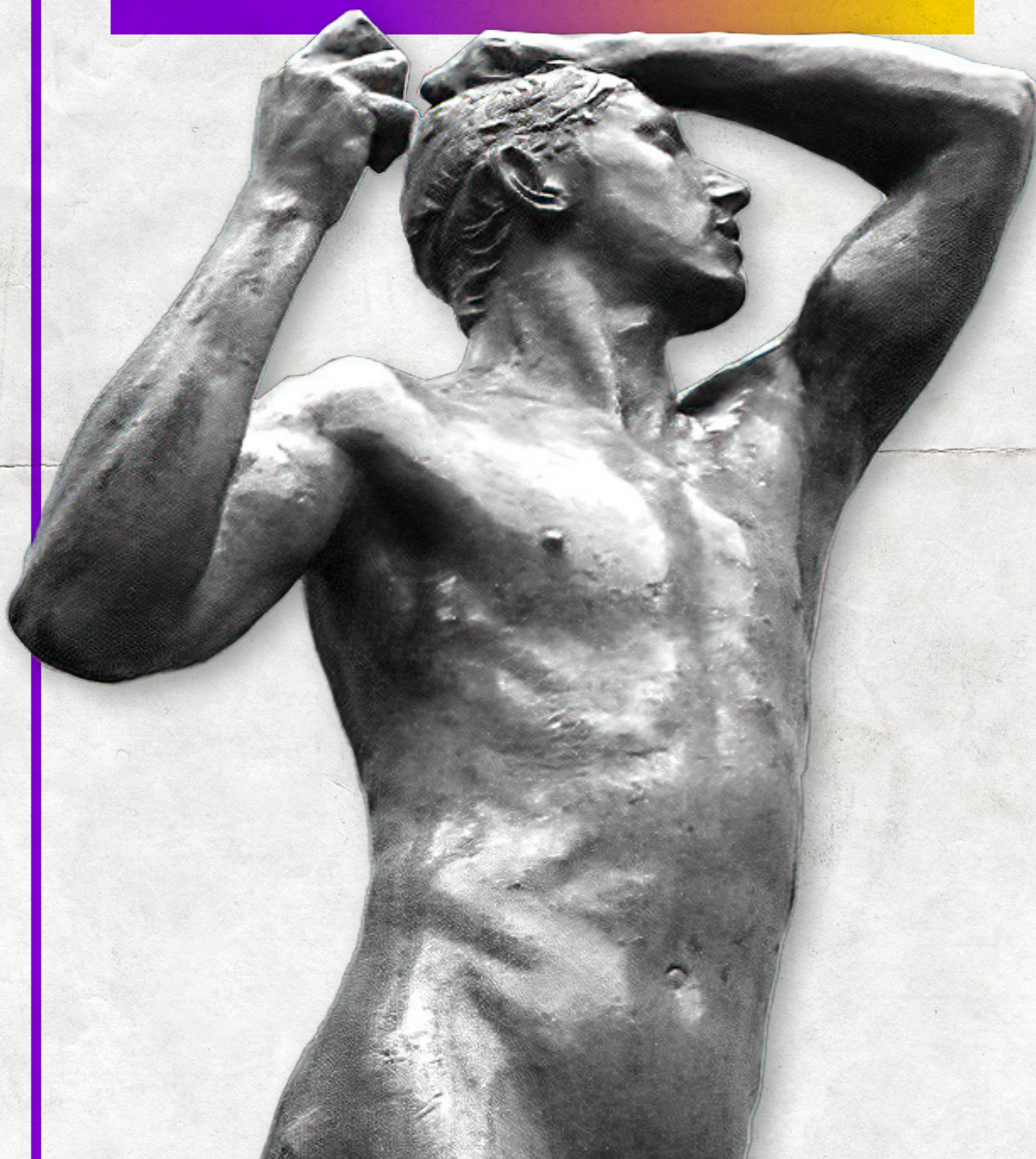




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





Johnson & Johnson

Johnson & Johnson apre la strada verso la medicina del futuro. I pazienti ispirano le nostre innovazioni scientifiche, che continuano a progredire e a salvare vite. Ascoltando la voce dei pazienti e applicando i principi della scienza, affrontiamo con fiducia alcune delle malattie più complesse del nostro tempo e sviluppiamo i potenziali farmaci del futuro.

[jnj.com](https://www.jnj.com)

Johnson&Johnson



SOMMARIO

Anno XXXVII • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

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

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

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

Art Director:
Paperplane snc

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

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

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

PSICHIATRIA OGGI

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

IN PRIMO PIANO

- 4** L'antica ed irrisolta antinomia
tra curare l'individuo e proteggere
l'ordine pubblico
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 11** Rimodulazione delle attività riabilitative
presso una CRA pubblica: descrizione di
un'esperienza sul territorio lomellino
di Figliano G., Verlich M., Quassolo R.,
Cafè S., Boccuni M., Migliarese G.
- 21** Invidia degli dei e delle dee nell'antichità
e nell'età moderna
di Loi M.
- 31** "Qua la zampa Estell"
Esperienza innovativa di Educazione
Assistita dall'Animale come integrazione
e collaborazione tra servizi
di Luchetta G.A., Colloredo S., Durbano F.
- 40** L'esperienza del Gruppo Dipartimentale
Lavoro Niguarda: studio prospettico
descrittivo
di Morganti C., Chinelli A., Cardullo A.,
Lamperti M., Lanzo F., Prezioso M.,
Scanu S., Porcellana M., Percudani M.
- 51** Utilizzo di Esketamina nel trattamento
della Depressione Resistente: dati
preliminari sull'esperienza del
Dipartimento di Salute Mentale e
Dipendenze ASST LODI
di Pinto M., Arienti V., Ferrari M.,
Magnani G., Marasco M., Vercesi M.,
Saenz M., Cerveri G.
- 56** Sviluppo di un modello di integrated
care management per pazienti con gravi
disturbi mentali e rischio cardiovascolare
di Salvi V., Sessini M., Cogrossi S., Rosiello R.
- 67** La violenza diretta contro l'operatore
sanitario
di Toscano M

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 77** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
**Il Case Management: catalizzatore di
cambiamento e di crescita professionale
Report sull'applicazione di una
metodologia di lavoro in un DSM
e riflessioni sui risultati attesi e sui
risultati ottenuti**
di Compagnone M., Brisibella R.,
Dentici D., Tasinato S., Dionisio G.,
Pastore M., Rossi F.
- 88** CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
E PSICOSOCIALE
Bildungsroman: ATS AITeRP cresce
di Fioletti B., Fossati E.M., Scagliarini V.

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

- 92** La Psichiatria e la difficile e forse
impossibile riduzione della complessità
**Riflessioni a un anno dall'omicidio di
Barbara Capovani**
di Amatulli A. e Borghetti S.

IN COPERTINA: *Letà del bronzo, Auguste Rodin 1875 - 1876*

© Daniel Ullrich, Threedots / [Wikimedia Commons](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Threedots) / CC-by-sa-2.0-de

L'antica ed irrisolta antinomia tra curare l'individuo e proteggere l'ordine pubblico

Quali sfide il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze deve affrontare nella gestione dei soggetti con patologia psichica e autori di reato?

Giancarlo Cerveri

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

Non è possibile cominciare la riflessione su un tema così contraddittorio senza riferirci al tema dell'antinomia, un particolare tipo di paradosso che indica la coesistenza di due affermazioni contraddittorie che possono essere entrambe dimostrate o giustificate.

Che il mandato della psichiatria fosse connesso a questa antinomia lo si riconosce sin dalla nascita stessa del concetto di manicomio. Nello stato di diritto nessuno può subire una limitazione della libertà, se non a seguito di un giudizio. Il contratto sociale prevede che tutti gli individui partecipino con eguale grado di libertà ai diritti e doveri dei cittadini. E così in piena demolizione dell'Ancient Regime e costruzione del nuovo ordine europeo lo psichiatra Philippe Pinel nel 1793 fece liberare dalle catene quelli che erano definiti gli alienati mentali, reclusi nell'asilo di Bicêtre, e poco dopo fece lo stesso alla Salpêtrière. A Parigi si cambiava il mondo e nel mezzo della rivoluzione francese la follia divenne un elemento essenziale su cui fare ordine.

E così si operò un radicale cambiamento che ha riportato al centro dell'attenzione degli psichiatri il tema della cura, ma che purtroppo non ha risolto l'antinomia. La liberazione dei folli dalle catene ha reso necessaria la creazione di luoghi di cura dove permettere alle persone, non dotate di ragione, di poter recuperare le proprie funzioni prima

*Il cretese Epimenide afferma
che tutti i cretesi mentono
(Autore Ignoto VI secolo a.C.)*

di essere reinseriti a pieno titolo nel contratto sociale. Insomma, chiuse le vecchie strutture asilari hanno aperto altre istituzioni con nome diverso (Manicomio) ma che nel

tempo hanno finito per recuperare la funzione di contenitore che potesse preservare l'antinomia di luogo dove curare le persone e al contempo proteggere la sicurezza dei cittadini che vivevano al di fuori di essa.

Con il tempo le questioni si sono sempre più complicate perché i folli venivano implicitamente considerati pericolosi e dunque rinchiusi nei manicomi, ma poi vi erano coloro che, liberi, commettevano un reato per cui non erano imputabili in quanto folli (la giurisprudenza li definì i **folli rei**). Per costoro furono creati i Manicomi Criminali, strutture esplicitamente dedicate alla detenzione ma, a differenza delle carceri, con una specifica vocazione alla cura.

Infine si affacciò una terza categoria di soggetti che, liberi commettevano reato, apparentemente senza malattia mentale, ma che folli lo diventavano durante l'espiazione della pena in carcere (i **rei folli**), anch'essi da indirizzare in qualche modo al manicomio criminale.

Non voglio (e non sarei in grado), in questa breve riflessione, di approfondire le tematiche giuridiche che si costruiscono nei codici penali (prima Zanardelli e poi Rocco) su queste questioni, vorrei solo osservare che molti di questi assunti



Pinel libera i malati mentali nell'ospedale della Salpêtrière nel 1795 / Tony Robert-Fleury

sono ancora conservati nel diritto penale attualmente vigente con cui giornalmente ci confrontiamo.

LA LIBERTÀ CHE CURA

La storia degli ultimi 50 anni è nota, sul finire degli anni '70 del secolo scorso, sull'onda di una pressione sociale e politica profondamente ed ampiamente condivisa, i manicomi sono stati chiusi, la cura dei pazienti è stata rimessa al centro dell'agenda e la loro possibile pericolosità è stata affrontata come un elemento marginale. L'antinomia sembrava risolta in modo definitivo. Ma si trattava di un'illusione. Una parte rilevante della questione era stata momentaneamente messa sotto traccia.

Rei Folli e Folli Rei non entravano nell'area di inte-

resse dei Dipartimenti di Salute Mentale se non in modo marginale. Esistevano circuiti separati chiamati Ospedali Psichiatrici Giudiziari che, in una gestione sempre più distante dall'interesse collettivo, finivano per assumere connotazioni intollerabili sia in termini di condizioni di vita degli internati che di qualità di cura offerta (pur con qualche limpida eccezione in quel di Castiglione delle Stiviere). L'antinomia non era risolta era semplicemente negata.

Ed ecco che accadono vicende al di fuori del mondo della clinica psichiatrica che riportano in piena evidenza la contraddizione tra cura e custodia. Sono tante ne citerò alcune come elementi esemplificativi di un passaggio cominciato con la fine del secolo scorso ed ancora in fase di completa attuazione.

Comincerei con la sentenza della Corte Costituzionale che nel 2003 (n. 253) stabilisce che la detenzione in Ospedale Psichiatrico Giudiziario da unica soluzione per il soggetto non imputabile e pericoloso socialmente, diviene l'estrema ratio. Si cominciano ad individuare altre strade per queste persone, strade che inevitabilmente intercettano le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale. Il tutto avviene in un percorso più generale di trasferimento dell'attività sanitaria nelle carceri dal ministero della giustizia al ministero della sanità.

Diversi provvedimenti legislativi, nati anche dalla pressione esercitata dalle condanne subite da parte della Corte Europea per quanto di inaccettabile accadeva negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, hanno provato a fornire percorsi di superamento degli OPG senza riuscirci (l'ultimo dei quali è la Legge n.9 del 2012) ma preparando un ambiente culturalmente favorevole a questo passaggio.

Sempre in questi anni è accaduto un altro grande cambiamento a livello giurisprudenziale. Nel 2005 con la sentenza n.9153, le sezioni Unite della Corte di Cassazione stabiliscono che anche i "disturbi della personalità" possano costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere. La sentenza dedicata ad un singolo caso e molto ben costruita, ha prodotto una serie di effetti successivi nell'interpretazione sempre più frequentemente dell'infermità totale o parziale di mente per soggetti affetti da disturbi di personalità ed autori di reato. In sintesi ha allargato in modo enorme la platea delle persone che venivano in qualche maniera affidate alle cure dei DSM con la speranza che la cura potesse contribuire all'estinzione del rischio di reiterare reati.

Un obiettivo complesso questo, ma sostanziato da numerosi dati clinici nel caso delle gravi psicosi o dei disturbi affettivi, molto più effimero nelle sue realizzazioni concrete per la nuova platea di soggetti a cui siamo chiamati a rispondere a seguito di questa interpretazione della Corte di Cassazione.

Sulle realistiche possibilità di cura per Disturbi di Personalità Borderline o Narcisistico la letteratura non ha ancora raggiunto una consistenza ampiamente condivisa, mentre per il Disturbo Antisociale di Personalità ad oggi non sono conosciuti strumenti di cura efficaci.

Dunque, allo psichiatra viene affidata la cura di persone che commettono un reato a causa della loro infermità anche se tale infermità non risulta curabile. L'implicito mandato è predi farsi carico del soggetto (affidamento) per assicurare che lo stesso possa stare meglio e dunque tenda a non ripetere comportamenti antigiuridici sull'onda della patologia mentale di cui soffre.

Quale ruolo dovrebbe svolgere il professionista per assolvere alle richieste? O meglio quali sono le richieste implicite nell'affidamento di tale paziente? L'antinomia tra funzioni potenzialmente confliggenti e costruite su architetture di saperi distanti si ripropone in tutta la paralizzante potenza del paradosso. Entrambe le questioni sono affrontabili e risolvibili, ma apparentemente non insieme.

LA CURA CHE LIBERA DAL MALE

Il percorso è poi proseguito fino all'approvazione della legge 81 del 2014 che conduce alla definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Una legge che ha per noi psichiatri un retrogusto curioso; a differenza della Legge 180 del 1978 (legge Basaglia) che è stata fortemente voluta dagli psichiatri per poter occuparsi di curare le persone che si avevano in cura, la nuova legge venne apparentemente calata sui Dipartimenti di Salute Mentale quasi senza preavviso, senza una adeguata analisi dei bisogni e con degli aspetti di criticità organizzativa che la Corte Costituzionale non ha atteso tanto prima di osservare (Sentenza 22 del 2022).

Gli elementi essenziali della nuova legge comprendono tra l'altro, oltre alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la loro sostituzione con le Residenze per le

Misure di Sicurezza (R.E.M.S), la necessità di un gravissimo motivo per il ricovero in R.E.M.S., che viene lasciato come risoluzione residuale («extrema ratio»), l'impossibilità che le misure di sicurezza detentive possano superare la durata della pena edittale massima prevista per il reato commesso (fine degli ergastoli bianchi) e la responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale (spesso nella figura apicale) nella realizzazione dei progetti terapeutico-riabilitativi dei pz infermi di mente autori di reato.

Questo rilevante cambiamento di scenario non ha in alcun modo modificato il perimetro della pericolosità sociale così come definito nel codice penale nonostante il cambiamento significativo delle finalità dell'intervento.

Persino in alcuni passaggi della legge non si risolve l'antinomia tra cura e controllo. Nel definire la scelta della Misura di Sicurezza in REMS la legge stabilisce l'internamento in REMS ha carattere eccezionale in quanto applicabile

“solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulti che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente”

Mettendo insieme due concetti “cure adeguate” e “pericolosità sociale” che fanno riferimento a paradigmi profondamente dissimili.

Quanto sopra si è poi inserito in un sistema penitenziario fortemente in difficoltà nella gestione degli ordinari detenuti e profondamente impreparato a fornire risposte di cura adeguate ai soggetti sofferenti di patologia psichica.

Questa condizione ha portato inevitabilmente ad un aumento delle richieste di misura di sicurezza al fine di concedere adeguati percorsi di cura a soggetti giudicati non imputabili e d'altro canto non altrimenti curabili nel circuito tradizionale della detenzione.

Eventi sopravvenuti come per esempio l'elevato numero di soggetti migranti con tutto il carico di disturbi da stress

legati alla migrazione e l'aumentato rischio connesso alla commissione di reati spesso associati alla condizione di marginalità in cui molto spesso vivono hanno contribuito a rendere i fenomeni ancora più acuti.

Si è così creata un'aspettativa irrealistica di poter garantire la sicurezza tramite la cura in un contesto in cui le richieste risultavano drammaticamente in aumento e le risorse restavano stabili.

L'antinomia si è così rovesciata e poco alla volta si è spostata l'attenzione in modo sempre più deciso alla riduzione del rischio di “ricaduta giuridica” come prioritaria rispetto alla prevenzione della “ricaduta clinica” mantenendo però sempre attiva quella certezza tutta pregiudiziale che la seconda (la ricaduta clinica) sia causativa della prima. Si crea così un cortocircuito per cui la mancanza di successo clinico non attiene più solo ad un rischio generico di colpa medica ma anche ad una responsabilità più ampia rispetto ad un ipotetico concorso di colpa verso comportamenti giuridicamente rilevanti del nostro assistito.

Insomma, se viene riconosciuto un profilo di colpa medica si rischia di essere accusati di aver agito in concorso per altri reati commessi da colui che non abbiamo adeguatamente curato. È ovvio che tale forzatura sia fantasmaticamente presente nelle menti di molti colleghi che si sentono caricare sulle spalle un fardello di una gravosità eccessiva e che come tale non può essere trattenuto nella sola dimensione clinica che isolata dal contesto non è in grado di risolvere l'antinomia tra cura e controllo. Una condizione di lavoro che, se estesa a quelle condizioni come i Disturbi di Personalità in cui le nostre capacità di cura tendono a risultare così intangibili, finisce per diventare eccessivamente gravosa per il medico che ne rimane coinvolto.

LE STRADE PER USCIRE DAL PARADOSSO

Stanno accadendo diversi fatti che coinvolgono questo campo di applicazione della psichiatria e che costituiscono

insieme l'esasperazione del problema e la sua soluzione. Sempre di più si apre la necessità di un confronto con altri interlocutori: magistrati, avvocati, familiari dei pazienti.

Essi sono portatori di indiscutibili interessi contrastanti e spesso confliggenti con l'orizzonte d'attesa di chi lavora nei servizi di salute mentale. L'utilizzo della definizione del "Folle Reo" a fronte di storie umane complesse in cui confluiscono elementi di sfortuna, emarginazione, fallimento familiare e sociale, rappresenta ai loro occhi una soluzione elegante e rassicurante. Avviene cioè una immediata e semplice declinazione di significato con conseguente delega dell'indicibile ad uno spazio che non necessita di altra definizione: la follia.

Il folle è per sua natura incomprensibile e lo specialista ne è delegato al trattamento e alla "gestione". Sempre più spesso, per definire luoghi di cura adatte a trattare queste persone, si sentono utilizzare espressioni come "Comunità Contenitive", luoghi dove la cura sarebbe garantita anche dalla difficoltà/impossibilità di sottrarsi ad essa. La volontarietà alla cura viene così "garantita" fino al limite che precede la coazione violenta, in uno sforzo perverso di contenere l'antinomia senza farla esplodere. Un gioco difficile e pericoloso che è lasciato nelle mani sapienti di uno psichiatra che dell'antinomia si fa rappresentazione, esecutore della realizzazione dell'impossibile, di curare chi la cura non la vuole, anche con strumenti che non sempre efficaci, senza violarne il diritto fondamentale all'autodeterminazione. Psichiatra che inevitabilmente finisce per farsi carico della terribile contraddizione dell'antinomia abbandonando l'incapace quando non saprà inibirne le istanze di autodeterminazione e abusando di esso quando invece al fine di imporre la cura ne soggiogherà la volontà.

Mi sovviene l'immagine di un condensatore elettrico capace di caricare un'enorme quantità di energia elettrostatica che trova nello psichiatra l'inevitabile luogo di contatto tra le due piastre che finiscono in sua presenza

per liberare con improvvisa violenza ciò che era trattenuto in modo innaturale da qualche materiale isolante che garantiva l'equilibrio o, come diremmo nel nostro gergo, la dissociazione.

Da questa immagine forse si intravede una strada d'uscita, eliminare l'isolamento cognitivo con cui viene solitamente affrontato questo problema. Interrompere banalizzazioni che non servono a comprendere i problemi e tantomeno a risolverli ma sono solo utili a non far esplodere le contraddizioni rimandandone la fase di scarico ad un altro luogo ed ad un altro tempo.

Il Dialogo tra gli interlocutori può diventare un potente strumento di trasformazione dell'antinomia, immaginare un dialogo intenso, fatto di contraddizioni e fraintendimenti tra magistrati avvocati psichiatri e anche familiari finisce inevitabilmente per costruire una diversa narrazione in cui riemergono con maggiore chiarezza le tematiche che attengono ai modi e luoghi pensati per proteggere l'ordine pubblico e al contempo le strade per assicurare anche a queste persone il costituzionale diritto alla cura.

Un diritto che non è garantito da un luogo specifico ma che deve seguire la persona nei luoghi in cui essa transita nella sua esistenza.

Le desiderate ma irrealizzabili "Comunità Contenitive" vengono così superate da buone cure psichiatriche erogate nei luoghi più indicati per l'individuo ossia le carceri, le REMS, le strutture residenziali, i reparti psichiatrici ospedalieri, i Centri Diurni, i Centri di Salute Mentale o la sua abitazione.

Questa è una narrazione diversa da quella che è stata imposta a seguito dell'approvazione della legge 81 del 2014, diversa perché realmente aumentativa del significato con cui si leggono i fenomeni. Deve essere una rappresentazione della realtà che non possiamo costruire nelle sole nostre aree di interesse, negli abituali luoghi dei nostri incontri e con le sole parole del nostro linguaggio.

Dobbiamo necessariamente contaminarci e contaminare i nostri interlocutori portatori tutti di legittime istanze e saperi.

I Luoghi degli incontri si stanno creando, la conferenza Stato Regioni nel 2022 ha proposto la creazione di un Punto Unico Regionale per la gestione dei Pazienti con Misure di Sicurezza. In Regione Lombardia a Maggio 2023 è stato Istituito questo spazio di confronto con la presenza di personale dei Dipartimenti di Salute Mentale e della Magistratura. Si è riaperta la discussione sui Protocolli firmati dalla DG Welfare con la Corti d'Appello di Milano e Brescia per la gestione condivisa delle procedure di applicazione delle misure di sicurezza per soggetti autori di reato non imputabili per infermità psichica. Esiste un tavolo aperto sulla medicina penitenziaria dove si affrontano tematiche fortemente connesse a patologia psichiatrica e dipendenze.

Recentemente si è concluso un percorso di formazione regionale su queste tematiche in cui erano presenti tra i relatori anche magistrati e familiari (è in programma di raccogliere gli atti di queste giornate e farne un numero speciale della rivista).

Due questioni sono emerse come essenziali per permettere all'antinomia allentare la sua dirompente contraddittorietà la formazione comune e di conseguenza le risorse.

Si comincia con la formazione comune perché è fondamentale costruire uno scenario condiviso di risposta al problema con una definizione di luoghi e modi di cura che siano espressione del compromesso di tutte le istanze presenti. È totalmente inattuabile un progetto di cura fondato su una visione unilaterale del bisogno che non venga supportata in modo coerente da tutte le parti che giocano un ruolo così rilevante nella definizione di tutte le fasi del percorso. Una visione condivisa con magistrati, avvocati e familiari dei concetti di malattia, cura, pericolosità e responsabilità è fondamentale.

In quante occasioni colleghi psichiatri hanno ritenuto

di attribuire una irrilevanza psichiatrica ad un soggetto tramite l'utilizzo del concetto di Disturbo Antisociale di Personalità?

E quante volte avvocati, magistrati o familiari si sono chiesti come si poteva non ritenere di competenza dello psichiatra un soggetto che aveva comportamenti problematici proprio in virtù di quella diagnosi che era regolarmente riportata nel Manuale Diagnostico del professionista?

Non sarà mai possibile stabilire in modo univoco ed indiscutibile quando un comportamento sia totalmente indotto da un disturbo psichiatrico e quando solo in parte, quali siano le cause concorrenti e quale arbitrio abbia avuto la persona nel percorrere il sentiero che lo ha condotto alla commissione di un reato.

È invero necessario costruire una comune cultura che fornisca a tutti gli attori presenti gli strumenti per concordare valutazioni comprensibili, anche se non sempre condivisibili, prevedibili anche se non sempre certe, e che soprattutto permetta di assumere decisioni che siano rispettose e tutelanti per la salute e la sicurezza di tutte le parti coinvolte.

Ed infine c'è il tema delle risorse che, stabilità una comune definizione del bisogno, può permettere una stima più adeguata delle necessità. Definire le risorse significa definire la qualità degli standard di risposta che si potranno offrire e inevitabilmente anche la qualità dei risultati raggiunti. È però necessario concordare i luoghi della cura senza separare in modo indiscriminato la malattia mentale dal tema della detenzione perché il rischio, alla luce della grande prevalenza della patologia mentale in carcere e la possibilità che alcuni possano enfatizzare i sintomi nell'ipotesi di crearsi qualche vantaggio, è quello di creare un sistema alternativo alle carceri di qualità migliore ma così esteso da renderlo del tutto insostenibile dal punto di vista economico. L'investimento sulle carceri in termini di qualità di offerta generale e sulla salute

IN PRIMO PIANO

nello specifico resta dunque un punto imprescindibile nel percorso di confronto con i nostri interlocutori per una narrazione dell'antinomia tra cura e controllo che possa renderla, se non di semplice attuazione, perlomeno declinabile nel contesto del nostro paese in modo realistico, sostenibile, rispettoso e appropriato.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
ASST Lodi*

CORRISPONDENZE:

giancarlo.cerveri@asst-lodi.it



Rimodulazione delle attività riabilitative presso una CRA pubblica: descrizione di un'esperienza sul territorio lomellino

*Figliano G., Verlich M., Quassolo R., Cafè S.,
Boccuni M., Migliarese G.*

ABSTRACT

Il progetto STEP by STEP, avviato nell'ottobre 2021 presso la Comunità Riabilitativa ad Alta Intensità (CRA) di Vigevano, ha integrato un approccio riabilitativo di tipo cognitivo alle consuete attività assistenziali e riabilitative svolte nella struttura e volte a migliorare la vita dei pazienti. Il progetto si è posto da un lato l'obiettivo era di valutare in modo approfondito le funzioni esecutive degli utenti, e dall'altro di formulare piani di training cognitivo personalizzati, sia individuali che di gruppo, utilizzando tecniche come la Terapia Neurocognitiva Integrata (INT) e la Cognitive Remediation Therapy (CRT). Un follow-up a 12 mesi ha valutato l'efficacia dell'intervento sulla sintomatologia clinica, il funzionamento cognitivo e il benessere soggettivo. Il progetto ha coinvolto 14 pazienti ricoverati in struttura tra i 18 e i 50 anni, con un quoziente intellettivo ≥ 75 e almeno 5 anni di scolarità. Le valutazioni iniziali (T₀) e a 12 mesi (T₁) hanno mostrato miglioramenti significativi nelle funzioni attentivo-esecutive, nella memoria visuo-spaziale a lungo termine e nell'accesso al lessico fonologico e semantico. Tuttavia, non si sono riscontrate variazioni significative nella memoria verbale a breve e lungo termine.

Questi risultati evidenziano le potenzialità di un approccio riabilitativo integrato nell'ottimizzazione delle capacità cognitive e del benessere complessivo dei pazienti e suggeriscono di sviluppare tale approccio quale strumento routinario di riabilitazione all'interno delle strutture riabilitative per pazienti con patologie psichiche.

INTRODUZIONE

Entro il 2030, le malattie psichiche sono destinate a diventare la principale causa di disabilità, perdita di produttività e aumento delle spese per i sistemi sanitari. Affrontare questa sfida richiede un cambio di prospettiva e una rapida trasformazione dei risultati della ricerca scientifica in interventi terapeutici efficaci.

La crescente prevalenza delle malattie psichiche richiede pertanto una risposta che riesca a stare al passo dei tempi, coniugando esperienza clinica con approcci innovativi, che la ricerca scientifica ha riconosciuto di provata efficacia.

L'evoluzione del pensiero scientifico nell'ultimo decennio ha evidenziato l'aspetto olistico dei disturbi psichici, trattati non più come patologie isolate del sistema nervoso centrale, bensì come disequilibri di sistemi interconnessi (Ventegodt, S., et al. 2005). Diverse recenti ricerche hanno sottolineato l'importanza di approcci terapeutici che considerino la persona nel suo complesso, concentrandosi sulla connessione tra aspetti come l'asse di risposta allo stress, l'infiammazione, l'immunità, la salute fisica e il microbioma. Tale realtà richiede un approccio terapeutico integrato per affrontare le sfide attuali, concentrandosi sulla globalità del paziente anziché sulla malattia stessa.

Studi dimostrano che gli interventi che considerano il soggetto nel suo complesso portano a maggiori risultati a

lungo termine, maggiore partecipazione e soddisfazione degli utenti (Black D. et al., 2021).

Questi approcci meritano di essere inseriti all'interno di una cornice teorica che sia orientata alla recovery, un processo personale di acquisizione di competenza, responsabilità e cambiamento individuale rispetto ad atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e/o ruoli, nonostante i limiti causati dalle patologie.

Interventi che si focalizzano sul potenziamento delle competenze, la promozione della cognitivà e delle capacità di relazione sociale, insieme a corretti stili di vita, sono elementi chiave per accelerare il cambiamento nelle patologie gravi. Implementare gli interventi finalizzati alla recovery non solo mira alla risoluzione dei deficit, ma si concentra anche sull'interruzione dei circoli viziosi che possono insorgere in un contesto di patologia tendendo a mantenerla.

Nel presente articolo descriveremo una rimodulazione, secondo quanto descritto nell'introduzione, delle attività riabilitative proposte nel contesto di una Comunità Riabilitativa ad Alta intensità (CRA) sita nel territorio lomellino.

LA RIABILITAZIONE RESIDENZIALE NEL TERRITORIO LOMELLINO

La Comunità Riabilitativa ad Alta intensità (CRA) di Vigevano fa parte della Struttura Complessa (SC) Salute Mentale Lomellina, a sua volta afferente al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST di Pavia.

La SC Salute Mentale Lomellina fornisce prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per le patologie psichiche a un bacino di utenza di circa 200.000 persone, sebbene le strutture riabilitative possano rispondere anche ad utenti afferenti ad altre SC extra-territoriali.

La comunità di Vigevano è situata in viale Beatrice d'Este 13/E, collocata al piano terra di un edificio che comprende il Centro Psico-Sociale e parte dei servizi territoriali psichiatrici dell'ASST di Pavia. La struttura è accreditata per la cura e la riabilitazione di 15 persone.

Presso la comunità riabilitativa, grazie a uno specifico

finanziamento di Fondazione Piacenza e Vigevano, si è deciso di dare avvio a un progetto sperimentale mirato a una rimodulazione degli interventi riabilitativi nel trattamento e la riabilitazione delle patologie gravi, facendo riferimento a strumenti validati in letteratura scientifica e valutandone l'impatto nel mondo reale.

Il protocollo sperimentale proposto si definisce come l'inizio di un percorso che punta ad inserire un nuovo approccio riabilitativo all'interno della struttura riabilitativa, agendo al contempo sul personale ad essa afferente, che, grazie allo stesso, ottiene una specifica formazione sul campo.

PREMESSE TEORICHE E SCIENTIFICHE.

Nel vasto panorama della salute mentale, soprattutto negli ultimi anni, la ricerca scientifica ha sviluppato e proposto interventi e procedure al fine di fornire agli utenti percorsi di cura più efficaci e personalizzati.

Numerosi studi hanno rilevato la centralità dei deficit e delle distorsioni cognitive in patologie psichiche gravi quali le psicosi. In questi disturbi la diagnosi tempestiva e il trattamento adeguato di tali alterazioni rimangono sfide significative, la cui centralità è definita dall'importanza del loro trattamento nel modulare la risposta agli interventi clinici e riabilitativi e l'outcome clinico e funzionale. Dalla letteratura scientifica emerge chiaramente che trattare correttamente i deficit cognitivi ha un impatto notevole sulla risposta clinica, sulla prevenzione delle ricadute e sul funzionamento globale dell'individuo, contribuendo così al concetto di recovery. Diverse tecniche e strategie non farmacologiche di stimolazione cognitiva sono state proposte, a livello riabilitativo. Tra gli approcci riconosciuti, il Training Cognitivo (TC) e la Cognitive Remediation Therapy (CRT), hanno dimostrato di promuovere miglioramenti duraturi nelle performance cognitive, soprattutto quando associati a trattamenti farmacologici che hanno un impatto ridotto sulla cognitivà degli utenti, quali i più recenti antipsicotici di seconda e terza generazione. Studi scientifici indicano che l'inclusione di queste tecniche in

programmi riabilitativi articolati, eseguiti a cicli continui, si traduce in un notevole miglioramento del funzionamento globale delle persone affette da schizofrenia ed altri disturbi mentali. Un ulteriore interessante approccio è quello della Terapia Neurocognitiva Integrata (INT) infatti, seguendo i più recenti studi che considerano la schizofrenia un disturbo del neurosviluppo, consente di intervenire sulle aree neuro- e socio-cognitive, che sono le più compromesse. Il programma INT include l'uso di attività assistite dal computer, come il Cog Pack, la cui efficacia sulla neurocognizione è comprovata. La concettualizzazione del modello terapeutico INT si basa su quella dell'IPT (Roder et al., 2008a, 2010) e segue un modello gerarchico che integra interventi mirati al miglioramento delle aree cruciali per il raggiungimento di un livello ottimale di funzionamento psicosociale nei pazienti con schizofrenia. Il metodo INT utilizza un approccio terapeutico di gruppo valorizzando i suoi processi e dinamiche. Nel trattamento delle funzioni cognitive, vengono sempre evidenziati sia i deficit cognitivi che le risorse individuali del paziente. Pertanto, il metodo INT si configura come un approccio terapeutico di gruppo orientato alle risorse, che impiega un ampio spettro di interventi e obiettivi terapeutici.

L'azione tempestiva risulta cruciale, poiché numerosi studi evidenziano che la riabilitazione cognitiva, se avviata precocemente nel corso della malattia, offre benefici più significativi e a lungo termine. Agire all'esordio della malattia, prima che le difficoltà cognitive compromettano la funzionalità scolastica, sociale e lavorativa, diventa quindi un imperativo per massimizzare l'efficacia dell'intervento.

L'approccio personalizzato, basato su una valutazione accurata e l'impiego di tecniche non farmacologiche innovative, rappresenta una strada promettente per migliorare la qualità di vita delle persone affette da disturbi psichici gravi. L'azione tempestiva diventa la chiave per aprire la porta a un futuro in cui la riabilitazione cognitiva diventa parte integrante dei protocolli di cura standard per la salute mentale.

IL PROGETTO STEP BY STEP: DALLA PROGETTAZIONE ALLA REALIZZAZIONE

L'applicazione di innovazioni scientifiche nel panorama della psichiatria territoriale e delle strutture psichiatriche pubbliche è spesso complessa sia per motivazioni pratiche (quali ad esempio la scarsità e a volte l'assenza di specifici investimenti) sia teoriche (quali la difficoltà a trasformare il *modus operandi* dell'equipe in relazione a nuove evidenze emerse nel panorama scientifico nazionale ed internazionale).

Per tale motivo, la SC Salute Mentale Lomellina ha partecipato a un bando di Fondazione Piacenza e Vigevano per ottenere un contributo finalizzato all'introduzione nel contesto della CRA di Vigevano di tecniche di riabilitazione cognitiva. L'attribuzione del finanziamento ha permesso di dare avvio, nel mese di ottobre 2021, al progetto biennale STEP by STEP presso la Comunità Riabilitativa ad Alta intensità (CRA) di Vigevano.

Questo innovativo progetto ha permesso di introdurre all'interno dell'equipe della comunità un neuropsicologo e ha fornito la strumentazione tecnologica (tablet, computer e proiettore) e testistica essenziale per attuare azioni riabilitative mirate.

Il progetto STEP by STEP si è basato su alcuni pilastri fondamentali: valutazione routinaria dell'assetto cognitivo del paziente (da associare alla valutazione già in essere tramite la scala Recovery Star), approccio integrato di stimolazione cognitiva, attività fisica, attenzione alla cura di sé e attenzione all'autonomizzazione e alla soddisfazione dell'utenza. Questi sono aspetti chiave che riflettono il benessere complessivo di chi affronta patologie gravi e l'obiettivo primario è stato quello di implementare il gold-standard terapeutico, già consolidato a livello scientifico, nella pratica quotidiana riabilitativa della SC Salute Mentale Lomellina.

Il progetto STEP by STEP si è proposto diversi obiettivi per migliorare la vita dei pazienti coinvolti; in primo luogo ha introdotto un routinario approfondimento

delle funzioni esecutive, per mezzo di una valutazione cognitiva e test specifici affiancando, alla valutazione cognitiva classica, la batteria MATRICS™ (Consensus Cognitive Battery). Grazie a tali prove è stato possibile indagare l'impatto delle funzioni esecutive sul funzionamento globale di ciascun individuo.

Questo approccio mira a individuare le aree deficitarie e i punti di forza, fornendo una base solida per personalizzare l'intervento e massimizzare i risultati.

Sulla base delle valutazioni, è stato formulato un piano di training cognitivo personalizzato, sia individuale che in attività di gruppo, utilizzando tecniche riconosciute a livello internazionale come INT e CRT.

Per valutare l'efficacia dell'intervento, è stato pianificato un follow-up a 12 mesi, focalizzandosi sull'analisi della sintomatologia clinica, del funzionamento cognitivo e del benessere soggettivo.

Le evidenze scientifiche dimostrano che le difficoltà nelle funzioni esecutive compromettono anche le abilità superiori di Teoria della Mente (ToM), strettamente legate al problem solving e alla metacognizione. Uno degli aspetti chiave del progetto STEP by STEP è stato pertanto mirato al potenziamento simultaneo delle funzioni esecutive e delle abilità di Teoria della Mente (ToM), fondamentali per una vita sociale appagante e per la comprensione, accettazione e gestione della patologia.

Il progetto ha previsto un approccio integrato, incorporando un training cognitivo specifico e l'elaborazione di un piano settimanale con diverse attività psico-educative, sia collettive che individuali. Queste attività sono risultate fondamentali per arricchire l'esperienza riabilitativa e garantire un intervento individualizzato ed efficace, e sono state coerenti con una gran mole di dati in letteratura che confermano il ruolo terapeutico-riabilitativo di un'attività fisica regolare per pazienti con gravi patologie psichiche (Knöchel C. et al., 2012; Brisichella R. et al., 2022).

RISULTATI

Il progetto ha coinvolto n. 14 pazienti compresi tra i 18 e i 50 anni (età media di $\pm 42,8$), con un quoziente intellettivo ≥ 75 , con almeno 5 anni di scolarità ed in assenza di lesioni cerebrali, inseriti presso il CRA di Vigevano e seguiti per almeno 12 mesi a partire dall'inserimento nel protocollo di intervento riabilitativo.

Alla valutazione iniziale è stata somministrata una batteria di test neuropsicologici atti a valutare le funzioni esecutive, l'attenzione sostenuta e divisa, la memoria a breve e lungo termine verbale e visuo-spaziale e l'accesso al lessico semantico e fonologico dei pazienti; la valutazione è stata somministrata prima dell'inizio dei training cognitivi al fine di determinare una baseline di partenza e a 12 mesi rispetto all'inizio dei trattamenti.

Trattandosi di un confronto pre-post su un gruppo di soggetti che hanno effettuato lo stesso trattamento i risultati sono stati ottenuti mediante una serie di t-test a campioni appaiati in cui sono stati confrontati i punteggi ottenuti da un gruppo di pazienti in una serie di test con i punteggi ottenuti nelle medesime prove ri-somministrate dopo un periodo di 12 mesi di training.

La distribuzione per categoria diagnostica evidenziava che nel campione erano rappresentati utenti con:

- psicosi schizofreniche 36% (5 su 14)
- psicosi affettive 36% (5 su 14)
- depressione ricorrente 7% (1 su 14)
- disturbi di personalità 21% (3 su 14)

ANALISI DEI DATI.

Osservando le analisi condotte sui punteggi ottenuti dal campione nel test FAB (Frontal Assessment Battery), utile ad uno screening delle funzioni esecutive, si evidenzia una differenza statisticamente significativa ($t(13) = -3.373$; $p = 0.005$) tra la prima valutazione al T0 ($M = 15.786$) e la seconda valutazione al T1 ($M = 16.786$).

Rispetto alla prova delle matrici attentive, atta a valutare il livello di attenzione sostenuta del soggetto, anche in questo caso si osserva una differenza significativa ($t(13) = -$

4.505; $p < .001$) tra la valutazione a T0 ($M = 38.571$) e la valutazione a T1 ($M = 40.857$).

Per quanto riguarda le abilità di attenzione divisa, misurate con il Trail Making Test A (TMT A), si nota un miglioramento significativo post-trattamento. Il test t ($t(13) = 2.577$; $p = 0.023$), evidenzia una differenza significativa nei punteggi medi tra T0 ($M = 46.286$) e T1 ($M = 40.357$). In questo caso, una media più bassa a T1 rispetto a T0 implica un miglioramento nella velocità di esecuzione del test, segnalando una maggiore efficienza nell'attenzione divisa.

Le capacità di memoria a lungo termine visuo-spaziale mostrano un miglioramento statisticamente significativo sia nella rievocazione immediata ($t(13) = -5.000$; $p < .001$)

sia in quella differita ($t(13) = -3.529$; $p = 0.004$). Le medie dei punteggi nella rievocazione immediata passano da $M = 31.464$ a $M = 32.714$, mentre nella rievocazione differita variano da $M = 19.500$ a $M = 23.071$, indicando un miglioramento della memoria visuo-spaziale dopo il trattamento. Anche nella prova di memoria a breve termine visuo-spaziale (Corsi span) si osserva un miglioramento significativo dal punto di vista statistico con ($t(13) = -2.280$; $p = 0.040$), e con una media che passa da $M = 4.857$ e a $M = 5.143$.

Similmente, le prove di accesso al lessico fonologico mostrano un miglioramento significativo con ($t(13) = -11.319$; $p < .001$), con una media a T0 di 32.143 che aumenta a 35.929 a T1. Anche l'accesso al lessico semantico

Tabella 1. T test a campioni appaiati.

							95% CI for Cohen's d	
Valutazione T0	Valutazione T1	t	df	p	Cohen's d	SE Cohen's d	Lower	Upper
FAB_T0	FAB_T1	-3.373	13	0.005	-0.901	0.241	-1.515	-0.263
MATRICI_T0	MATRICI_T1	-4.505	13	< .001	-1.204	0.059	-1.887	-0.495
TMT_A_T0	TMT_A_T1	2.577	13	0.023	0.689	0.104	0.093	1.264
MLTIM_T0	MLTIM_T1	-1.901	13	0.080	-0.508	0.098	-1.058	0.059
MLTDIF_T0	MLTDIF_T1	-1.681	13	0.117	-0.449	0.159	-0.992	0.110
DIGIT_T0	DIGIT_T1	-1.000	13	0.336	-0.267	0.052	-0.796	0.271
CORSI_T0	CORSI_T1	-2.280	13	0.040	-0.609	0.127	-1.173	-0.027
REY_IM_T0	REY_IM_T1	-5.000	13	< .001	-1.336	0.063	-2.053	-0.593
REY_DIF_T0	REY_DIF_T1	-3.529	13	0.004	-0.943	0.187	-1.566	-0.296
F.FON_T0	F.FON_T1	-11.319	13	< .001	-3.025	0.081	-4.278	-1.753
F.SEM_T0	F.SEM_T1	-7.301	13	< .001	-1.951	0.086	-2.847	-1.031

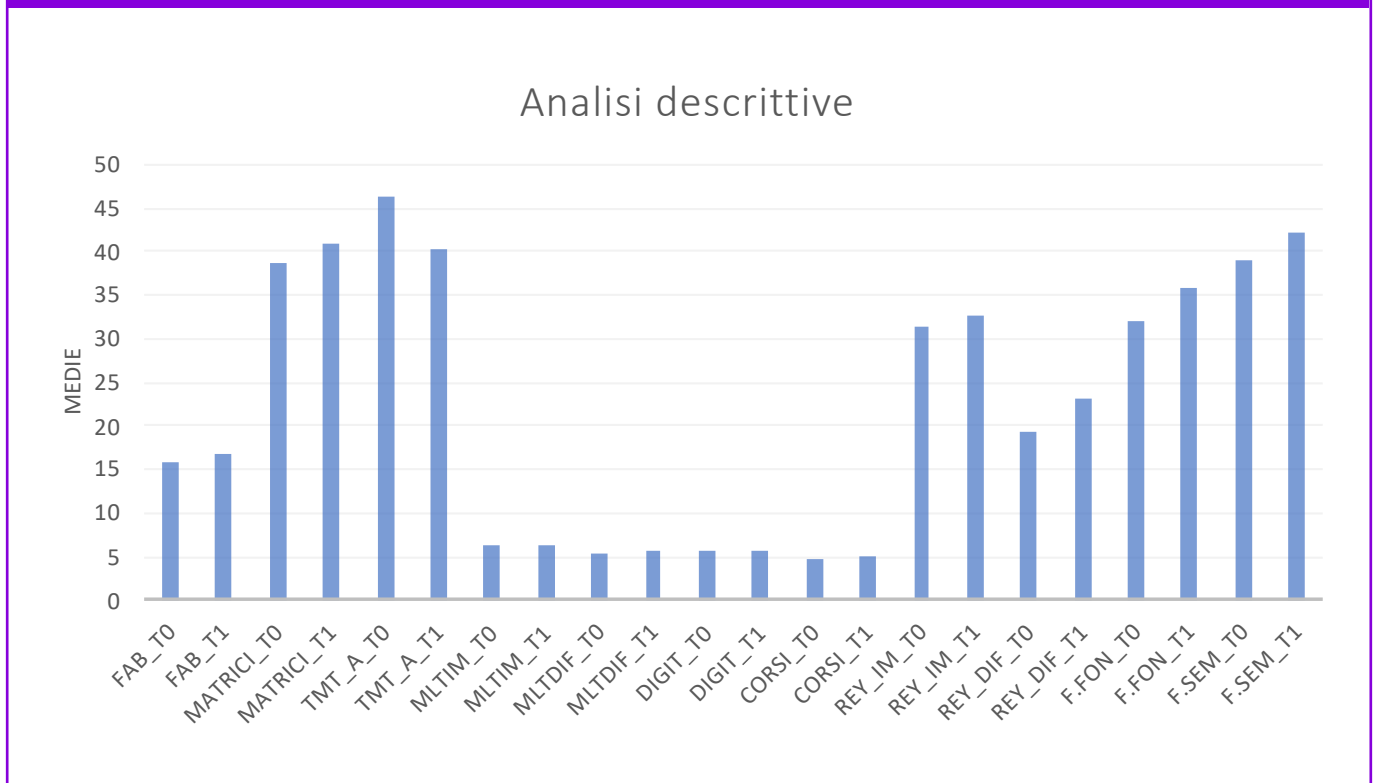
FAB=Frontal assessment battery; TMT=Trail making test; MLTIM=memoria a lungo termine immediata; MLTDIF=memoria a lungo termine differita; REY_IM=figura di Rey rievocazione immediata; REY_DIF=figura di Rey rievocazione differita; F.FON=fluenze fonologiche; F.SEM=fluenze semantiche; T0=tempo zero; T1=tempo uno; t=t di Student; df=gradi di libertà.

Tabella 2. Analisi descrittive

Test NPS	Mean	SD	SE	Coeff. of variation
FAB_T0	15.786	1.369	0.366	0.087
FAB_T1	16.786	1.528	0.408	0.091
MATRICI_T0	38.571	10.286	2.749	0.267
MATRICI_T1	40.857	9.330	2.494	0.228
TMT_A_T0	46.286	24.142	6.452	0.522
TMT_A_T1	40.357	20.537	5.489	0.509
MLTIM_T0	6.236	1.069	0.286	0.171
MLTIM_T1	6.421	1.027	0.274	0.160
MLTDIF_T0	5.457	1.493	0.399	0.274
MLTDIF_T1	5.821	1.234	0.330	0.212
DIGIT_T0	5.571	1.399	0.374	0.251
DIGIT_T1	5.643	1.336	0.357	0.237
CORSI_T0	4.857	1.099	0.294	0.226
CORSI_T1	5.143	0.949	0.254	0.185
REY_IM_T0	31.464	4.830	1.291	0.153
REY_IM_T1	32.714	4.322	1.155	0.132
REY_DIF_T0	19.500	5.582	1.492	0.286
REY_DIF_T1	23.071	6.796	1.816	0.295
F.FON_T0	32.143	9.789	2.616	0.305
F.FON_T1	35.929	9.691	2.590	0.270
F.SEM_T0	39.000	8.512	2.275	0.218
F.SEM_T1	42.286	8.896	2.378	0.210

Test NPS= Test neuropsicologici; FAB=Frontal assessment battery; TMT=Trial making test; MLTIM=memoria a lungo termine immediata; MLTDIF=memoria a lungo termine differita; REY_IM=figura di Rey rievocazione immediata; REY_DIF=figura di Rey rievocazione differita; F.FON=fluenze fonologiche; F.SEM=fluenze semantiche; To=tempo zero; T1=tempo uno; N=numerosità; Mean=media; SD=deviazione standard; SE=errore standard; Coeff. Of Variation=coefficiente di varianza

Istogramma che rappresenta le differenze delle medie a T0 e T1 nelle diverse prove neuropsicologiche.



FAB=Frontal assessment battery; TMT=Trail making test; MLTIM=memoria a lungo termine immediata; MLTDIF=memoria a lungo termine differita; REY_IM=figura di Rey rievocazione immediata; REY_DIF=figura di Rey rievocazione differita; F.FON=fluenze fonologiche; F.SEM=fluenze semantiche; T0=tempo zero; T1=tempo uno.

migliora significativamente, con ($t(13)=-7.301$; $p<.001$), e medie che passano da 39.000 a 42.286. Questi risultati suggeriscono un incremento significativo nell'accesso e recupero delle informazioni fonologiche e semantiche.

Tuttavia, non si osservano modificazioni statisticamente significative nelle prove di memoria a lungo e breve termine verbale (Breve racconto "Sei dicembre" e Digit span).

Nonostante le significatività emerse, la limitata numerosità del campione non ha permesso di ottenere risultati statisticamente robusti e generalizzabili, pertanto tali risultati richiedono conferma attraverso la prosecuzione della progettualità su campioni più ampi.

CONCLUSIONI

La ristrutturazione delle attività riabilitative proposte dalla struttura e rese possibili grazie alla realizzazione del progetto Step by Step è stata ben accolta dagli utenti, anche se inizialmente, l'affluenza ai gruppi e la predisposizione a esercizi cognitivi sono stati sfidanti. Tuttavia, nel corso delle settimane, l'affluenza è cresciuta notevolmente, coinvolgendo tutti i partecipanti.

La riabilitazione cognitiva è stata proposta in gruppo una volta a settimana, mediante esercizi "carta-matita" che stimolavano la memoria a breve termine, l'accesso al lessico di natura semantica e fonologica, le abilità di problem solving, la flessibilità cognitiva e la pianificazione. Parallelamente, sono stati svolti training individuali che i pazienti potevano completare in autonomia, un paio di volte a settimana, utilizzando tablet con programmi di esercizi cognitivi programmati e monitorati dagli operatori.

Nonostante la novità e la difficoltà iniziale di alcuni esercizi, gli utenti si sono presentati motivati, sostenendosi reciprocamente in base ai propri punti di forza e debolezza. Qualitativamente, si è notato un miglioramento nelle prestazioni di ciascun utente, permettendo l'aumento progressivo del livello di difficoltà degli esercizi proposti.

I risultati ottenuti indicano che tali progressi non solo hanno avuto un impatto positivo sulle capacità cognitive dei partecipanti, ma hanno anche contribuito ad un aumento dell'autoestima. I pazienti hanno riferito di sentirsi "più capaci", una percezione che ha facilitato il loro impegno in attività quotidiane con maggiore fiducia. Un esempio significativo è rappresentato dalla redazione di un curriculum vitae, che i pazienti hanno affrontato con minore ansia e insicurezza rispetto al periodo precedente il training.

L'apprezzamento dei benefici del programma è stato ulteriormente confermato durante i colloqui periodici con gli operatori. I pazienti hanno espresso spontaneamente il desiderio di continuare a ricevere esercizi di natura cognitiva, spesso utilizzando strumenti tecnologici come i tablet. Inoltre, la richiesta di proseguire il gruppo di training cognitivo è stata una testimonianza diretta dell'efficacia percepita e del valore aggiunto del programma.

Questi risultati suggeriscono che un approccio strutturato e continuo al training cognitivo può non solo migliorare le capacità cognitive specifiche, ma anche avere un impatto positivo sul benessere psicologico e sull'autoefficacia dei pazienti. La fiducia in sé stessi, rinforzata dai successi ottenuti durante il training, sembra essere un fattore cruciale per l'autonomia e la partecipazione attiva nelle attività quotidiane.

Accanto all'impatto che si è potuto apprezzare a livello dell'utenza, un aspetto fondamentale di tale progettualità è stato l'attivo coinvolgimento e la formazione degli operatori, tra cui medici, educatori, TerP, infermieri ed operatori socio-sanitari.

Agli operatori del CRA è stato proposto un ciclo di interventi finalizzati all'aggiornamento sugli ultimi

sviluppi delle pratiche cliniche per la riabilitazione psichiatrica. Hanno potuto beneficiare di formazioni mirate, che comprendevano anche la supervisione delle revisioni dei progetti individuali. Ciò ha consentito un'adeguata gestione delle criticità riscontrate nei soggetti nel corso del loro percorso riabilitativo.

I gruppi riabilitativi sono stati guidati da 2 o tre operatori di diversa formazione che sono stati coinvolti non solo nell'aspetto organizzativo, ma anche nello svolgimento delle attività in base alle proposte avanzate, garantendo un approccio partecipativo e personalizzato.

Gli operatori hanno partecipato attivamente alle sessioni, offrendo il loro supporto e contribuendo così a creare un ambiente favorevole alla riabilitazione; ciò ha permesso di creare un ambiente partecipativo e formativo, contribuendo in modo tangibile al miglioramento dei percorsi riabilitativi offerti ai pazienti.

L'apprezzamento di tale proposta ha permesso di modificare positivamente il clima dell'equipe.

LIMITI E SVILUPPI FUTURI.

L'esperienza descritta appare, per numerosità del campione in esame, preliminare e merita di essere confermata nel tempo su un numero decisamente più ampio di soggetti. Inoltre, la scarsa numerosità del campione impedisce di effettuare valutazioni relative a quali siano le caratteristiche correlate in modo più significativo al miglioramento clinico. L'assenza di un gruppo di controllo non permette di escludere l'impatto di alcuni fattori specifici nel miglioramento osservato.

La numerosità del campione è inficiata da diverse variabili, connesse anche ai differenti percorsi clinici riabilitativi degli utenti in CRA. Questo ha reso complesso garantire la partecipazione allo studio di tutti gli utenti accolti in CRA in quanto non tutti sono rimasti in struttura per i 12 mesi definiti come periodo di intervento.

Globalmente, anche dal confronto individuale con gli utenti, ci pare però possibile concludere che la riabilitazione cognitiva mirata, inserita routinariamente in

un contesto riabilitativo, migliora le abilità di pianificazione e problem solving e che questo si riflette in una maggior competenza nella gestione delle attività della vita quotidiana e in un secondario aumento dell'auto-stima. I nostri pazienti infatti si sono percepiti come più "prestanti" ed in grado di dipendere sempre meno dal supporto esterno di familiari ed operatori. L'impegno e la motivazione degli utenti hanno contribuito al successo del progetto, evidenziando che, anche in presenza di sfide iniziali, l'approccio integrato e personalizzato può apportare modifiche rilevanti nella qualità della vita di chi partecipa.

Appare pertanto necessaria un'opera continua e graduale di sviluppo di tecniche riabilitative cognitive nelle strutture psichiatriche residenziali, investendo annualmente risorse adeguate nella dotazione strumentale e nella formazione del personale. La difficoltà a finanziare gli aggiornamenti e l'ottimizzazione delle pratiche cliniche limitano la capacità delle strutture riabilitative di utilizzare nella pratica giornaliera strumenti con provati dati di efficacia.

Il progetto STEP by STEP suggerisce che per mettere in moto un processo di cambiamento in ottica innovativa non sono necessari impegni di spesa eccessivi e che i benefici di un investimento in questo ambito sono riscontrabili tanto a livello dell'utenza quanto dell'equipe riabilitativa.

CORRISPONDENZA

giusi_figliano@asst-pavia.it

BIBLIOGRAFIA

1. Alptekin, K., Akvardar, Y., Akdede, B. B. K., Dumlu, K., Işık, D., Pirinçci, F., ... & Kitiş, A. (2005). *Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia?*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 29(2), 239-244.
2. Anthony, W. A. (2008). *Cognitive remediation and psychiatric rehabilitation*.
3. Black, D., Held, M. L., Skeesick, J., & Peters, T. (2021). *Measures evaluating patient satisfaction in integrated health care settings: a systematic review*. Community Mental Health Journal, 57(8), 1464-1477.
4. Brisichella, R., Dalia, M., Favario, F., Myszka, A., & Pastore, M. "Fitwalking, camminata che cura" *Promozione della salute attraverso l'attività fisica nell'ambito del servizio di salute mentale*.
5. Choi J, Medalia A (2005) *Factors associated with a positive response to cognitive remediation in a community psychiatric sample*. Psychiatr Serv 56:602-604
6. Fett, A. K. J., Viechtbauer, W., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). *The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35(3), 573-588.
7. Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). *Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence*. Neuropsychology, 12(3), 426.
8. Kern, R. S., Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Baade, L. E., Fenton, W. S., Gold, J. M., ... & Marder, S. R. (2008). *The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 2: co-norming and standardization*. American Journal of Psychiatry, 165(2), 214-220.
9. Knöchel, C., Oertel-Knöchel, V., O'Dwyer, L., Prvulovic, D., Alves, G., Kollmann, B., & Hampel, H. (2012). *Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients*. Progress in neurobiology, 96(1), 46-68.
10. Ventegodt, S., Andersen, N. J., Neikrug, S., Kandel, I., & Merrick, J. (2005). *Clinical holistic medicine: holistic treatment of mental disorders*. The Scientific World Journal, 5, 427-445.
11. Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). *A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes*. American Journal of Psychiatry, 168(5), 472-485.

Invidia degli dei e delle dee nell'antichità e nell'età moderna

Loi M.

PREMESSA

Riporto qui un brano delle storie di Erodoto: tratta dell'invidia degli dei e del mito greco ad essa connesso, mito che viene ripreso nella "Risposta a Giobbe" (*Answer to Job*) di C. G. Jung.

L'invidia del dio in Erodoto è estrinsecata in maniera diversa da quella citata da Jung: da una parte per i greci è seguita da una punizione, ma generata da un difetto dell'uomo.

In *Answer to Job*, invece, Jung parla dell'invidia di Dio per l'uomo proprio a causa della natura intrinseca umana: Giobbe ha consapevolezza di sé e di Dio e accetta Yahwèh per come egli è.

La modalità invidiosa di Dio mi pare più simile all'invidia che certe madri nate nel secolo scorso hanno avuto nei confronti delle loro figlie, considerandole in qualche modo colpevoli perché hanno raggiunto una maggiore consapevolezza di sé rispetto a loro e hanno difeso i propri diritti.

In tal senso, queste figlie assomigliano maggiormente a Giobbe, accusato e perseguitato solo perché accettante la realtà e consapevole della situazione.

Solo dopo un processo terapeutico le figlie riescono ad essere ancora più coscienti delle dinamiche in cui sono state coinvolte e a liberarsi della sofferenza e del senso di colpa per aver raggiunto una identità non approvata.

Si prenderà il vecchio mito di Policrate citato da Erodoto e lo si metterà a confronto con quanto riportato da Jung.

IL MITO DI POLICRATE

...E mentre Cambise combatteva contro l'Egitto, anche gli spartani fecero una spedizione contro Samo e (contro)

Policrate, figlio di Eace, che dominava Samo dopo aver provocato un'insurrezione.

E in un primo momento, avendo diviso la città in tre parti, la spartì con i fratelli Pantagnoto e Silosonte, ma, successivamente, dopo aver ucciso il primo di loro e cacciato il più giovane Silosonte, si impadronì di tutta Samo.

Ed essendone padrone, instaurò un rapporto di ospitalità con Amasi, il re dell'Egitto, inviandogli doni e ricevendone altri da lui. E in poco tempo la potenza di Policrate crebbe subito e fu celebrata nella Ionia e nel resto della Grecia; dovunque, infatti, si dirigesse per combattere, tutto gli riusciva felicemente. E possedeva cento pentecontori e mille arcieri.

Depredava poi e rapinava tutti non distinguendo nessuno: diceva infatti che all'amico avrebbe fatto cosa più gradita restituendo ciò che aveva preso che non prendendo nulla del tutto.

E aveva conquistato poi parecchie delle isole e anche molte città della terraferma; e tra l'altro, appunto, avendo vinto in una battaglia navale anche i Lesbii, che in massa vennero in soccorso dei Milesii, li catturò, (Lesbii) che, da prigionieri, scavarono tutto il fossato attorno alle mura di Samo.

E d'altra parte ad Amasi non sfuggiva che Policrate aveva grande successo, ma per lui questo era motivo di preoccupazione.

Ma poiché la fortuna diventava per lui ancora molto più grande, avendo scritto le seguenti parole in una lettera (le) inviò a Samo: "Amasi a Policrate dice così. (È) piacevole venire a sapere che è un amico e ospite ha successo, ma a me le tue grandi fortune non piacciono poiché so quanto la divinità è invidiosa.

D'altra parte voglio che sia io, sia le persone che mi stanno a cuore in qualcuna delle situazioni abbiano successo, in qualcuna invece falliscano, e condurre la vita così, trovandomi in situazioni alterne piuttosto che avere fortuna in tutto; infatti, non conosco ancora nessuno per averne sentito parlare che, avendo buona sorte in tutto, alla fine non sia stato stroncato amaramente fin dalle radici.

Tu dunque dando retta a me fai, di fronte ai successi, qualcosa del genere. Pensando a ciò che tu trovi esserti particolarmente caro e per cui, se andasse perduto, tu più che mai soffriresti nell'animo, questo gettalo via cosicché non ritorni più fra gli uomini.

E se ormai, in seguito ciò, i successi a te non capitassero in alternanza con le disgrazie, rimedia nel modo da me suggerito¹.

Policrate, avendo letto queste parole e avendo compreso che Amasi gli suggeriva bene, si chiese per quale degli oggetti preziosi avrebbe sofferto particolarmente nell'animo nel caso in cui fosse andato perduto e chiedendoselo trovò questo.

Egli aveva un sigillo che portava, incastonato nell'oro, di smeraldo ed era opera di Teodoro figlio di Telecle di Samo. Poiché dunque decise di gettar via questo, fece qualcosa del genere: dopo aver fatto equipaggiare una pentecontere, vi si imbarcò e poi ordinò di salpare verso il mare aperto; e quando giunse lontano dall'isola, tolse il sigillo, mentre tutti i compagni di navigazione lo vedevano, lo gettò nel mare.

E avendo fatto questo, si allontanò, e giunto a casa si sentì in disgrazia. Ma al quinto o al sesto giorno dopo questi fatti, gli accade che si verificasse questo.

Un pescatore, avendo preso un pesce grande e bello, ritenne opportuno che esso fosse dato in dono a Policrate.

Portandolo quindi alle porte, disse di voler giungere al cospetto di Policrate, ed essendogli stato possibile questo, consegnando il pesce, disse: "o re, io avendo preso questo non ho ritenuto giusto portarlo al mercato, pur essendo uno che vive del proprio lavoro, ma mi sembrava che fosse degno di te e del tuo potere; a te dunque portandolo lo do".

Ed egli, a rallegratosi per le parole, risponde così: "Hai fatto molto bene e la mia gratitudine doppia, per le parole e per il dono; e ti invitiamo a pranzo".

Il pescatore, dunque, molto orgoglioso di questo, entra

nell'abitazione. E i servi, tagliando il pesce, trovano che nella sua pancia ci stava il sigillo di Policrate; e non appena lo videro e lo presero, lo portarono contenti a Policrate, e consegnandogli il sigillo gli dissero in quale modo fosse stato trovato.

Ed egli, quando gli venne in mente che il fatto era di origine divina, scrive in una lettera quale risultato avevano avuto tutte le cose che lui aveva fatto e, dopo aver scritto, la inviò in Egitto.

E Amasi, dopo aver letto la lettera che gli era arrivata da Policrate, comprese che è impossibile per un uomo allontanare un uomo dalla situazione che è destinata a verificarsi e che non era destinato a finire bene.

Policrate avendo successo in tutto, (lui) che trovava anche le cose che buttava via.

E avendogli inviato un araldo a Samo, Amasi disse di voler sciogliere il vincolo di ospitalità. E a questo scopo fece ciò, per non soffrire lui stesso nell'animo come per un ospite quando una sciagura terribile e grave fosse capitata a Policrate.

Erodoto (Storie, III 39 – 43) così racconta la storia di un uomo cui la fortuna arrideva in modo sfacciato.

Un uomo sprezzante degli altri uomini, addirittura della fratria, che uccide per impadronirsi del regno di Samo e diventarne il tiranno, ma cui tutto accadeva con eccessiva buona sorte.

Amasi, il faraone egiziano di allora, pur non essendo greco, ben conosceva come gli dèi e la loro invidia agissero, e non voleva essere "contagiato" dall'amico e alleato per poi dover patire anch'egli e precipitare nel baratro, come pensava a ragione che sarebbe successo a Policrate.

Vi era infatti la credenza che chi fosse stato troppo fortunato avrebbe goduto di benefici che ne avrebbero aumentato l'importanza, avvicinandolo agli dèi e avrebbe eventualmente influenzato anche chi gli stesse vicino, nel bene e nel male. Sarebbe stato però invidiato dagli dei.

1. Pentecontoro (o pentecontero) s. f. [dal gr. πεντηκονταετία ο πεντηκόντερος (ναῦς) nell'antica Grecia, grossa nave da guerra in uso fino al sec. V a.C.], con cinquanta remi disposti su due lati in un solo ordine.

Così Policrate, cui la fortuna arrideva incondizionatamente, avrebbe rischiato la vita e gli averi ad opera di dei che non lo avrebbero favorito ulteriormente. Essere così fortunato era infatti una sfida alle potenze divine.

Lo *ft'hónos tòn theòn* (φθόνος τῶν θεῶν, l'invidia degli dèi) riporta al concetto e al mito che la divinità è invidiosa e che, per placarla, l'uomo (in questo caso Policrate, nome il cui etimo greco suggerisce le sue caratteristiche: colui che si impadronisce di molte cose) avrebbe dovuto sacrificarsi, perdere quanto di più prezioso avesse per poter essere considerato una persona normale, che quindi può soffrire, al contrario degli dei che dovrebbero essere sempre felici.

Il concetto riporta a una divinità che si abbatte sugli uomini perché sono felici e fortunati, ma che non hanno il diritto di esserlo in maniera smisurata perché ciò è solo appannaggio di un dio.

Attualmente si cerca di rimaneggiare il significato del vocabolo utilizzato da Erodoto, ritenendo che la traduzione abbia anche il significato di “*negare*”, “*vietare*” “*opporsi*” e “*dare un divieto*”, ma il significato non cambia. Il dio, cioè, vieta che un umano e mortale superi certi confini di felicità, ma anche di soddisfazione dei propri desideri. Il dio, così, dà limiti per evitare la cosiddetta “*inflazione*” dell'uomo.

La divinità greca, infatti, punisce chi emerge, chi si distingue per “*grandezza*” e non si adatta a permanere in una dimensione di misura in cui il mortale ha confini che non superano - né ambiscono ad essere - quelli di un Dio.

C'è quindi il pericolo della terribile fine che capita in sorte quando la divinità è “*invidiosa*”.

L'uomo, cioè, fortunato ed emergente perché portatore di quella che potrebbe essere definita come una “*dote*” superiore, rischia di incorrere nelle *ùbris* (ὕβρις), l'eccessivo orgoglio e l'eccessiva sicurezza di sé che lo portano a sfidare la divinità e ad assumere un atteggiamento arrogante che umilia l'Altro, mostrando una superiore forza sulla vittima.

“L'Altro” non è solo un altro uomo, ma il dio che

rischia di essere umiliato perché il fortunato può godere più di lui.

L'eccesso di *ùbris* riporta alla sua conseguenza: la vendetta e il castigo, la *nemesi* (νέμεσις) sono la conseguenza della invidia degli dei che non vogliono che l'uomo assurga a un livello superiore rendendosi esso stesso divino o simile a un dio.

Per questa ragione, gli dei tendono a limitare la smodatezza di chi troppo gioisce della felicità conseguita.

Dunque alla *ὕβρις* corrisponde sempre il saggio ammaestramento divino, attraverso la punizione.

In quest'ultimo contesto si giustifica la possibilità che una divinità invidi l'uomo.

La mitologia greca riporta moltissimi episodi in cui un interlocutore mette in guardia il personaggio che di volta in volta si presta ad essere invidiato dagli dei.

Non solo Amasi mette in guardia Policrate contro il pericolo della terribile fine che capita in sorte quando la divinità è “*invidiosa*”.

Anche Eracle (nell'*Alceste* di Euripide) augura ad Admeto, che gli dei non debbano mai invidiarlo per questa felicità troppo intensa e sentita. La moglie di Admeto, infatti, era morta ed era risorta, rendendo pieno di felicità il marito.

Aracne, troppo orgogliosa di essere molto brava nell'arte della tessitura, viene trasformata in ragno dalla dea Athena; Niobe, che – avendo avuto sette figli e sette figlie – osò vantarsi di essere molto più feconda di Latona (Λητώ, Letò, la madre di Apollo e di Artemide) venne punita: entrambi gli dei uccisero la sua prole. Ormai troppo tardi consapevole di essersi macchiata di uno smisurato orgoglio, chiese di essere trasformata in una roccia.

Marsia, dopo aver raccolto l'Aulos, gettato da Athena perché suonarlo le deformava le gote, si inorgogli talmente del proprio talento nel suonarlo, e si riteneva superiore alle capacità di Apollo stesso, che lo sfidò, ma perse per uno stratagemma di Apollo. Il dio, alla fine, per punirlo della *ùbris*, lo scorticò vivo. “*Quid me mihi detrahis? inquit*”; così ci narra Ovidio); questa la domanda di Marsia ad

Apollo: "Perché mi togli a me stesso?"

La perdita del contenitore che limita il corpo fisico e che definisce i suoi confini, quindi dell'Io e del Sé, è il contraltare per la perdita della propria capacità di controllarsi e di avere una misura nelle cose. Ciò porta alla *ùbris* e alla *nemesis*.

Anche la stessa Niobe viene presa ad esempio di superbia contro gli dei, tanto che Dante (XII Canto del Purgatorio) la cita nella sua Divina Commedia, rileggendo il mito dalle Metamorfosi di Ovidio.

L'invidia degli dei non sussiste soltanto nella cultura greca, ma anche in altre culture e ha origine nelle comunità tribali arcaiche in cui l'eccesso di abilità, o di potenza, o di bellezza è causa di sventura.

In questo caso, l'invidia delle persone o della comunità sociale, viene proiettata sulla divinità che sola, può liberamente macchiarsi del delitto della punizione.

L'eccesso, proprio come nella mitologia greca, viene considerato elemento anomalo e si portatore di bene, ma anche portatore di un male che deve essere annullato. La pena è l'annullamento della persona che supera i limiti e i confini della norma.

Così l'eroe, che eccelle in forza, potenza e sapienza, nella mitologia è sempre colpito da sventure e affanni da parte di un dio che non tollera la sua natura eccezionale: Ulisse è condannato a vagare; Ercole viene caricato di compiti che richiedono una immane fatica; Icaro, geniale creatore, viene precipitato in mare perché si macchia dell'orgoglio di voler giungere fino al sole, privilegio riservato soltanto agli dei.

L'eroe è a volte un semidio, ma avendo spesso almeno uno dei genitori umano, diventa appartenente alla specie inferiore e non divina; pur essendo anche sacro, e perciò teoricamente intoccabile, è dunque destinato al sacrificio perché è un ibrido non puro.

Potendo avere un'origine divina o semidivina, è *sia*

nobile, sia maledetto e quindi il dio lo può danneggiare, mortificare, umiliare, sacrificare.

La divinità, infatti, non permette ad alcuno di crearsi sogni di grandezza. Solo il dio può essere grande.

Al peccato di *ùbris* che ha come conseguenza l'invidia degli dei, si è poi contrapposto (vd Platone -fine quinto/ metà quarto secolo a.C. e poi Aristotele 384-322 a.C.) il concetto di *medietà*, una virtù per la quale *in medio stat virtus*: la virtù sta in mezzo perché priva di eccessi.

Così l'uomo, stando in uno stato medio, evita di incorrere in castighi e punizioni.

Il castigo divino, in ogni caso, per Erodoto non è mai fine a sé stesso e deve avere un significato esemplare per i mortali: grandi sono le punizioni divine per le colpe altrettanto grandi (II, 120).

Ancora prima della cultura greca (Erodoto è del quinto secolo avanti Cristo) era già stata segnalata l'invidia di Dio nel Pentateuco ² (VII sec a. C.); in esso Dio, dopo aver dettato le tavole della legge a Mosè, gli ingiunge *Non ti prosternerai davanti a questi idoli, né li servirai perché io sono infatti il signore Dio tuo e io sono un Dio zelōtēs*, un dio geloso.

Per complicare l'esistenza dell'uomo colpito dal divieto, accade che egli non capisca quale condotta dovrà attuare per salvarsi dall'ira divina; talvolta la intende solo dopo che la disgrazia l'abbia colpito, oppure imparando, o facendo propria, l'esperienza dolorosa attraversata da altri.

Così accade in Eschilo, che mostra come le azioni delle divinità sugli uomini non sono prodotte da semplice invidia, ma sono conseguenze edificanti di una colpa umana poiché gli dèi sono assoluti garanti di giustizia e di ripristino dell'ordine.

Dunque, alla *ὕβρις* corrisponde sempre il saggio ammaestramento divino, attraverso la punizione.

Giustizia (*δίκη*), insomma, è la legge che gli dèi impongono al mondo e che spiega la casualità degli avvenimenti,

2. Denominazione della prima parte della Bibbia, che nella versione greca detta dei LXX è divisa in cinque libri, designati con i nomi di Genesi, Esodo, Levitico, Numeri, Deuteronomio. Si riteneva che fosse stata scritta da Mosè

apparentemente inesplicabile, regolando con bilance esattissime la colpa e la punizione, rivelandosi allora come un immanente ingranaggio che non lascia scampo a chi si è macchiato di una colpa o a chi ne "eredita" una, commessa dai propri antenati.

Eschilo mantiene, infatti, l'antica idea che la condanna del delitto travalichi la colpa immediata dell'individuo che l'ha commessa, propagando la responsabilità dell'accaduto sull'intera stirpe: così, anche la vittima incolpevole si lega al male ed è costretta a commettere a sua volta una colpa, di cui comunque si rivela cosciente e perciò consapevole e responsabile, seppure dietro lo schermo della *necessità*.

Alla luce della funzione edificante della punizione è chiaro che attraverso il dolore l'essere umano matura la propria conoscenza (πάθει μάθος): si rende cioè conto, scontando la propria pena, dell'esistenza di un ordine perfetto e immutabile che regge il suo mondo.

L'INVIDIA NELLA PSICOANALISI JUNGHIANA

Anche la psicologia e la psicoanalisi si sono interessate al tema dell' "invidia degli dèi" rapportandola all'argomento più generale dell'invidia. Lo psicoanalista junghiano Aldo Carotenuto ha osservato che «*L'invidia è la grande antagonista della creatività.*» e che gli eroi greci come Prometeo sono colpiti dall'invidia divina perché sono personaggi eccezionali, creativi «*che per poter esprimere le loro idee si sono dovute scontrare con l'invidia altrui e con la solitudine*» soggettiva.

Il castigo inflitto dalla divinità, comunque, non è mai fine a sé stesso nelle Storie di Erodoto, ma deve invece servire come ammonimento per i mortali che assistono al castigo. Per Erodoto, ad esempio, la rovina di Troia sana la colpa di Paride, affinché sia chiaro a tutti che «*grandi sono le punizioni divine per le gravi colpe*» (II, 120).

In altro senso è l'invidia che Jung riporta nel comportamento e nello stato d'animo di Dio nei confronti

di Giobbe: nella "Risposta a Giobbe"³ ci dà un'altra immagine del Dio.

Nel suo saggio, già da subito, a proposito di modalità "smodata" con cui si propone Yahwèh, Jung sostiene che chi è esagerato non è un essere umano, ma Yahwèh stesso, «*Dio smodato nelle sue emozioni e che appunto soffriva di questa smodatezza*».

È un Dio che avrebbe dovuto cominciare di fronte a sé stesso a sentirsi «*roso dall'ira e dalla gelosia e che il saperlo per lui era un tormento*».

Lo stesso Jung dice che esistevano in lui «*contemporaneamente ponderatezza e sconsideratezza, bontà e crudeltà, energia creatrice e volontà di distruzione*».

Jung parla di questo stato divino che può essere definito soltanto come «*amorale*», in una visione della «*selvatichezza e perversità divina*».

È un Dio che, dice Jung, si concede all'emozione e soggiace alla propria violenza «*Meglio che liberarsene a mezzo di una qualsiasi operazione intellettuale o di movimenti di fuga dettati dal sentimento*».

È un Dio che, quindi, non si controlla e cerca di perseguire lo scopo di «*penetrare a forza nell'uomo che deve soggiacere alla sua azione*».

L'importante è capire perché, o a che scopo, Giobbe sia stato ferito e a quali conseguenze questo avvenimento abbia portato sia per Dio che per gli uomini.

Qui Giobbe non è l'uomo affetto da ubris, ma, al contrario, «*un verme umano mezzo calpestato che striscia nella polvere*». È un uomo che, al contrario degli umani dei miti greci, che si erano macchiati di qualche nefandezza, non ha fatto assolutamente nulla per essere colpito e fatto oggetto di violenza.

Potrebbe protestare la propria innocenza, ma, anche terrorizzato dalla violenza, non può chiedere che cosa Egli faccia perché Yahwèh «*moltiplicherebbe le sue piaghe*».

A questo punto, privato di ogni suo diritto, avvilluppato nella rete divina, dichiara che non rinuncerà alla

3. C. G. Jung – Risposta a Giobbe (N° 6) - Opere – Psicologia e religione – Vol. 11° - ed Boringhieri, Torino 1979

propria integrità fino alla morte: *“mi terrò saldo nella mia giustizia senza cedere”*.

Giobbe sa che, come per gli dei degli antichi, *“l’arbitrio divino travisa la legge”*. Sebbene non riesca a sopportare queste modalità di infrangere la legge, non può rinunciare alla fede nella giustizia divina, anche se riconosce che è proprio Dio e nessuno altro *“a usargli ingiustizia e violenza”*.

Dio, come gli dei degli antichi, non si preoccupa di alcun giudizio morale e *“non accetta che alcuna etica rappresenti per lui una limitazione o l’impegno”*.

Tuttavia Giobbe non perde la fiducia in Dio, ma *“si accorge”* dell’identità di Dio e ciò sconcerta Yahwèh perché Egli è palesemente in contraddizione con sé stesso.

Yahwèh si trova in una posizione contraddittoria, quella che Jung definisce *“antinomia”*: è sia distruttore e persecutore, ma anche, e contemporaneamente, soccorritore e difensore dell’essere umano.

Si è detto che Dio, anche per questo, è *“amorale”*, ha una natura gelosa, ma anche sensibile: quindi crea un rapporto speciale tra sé e gli esseri umani.

A differenza di Giove, che in fondo lascia gli esseri umani liberi di vivere in un mondo che scorra, basta che non sia un mondo caotico, Yahwèh aveva bisogno di un rapporto personale con gli uomini: questo bisogno era talmente intenso che ha scelto il proprio popolo, quello ebreo.

Con questo popolo aveva fatto un patto e lo ha violato, ma Giobbe non poteva protestare perché la moralità del suo interlocutore rischiava di essere superiore al suo potere divino e quindi sprofondarlo.

Yahwèh è dunque giustizia assoluta e il suo contrario.

Non apprezza i pensieri critici dell’uomo cosciente, ma ne ha bisogno. Ciò anche perché, passando da una furia distruttiva alla solitudine infernale, rischia di avere nostalgia dell’uomo e dunque gli mostra anche tutta la sua parte amorevole e la sua bontà infinita.

D’altro canto, Yahwèh si è fatto influenzare da uno dei suoi figli, Satana, che gli ha instillato il *“dubbio”*.

Satana lo porta a dubitare della fedeltà di Giobbe che deve dare prova di resistenza morale, anche se in fondo Yahwèh è convinto della sua fedeltà.

Qui sta il dilemma che ci mostra Jung: forse Yahwèh ha ceduto a Satana perché ha una sorta di *“resistenza”* contro Giobbe. Giobbe ha qualcosa che Dio non ha se non in termini di onniscienza: la consapevolezza di sé e dell’altro.

Su Giobbe, Jung parla di *“coscienza più acuta grazie alla sua capacità di autoriflessione”*. Deve infatti rimanere sempre cosciente della propria impotenza nei confronti di Dio onnipotente.

Forse per questo, Dio è geloso e invidioso di questa consapevolezza dei propri limiti, della bontà di Giobbe e della sua pace morale.

Per privarlo anche di questa pace, scatena contro di lui sua moglie e i suoi amici, gli rifiuta i diritti lasciando Satana libero di *“giocare”* con Giobbe.

Giobbe non ha una colpa: continua a ritenere che Dio sia *“morale”*, nonostante compia una serie di atti non morali e non ammette che *“all’essere umano sia concesso di nutrire un’opinione sul suo conto e specialmente che gli sia concesso di accedere a una comprensione che a lui manca”*.

Giobbe, dunque, continua ad avere fede, ha un pensiero proprio su Dio e non cede al dubbio che Satana instilla.

Ma il fatto che gli uomini siano in grado di pensare e per di più sul suo conto, irrita Dio che vorrebbe impedirlo in qualche maniera.

Questa è l’invidia che Dio prova nei confronti di Giobbe: invidia per la consapevolezza dei propri limiti, per la consapevolezza dell’identità di Dio e per la sua accettazione *“senza resistenza”*.

Questa accettazione è comunque accompagnata dal terrore di Giobbe nei confronti di Dio perché sembra che quest’ultimo sia in uno stato vicino *“all’animalità e alla natura”*.

L’uomo diventa *“giudice della divinità”*: la qualità della natura di Dio si è resa manifesta; il rischio era quello che tale elemento fosse rivelato agli uomini.

Di là degli sviluppi nel libro di Giobbe e nella “Risposta a Giobbe”, una risposta ambivalente, contraddittoria, libera di spaziare onnipotentemente come il Dio meglio crede, Dio si avvicina alla Sofia, dea madre che sta in comunione di vita con Dio, dea madre che dà luogo a una nuova creazione in cui lo stesso Dio muta la propria anima.

E dopo aver attraversato una fase di conoscenza e sperimentazione della propria ombra, che Dio tende a proiettare su Giobbe, ma che costituisce una sua parte incosciente, la creazione attraverso la Sofia riesce a far riscattare l'uomo, sia nel senso generale di essere umano, sia nel senso più particolare del servo di Dio, Giobbe.

Così, paradossalmente, anche Giobbe alla fine vien elevato al ruolo di prediletto e amato.

Satana verrà precipitato nell'abisso perché attraverso la Sofia vi è un superamento della propria condizione e un processo di individuazione nel quale Dio rinuncia agli aspetti della propria ombra e si fa uomo.

Ci sarà bisogno di ulteriore elaborazione che emergerà nei Vangeli per dimostrare il raggiungimento della nuova identità.

Questa, d'altra parte, ritorna ancora in un punto. Dio ucciderà il proprio figlio che si sacrificherà per il genere umano, ma avendo una natura umana e divina riuscirà a utilizzare quest'ultima per sfuggire all'annientamento totale.

Anche Cristo appare come mediatore perché si interpone fra l'uomo e Dio, ma riesce ad essere più su un piano divino che non su quello umano.

Il paradosso, sia per Cristo sia per Giobbe, è che entrambi chiedono aiuto a Dio contro Dio.

L'INVIDIA NEL MATERNO

Questa modalità di apparire e di porsi se nella Bibbia e dei Vangeli costituisce un elemento che fa parte del sacro, nella vita psichica e nell'ambito sociale e storico degli ultimi cinquant'anni costituisce un reale paradosso.

Questa volta non si tratta più di dei maschi, ma di dee femmine, o, come tali vissute dalle figlie.

Storicamente, negli ultimi settanta - ottant'anni sono avvenuti mutamenti tali nell'identità femminile che, sebbene i protagonisti della vicenda Giobbe e Policrate siano maschi, negli ultimi periodi questa invidia si è manifestata soprattutto nella donna verso la donna.

Il cambio di identità del femminile dal dopoguerra ad oggi è stato emblematico.

Durante una psicoterapia, molto spesso si ritrova la sofferenza di donne che si rendono conto soltanto dopo molto tempo di essere state oggetto di invidia antinomica della propria madre alla quale si erano invece abbandonate con fiducia.

Mi capita spesso di seguire donne che durante l'infanzia hanno avuto una relazione con la propria madre di adorazione, rispetto, attesa di approvazione e di stima.

È stata per loro un'attesa di essere capite e comprese empaticamente, l'attesa di essere accettate e valorizzate.

Si sono accorte con stupore, oltre che con dolore, che le loro madri non solo non le avevano capite, ma che, anzi, le invidiavano per la posizione sociale, per il cambio di identità, per le lotte che le donne hanno fatto per ottenerla, per la loro autocritica e per la consapevolezza dei propri limiti e la volontà di superarli.

Le donne nate nella prima metà del ventesimo secolo erano donne con un'identità femminile orientata all'accudimento dei figli, alla moltiplicazione della specie, alla cura della casa. Erano autoidentificate in una posizione di dipendenza dal maschio, spesso di sudditanza.

Hanno messo al mondo una generazione di donne che, anche giocoforza, stanti le difficoltà sociali ed economiche e il bisogno di modificare uno status, hanno dovuto conquistarsi spazi di conoscenza diversi, un ampliamento della socializzazione e hanno attuato uno spostamento nel mondo con un movimento all'esterno.

Hanno combattuto per affermare la propria identità personale e lavorativa al di là di quella che semplicemente faceva capo all'economia domestica e alla continuazione della specie.

Pur avendo attraversato fatiche e umiliazioni non

indifferenti, e pur vivendole tuttora, sono riuscite a conquistare spazi e luoghi – non solo fisici, ma anche mentali – pertinenti il genere maschile.

Sappiamo tutti che la conquista non è stata totale e che ci sono ancora battaglie da affrontare.

In Italia, per esempio, il problema dei femminicidi è molto rilevante e sta aumentando. Qui il maschio, che si fa Dio, punisce la donna per il suo pensiero autonomo: vi è cioè una separazione psicologica femminile che l'uomo non riesce a tollerare se non passando all'atto aggressivo del femminicidio. Per l'uomo, la punizione per chi pensa per sé differenziandosi dall'Altro è l'annientamento. Ma questo è un altro tema.

Ritornando all'invidia materna, la coscienza di sé delle donne attualmente è molto diversa da quella delle loro madri.

Accade quindi che donne che si erano affidate fiduciose alle madri o alla propria figura materna, si accorgano di averne ricavato un senso di insicurezza e destabilizzazione: si sentono "invidiate" perché hanno uno stato di autoconsapevolezza maggiore rispetto alle loro madri che, nate nella prima parte dello scorso secolo, in generale non avevano.

Per questo le madri si sono distanziate dalle figlie lasciandole da sole, in qualche modo non facilitando il loro processo di autonomia.

Il movimento di distanziamento delle madri nate nella prima parte del Novecento - che è spesso un netto movimento aggressivo accompagnato da una sorta di deprezzamento o talora di aggressività nei confronti della figlie autonome - è per lo più inconsapevole. Deriva dall'incapacità di supportare o di sopportare la maggiore indipendenza di figlie che si distaccano dal cliché comune e arcaico.

Il dubbio delle figlie è credere o no alla madre invidiosa che non solo ricalca le matrigne delle fiabe, Biancaneve o Cenerentola, ma riposta anche alla Grande Madre. Il comportamento o l'atteggiamento di queste donne sembra si situi in una dimensione intermedia fra la punizione degli dei che punivano la *ùbris* e la violenza

distruittiva di Dio che ha colpito Giobbe con le sciagure più atroci al solo scopo di dimostrare la propria onnipotenza superiore.

Ricordo una mia paziente, abusata dal nonno fino a quando aveva cinque anni. Se ne è liberata da sola (tra l'altro in un bosco come Cappuccetto Rosso), dicendogli "Adesso basta!".

Il nonno ha continuato ad abusare e lo ha fatto con il fratello minore della bambina che, meno capace di difendersi, è stato abusato per molti anni, diventando poi psicotico.

La madre era una donna/dea molto benestante, al centro della casa e della famiglia, ma poco in grado di comprendere la mente dei figli con una reale capacità empatica.

Quando ha saputo degli abusi sulla figlia, ormai quasi adulta, è riuscita solo a dirle che in fondo il fratello era stato abusato più seriamente e lei meno e per meno tempo.

La ragazza è ormai una donna di 45 anni, ma la madre ha continuato a criticarla non ammettendo che questa avesse potuto da sola difendersi e poi condurre una vita di successo e di apparente soddisfazione.

Soltanto con un lavoro introspettivo, la paziente è riuscita a capire che gli attacchi materni erano ascrivibili alla mancanza di empatia e all'invidia inconsapevole per le capacità della figlia. È riuscita così a perdonarla e a rappacificarsi con lei.

La maggiore consapevolezza di sé e delle donne di quest'epoca, che sono anche però deluse dei risultati ottenuti dopo che urlavano a squarciagola i propri diritti negli anni 70, è dunque vissuta dalle madri della prima metà del secolo scorso come un peccato di *ùbris* e di onnipotenza saccente su un quadro identitario che alle madri era completamente estraneo.

Per dovere, dovevano supportare le figlie, ma per istinto, se ne allontanavano rifiutando una posizione che percepivano estranea a sé.

D'altro canto, la curiosità e il desiderio di essere come le loro figlie faceva sentire queste donne colpevoli delle proprie limitazioni. Si liberavano della loro rabbia

colpevolizzata attaccandole per sperimentare quanto le giovani si si sentissero e fossero capaci di mantenere la propria posizione anche perché non erano in grado di condividere il loro stato d'animo.

Ecco perché si proponevano come dee - forse anche grandi madri - cui le figlie si dovevano appoggiare, inizialmente non consapevoli del vissuto materno.

In questo senso oggi molte donne giungono in terapia con un assetto stupito, deluso, demoralizzato rispetto all'investimento che hanno fatto su una figura materna, dapprima ritenuta una grandiosa dea onnipotente e protettiva, poi vissuta come deludente e percepita come malevola.

AFFERENZA DELL' AUTORE

Dottore in Medicina e Chirurgia

Specialista in Psichiatria - Psicoterapeuta - albo N° 551

Consulente Tecnico del Tribunale di Milano - N° 8819

CORRISPONDENZA

giusi_figliano@asst-pavia.it

BIBLIOGRAFIA

1. C. G. Jung – *Risposta a Giobbe* (N° 6) - Opere –
Psicologia e religione – Vol. I I° - ed Boringhieri,
Torino 1979
2. Erodoto (Storie, III 39 – 43)

“Qua la zampa Estell”

*Esperienza innovativa di Educazione
Assistita dall'Animale come integrazione
e collaborazione tra servizi*

*Luchetta G.A. *, Collodello S. *, Durbano F.°*

ABSTRACT

In questo lavoro si andrà ad esporre un'indagine qualitativa di una particolare esperienza di gruppo sugli Interventi Assistiti dagli Animali presente all'interno del progetto pilota (S.C. e G.A.L., 2023) attivato nel novembre 2019 presso il DSMD della ASST Melegnano e Martesana e rivolto all'utenza giovane. Il gruppo è stato ideato e attuato dal marzo al giugno 2023 e si è trattato di un percorso di Educazione Assistita dall'Animale con gli stessi criteri di progettazione e composizione dell'equipe utilizzati nei precedenti percorsi di gruppo dell'intero progetto pilota: innovativa l'ottica di collaborazione e di facilitazione dei passaggi dei percorsi di cura individuali tra la UONPIA e il CPS. La composizione del gruppo è stata pensata su una fascia di età dai 16 ai 21 anni, cercando di coinvolgere giovani utenti con caratteristiche di personalità affini e che stavano affrontando stesse o simili esperienze di vita nonostante le differenti psicopatologie. L'intervento è stato proposto a 3 utenti di 16 anni del servizio NPIA di Gorgonzola e 6 utenti dai 18 ai 21 anni del servizio CPS di Gorgonzola, mentre l'indagine è stata condotta con 2 utenti della NPIA e 4 del CPS, di cui un drop out dopo il primo incontro di presentazione del gruppo. Per le caratteristiche peculiari di forte chiusura e ritiro sociale della tipologia di utenza coinvolta è stato selezionato e coinvolto come facilitatore il cane labrador Estell, differente dai precedenti soggetti per elevate caratteristiche di coinvolgibilità e socievolezza più spiccate. Gli obiettivi individuati per questa indagine sono: la valutazione degli esiti di efficacia dell'intervento di IAA e la verifica della

corrispondenza tra i risultati emersi dagli strumenti di osservazione, valutazione e monitoraggio ed il percepito da parte dell'utenza, raccolto tramite questionario autosomministrato. Al fine della valutazione degli esiti per questa indagine sono stati raccolti e monitorati i parametri utilizzati anche per le altre esperienze comprese nel progetto pilota di IAA, ma di questi ne sono stati selezionati solo alcuni appartenenti all'area delle emozioni ed a quella della coinvolgibilità.

INTRODUZIONE

Gli Interventi assistiti con gli animali (IAA) sono a tutti gli effetti progetti finalizzati a migliorare la salute e il benessere delle persone con il coinvolgimento di animali da compagnia. È già conosciuto l'effetto benefico dell'animale per la società e la sua capacità di agire come catalizzatore sociale (Connors, 2023), ma la relazione con l'animale può svolgere anche un importante ruolo di mediatore nei processi terapeutico-riabilitativi ed educativi (Ba, 2003). Tra le tre tipologie di intervento: TAA - Terapia Assistita dagli Animali; EAA - Educazione Assistita dagli Animali, e AAA - Attività Assistenti dagli Animali, è stato scelto di proporre un percorso di EAA in quanto la formazione dei conduttori rientrava in modo uniforme tra i criteri delle Linee Guida sugli IAA, infatti l'esperienza presentata è stata caratterizzata da interventi educativi e riabilitativi strutturati e misurati a tutti gli effetti (Cocco, 2018). L'intervento è stato indirizzato alla giovane utenza afferente al Progetto Innovativo TR105 “Prevenzione e presa in carico precoce dell'esordio psichiatrico” per il CPS e ad adolescenti per il servizio di NPIA di Gorgonzola del DSMD (Percudani, 2003), e sono state seguite le indicazioni ministeriali relative agli indicatori di monitoraggio (Ministero della Salute, 2019). È stato scelto di individuare un gruppo di giovani utenti anche alla luce dei positivi riscontri derivati dalla letteratura per questo target di età (Eaton, 2016). La conduzione ha visto coinvolte due degli autori (S.C. e G.A.L.), entrambe Tecnici della riabilitazione psichiatrica

certificati ed abilitati all'erogazione di Interventi Assistiti dall'Animale, nel ruolo di Responsabile di progetto, Referente di Intervento e Coadiutore del cane. Estell il cane protagonista è stata certificata e valutata idonea da un medico veterinario esperto in comportamento e in IAA (Ministero della Salute, 2015).

OBIETTIVI E METODOLOGIA

Il campione dell'indagine è composto da 5 giovani, omogeneo per sesso (F) ed eterogeneo per psicopatologia, tutto caratterizzato da un forte ritiro sociale e "bloccato" rispetto alle proprie scelte future formative e lavorative. Il percorso ha avuto una durata di 9 incontri effettivi (programmati 10) di 60 minuti ciascuno, suddivisi in 40/45 minuti di attività referenziale e 20/15 minuti di interazione diretta con il cane mediata sempre dal coadiutore. Il coadiutore è una figura che affianca l'animale in seduta di IAA e ne osserva gli stati d'animo, aiutando l'utente a comunicare efficacemente con l'animale e facendo da tramite per l'iterazione (Ministero della Salute, 2015).

L'Attività di EAA è stata svolta secondo l'approccio cognitivo-zooantropologico (Marchesini, 2004; Marchesini, 2007), seguendo le indicazioni manualizzate (Marchesini, 2015) e concordando con i partecipanti i seguenti obiettivi terapeutici: incremento dell'autoestima e dell'autodeterminazione attraverso la sperimentazione di situazioni circoscritte al prendersi cura di sé e degli altri; riduzione dei livelli d'ansia; promozione di stati di rilassatezza; infine il piacere di riuscire a distrarsi dalla monotonia e dal vuoto caratterizzato dalla chiusura sociale. Nello specifico è stato ricercato uno spazio di relazione che potesse focalizzare l'attenzione clinica e riabilitativa sulle abilità molto carenti di risocializzazione delle partecipanti lasciando un forte ruolo di mediatore e facilitatore al cane nella comunicazione con l'altro finalizzate alla condivisione.

L'approccio cognitivo zooantropologico negli Interventi Assistiti dagli Animali è un approccio che considera il cane un soggetto dotato di una mente propria di cui il

comportamento e l'apprendimento non è frutto di un condizionamento, ma è il risultato di esperienze vissute e dalle sue individuali e personali attività mentali. Il cane è in grado di ricordare, riflettere, fare esperienze e proiettarsi nel futuro. Questo modello teorico prevede la possibilità di lavorare in relazione con l'animale e poter attivare e ricercare diverse dimensioni di relazione che rappresentano piani di confronto con l'animale. Diversi sono i livelli di interazione con il pet, per esempio il dialogo come scambio diretto tra fruitore e pet o lo scambio a doppio flusso. Utilizzando i livelli di interazione è possibile lavorare raggiungendo bisogni ed obiettivi più specifici e dettagliati (Marchesini, 2004; Marchesini, 2007). In questa esperienza di gruppo EAA in particolare sono state ricercate le dimensioni affettivo-epimeletica ed edonico-distraente, individuando i seguenti obiettivi specifici:

- favorire il rilassamento e il distacco dalle situazioni contingenti;
- lavorare sui sensi;
- abbassare l'arousal, diminuendo gli stati di ansia;
- distrarsi, sperimentando situazioni nuove e provare nuove motivazioni e gratificazioni;
- sviluppo dell'autoefficacia attraverso il sentirsi utili per qualcuno, sentire che qualcuno ha bisogno di noi e sentire che il proprio operato viene apprezzato;
- sviluppo delle abilità nell'area della cura: imparare a prendersi cura di sé e degli altri, degli spazi ed assumersi le responsabilità.

Le attività proposte agli utenti hanno seguito una propedeuticità tale da permettere una conoscenza base tra cane e fruitore, inoltre per questa tipologia di intervento è previsto che il cane e l'utente abbiano il tempo necessario per conoscersi reciprocamente e fare insieme delle attività semplici che permettano di costruire un rapporto di fiducia reciproca, tale da poter affrontare successivamente attività più complesse come per esempio un percorso di mobility (Marchesini, 2015).

Come per tutti i precedenti gruppi afferenti al progetto pilota l'equipe ha compilato al termine di ogni seduta

delle schede di monitoraggio relative all'area delle Emozioni, Attenzione e Coinvolgibilità per utente. Ulteriore strumento, da sempre utilizzato in queste attività, è stato un questionario autosomministrato per indagare in To e T1 le rispettive aree delle schede di monitoraggio e verificare il percepito dell'utenza e poterlo quindi confrontare con i dati raccolti dagli operatori. Il questionario è stato creato per lo studio di tesi *"CONOSCERE UN CANE PER CONOSCERE SÉ STESSI: un percorso di Attività Assistita dall'Animale dedicato ad un gruppo eterogeneo di utenti in età di esordio psichiatrico"* di una delle autrici (G.A.L., 2020). Vista la breve tempistica necessaria per la compilazione e un buon allineamento con le schede di monitoraggio delle IAA è stato deciso di riutilizzarlo. Ogni seduta, come da indicazione del veterinario e delle Linee Guida, è stata videoregistrata (Ministero della Salute, 2015). La seduta n. 9 non è stata svolta in quanto all'ultimo le partecipanti non si sono presentate, avvisando solo parzialmente. Si può comunque osservare un incremento graduale e significativo per ognuno delle 5 utenti che hanno partecipato e goduto dell'intero intervento.

RISULTATI

In tutti gli utenti si è potuto osservare un aumento delle emozioni positive, sia relative al comportamento espresso ad inizio seduta che a quello manifestato al termine, sia rispetto all'andamento dell'intero percorso. Si può osservare nella *tabella 1* come fin dall'inizio del percorso alcuni punteggi risultano molto bassi, i dati mostrano infatti la forte chiusura e il ritiro delle utenti nei confronti degli operatori e delle altre partecipanti. La tabella mostra inoltre come con il susseguirsi degli incontri e con l'acquisizione di maggiore fiducia, condivisione e leggera apertura le partecipanti hanno aumentato il punteggio complessivo del loro andamento e della loro partecipazione attiva alle sedute.

Tabella 1. Andamento delle singole pazienti durante il progetto

	A	B	C	D	E	F
seduta 1	15	9	18	4	14	6
seduta 2	28	17	26	14	18	0
seduta 2	28	20	27	19	24	0
seduta 4	26,5	14	24	14	25	0
seduta 5	0	16	29	9	16,5	0
seduta 6	26	23	24	10	27	0
seduta 7	21	16	31	18	31	0
seduta 8	29	0	27	27	0	0
seduta 9	0	0	0	0	0	0
seduta 10	31	28	30	23	0	0

Osservando la tabella è possibile notare come i dati raccolti in seduta 5 mostrino un affaticamento degli andamenti delle utenti, questo probabilmente a causa della tipologia di attività proposta in quell'incontro, che rappresentava per loro una richiesta troppo elevata e complessa a livello sensoriale e di comunicazione e collaborazione spontanea: l'obiettivo era la preparazione di una ricetta di biscotti per cani, in questo incontro la collaborazione era essenziale per il raggiungimento dell'obiettivo finale, collaborazione che nel gruppo in trattamento era un obiettivo ancora difficilmente raggiungibile date le caratteristiche relazionali di partenza.

Si è osservato da parte degli operatori un evento significativo nell'evoluzione positiva del gruppo in particolare durante la seduta 6, dove la una partecipante C ha chiesto di poter raccontare e condividere con il cane e le altre, la sua storia di malattia personale e le sue fatiche e conquiste raggiunte nell'ultimo periodo. Da questa apertura spontanea, rappresentante una catarsi, si sono susseguiti con naturalezza i racconti delle altre partecipanti, promuovendo un momento di confronto e di supporto reciproco.

Nella settima seduta sono state proposte tecniche di rilassamento guidato a terra, in cui è stato possibile osservare ed annotare reazioni di disagio e fatica. È stato inoltre os-

servato a supporto dei dati rilevati dalla tabella, un episodio che ha favorito uno spazio di dialogo e confronto. Tra la settima seduta e la ottava è stata lasciata loro una consegna in cui si chiedeva di realizzare un piccolo video/collage di immagini che raccontassero le loro passioni, interessi significativi, hobby ed eventuali aspirazioni lavorative. Le partecipanti all'ottava seduta hanno portato il proprio prodotto ed hanno scelto di condividerlo osservandolo e commentandolo insieme alle altre.

Anche nell'ultimo incontro sono state proposte attività di interazione diretta tra le giovani ed Estell: è stato chiesto loro di collaborare nella costruzione di un percorso di mobility che poi andavano a svolgere con il cane che hanno accolto con partecipazione ed entusiasmo. L'ottima riuscita di questa attività è stata il risultato propedeutico del percorso di fiducia ed apertura svolto durante gli incontri nella costruzione della relazione individuale con Estell, le operatrici e le altre partecipanti.

Come consuetudine durante l'incontro finale è stato distribuito un ricordo dell'esperienza fatta ad ogni partecipante contenente le sue foto di attività e di in-

terazione con Estell. Questo regalo ha commosso tutte le partecipanti, favorendo una condivisione finale sulle aspettative, i momenti di benessere vissuti insieme e le emozioni ed esperienze positive che hanno aggiunto al loro bagaglio personale.

In *tabella 1* si osserva per tutte le cinque pazienti un miglioramento del punteggio totale raccolto attraverso le schede di monitoraggio dei parametri osservati e valutati durante l'intero percorso.

All'interno del grafico 1 sono riportati i punteggi delle utenti rispetto all'area delle emozioni, si può osservare come tutte le utenti in particolare A, B e C abbiano avuto piano piano un significativo incremento dell'intensità delle loro emozioni positive. Rilevanti alcune sedute, in cui si nota un picco importante delle stesse, come nella seduta numero 3 in cui è stato fatto un gioco a coppie sull'olfatto, nel quale veniva chiesto di annusare vari odori di spezie e cibo per cani per poi associare l'odore all'immagine adatta e nelle ultime tre sedute in cui c'è stata una grande interazione con Estell. I dati riportati nei grafici "Emozioni positive", "Rilassatezza" e "Parte-

Grafico 1. Andamento delle utenti nel corso delle sedute per l'indicatore delle emozioni positive

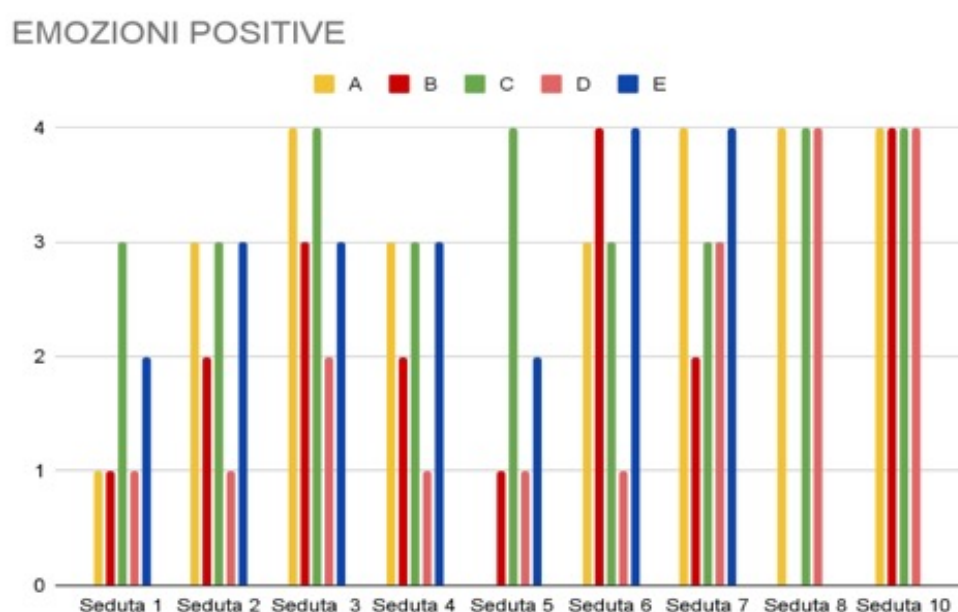


Grafico 2. Andamento delle utenti nel corso delle sedute per l'indicatore della rilassatezza

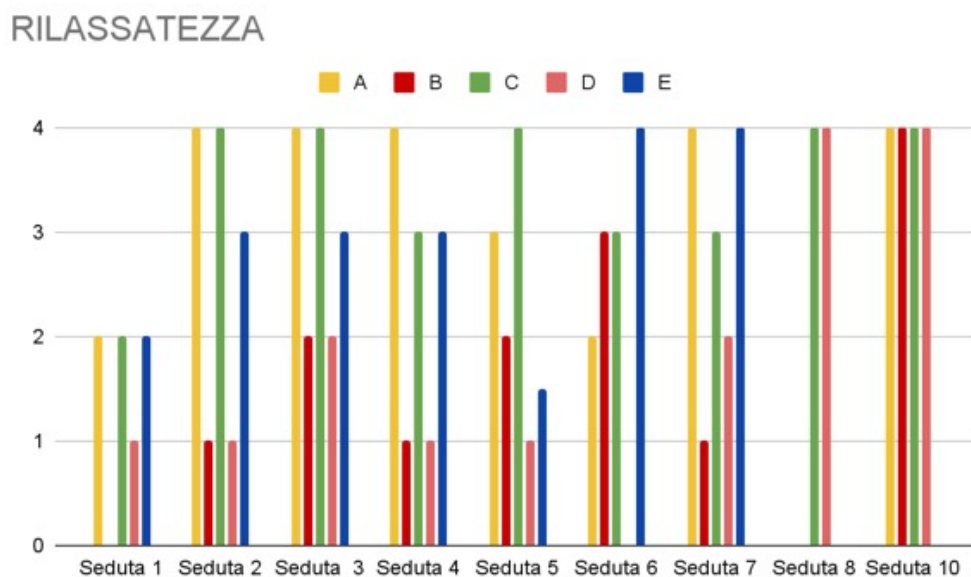
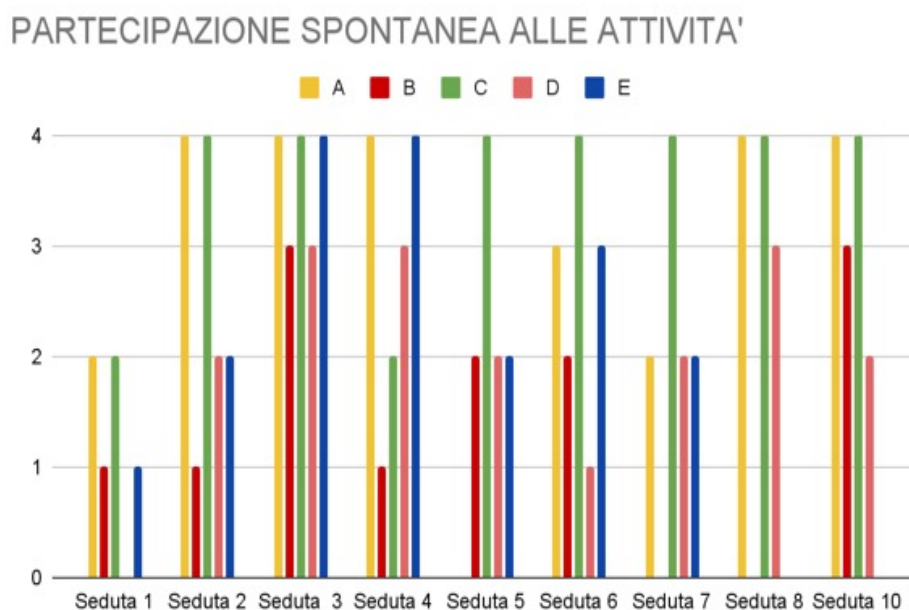


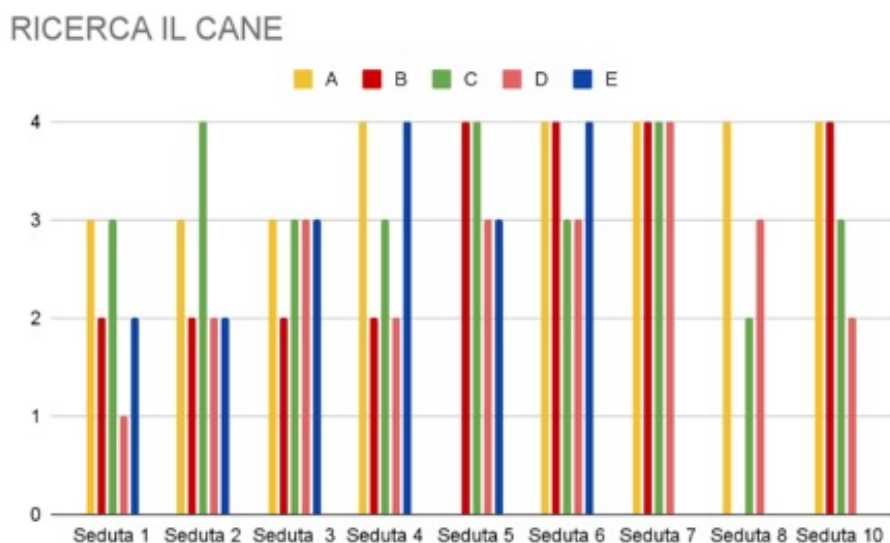
Grafico 3. Andamento delle utenti nel corso delle sedute per l'indicatore della partecipazione spontanea alle attività



cipazione spontanea” (**grafici 1-3**), mostrano che è stato necessario del tempo affinché le utenti si sentissero a loro agio nel gruppo e ne potessero trarre beneficio non solo immediato ma anche duraturo.

Evidente nel *grafico 2* il cambiamento che le pazienti hanno mostrato sulla base della loro rilassatezza fisica, infatti nelle prime sedute, le operatrici hanno riscontrato una forte rigidità muscolare e di postura, probabilmente

Grafico 4. Andamento delle utenti nel corso delle sedute per l'indicatore di ricerca del cane



data dalla situazione di trovarsi in un ambiente nuovo con persone nuove mai viste, ad eccezione di due utenti che già si conoscevano. In particolare D e B hanno presentato una forte rigidità che si è mantenuta per un gran numero di sedute e che solamente nelle ultime è andata a modificarsi, con punteggi molto alti passando da sedute come la 1 in cui si aveva uno o alla seduta finale in cui si è arrivati ad un 4.

Nel *grafico 3* è possibile osservare come la rigidità e poca apertura delle utenti fosse marcata anche in senso di partecipazione alle attività, infatti è stato molto difficile riuscire a farle partecipare in un modo spontaneo, soprattutto nelle prime sedute è stato necessario sollecitarle e proporre più volte l'attività al fine che venisse accolta dall'utente. Resta evidente nel grafico, ad eccezione di C, la difficoltà e la poca disponibilità a mettersi in gioco, sia nelle attività di interazione con Estell che in quelle proposte come attività di tipo referenziale. Sicuramente nelle ultime due sedute le utenti, con una maggiore sicurezza e gestione della paura di essere giudicate dagli altri componenti del gruppo si sono viste più predisposte

a partecipare in modo più autonomo e ad accogliere le proposte fatte.

Il *grafico 4* rappresenta in che quantità le utenti hanno ricercato il cane nel corso delle sedute. I dati relativi l'attenzione verso il cane e la sua ricerca evidenziano come a differenza degli altri indicatori selezionati è sempre stata alta, ad eccezione dell'utente D che ha presentato fin dalle prime sedute un'inibizione e delle rigidità iniziali. La differenza è evidente tra i dati degli indicatori relativi alle emozioni, alla rilassatezza, partecipazione spontanea e i dati emersi per quanto riguarda la ricerca del cane, infatti le utenti hanno mostrato molta più intenzionalità di gestire e instaurare una relazione con Estell piuttosto che con le altre partecipanti oppure gli operatori e questa tendenza è stata molto marcata per gran parte delle sedute, almeno fino alla seduta 7 in cui i dati hanno iniziato ad equipararsi.

È stato importante anche andare a verificare il percepito delle utenti al fine di valutare la loro effettiva consapevolezza dei momenti in cui hanno avuto maggiore difficoltà, ma anche per i miglioramenti ottenuti. Limite

di questi risultati la modalità di somministrazione del questionario poiché gli utenti hanno risposto solo ad un unico questionario a conclusione del percorso, mentre gli operatori hanno potuto compilarlo per tutto il percorso.

Il questionario è stato autosomministrato, come anticipato in T0 e T1 a distanza di 3 mesi l'uno dall'altro. In questo caso il senso è stato quello di indagare le aspettative che i componenti del gruppo presentavano all'inizio del percorso e quello che poi hanno

effettivamente vissuto. I dati riassunti in *tabella 2* risultano incompleti poiché due partecipanti non hanno aderito a pieno alla richiesta di entrambe le compilazioni: E ha interrotto il percorso dopo la settima seduta comunicando l'incompatibilità degli orari del gruppo con il lavoro offertole, a cui poi non è più seguita nessuna comunicazione o feedback da parte sua e non è stato più possibile consegnarle il questionario; diversamente D non ha mai riportato il T0 alle operatrici, compor-

tamento significativo considerando l'estrema chiusura dalla partecipante fin dall'inizio del percorso ed il suo aprirsi lentamente durante i vari incontri fino a "rivelarsi e raccontarsi" alle altre e compilare e consegnare il T1 a fine gruppo.

La scelta di far compilare due questionari, uno in T0 e uno in T1 e non per tutta la durata del percorso è stata ponderata accuratamente per dare maggiore spazio all'attività e al benessere che questa portava con sé, limitando quindi la sensazione di stigmatizzazione data dal dover compilare costantemente questionari relativi allo stato emotivo, attentivo e di coinvolgibilità. In quasi tutti gli item le utenti hanno dimostrato un rispecchiamento delle aspettative iniziali con il soddisfacimento delle attività svolte, inoltre si può osservare un miglioramento del punteggio assegnato ai vari item nel T1.

Tabella 2. T0 e T1 del questionario autosomministrato tra aspettative e percepito dell'utenza

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

CONCLUSIONI

Si conclude in base ai risultati esposti che il gruppo di EAA è stato funzionale al raggiungimento degli obiettivi preposti e quindi si può rilevare che, come esplorato dal primo obiettivo dell'indagine svolta, il percorso di EAA è risultato efficace ai fini terapeutico-riabilitativi prefissati, in accordo con i dati di letteratura da cui si era partiti nella progettazione iniziale (Hoagwood, 2016; Connors, 2023). In particolare si è osservato uno sviluppo di maggiore consapevolezza di sé e un incremento delle proprie competenze relazionali e sociali da parte di tutte le partecipanti, con uno spiccato desiderio introspettivo e di condivisione che non sono riuscite a trovare in altri contesti terapeutici, probabilmente a causa del "mancato" ruolo di mediatore relazionale che il cane Estell ha potuto ricoprire e facilitare in un contesto gruppal terapeutico. Anche in questo i nostri dati sono allineati con quanto pubblicato anche recentemente (Brown, 2019). Il cane e il contesto formale del setting hanno permesso di facilitare l'apertura e la comunicazione che ogni partecipante portava dentro di sé, trovando assenza di giudizio, rispetto dei tempi e degli spazi e condivisione dei vissuti traumatici o difficili della loro fascia di età evolutiva, nonostante l'alternarsi di spazi e setting più strutturati e vincolati ad una specifica attività con momenti di maggiore libertà espressiva e relazionale. Indagando il secondo obiettivo spiccano gli item sulla tranquillità percepita, sul divertimento provato e sulle attività di interazione con il cane che fanno emergere un forte riscontro sull'utilità ed efficacia delle attività proposte durante il percorso.

Considerando le caratteristiche iniziali delle utenti di forte chiusura e poca socievolezza con i pari e poca coinvolgibilità in generale nei trattamenti, colpiscono i punteggi alti nei T1 della tabella n.2 di tutte le utenti negli item sulla coinvolgibilità ed inclusione nel gruppo e la partecipazione spontanea alle attività proposte con focus specifico sul mettersi in gioco e fare nuove esperienze.

L'item più rilevante rimane quello sul timore del giudizio degli altri nel gruppo che risulta con punteggio medio (2-3) ad inizio percorso e si può confrontare con un punteggio all'unisono di 0 nel T1.

Questo progetto vuole essere la testimonianza di una parte del percorso svolto da alcuni giovani che hanno condiviso o stanno condividendo una parte del loro cammino di vita con i servizi di salute mentale, in particolare questa esperienza è la testimonianza di un progetto efficacemente riuscito che è stato pensato, strutturato e condiviso tra due servizi: il CPS e la NPPIA. La nostra esperienza ha evidenziato come si possano applicare metodiche innovative e aggreganti anche nei servizi pubblici di Salute Mentale, in modo da trasferire conoscenze teoriche in prassi utili ad intercettare bisogni che altrimenti sarebbero stati accolti con maggiori difficoltà (Vita, 2019).

L'obiettivo iniziale di questo progetto è stato infatti l'apertura di una tipologia di attività riabilitativa ad un'utenza (NPPIA nella fascia 16-18 anni) che non era altrimenti coinvolgibile nei trattamenti precedentemente proposti e faticava ad aderire ai percorsi clinici. Il progetto ha anche permesso di rinforzare dinamiche di collaborazione tra due articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, facilitando la creazione di un ponte di passaggio per le utenti e tra i terapeuti dei due servizi, accompagnando e guidando l'inserimento delle giovani in un futuro contesto di cura per adulti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

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

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

BIBLIOGRAFIA

1. Luchetta G.A., Collodello S. e Durbano F.
"PIACERE DI CONOSCERTI" - Progetto pilota di tre esperienze di Intervento Assistito dall'Animale in contesto gruppale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani, *Psichiatria Oggi* – anno XXXVI n.1 – 07, 2023
2. Connors E. *Americans Note Overwhelming Positive Mental Health Impact of their Pets in New Poll*; Dogs and Cats Equally Beneficial. *Healthy Minds Montly Poll* - American Psychiatric Association (APA); march 2023.
www.psychiatry.org/News-room/News-Releases/Positive-Mental-Health-Impact-of-Pets
3. Ba G. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli ed., 2003.
4. Cocco R., Sechi S. e Campana G. *Approccio comportamentale negli IAA Con Il cane*, Strategie Training E Strumenti Operativi, Erickson ed., 2018.
5. Percudani M., Cerati G., Vita A., Petrovich L.
I Programmi Innovativi per la salute mentale, in: La psichiatria di comunità in Lombardia: il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012) / a cura Mauro Percudani et al. - Milano: Mc Graw Hill, 2013, pp. 109-120
6. Ministero della Salute. *Piano di azioni nazionale per la salute mentale*. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf
7. Regione Lombardia. *Indicatori per il monitoraggio dei programmi innovativi di psichiatria regionali, programma TR 105*, Prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici in età giovanile, sviluppo di processi integrati nell'area salute mentale, anno 2019.
8. Hoagwood K.E., Aciri M., Morrissey M., Peth-Pierce R. *Animal-Assisted Therapies for Youth with or at risk for Mental Health Problems: A Systematic Review*. *Appl Dev Sci*. 2017;21(1):1-13. doi: 10.1080/10888691.2015.1134267. Epub 2016 Jan 25. PMID: 28798541; PMCID: PMC5546745
9. Ministero della Salute, *Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari*, Interventi Assistiti Con Gli Animali (IAA) Linee Guida Nazionali (2015).
10. Marchesini R. *Pet Therapy Manuale Pratico*, De Vecchi ed., 2015.
11. Marchesini R., *Canone di zooantropologia applicata*, Alberto Persida ed., novembre 2004.
12. Marchesini R., Corona L. *Attività e terapie assistite dagli animali, l'approccio zooantropologico alla pet therapy*, Alberto Persida ed., Giugno 2007.
13. Brown S., Snelders J., Godbold J., Moran-Peters J., Driscoll D., Donoghue D., Mathew L., Eckardt S. *Effects of Animal-Assisted Activity on Mood States and Feelings in a Psychiatric Setting*. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2020 Nov/Dec;26(6):555-567. doi: 10.1177/1078390319853617. Epub 2019 Jun 10. PMID: 31179871
14. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. *Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*, Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica, Volume ,2 Giovanni Fioriti Editore, 2019.

L'esperienza del Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda: studio prospettico descrittivo

Morganti C., Chinelli A.*, Cardullo A.*,
Lamperti M.*, Lanzo F.*, Prezioso M.*,
Scanu S.*, Porcellana M.*, Percudani M.**

ABSTRACT

Il Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda (GDLN) è un'equipe multi professionale costituitasi nel 2007, in concomitanza con il primo progetto innovativo PIR-TR 106 2006-2008. Mira all'integrazione socio-lavorativa dei soggetti fragili in carico ai servizi territoriali del DSMD, attraverso il coinvolgimento e lo sviluppo della rete locale, alla definizione di buone prassi e alla promozione, all'interno dei Servizi Dipartimentali, di metodi validi e procedure omogenee nella valutazione e gestione dei percorsi di integrazione lavorativa.

Nel presente studio verranno illustrati i risultati di attività del GDLN dell'anno 2023. Per monitorare i percorsi di integrazione lavorativa degli utenti in carico, il funzionamento globale, il cambiamento desiderato e gli esiti sono state utilizzate le seguenti scale cliniche: Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), Valutazione Globale del Funzionamento (VGF), Work STAR™.

Nel periodo considerato, dei 237 utenti in carico, la maggioranza (n=107; 45.1%) ha usufruito dell'attivazione di uno strumento di sostegno lavorativo (Tirocinio Fondo Sociale, supporto ricerca autonoma, invio a formazione, gruppi Integravoro, Futuro al Lavoro, Dote mantenimento, Dote Emergo, CELAV, Azioni di rete, altri Progetti); 36 (15.2%) di due e 14 (5.9%) di tre strumenti.

35 utenti (14.8%) sono stati assunti a tempo determinato, di cui 19 (8.0%) con L68; 21 (2.1%) sono stati assunti a tempo indeterminato, di cui 16 (6.8%) con L68; 14 (5.9%) in convenzione articolo 14, 9 (3.8%) per

lavoro occasionale; 5 (2.1%) in apprendistato e 2 (0.8%) in libera professione. Al follow-up a 12 mesi (T1), 112 utenti (47.3%) hanno mantenuto l'occupazione, 10 (4.2%) hanno terminato il contratto, 9 (3.8%) sono stati licenziati, 8 (3.4%) si sono dimessi.

Per quanto riguarda le variabili testali, sono stati evidenziati miglioramenti statisticamente significativi in tutti gli items della Work STAR™, in particolare negli items W1 (Competenze lavorative ed esperienza) e W3 (Competenze correlate alla ricerca del lavoro) ed in 11 items della HoNOS suggerendo una correlazione tra l'attivazione di percorsi d'inclusione socio-lavorativa ed un miglioramento del funzionamento complessivo del paziente.

Premessa: L'Italia è una Repubblica democratica fondata sul lavoro

(Costituzione della Repubblica Italiana, art. 1).

La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.

(Costituzione della Repubblica Italiana, art. 4).

INTRODUZIONE

Il Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda (GDLN) è un'equipe costituitasi nel 2007, in concomitanza con il primo progetto innovativo PIR-TR 106 2006-2008, e sulla base delle esperienze di operatori dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale che fin dagli anni '80 si occupavano di progetti d'inserimento lavorativo degli utenti in carico. Esperienze che rispondevano al crescere della cultura della riabilitazione e alle indicazioni del Progetto Obiettivo Regionale 2002-2004, che considerava obiettivo riabilitativo prioritario l'inserimento lavorativo degli utenti con diagnosi psichiatrica (Spivak, 1987; Milanese, 1992; Bulgarini, 1992).

La particolare articolazione territoriale del nostro Dipartimento ha comportato la formazione di un gruppo di lavoro costituito da diverse figure professionali appartenenti alle equipe dei servizi di cura del DSMD (educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, coordinati da un medico psichiatra).

Il GDLN mira all'integrazione socio-lavorativa dei soggetti fragili in carico ai servizi territoriali del DSMD, attraverso il coinvolgimento e lo sviluppo della rete locale, alla definizione di buone prassi e alla promozione, all'interno dei Servizi Dipartimentali, di metodi validi e procedure omogenee nella valutazione e gestione dei percorsi di integrazione lavorativa (Barone, 2013; Fioritti, 2015).

FUNZIONI E ATTIVITA' DEL GDLN

Il GDLN si riunisce mensilmente con l'obiettivo di coordinare e integrare le proprie azioni, nonché condividere eventuali aggiornamenti sui progetti in corso.

Gli operatori del GDLN:

- svolgono attività di scouting, con l'obiettivo di ampliare e potenziare le opportunità formative e lavorative per le persone con disagio mentale, tramite un'azione di ricerca e contatto con le realtà aziendali, formative e del terzo settore presenti sul territorio milanese;
- sviluppano, promuovono e mantengono rapporti diretti con istituzioni, enti accreditati, terzo settore,

fondazioni e associazioni, e con realtà lavorative, quali grandi e piccole aziende;

- effettuano interventi di mediazione lavorativa per le situazioni problematiche e di monitoraggio continuativo dei percorsi degli utenti presi in carico;
- valutano, ed eventualmente promuovono, la possibilità di riconoscimento delle fragilità del soggetto in carico da parte delle istituzioni preposte (INPS), attraverso il supporto nelle pratiche relative agli accertamenti sanitari di Invalidità Civile (Legge 102), Legge 68/99 (residue capacità lavorative ai fini del Collocamento Mirato) e Legge 104/92 (handicap);
- si occupano di rilevazione e analisi degli esiti dei percorsi formativo-lavorativi degli utenti coinvolti.

Il percorso d'inserimento lavorativo si colloca all'interno del progetto individuale di cura e *recovery* dell'utente, con l'obiettivo di fargli acquisire una maggiore autonomia e qualità di vita.

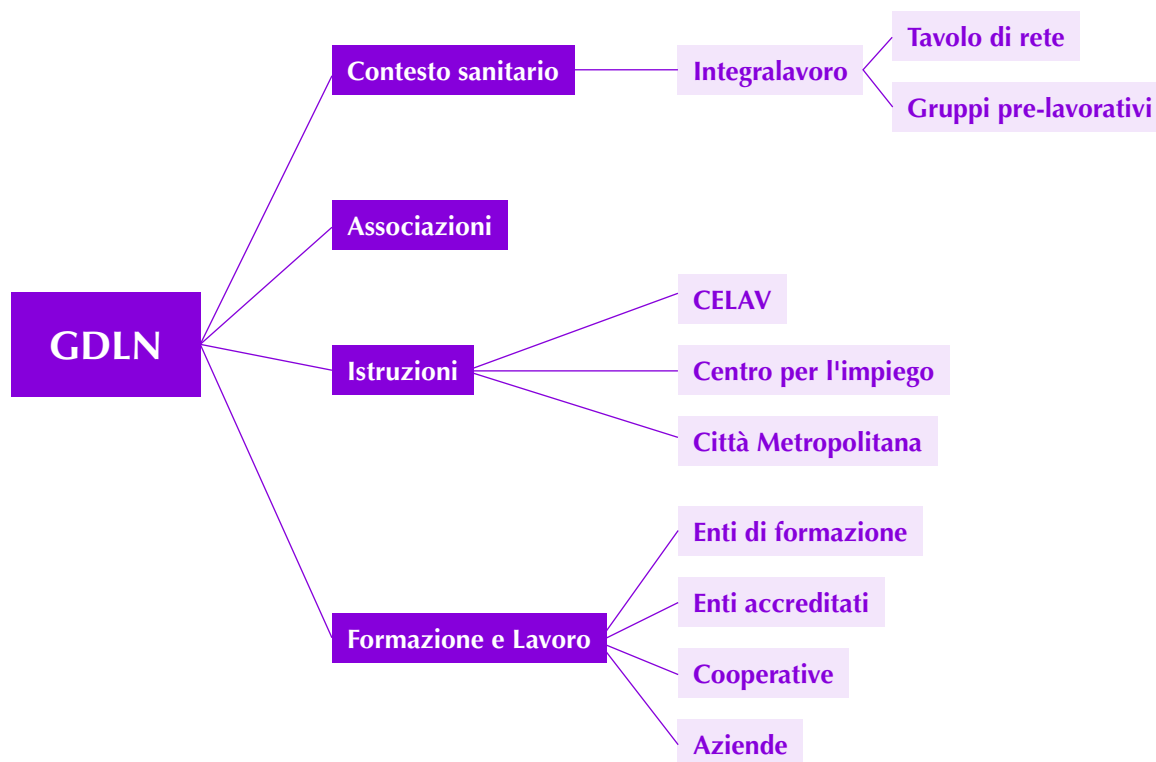
La metodologia adottata è denominata "train and place", e prevede l'esposizione graduale a stimoli, contesti e obiettivi adeguati alle risorse e alle fragilità attuali del paziente preso in carico, differenti da caso a caso (Oasi, 2011).

Ci si avvale di cooperative e imprese sociali per l'attivazione e il monitoraggio di progetti di inclusione socio-lavorativa.

Il GDLN opera in un network cittadino che promuove l'integrazione socio-lavorativa degli utenti dei DSMD sul territorio cittadino (vedi *figura 1*).

Nella città di Milano dal 2009 è presente il PIR TR 106 – Integralavoro, che promuove un modello organizzativo volto a sostenere, riorganizzare ed ottimizzare la rete dei Servizi per l'inclusione lavorativa della città di Milano. Tale modello promuove un'equa distribuzione delle risorse tra tutti gli utenti presi in carico dai DSMD milanese (Vanzetto, 2024)

Figura 1.



METODOLOGIA

Il paziente è segnalato e presentato all'operatore del GDLN che opera all'interno del servizio territoriale (CPS/Comunità terapeutiche) da parte dell'equipe di riferimento. Ogni operatore del GDLN gestisce i pazienti in carico al proprio servizio territoriale di appartenenza (sono rappresentati i 3 CPS adulti – Cherasco, Litta, Plebisciti, CPS giovani – Livigno, un CRA e il progetto di etnopsichiatria).

CRITERI DI INVIO:

- utente con percorso di Presa in carico;
- paziente in età lavorativa (18-67 anni);
- buon compenso clinico;
- presenza di abilità di base, relazionali e sociali (cura del sé, autonomia negli spostamenti, puntualità...)
- paziente inoccupato/disoccupato o con necessità di mediazione per il mantenimento del posto di lavoro;
- paziente a rischio di perdita del lavoro.

L'operatore del GDLN valuta l'idoneità dell'invio,

tramite l'osservazione e la valutazione delle abilità di base del paziente, e delle sue capacità relazionali. Ricostruisce la storia formativa e lavorativa, effettua il bilancio delle attuali competenze professionali.

Analizza e valuta le aspettative per definire obiettivi realizzabili.

Se il percorso d'integrazione lavorativa risulta non ancora sostenibile da parte dell'utente, si concorda con il paziente e con l'equipe di riferimento l'eventuale coinvolgimento in attività riabilitative finalizzate all'acquisizione delle abilità e competenze necessarie.

Quando la persona è idonea, si procede alla definizione del progetto individualizzato, attraverso colloqui di orientamento, coinvolgimento in attività propedeutiche al lavoro, inclusione in gruppi tematici organizzati da progetti ed enti esterni al servizio di cura, attivazione di tirocini osservativi/lavorativi, individuazione di percorsi di riqualificazione professionale, invio ad enti e servizi accreditati per il lavoro.

Il paziente è supportato e monitorato dall'operatore del GDLN durante tutte le fasi dell'esperienza, attraverso colloqui periodici individuali, riunioni di rete con gli enti coinvolti, visite presso la sede di tirocinio e/o lavoro.

La presa in carico del soggetto non si conclude con l'ottenimento di un contratto lavorativo, ma procede in ottica di mantenimento dello stato di benessere attraverso incontri finalizzati al problem-solving di difficoltà relazionali e di gestione dello stress emersi nel contesto lavorativo.

Il monitoraggio dell'esperienza può prevedere l'inclusione del lavoratore in attività riabilitative proposte dal servizio di cura, parallele all'impegno lavorativo.

IL PROGETTO

Il Gruppo Dipartimentale Lavoro Niguarda (GDNL) ha utilizzato una modalità di raccolta dati per monitorare i percorsi di integrazione lavorativa degli utenti in carico, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione del funzionamento globale, del cambiamento desiderato e degli esiti.

A tal fine, sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales;
- VGF: Valutazione Globale del Funzionamento;
- Work STAR™.

La HoNOS è una scala largamente utilizzata a livello internazionale per la valutazione routinaria di gravità e dell'esito (Wing, 1998, 1999; Lora, 2001) ed in alcuni Paesi (Australia, Nuova Zelanda, Canada e Regno Unito) fa parte integrante dei sistemi informativi nazionali, oltre ai dati di attività.

È costituita da 12 items ed ha carattere multidimensionale, valutando non solo problemi di tipo clinico, ma anche di carattere psicosociale.

È compilata dall'operatore che ha in carico il paziente, a partire da tutte le fonti di informazione a disposizione (colloqui con il paziente e i familiari, diari clinici, riunioni sul caso, ecc.).

I dodici items valutano la gravità dei problemi nelle diverse aree. Ciascun item ha un punteggio da 0 (nessun problema) a 4 (problemi gravi o molto gravi): mentre il punteggio 1 indica che un problema è presente, ma la sua gravità è ridotta e non è necessario alcun tipo di intervento, i punteggi 2-3-4 in tutti gli items dovrebbero essere considerati indicatori della necessità di un intervento terapeutico o sociale o assistenziale. È possibile raggruppare i 12 items in quattro sottoscale: problemi comportamentali (items 1-3), impairment (item 4-5), sintomi (items 6-8) e problemi sociali (items 9-12).

La VGF valuta il funzionamento sociale, occupazionale e psicologico dell'individuo su una scala da 0 a 100, nell'ambito di un continuum salute – malattia mentale (Jones, 1995).

La Work STAR™ è uno strumento di valutazione elaborato da Triangle Consulting nel 2017. (Work STAR™ Triangle Consulting Social Enterprise Ltd).

Verte su sette aree, ad ognuna delle quali è assegnato un numero, che corrisponde visivamente ad un ramo della STAR: competenze lavorative ed esperienza (WS 1), aspirazione e motivazioni (WS 2), competenza correlate alla ricerca del lavoro (WS 3), stabilità (WS 4), competenze di base (WS 5), abilità sociali e correlate al posto di lavoro (WS 6), salute e benessere (WS 7).

Nel valutare ogni singola area, si analizza il percorso sostenuto da un processo di cambiamento, attraverso cinque fasi, ognuna caratterizzata da un valore numerico: blocco (punteggio 1-2), accettazione dell'aiuto (punteggio 3-4), crederci e provarci (punteggio 5-6), apprendimento (punteggio 7-8), basarsi sulle proprie forze (punteggio 9-10).

Le fasi di compilazione della Stella consistono nel segnare per ogni area il punto in cui il paziente si trova nel percorso di cambiamento, per poi unire i punti con lo scopo di ottenere un'immagine delle aree che vanno bene e delle aree che causano difficoltà.

Questa immagine aiuterà sia il paziente sia l'operatore a concordare su quali aree lavorare e iniziare a pensare a quali cambiamenti fare ragionando anche sul tipo di supporto necessario.

Successivamente si passa alla compilazione del Piano d'azione che corrisponde all'individuare un'area prioritaria col punteggio rispettivo, l'obiettivo successivo, le azioni da intraprendere (indicando anche da chi verranno svolte ed entro quando).

Nel progetto sono stati inclusi gli utenti valutati e seguiti dagli operatori del GDLN nell'anno 2023. L'intenzione è stata quella di valutare gli esiti del percorso di avvicinamento al lavoro sul funzionamento psico-sociale degli utenti coinvolti.

RISULTATI

Nell'anno 2023 gli utenti in carico al GDLN sono stati 237, 136 (57.4%) femmine e 101 (42.6%) maschi, segnalati dai servizi territoriali del DSMD: 69 (29.1%) dal CPS Livigno, 62 (26.2%) dal CPS Litta, 55 (23.2%) dal CPS Cherasco, 36 (15.2%) dal CPS Plebisciti, 10 (4.2%) dal CRA Besta e 5 (2.1%) dal Progetto di Etnopsichiatria.

Sono soprattutto giovani con età tra 18-24 anni (n=59; 24.9%), mentre le altre fasce d'età sono così distribuite: 24-34 anni (n=58; 24.5%); 35-44 anni (n=56; 23.6%); 45-54 anni (n=43; 18.1%); 55-67 (n=21; 8.9%).

Le diagnosi prevalenti sono un Disturbo dello spettro Schizofrenico (ICD10 F20-29) n=89, 37.6% o un Disturbo di Personalità (ICD10 F60-69): n=69; 29.1%.

Tra la presa in carico al Servizio territoriale e la segnalazione al GDLN sono trascorsi in media 4.28 anni (range 0-28; ds 5.53).

Per quanto riguarda la scolarità, 106 utenti (44.7%) hanno un diploma di scuola superiore, 82 (34.6%) di scuola media inferiore, 25 (10.5%) un attestato professionale, 20 (8.4%) sono laureati e 4 (1.7%) hanno una licenza elementare.

Al momento della presa in carico del GDLN, 168 persone (70.9%) avevano un'invalidità civile, 9 (3.8%) in corso di riconoscimento; 162 (68.4%) avevano riconosciuta la Legge 68/99, 12 (5.1%) ne avevano in corso il riconoscimento.

Al To, 114 pazienti (48.1%) erano disoccupati, mentre

107 (45.1%) avevano un'occupazione e 16 (6.8%) erano studenti.

Nel corso dell'anno 2023, la maggioranza (n=107; 45.1%) ha usufruito dell'attivazione di uno strumento di sostegno lavorativo (Tirocinio Fondo Sociale, supporto ricerca autonoma, invio a formazione, gruppi Integralavoro, Futuro al Lavoro, Dote mantenimento, Dote Emergo, CELAV, Azioni di rete, altri Progetti); 36 (15.2%) di due e 14 (5.9%) di tre strumenti.

Infine, 35 (14.8%) sono stati assunti a tempo determinato, di cui 19 (8.0%) con L68; 21 (2.1%) sono stati assunti a tempo indeterminato, di cui 16 (6.8%) con L68; 14 (5.9%) in convenzione articolo 14, 9 (3.8%) per lavoro occasionale; 5 (2.1%) in apprendistato e 2 (0.8%) in libera professione.

L'articolo 14 contenuto nel D.Lgs. 276/2003 ha come finalità l'inserimento lavorativo dei lavoratori svantaggiati e dei lavoratori disabili definiti "deboli" tramite lo strumento delle Convenzioni stipulate su base territoriale tra i Servizi (Centro per l'Impiego – Servizio Occupazione Disabili SOD), le Cooperative Sociali di tipo B e/o Miste, i Consorzi e le Imprese associate o aderenti ad associazioni datoriali. Le imprese conferendo alcune commesse alle Cooperative Sociali possono coprire una parte della quota d'obbligo di assunzione dei lavoratori disabili prevista dalla L.68/99.

La maggioranza dei nuovi occupati (21.1%, n=50) è stata assunta in Azienda, 31 persone (13.1%) in Cooperative di tipo B, 5 (2.1%) in Cooperative di tipo A, un utente è stato assunto da un Ente pubblico.

A 12 mesi (T1), 112 utenti (47.3%) hanno mantenuto l'occupazione, 10 (4.2%) hanno terminato il contratto, 9 (3.8%) sono stati licenziati, 8 (3.4%) si sono dimessi.

Per quanto riguarda le variabili testali, al reclutamento (To) la maggioranza (n=157; 66.2%) presentava punteggi alla VGF inferiori a 60; mentre al T1 la maggioranza (140; 59.1%) presentava punteggi maggiori di 60.

I punteggi Work STAR™ sono riassunti in *Tabella 1*.

Le medie dei punteggi delle scale HoNOS e Work

STAR™ sono state confrontate mediante Test T per campioni appaiati, con miglioramenti statisticamente significativi in tutti gli items della Work STAR™, in particolare negli items W1 (Competenze lavorative ed

esperienza, delta 0.63) e W3 (Competenze correlate alla ricerca del lavoro, delta 0.60) e in 11 items della HoNOS (Tabella 2.)

Tabella 1. Punteggi Work STAR™

Work STAR™	Punteggi	T0 n (%)	T1 n (%)
W1 Competenze lavorative ed esperienza	1-2 Blocco	12 (5.1)	6 (2.5)
	3-4 Accettazione aiuto	57 (24.1)	47 (20.3)
	5-6 Crederci e provarci	81 (34.2)	76 (32.1)
	7-8 Apprendimento	45 (19.0)	51 (21.5)
	9-10 Basarsi sulle proprie forze	35 (14.8)	50 (21.1)
W2 Aspirazione e motivazione	1-2 Blocco	9 (3.8)	5 (2.1)
	3-4 Accettazione aiuto	56 (23.6)	52 (21.9)
	5-6 Crederci e provarci	86 (36.3)	70 (29.5)
	7-8 Apprendimento	60 (25.3)	69 (29.1)
	9-10 Basarsi sulle proprie forze	19 (8.0)	35 (14.8)
W3 Competenze correlate alla ricerca del lavoro	1-2 Blocco	23 (9.7)	10 (4.2)
	3-4 Accettazione aiuto	83 (35.0)	75 (31.6)
	5-6 Crederci e provarci	61 (25.7)	66 (27.8)
	7-8 Apprendimento	44 (18.6)	50 (21.1)
	9-10 Basarsi sulle proprie forze	19 (8.0)	30 (12.7)
W4 Stabilità	1-2 Blocco	15 (6.3)	6 (2.5)
	3-4 Accettazione aiuto	56 (23.6)	54 (22.8)
	5-6 Crederci e provarci	93 (39.2)	75 (31.6)
	7-8 Apprendimento	53 (22.4)	71 (30.0)
	9-10 Basarsi sulle proprie forze	12 (5.1)	25 (10.5)
W5 Competenze di base	1-2 Blocco	7 (3.0)	6 (2.5)
	3-4 Accettazione aiuto	44 (18.6)	44 (18.6)
	5-6 Crederci e provarci	80 (33.8)	63 (26.6)
	7-8 Apprendimento	58 (24.5)	68 (28.7)
	9-10 Basarsi sulle proprie forze	41 (17.3)	50 (21.1)
W6 Abilità sociali e correlate al posto di lavoro	1-2 Blocco	13 (5.5)	6 (2.5)
	3-4 Accettazione aiuto	60 (25.3)	57 (24.1)
	5-6 Crederci e provarci	79 (33.3)	70 (29.5)
	7-8 Apprendimento	58 (34.5)	67 (28.3)
	9-10 Basarsi sulle proprie forze	20 (8.4)	31 (13.1)
W7 Salute e benessere	1-2 Blocco	11 (4.6)	7 (3.0)
	3-4 Accettazione aiuto	49 (20.7)	49 (20.7)
	5-6 Crederci e provarci	98 (41.4)	71 (30.0)
	7-8 Apprendimento	62 (26.2)	88 (37.1)
	9-10 Basarsi sulle proprie forze	10 (4.2)	16 (6.8)

Tabella 2. Punteggi medi delle scale HoNOS e Work STAR™ a T0 e T1

	T0	T1	P (t)
HoNOS			
H1 comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi, agitati	0,51	0,30	0.000 (5,743)
H2 comportamenti autolesivi	0,16	0,11	0.060 (1,888)
H3 problemi legati all'assunzione di alcool o droghe	0,25	0,17	0.004 (2,941)
H4 problemi cognitivi	0,77	0,67	0.001 (3,452)
H5 problemi di malattia somatica o disabilità fisica	0,75	0,63	0.000 (4,607)
H6 problemi legati ad allucinazioni o deliri	0,76	0,59	0.000 (4,032)
H7 problemi legati all'umore depresso	1,41	1,12	0.000 (5,689)
H8 altri problemi psichici e comportamentali	2,09	1,71	0.000 (8,556)
H9 problemi relazionali	1,96	1,75	0.000 (4,385)
H10 problemi nelle attività della vita quotidiana	1,58	1,26	0.000 (5,201)
H11 problemi nelle condizioni di vita	1,22	0,98	0.000 (5,566)
H12 problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	0,96	0,67	0.000 (5,108)
WORK STAR			
W1 Competenze lavorative ed esperienza	5,67	6,30	0.000 (-10,397)
W2 Aspirazione e motivazione	5,68	6,20	0.000 (-8,990)
W3 Competenze correlate alla ricerca del lavoro	5,06	5,66	0.000 (-12,022)
W4 Stabilità	5,49	6,01	0.000 (-9,281)
W5 Competenze di base	6,16	6,51	0.000 (-6,380)
W6 Abilità sociali e correlate al posto di lavoro	5,59	6,03	0.000 (-7,789)
W7 Salute e benessere	5,55	6,02	0.000 (-7,414)

DISCUSSIONE

Il nostro lavoro su questo campione di soggetti presi in carico, evidenzia una correlazione tra l'attivazione di percorsi d'inclusione socio-lavorativa e un miglioramento del funzionamento complessivo del paziente come testimoniano i risultati ottenuti dalla somministrazione delle tre scale.

È il percorso di presa in carico che ha portato a miglioramenti da un punto di vista clinico, sociale, psicologico. Il percorso di presa in carico inerente al progetto di inserimento lavorativo infatti può prevedere un lavoro di affiancamento dell'utente su diversi livelli: sostegno nello sviluppo delle abilità sociali, supporto di tipo psicoeducativo, sviluppo della tenuta emotiva, necessarie a sostenere un contesto lavorativo in tutta la sua complessità.

Inoltre i periodici momenti di monitoraggio, durante il percorso d'inserimento lavorativo, attraverso colloqui con lo psichiatra di riferimento, aiutano l'utente a mantenere uno stato di stabilizzazione da un punto di vista clinico aumentando lo stato di benessere nel suo complesso.

Il progetto lavorativo infatti sembra sviluppare nel paziente una maggiore compliance ed attivare maggiormente la rete dei professionisti all'interno del servizio, tale rete con le relative competenze funge da sostegno del progetto lavorativo anche se tale attivazione e relativo maggior coinvolgimento dell'utente non è detto che necessariamente porterà come esito ad un'assunzione ma sembra comunque contribuire, dato il grande investimento sopra descritto da parte dell'utente e dei professionisti che lo affiancano, ad un miglioramento complessivo del suo funzionamento, come dimostrato dai risultati delle scale somministrate.

Inoltre il confronto da parte dell'utente con contesti reali come sedi di tirocini, enti di formazione aziende cooperative esercita una funzione di convalida o messa in crisi di tale funzionamento.

È comunque da ritenersi un ottimo risultato la percentuale di assunti dell'anno (35 soggetti).

La relazione tra l'operatore del GDLN e l'utente, ha contribuito al progresso sulla scala del cambiamento della Work STAR™ nelle aree relative alla motivazione aspirazioni legati al desiderio di lavorare e alle competenze di base correlate alla ricerca del lavoro, comprensive di un aumento delle abilità sociali.

Nel corso dei 12 mesi indagati si è assistito a una riduzione della gravità clinica (v. item H1, H6, H7, H8) e ad un aumento della capacità di prendersi cura efficacemente della propria salute e del proprio benessere (v. miglioramento statisticamente significativo nell'item 7 della Work STAR™). Il percorso di integrazione lavorativa promosso dal nostro DSMD si inserisce direttamente all'interno della presa in carico globale del soggetto con fragilità psichiche, attraverso la costante collaborazione e integrazione tra i clinici – medico psichiatria e/o psicoterapeuta – e le figure deputate alla riabilitazione (TeRP ed educatori), che spesso sono proprio gli stessi operatori del GDLN.

La possibilità di modulare gli interventi di integrazione lavorativa e di effettuare un lavoro riabilitativo trasversale sulle competenze deficitarie ha sostenuto un incremento delle abilità sociali correlate al posto di lavoro (essere puntuali, avere un abbigliamento adeguato al contesto, comportarsi assertivamente con responsabili e colleghi, ecc.), con un miglioramento statisticamente significativo nell'area W6 e un aumento degli utenti che a T1 si collocano nelle fasi di "Apprendimento" e "Basarsi sulle proprie forze".

Esponendo gradualmente la persona a nuovi contesti e ambienti, il percorso di inserimento lavorativo ha comportato un ingaggio sul fronte delle relazioni interpersonali: in alcuni casi, il lavoro con l'utente si è concentrato proprio sul supporto alla relazione con i colleghi e le figure di responsabilità nel contesto lavorativo, che si è tradotto in miglioramenti significativi nelle aree relative ai "problemi relazionali" (HoNOS item 9).

Dall'analisi della Work STAR™ si evince che a T0 la maggior parte dei pazienti si colloca nella fase del

“Crederci e provarci” in 5 aree (su 7): si ritiene utile in questa sede evidenziare l'importanza della presenza di motivazione e di speranza in una realistica possibilità di lavorare fin dalla presa in carico da parte degli operatori del GDLN. Se è vero che la segnalazione al percorso può incidere positivamente sull'uscita dalla fase di “Blocco” (W_2 a $T_0 = 9$, a $T_1 = 5$), la metodologia adottata mira a supportare gli utenti nel coltivare ambizioni più realistiche e nel modulare le proprie aspettative inerenti il lavoro, rendendole coerenti al proprio progetto di vita globale.

Oltre a una diminuzione del numero di utenti che si trovano nella fase di “Blocco”, si assiste ad un incremento, per tutte le aree indagate dalla scala, di coloro che si collocano nella situazione di “Apprendimento” e del “Basarsi sulle proprie forze”.

La scelta preferenziale della metodologia train and place, con l'esposizione graduale del paziente a proposte considerate “affrontabili” per la sua situazione attuale, si ritiene sia stata determinante nell'incrementare le competenze lavorative e l'esperienza (attraverso formazione specifica, tirocini osservativi, stage finalizzati, ecc.), nonché le competenze correlate alla ricerca del lavoro (con il supporto all'elaborazione del Curriculum Vitae, nella ricerca di opportunità e nella candidatura a colloqui) – come emerge dalle aree W_1 e W_3 .

CONSIDERAZIONI FINALI

Il percorso di integrazione lavorativa si qualifica quindi come una risorsa nel progetto terapeutico – riabilitativo individuale.

Il successo di un percorso di inclusione lavorativa dipende anche dalla valutazione del contesto ambientale: non è detto che una persona non possa lavorare in assoluto, può essere che non possa lavorare in un determinato contesto.

Il nostro obiettivo come operatori specializzati è quello di collocare la persona giusta al posto giusto, tenendo un vertice privilegiato sul mantenimento del benessere soggettivo.

La rete delle organizzazioni per l'inserimento lavorativo

è articolata è complessa, si tratta di organizzazioni con mandati e con prerogative specifiche.

Il mandato di questi Enti, Servizi, Organizzazioni (Sod, Afol Metropolitana, Enti accreditati, Agenzie Lavoro, Centri di formazione, Cooperative, Comune di Milano, Fondazioni, Sindacati, Associazioni, Commissioni medico legali ATS) ne definisce gli obiettivi, le responsabilità e le competenze è indispensabile per i professionisti del settore conoscerlo e condividerlo.

Tra noi operatori non sempre il mandato istituzionale dei diversi Enti è conosciuto e/o chiaro.

Noi operiamo per includere dei cittadini tenendo conto che si tratta di cittadini, pazienti e lavoratori. Il nostro approccio al matching (risorse-utente / candidato) non deve basarsi su una motivazione meramente strumentale “aumentare la disponibilità economica dell'utente” ma deve prevedere un processo di matching condiviso fra gli operatori della cura, operatori del polo, utente, famiglia.

È un approccio basato sul progetto individuale con una diversa gestione del tempo (più serena ed equilibrata) che deve tener conto della storia personale dell'utente nello sviluppo del percorso. Non deve essere esclusivamente strumentale al bisogno economico dell'utenza.

Il processo di matching non si configura come una semplice aggancio del paziente candidato/lavoratore alle realtà del mondo del lavoro. Si tratta di un percorso, continuamente rielaborato, verificato e monitorato, che diventa un processo e un percorso di significazione non separato da una gestione terapeutica legata al contesto sanitario dei servizi di cura.

Il nostro è un lavoro di regia del percorso di matching, dobbiamo saper rapportarci / confrontarci con molti e diversi interlocutori perché ci muoviamo dentro una geografia di riferimenti che è ampia e mutevole. Dobbiamo orientarci per sapere orientare in questa complessità.

BIBLIOGRAFIA

1. *Costituzione della Repubblica italiana aggiornato alla legge costituzionale 11 febbraio 2022, n. 1* (G.U. n. 44 del 22 febbraio 2022), www.senato.it/pubblicazioni.
2. Spivak M. (1987). *Introduzione alla riabilitazione psicosociale. Teoria, tecnologia e metodi di intervento*. Riv Sper Fren, CXI, III, 552-524.
3. Milanese G., Brusa L., Stucchi T. (1992). *Riabilitazione Psicosociale e Lavoro*. Milano: Franco Angeli s.r.l.
4. Bulgarini G. (1992). *Persona, Psicosi & Lavoro*. Milano: Franco Angeli s.r.l.
5. Barone R., Bruschetta S., D'Alema M. (2013). *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete AIRSaM*. Milano: Franco Angeli s.r.l.
6. Fioritti A., Trono, V. (2015). *Nuove proposte per l'inserimento lavorativo. L'esperienza dell'IPS*.
7. Oasi O., Rosatti F., Cerati G. (2011). *Riabilitare in psichiatria. Un'esperienza con il metodo train and place all'interno di un dipartimento di salute mentale*. Psichiatria e Psicoterapia, 30, 2, 91-106.
8. Vanzetto S., Quarenghi A., Varinelli A. et al. *Longitudinal outcomes of a work inclusion program in mental health departments in the city of Milan*. Int J Soc Psychiatry. 2024 May;70(3):507-517. doi: 10.1177/00207640231217177. Epub 2024 Feb 5.
9. Wing J.K., Beever A.S., Curtis R.H., Park S.B., Hadden S., Burns A. *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. Research and development. Br J Psychiatry. 1998 Jan;172:11-8. doi: 10.1192/bjp.172.1.11. PMID: 9534825.
10. Wing J.K., Curtis R.H., Beever A. *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. Glossary for HoNOS score sheet. Br J Psychiatry. 1999 May;174:432-4. doi: 10.1192/bjp.174.5.432. PMID: 10616611.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

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

CORRISPONDENZA

carla.morganti@ospedaleniguarda.it

-
11. Lora A., Bai G., Bianchi S., et al.: *The Italian version of HoNOS, a scale for evaluating the outcomes and the severity in mental health services*. Epidemiologia e psichiatria Sociale. 2001; 10(3): 198-2004.
 12. Jones S.H., Thornicroft G., Coffey M., Dunn G.: *A Brief Mental Health Outcome scale: reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF)*. British Journal of Psychiatry 1995; 166(5):654-659.

Utilizzo di Esketamina nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari sull'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST LODI.

Pinto M., Arienti V., Ferrari M., Magnani G., Marasco M., Vercesi M., Saenz M. e Cerveri G.

INTRODUZIONE

Il disturbo depressivo maggiore è una delle principali cause di disabilità nel mondo, con una prevalenza del 5% (OMS, 2017) ed un impatto economico molto rilevante. Nel nostro Paese la depressione, che in tutte le sue forme, colpisce più di 3 milioni di pazienti (di cui circa 2 milioni sono donne), ha un costo sociale complessivamente pari a 4 miliardi di euro l'anno. A questi costi si aggiungono quelli legati ai caregiver, tenendo conto che per ogni paziente sono coinvolti almeno 2-3 familiari (Fisher et al., 2023).

Benché i trattamenti farmacologici più utilizzati (SSRI, SNRI) abbiano in genere buoni risultati in termini di tollerabilità ed efficacia, circa il 30% dei pazienti affetti da Depressione Maggiore non risponde alle terapie (Depressione Resistente al Trattamento) (Cristancho et al., 2024).

Nel 2019 la statunitense Food and Drug Administration (FDA), e, dal 2021, anche l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), hanno approvato l'utilizzo di Esketamina spray nasale in combinazione con un antidepressivo orale per il trattamento della depressione negli adulti che non hanno tratto beneficio da altri trattamenti farmacologici.

Esketamina (enantiomero S di ketamina racemica) è un antagonista non selettivo e non competitivo del recettore N-metil-D-aspartato (NMDA), recettore ionotropico glutammatergico. Attraverso l'antagonismo del recettore NMDA esketamina produce un aumento transitorio del rilascio di glutammato, con conseguente aumento della

stimolazione del recettore dell'acido α -amino-3-idrossi-5-metil-4-isoxazolepropionico (AMPA) e del segnale neurotrofico. L'effetto finale è il ripristino della funzione sinaptica nelle regioni cerebrali coinvolte nella regolazione di umore e comportamento emotivo. Il ripristino della neurotrasmissione dopaminergica nelle regioni cerebrali coinvolte nel meccanismo di motivazione e ricompensa, e la ridotta stimolazione delle regioni cerebrali coinvolte nell'anedonia potrebbero contribuire alla risposta rapida (nell'arco di ore/giorni) (Di Vincenzo et al., 2024).

OBIETTIVI

All'interno dell'ASST di Lodi è stato iniziato uno studio open label sull'utilizzo di Esketamina intranasale nella terapia delle depressioni resistenti al trattamento, con l'obiettivo primario di verificarne efficacia e tollerabilità in base alla risposta clinica.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

La fase di induzione prevede la somministrazione di Esketamina 2 volte a settimana per 4 settimane al dosaggio di 56 mg (2 puff da 28 mg) per i pazienti fino a 65 anni, di 28 mg per i pazienti over 65. La fase di mantenimento comporta la somministrazione di 56mg o 84mg una volta a settimana per 4 settimane, per poi proseguire con 56mg o 84mg una volta a settimana oppure ogni 2 settimane per 6 mesi dall'inizio della risposta clinica.

Le somministrazioni si sono svolte nell'infermeria dei CPS previa rilevazione della pressione arteriosa e frequenza cardiaca; l'osservazione clinica è stata svolta da personale infermieristico e, laddove possibile, medico, con controlli dei parametri a 20-40-60 minuti.

Partecipanti e criteri di inclusione/esclusione

Il reclutamento dei pazienti è avvenuto attraverso la segnalazione dei singoli casi candidabili allo psichiatra referente da parte dei curanti del CPS; per l'inclusione nel progetto ci si è basati su criteri di inclusione riguardanti età (18-65)

e diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, con attuale Episodio moderato-grave (punteggi > 18 alla HAM-D; > 25 alla BDI; > 5 alla PSQI) in assenza di risposta clinica soddisfacente al trattamento con almeno due antidepressivi diversi, assunti regolarmente a dosaggi e per tempi adeguati; sono stati esclusi pazienti con gravi patologie cardio-vascolari ed epatiche e con comorbidità psichiatriche quali abuso attuale di sostanze, spettro della schizofrenia. Il reclutamento dei pazienti si è svolto attraverso un colloquio clinico con lo psichiatra referente, nel corso del quale è stata fatta una raccolta anamnestica personale e farmacologica e sono state illustrate le caratteristiche del farmaco, inclusi i possibili effetti collaterali, basandosi sulla scheda tecnica. Sono state inoltre spiegate modalità e frequenza di somministrazione con relative raccomandazioni (ad es non utilizzare veicoli nel giorno della somministrazione).

Misure di outcome

Oltre ad una valutazione clinica di tipo qualitativo, al fine di valutare l'efficacia del farmaco lo studio comprendeva l'utilizzo di scale autosomministrate per valutare i sintomi depressivi, l'insonnia, la qualità di vita percepita. Tali scale sono state somministrate a T₀, e dopo una, due, quattro e otto settimane dall'inizio del trattamento. Ad ognuno dei time-point i questionari venivano compilati dal paziente prima della somministrazione intranasale del farmaco.

Per la valutazione della tollerabilità, dopo ogni seduta, veniva inoltre compilata insieme al paziente una checklist dei possibili effetti collaterali (dissociazione, ansia, euforia o irritabilità, confusione/derealizzazione, alterata percezione del tempo, vertigini, parestesie, sonnolenza/sedazione, tachicardia e ipertensione, pollachiuria e urgenza minzionale).

RISULTATI

Di 9 pazienti segnalati dagli psichiatri curanti per il reclutamento, due sono stati esclusi per abusi etilici in atto; due non hanno accettato di partecipare al trattamento

per ragioni lavorative (impossibilità di assentarsi due giorni a settimana nelle prime quattro settimane della fase di induzione); uno ha iniziato le somministrazioni durante il ricovero in SPDC, ma il trattamento è stato sospeso per un dubbio viraggio maniacale del timismo con l'instaurarsi di confusione e affaccendamento (a fronte di valori pressori ben controllati con amlodipina). Allo stato attuale quindi i pazienti che hanno completato la fase di induzione e sono in terapia di mantenimento con Esketamina sono 4 (2 del CPS di Lodi e 2 del CPS di Casalpusterlengo), di età compresa tra i 44 e i 55 anni. Per quanto riguarda le comorbidità psichiatriche, due pazienti presentano disturbo di personalità misto/non specificato, e un paziente un disturbo d'ansia.

Per uno dei due pazienti con disturbo di personalità sono però disponibili i dati solo fino a T₁.

Nell'ultima fase di trattamento due pazienti hanno mantenuto il dosaggio di 56 mg ogni 2 settimane, mentre a 2 pazienti il dosaggio è stato aumentato a 84mg ogni 2 settimane.

Dal punto di vista della compliance, è stata riscontrata una buona adesione al trattamento da parte dei pazienti, che si sono sempre presentati puntuali alle sedute concordate, rispettando le raccomandazioni legate, ad es, al non utilizzo di veicoli e al non mangiare/bere prima della seduta. Tutti i pazienti coinvolti nel trattamento, inoltre, hanno preferito iniziare l'induzione in ambulatorio, piuttosto che effettuare un breve ricovero in SPDC (proposto per un più stretto monitoraggio di eventuali effetti avversi). Un ruolo importante nella rassicurazione dei pazienti lo ha avuto sicuramente l'assistenza infermieristica durante le sedute di trattamento, soprattutto nelle fasi iniziali: i pazienti hanno riferito di sentirsi tranquillizzati dalla presenza dell'infermiere (e dove possibile del medico) per il monitoraggio dello stato di benessere e dell'eventuale insorgenza di effetti collaterali.

Dal punto di vista clinico-sintomatologico, i pazienti sottoposti a trattamento con Esketamina intranasale in aggiunta ad un antidepressivo orale hanno riferito un

soggettivo miglioramento dell'ansia già dopo le prime somministrazioni; la mimica è apparsa più mobile e vivace, e, in particolar modo in una paziente, si è assistito ad un evidente miglioramento nella cura di sé e del proprio aspetto, che prima appariva più trascurato.

Nel complesso le social skills, pur in misura differente nei vari casi, sono migliorate, con una riferita maggior spinta ed iniziativa personale verso le interazioni sociali, sia in ambito lavorativo che extra-lavorativo, con riferita (anche dai caregivers) minor tendenza al ritiro e all'isolamento.

Tali miglioramenti sono diventati più evidenti soprattutto verso la fine della fase di induzione (prime 4 settimane) e l'inizio della fase di mantenimento; ciò è verificabile anche dagli esiti delle scale autosomministrate: per quanto riguarda i sintomi depressivi si è verificata una riduzione dei punteggi alla scala Hamilton maggiore del 25% in 2 casi su 4. Gli altri 2 pazienti hanno avuto una riduzione di un solo punto (va però sottolineato che per uno di questi i dati sono disponibili solo fino a T1).

Gli stessi due pazienti che hanno avuto un miglioramento più netto dei sintomi depressivi, hanno visto una riduzione maggiore del 25% anche dei sintomi ansiosi (punteggi scala Beck), e un trend di miglioramento della qualità del sonno (riduzione dei punteggi alla scala Pittsburgh).

Infine, rispetto alla percezione della qualità di vita, 3 pazienti su 4 hanno riscontrato un lieve miglioramento in almeno uno dei 5 domini della scala WHO-QOL.

Per quanto riguardagli effetti avversi osservati e riportati dai pazienti, nella nostra casistica si sono verificati episodi di lieve dissociazione, descritta prevalentemente come alterata percezione del tempo dopo le prime due somministrazioni di Esketamina (3 pazienti su 4). Due pazienti hanno riportato sensazione di capogiro/vertigine a T1 e T2; in un caso è stata riscontrata urgenza minzionale durante il periodo di osservazione dopo le somministrazioni; in un caso parestesie agli arti per le prime 4 settimane. Ad eccezione dell'urgenza minzionale, tali effetti sono scemati a partire dalla terza settimana di trattamento.

Si è verificato un unico ma significativo caso di ipotensione (valori pressori 80/45 mmHg), riscontrato prima di procedere con la somministrazione dopo la nona settimana di trattamento. In tale situazione è stata precauzionalmente rimandata la somministrazione (data assenza, in scheda tecnica, di dati relativi a eventuale rischio ipotensivo) di due settimane.

CONCLUSIONI

Nella nostra esperienza è stata osservata, in conclusione, una risposta al trattamento con esketamina in aggiunta all'assunzione dell'antidepressivo orale per due dei 4 pazienti affetti da depressione resistente. Il grado di miglioramento percepito dai pazienti, come emerge dagli scoring delle scale autosomministrate, è stato probabilmente influenzato dalle comorbidità psichiatriche. Infatti, 3 pazienti su 4 presentavano tratti personologici disfunzionali. Il miglioramento più evidente è stato riscontrato per la paziente che non presentava comorbidità psichiatriche significative, in accordo con diversi dati di letteratura (Dvorak et al 2024). Le circostanze ambientali/relazionali hanno infatti influenzato il grado di benessere soggettivo riportato dai pazienti nella compilazione dei questionari.

Non sono state riscontrate gravi e marcate collaterali cardio-vascolari o internistiche di sorta, cosa che suggerisce di fatto una buona tollerabilità della molecola.

Risulta interessante in questa raccolta di dati assolutamente preliminari la possibilità di realizzare trattamenti specifici per la depressione resistente nel contesto di un servizio territoriale diffuso come i Centri Psicosociali. Tale aspetto risulta di cruciale importanza al fine di poter aumentare l'accessibilità a trattamenti specifici per la Depressione Resistente che, soprattutto in un ambito territoriale così esteso, come quello della provincia di Lodi, renderebbe difficoltosa l'erogazione del trattamento in modo continuativo tramite servizi specialistici di terzo livello distanti dalla residenza dei pazienti.

Altro aspetto significativo di questo tipo di attività è stata la sfida organizzativa e formativa posta ai servizi

ambulatoriali territoriali. Attivare tale servizio ha reso infatti necessario identificare spazi adeguati e confortevoli per il monitoraggio dei pazienti, ha spinto ad un'attività formativa formale ed informale rivolta al personale medico ed infermieristico finalizzata all'acquisizione delle necessarie skills per gestire questa nuova strategia trattamentale in un contesto organizzativo spesso poco incline ai cambiamenti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST di Lodi

CORRISPONDENZA

marianna.pinto@asst-lodi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Cristancho M, Fava M, Ingelfinger J, Nikayin S, Sanacora G. *Depression - Advanced Treatments for Treatment-Resistant Depression*. N Engl J Med. 2024 May 30;390(20):e44.
2. Di Vincenzo M, Martiadis V, Della Rocca B, Arsenio E, D'Arpa A, Volpicelli A, Luciano M, Sampogna G, Fiorillo A. *Facts and myths about use of esketamine for treatment-resistant depression: a narrative clinical review*. Front Psychiatry. 2024 May 15;15:1394787.
3. Dvorak L, Bloemhof-Bris E, Shelef A, Halperin D, Wexler G, Talmon O, Feffer K. *Efficacy of Esketamine among patients with treatment resistant depression in a 'real world' health-care setting in Israel*. J Psychiatr Res. 2024 Jun;174:66-72.
4. Fischer F, Zocholl D, Rauch G, Levis B, Benedetti A, Thombs B, Rose M, Kostoulas P. *Prevalence estimates of major depressive disorder in 27 European countries from the European Health Interview Survey: accounting for imperfect diagnostic accuracy of the PHQ-8*. BMJ Ment Health. 2023 Feb;26(1):e300675.

Sviluppo di un modello di integrated care management per pazienti con gravi disturbi mentali e rischio cardiovascolare

Salvi V.^{*}, Sessini M.[°], Cogrossi S.[^], Rosiello R.[#]

ABSTRACT

I pazienti con disturbi mentali gravi (*serious mental illness*; SMI) hanno una mortalità per malattia cardiovascolare (CV) di 2-3 volte superiore rispetto alla popolazione generale di riferimento.

Questo è dovuto alla presenza di vari fattori di rischio quali l'adozione di stili di vita scorretti, l'uso di farmaci e fattori biologici che conducono all'aumento di fattori di rischio quali obesità, dislipidemie, insulino-resistenza e diabete. Per questo motivo i pazienti con SMI dovrebbero essere più frequentemente sottoposti a procedure di screening e terapeutiche specifiche, tuttavia questi pazienti presentano maggiori difficoltà di accesso ai programmi di prevenzione CV dedicati alla popolazione generale a causa di problematiche intrinseche alla patologia psichiatrica, quali ad esempio il ritiro sociale, la presenza di deficit cognitivi e lo stigma o il *self-stigma*.

L'obiettivo strategico del progetto è la riduzione della morbilità e mortalità CV nei pazienti con SMI in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) delle ASST coinvolte. Gli obiettivi specifici saranno l'istituzione di programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria dedicati a questa popolazione di pazienti.

Il progetto si declinerà innanzitutto nell'inquadrare i pazienti in relazione al rischio CV attraverso l'utilizzo dell'algoritmo del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità e/o diagnosi di sindrome metabolica.

Tale inquadramento iniziale verrà effettuato dal personale di riferimento del DSMD. Ai pazienti a elevato rischio CV (punteggio individuale rischio CV a 10 anni $\geq 10\%$ e/o sindrome metabolica) verrà affiancato un *Integrated Care Manager* nella figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) della Casa di Comunità delle ASST coinvolte. L'IFeC avrà il compito di effettuare psicoeducazione agli stili di vita, tenere contatti con i MMG, lo specialista cardiologo e gli eventuali altri specialisti, pianificare le visite mediche e gli esami strumentali ed eventualmente accompagnare alle stesse i pazienti con maggiori difficoltà. I pazienti con elevato rischio CV verranno quindi accompagnati a visita cardiologica nell'ambulatorio ospedaliero di riferimento, dove verranno messi in atto tutti i presidi necessari all'inquadramento diagnostico e terapeutico al fine di ridurre nel tempo il rischio CV.

Ai pazienti con basso rischio CV verrà effettuata psicoeducazione agli stili di vita e misurazione annuale del rischio da parte degli operatori di riferimento del DSMD.

I risultati attesi del progetto saranno una migliore aderenza a un corretto stile di vita e alle terapie farmacologiche assunte, una migliore qualità di vita e una riduzione del rischio CV alle visite successive.

Il progetto non prevederà l'impiego di risorse aggiuntive rispetto a quelle attualmente presenti nelle ASST coinvolte.

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte nei paesi occidentali. Abitudini di vita quali la sedentarietà, il consumo di alimenti ipercalorici e caratterizzati da zuccheri e grassi saturi, oltre all'uso di sostanze voluttuarie quali fumo o alcool hanno determinato un forte aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità nelle popolazioni ad alto tenore di vita, che è stato causa di una crescita lineare del rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare nell'ultimo secolo.

Numerosi studi clinici hanno messo in evidenza che le persone affette da gravi disturbi mentali (*serious mental illness*; SMI) quali schizofrenia e disturbo bipolare, soffrono con maggior frequenza di sovrappeso, obesità, ipertensione e diabete mellito di tipo II. Conseguentemente questi pazienti hanno tassi di morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari da 2 a 3 volte più elevati rispetto alla popolazione generale di riferimento (Correll et al., 2017).

L'aumento del rischio CV nei pazienti con SMI è multifattoriale. Innanzitutto gli stili di vita a rischio, da un'alimentazione sregolata con eccessivo introito calorico, uso di zuccheri raffinati e ridotto consumo di frutta e verdura, alla scarsa attività fisica, al maggiore uso di sostanze voluttuarie come alcolici e fumo di sigaretta. In secondo luogo, i pazienti con SMI assumono per lungo tempo terapie psicofarmacologiche, in particolare antipsicotici, che inducono aumento dell'appetito e del peso e talvolta ipertrigliceridemia e insulino-resistenza con aumento del rischio di diabete mellito di tipo 2. Infine, fattori biologici quali l'ipercortisolemia, una diatesi pro-infiammatoria e la presenza di geni pleiotropici che aumentano contemporaneamente il rischio di ammalare di disturbi mentali e dismetabolismi (Penninx et al., 2018; Chen et al., 2019).

Per questi motivi, che in ultima analisi conducono a un maggiore rischio cardiovascolare, i pazienti con SMI dovrebbero essere più frequentemente sottoposti a procedure di screening attraverso rilevazione frequente dei valori pressori, esami ematici e esami strumentali quali elettrocardiogramma, monitoraggio pressorio delle 24 ore o ecodoppler dei tronchi sovraortici. Secondo le linee guida della European Psychiatric Association, esami ematici ed ECG dovrebbero essere effettuati con cadenza annuale (De Hert et al., 2010).

Purtroppo invece, questi pazienti accedono molto meno alle visite di MMG e specialistiche, senza effettuare gli esami ematici né tantomeno gli esami strumentali: in questo modo non è possibile determinare lo stato di

salute, la presenza e l'entità dei fattori di rischio e agire per ridurli. Pertanto il ridotto accesso alle cure aumenta ulteriormente morbilità e mortalità cardiovascolare.

Le cause di questa riduzione dell'accesso alle cure sono principalmente problematiche intrinseche alla patologia psichiatrica, quali ad esempio il ritiro sociale dovuto a depressione o ideazione delirante, oppure la presenza di deficit cognitivi significativi che limitano fortemente la capacità del paziente di organizzarsi per andare dal MMG o telefonare per prendere un appuntamento e infine muoversi autonomamente per raggiungere i luoghi di cura. Oltre a ciò il paziente psichiatrico spesso ha atteggiamenti auto-stigmatizzanti: si vergogna di sé e della malattia mentale di cui è portatore e di conseguenza si isola ulteriormente. Infine, un ulteriore problema è quello della ridotta "health literacy", ovvero una ridotta alfabetizzazione alla salute e capacità di corretta gestione della propria malattia, con conseguente difficoltà a riconoscere e comunicare i sintomi di allarme, a leggere e capire le istruzioni dei referti sanitari, comprendere e seguire le complesse prescrizioni mediche.

Un altro fattore che aumenta la mortalità CV è la ridotta effettuazione di trattamenti specifici: il paziente con SMI che va incontro ad infarto del miocardio viene infatti sottoposto a interventi di rivascolarizzazione in una percentuale minore di quanto si registra nella popolazione generale. Nello specifico, le persone con schizofrenia vengono sottoposte ad angioplastica o bypass aorto-coronarico solo nel 40-50% dei casi rispetto a chi non ne soffre (Solmi et al., 2021). Un elemento che gioca a loro sfavore potrebbe essere derivato anche dal fatto che i pazienti con schizofrenia in condizioni di stress sono spaventati e sospettosi, con tendenza a chiudersi in sé stessi e rifiutare il trasferimento in Unità Coronarica o l'effettuazione degli interventi salvavita che vengono loro offerti in ospedale.

Purtroppo su questa dimensione del problema incide anche, a volte, un atteggiamento stigmatizzante da parte del personale sanitario che tende a interpretare come

epifenomeno del disturbo psichico anche le lamentele somatiche che vengono riportate dal paziente psichiatrico noto, con il risultato di sottovalutare, in alcuni casi, una sintomatologia che necessiterebbe di ulteriore approfondimento.

Infine, un ultimo elemento che concorre a determinare la maggiore mortalità CV nei pazienti con SMI è una prevenzione terziaria subottimale. Una recente meta-analisi ha recentemente dimostrato che i pazienti con SMI a seguito di infarto del miocardio hanno un rischio di mortalità a 1 anno del 70% superiore rispetto alla popolazione generale e contemporaneamente una riduzione significativa della prescrizione di farmaci cardiologici a seguito dell'evento (Chan et al., 2022). Le prescrizioni subottimali sono spesso motivate dalla convinzione che il paziente con SMI non riuscirà a seguirle, a causa dei descritti deficit cognitivi e contemporaneamente dell'assenza di una rete familiare. Tuttavia, uno studio di coorte statunitense ha dimostrato come i pazienti con schizofrenia ai quali veniva prescritta la terapia cardiologica gold standard dopo un infarto del miocardio, aveva lo stesso rischio di mortalità dei pazienti cardiologici di controllo a cui veniva prescritta la stessa terapia (Kugathasan et al., 2018), a dimostrazione che tale aumento della mortalità è anch'esso dovuto a un ridotto accesso alle cure ottimali.

Come si evince da quanto discusso, accanto ai noti fattori di rischio, il minore accesso alle procedure di screening cardiovascolare, alle procedure interventistiche nel momento dell'evento acuto, infine alle terapie farmacologiche per la prevenzione terziaria, contribuiscono ad aumentare la mortalità cardiovascolare dei pazienti con gravi disturbi mentali e quindi concorrono alla riduzione della loro aspettativa di vita.

Gli obiettivi del presente progetto sono quindi l'implementazione di programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria specificamente dedicati a questa popolazione di pazienti fragili.

La prevenzione primaria verrà attuata attraverso l'istituzione e implementazione di programmi psicoeducazionali

volti al miglioramento degli stili di vita, a una maggiore consapevolezza dei tempi legati alla salute fisica e al rischio CV, infine all'importanza di seguire un percorso di screening per individuare eventuali fattori di rischio.

La prevenzione secondaria e terziaria verrà attuata attraverso l'istituzione di un *case manager* con il compito di fare da raccordo fra il paziente e le strutture sanitarie interessate (MMG, medico specialista, centro prelievi, ambulatorio ospedaliero, ecc.).

METODI

Disegno dello studio

Pazienti con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizoaffective, disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore in carico ai DSMD delle ASST di Crema, Cremona e Bergamo Ovest verranno sottoposti a valutazione del rischio CV secondo le Carte del Rischio definite dall'Istituto Superiore di Sanità (Giampaoli et al., 2010).

Il rischio CV verrà calcolato attraverso l'algoritmo del Progetto Cuore, raggiungibile al sito internet www.cuore.iss.it/valutazione/calc-rischio (Fig. 1).

Il calcolo del punteggio individuale ottenuto attraverso l'algoritmo:

- È utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 35 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi CV;
- Non è utilizzabile nelle donne in gravidanza;
- Non può essere applicato per valori estremi dei fattori di rischio: pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg, colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl, colesterolemia HDL inferiore a 20 mg/dl o superiore a 100 mg/dl.

Per tale motivo, la valutazione dei pazienti il cui rischio non è analizzabile attraverso l'algoritmo verrà fatta attraverso diagnosi di sindrome metabolica (Alberti et al., 2009), secondo lo schema riportato in Fig. 2.

I pazienti con rischio CV a 10 anni $\geq 10\%$ (MCV classe III o superiore) oppure i pazienti che soddisfano

i criteri diagnostici per la sindrome metabolica, saranno considerati a elevato rischio CV e verranno coinvolti negli step successivi.

Uno studio che ha valutato il rischio CV in pazienti con SMI residenti in regione Lombardia, ha evidenziato che il 15% di questi aveva un rischio CV a 10 anni $\geq$ 10% (Salvi et al., 2020). Su questa base è stato stimato il numero di pazienti che saranno coinvolti nelle fasi successive del progetto (Tabella 1).

Tabella 1. Pazienti con SMI attualmente seguiti presso i DSMD delle singole ASST e stima dei pazienti con elevato rischio CV.

ASST	Totale	Stima elevato rischio CV
a 10 anni		
Bergamo Ovest	1975	296
Crema	493	74
Cremona	1002	150
Totale	3470	520

I pazienti a elevato rischio CV verranno quindi segnalati al Punto Unico di Accesso (PUA) della Casa di Comunità e seguito da un *case manager* identificato nell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) presso la Casa di Comunità di riferimento territoriale.

Nel presente progetto, l'IFeC avrà compiti di psicoeducazione, pianificazione degli interventi mirati alla riduzione del rischio CV e raccordo con le strutture sanitarie.

In dettaglio, i compiti dell'IFeC saranno di:

- Rinforzare i principi psicoeducazionali mirati all'ottenimento e mantenimento di una buona salute fisica;
- Istruire il paziente alla corretta assunzione della terapia farmacologica e riportare all'equipe curante del DSMD eventuali resistenze del paziente all'assunzione della terapia;
- Istituire un "calendario della salute" nel quale riportare le scadenze alle quali effettuare gli esami ematici/

- strumentali e le visite da MMG e medici specialisti;
- Pianificare e prenotare visite ed esami per il paziente;
- Accompagnare il paziente alle visite e/o all'effettuazione degli esami qualora sia in difficoltà a farlo in autonomia;
- Tenere i contatti con MMG e medici specialisti eventualmente coinvolti per assicurare che il paziente segua il percorso diagnostico/terapeutico in modo ottimale;
- In caso di sintomatologia fisica rilevante da valutare in maniera non differibile (es. dolore toracico), accompagnare ove possibile il paziente in pronto soccorso o in alternativa coadiuvarlo nelle procedure di accesso.

A seguito dell'incontro con il *case manager* (IFeC), il paziente ad elevato rischio CV verrà inviato a prima visita presso l'ambulatorio di Cardiologia. La valutazione sarà mirata ad un approfondimento clinico/strumentale e ad una eventuale presa in carico cardiologica.

L'intervento dello specialista cardiologo si concretizzerà in 4 tipologie principali:

1. Intervento farmacologico basato su protocolli condivisi e valutato rispetto agli eventuali effetti collaterali o controindicazioni rispetto ai farmaci psicotropi (ad es. la variazione del dosaggio della terapia diuretica nel paziente con SC secondo un algoritmo basato sulla valutazione clinica, sulla stima del peso corporeo e/o sulla variazione del peso corporeo e/o della valutazione bioimpedenziometrica; titolazione degli altri farmaci CV sulla scorta dei valori pressori, della frequenza cardiaca, dei sintomi, degli esami bioumorali; valutazione delle eventuali interferenze tra farmaci psicoattivi ed antiaritmici, ecc.);
2. Intensificazione del monitoraggio clinico: monitoraggio clinico, telemetrico e bioumorale (peptide natriuretico cerebrale, troponina), accesso venoso per l'infusione di farmaci, intensificazione del monitoraggio successivo alla valutazione (controllo telefonico o ambulatoriale ravvicinato, attivazione del telemonitoraggio remoto);
3. Attuazione in tutti i casi di un intervento educativo motivazionale personalizzato, rivolto ai bisogni

socio-assistenziali del singolo paziente e al rinforzo dell'aderenza al programma terapeutico, per favorire la responsabilizzazione e i comportamenti di auto-monitoraggio (misurazione frequente o quotidiana della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, del peso corporeo) ed autocura (corretto stile di vita e alimentare, riconoscimento dei sintomi o segni di allarme e di eventuale intervento, gestione della terapia diuretica). L'intervento educativo sarà corredato dalla consegna di opuscoli informativi con diario per la raccolta di dati del monitoraggio quotidiano dei parametri.

4. Verifica della stabilità clinica, tolleranza ed assunzione dei farmaci prescritti, assenza di eventi intercorrenti.

Fasi e tempistiche del progetto

FASE I

Tutti i pazienti con diagnosi di SMI verranno valutati da parte del personale sanitario del DSMD di riferimento (medico psichiatra o infermiere) in relazione al rischio CV, progressivamente arruolati nel percorso in occasione delle visite programmate. In dettaglio, al momento della

visita verrà effettuato da parte dell'infermiere la rilevazione della pressione arteriosa, di peso e altezza, della circonferenza addominale. Verrà altresì rivalutata l'abitudine al fumo di sigaretta e il consumo di alcolici e verrà indagata l'eventuale presenza di condizioni mediche generali e/o assunzione di farmaci come antiipertensivi, ipolipemizzanti e ipoglicemizzanti. I dati rilevati verranno riportati in una scheda-paziente informatizzata (*Allegato 1*).

I pazienti valutati, se sprovvisti di esami ematici svolti negli ultimi 6 mesi, verranno quindi invitati a effettuare nuovi esami ematici comprensivi di glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi.

I dati così raccolti permetteranno al medico di riferimento del DSMD di effettuare una valutazione del rischio CV utilizzando l'algoritmo dell'ISS e/o di effettuare diagnosi di sindrome metabolica secondo i criteri descritti.

I pazienti con rischio CV 10 anni $\geq 10\%$ e/o con sindrome metabolica, verranno considerati pazienti ad elevato rischio CV, tutti gli altri verranno considerati a basso rischio CV e rivalutati ad 1 anno con il medesimo protocollo.

Figura 1. Calcolo del punteggio individuale di rischio CV a 10 anni

Sesso		
Età		
Abitudine al fumo di sigaretta		(si intende chi fuma regolarmente ogni giorno, anche una sola sigaretta, oppure ha smesso da meno di 12 mesi)
Qual è il valore della pressione sistolica?		(1° misurazione, espressa in mmHg)
Qual è il valore della pressione sistolica?		(2° misurazione, espressa in mmHg)
Qual è il valore della colesterolemia totale?		(espressa in mg/dl)
Qual è il valore della colesterolemia HDL?		(espressa in mg/dl)
È mai stato diagnosticato il diabete?		(oppure due determinazioni successive di glicemia a digiuno superiori o uguali a 126 mg/dl)
Presenza di ipertensione arteriosa per cui il medico ha prescritto farmaci anti-ipertensivi		(si considera sotto trattamento chi assume regolarmente questi farmaci)
Calcola Rischio		

FASE II

Per i pazienti a elevato rischio CV verrà individuato, a seguito di raccordo con la Casa di Comunità dell'ASST, un IFeC di riferimento ivi afferente.

Verrà effettuata una prima riunione di conoscenza del paziente in Casa di Comunità o Centro Psico-Sociale (CPS), alla presenza del paziente stesso, dell'IFeC, del medico psichiatra e/o dell'infermiere del DSMD di riferimento. In tale occasione verrà condiviso con il paziente che si trova in una condizione di rischio elevato e gli verrà spiegato che l'IFeC di riferimento lo aiuterà da un lato a migliorare i propri stili di vita, dall'altro a tenere i contatti con il MMG e/o i medici specialisti per il monitoraggio della propria condizione di rischio. Il paziente coinvolto dovrà sottoscrivere un modulo di consenso informato e informativa sulla privacy con il quale consentire all'IFeC di riferimento di tenere i contatti con il MMG e/o gli altri specialisti coinvolti.

A tale primo incontro ne seguirà uno successivo a domicilio del paziente da calendarizzare entro 30 giorni dall'incontro iniziale, condotto dall'IFeC se necessario in presenza dell'infermiere di riferimento del DSMD. Durante tale incontro si entrerà maggiormente nel dettaglio degli stili di vita del paziente (tipo di alimentazione, livello di attività fisica, uso di alcolici e/o altre sostanze, fumo di sigaretta, eventuali contatti con MMG e/o altri medici specialisti). Si sottoporrà, inoltre, al paziente il questionario autosomministrato di valutazione della qualità di vita Short-Form 36-item (SF-36) (Apolone et al, 2005) (*Tabella 2*), disponibile in lingua italiana e validato in diverse popolazioni di pazienti. Infine si comincerà a redigere un "calendario della salute" dove riportare tutti gli appuntamenti sanitari. Tutte le informazioni raccolte verranno inserite in apposita cartella clinica da tenere presso la Casa di Comunità.

Per i pazienti che non siano già regolarmente seguiti da un cardiologo, l'IFeC si metterà in contatto con l'ambulatorio di Cardiologia dell'ASST per pianificare un primo appuntamento per visita cardiologica.

Tabella 2. Diagnosi di sindrome metabolica (IDF/ NHLBI/AHA; Alberti et al., 2009) Almeno 3 delle seguenti condizioni:

Misura	Cutpoints	
	Uomini	Donne
Circonferenza addominale	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Pressione arteriosa	sistolica ≥ 130 mmHg e/o diastolica ≥ 85 mmHg	
Trigliceridi	≥ 150 mg/dL	
HDL-c	< 40 mg/dL	< 50 mg/dL
Glicemia	≥ 100 mg/dL	

FASE III

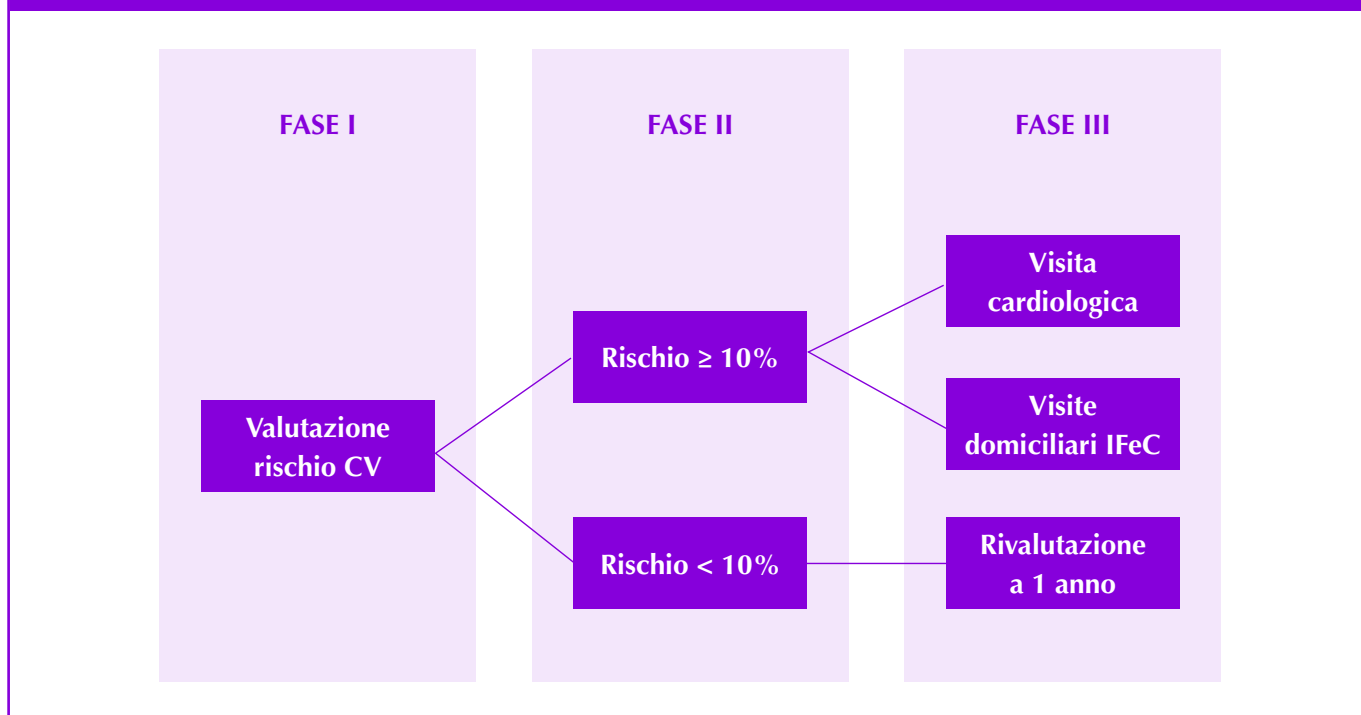
Il paziente a elevato rischio CV accompagnato dall'IFeC accede all'ambulatorio di Cardiologia per effettuare la prima visita cardiologica.

In occasione della visita verrà effettuato un inquadramento clinico con rilievo dei parametri antropometrici ed emodinamici e pianificati gli esami strumentali a completamento (ECG, ecocardiografia, ecc.). La valutazione si concluderà con l'identificazione e codifica dei problemi attivi del paziente: nuovi sintomi e/o segni di instabilità clinica; nuove alterazioni strumentali o biochimiche; recente destabilizzazione clinica con accesso in Pronto Soccorso o ricovero ospedaliero; stili di vita e/o comportamenti di monitoraggio e/o cura non adeguati; nessun problema attivo specifico.

Oltre che per l'elevato rischio CV, i pazienti saranno presi in carico dall'ambulatorio di Cardiologia in presenza delle seguenti problematiche:

- Patologia CV pregressa
- Elevata complessità clinico-assistenziale (incluso pazienti cardiopatici con polipatologie e politerapie, problemi di aderenza alla terapia, monitoraggio e/o cura, pazienti fragili, ecc.)
- Titolazione della terapia CV
- Gestione della terapia anticoagulante (in caso di fibrillazione atriale o di pregresso intervento cardio-

Figura 2. Rappresentazione grafica del percorso del paziente incluso nel progetto.



chirurgico con valvole meccaniche)

- Rinnovo di certificati e piani terapeutici di pertinenza cardiologica

I pazienti con SMI a basso rischio CV verranno monitorati attraverso esami ematici e rilievo dei parametri antropometrici con cadenza annuale. Tutti i dati verranno registrati in un database condiviso fra Casa di Comunità e DSMD.

Una rappresentazione grafica del percorso del paziente incluso nel progetto è visibile in *Fig. 2*.

Analisi dei costi di implementazione e realizzazione

Il progetto prevede l'integrazione delle attività del DSMD, della U.O. Cardiologia, del MMG, della Casa di Comunità, finalizzate alla definizione di un percorso interdisciplinare e multiprofessionale mirata alla riduzione del rischio CV e conseguentemente della morbilità e mortalità CV attraverso approfondimenti diagnostici e interventi specifici in soggetti affetti da SMI.

Nel percorso descritto sono previsti passaggi che vedono coinvolti operatori afferenti al DSMD che eseguono prestazioni cliniche valorizzate secondo uno specifico nomenclatore tariffario di Psichiatria (Circolare 46/

SAN del 1998, DGR 5743/2007 e DGR 4221/2007), rendicontate tramite sistema informatico per la psichiatria di Regione Lombardia (SIPRL).

In *Tabella 3* è riportato il suddetto tariffario con evidenziate le tipologie di prestazioni che verranno erogate ed il loro corrispettivo economico.

Tabella 3. Tariffario delle prestazioni sanitarie erogate nel corso del progetto.

Prestazione	Valore (€)	Flusso
Visita-Colloquio In Sede	47,72	46/San
Visita-Colloquio A Domicilio	56,76	46/San
Riunioni Sui Casi Interne Alla Uop	140,61	46/San
Riunioni Con Strutture Sanitarie/Altri Enti	103,96	46/San

In linea con quanto previsto dal modello proposto, è ipotizzabile prevedere un "pacchetto" di prestazioni specifiche della Psichiatria (rendicontate tramite SIPRL), mentre altre attività sono collegate alle prestazioni che vedranno coinvolto l'IFeC.

In *Tabella 4* sono riportati i costi stimati annui per singolo paziente incluso nel progetto.

Tabella 4. Costi annuali per paziente con elevato rischio CV.

Prestazione	Quantità	Costo (€)
Visita-colloquio in sede o a domicilio	2	95,44/113,52
Riunioni sui casi interne alla UOP	1	140,61
Riunioni con strutture sanitarie/altri Enti	2	207,92
Totale paziente/anno		443,97/462,05

Pertanto, ipotizzando di includere nel progetto 520 pazienti con rischio CV a 10 anni > 10%, tenuto conto di un *attrition* rate del 10%, con un totale di 468 pazienti coinvolti si ipotizza un valore economico delle prestazioni rendicontate annue variabile da circa 207.778 a circa 216.240€.

Non è stata inclusa la spesa per l'intervento IFeC in quanto, nell'attualità, le prestazioni di questa figura professionale non sono valorizzate secondo tariffario, vengono rendicontate nella cartella clinica. Si può stimare un impegno orario dell'infermiere non inferiore a 10h/paziente.

Va altresì notato come tale progetto potrebbe condurre a un risparmio della spesa sanitaria legato alla riduzione del rischio CV.

Ipotizzando che i 468 pazienti inclusi abbiano un rischio CV medio del 15%, questo significherebbe che 70 di essi svilupperanno un evento CV maggiore nei successivi 10 anni.

Nell'ipotesi -verosimilmente conservativa- che l'intervento conduca a una riduzione del 5% del rischio CV a 10 anni, ciò significherebbe che circa 23 pazienti eviterebbero un evento CV maggiore in 10 anni, che si sarebbe verificato se non fossero stati inclusi nel progetto.

Considerando che il costo medio diretto annuo per paziente con malattia coronarica acuta si attesta attorno

ai 15.000 € (Lucioni et al., 2016), il risparmio legato ai soli costi sanitari diretti si attesterebbe sui 345.000 € circa. Tale costo diretto è riferito all'occorrenza di un singolo evento CV maggiore per un singolo anno, senza considerare eventuali recidive; pertanto l'approssimazione è da considerarsi per difetto.

Oltre ai costi diretti vi sono quelli indiretti. Secondo una stima dell'European Cardiovascular Disease Statistics (2008) i costi indiretti nel nostro Paese per le patologie cardiovascolari ammonterebbero a 8 miliardi di euro, dovuti a morbidità (1,4 miliardi di euro per perdita di produttività dei pazienti in età lavorativa a causa della malattia), mortalità (2,6 miliardi di euro) e altri costi informali per la cura dei pazienti (4 miliardi di euro), portando ad un ulteriore costo (proiettato sul numero di pazienti considerati nel progetto) di ulteriori 31.200 €/anno. Considerando pertanto un costo anno delle patologie CV di 376.200 €/anno, il progetto permetterebbe un risparmio di circa 150.000 €/anno.

Va, inoltre, fatto notare come l'occorrenza di un evento CV maggiore conduca necessariamente a un ulteriore aumento dei costi indiretti legati alla riduzione dell'attività lavorativa dei *caregiver*, difficilmente quantificabili.

A ciò andrebbero, infine, considerati i costi attribuibili alla gestione ed alle complicanze collegate ai fattori di rischio CV quali: obesità, diabete, dislipidemie.

Tali fattori inducono a ritenere che la stima dei risparmi prodotti dal progetto sia in difetto rispetto ai costi reali che il SSN andrebbe a sostenere.

RISULTATI ATTESI

- Sensibilità alla tutela della salute degli assistiti attraverso la prevenzione: inclusione nel progetto dei pazienti con SMI (n° di schede di screening/n° di pazienti con SMI);
- Proposta innovativa di gestione territoriale dei pazienti in linea con le normative nazionali e regionali: coinvolgimento dell'IFeC in ogni caso individuato (n° di progetti salute/n° pazienti segnalati);

-
- Sistema di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale (n° riunioni con altri enti/n° pazienti segnalati);
 - Miglioramento della qualità di vita (variazioni dei punteggi della SF36);
 - Maggiore aderenza alle cure proposte, attenzione al proprio stile di vita e modificazione delle abitudini scorrette con riduzione del rischio CV alle rilevazioni successive al reclutamento: miglioramento degli indicatori (sindrome metabolica e punteggio di rischio cardiovascolare);
 - Possibilità di sviluppare nel tempo percorsi di gestione socio-sanitaria integrata ospedale- territorio: percorsi formativi, incontri periodici programmatici, eventi per gli operatori, per gli utenti e per la popolazione generale.

CONCLUSIONI

Il lavoro descrive le finalità e l'attività di un progetto di integrazione ospedale-territorio mirato a migliorare la conoscenza e gestione della salute metabolica e CV in una popolazione fragile di pazienti con SMI, caratterizzati da elevata complessità clinico-assistenziale, elevato rischio CV e specifiche necessità terapeutiche.

L'idea alla base è l'istituzione di un modello assistenziale dedicato e pensato sulla base delle caratteristiche di scarsa conoscenza del problema e autonomia decisionale da parte delle persone con SMI in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale.

Fra i punti di forza del progetto si riconosce la possibilità di realizzarlo attraverso le risorse già in essere alle ASST coinvolte (Poli Ospedalieri, DSMD, Distretti).

Un aspetto essenziale di tale progetto sarà la raccolta sistematica degli indicatori primari relativi agli interventi prodotti, sia per verificarne l'efficacia sia l'efficienza nel tempo.

Inoltre, data la scarsità di conoscenza sull'argomento specifico nel nostro Paese, l'analisi dei dati permetterà di produrre e divulgare lavori scientifici con lo scopo dell'estensione del modello, qualora risultasse efficace ed efficiente, ad altre realtà sul territorio nazionale.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Crema, Crema (CR)*

° *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Bergamo Ovest, Bergamo*

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

U.O. Riabilitazione Cardio-Respiratoria, ASST Mantova, Mantova

BIBLIOGRAFIA

1. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith SC Jr; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. *Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity*. *Circulation*. 2009 Oct 20;120(16):1640-5. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644. Epub 2009 Oct 5. PMID: 19805654.
2. Apolone G, Mosconi P, et al. *Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati*. 2005 Jan 01. Edizione Guerini e Associati.
3. Chan JKN, Chu RST, Hung C, Law JWY, Wong CSM, Chang WC. *Mortality, Revascularization, and Cardioprotective Pharmacotherapy After Acute Coronary Syndrome in Patients With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Schizophr Bull*. 2022 Sep 1;48(5):981-998. doi: 10.1093/schbul/sbac070. PMID: 35786737; PMCID: PMC9434477.
4. Chen Y, Yu CY, Deng WM. *The role of pro-inflammatory cytokines in lipid metabolism of metabolic diseases*. *Int Rev Immunol*. 2019;38(6):249-266. doi: 10.1080/08830185.2019.1645138. Epub 2019 Jul 28. PMID: 31353985.
5. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, Thapa-Chhetri N, Fornaro M, Gallicchio D, Collantoni E, Pigato G, Favaro A, Monaco F, Kohler C, Vancampfort D, Ward PB, Gaughran F, Carvalho AF, Stubbs B. *Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls*. *World Psychiatry*. 2017 Jun;16(2):163-180. doi: 10.1002/wps.20420. Erratum in: *World Psychiatry*. 2018 Feb;17(1):120. PMID: 28498599; PMCID: PMC5428179.
6. De Hert M, van Winkel R, Silic A, Van Eyck D, Peuskens J. *Physical health management in psychiatric settings*. *Eur Psychiatry*. 2010 Jun;25 Suppl 2:S22-8. doi: 10.1016/S0924-9338(10)71702-8. PMID: 20620882.
7. Giampaoli S, Vanuzzo D, Palmieri L, Lo Noce C, Dima F, De Sanctis Caiola P, Donfrancesco C, Ciccarelli P, Toccaceli V. Progetto CUORE. *Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardiovascolari*. Protocollo e manuale delle operazioni dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2011. 2010. Rapporti ISTISAN 10/33
8. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. *Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4(4):295-301. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30078-0. Epub 2017 Feb 22. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2017 Sep;4(9):e19. PMID: 28237639.
9. Kugathasan P, Horsdal HT, Aagaard J, Jensen SE, Laursen TM, Nielsen RE. *Association of Secondary Preventive Cardiovascular Treatment After Myocardial Infarction With Mortality Among Patients With Schizophrenia*. *JAMA Psychiatry*. 2018 Dec 1;75(12):1234-1240. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2742.

10. Lucioni C, Mazzi S, Rossi E, et al. *Therapeutic Strategies and Health Costs of Patients Admitted for a Cardiovascular Event in Italy*. Global & Regional Health Technology Assessment. 2016;3(2). doi:10.5301/GRHTA.5000221. of 47 *Observational Studies*. Am J Psychiatry. 2021 Sep 1;178(9):793-803. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21010031. Epub 2021 Jul 14. PMID: 34256605.
11. Penninx BWJH, Lange SMM. *Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications*. Dialogues Clin Neurosci. 2018 Mar;20(1):63-73. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/bpenninx. PMID: 29946213; PMCID: PMC6016046.
12. Regione Lombardia, Circolare n° 46/SAN: *Rilevazione delle prestazioni erogate dalle strutture psichiatriche pubbliche e private accreditate ai sensi dell'art.12 comma 3 della LR 31/97*.(d.g.r. n. VI/37597 del 24 /7/1998 art. 10).
13. Regione Lombardia, deliberazione n. Viii/4221 del 28.2.2007: *Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della d.G.R. 17 maggio 2004 n. Vii/17513* "Piano regionale triennale per la salute mentale".
14. Regione Lombardia, DGR 5743/2007: *Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2008*.
15. Salvi V, Aguglia A, Barone-Adesi F, Bianchi D, Donfrancesco C, Dragogna F, Palmieri L, Serafini G, Amore M, Mencacci C. *Cardiovascular risk in patients with severe mental illness in Italy*. Eur Psychiatry. 2020 Oct 26;63(1):e96. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.94. PMID: 33100262; PMCID: PMC7681153.
16. Solmi M, Fiedorowicz J, Poddighe L, Delogu M, Miola A, Høye A, Heiberg IH, Stubbs B, Smith L, Larsson H, Attar R, Nielsen RE, Cortese S, Shin JI, Fusar-Poli P, Firth J, Yatham LN, Carvalho AF, Castle DJ, Seeman MV, Correll CU. *Disparities in Screening and Treatment of Cardiovascular Diseases in Patients With Mental Disorders Across the World: Systematic Review and Meta-Analysis*

La violenza diretta contro l'operatore sanitario

Toscano M.

Il tema delle aggressioni al personale sanitario rappresenta un aspetto emergenziale che attraversa trasversalmente l'intero campo della medicina sebbene venga percepito in maniera più acuta in alcuni ambiti quali quelli del Ps, della medicina d'urgenza e della psichiatria. Il dato INAIL di marzo 2024 segnala circa 6000 episodi aggressivi nel triennio 2020-2022 di cui 2243 solo nell'ultimo anno, valore che corrisponde ad un incremento delle segnalazioni del 14% rispetto all'anno precedente. Questo giornale ha già ospitato contributi e riflessioni sull'argomento (Vender, 2023; Camuccio et al. 2021), a testimonianza della centralità ed attualità del fenomeno. Parimenti, negli ultimi anni, il mercato dell'editoria va proponendo sempre più numerosi prodotti a sostegno degli operatori che permettano di conoscere e, nei limiti del possibile, prevenire e trattare il fenomeno (Cannavò, 2020; Camatti et al. 2023).

LA SITUAZIONE GENERALE

Se si abbraccia l'intero campo della sanità i due elementi che emergono sono l'ubiquitarietà e la crescita progressiva degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario in tutte le nazioni del globo e la rappresentazione sottodimensionata della reale entità del fenomeno dovuto ad un difetto di segnalazione (Li et al. 2018; Shea et al. 2017). La violenza verso i sanitari, un tempo appannaggio perlopiù degli scenari di guerra, oggi è divenuta di comune riscontro nei contesti ordinari di lavoro (Bellizzi et al. 2021).

Una recente *Global survey* che ha raccolto dati di 79 paesi, per un totale di 5405 risposte, ha messo in luce come il 55% di tutte le figure sanitarie intervistate abbia sperimentato almeno un episodio di violenza nei

propri confronti mentre il 16% ne è stato testimone verso colleghi. L'analisi univariata dei risultati ha consentito di tracciare il profilo della vittima-tipo: età compresa tra i 26 e i 65 anni, sesso femminile, ruolo professionale infermieristico, medico e assistenziale, contesto di lavoro pubblico, esperienza lavorativa superiore ad un anno e turni di notte (Banga et al. 2023). Quindi un target piuttosto ampio sia per età che per competenze che consente di concludere come la violenza subita sia un fenomeno che non risparmia nessun operatore. La forma di violenza più comune è quella verbale (50,9%) seguita da quella emotiva (29,5%) e fisica (21,4%). Alle modalità "classiche" dobbiamo ora aggiungere la violenza Online/Cyber attestata al 4,8% dei casi. L'esito è prevedibile: il 55% esprime insoddisfazione verso il lavoro e calo motivazionale mentre il 25% esprime l'intenzione di abbandonare il lavoro.

Un dato ancora più inquietante è quello che emerge da una *umbrella review* che ha preso in considerazione 32 review sistematiche di cui 19 includenti una meta-analisi. Secondo questa ricerca la prevalenza degli agiti violenti nei confronti degli operatori sanitari è pari al 78,9% con un impatto particolarmente marcato sulla figura infermieristica operante in ambito di salute mentale. (Rossi et al. 2023)

In Italia, con la Legge 113 del 14 agosto 2020, è stato istituito l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS), la cui relazione delle attività per l'anno 2023 esordisce sottolineando "La crescita esponenziale e preoccupante di episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie". Nella sezione dedicata all'inquadramento del fenomeno globale il documento mette in luce alcune criticità connesse al manifestarsi della violenza:

- L'incremento della spesa sanitaria dovuta al crescere della cosiddetta medicina difensiva il cui presupposto è il tentativo di limitare i contenziosi sia legali che, nel caso specifico, sul campo

- Il riscontro dello scarso utilizzo di strumenti di indagine validati a livello internazionale. La letteratura esistente offre risultati contrastanti proprio per carenza di strumenti appositamente progettati e validati
- L'estrema varietà tra i diversi paesi del quadro normativo e regolatorio per la prevenzione e contrasto del fenomeno violento.
- L'assenza di iniziative che portino ad identificare regolamenti e norme condivise a livello sovranazionale, sia negli Stati Uniti che in Europa.

Non viene invece fatta menzione alcuna della conseguenza che maggiormente sta mettendo in difficoltà i servizi ovvero l'effetto di disaffezione nei confronti del lavoro e, conseguentemente, la scelta di molti operatori di abbandonare una determinata area lavorativa particolarmente a rischio se non addirittura la fuoriuscita dal sistema sanitario.

Sebbene l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2022), altre organizzazioni internazionali e associazioni professionali abbiano sollevato l'attenzione sul fenomeno e promosso il suo monitoraggio, poco è stato fatto di concreto sul piano delle misure protettive e delle politiche di prevenzione (Kuhlmann et al. 2022). Affinchè la violenza verso i sanitari divenga un soggetto politico di rilievo ed un elemento di crisi del sistema di salute pubblica Kuhlmann (op.cit) ha avanzato alcune proposte di carattere politico e strategico:

- **Preparare gli operatori sanitari.** Integrare la prevenzione alla violenza nell'educazione e formazione del personale attraverso l'addestramento all'autoprotezione da attacchi violenti; acquisizione di *coping strategies* orientate al benessere e alla salute mentale; acquisizione di competenze comunicative finalizzate alla *de-escalation*; realizzazione di modelli di addestramento multi-professionali centrati sul team dedicati all'incremento di azioni coordinate (livello micro e di singolo attore)
- **Proteggere gli operatori sanitari.** Migliorare l'impat-

- to e l'applicazione delle leggi esistenti nonché definire la prevenzione della violenza come compito gestionale; implementare linee guida e strategie di prevenzione e protezione improntate a tolleranza zero; realizzare momenti di informazione, supporto telefonico e sostegno alla salute mentale (livello organizzativo e di management)
- **Approntare sistemi di monitoraggio e rilevazione,** incrementare le evidenze di ricerca ed il finanziamento di programmi (livello di politica sanitaria)
- **Coinvolgere il pubblico, i media e la comunità,** incluse le forze dell'ordine; stimolare la sensibilità; promuovere campagne coordinate (livello pubblico locale e politico)
- **Rinforzare la società civile e la leadership di organizzazioni sanitarie pubbliche internazionali,** a rispondere con azioni coordinate (livello di politica sanitaria globale/europea)
- **Promuovere azioni contro la violenza sui sanitari a tutti i livelli di governance,** ponendo attenzione al *gender* e agli aspetti razziali

In materia di protezione del personale sanitario l'ONSEPS ricorda come, la legge del 2020 da cui nasce l'organismo stesso, ha stabilito che le lesioni personali riportate da operatori sanitari siano direttamente perseguibili d'ufficio. Tuttavia si avverte la necessità di sviluppare strategie preventive nella pratica quotidiana che riducano il ricorso all'autorità giudiziaria.

Infine riveste notevole interesse la pubblicazione di uno strumento operativo pubblicato in Italia dal titolo "Violenza nei luoghi di lavoro e rischio aggressione. Guida pratica alla prevenzione" (Camatti et al. 2023) che affronta temi quali le misure preventive, la definizione di un piano di risposta alle emergenze, interventi di formazione-informazione e addestramento rivolti agli operatori, nonché l'analisi dei fenomeni sociali e psicologici implicati nella genesi degli episodi di violenza in ambito sanitario.

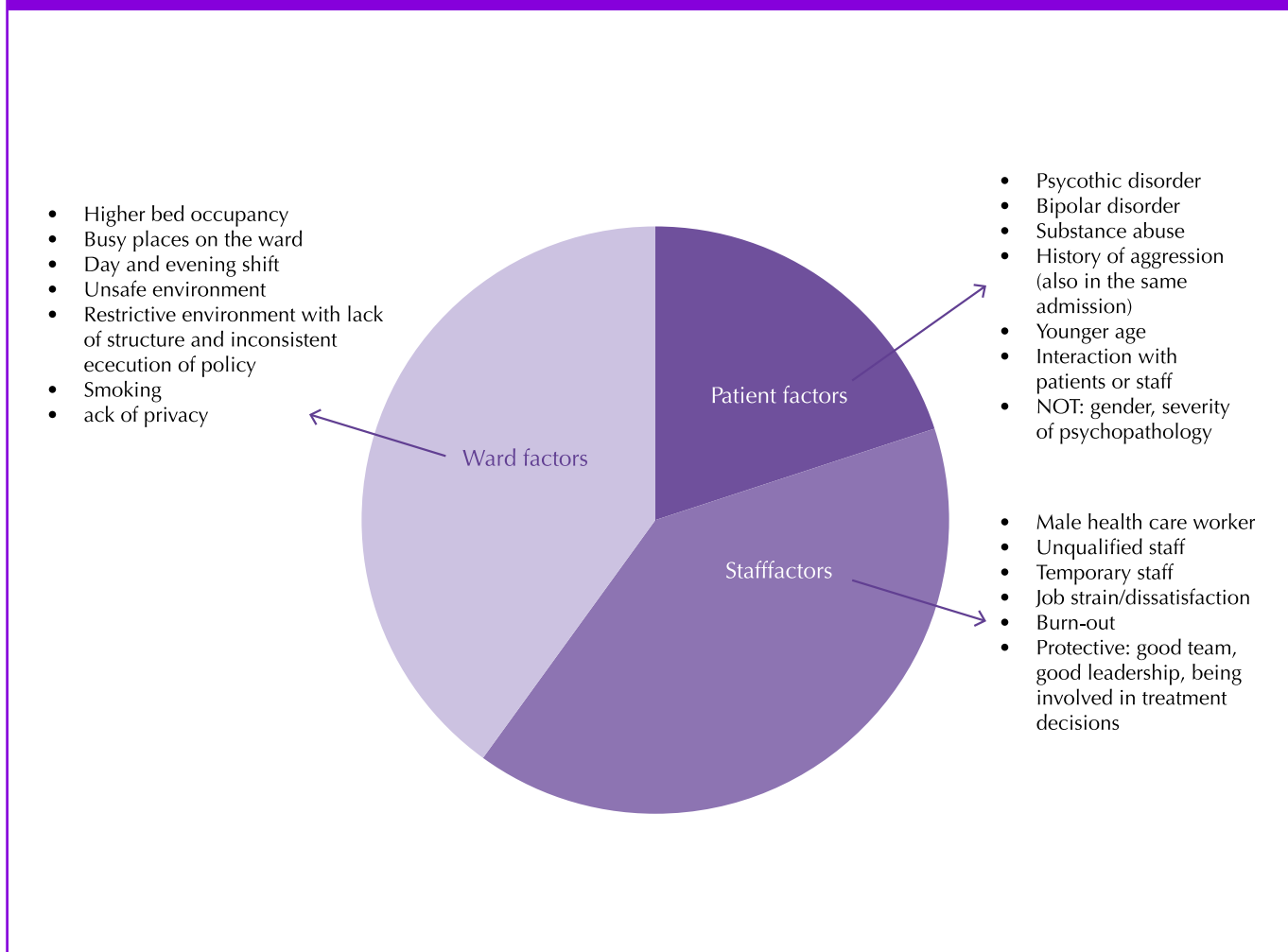
L'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE

Da qualche anno a questa parte gli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario della salute mentale sono in rapida crescita, sia nei reparti di psichiatria che all'interno dei servizi territoriali, e cioè da quando è cresciuta esponenzialmente la presenza dei pazienti con disturbo di personalità, uso di sostanze e condotte antisociali.

Una recente revisione sistematica (Weltens et al. 2021) ha valutato i risultati di 146 studi relativi alla prevalenza e ai fattori di rischio per aggressioni all'interno delle corsie psichiatriche. Il dato di prevalenza è estremamente variabile (8-76%) e può essere ricondotto a tre insiemi di variabili esplicative che sono il paziente, lo staff ed i fattori legati alla corsia (Fig.1). Diagnosi quali psicosi, disturbo bipolare, abuso di sostanze, pregressi episodi di aggressione e giovane età del paziente sono tra i principali

fattori responsabili dell'agito aggressivo sul versante del paziente. Mentre le variabili che si riferiscono all'operatore sono relative al genere maschile, alle mansioni meno qualificate ed al rapido turn over del personale, al distress lavorativo, alla scarsa soddisfazione nei confronti del lavoro ed al conseguente burn-out che mina e impoverisce la relazione con l'ospite. Per contro teams ben funzionanti, una leadership valida ed il coinvolgimento degli operatori nei processi decisionali si pongono come altrettanti fattori protettivi. Non da ultimo emerge l'importanza degli aspetti organizzativi e strutturali del contesto: corsie affollate, con alti tassi di occupazione dei posti letto, giro visite frettoloso ed itinerante, ambienti angusti e non pensati per la sicurezza, abitudine al fumo e mancanza di privacy sono tutti elementi che innescano e/o fanno detonare l'agito aggressivo.

Figura 1. Contributo dei differenti fattori allo sviluppo dell'aggressione. Tratto da PLOS ONE, 2021



È interessante guardare al fenomeno violenza assumendo il punto di vista dell'operatore per rendersi conto come la percezione soggettiva dell'accaduto risulti sbilanciata ovvero vengano messe in risalto principalmente le caratteristiche del paziente e minimizzato il peso degli aspetti organizzativi e strutturali (Pelto-Piri, 2020). Lo studio raccoglie i dati relativi a 283 episodi di violenza che hanno interessato 181 membri dello staff appartenenti a 10 corsie ospedaliere psichiatriche. Viene presa in considerazione la sequenza cronologica dei fatti: prima dell'incidente, durante e dopo. Per ciascuno dei tre momenti vengono raccolte le "cause" percepite dallo staff secondo uno schema tripartito che riconosce fattori interni al paziente, fattori esterni - intesi come le caratteristiche dello staff e la sua organizzazione - ed infine fattori situazionali ossia l'attività e le circostanze in cui si sviluppa l'agito aggressivo. Le indicazioni conclusive cui giungono gli autori sono: a) la necessità di uno sforzo di prevenzione primaria inteso ad accrescere negli operatori la consapevolezza dei fattori organizzativo/situazionali come cause rilevanti di violenza; b) un approccio di prevenzione secondaria orientato all'aumento delle competenze dello staff in materia di tecniche di de-escalation; c) lo sviluppo di misure di prevenzione terziaria da parte del management che monitori regolarmente gli incidenti violenti e offra supporto psicologico agli operatori.

I medesimi autori hanno successivamente affrontato la questione dal punto di vista dell'utente dei servizi secondo una prospettiva di *inclusione* sociale declinata nei tre principali valori che sembrano caratterizzarla e cioè la *partecipazione*, la *reciprocità* e la *giustizia sociale* (Pelto-Piri, 2021). Riguardo alla partecipazione lo staff segnala la difficoltà che gli operatori incontrano nel coinvolgere il paziente nel processo di cura mentre gli utenti sottolineano la preoccupazione connessa a quanto succederà loro una volta dimessi. In tema di reciprocità gli operatori sembrano avere una visione più positiva della relazione in corso di ricovero rispetto al vissuto del paziente. Ma è proprio sull'ultimo aspetto

che si appuntano le critiche più serrate dell'utenza. Cure invasive, mancanza di sostegno, difficoltà di accesso ai servizi, esperienze negative legate alla coercizione dei trattamenti sembrano generare nell'utenza una percezione di ingiustizia sociale che alimenta la spirale della violenza. Paradossale, quanto purtroppo suggestiva della condizione di molti pazienti psichiatrici, la conclusione che l'ambiente di reparto venga comunque percepito come luogo più sicuro rispetto all'esterno.

Sempre in tema di prevenzione degli agiti aggressivi nell'ambito della salute mentale, una recente revisione sistematica (Lopez-Ros et al. 2023) ha elencato 38 misure raggruppate in quattro categorie di intervento che ruotano attorno ad un principio unificante e cioè quello del dialogo tra operatore e utente con l'intento di modificare gli atteggiamenti dell'utente:

- Incremento della comunicazione e creazione di legami tra utente e professionista
- Potenziamiento dell'informazione ed addestramento dell'utente
- Coinvolgimento dell'utente nel processo decisionale condiviso con lo staff
- Gruppi di supporto a favore dell'utente

Questo approccio rientra in una visione del rapporto medico-paziente che si ispira al modello della *shared decision making* (NICE, 2021) che anche l'ambito della salute mentale sta cercando di sviluppare e fare proprio (O'Brien, 2022; Aoki et al. 2022).

Riguardo al contesto nazionale, la già citata indagine del Ministero della Salute (ONSEPS), sebbene molto articolata e tuttora in via di perfezionamento, non ha effettuato una specifica analisi dei dati relativi alla salute mentale. Tuttavia nella sezione dedicata alla raccolta dei dati Regionali e delle Provincie Autonome trasmesse dai CRGRS (Centri Regionali per la gestione del Rischio Sanitario) vengono forniti elementi di contesto tra i quali la sede ove si verificano gli agiti violenti. Il dato è relativo a tutte le Regioni e Provincie Autonome con

l'eccezione della Sicilia (*Tabella 1*). Si tratta di un dato meramente descrittivo che andrebbe rapportato ad altre variabili epidemiologiche che ne permettano la comparazione. Inoltre la scelta di accorpare il dato territoriale con quello proveniente dalle REMS appare, a giudizio di chi scrive, ulteriore elemento di confusione tenuto conto delle peculiari caratteristiche della popolazione autrice di reato. In ogni caso, anche ad uno sguardo superficiale, balza all'occhio una estrema variabilità dei risultati che non consente di concludere per una diversa incidenza del fenomeno quanto piuttosto per la specifica attenzione dedicata al monitoraggio dello stesso.

Tabella 1. Numero di segnalazioni agiti violenti per singola Regione

Regione	SPDC	Territorio/ REMS
Abruzzo	13	0
Calabria	4	6
Campania	14	15
Emilia Romagna	303	151
Friuli-Venezia-Giulia	70	53
Lazio	71	66
Liguria	102	9
Lombardia	664	370
Marche	4	<3
Molise	5	-
Piemonte	206	68
P.A. Bolzano	38	5
P.A. Trento	6	20
Puglia	37	4
Sardegna	56	<3
Toscana	156	92
Umbria	14	3
Valle d'Aosta	8	-
Veneto	301	279

Fonte: Dati ONSEPS 2023

LE CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA

Una riflessione particolare va alle conseguenze della violenza che, il più delle volte, si prolunga oltre il momento dell'esposizione per estendersi alla famiglia della vittima e alla rete delle relazioni sociali. La maggior parte delle ricerche che si sono focalizzate sugli esiti della violenza perpetrata ai danni degli operatori riportano in modo inequivocabile esiti di rilievo sul versante della psicopatologia (Wang et al, 2022), con l'eccezione di studi isolati che sembrano non confermare l'associazione verosimilmente a causa di debolezze metodologiche (Renwick et al, 2019). Nel citato lavoro di Wang e colleghi vengono studiati 112 staff medici in cui si sono verificati, per la prima volta, episodi di violenza. Ciascuno staff medico è stato valutato per depressione ed ansia in quattro momenti differenti (7 giorni, 1,3 e 6 mesi). La rilevazione seriatà sei sintomi ha permesso di disegnare la traiettoria in crescendo del disagio. L'incidenza dell'ansia a 7 giorni, 1,3 e 6 mesi è rispettivamente del 29.46, 41.96, 45.54 e 49.11%, con una differenza statisticamente significativa tra le quattro rilevazioni ($X^2 = 10.112$, $P = 0.018$). L'incidenza della depressione ai medesimi time points equivale al 50.89, 50.89, 47.32 e 58.04% senza che si raggiunga la significatività statistica ($X^2 = 2.718$, $P = 0.437$).

Un elemento di particolare interesse riguarda invece la "dinamica" attraverso la quale si sviluppano le manifestazioni depressive (FU et al, 2023). Il lavoro mette in risalto come il sentimento della paura sia il mediatore emotivo del passaggio verso la depressione. Il 72,8% degli operatori che hanno subito aggressioni di vario tipo sviluppano il sentimento della paura nei confronti dell'attività lavorativa con una prevalenza di sintomi depressivi del 45,9%. In conclusione quindi l'operatore che sperimenta la violenza fisica è anche quello che presenta i sintomi depressivi più marcati. Questa conclusione aiuta nella comprensione di un fenomeno noto da tempo ovvero che dopo un episodio di violenza subita si ingenera nell'operatore una condizione psicologica di "esitazione" che, in modo del tutto controintuitivo, porta talvolta

Tabella 2. Criteri diagnostici del Post-Traumatic Embitterment Disorder Tratto da Linden e Arnold, 2021

A. Core criteria

1. The patient responds with embitterment in direct relation to a negative life event which is experienced as injustice, humiliation. or breach of trust
2. The patient suffers from recurrent intrusional thoughts concerning the event and reacts with distinct emotional arousal when reminded of what has happened

B. Additional symptoms

1. The patient suffers from long-lasting dysphoric-aggressive-depressive mood reminiscent of depression with a somatic syndrome
2. The emotional modulation is unimpaired. The patient shows normal affect if he/ she is distracted and is even able to smile at thoughts of revenge
3. Drive is reduced and seems to be blocked
4. The patient experiences him-/herself as a victim
5. The patient experiences a feeling of helpness and finds themself unable to cope with the event and the consequences
6. The patient blames him-/herself for not having prevented the event or being unable to handle it
7. The patient does not care about what will happen to him/her and does not even know if he/she wants the wound to heal
8. The patient suffers from unspecific somatic symptoms, .g., sleep disorder, loss of appetite, fatigue, tension
9. The patient shows phobic avoidance of people or locations related to the event
10. The patient has suicidal ideation
11. The patient has recurrent thoughts of revenge and/or fantasies of aggression or extended suicide

C. There is no mental disorder in the year before the critical life event, which can explain the symptoms

D. The disorder causes significant stress and impairment in daily life

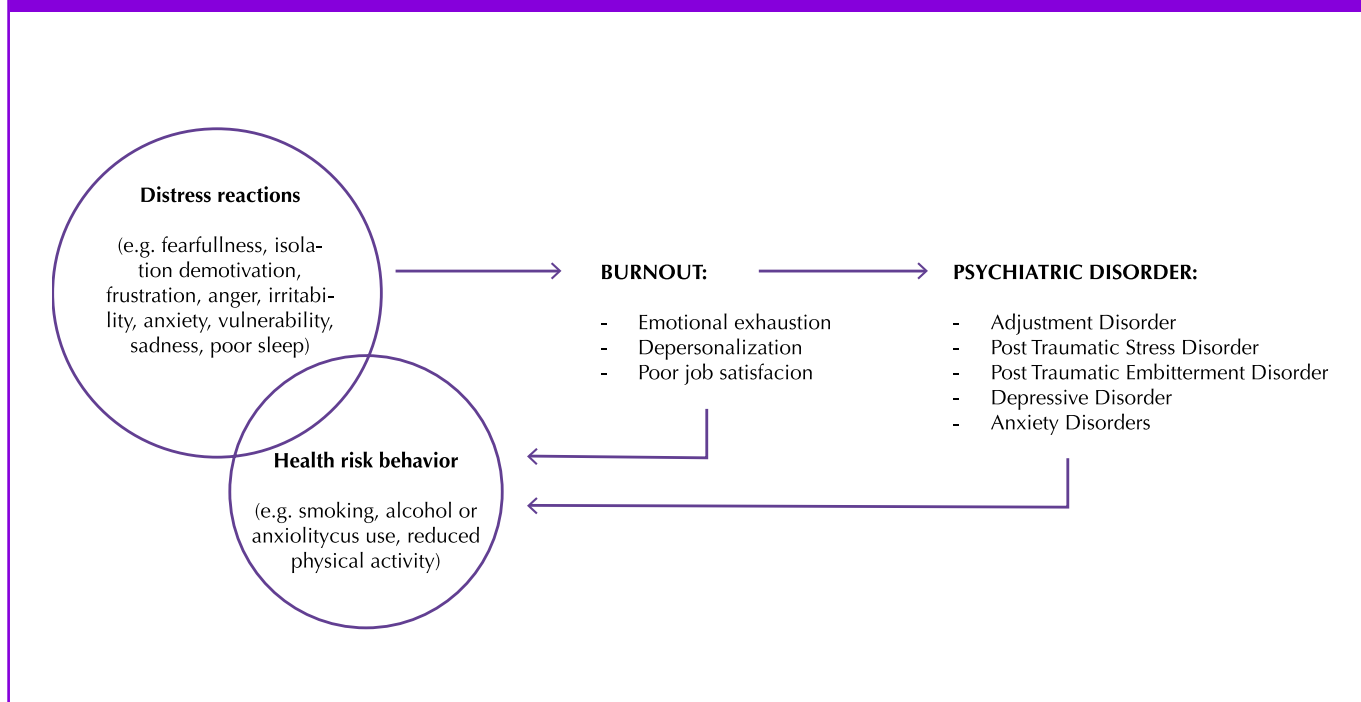
E. The problem lasts longer than 6 months

a procrastinare l'attuazione di atti necessari quali, ad esempio, la contenzione (Moylan et al, 2011). Ansia e depressione, innescatesi sulla paura, sembrano ingenerare un atteggiamento "attendista" di fronte al pericolo che, a sua volta, incrementa il rischio di ulteriori aggressioni.

Accanto ad ansia e depressione, tra le conseguenze psicologiche della violenza, si colloca ovviamente il Disturbo post-traumatico da stress che sembra interessare il 16% degli operatori colpiti (Hilton et al, 2020). Tra i fattori di rischio che predispongono all'insorgenza del PTSD sono rilevanti il genere, la scarsa preparazione ad affrontare situazioni critiche, la gravità del trauma (soprattutto fisico), l'esposizione cumulativa, la scarsa salute mentale antecedente l'episodio violento, il livello di neuroticismo (Hilton et al, 2021). Poco riconosciuto

ma ben presente alla mente di chi opera quotidianamente all'interno dei servizi è un aspetto "post-traumatico" che ha a che fare con il sentimento morale dell'ingiustizia ed il vissuto di "amarezza" che ne consegue (Linden et Arnold, 2021). Gli autori, ripercorrendo la storia del concetto di "embitterment" e dei suoi legami con la querulomania di Kraepelin, richiamano l'attenzione sulle profonde ferite psicologiche che il sentimento di ingiustizia può ingenerare nella persona, ad esempio l'operatore che, pur prodigandosi nel suo lavoro, viene aggredito, ferito e talvolta scarsamente compreso e/o assistito dall'ambiente circostante. Questo scenario apre le porte ad un disturbo non riconosciuto dai sistemi diagnostici attualmente in uso (DSM e ICD) seppur descritto in letteratura come "Posttraumatic Embitter-

Figura 2. Conseguenze dell'esposizione ad atti violenti. Tratto da Caruso et al., 2022



ment Disorder” (PTED), diagnosticabile sulla scorta di specifiche manifestazioni (*Tabella 2*). Una metanalisi condotta su 88 pubblicazioni relative a diverse professioni a rischio (militari, veterani, sanitari, soccorritori, educatori, giornalisti ed altri) ha messo in evidenza come l’esposizione ad eventi potenzialmente ingiuriosi sul piano morale interessi il 45% degli esercenti le professioni sanitarie mentre la pooled prevalence per il PTED interessi il 26% dell’intero campione (Brennan et al, 2024).

Accanto quindi alle conseguenze fisiche e psichiche sofferte dalla vittima (Caruso et al. 2022) (*Fig.2*) è fondamentale considerare l’impatto sulla dimensione lavorativa. Il danneggiamento delle strutture e dei macchinari impiegati non solo è estremamente oneroso per l’amministrazione ma è anche causa di rallentamento delle attività e disservizi che, in alcuni sistemi sanitari, può tradursi nella riduzione dell’income del lavoratore. Analogo effetto detrimental lo subisce la vittima dell’aggressione che risponde con scadimento della performance, riduzione dell’interesse lavorativo e della produttività, stato permanente di tensione durante il turno, riduzione al minimo dei contatti con l’utenza,

paura di nuovi episodi di violenza, assenteismo e, infine, spinta crescente al cambiamento lavorativo sino all’abbandono della professione (Pagnucci et al., 2021). Uno studio cross-sectional effettuato su 1761 infermieri ha espressamente indagato le conseguenze della violenza sul posto di lavoro ed in particolare la determinazione delle vittime a cambiare lavoro (Liu et al. 2018). La sintesi dello studio ha confermato quanto è logico aspettarsi. La violenza sul posto di lavoro è positivamente correlata a insoddisfazione lavorativa, burn out e propensione a cambiare lavoro nel 69,1% del campione intervistato. L’elemento però di interesse è che, ancora una volta, le conseguenze effettive dipendono in larga misura dal supporto organizzativo percepito. L’attenzione alla sicurezza e ai valori del lavoratore, l’apprezzamento per i traguardi lavorativi che consegue, il benessere e la soddisfazione lavorativa e l’aiuto che gli viene fornito quando si confronta con le difficoltà è l’elemento che media tra l’episodio e le sue conseguenze.

CONCLUSIONI

La violenza nei confronti del personale sanitario è ubiquitaria ed in crescita. Il suo monitoraggio rende evidenza del fatto che il fenomeno non è adeguatamente rappresentato per difetto di segnalazione. Sebbene il Ministero della salute italiano stia dedicando al fenomeno crescente interesse non sono state intraprese, ad oggi, azioni sistematiche di contrasto. Si segnala una carenza internazionale di strumenti validati per la misurazione e analisi dell'argomento ma soprattutto è assente un quadro normativo omogeneo a livello Europeo. L'impatto sulla salute fisica e psichica della violenza è molto alto, compromette la salute fisica e psichica degli operatori spingendoli ad assumere comportamenti orientati alla medicina difensiva ma, soprattutto, amplifica il fenomeno della fuga dal posto di lavoro che rischia di impoverire ulteriormente il già precario equilibrio della nostra sanità.

BIBLIOGRAFIA

1. Vender S. Chi pensa alla salute mentale oggi? *Psichiatria Oggi*, Anno XXXVI, N.1, 2023
2. Camuccio C., Bonaldi E., Vitale E. Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Un'analisi retrospettiva. *Psichiatria Oggi*. Anno XXXIV, n.2, 2021
3. Cannavò M. «Stop alla violenza a danno degli operatori della salute». *Prevenire e gestire la violenza sul lavoro*. SEU, Roma. 2020
4. Camatti J, Ferrari G, Introvini MS, Pugliese F. *Violenza nei luoghi di lavoro e rischio aggressione - Guida pratica alla prevenzione*. Edizioni FS. 2023. ISBN: 9788867632787.
5. Li P, Xing K, Qiao H, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese Township hospitals: incidence and implications. *Health Qual Life Outcomes* 2018;16:117.
6. Shea T, Sheehan C, Donohue R, et al. Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professionals. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49:236–43.
7. Bellizzi S, Pichierri G, Farina G, et al. Violence against healthcare: a public health issue beyond conflict settings. *Am J Trop Med Hyg*. 2021;106:15–6.
9. Banga A, Mautong H, Alamoudi R, et al. ViSHWaS: Violence Study of Healthcare Workers and Systems—a global survey. *BMJ Glob Health* 2023;8.
10. Rossi M, Beccia F, Cittadini F et al. Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health*, 2023-08-01, 221, 50-59
11. World Health Organisation (WHO). Preventing Violence Against Health Workers. Geneva: WHO, 2022. Available at: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
12. Kuhlmann E, Brinzac MG, Czabanowska K, Falkenbach M, Ungureanu MI, Valiotis G, et al. Violence against healthcare workers is a political problem and a public health issue: a call to action. *Eur J Public Health* 2022;33(1):4e5
13. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS ONE* (2021) 16(10): e0258346.
14. Pelto-Piri V., Warg L-E and Lars Kjellin. Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research* (2020) 20:362
15. Pelto-Piri V and Lars Kjellin. Social inclusion and violence prevention in psychiatric inpatient care. A qualitative interview study with service users, staff members and ward managers. *BMC Health Services Research* (2021) 21:1255
16. López-Ros P, López-López R, Pina D, Puente-López E. User violence prevention and intervention measures to minimize and prevent aggression towards health care workers: A systematic review. *Heliyon*. 2023 Sep 1;9(9):e19495.
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Shared decision making. NICE guideline. Published: 17 June 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng197
18. O'Brien A. No decision about me without me? Shared decision-making in mental healthcare. *BJPsych Open* (2022) 8, e122, 1–2. doi: 10.1192/bjo.2022.75
19. Aoki_Y, Yaju_Y, Utsumi_T, Sanyaolu_L, Storm_M, Takaesu_Y, Watanabe_K, Watanabe_N, Duncan_E, Edwards_AGK. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 11.
20. Wang L, Ni X, Zhe Li, Ma Y, Zhang Y, Zhang Z.

- Gao L, Liu X, Yan W, Fan L, Shi L. Mental health status of medical staff exposed to hospital workplace violence: a prospective cohort study. *Front. Public Health* 10:930118.
21. Renwick L, Lavelle M, James K, Stewart D, Richardson M, Bowers L. The physical and mental health of acute psychiatric ward staff, and its relationship to experience of physical violence. *International Journal of Mental Health Nursing* (2019) 28, 268–277
 22. Fu C, Lv X, Cui X, Huang M, Cao F. The association between fear of future workplace violence and depressive symptoms among nurses based on different experiences of workplace violence: a cross-sectional study. *BMC Nursing* (2023) 22:123
 23. Moylan L.B., Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011, 18, 526–534
 24. Hilton NZ, Ham E, Rodrigues NC, Kirsh B, Chapovalov O, Seto MC. Contribution of Critical Events and Chronic Stressors to PTSD Symptoms Among Psychiatric Workers. *Psychiatr Serv.* 2020 Mar 1;71(3):221-227.
 25. Hilton NZ, Addison S, Ham E, Rodrigues NC, Seto MC. Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses: Systematic review and directions for future research and practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022; 29:186–203.
 26. Linden M e Arnold CP. Embitterment and Posttraumatic Embitterment Disorder (PTED): An Old, Frequent, and Still Underrecognized Problem. *Psychother Psychosom* 2021;90:73–80
 27. Brennan CJ, Roberts C, Cole JC. Prevalence of occupational moral injury and post-traumatic embitterment disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2024;14.
 28. Caruso R, Toffanin T, Folesani F, Biancosino B, Romagnolo F, Riba M B, McFarland D, Palagini L, Belvederi Murri M, Zerbinati L, Grassi L. Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention. *Current Psychiatry Reports* (2022) 24:911–924
 29. Pagnucci N, Ottonello G, Capponi D, Catania G, Zanini M, Aleo G, Timmins F, Sasso L, Bagnasco A. Predictors of events of violence or aggression against nurses in the workplace: A scoping review. *J Nurs Manag.* 2022; 30:1724–1749.
 30. Liu W, Zhao S, Shi L, Zhang Z, Xinyan Liu X, Li L, Duan X, Li G, Lou F, Jia X, Fan L, Sun T, Ni X. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2018;8:e019525



CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

Il Case Management: catalizzatore di cambiamento e di crescita professionale

*Report sull'applicazione di una metodologia di lavoro in un DSM
e riflessioni sui risultati attesi e sui risultati ottenuti.*

Compagnone M., Brisichella R.*, Dentici D.*, Tasinato S.*, Dionisio G.*, Pastore M.*, Rossi F.**

ABSTRACT

L'attitudine a misurare, monitorare e valutare, quale cultura empirica di derivazione anglosassone, ha guadagnato spazi negli ambiti professionali con l'introduzione di strumenti di valutazione validati scientificamente sia per finalità di ricerca, sia per un'obiettiva valutazione clinica e di servizio e non da ultimo per omogeneizzare i linguaggi interprofessionali. Stessa considerazione vale per l'introduzione di Modelli Organizzativi e Assistenziali all'avanguardia che sebbene, nel nostro Paese, sono ormai sostenuti da una corposa normativa nazionale e regionale, faticano a decollare e ritardano quel lavoro sanitario e socio sanitario che dovrebbe essere orientato a obiettivi, processi ed esiti soprattutto nell'area altamente

specialistica della Salute Mentale e della Psichiatria di Comunità.

Questi cambiamenti sono ormai doverosi e rappresentano conoscenza, opportunità e prospettive future.

L'esperienza sul campo descritta in questo articolo è il primo risultato di "cambiamenti" introdotti a piccoli passi nella pratica clinica, assistenziale e riabilitativa nella realtà lavorativa del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'ASL Città di Torino ROT (rete Ospedale Territorio) Sud-Est che ha coinvolto le figure professionali dell'Infermiere e dell'Educatore e che hanno evidenziato quanto sia difficile "riflettere sul proprio operato e provare a leggerlo e descriverlo", una prassi poco utilizzata in molti contesti infermieristici ed in particolare in psichiatria. Ma,

pensare al lavoro che si svolge in termini di obiettivi e risultati, può suscitare riflessioni inaspettate e cambiare la percezione del proprio operato. Quello che stava per essere catalogato come un fallimento, basandosi sul paradigma quantitativo, è diventato un momento di riflessione su cosa voglia dire padroneggiare la scala LSP₃₉ attraverso fasi di graduale apprendimento e appropriazione di tecniche. Dal confronto con la letteratura e con i dati a disposizione si è gradualmente sviluppata la consapevolezza che avere uno strumento validato e oggettivo (anche più di uno strumento) aiuta ad affinare le capacità di valutare il lavoro svolto con l'utenza che afferisce al DSM.

INTRODUZIONE

Portare dei cambiamenti nelle realtà lavorative come nella vita di ogni persona genera inquietudine, paura, senso di insicurezza, sensazione di abbandonare una situazione in cui ci si sente protetti dalla "routine" e si insinua anche il dubbio che si potrebbe non essere in grado di affrontarli. Tutto questo perché gli esseri umani sono complessi ed è complessa ogni fase in cui avviene una trasformazione che richiede peraltro un ri-adattamento al "nuovo".

È un percorso lungo e irto di ostacoli e resistenze in particolar modo quando un gruppo di lavoro è stabile da anni ed ancorato ad una visione del lavoro che "stenta ad adattarsi" da un lato alla trasformazione dei bisogni di salute e di benessere da parte della popolazione e dall'altro all'emergere di nuove e complesse forme di disagio biopsicosociale.

«Nella maggior parte delle situazioni organizzative la permanenza di modelli professionali ormai superati (Bigger, 2010) è determinata da rigidità professionali e stereotipi di ruolo che resistono e si oppongono al cambiamento» (Bertoncini, 2015).

Se si pensa poi al cambiamento all'interno di un'organizzazione e nella fattispecie in ambito sanitario, entrano in causa una molteplicità di aspetti.

I cambiamenti organizzativi determinano nelle persone un senso d'insicurezza, che ha valenze sia soggettive che oggettive per l'individuo. Dal punto di vista soggettivo, si può introdurre il concetto di *job insecurity* che si riferisce a una generale preoccupazione circa l'esistenza futura del proprio lavoro (Rosenblatt & Ruvio, 1996), alla percezione di una potenziale minaccia alla continuità della propria attività professionale e alle aspettative personali di continuità in un setting lavorativo (Davy, 1997). Oggettivare il risultato del proprio lavoro in un testo scritto che mostri in maniera chiara e coordinata da cosa si è partiti ed a cosa si è arrivati, è un modo possibile per combattere e contrastare la *job insecurity*. Diverso è raccontare il percorso esperienziale, se si pensa di non aver atteso l'obiettivo o gli obiettivi definiti. Il paradigma quantitativo di stampo positivista con cui gli Infermieri italiani nascono (Mortari & Zannini, 2017) porta a credere che per pubblicare una esperienza è necessario raccogliere molti dati e che l'analisi, l'elaborazione e fintanto la rappresentazione dei medesimi siano di per se sufficienti per rendere suggestivamente le soluzioni.

«Le riflessioni epistemologiche sulla natura della Spiegazione biomedica delle malattie convergono largamente sul fatto che questa difficilmente può essere ricondotta ai modelli nomologici privilegiati dalla tradizione logicista o fisicalista del neopositivismo. Banalmente si può dire che in medicina non esistono leggi del cancro o dell'infarto.»¹.

La conseguenza è che quando l'approccio al proprio lavoro è di natura speculativa si attendono risultati tangibili e incontrovertibili. E quando questi risultati sono invece difficili da interpretare o il campione non è significativo statisticamente, il rischio è che si pensi di avere fatto un lavoro inutile (Brunetti et al, 2015).

Inoltre, quando si pubblica, *«in recent years, the trend has been to publish only studies with 'significant' results and to ignore studies that seem uneventful. This may lead to a biased, perhaps untrue, representation of*

1. www.treccani.it/enciclopedia/la-grande-scienza-la-biomedicina-e-le-sue-basi-epistemologiche_%28Storia-della-Scienza%29/

*what exists in nature»*². Eppure, in teoria, si dovrebbe imparare anche dagli errori, o perlomeno, se ne dovrebbe tenere traccia per non ripeterli.

Ci sono stati tentativi di pubblicare in campo biomedico riviste che tenessero memoria di risultati negativi. BioMed Central ha pubblicato fino al primo settembre 2017 il *Journal of Negative Results in BioMedicine*³, ma evidentemente, è difficile ammettere in maniera articolata e convincente che qualcosa è andato storto, e la rivista ha cessato la pubblicazione.

Per entrare nel “core” della nostra esperienza sul campo iniziamo con questi interrogativi: non avere davanti agli occhi dei risultati illuminanti e autoesplicativi vuol dire davvero che qualcosa è andato storto? Non potrebbe essere che il problema è stato sottovalutato o sopravvalutato, oppure qualcos'altro ha impedito di raggiungere i risultati attesi? E soprattutto: che risultati ci si aspettava? Avevamo chiaro l'obiettivo della nostra ricerca? Eravamo in grado di valutare correttamente il nostro lavoro?

Noi vogliamo raccontare una “storia professionale” che pur se ha avuto un iter non proprio lineare agli obiettivi e ai risultati attesi, non può essere considerato un “fallimento” semmai un arricchimento per tutti gli attori direttamente coinvolti e una esperienza interessante e utile per quelli che verranno. A far eco, le parole che seguono:

«Nella realtà vissuta, c'è assoluta necessità di ricerche utili, cioè di ricerche che facciano la differenza, perché capaci di introdurre miglioramenti nel reale» (Mortari & Zannini, 2017).

Scopo di questo articolo è rendere conto di un “percorso” di scoperta di qualcosa di imprevisto mentre si cercava altro e che si è trasformato in una grande opportunità di crescita professionale.

Nel 2020 la ROT (Rete Ospedale Territorio) Sud Ovest

del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) dell'ASL Città di Torino ha deciso di indirizzare parte delle risorse dipartimentali dedicate alla formazione per apprendere e applicare il Modello del Case Management secondo la declinazione che è stata messa in atto in Regione Lombardia (Cerati et al. 2013). All'iter formativo è seguita la sperimentazione nelle realtà lavorative.

Il termine “Case Management” significa letteralmente “gestione del caso” ma questa è una definizione semplificativa: il CMSA (Case Management Society of America) offre una delle definizioni più accreditate e complete:

Il Case Management è un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcomes di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia”

Nel 2022, dopo la prima esperienza sul campo, si è reso necessario valutare e verificare i risultati raggiunti. A tal proposito è stato costituito un gruppo di lavoro per raccogliere i dati di esperienza e uno degli strumenti utilizzati è stata la Scala Life Skills Profile 39 (LSP 39) che è diventata dotazione anche dei professionisti, Infermieri ed Educatori, della Cooperativa che affianca il lavoro nella ROT, per valutare i progetti riabilitativi ma che non hanno applicato nelle prassi il Modello del case Management.

Il gruppo di lavoro ha iniziato col verificare la fattibilità di questo processo di verifica dei risultati con una valutazione del portfolio delle competenze presenti e necessarie oltre a definire la metodologia da seguire. In prima istanza, si era pensato di procedere ad un lavoro di tipo quantitativo raccogliendo più dati possibile, ovvero

2. www.jnr-ceb.org/index.php/jnr visitato il 22 ottobre 2023

3. www.jnr-bm.biomedcentral.com/ visitato il 22 ottobre 2023

più schede della Scala di Valutazione LSP39. Ma scoprendo che il campione a cui era stata somministrata la Scala era piccolo per la significatività statistica, il gruppo di lavoro si è interrogato sul come procedere.

Il primo step è stato la raccolta di tutte le LSP39 compilate e la selezione di tutti i casi in cui ci fossero almeno due schede compilate nei tempi T₀ e T₁ con cui fare un confronto interno. Sono stati aggiunti alcuni dati anagrafici e diagnostici per avere un quadro più rappresentativo del percorso. Prima di applicare qualsiasi filtro (età, sesso, diagnosi, applicazione o meno della metodologia del Case Management) si è pensato di vedere se confrontando tutte le schede fra di loro emergeva qualche tendenza generale. Lo scopo era vedere come tutto il campione si era comportato nella sua totalità, proprio nella consapevolezza che le schede erano poche e che un confronto fra pazienti su cui era stata usata la metodica del case management e quelli su cui non era stata usata poteva essere soggetto a grossi *bias* legati alla poca numerosità del campione.

Nella maggior parte dei casi si poteva stimare un miglioramento dei punteggi totali fra la T₀ e la T₁, a prescindere dall'aver applicato o meno il Modello del Case Management.

“Altri studi che hanno valutato i risultati dell'applicazione del Case Management con altre Scale validate (HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales) e che sembravano avere un numero di casi statisticamente più rilevante e maggiori competenze metodologiche hanno più correttamente fatto i loro calcoli su dati non grezzi e «dall'analisi dei dati si è evidenziato come l'intervento dell'Infermiere Case Manager produca maggiori miglioramenti soprattutto nella fase iniziale con una diminuzione molto significativa nelle somministrazioni semestrali, tanto da ipotizzare la possibilità di somministrare, la suddetta scala, a T₀ (nel momento della presa in carico dell'utente) e poi ogni 6 mesi anziché ogni 3 mesi (Erlicher A, Vigorelli M et al., 2005). Dopo il periodo iniziale di trattamento con il Modello organiz-

zativo del Case Management Infermieristico si nota una certa stabilizzazione dei punteggi HoNOS (Tansella M, Thornicroft G, 2000).” (Moriconi et al. 2016).

Nella nostra esperienza l'impressione era che si raggiungesse il medesimo risultato senza applicare modelli organizzativi nuovi. Come interpretare tutto questo? Si trattava di un bias o questo risultato apparentemente controdeduttivo ci dava un indizio da non sottovalutare su qualcosa di inaspettato che andava indagato? E come mai quel risultato sembrava comunque stranamente sovrapponibile ai risultati di altri studi con altri strumenti validati e con altri numeri?

Una delle spiegazioni possibili poteva essere che il miglioramento non fosse, in parte, che un artefatto legato allo sguardo che l'Infermiere volge sul paziente con uno strumento (sia esso la HoNOS o la LSP39) e non quindi il risultato dell'uso del Modello del Case Management?

E se invece di considerarlo un artefatto fosse esso il risultato del nostro studio?

MATERIALI

- Corso di formazione sul Case management tenuto da un esperto della materia utilizzando come base il Case Management come declinato nei DSM della Lombardia a infermieri e medici della ROT Sud Est del DSM dell'ASL Città di Torino.
- Scheda di monitoraggio del processo di case management;
- Strumento per l'esplorazione delle reti personali (Mappa di Rete)
- La Life Skill Profile 39 (LSP39)
- Un database costruito utilizzando Epi Info per raccogliere i dati in modo da preservarne l'integrità evitando manomissioni accidentali durante l'elaborazione.
- Reperimento di articoli della letteratura sul Case Management, la LSP39 ed i vari aspetti che via via venivano esplorati, senza una ricerca sistematica preliminare, ma andando a cercare articoli di approfondimento mano a mano che si ponevano i quesiti.

- Somministrazione di un questionario agli Infermieri dei CSM (Centro di Salute Mentale) coinvolti nella sperimentazione sulla soddisfazione e sull'utilità del Modello o della sola Scala di Valutazione.

Dopo aver rilevato le difficoltà evidenziate da alcuni nell'utilizzo di più schede, il Coordinatore Infermieristico ha pensato di raggruppare in un'unica scheda l'esplorazione delle reti personali e la LSP₃₉ modificata raggruppando le varie sottoscale in blocchi omogenei e di ridefinire un patto con il paziente in modo che fosse possibile avere in un solo documento tutto il necessario.

METODI

- Implementazione della LSP₃₉, della mappa di rete del paziente, e della scheda di monitoraggio del processo (per i professionisti che hanno praticato il Modello del Case Management). A tutti gli altri professionisti come già descritto è stata richiesta come nuova metodica di lavoro di inserire la LSP₃₉ come parte del progetto riabilitativo.
- La creazione di un gruppo di lavoro su base volontaria che raccogliesse le fila dell'esperienza e procedesse a scrivere un articolo sull'argomento.
- La creazione di un gruppo di lavoro che facesse sintesi di quanto si era svolto per restituire all'équipe curante multiprofessionale in una delle riunioni periodiche in entrambi i CSM.
- Calendarizzazione di riunioni periodiche nelle quali per fare il punto della situazione e discutere sui progressi e sul materiale raccolto.
- I due gruppi di lavoro, di fatto si sono sempre confrontati vista la correlazione fra i due lavori e che uno dei due gruppi era formato da due Infermieri provenienti da un solo CSM non avendo avuto adesioni da parte di Infermieri dell'altro CSM.
- Raccolta e condivisione del materiale bibliografico selezionato.
- Traduzione di alcuni articoli per renderli fruibili a chi

non aveva abbastanza dimestichezza con l'inglese ed il francese oltre che per avere una base di conoscenze condivisa più ampia possibile per la discussione.

- Raccolta e sistematizzazione dei dati: le schede compilate andavano ridotte a dati anonimi e confrontabili. Per poter avere su tutti i PC (Personal Computer) lo stesso programma e quindi lo stesso layout si è scelto di usare EpiInfo del CDC di Atlanta, che è gratuito e che poteva essere installato su ogni PC senza gravare l'Azienda di costi di alcun genere e senza dover chiedere fondi. Epi Info è uno strumento valido e testato per i dati sanitari garantito dalla competenza e dall'esperienza del CDC di Atlanta.

È stato creato un file CSV (Comma-Separated Values) con cui si è potuto creare una base dati omogenea su cui lavorare senza compromettere l'integrità dei dati. Si è così proceduto ad una analisi sommaria dei risultati più grossolani e a seguire sono stati messi a confronto la prima e la seconda somministrazione della LSP₃₉, come comparazione preliminare fra i dati delle due somministrazioni.

RISULTATI

La compilazione delle schede e l'applicazione del Modello del Case Management nei due CSM ha richiesto un impegno oneroso, peraltro, alcune schede sono risultate incomplete e alcune non compilate correttamente inficiando così l'interezza del dato. Si è tornati a riprendere il materiale cartaceo per sollecitare la compilazione corretta che di pari passo avrebbe aumentato numericamente le schede e quindi i dati a disposizione.

Un problema rilevante è stato che il materiale in uso è stato modificato in corso d'opera così che nell'imputare i dati nel database si è dovuta fare molta attenzione per evitare di confondere gli items. Inoltre, la compilazione delle schede è stata vissuta da diversi operatori come un "compito" aggiuntivo e non come uno strumento di lavoro utile e quindi sentito come un bisogno di possedere un metodo e lavorare per processi e obiettivi; queste resi-

stenze hanno inevitabilmente prodotto una operatività non accurata e frettolosa.

La gestione dei dati da parte dei professionisti coinvolti non è stata corrispondente agli obiettivi prefissati, e tra i membri del gruppo è mancata una sorta di omogeneità di intenti pur nella ricchezza delle diversità. L'idea iniziale di creare una diade caso controllo proporzionata, se da una parte sarebbe stata metodologicamente opportuna, dall'altra non avrebbe permesso di focalizzare il dato sul quale si basa questo paper.

Per cui, ciò che nella fase iniziale di questa esperienza sembrava essere un ostacolo al poter descrivere il lavoro svolto, si è rivelata una nuova opportunità che invece e inaspettatamente ha costretto tutti i professionisti coinvolti a riflettere su cosa era accaduto che ha avuto la sua importante significazione.

Su 35 pazienti con due schede compilate, solo per 8 pazienti non sono stati rilevati miglioramenti fra una rilevazione e la successiva, mentre due pazienti hanno un punteggio invariato fra una rilevazione e l'altra.

Tutti gli altri hanno avuto punteggi più alti nella seconda rilevazione.

E rispetto alle sottoscale, il risultato non cambia:

- in 13 schede la sottoscala “cura di sé” è peggiorata.
- 8 hanno visto un peggioramento nella sottoscala “non turbolenza”.
- 7 sono peggiorate nella sottoscala “comunicatività”.
- 7 sono peggiorate nella sottoscala “contatto sociale”.
- 7 sono peggiorate nella sottoscala “responsabilità”.
- 11 pazienti hanno avuto punteggi inferiori in alcune aree (aree non singolo item) ma sono comunque risultati con punteggi più alti alla seconda rilevazione.
- 10 pazienti hanno avuto un peggioramento in una sola area.
- 2 sono peggiorati in due aree.
- 1 è peggiorato in tre aree.
- 2 sono peggiorati in quattro aree.
- 1 è peggiorato in tutte le aree.

DISCUSSIONE

La SLP, da sola, sembra non avere una grossa predittività. Nata in Australia nel 1989 (Rosen 1989) consultando «psychiatrists, nurses, other mental health professionals, boarding house proprietors, and relatives». La versione italiana è del 1994 (Zizolfi 1994). Sembra essere stata pensata in un'epoca di deistituzionalizzazione ed essere quindi tarata su una realtà di pazienti con una storia di malattia mentale molto importante e connotante, soprattutto schizofrenici, che, soprattutto, nella loro storia clinica avevano grossi periodi di istituzionalizzazione in strutture chiuse di tipo asilare, con tutto ciò che questo comporta. Inoltre, sembra incapace, da sola, di dare una visione del paziente che abbia dei risvolti operativi. Burgess et al (2017) ritengono che «Further work is required to determine which, if any, of these instruments satisfy further criteria relating to their appropriateness for assessing functioning within relevant service contexts, acceptability to clinicians and consumers, and flexibility in routine practice.» riferendosi anche ad altre scale di valutazione simili. Versioni con 16 e 20 items sono state inserite in batterie usate in studi segnalati nel manuale originale (Rosen et al 2006). Nella Regione Piemonte la LSP39 si è utilizzata per raccogliere dati sui pazienti nell'area residenziale, affiancata alla GAF (Global Assessment of Functioning), e la HoNos. Manickam et al (2005) l'hanno affiancata alla PRS (Patients Rejection Scale) per valutare la correlazione fra le abilità dei pazienti ed il rifiuto da parte dei principali assistenti familiari ed è stata aggiunta una sottoscala per l'armonia familiare.

La realtà dei CSM del ROT Sud Est sembra caratterizzata dalla difficoltà a pensare di misurare i risultati del proprio lavoro. La storia dei due CSM nelle varie evoluzioni dalla loro nascita alla fine degli anni '70 del secolo scorso ha fatto sì che si creasse uno stile di lavoro poco incline alla discussione sui risultati. Si è instaurato un sistema nel quale si pensa che il lavoro dell'Infermiere consista soprattutto nel rispondere a delle richieste assistenziali dei pazienti, dei familiari e del curante, senza

molto pensare gli interventi, che risultano quindi rivolti ai pazienti spesso in maniera non mirata.

Non aspettandosi nessuno dei veri miglioramenti legati al lavoro degli operatori, lo scopo del lavoro sembra consistere soprattutto nell'effettuare interventi come accompagnamenti a visite mediche, gestire le terapie ed il denaro, aiutare nel disbrigo di pratiche burocratiche e nella quotidianità sine die e senza una progettualità. Di fatto così è come se il paziente possa essere considerato sempre uguale a se stesso, fino a che non si certifichi un qualche cambio di status che preveda il passaggio a qualche altra articolazione del Sistema: la valutazione di disabilità prima non certificate o non indagate. Questo ha fatto sì che spesso gli Infermieri e altre figure professionali che si occupano del paziente non sappiano veramente quale sia la patologia per il quale viene seguito, oppure che abbiano addirittura idee confuse o fuorvianti su quale sia la sintomatologia che affligge il paziente nell'ottica che se il paziente è seguito, avrà sicuramente una patologia psichiatrica. Da poco si è cominciato a discutere sull'opportunità o meno di effettuare alcuni tipi di interventi in base all'utilità per il paziente e non solo rispetto alla possibilità o meno di effettuarli, ma l'abitudine a *fare senza pensare al perché si fa*, crea spesso una sensazione di incompiuto o di non soddisfazione quando si rifiuta o si decide di non effettuare un trattamento, anche quando essa è palesemente non congrua con il progetto terapeutico o addirittura ostacolante la possibilità di autonomizzare la persona che chiede un intervento assistenziale. A questo si aggiunge che la dotazione organica dei DSM in Piemonte dall'ultimo rapporto disponibile (Ires 2017) è sotto la media nazionale e si attesta a 0,4 ogni 1500 abitanti comprendendo anche gli SPDC, e da allora i dati sono ancora peggiorati a causa dei pensionamenti e della riorganizzazione nel frattempo intercorsa che ha portato all'uscita del personale dell'ASL dalle strutture residenziali e dall'impatto dell'emergenza Covid 19 sui Servizi di Salute Mentale. Anche l'avvicinarsi del personale medico ha avuto un

ruolo in questa situazione. Una intera generazione di medici è andata in pensione ed in alcuni CSM non c'è più nessun medico sopra i cinquant'anni o che lavori in quel luogo da più di cinque anni. Si è così ricreata una situazione molto simile a quella che si era creata all'epoca dell'apertura dei CSM con personale infermieristico con molti anni di esperienza e personale medico molto giovane ed appena uscito dalla scuola di specialità. Ma a differenza di quegli anni, gli Infermieri dei CSM ora hanno tutti una formazione generalista. E se è vero che i vecchi infermieri psichiatrici avevano solo il vecchio corso di un anno previsto dalla legge del 1906, è anche vero che chi aveva aperto i CSM aveva accumulato una formazione psichiatrica sul campo che gli infermieri attuali spesso non hanno ed erano partecipi del clima culturale dell'Italia di quei tempi che ha favorito la chiusura dei manicomi ed i processi di deistituzionalizzazione. Nel secolo scorso, negli anni '80 c'erano molte Infermiere motivate ed alcune, in certi contesti, hanno anche prodotto delle riflessioni sulla professione (Tacchini 1998), ma in molti altri i CSM sono stati aperti e tenuti in vita da personale poco preparato e poco motivato. La tanto auspicata, ai tempi della chiusura dei manicomi, integrazione della psichiatria con il resto delle strutture sanitarie, ha fatto sì che spesso nei CSM, visti come servizi ambulatoriali (e quindi visti come meno pesanti dal punto di vista fisico perché non si fanno i turni notturni) negli ultimi anni non siano più arrivati Infermieri che abbiano scelto di lavorare con il disagio mentale, e che i DSM abbiano a loro volta privilegiato gli SPDC come luoghi in cui mantenere una presenza infermieristica massiccia mentre i CSM si sono poco a poco sguarniti e quasi non c'è stato ricambio generazionale quanto piuttosto un impoverimento ed una banalizzazione degli interventi. Fatte salve, come sempre, le eccezioni e le eccellenze, che sempre ci sono state, e che rendono così difficile fare una mappa puntuale dell'esistente, stante la situazione a macchia di leopardo delle criticità come delle situazioni ottimali, anche nella stessa ASL.

La formazione sul Case Management ha inserito nella ROT Sud Est una variabile importantissima e fino ad allora trascurata: il tempo. Inoltre, durante l'emergenza Covid l'SPDC di riferimento è stato chiuso, e tutti gli Infermieri che vi lavoravano sono stati prima impiegati nell'emergenza Covid, e poi dispersi. Questo ha fatto sì che il SPDC di riferimento sia diventato quello di un'altra Azienda Ospedaliera e che non ci siano stati più legami né funzionali né gerarchici fra i CSM e il SPDC.

In questo contesto ed a fronte di una destabilizzazione crescente di un equilibrio che perdurava da molto, solo pochi Infermieri hanno accolto il Case Management come una opportunità e non come una sovrastruttura imposta dall'alto e sostanzialmente inutile.

Ora, però, una prima lettura dei dati offre un risultato che nessuno si aspettava; risultato che può aprire lo spazio ad una nuova lettura della realtà.

Vista l'impossibilità, con questi dati, di imbastire un discorso quantitativo, si pone la necessità di fare un lavoro di tipo riflessivo e quindi qualitativo. Si tratta di chiedersi che cosa voglia dire il fatto che somministrare una Scala più volte alla stessa persona sembra registrare quasi sempre un miglioramento?

Cosa può voler dire? Una risposta può essere che farsi aiutare nell'osservare un paziente da uno strumento, nonostante tutte le sue pecche ed i suoi limiti, è già di per se un modo per migliorare la percezione dell'Altro.

Come afferma Schön (1993) «Quando una prestazione intuitiva, spontanea, non produce altro che i risultati attesi, allora tendiamo a non rifletterci sopra. Ma allorquando una prestazione intuitiva porta alla sorpresa, piacevole e promettente, o non voluta, è possibile rispondere con una riflessione nel corso dell'azione». Osservare con attenzione e con metodo una persona ci permette, comunque, di avere uno sguardo più attento e soprattutto maggiormente oggettivo. Se procediamo nell'analisi con questa proposta di lettura dei dati, il potenziale bias che sembra venire fuori dalla compilazione della LSP₃₉ si rivela invece un indizio sulla possibilità che poggiare uno

“sguardo attento” sull'Altro può consentire una conoscenza più profonda e interessante quando non intrigante.

E se ad uno sguardo superficiale questi risultati sembrano rendere lo strumento che abbiamo usato apparentemente inaffidabile, se cambiamo la prospettiva e vediamo la capacità di focalizzare la propria attenzione sul singolo nella sua unicità come lo strumento e la LSP₃₉ come un allenamento ad esercitare lo strumento, vediamo che il corso sul case management ed i movimenti successivi nell'équipe sono un'evoluzione positiva da coltivare e governare e non un bias da eliminare.

«Le innovazioni non possono essere efficacemente assorbite in una istituzione esistente senza produrre in essa significativi cambiamenti. Le organizzazioni devono adattarsi alle innovazioni che adottano. Nel corso di questo processo di adattamento l'organizzazione replicante trasforma l'innovazione e se stessa» (Schön 1993)

Le discussioni all'interno del gruppo di lavoro hanno creato un clima di curiosità e stimolato il confronto in termini metodologici e di risultato che sembra avere le potenzialità per creare un cambiamento nel gruppo di lavoro. Aver perseverato nel portare avanti questo lavoro, nonostante l'apparire di evidenti carenze nella formazione metodologica e nell'approfondire la questione del cosa stavamo facendo e perché, è già un passo avanti verso la creazione di un sapere condiviso e spendibile e questo paper ne è la dimostrazione. Perché se non si finalizza il lavoro svolto con qualcosa che metta ordine sui progressi fatti, il rischio è che ci si senta frustrati dal non aver prodotto niente e non si riconosca il potenziale di cambiamento che si è innescato. Quindi, decidere di descrivere questo processo è un modo per rendere replicabile (e quindi rispondente al paradigma di Popper su cosa sia scientifico) l'esperienza fatta dal gruppo di lavoro. L'oggetto su cui si posa quindi l'attenzione diventa quindi il percorso. Si sono identificati dei punti critici e si è messo in discussione lo status quo. E questo è ciò che fa la differenza. Si è compreso che esistono metodi e strumenti di lavoro e non è più possibile affermare

che «*nella Salute Mentale non c'è il vantaggio della tecnologia, se non riferendosi alla terapia farmacologica e spesso si rimane bloccati in una aurea fatalistica e poco tangibile*» (Brisichella 2016). Il percorso partito a quei tempi, è stato un seme piantato sicuramente in un terreno fertile che lo aspettava, solo apparentemente sembrava un terreno arido e seppur lentamente sta dando i suoi frutti.

Inoltre, si è preso atto che usare il metodo scientifico senza avere chiari i suoi limiti può portare a risultati paradossali ed addirittura ottenere dei risultati che sembrano non confermare la validità dei cambiamenti messi in atto portando a ipotizzare che il modello sperimentato non sia adatto, quando invece era errato pensare che “esporre” ad una teoria, cioè farla conoscere e chiedere di utilizzarla possa di per se farla abbracciare e considerare valida (Brunetti et al 2015). Pensare che avere conoscenza di una nuova tecnica o di una nuova teoria o un nuovo corpus di conoscenze possa di per se innescare un cambiamento, rischia di essere un po' come se ci si aspettasse una specie di conversione religiosa che magicamente possa cambiare non solo la prospettiva, ma anche gli esiti del lavoro. Una buona teoria ed uno strumento valido di per se non garantiscono nulla, soprattutto se confrontati con ciò che si conosce e ciò che si sa fare. Anche perché se, fra le altre cose, ci si pone come se i vecchi metodi e strumenti vengono considerati come sbagliati o superati, o comunque peggiori dei nuovi, invece che, più correttamente, presi come base di partenza per il nuovo e non come alternative, la reazione può essere di rigetto, anche in presenza di oggettivi risultati.

Dalla lettura approfondita di alcuni articoli della letteratura internazionale si è anche visto che spesso le variabili culturali, sociali ed organizzative possono rendere molto difficile confrontare esperienze fra paesi diversi. L'articolo di Silvia Diaz-Fernandez, che dal titolo e dalla lettura dell'abstract sembrava descrivere una situazione sovrapponibile a quella italiana, nella quale si descriveva un'applicazione della metodologia del Case Management con una paziente affetta da schizofrenia, ha portato a tre

riflessioni: la prima che un articolo recuperato su PubMed descriveva un caso singolo e quindi che era possibile scrivere un articolo pubblicabile senza dover affastellare montagne di dati; la seconda che «*Community-based programmes for people with severe mental illness (SMI) with a case management methodology, have shown high treatment adherence and a decrease in psychiatric hospitalization.*» ed ancora: «*The outcomes over the years are remarkable, achieving among other objectives not only clinical stabilization but also a normal life*» (Diaz-Fernandez 2022), ed in terzo luogo che alcuni strumenti e metodi declinati in base alle risorse ed alle pratiche in uso nel luogo possono avere lo stesso nome ma tempi e modi molto diversi, come il day hospital durato due anni descritto nel percorso di cura da Diaz-Fernandez, che in Italia sarebbe stato probabilmente un soggiorno in una comunità (SRP Struttura Residenziale Protetta) con copertura a fasce orarie o sulle dodici ore, mentre i nostri day hospital durano al più settimane o mesi.

CONCLUSIONI

L'inerzia istituzionale spesso impedisce ai gruppi di lavoro di crescere professionalmente e produrre conoscenza. Gli strumenti messi a disposizione anche attraverso formazioni promosse dalla stessa organizzazione sono viste come calate dall'alto e prive di veri risvolti nella realtà lavorativa. L'inserimento di nuovi strumenti di lavoro o modelli organizzativi e/ o assistenziali all'avanguardia può essere visto come un'imposizione o nuove responsabilità o comunque un aggravare il carico di lavoro quotidiano e non un modo per migliorare la qualità del servizio offerto e dare un senso ed una direzione al proprio agire professionale

Il solo far conoscere qualcosa di nuovo, di moderno nelle realtà lavorative non ha l'impatto che si auspica e la formazione perde la sua “essenza” di essere declinata e contestualizzata nelle prassi. Mettersi a tavolino e discutere su cosa si sta facendo può innescare invece una dinamica positiva. Soprattutto se a farlo sono professionisti che

hanno deciso di mettersi in gioco ed hanno scelto di approfondire e mettere per iscritto il proprio percorso cercando di renderlo chiaro a se stessi ed agli altri.

Rispetto al Case Management, possiamo dire che, seppure con le differenze legate al contesto, la letteratura internazionale sembra farci sperare di aver intrapreso una strada fruttuosa. La sua implementazione ha innescato una serie di cambiamenti nel gruppo di lavoro che speriamo possano continuare. L'operatività ha portato ad usare prioritariamente la LSP₃₉ nei due CSM. La continuità con il modello regionale porterebbe a pensare di affiancarvi la Global Assessment of Functioning (GAF) o VGF (Valutazione Globale del Funzionamento), ma essendo questa scala sostituita nel DSM V dalla WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) potrebbe essere invece quest'ultima ad affiancare la LSP₃₉.

Il nostro contributo all'avanzamento della professione è soprattutto legato alla descrizione di un processo, della segnalazione che seppure con qualche titubanza e fatica si può andare avanti e migliorare, e che seppure senza aver raggiunto risultati eccezionali, abbiamo dimostrato che si può migliorare e descrivere questo processo in modo che altri possano pensare di seguire una strada di crescita professionale e di miglioramento continuo.

L'applicazione, seppur parziale, del modello organizzativo è comunque un'esperienza, un primo passo, che ha creato un cambiamento, condotto ad una riflessione sulla cultura del servizio e che non ultimo, ha "contribuito" a sentire la necessità di ripensare il contesto nel quale si lavora. L'ideale sarebbe poter discutere ed approfondire in prospettiva anche su questioni più generali come:

- ridefinire ed esplicitare la mission del DSM e del Servizio alla luce dei cambiamenti della società e dell'utenza;
- ricordare e contestualizzare il paradigma teorico di riferimento nello specifico professionale, e ridefinirlo laddove necessario;
- ridefinire lo stile di leadership a tutti i livelli;

- favorire degli interventi utili a creare un clima di lavoro favorevole alla crescita delle competenze ed a creare un ambiente lavorativo sereno e motivato;
- prepararsi e favorire un cambio generazionale e la tipologia di skills da integrare
- condividere maggiormente gli obiettivi con la stessa persona assistita nell'ottica dell'empowerment e con una progettualità recovery oriented.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Infermieri DSM ASL Città di Torino ROT Sud EST*

° *Coordinatore infermieristico ASL Città di Torino ROT Sud EST*

BIBLIOGRAFIA

1. Bertoncini F., Boggio Gilot C., Gatta C., Croso A. *Cambiare si può! Storia di un cambiamento: il Primary Nursing all'ASL di Biella* L'infermiere 6/2015
2. Croci A. *L'invecchiamento generazionale infermieristico* Tendenze Nuove 2/2016 89-100
3. Rosenblatt, Z., & Ruvio, A. (1996). *A test of a multidimensional model of job insecurity: The case of Israeli teachers*. Journal of Organizational Behavior, 17, 587-605.
4. Davy, J.A., Kinicki, A.J., & Scheck, C.L. (1997). *A test of job security's direct and mediated effects on withdrawal cognitions*. Journal of Organizational Behavior, 18, 323-349.
5. Mortari L. Zannini L. (A cura di) *La ricerca qualitativa in ambito sanitario* 2017 Carocci, Roma
6. Cerati G. (a cura di) *Il case manager nei Dipartimenti di Salute mentale della Regione Lombardia. Il percorso formativo e la pratica*. McGraw-Hill Education, Milano 2013 ISBN 978-88-386-6866-1
7. Case Management Society Of America *Standards of Practice for Case Management*, Revised 2022. In corso di pubblicazione in italiano.
8. Brunetti, P., Pellegrini, W., Masera, G., Berchialla, P., & Dal Molin, A. (2015). *Il modello assistenziale dello Human Caring: risultati di uno studio pre e post intervento con gruppo di controllo*. Professioni infermieristiche, 68(1). Recuperato da www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/136
9. Moriconi I., De Paola T, Rocco G., Stievano A., Turci C. *Infermiere case manager in salute mentale: benefici per i pazienti misurati attraverso la scala HoNOS*, L'infermiere 2/2016 17-24
10. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. *The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia*. Schizophr Bull. 1989;15(2):325-37. doi: 10.1093/schbul/15.2.325. PMID: 2749191.
11. Zizolfi S. *La versione italiana del Life Skills Profile (LSP) uno strumento per la valutazione del funzionamento e delle disabilità dei pazienti schizofrenici*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 1997 6(3), 196-204
12. Rosen A., Hadzi-Pavlovic D., Parker G., Trauer T. *The Life Skills Profile. Background, Items and Scoring for the LSP-39, LSP-20 and the LSP-16* www.blackdoginstitute.org.au/research/tools/index.cfm (non più raggiungibile al 31/10/2023)
13. Burgess, P. M., Harris, M. G., Coombs, T. & Pirkis, J. E. (2017). *A systematic review of clinician-rated instruments to assess adults' levels of functioning in specialised public sector mental health services*. Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 51 (4), pp.338-354. <https://doi.org/10.1177/0004867416688098>.
14. IRES Piemonte, *Salute mentale in Piemonte* 2017, Torino 2017 www.ires.piemonte.it/pubblicazioni/ires/Rapporto-SaluteMentale_2017.pdf
15. Tacchini M.A. *Professione infermiere nei servizi psichiatrici*, 1988 Masson Milano
16. Schön D.A. *Il Professionista riflessivo*, 1993 Edizioni Dedalo Bari
17. Lss Manickam, R. Satheesh Chandran, *Life skills profile of patients with schizophrenia and its correlation to a feeling of rejection among key family carers*, Indian J Psychiatry. 2005 Apr-Jun; 47(2): 94-98.
18. Brisichella R. *Sviluppo metodologico e culturale dell'infermieristica in un centro di Salute Mentale*. L'infermiere 2/2016 (59-64)
19. Diaz-Fernández S. *The mental health nurse as case manager of a patient with severe schizophrenia*, Enfermeria Clinica 32 (2022) 60-64

Bildungsroman: ATS AITeRP cresce

Fioletti B. *, Fossati E.M. °, Scagliarini V. ^

Se si volesse dare una definizione di romanzo di formazione, nell'ambito della letteratura, si potrebbe dire che questo genere di produzione si caratterizza "per l'esplorazione del processo di crescita, di maturazione e di sviluppo del protagonista, spesso attraverso sfide, esperienze e trasformazioni che affronta nel corso della propria vita": il tedesco lo definisce con un termine emblematico: "*Bildungsroman*". Secondo Goethe, "il tedesco si serve opportunamente del termine -Bildung-, per indicare sia ciò che è già stato prodotto sia ciò che sta producendosi". L'origine della parola, infatti, viene fatta risalire ad una radice germanica "bil" che parla di potere miracoloso e di magia impliciti nella narrazione, che la fanno apparire e riapparire in ogni istante, come per magia, diversa. Ecco dunque che «il "*Bildungsroman*", il "romanzo di formazione", guarda all'apparire della persona e alla sua origine e descrive, dal di dentro (attraverso emozioni, passioni, dolori, continue scoperte), l'evolversi del protagonista verso la maturità e l'età adulta. Non c'è formazione senza trasformazione, senza auto-formazione»⁽¹⁾.

Sebbene sia possibile individuare le prime tracce di questo genere nell'"Odissea" di Omero (VIII secolo a.C. VI secolo a.C.), il romanzo di formazione, vero e proprio, nasce in Germania alla fine del Settecento, grazie all'operato di Goethe che pubblica, nel 1796, "Gli anni di apprendistato di Wilhelm Meister". Da questo momento, questo stesso genere letterario diventa soggetto ad una diffusione ed un'evoluzione continua che dura tutt'ora, sia nella forma più classica che nelle sue varianti.

Ma perché ci soffermiamo proprio sul concetto di "romanzo di formazione"?

Inserita nell'elenco delle Società Scientifiche e Associazioni Tecnico-Scientifiche delle Professioni Sanitarie, ai sensi del DM del 02.08.2017 del Ministero della Salute, AITeRP rinascendo ad ATS dà vita, al proprio interno, ai Gruppi di interesse specialistico^{(2) (3) (4)}. I GIS, di cui sono stati definiti gli aspetti organizzativi e metodologici per l'avvio, in accordo con la direzione nazionale, attualmente sono sei: neuroscienze e riabilitazione psichiatrica; innovazione e organizzazione in riabilitazione psichiatrica; residenzialità e riabilitazione psichiatrica; riabilitazione nella minore età e nei giovani adulti; territorializzazione degli interventi e interventi in acuzie; benessere fisico, attività espressive in salute mentale e riabilitazione psichiatrica. A tal proposito, "a livello Nazionale, l'ATS prevede, invece, che l'Assemblea Nazionale, composta da tutti i Soci, deliberi sugli orientamenti e sugli obiettivi generali dell'Associazione e che gli associati, con interessi comuni in settori particolari della Riabilitazione Psichiatrica, possano organizzarsi in Gruppi di Interesse Specialistico (GIS) le cui attività di sviluppo scientifico e culturale sono coordinate da un Responsabile interno in accordo al Nazionale. I membri dei GIS possono essere investiti, dalla Direzione e dal Consiglio Nazionale, insieme a soci selezionati sulla base di specifici indici di produttività scientifica e di indicazioni emanate da organi istituzionali preposti, dell'incarico di formare il Comitato Scientifico (*attualmente composto*

dai dottori: Perra Alessandra, Sindici Cristiana, Della Corte Erminia, Stella Giusy, Massaro Pietro, Pingani Luca, Roncone Rita, Veltrò Franco)".⁽⁵⁾ I GIS nascono tra gli associati, sulla base di interessi condivisi in settori particolari della Riabilitazione Psichiatrica come da Statuto, "I GIS rappresentano elementi cardine dell'azione di sviluppo scientifico e culturale dell'Associazione e in piena unitarietà e reciproco supporto con l'azione politico-associativa. Pertanto, essi agiscono in forte integrazione con i livelli associativi nazionali e regionali"⁽⁶⁾ e le loro norme generali, funzioni e attività, composizione e durata sono disciplinate, invece, da uno specifico regolamento⁽⁷⁾.

Essendo AITeRP ATS, con i neonati GIS, la giovane protagonista di questa narrazione, potremmo certamente dire che il processo di crescita e di trasformazione da giovane associazione ad adulta, rappresenta il tratto distintivo di un bellissimo romanzo di formazione. Un romanzo di formazione di quelli in cui si esplorano il percorso di ricerca e di scoperta della professionalità: in un complesso percorso di processi di sviluppo e di formazione si osserva come si affrontano sfide, crisi e cambiamenti, soprattutto alla luce delle profonde trasformazioni dell'approccio al disagio psichico a cui abbiamo assistito dall'inizio del '900. Così ATS si mostra nel proprio percorso di crescita e trasformazione, mantenendosi resiliente e resistente alle sfide che incontra, nella ricerca di un sapere e un agire sempre più specializzato, nella ristrutturazione della propria identità professionale in un continuo processo di autoscoperta e di produzione, sempre più specialistico.

Un romanzo di formazione costruito sulla maturazione professionale che coinvolge non solo il protagonista ma che spesso rischia di travolgere anche il lettore e soprattutto l'utente dei Servizi. Nell'ambizioso progetto la nascente ATS, ha deciso infatti, fin dall'inizio, di attivare i propri iscritti scegliendo, per costruire i propri GIS, professionisti a partire dal desiderio di mettersi in discussione in prima persona. All'invito aperto ai soci è seguita una selezione sulla base dei curriculum vitae,

della presenza di competenze avanzate in ambiti: specialistico, di riabilitazione psichiatrica, di ricerca scientifica o di interesse.

Un romanzo di formazione che si concentra sull'apprendimento attraverso errori, sui successi e sugli incontri con diverse persone e situazioni offrendo spunti per una riflessione etica e morale, facendo emergere talenti nascosti, esplorando interessi e passioni, lottando contro pregiudizi e credenze, sfidando norme sociali o culturali, vecchie e nuove.

Un romanzo di formazione in cui l'apprendimento del protagonista può avvenire attraverso un tipo di istruzione più formale ma anche attraverso le esperienze di vita quotidiana e le interazioni sociali con colleghi ed utenti. ATS AITeRP ha permesso ai professionisti, candidandosi per l'uno o per l'altro GIS, di promuovere l'aggiornamento professionale specialistico organizzando formazione per lo sviluppo di competenze nell'ambito di interesse della ricerca delle evidenze (GIS) iniziando a favorire lo scambio rispetto le buone pratiche riabilitative. Questo è stato promosso all'interno della giornata di formazione che si è svolta a Napoli il 10 Maggio, nella suggestiva sede del Museo Civico Gaetano Filangeri, i cui obiettivi sono stati proprio facilitare scambi di idee, competenze e collaborazioni tra tecnici della riabilitazione e specialisti italiani e stranieri interessati o specializzati nella salute mentale; supportare scientificamente l'attività politico-istituzionale della neonata ATS AITeRP.

Un romanzo di formazione che riflette il contesto storico e sociale dell'epoca in cui nasce rivelando aspetti della cultura, della politica, delle condizioni sociali e delle conseguenze legate alla possibilità del protagonista di contattarle, offrendo una finestra sulla società e fornendo una chiave di lettura, sempre nuova, delle esperienze e delle dinamiche. Conoscenza di se stessi, percezione del mondo, condivisione dei diversi vissuti, evoluzione delle relazioni interpersonali, esperienze dirette che, positive o negative, contribuiscono tutte alla formazione del personaggio, arricchendolo. Così il Comitato Scientifico e i GIS della

ATS AITeRP, cercano di rispondere ai bisogni sempre in evoluzione della popolazione, si propongono di contribuire a: “definire e promuovere percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione efficaci nel mantenere la salute in tutte le fasce di età; elaborare, promuovere e diffondere Linee Guida, documenti di posizionamento e buone pratiche cliniche (anche con altre società scientifiche nazionali ed internazionali, enti pubblici o privati) favorendo l’integrazione e la multidisciplinarietà, mantenendo il rispetto dell’ambito di interesse dei diversi GIS; promuovere e incoraggiare lo studio e la ricerca sulla riabilitazione e la salute mentale nei diversi ambiti e contesti; stimolare la misurazione degli *outcome* e implementare l’applicazione di interventi la cui efficacia funzionale sia verificabile con strumenti validati dalla letteratura internazionale. Per raggiungere le suddette finalità, ogni Gruppo può proporre progetti per promuovere attività permanenti, organizzare manifestazioni, convegni e corsi sia a livello nazionale che internazionale, anche in collaborazione con Enti ed Istituti italiani ed esteri, in linea con la politica dell’Associazione nazionale.”⁽⁷⁾

E allora ci immaginiamo che il *Bildungsroman* della nostra ATS AITeRP possa vederla come in “Tom Jones” di H. Fielding (1749) conoscere non solo se stessa ma anche la natura dei rapporti che la legano al resto del mondo e che riesca, a sua differenza, ad essere parte attiva della società. O ancora che, come Carlo, protagonista di “Confessioni di un italiano”, di I. Nievo (1867), che matura negli anni turbolenti dell’Unità d’Italia partendo dal sentirsi veneziano arrivando al sentirsi italiano, ATS non solo sia portavoce del sapere riabilitativo dei TeRP ma riesca a guadagnarsi una posizione sempre più di rilievo nell’ampio panorama delle Società Scientifiche e delle Associazioni Tecnico-Scientifiche delle Professioni Sanitarie, continuando a fare parte del tutto. O ancora che, come Hans, de “La montagna incantata” (1924) di T. Mann, seppur davanti a un futuro incerto che lo attende, ATS sappia mantenere vive le proprie curiosità, restare intellettualmente aperta all’avventura e trovare

il proprio equilibrio. O, infine, come in “Storia di una gabbianella e del gatto che le insegnò a volare” (1996) di L. Sepùveda, ATS sappia essere sempre coraggiosa nello spiccare il proprio volo, così come lo è stata supportando il primo volo del Comitato scientifico e dei GIS, e nel saper mantenere la giusta rotta perchè del resto, come ci ricorda Zorba “vola solo chi osa farlo”.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Membro uscente Direttivo Nazionale ATS AITeRP, referente GIS per il Nazionale ATS AITeRP, formatore e formazione in arte terapia*

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

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

BIBLIOGRAFIA

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



PSICHIATRIA FORENSE

La Psichiatria e la difficile e forse impossibile riduzione della complessità

Riflessioni a un anno dall'omicidio di Barbara Capovani

di Antonio Amatulli e Stefania Borghetti°*

A un anno dall'indicabile omicidio della collega Barbara Capovani sono ancora forti l'emozione e lo sgomento del mondo degli operatori della Salute Mentale. Tuttavia, si sta presentando il pericolo che tale reazione si cristallizzi in posizioni semplificate e poggianti su versanti polemici e ideologizzati piuttosto che su analisi in grado di generare riflessioni e proposte operative dal respiro sufficientemente ampio, come richiesto da temi caratterizzati da alta complessità.

Proposte, cioè, capaci di catalizzare interesse e azioni anche dei “meno addetti ai lavori”, se non addirittura dei “non addetti”. Sempre che sia possibile, in tema di Salute Mentale, separare nettamente gli addetti dai non addetti.

E per arrivare a ciò, è importante farsi carico di analisi non eccessivamente di parte e che comprendano la complessità delle tematiche degli interessi in gioco. Parafrasando Benedetto Saraceno, se i problemi sono complessi, le risposte non possono essere semplici.

Due sono gli argomenti che nell'ambito del dibattito attuale emergono principalmente: la violenza sugli operatori e la cosiddetta “delega” in tema di sicurezza che è

attribuita in modo crescente e allargato alla psichiatria, investita di quei “compiti” securitari e di controllo sociale che storicamente e a fasi alterne essa ha lambito, attraversato, a volte scelto, altre volte ancora subito.

Tra il primo tema e il secondo, legati da un filo rosso continuo, si snodano anche il problema della imputabilità e quello della Legge 81/2014.

Tutti questi nodi trovano naturale enfasi a partire dal “problema” dei pazienti autori di reato, sullo sfondo delle considerazioni rispetto le criticità della Legge 81 e della sua ancora parziale applicazione.

Rispetto il tema della imputabilità, va innanzitutto detto che se tutti coloro che commettono reati fossero considerati imputabili a prescindere dalle condizioni psicopatologiche al momento del fatto, come da più parti auspicato, certamente una serie di tensioni dialettiche e problemi organizzativi verrebbero a scemare grandemente. Tuttavia, è bene a nostro parere riflettere su alcune questioni.

La prima riguarda il senso della psicopatologia e dunque anche della psichiatria stessa: se tutti sono da considerarsi imputabili, allora dobbiamo concludere che

nessuna alterazione della cognizione e della volizione in senso psicopatologico (e funzioni dell'Io in generale) può essere correlata a una diminuzione significativa del libero arbitrio, vale a dire della possibilità di scegliere di agire in un modo piuttosto che in un altro.

Facendo proprio tale assunto - al netto della fragilità del sapere psichiatrico - potremmo coerentemente dire che la psicopatologia ha ancora senso, che la malattia esiste e che può essere a volte tanto incisiva da determinare una diminuzione delle capacità su cui si poggia (Art. 27 Cost.) la responsabilità personale? Insomma, la vera finzione giuridica dell'abolizione della non-imputabilità comporterebbe porre in discussione l'esistenza stessa della malattia (della psichiatria, infine) che non sarebbe più solamente da mettere tra parentesi, come auspicava Basaglia ben lontano dal negarla, ma appunto negata, e abbandonare sia qualsiasi garantismo verso i malati che l'affermazione del diritto alla cura.

Come più volte detto, inoltre, i percorsi della esecuzione si svolgerebbero in ambito penale invece che, come ora, nel circuito sanitario: emergerebbe evidente una chiara flessione dei livelli delle garanzie e delle libertà personali possibili. Di carcere o di strutture detentive, comunque, si tratterebbe.

Passando al grande tema della Legge 81, nessuno può negare i punti di debolezza/criticità messi in luce dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 2022. Per primi, forse, i gravi problemi di funzionamento delle Rems, per cui il sistema non tutela in modo efficace né i diritti delle potenziali vittime di aggressioni né il diritto alla salute del malato né quelli dei lavoratori, nonché la grande disomogeneità da Regione a Regione derivante dalla estromissione del Ministero della Giustizia nella materia. Altresì non possiamo negare lo stato di incompletezza strutturale e organizzativo della applicazione della legge stessa a ormai dieci anni dalla sua approvazione. Tuttavia, possiamo dire che il superamento degli OPG non fosse ormai necessario? Possiamo ragionevolmente affermare che senza la Legge 81 si sarebbero innescati "passi

in avanti", di certo ancora in divenire, ma fondamentali esattamente come la Legge 180 ha innescato passi in avanti pur nella lentezza e incompletezza della sua applicazione dal giorno della sua approvazione fino a oggi?

Riguardo il tema della crescente "delega al controllo sociale", in nessuna sede e da nessuna autorità per altro mai ufficialmente consegnata, ma attribuita attraverso prassi quotidiane da parte ad esempio delle Forze dell'ordine, essa poggia su innumerevoli scorciatoie percorse da attori esterni alla psichiatria.

Come è noto, tali attori attendono/auspicano/richiedono l'intervento limitativo e neutralizzante dei servizi psichiatrici in molti casi di alterazioni del comportamento, indipendentemente dalla loro causa.

I servizi, dal canto loro, reclamano il dovere di intervenire esclusivamente in relazione a problemi di ordine clinico-sanitario, a garanzia dei diritti delle persone alla libertà, all'autodeterminazione e alla migliore e più appropriata risposta ai bisogni di tipo psicosociale. Da questo punto di vista la psichiatria deve continuare a farsi garante della libertà degli individui e del loro diritto all'autonomia, imboccando la strada diametralmente opposta a quella che lamentiamo, fatti alla mano, essere frequentemente richiesta.

Un punto chiave del discorso ci pare il seguente: una delega, per essere consegnata deve essere anche accolta, come il testimone durante una corsa a staffetta.

La domanda quindi da porsi è se i servizi impieghino davvero tutte le forze e le competenze possibili per respingere un'attribuzione di potere e responsabilità che autorità ed enti esterni, in un momento storico di inquietudine e disfacimento dei corpi di intermedi, insicurezza generalizzata e carenza di risorse nei servizi, possono facilmente pretendere. La delega in ordine al controllo può essere arginata.

Il primo fattore correlato a tale possibilità sta nel rinforzo dell'identità dei servizi che nella appropriatezza degli interventi e nella specificità degli stessi trovano il proprio asse portante. Il secondo fattore è la capacità/

volontà e utilizzo di energie per lavorare proprio per arginare tale delega.

Si potrebbero fare diversi esempi in tal senso. Abbiamo visto richiedere un ASO semplicemente per segnalazioni di intemperanze comportamentali o devianza sociale effettuate da enti locali; risposta (l'ASO) che richiede il minimo sforzo e il massimo effetto sui percepiti standard di sicurezza. In un caso simile, viene sacrificata l'unicità e il diritto dell'individuo a risposte appropriate a uno specifico disagio, nonché, forse, il diritto a godere dei massimi livelli possibili di libertà in rapporto alle proprie condizioni psichiche e sociali. Non effettuare l'ASO, e risalire alle radici del malessere contrastando la richiesta di controllo a noi avanzata richiede invece più tempo, più lavoro, maggiore autonomia di pensiero e una autorevolezza che il lavoro quotidiano condotto da tempo ci permette di avere e di mettere sul piano della bilancia dello scontro tra poteri (perché di questo si tratta). Abbiamo visto, anche, piombare su un medico di CPS un dispositivo di misura di sicurezza provvisoria in comunità riabilitativa psichiatrica (cit.) per un soggetto novantenne con l'intimazione scritta dal giudice che, in caso di non immediata possibilità di trasferimento, venisse effettuato, alla lettera, un TSO. Il palese comportamento intimidatorio assunto dai Carabinieri che avevano portato il dispositivo in CPS consegnandolo personalmente alla psichiatra, era la cornice che chiudeva la spiacevolissima situazione. Ma il servizio, con un lavoro duro e paziente, fatto di approfondimenti e passi precisi e competenti, e specifiche interlocuzioni, alla fine ha (dopo un dovuto ricovero in SPDC) dimesso a casa il paziente agganciandolo esclusivamente in riferimento ai suoi bisogni di tipo sanitario, creando nel contempo una rete di sostegno sociale escludendo interventi securitari. Il servizio è passato, così, dallo sgomento e dal senso di sopraffazione alla riaffermazione del proprio ruolo e delle proprie competenze, ma soprattutto ha sottratto il paziente all'amputazione del proprio diritto alla libertà personale e alle cure più appropriate. In poche parole, la delega non è stata accolta.

Come ultimo elemento di riflessione su questo tema, ci pare doveroso condividere un "auspicio-antidoto" al problema della delega: laddove i confini tra cura e controllo si fanno sottili, perché sottile spesso è il confine tra sofferenza psichica e antisocialità o marginalità sociale con tutto quello che essa comporta, è necessario uscire dalla dialettica del "tocca a te o tocca a me" tra sanitari e garanti dell'ordine pubblico, per arrivare – nella prassi e nell'atteggiamento – ad un "tocca a me e a te", in quanto la situazione presenta diverse sfaccettature che sono "sia mie che tue" e che devono essere affrontate insieme in modo fattivo e collaborativo *ab initio*.

Rispetto al tema della violenza verso i lavoratori in campo sanitario, ci preme sottolineare che, al di là degli aspetti quantitativi di cui qui non si intende discutere, esiste un problema di "rischio percepito" che certamente origina dal mondo interno ed esterno degli operatori, con cui bisogna fare i conti. Vogliamo insomma dire che oltre al "quanto", va considerata seriamente la crescente percezione di pericolo che condiziona il modo di lavorare e la qualità del lavoro e della vita del lavoratore, nonché l'efficacia e la qualità della cura a cui i pazienti hanno diritto.

Il problema della violenza nei servizi, poi, da una parte è dagli stessi psichiatri molto ridimensionato in riferimento alla letteratura scientifica e, dall'altra, assurge invece a tema centrale. Già qui, il messaggio della psichiatria dovrebbe essere un poco meno scisso. Non si può certo negare la possibilità di episodi di violenza di cui possono essere vittima gli operatori della psichiatria e della salute, a meno di proporre posizioni ideologiche e radicalizzate. I colleghi uccisi o aggrediti al lavoro mostrano purtroppo con chiarezza la possibilità di eventi gravi, cui dobbiamo fare fronte in termini anche preventivi. D'altra parte, non si può fare di questo tema l'unico di cui dibattere oggi. Imposti i corretti trattamenti, i sanitari devono vedere tutelata adeguatamente, in tutti i passaggi e in tutti i luoghi, la loro sicurezza. E qui rientra, con confermata chiarezza, il tema della limitazione della delega

del controllo sociale, ove la non assunzione della stessa andrebbe a ridurre ed evitare i danni.

A riprova di quanto le questioni della delega e delle percezione/possibilità del rischio aggressivo siano nervi scoperti su cui si gioca tutta la dicotomia tra pertinenze sanitarie e Forze dell'ordine, e ancora una volta con convulsioni di senso, vogliamo richiamare qui la (tante volte citata) circolare del Ministero dell'Interno del 6 novembre 2019, epoca Lamorgese, inerente le "Richieste di intervento delle Forze di Polizia" in ambito psichiatrico. Dopo una prima lettura, caratterizzata da sensazioni di *apertura delle ostilità*, finisce poi per apparire in realtà semplicemente imprecisa e istituzionalmente poco solida, indirizzando ai Questori richieste o solleciti di specifica competenza sanitaria, come la suggerita attenzione a "ricorrere al TSO", oppure la più grave affermazione che le "difficoltà ad assistere" i pazienti psichiatrici (non viene specificata quale difficoltà, ma si deve evincere la suggestione della dimensione dei comportamenti pericolosi e violenti) non radicherebbero il dovere di intervento nelle Forze di polizia. Grave (per lo scopo che evidentemente questa circolare si prefigge) ma contraddittorio, in quanto da sola la medesima circolare chiarisce che l'intervento della forza pubblica, seppure "eccezionale" (ma chi lo nega?) è invero dovuto nei casi di tutela dell'ordine pubblico o della commissione di reati, e dopo avere distinto i compiti (questi ultimi) in capo alle forze di Polizia di Stato rispetto all'intervento, in caso di TSO, a cura delle forze di Polizia locali. Nella sostanza, *nulla quaestio*, se non un maldestro intervento del Dipartimento di Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno che in realtà non può porre alcun divieto o limite nell'intervento di soccorso. Limitandosi, però, a spargere un'aria spiacevole, che ancora una volta richiede nervi saldi. E letture approfondite e corrette.

È chiaro che una simile enunciazione, peraltro insieme a non infrequenti rifiuti da parte delle Forze dell'ordine a intervenire in situazioni di tutela proprio dell'ordine pubblico all'interno dei servizi, contribuisce ad ampliare

la percezione di solitudine e pericolo in alcuni drammatici frangenti che rischiano di diventare "profezie che si auto-avverano". Insomma, una circolare simile, per quanto intrinsecamente debole, si discosta alquanto dal lungo e faticoso cammino del costruire alleanze e sinergie necessarie a favore di curati e curanti nei servizi di cura.

E aggiungiamo che se non si considera la *responsabilità* della cura in tutte le fasi dei percorsi terapeutico-assistenziali, anche della esecuzione penale, come di non esclusiva attribuzione agli psichiatri e se essa non viene ricompresa nella cornice di un patto sociale più ampio, la strada della psichiatria continuerà a esser erta e difficile. Facile la citazione di Basaglia, emendandola dalle troppe ripetizioni e dai troppi usi (e attuali abusi): "*la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia*".

Ancora, per condividere la responsabilità, come sopra auspicato, è necessario dismettere quegli automatismi, piccoli o grandi che siano, che hanno a che fare con l'esercizio di un "dominio", perlopiù ancora medico-centrico, in ambito psichiatrico. In altre parole, la psichiatria non può invocare corresponsabilità e riconsegna della delega se non scalfisce gli esercizi di potere per propria mano che permeano ancora, a volte, la pratica.

Quale, quindi, la misura degli interventi necessari? Da una parte – a nostro parere – la richiesta di maggiore sicurezza deve essere spogliata dai proclami generici, o da manifesti minoritari che, da basi assolutamente condivisibili, arrivano a lamentele autoreferenziali e quindi inefficaci. Dall'altra parte, la stessa richiesta comprende risposte che vanno cercate in comportamenti chiari e competenti di restituzione della delega e nella simmetrica e autorevole interlocuzione con l'autorità giudiziaria e le istituzioni locali, caso per caso, in una dialettica e collaborazione continuative con le stesse. La paziente e continua co-costruzione di protocolli tra sanitari, Magistratura e Forze dell'ordine rappresenta non solo una strategia efficace, ma anche uno straordinario motore di comprensione e formazione reciproca. È infine necessario

chiarire che tutto quanto sopra descritto può trovare elementi di progressione geometrica nei percorsi dei pazienti autori di reato, lasciando però quanto detto nella dimensione generale dei rapporti tra la salute mentale, i diritti individuali, i comportamenti aggressivi e violenti, la pratica quotidiana a favore delle persone affette da disagio mentale.

In questo senso, ancora più chiaramente andrebbero distinti i vari quadri psicopatologici di pertinenza specialistica dalla dimensione della antisocialità. Ancora, quindi, la capacità che dobbiamo avere a tracciare chiari e condivisi confini, dove, sia nella pratica quotidiana di psichiatri che nelle perizie e consulenze, possa essere chiarito al giudice come agli interlocutori esterni che il soggetto antisociale necessita della risposta repressiva dello Stato. Chiarezza nella diagnosi, ancora una volta, anche come gatekeeper degli spazi specifici (sempre che tutti siamo d'accordo su questo) della psichiatria.

Inoltre, per contrastare ciò che è sintetizzato nel cosiddetto teorema di Thomas, secondo cui “se gli uomini definiscono reali certe situazioni, esse saranno reali nelle loro conseguenze”, è necessaria un'attenta analisi di tutti i fattori che concorrono alla realtà/percezione da parte dei servizi di essere i riceventi della delega di controllo, unitamente a una valutazione globale della sicurezza sul lavoro, dei confini del rischio consentito, dei fattori che possono essere modificati con l'intervento di agenzie esterne.

La Legge 81/2014 ha dato il via ai lavori per definire adeguati protocolli di collaborazione tra Dipartimenti di Salute Mentale, Magistratura e Forze dell'ordine, ma il loro effetto concreto sulla mitigazione o contrasto del danno è tanto più esiguo quanto più il campo di applicazione risulta essere indefinito, troppo ampio e a compartimenti stagni. È quindi a livello locale, tra DSMD, Procure, Tribunali, Prefetture, che si deve autorevolmente giocare questa partita. Non di meno, la partita si gioca anche a livello clinico e peritale pur nella ineliminabile fragilità epistemologica della psichiatria.

Per concludere, i servizi oggi devono porsi con mag-

giore impegno, e con le risorse disponibili, come argine alle forze della discriminazione sociale, essendo, come Zapparoli lo definiva, “il loro datore di lavoro”, un soggetto socialmente debole, privo spesso di quella cittadinanza definita dalla esistenza e dalla simmetria delle relazioni sociali e dei diritti individuali. Quando la contrattualità della psichiatria con le istituzioni si indebolisce e quando la delega securitaria fa breccia nel nostro agire, gli spazi di libertà e autodeterminazione del paziente si restringono drammaticamente. Ed è proprio il nostro paziente a costituire l'anello debole, tra i servizi della psichiatria e le pressioni sociali che continuano ad agire, che alla fine si spezza e trascina nella sua debolezza anche la funzione degli operatori. Dunque, la psichiatria deve mantenere chiari la definizione del suo ambito di azione e le sue competenze, in una dialettica che deve essere capace di complessità e non cedere a semplificazioni al limite dello slogan.

Ne siamo stati spesso capaci, torniamo ad esserlo anche ora.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *ASST Brianza - DSMD*

° *ASST Rhodense - DSMD*

CORRISPONDENZA

antonio.amatulli@asst-brianza.it

stefaniaborghetti@hotmail.com

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliaresse

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni