per il mantenimento del rapporto di fiducia con l'utenza. Questo intreccio di saperi e di abilità hanno incrementato e assicurato, anche a distanza, il continuo contatto con l'utenza, aiutandola a superare gli ostacoli relazionali

emersi in seguito all'utilizzo di modalità assistenziali "alternative". L'Infermiere ha dimostrato grandi capacità organizzative, scegliendo in autonomia le modalità assistenziali da erogare permettendo di soddisfare le esigenze assistenziali dell'utente in carico e mantenere la stabilità psichica sia dei pazienti che dei familiari/caregivers. Significativa, inoltre, la capacità di resilienza dell'Infermiere che ha consentito di fronteggiare l'emergenza sanitaria fornendo supporto all'utenza aumentando così i livelli di soddisfazione anche durante il periodo pandemico. Importanza fondamentale ha rivestito il lavoro d'équipe poiché soltanto attraverso l'aiuto, il sostegno da parte di tutti i membri dell'équipe multiprofessionale, molte, delle tante problematiche lavorative, sono state superate. Una tale emergenza sanitaria e la conseguente necessità di rimodulare l'attività assistenziale ha generato, nel personale infermieristico, un incremento di stress psico-fisico, che potrebbe generare ostacoli nella relazione con l'utenza. In tal senso sarebbe opportuno attivare un sostegno psicologico, anche attraverso supervisioni, in grado di aiutare gli operatori sanitari a gestire e limitare lo stress, scongiurando l'insorgenza del burnout.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI:

\* *ASL Roma 1 - UOC Formazione e Sviluppo delle Competenze - F.O. Gestione Rete Corsi di Laurea Universitari Professioni Sanitarie e Sociali; Professore a contratto Med 45; Vicepresidente S.I.S.I.S.M.*

° *Infermiera presso RSA "Universo" Africo (RC)*

^ *ASST Bergamo ovest - Responsabile Assistenziale Dipartimento DSM-D; Presidente S.I.S.I.S.M.*

## BIBLIOGRAFIA

1. *Disposizioni adottate dal DSM per il contenimento e la gestione della diffusione COVID-19*, in «Regione Lazio, Asl Roma 1, Dipartimento Salute Mentale», 2020;
2. Iozzelli D., Facchi E., Cardamone G. *I servizi pubblici di salute mentale in tempo di pandemia*, in «Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici», 2020; (21): 3-5  
disponibile da: <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-21/servizi-pubblici-salute-mentale-tempo-di-pandemia-review-sul-tema>
3. Primavera E., Leonelli S., *Un'indagine sulla percezione del carico assistenziale tra gli infermieri italiani, nell'era del COVID-19*, in «Opi», Napoli, 2021;  
(Ultimo accesso: 30/07/21)
4. Majumder J., Minko T. *Recent Developments on Therapeutic and Diagnostic Approaches for COVID-19*, in «The AAPS Journal», 2021; 23 (14): 2-3.
5. Salian V.S., Wright J.A., Vedell P.T., *COVID-19 Transmission, Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies*, in «Molpharma», 2021; 18 (3): 759-70
6. *Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus*, in «Camera dei Deputati, Documentazione parlamentare Parlamento Italiano», 2021;  
disponibile da: <https://temi.camera.it/leg18/temi/misure-sanitarie-per-fronteggiare-l-emergenza-coronavirus.html>  
(Ultimo accesso: 09/08/21)
7. *Delibera del Consiglio dei Ministri 31 Gennaio*, in «Gazzetta Ufficiale», 2020;  
disponibile da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sg> (Ultimo accesso: 14/08/21)
8. *Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus*, in «Parlamento Italiano, Camera dei Deputati, Documentazione parlamentare», 2021;  
disponibile da: <https://temi.camera.it/leg18/temi/misure-sanitarie-per-fronteggiare-l-emergenza-coronavirus.html>  
(Ultimo accesso: 14/08/21)
9. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, *Primary Nursing un approccio relazionale focalizzato sul paziente Marie Manthey*, in «Opi» 2016;  
disponibile da: <https://www.ordineinfermieribologna.it/2016/a-reggio-emilia-il-convegno-sul-primary-nursing.html>  
(Ultimo accesso: 25/08/21)
10. Dipartimento Salute mentale, *Disposizioni adottate dal DSM per il contenimento e la gestione della diffusione COVID-19*, in «Regione Lazio, Asl Roma 1» 2020;  
disponibile da <https://www.buonepratiche sicurezzasanita.it>  
(Ultimo accesso: 15/08/21)
11. Iozzelli D., Facchi E., Cardamone G. *I servizi pubblici di salute mentale in tempo di pandemia*, in «Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici», 2020; (21): 3;  
disponibile da: <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-21/servizi-pubblici-salute-mentale-tempo-di-pandemia-review-sul-tema>  
(Ultimo accesso: 16/08/21)
12. Lai J., Ma S., Wang Y., et al. *Factor associated with mental health outcomes among health care worker sexposed to coronavirus disease 2019*; in «JAMA new Open», 2020; 3 (3): 1-5
13. *Risk Management in Sanità il problema degli errori*, in «Ministero della Salute» Roma, 2004;  
disponibile da: [https://businessschool.luiss.it/executive-risk-management-sanita/?gclid=CjoKCQjwOmLBhCHARIsAGijg7mPN9GZ76muhhBQXJVoiGnVfX3jRGC6qHoTX2LPb9nfsgePJVray2oaAucxEALw\\_wcB](https://businessschool.luiss.it/executive-risk-management-sanita/?gclid=CjoKCQjwOmLBhCHARIsAGijg7mPN9GZ76muhhBQXJVoiGnVfX3jRGC6qHoTX2LPb9nfsgePJVray2oaAucxEALw_wcB)  
(Ultimo accesso: 20/08/21)
14. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, *Primary Nursing un approccio relazionale focalizzato sul paziente Marie Manthey*, in «Opi» 2016;  
disponibile da: <https://www.ordineinfermieribologna.it/2016/a-reggio-emilia-il-convegno-sul-primary-nursing.html>  
(Ultimo accesso: 25/08/21)
15. Cerati G., Moro C., Caggio F., et al, *Il Case manager nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia, il percorso formativo e la pratica*; in «McGrawill Education», 2013;  
disponibile da: <https://www.polis.lombardia.it>  
(Ultimo accesso: 02/09/21)
16. Nunziant P. *I nuovi modelli organizzativi le nostre sfide per il futuro, Il Case Management*, in «Collegio Ipasvi della Spezia», 2007;



- 
- disponibile da: <https://www.yumpu.com/it/document/read/31208535/il-case-management-ipasvi-la-spezia>  
(Ultimo accesso: 05/09/21)
17. *Corso d'introduzione al Case Management infermieristico*, in «ASL formazione sanitaria», 2021;  
disponibile da: <https://www.alsbologna.it/altri-corsi-sanitari/corso-dintroduzione-al-case-management-infermieristico-icm> (Ultimo accesso: 12/09/21)
18. Costa A., De Paola T., Moricone I. *Il Progetto Infermiere case manager nel dipartimento di salute mentale Asl Roma/A*, in «Infermiere oggi periodico di idee informazioni e cultura del collegio IPASVI», Roma, 2014; (3): 29-34;
19. De Paola T., Flavia L., Ducci G., *Valutazione dell'attività di Case Manager negli anni 2017-2019 presso un DSM di Roma*, in «Infermiere oggi periodico di idee informazioni e cultura dell'Opi», Roma, Anno XXXI - numero 1/2021)
20. Dipartimento di salute mentale-*Dipendenze patologiche (DSM-DP)*, in «Sogni e Bisogni condividere la salute mentale a Bologna», 2020;  
disponibile da: <https://www.sogniebisogni.it/chi-siamo/sogni-e-bisogni-chi-siamo/863-azienda-usl-bologna-dipartimento-salute-mentale-dipendenze-patologiche-dsm-dp>  
(Ultimo accesso: 20/09/21)
21. Marcadelli S., Stievano A., Rocco G., «*Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation*», in «Primhealth care res dev», 2019; (20): e1093-4;
22. Mangiacavalli B, *Nasce l'Infermiere di famiglia/ comunità: ecco chi è e cosa farà*, in «L'Infermiere (FNOPI)», 2020; (3): 1-5;  
disponibile da: <https://www.infermiereonline.org/2020/07/25/nasce-linfermiere-di-famiglia-comunita/>  
(Ultimo accesso: 25/09/21)



# L'ANGOLO DELLA REDAZIONE

*Riflessioni e commenti e suggestioni dal mondo della salute mentale*

MANUELA BARBAROSSA, ALBERTO GIANNELLI E MARIALFONSA FONTANA SARTORIO

## Luci e Ombre della Solitudine

*Commento*

*di Giancarlo Cerveri*

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI



Un testo sulla solitudine e sulle diverse visioni che essa evoca. Al di là della visione modernista sociopatizzante gli autori, tra cui c'è anche il fondatore di questa rivista Alberto Giannelli, offrono un quadro articolato della condizione esistenziale dell'essere solo. Una vera sfida nell'epoca dell'iperconnessione e della condivisione totalizzante gli autori disvelano il sentimento della solitudine nella sua ricchezza e nel suo significato fondante la costruzione della nostra identità. Insomma per chi non si rassegna ad una vita online un testo di grande interesse.

## 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](mailto: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](mailto: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