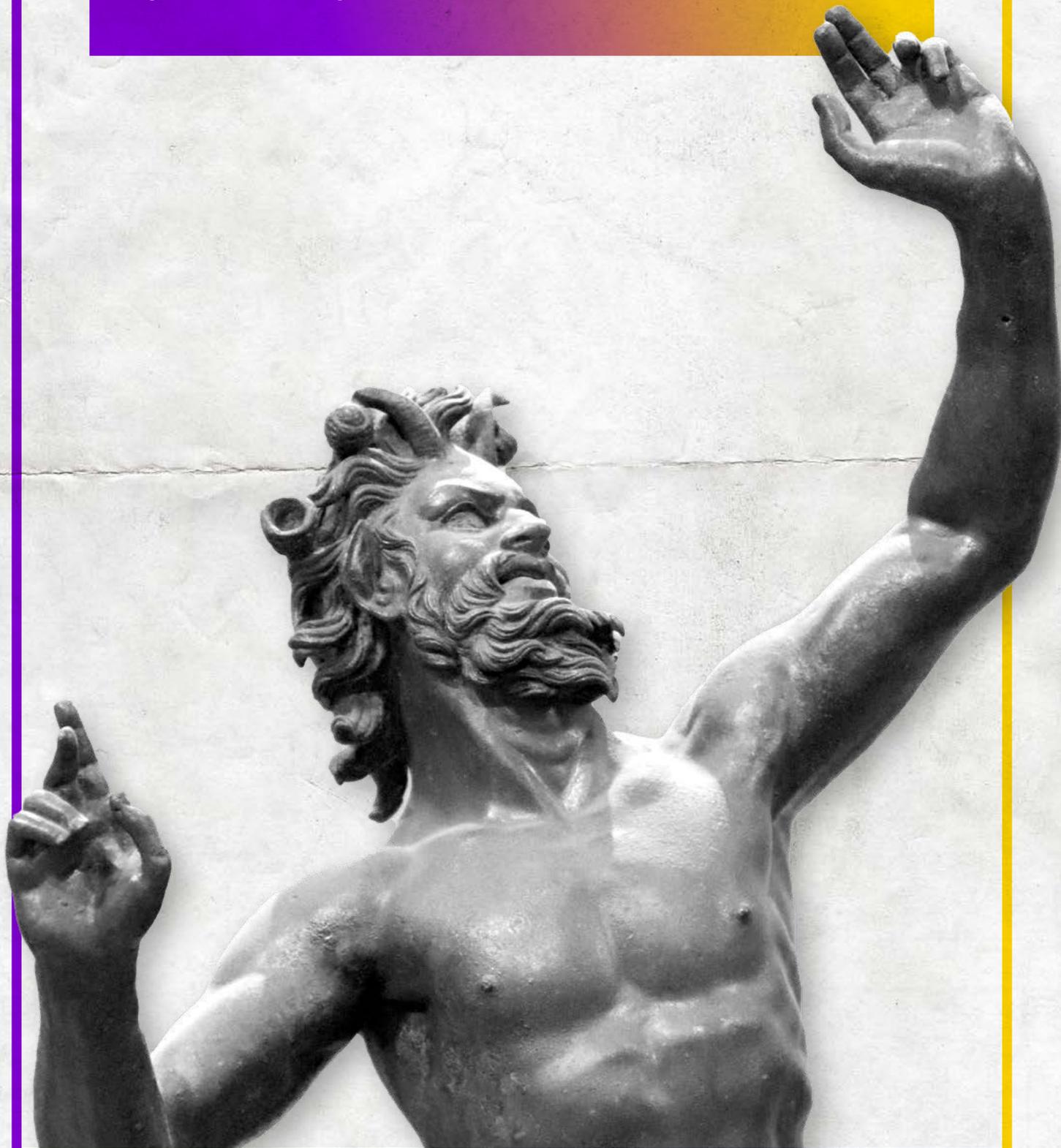




PSICHIATRIA OGGI

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. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

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

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

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

Art Director:
Paperplane snc

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

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

EDITORE:

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

IN PRIMO PIANO

4 La Depressione Maggiore nei Servizi di Salute Mentale: strategie di impegno per la salute dei cittadini
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

11 Percorsi di cura e assistenza nei servizi territoriali: gruppo psicoeducazione evidence-based per giovani
di Berto E., Marchetti M., Manzone M.L.

18 La crisi della Salute Mentale con la crisi di tutto il SSN: quale destino?
di Ceglie R.

31 Utilizzo di Esketamina in CPS nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari di efficacia
di De Martino C., Porcellana M., Concetto M. O., Zapparoli A., Giori C., Lawretta G., Marangelli D., Nibali L. T., Raimondo F., Bassetti R., Percudani M.

37 Tecniche di de-escalation nella prevenzione delle acuzie eteroaggressive: uno studio cross-sectional
di Galli M., Marcelli S., Gatti C., Traini T., D'Angelo G.

45 Prima di Basaglia: storia dell'organizzazione giuridica degli interventi psichiatrici di internamento
di Novaro C.

50 Sulle sfide di Franco Basaglia (e le nostre). Riflessioni a cent'anni dalla nascita
di Peloso P. F.

55 L'esperienza psichedelica. Fenomenologia e dinamica di uno stato di coscienza
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

66 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il Budget di Salute sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona con disagio mentale
di Moro Cesare G., De Paola T.

74 CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE
"Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare". Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato
di Decorato G., Scagliarini V., Fioletti B.

SEZIONE PSICHIATRIA NARRATIVA

81 Gli psichiatri non sanno più ascoltare le storie.
Storia di un banale turno del lunedì mattina
di Grasso F.

IN COPERTINA: Fauno danzante, ca. 49-1 AC, Casa del Fauno, Pompei,
Gary Todd from Xinzheng, China, Public domain, da Wikimedia Commons

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

PSICHIATRIA OGGI

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

La Depressione Maggiore nei Servizi di Salute Mentale: strategie di impegno per la salute dei cittadini

Giancarlo Cerveri

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

Il tema posto dalla Sindrome Depressiva Maggiore è particolarmente rilevante in questa fase di ripensamento dell'organizzazione della Medicina Territoriale che, con l'istituzione in particolare delle "Case di Comunità", a giudizio di molti luoghi di screening e trattamento per le forme lievi e moderate del disturbo, potrebbero spostare equilibri consolidati e attese rispetto alla modalità con cui il Servizio Sanitario risponde a questo bisogno.

Per partire con questa riflessione è utile ridefinire i contorni del problema, parliamo di una condizione che nelle sue due forme più diffuse, Major Depression Disorder (MDD) e Persistent Depressive Disorder (PDD) rappresenta la terza condizione medica per anni spesi in disabilità. Un problema con un costo annuo stimato negli US che supera i 320 miliardi di euro all'anno con una tendenza in crescita. Altro dato rilevante è che, nonostante l'ampia possibilità di trattamenti efficaci a disposizione, circa 2/3 dei pazienti non risultano in un adeguato percorso di cura (Gremberg et al 2015; Olfson et al 2016).

La patologia ha una prevalenza annuale che, nelle diverse valutazioni epidemiologiche, si attesta intorno al 6%. Circa il 50% dei pazienti va incontro a remissione entro 6 mesi ed il 75% entro un anno. Il restante 25% sviluppa condizioni di disturbo cronico e altamente invalidante. Per tale motivo WHO stima che entro il 2030 possa diventare una delle cause più rilevanti di disabilità (Boschloo et al., 2014).

I temi di cornice per affrontare la questione potrebbero essere riassunti con lo schema seguente:

- Accessibilità
- Raccomandazioni per lo screening
- Appropriatelyzza del setting di trattamento e Scelta del Trattamento

ACCESSIBILITÀ

L'accessibilità rappresenta la prima e fondamentale questione perché, se è vero che la patologia depressiva rappresenta un tema cruciale di sanità pubblica, è necessario capire come il Servizio Sanitario risponda al problema.

Se la maggior parte degli interventi per questa patologia sono di natura ambulatoriale, dovremmo poter osservare questa tipologia di utenti nei flussi informativi nazionali delle prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda i servizi di salute mentale, possiamo utilizzare i dati del Sistema Informativo Salute Mentale nella sua ultima pubblicazione presente sul sito del ministero della salute (SISM 2022) che riporta le attività svolte.

Dai dati risulta che le persone che nel corso di un anno (2022) ricevono almeno 1 prestazione dai servizi di salute mentale per Depressione Maggiore sono nell'ordine del 0,3%. A fronte di una prevalenza annuale del 6% della patologia si può concludere che solo un paziente su 20 si cura nei servizi preposti.

In sintesi, per ogni paziente che si cura nei luoghi preposti, dovremmo cercarne altri 19 altrove. Possiamo immaginare che quelli in cura nei servizi di salute mentale siano le forme più gravi e che per gli altri ci possano essere servizi diversi (Medicina generale? Ambulatori



Il cortile del manicomio / Francisco Goya, 1794

specialistici in qualche ospedale Universitario? Ambulatori specialistici privati in convenzione con SSN?) o, con buona approssimazione, che si curino tramite interventi privati (nella speranza che sia sempre mantenuto un elevato standard qualitativo).

Insomma, l'accessibilità alle cure, per la patologia depressiva, resta una tematica che meriterebbe, per la sua importanza, una rilevante riflessione per poter avere dati di maggiore qualità e approntare proposte organizzative efficaci.

RACCOMANDAZIONI PER LO SCREENING

Lo screening per la Sindrome Depressiva Maggiore è un altro tema di grande complessità perché alcuni elementi tipici della malattia impongono specifiche scelte.

Per esempio, il fatto che una persona su 5 nella sua vita andrà incontro ad un episodio depressivo, che il 40% dei casi esordisca prima dei 20 anni e che il sesso femminile abbia un rischio doppio rispetto al sesso maschile, introduce l'esigenza di uno screening precoce nelle scuole superiori e nella formazione universitaria.

È di particolare rilevanza l'attenzione da porre alle popolazioni a rischio come soggetti esposti ad abuso o abbandono nell'età evolutiva, a violenza domestica, eventi di perdita, disoccupazione o malattia cronica nell'età adulta.

È necessario adottare modalità strutturate per riconoscere la sintomatologia soggettiva ed oggettiva del disturbo. È importante saper utilizzare un modello di

IN PRIMO PIANO

valutazione che sappia collocare la persona all'interno di una time-line in cui si sviluppa il disturbo. Risulta infine indispensabile saper separare le dimensioni dell'espressione sintomatologica (modello ACE Activity, Cognition and Emotion) al fine di formulare un giudizio il più completo possibile sullo stato di salute/malattia del soggetto in screening.

Tale modello va poi applicato alle diverse fasi della vita dell'uomo e della donna cogliendone le specifiche caratteristiche espressive al fine di definire categorie di rischio e le possibilità di interventi che tengano conto di una lettura secondo un modello bio-psico-sociale capace di contemperare fattori di rischio, fattori protettivi e capacità di resilienza.

Il modello di riferimento per un'attività di screening adeguata prevede una valutazione dei fattori di rischio genetici e ambientali. I secondi declinati nelle diverse fasi della vita con cambiamenti osservabili attraverso un numero elevato di domini diversi (scuola, lavoro re-

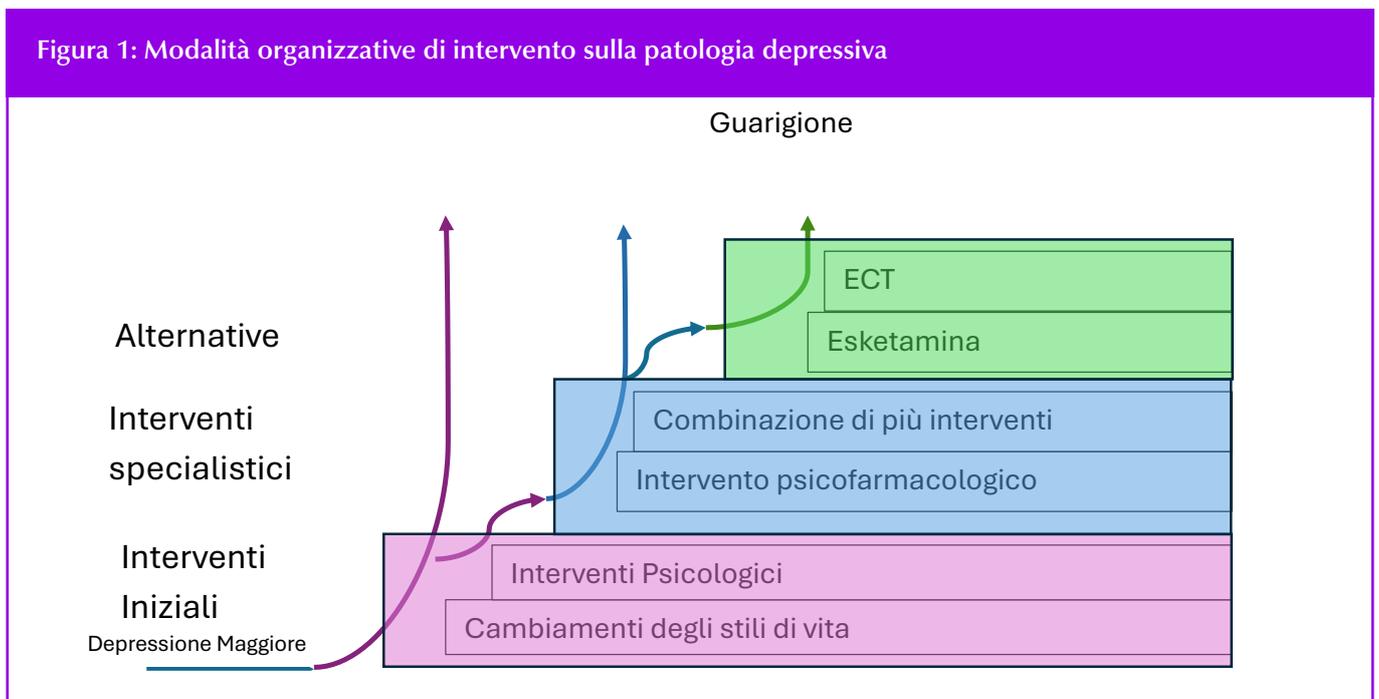
lazioni amicali affettive, malattie eventi di perdita etc). Tale modello costituisce una chiave di lettura efficace per caratterizzare livelli di rischio per esordio, persistenza e recidiva della patologia depressiva, tali da poter fornire indicazioni utili alla risposta clinica.

In sintesi lo screening per la patologia depressiva è un processo serio e ordinato che va organizzato secondo procedure rigorose che non possono essere improvvisate e disarticolate rispetto ad un sistema più organizzato capace di formare lo specialista incaricato di screening e di fornire un adeguato percorso al paziente secondo i bisogni individuati in questa fase.

APPROPRIATEZZA DEL SETTING DI TRATTAMENTO E SCELTA DEL TRATTAMENTO

La risposta alla patologia depressiva prevede definizioni chiare relative ai setting di trattamento, alle modalità di erogazione delle cure e alla capacità di dosare la risposta

Figura 1: Modalità organizzative di intervento sulla patologia depressiva



Modificato da Mabli et al., *The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary. Bipolar Disord.* 2020 Dec;22(8):788-804.

in funzione della gravità del quadro e dei fattori complicanti il decorso.

Per quanto riguarda il setting, come abbiamo già osservato, i servizi di salute mentale hanno una scarsissima capacità di intercettare soggetti affetti da Depressione Maggiore (SISM 2022), la cause risultano molteplici, alcune ascrivibili alla maggiore facilità di rivolgersi al Medico di Medicina Generale o a specialisti privati tramite conoscenze personali, altre motivazioni risiedono negli stessi servizi pubblici che presentano difficoltà di accessibilità per diverse motivazioni: orari di apertura non compatibili con il lavoro, pregiudizio legato agli utenti in carico (stigma), scarsa attitudine da parte del personale in servizio di occuparsi con la dovuta attenzione di una patologia ritenuta (erroneamente) meno disabilitante di quella osservabile in altri disturbi psichiatrici come Schizofrenia o Disturbo Bipolare.

In questo contesto si è aperto un ampio dibattito sul ruolo che potrebbe giocare la “Casa di Comunità”, luoghi di cura territoriali che dovrebbero vedere la presenza dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta e altri specialisti. In molte regioni sono stati finanziati programmi che prevedono l’attivazione della figura dello psicologo di comunità che, pur in modo poco definito dal punto di vista della declinazione giuridica, potrebbe svolgere un ruolo cruciale nel favorire l’intercettazione del bisogno ed una risposta iniziale alle forme più lievi con un indirizzo ai centri preposti per le forme più gravi.

Come descritto nella **figura 1** le indicazioni proposte da linee guida internazionali (Mahli et al., 2020) suggeriscono di adottare strategie diversificate finalizzate al raggiungimento della recovery.

Sono riconosciute 3 grandi categorie di interventi da indirizzare secondo strategie più o meno integrate ai pazienti in funzione dello stato clinico attuale e del rischio di progressione del disturbo.

INTERVENTI DI PRIMO LIVELLO

Il primo gruppo di interventi è rivolto agli stili di vita, come igiene del sonno, dieta corretta, esercizio fisico regolare e modificazioni del consumo di alcol, e altre sostanze oltre alla sospensione del fumo di sigaretta.

Queste abitudini impattano negativamente sull’umore e possono interferire con i trattamenti psicofarmacologici. Va comunque tenuto presente che la sospensione dal fumo di sigaretta o dall’eccessivo consumo di alcolici risulta estremamente difficoltoso e potrebbe, durante una fase depressiva acuta, contribuire ad esacerbare, almeno transitoriamente i sintomi. In taluni casi specifici trattamenti volti alla sospensione di alcol, tabacco o sostanze stupefacenti potrebbero essere attivati quando un soggetto sia sufficientemente migliorato.

Sempre in questo primo gruppo di interventi vanno annoverati interventi di tipo psicoeducativo e di trattamento psicologico. In aggiunta a questo è importante considerare eventuali bisogni sociali dell’individuo e come questi impattano sulla sintomatologia depressiva.

Al fine di erogare con appropriatezza questo primo gruppo di risposte è di fondamentale importanza riconoscere la natura del disturbo, la sua storia e le modalità più adeguate di intervento. Ciò contribuisce all’ingaggio del paziente nel percorso di cura. È poi necessario definire un piano di risposta ampio ed efficace che consideri eziologia e patogenesi del disturbo, che riconosca specifici fattori biologici, psicologici, personali e sociali. È infine indispensabile, anche in questa fase, essere nelle condizioni di avviare interventi di urgenza a fronte di sintomi particolarmente critici e acuti (ideazione suicidaria, sospensione dell’alimentazione etc.).

Le terapie psicologiche nel Disturbo Depressivo risultano indicate e in taluni casi come prima scelta. Le forme Cognitivo Comportamentale (CBT) e la Terapia Interpersonale (IPT) sono quelle che forniscono dati di efficacia più consolidati. Sono entrambe manualizzate,

cosa che ne rende l'utilizzo più semplice. Resta rilevante la necessità, pur applicando questi approcci con flessibilità, di mantenersi aderenti al manuale per poter ottenere risultati comparabili agli studi di letteratura. Il mantra "flexibility within fidelity" esprime questo approccio organizzativo che, come descritto in una interessante review del 2013 (Lilienfeld et al., 2013), si scontra con la resistenza di molti psicologi ad una pratica clinica basata sulle evidenze.

INTERVENTI DI SECONDO LIVELLO

Negli interventi di secondo livello cadono sia gli interventi psicofarmacologici che gli interventi integrati farmacologici e psicoterapici.

Una recente metanalisi ha stabilito non solo la maggiore efficacia di un approccio integrato tra queste due modalità di intervento ma anche che i due interventi mostrano effetti differenziati verso i sintomi specifici della depressione, lasciando supporre la possibilità di un effetto complementare (Boschloo et al., 2019).

L'intervento di secondo livello in associazione o meno all'intervento psicoterapico è di tipo psicofarmacologico. L'antidepressivo (Medication M) è scelto in funzione del profilo clinico dello stesso e della presentazione della patologia. Il primo antidepressivo va prescritto alla dose ritenuta ottimale e aumentato (Increased Dose ID) ove necessario. Se questa azione si mostra insufficiente nell'ottenere una remissione sintomatologica va considerata un'azione di aggiunta alla terapia di un altro farmaco di diversa classe, come per esempio il Litio (Augmentation A).

Se anche questo passaggio non porta ai risultati voluti (Remissione), si sostituisce l'antidepressivo (Switching S) con un altro, preferibilmente di altra classe. La decisione di sostituire l'antidepressivo è valida anche se le motivazioni sono legate alla scarsa tollerabilità dello stesso.

Questo ciclo fatto di Medication **M**, Increased Dose **ID**, Augmentation **A**, Switching **S**, noto con l'acronimo di ciclo **MIDAS** deve essere ripetuto per almeno tre volte prima di

considerare il soggetto resistente ai trattamenti proposti.

Rapporto efficacia/tollerabilità, profilo clinico o specifici effetti indesiderati sono i fattori che insieme a precedenti trial affrontati dal soggetto possono guidare verso una personalizzazione degli interventi.

INTERVENTI DI TERZO LIVELLO

Quando il percorso MIDAS si dimostra insoddisfacente si può avviare il paziente ad ulteriori possibili interventi.

L'utilizzo dell'Esketamina si è rivelato un efficace strumento per le condizioni di resistenza al trattamento psicofarmacologico con, come descritto da una recente metanalisi (Calder et al., 2024), un NNT inferiore a 10 a 4 settimane dall'inizio della cura. Per tale motivo è considerato una valida opportunità per queste forme che riguardando circa il 25% dei soggetti affetti da Depressione Maggiore. Considerati i numeri di prevalenza annuale del disturbo (circa 6%) e considerando che circa 1/4 di questi ha una forma resistente, risulterebbe cruciale attrezzare tutti i Dipartimenti di Salute Mentale con servizi dedicati.

Infine, come trattamento di provata efficacia ed elettivo per le forme resistenti a tutti gli interventi proposti, sarebbe utile individuare centri di terzo livello che possano erogare, come da linee guida, la Terapia ElettroConvulsivante (TEC) in condizioni di sicurezza. Questo ultimo punto risulta particolarmente sfidante nel nostro paese per l'utilizzo controverso che ne è stato fatto nella pratica clinica manicomiale. Nel contesto di ricerca internazionale con sempre maggiore chiarezza si è rivelato uno strumento utile e sicuro per un numero di pazienti molto limitato ma che potrebbe beneficiare di tale intervento per migliorare la qualità di vita e in alcuni casi anche la quantità di vita (rischio suicidario).

CONCLUSIONE

In sintesi, rispetto a quanto sopra descritto, è essenziale determinare nei servizi di salute mentale dei possibili paradigmi di risposta che possano prevedere una declinazione di interventi in funzione dei bisogni al fine di personalizzare una risposta clinica adeguata alla sfida della patologia depressiva.

Tali paradigmi possono prevedere diverse combinazioni per giungere alla remissione sintomatologica:

- Paradigma A Combinazione di cambiamenti degli stili di vita, supporto sociale e intervento psicoterapico (CBT) per il raggiungimento della remissione.
- Paradigma B Combinazione di Intervento Psicoterapico e SSRI per il raggiungimento della remissione.
- Paradigma C Azione sequenziale con prima SSRI, poi SNRI ed infine Antidepressivo Triciclico con aggiunta di Litio per raggiungere la remissione del quadro.
- ...

Questi sopra sono solo alcuni dei quadri, un servizio di Salute Mentale, anche suddiviso tra Dipartimento di Salute Mentale, Medicina generale e Case di Comunità, deve essere in grado di fornire percorsi personalizzati accessibili, in cui venga svolta un'azione di screening corretta e che personalizza la risposta di cura alla condizione clinica e alla storia di malattia del paziente.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
ASST Lodi*

CORRISPONDENZE:

giancarlo.cerveri@asst-lodi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Boschloo et al., *The four-year course of major depressive disorder: the role of staging and risk factor determination*. *Psychother Psychosom*. 2014;83(5):279-
2. Boschloo L, Bekhuis E, Weitz ES, et al. *The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: results from an individual patient data meta-analysis*. *World Psychiatry*. 2019;18(2):183-191
3. Calder CN, Kwan ATH, Teopiz KM, Wong S, Rosenblat JD, Mansur RB, Rhee TG, Ho R, Cao B, McIntyre RS. *Number needed to treat (NNT) for ketamine and esketamine in adults with treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis*. *J Affect Disord*. 2024 Jul 1;356:753-762.
4. Greenberg et al. *The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010)*. *J Clin Psychiatry*. 2015;76:155-62.
5. Lilienfeld SO, Ritschel LA, Lynn SJ, Cautin RL, Lutzman RD. *Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies*. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(7):883-900
6. Olfson et al., *Treatment of adult depression in the United States*. *JAMA Intern Med*. 2016;176:1482-91
7. SISM 2022 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3369_allegato.pdf
8. Malhi GS, Bell E, Singh AB, Bassett D, Berk M, Boyce P, Bryant R, Gitlin M, Hamilton A, Hazell P, Hopwood M, Lyndon B, McIntyre RS, Morris G, Mulder R, Porter R, Yatham LN, Young A, Murray G. *The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary*. *Bipolar Disord*. 2020 Dec;22(8):788-804.



Percorsi di cura e assistenza nei servizi territoriali: gruppo psicoeducazione evidence-based per giovani

Berto E., Marchetti M., Manzone M.L.

ABSTRACT

I servizi territoriali del DSMD riscontrano un' aumentata richiesta di interventi specialistici a favore di diverse fasce d'età con bisogni diversificati e in continua evoluzione cui far fronte per mantenere adeguati standard di cura. In particolar modo, l'attuale condizione di crisi di personale e risorse del SSN impone una revisione dei modelli in uso.

La riflessione condivisa e l'approfondimento di tali tematiche hanno portato alla realizzazione di un intervento gruppale di psicoeducazione *Evidence-Based* (Tenny; 2024) rivolto ai giovani dai 18 ai 30 anni. Tale proposta ha coinvolto sia giovani al primo accesso (in assenza di segni o sintomi di SMI(2)), sia pazienti che avevano già effettuato un percorso, ma necessitavano di uno spazio di formazione/informazione sulle tematiche della salute mentale.

Sono state effettuate tre sessioni coinvolgendo quindici ragazzi. La somministrazione di questionari ha permesso la raccolta di dati socio-demografici e la valutazione delle aspettative, del gradimento e dell'efficacia.

È stata osservata una frequenza regolare nella quasi totalità del campione e un buon gradimento, con occasionale richiesta di approfondimento di alcune tematiche.

Il contesto gruppale e l'osservazione settimanale per

due mesi hanno inoltre permesso una valutazione complessiva del giovane.

Nonostante il campione di ridotte dimensioni, i risultati ottenuti in termini di frequenza, gradimento e soprattutto l'osservazione da parte degli operatori, fanno propendere per l'efficacia di quanto proposto, permettendo di ampliare l'offerta di cura e assistenza dei servizi ambulatoriali territoriali.

INTRODUZIONE

Gli anni che hanno immediatamente preceduto la pandemia da SARS-CoV-2 sono stati caratterizzati da un costante aumento della richiesta di interventi psichiatrici specialistici a favore della popolazione generale nell'ambito della salute mentale (D'AgoStino; 2020).

In particolare, nei servizi del DSMD si è assistito all'incremento di domande di cura e assistenza da parte della popolazione giovanile. Questo anche in linea con l'attenzione sempre maggiore con cui viene curata la transizione, ossia il passaggio tra i servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e i servizi per adulti, come da indicazione di Regione Lombardia.

La pandemia ha accelerato alcuni cambiamenti del contesto sociale e questo ha inevitabilmente comportato una ripercussione sui bisogni di salute con la conseguente diversificazione della domanda di cura e assistenza. Come ha ben sintetizzato il filosofo-psicoterapeuta Fontò *oggi la richiesta d'aiuto non riguarda più la ricerca del «senso» del personale modo di soffrire e di essere in disagio, non si cercano più i significati, non ci si preoccupa più di quanto la soggettiva sofferenza faccia parte del tessuto narrativo di una vita, risultato di una storia singolare. Quello che interessa è di uscire quanto prima dalla condizione di*

sofferenza, di essere «aggiustato», coltivando un'illusione onnipotente di poter sostituire «i pezzi rotti», eliminando ciò che limita per ritornare ad essere «come prima» adeguato e performante (Fontò; 2021).

Nella pratica quotidiana questi cambiamenti determinano la necessità di rispondere a bisogni di salute estremamente diversificati per fasce d'età differenti. L'attuale condizione di crisi di personale e risorse del SSN impone quindi una revisione dei modelli in uso e dell'offerta dei servizi della salute mentale. Questi ultimi, dopo gli importanti progetti rivolti alla popolazione giovanile dell'inizio del nuovo Millennio, negli anni hanno visto una significativa riduzione della possibilità di interventi mirati all'interno di progetti strutturati.

A quest'importante criticità si aggiunge il comune riscontro (Fioritti; 2014) di una non sempre adeguata formazione degli operatori dei servizi specialistici che, unitamente ai fattori sopra esposti, determina interventi non sempre appropriati, efficaci ed efficienti.

Un'analisi approfondita del contesto e dell'offerta di cura permette di ampliare e diversificare gli interventi soprattutto per i pazienti più giovani che non presentano segni o sintomi di SMI(2), ma che comunque fanno riferimento ai servizi ambulatoriali di salute mentale in quanto il territorio non offre altre risorse.

I servizi territoriali che non si lasciano coinvolgere in questa revisione delle prestazioni erogate e conseguentemente dei percorsi di cura e assistenza in atto, soprattutto per la popolazione giovanile, rischiano di venir meno a quello che è l'obiettivo condiviso anche nel contesto internazionale (Bonavigo; 2016): supportare l'autonomia e l'indipendenza dei pazienti dal servizio.

Anche se lo scopo ultimo dell'assistenza sanitaria in contesto territoriale è quello di autonomizzare i pazienti, percorsi di cura inadatti possono involontariamente limitarne l'autonomia e generare dipendenza dal servizio stesso, proprio come è avvenuto e avviene per alcuni pazienti affetti da grave patologia mentale ad andamento cronico. La dipendenza può essere considerata parte del

normale processo di cura all'interno di una determinata finestra temporale, ma deve essere attentamente valutata al fine di non ostacolare i processi di autonomizzazione e recovery. I pazienti esprimono la tensione tra il desiderio di riuscire a sviluppare autonomie senza il supporto degli operatori e il bisogno di essere riconosciuti nella loro sofferenza. Quando il rapporto è bilanciato, il servizio offre attività che promuovono autonomie significative per una vita indipendente (Bonavigo, Sandhu; 2016).

Proprio dall'analisi dei cambiamenti del contesto, dell'aumento e della diversificazione dei bisogni, degli interventi che spesso determinano lunghi percorsi all'interno di una "nuova istituzionalizzazione" osservata nei servizi territoriali, è nata la proposta di realizzare gruppi di Psicoeducazione *Evidence-Based*.

Il termine *Evidence-Based*, nasce all'interno della definizione *Evidence-Based Medicine* (Tenny and Varacallo; 2024), un approccio alla pratica medica che enfatizza l'uso delle migliori evidenze scientifiche disponibili per prendere decisioni cliniche. Questo metodo integra le competenze cliniche del medico con le preferenze del paziente nel contesto delle evidenze scientifiche più recenti, ottenute attraverso studi clinici e ricerche di alta qualità. Storicamente meno diffusa e sfruttata in psichiatria, anche per limitazione legate alla pratica stessa, ha rivoluzionato il modo di curare a livello occidentale dagli anni '60 in poi, diffondendosi tra le varie branche sanitarie (*Evidence-Based Practice* (Connor; 2023), *Evidence-Based Nursing* (Elsheikh; 2023)), ma anche all'esterno (*Evidence-Based Education*(10)) configurandosi come una modalità di lavoro condivisa tra professionisti volta al miglior *outcome* possibile per tutti gli attori coinvolti. La psichiatria è sempre rimasta ai confini di questa rivoluzione, sia per le difficoltà di avere diagnosi operazionali condivise - problema ancora presente, nonostante i vari tentativi di APA e WHO di produrre delle categorizzazioni nosografiche il più accettate possibili, sia per lo storico ruolo di controllo, che è richiesto a gran voce dalla società, ma che vede coinvolti soggetti che non si lasciano facilmente accompagnare in un percorso di cura.

La psicoeducazione (*Sarkhel; 2020*) è una modalità di trattamento che integra nozioni di psicoterapia e interventi educativi volti a informare pazienti e familiari/care-giver rispetto a una specifica patologia, affrontando la problematica a nella sua globalità e complessità, dalla fase diagnostica a quella prognostica, trattando inoltre le possibili terapie e le strategie volte a gestire la sintomatologia. In ambito psichiatrico questa pratica nasce nel contesto del percorso di deistituzionalizzazione intrapreso tra gli anni '50 e '60 negli USA (*Davis; 2012*), grazie all'introduzione dei primi farmaci psicotropi ad azione antipsicotica (*Ibsen; 1954*), per supportare i pazienti, in particolare affetti da psicosi, e i loro familiari al reinserimento nella società dopo anni o decenni di esclusione.

MATERIALI E METODI

Il protocollo è stato costruito attorno alle esigenze emerse sia durante prime visite di giovani di età compresa tra i 18 e i 30 anni inviati presso il CPS di Somma Lombardo – Varese (ASST Valle Olona) dal MMG o dai colleghi della UONPIA, sia in occasione delle valutazioni di controllo di alcuni pazienti già in carico al servizio.

Queste visite sono state effettuate tra i mesi di febbraio e aprile 2024. In questa finestra temporale è stata effettuata una revisione della letteratura recente (2014-2024) su diversi database (*PubMed, Google Scholar*) volta ad analizzare sia gli ambiti di impiego della psicoeducazione, sia le tematiche inerenti i bisogni riscontrati. Il riscontro comune è stata una domanda di cura complessa, spesso non farmacologica (*Borgna; 2020*). Proprio alla luce di questo bisogno è stata effettuata una ricerca al fine di reperire informazioni aggiornate ed *Evidence-Based* riguardanti i temi emersi così da arrivare alla definizione condivisa dei temi di ciascun incontro.

Dopo adeguata formazione agli operatori tenuta dal personale medico, sono stati proposti 8 incontri di 90 minuti, condotti prevalentemente da infermieri supportati da TeRP e assistenti sociali che hanno trattato i seguenti argomenti: bisogni di salute, sonno, corretta alimentazione,

autostima e sensibilità interpersonale, ansia e demoralizzazione, disregolazione emotiva e Alessitimia, autolesionismo non suicidario (NSSI), uso e abuso di sostanze.

Come tipologia di gruppo è stato scelto il gruppo aperto con un numero minimo di tre partecipanti, ma senza un numero massimo, al fine di consentire in ogni momento l'inserimento di nuovi giovani, in base ai bisogni rilevati. La scelta di poter inserire nuovi membri anche dopo aver già iniziato il percorso è stata determinata dal fatto che ogni incontro affronta un tema specifico e quindi si conclude. Ai ragazzi viene data la possibilità di continuare con l'edizione successiva. I gruppi si sono tenuti il pomeriggio dalle 14.30 alle 16.00 così da consentire la partecipazione anche agli utenti che frequentano la scuola.

Ai pazienti è stato proposto un percorso di assunzione in cura che prevedeva la partecipazione agli 8 incontri. All'inizio e alla fine del percorso sono stati effettuati due questionari, il primo al fine di raccogliere dati socio-demografici, aspettative e bisogni, il secondo per raccogliere informazioni di esito quali il grado di frequenza, di soddisfazione ed eventuali altri bisogni. Tali strumenti, unitamente alle osservazioni degli operatori, che si sono alternati secondo un calendario predefinito, con eventuali sostituti in caso di assenze, hanno permesso di rivedere alcune tematiche proposte tra la seconda e la terza edizione.

Al termine di ciascuna delle tre edizioni, durante l'*équipe* settimanale del CPS è stato effettuato un momento di verifica dell'andamento globale del gruppo, ma anche e soprattutto sono state formulate osservazioni dei singoli partecipanti sia per quanto riguarda la modalità di partecipazione, sia l'interazione tra pari e con gli operatori.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Al momento (novembre 2024), sono state completate due sessioni (maggio-giugno 2024 e luglio-settembre 2024) e una terza è in corso (novembre-dicembre 2024).

Il progetto è stato ben accolto sia dagli utenti che dagli operatori del CPS, permettendo ai primi di acquisire nozioni su tematiche correlate alla salute mentale di loro

interesse e ai secondi di avere uno spazio di formazione/informazione su tematiche per le quali si tende sempre più a far riferimento a informazioni non sempre attendibili on-line o tra coetanei.

Per gli operatori la conduzione di gruppi di psicoeducazione *Evidence-Based* ha consentito un aggiornamento del proprio bagaglio professionale sia per quanto riguarda gli approfondimenti forniti sulle tematiche da affrontare sia per l'ambito di intervento (contesto gruppale, utenti giovani non affetti da patologie né invalidanti né croniche).

Senza dubbio questa tipologia di interventi non è la routine negli odierni CPS (ancora troppo ancorati ad una dimensione assistenziale della cronicità legata ai disturbi psicotici o affettivi che ormai è anacronistica), ma rappresenta un ambito da potenziare alla luce dei bisogni riscontrati e della possibilità di sfruttare il percorso gruppale come ambito in cui osservare i giovani. La frequenza settimanale ha permesso agli operatori di avere una finestra privilegiata e frequente di osservazione degli utenti, permettendo una rapida e adeguata conoscenza degli stessi, valutandone necessità e bisogni.

Le riunioni d'*équipe* alla fine del percorso e all'inizio di quello successivo hanno permesso di definire ulteriori interventi terapeutici adeguati o una prospettiva di riduzione della frequenza con eventuale dimissione dal servizio.

Il contesto gruppale, attraverso la presentazione delle tematiche presentate, in alcuni casi ha consentito ai giovani di meglio formulare la domanda di cura, e agli operatori ha permesso di intercettare il reale bisogno con la formulazione di una risposta altamente individualizzata evitando sia la medicalizzazione sia lo sviluppo di dipendenza relazionale dagli operatori, che pur essendo un indiscutibile elemento correlato al buon esito del percorso di cura, è anche uno dei fattori che ne determina talvolta l'eccessiva durata (*iatrogenic dependency*)(Bonavigo, Sandhu; 2016).

I dati sociodemografici si riferiscono al campione delle tre edizioni e sono riportati nella **Tabella 1**. Si può osservare una leggera prevalenza del genere maschile, un'età tendenzialmente spostata verso la tarda adolescenza, una

scolarizzazione sostanzialmente bilanciata tra scuole medie inferiori e scuole medie superiori (in nessun caso il partecipante ha concluso il percorso universitario) e una lieve prevalenza di soggetti NEET (*Not [engaged] in Education, Employment or Training*).

Tabella 1: Campione

Genere	M	F
	10	7
Età	18-22	22-30
	10	7
Scolarizzazione	Secondaria I°	Secondaria II°
	8	7
Occupazione	Studente/ Lavoratore	Non occupato
	7	10
Precedenti contatti con il CPS	SÌ	NO
	8	9

Per quanto riguarda le edizioni concluse, due soggetti non hanno completato il percorso: in un caso per motivi legati al trasferimento di sede per il completamento del percorso di studi universitario, in un altro caso il drop-out è stato determinato dall'esacerbazione sintomatologica. Tale fase di scompensamento è stata indipendente dalla frequentazione degli incontri e verosimilmente correlata a life events.

Essendo un gruppo aperto sia l'interruzione del percorso da parte di uno o più membri, sia l'ingresso di nuovi partecipanti, a cui viene data la possibilità di continuare con l'edizione successiva (negli incontri che trattano le tematiche affrontate prima del loro ingresso), non comportano ripercussioni sull'andamento.

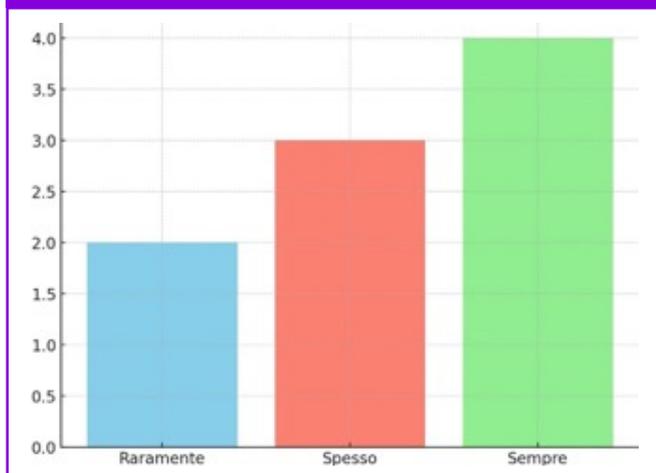
In tutte le edizioni è stato riscontrato un comune bisogno di socialità al quale la partecipazione agli incontri ha permesso di dare un'iniziale risposta: i partecipanti si sono spesso intrattenuti con gli operatori al termine degli incontri, ma anche tra loro. Nella restituzione individuale effettuata con l'operatore di riferimento questo elemento è stato riportato

in più casi quale fattore positivo. Questa osservazione ha determinato una riflessione da parte di chi ha ideato e guidato questo progetto che nell'ultima revisione delle tematiche affrontate ha incluso il ritiro sociale e la socialità.

Nel questionario somministrato all'inizio del percorso sono state indagate le aspettative circa le proposte, le tematiche da affrontare, le eventuali modalità utilizzate per avere informazioni sulla salute mentale e sul grado di coinvolgimento di familiari. È emerso come la proposta del gruppo di psicoeducazione *Evidence-Based* sia stata accolta di buon grado sia da familiari che dai giovani stessi indipendentemente dal fatto di essere al primo accesso in CPS o dall'aver già effettuato alcuni colloqui o anche un vero e proprio percorso sia psicologico che di *follow-up* psichiatrico.

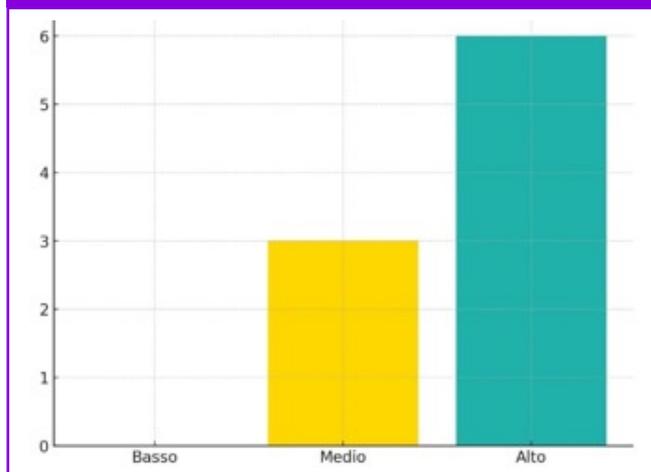
I grafici riportati nelle **Figure 2 e 3** evidenziano i dati raccolti con i questionari somministrati alla fine del percorso: è stata riscontrata una frequenza significativamente positiva e un gradimento medio-alto.

Figura 2: Partecipazione agli incontri



Unitamente al riscontro avuto attraverso lo strumento del questionario, i partecipanti hanno avuto la possibilità di dare un riscontro agli operatori di riferimento circa l'andamento: alcuni di loro ne hanno parlato anche con amici e/o famigliari, altri hanno condiviso l'utilità di uno spazio informativo e quasi tutti hanno valutato l'esperienza come valida opportunità per ampliare le proprie conoscenze.

Figura 3: Gradimento riportato dagli utenti



CONCLUSIONI

Senza dubbio l'esiguo numero del campione è uno dei limiti di questo studio, ma l'interesse degli autori non era tanto quello di valutare l'*outcome* del progetto del gruppo psicoeducazione *Evidence-Based*, quanto quello di mostrare la necessità di rivedere gli interventi proposti ai giovani all'interno dei CPS. Il tutto dopo un'attenta analisi dei cambiamenti del contesto sociale, delle conseguenti modifiche dei bisogni di cura e di assistenza e conseguentemente della necessità di modificare l'offerta.

I servizi territoriali sono chiamati, a rivedere l'offerta che coinvolge soprattutto gli utenti più giovani e quelli che non presentano un alto bisogno di interventi altamente specialistici, e che quindi si rischia di trattare troppo e per un tempo superiore alle reali necessità.

Gli autori non sono a conoscenza di studi che hanno presentato analoghi temi e non vi sono conflitti di interessi.

Si ringraziano gli operatori del CPS di Somma Lombardo che hanno partecipato al progetto.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

ASST Valle Olona

Università degli Studi di Milano

CORRISPONDENZA

emanuela.berto@asst-valleolona.it

mattia.marchetti@asst-valleolona.it

marialaura.manzone@asst-valleolona.it

BIBLIOGRAFIA

1. Tenny S, Varacallo M. *Evidence-Based Medicine*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
2. www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness
3. D'Agostino A, Demartini B, Cavallotti S, Gambini O. *Mental health services in Italy during the COVID-19 outbreak*. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):385-7.
4. XII legislatura atti: 2023/XII.2.4.1.11 Seduta del 25 giugno 2024 deliberazione n. XII/395.
5. Fontò G. *Sette lezioni in tempo di pandemia - Nuove prospettive di Senso e di Cura*. Poliartes, 2021.
6. Fioritti A, Amaddeo F. *Community mental health in Italy today*. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(6):425-7
7. Bonavigo T, Sandhu S, Pascolo-Fabrizi E, Priebe S. *What does dependency on community mental health services mean? A conceptual review with a systematic search*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(4):561-74.
8. Connor L, Dean J, McNett M, Tydings DM, Shrout A, Gorsuch PF, et al. *Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review*. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023;20(1):6-15.
9. Elsheikh R, Le Quang L, Nguyen NQT, Van PT, Hung DT, Makram AM, et al. *The role of nursing leadership in promoting evidence-based nursing practice*. *J Prof Nurs*. 2023;48:93-8.
10. www.evidencebased.education
11. Sarkhel S, Singh OP, Arora M. *Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation*. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(Suppl 2):S319-S23.
12. Davis L, Fulginiti A, Kriegel L, Brekke JS. *Deinstitutionalization? Where have all the people gone?* *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(3):259-69.
13. Ibsen B, Pahle H, Villumsen AL. [*Chlorpromazine hydrochloride (largactil); review*]. *Ugeskr Laeger*. 1954;116(51):1769-75.
14. Borgna E. *Il fiume della vita. Una storia interiore*. Feltrinelli E, editor 2020.

La crisi della Salute Mentale con la crisi di tutto il SSN: quale destino?

Ceglie R.

INTRODUZIONE

Pare ormai indiscutibile che la Psichiatria / Salute Mentale stia vivendo una gravissima crisi e che questa sia coincidente con quella di tutta la Sanità pubblica italiana.

La crisi del SSN, istituito in Italia nel 1978 (legge 833), è iniziata diversi decenni orsono per cause non solo nazionali, ma universali.

Già dai primi anni '70 tutte le economie occidentali si trovarono a dover affrontare la forte espansione dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella ospedaliera, in buona parte attribuibile all'aumento della popolazione anziana ed alla drammatica carenza di soluzioni alternative. Poiché nel mondo occidentale la medicina organizzata è, sin dall'inizio, medicina ospedaliera, i diversi paesi cominciarono a ricercare lì delle risposte. Una delle prime fu la definizione, negli USA, delle caratteristiche delle malattie croniche ("long-term patients"), ovvero di coloro che richiedono un prolungato periodo di cure, di almeno 30 gg in un O.G. e più di 3 mesi al proprio domicilio o in altre istituzioni. Era evidente, per impedire la saturazione del sistema da parte dei long-term patients, l'importanza delle strutture post-ospedaliere. Altrettanto evidente, secondo questa logica, affermare che la rete dei servizi assistenziali è unica e non può che far capo logicamente, concettualmente e funzionalmente che all'Ospedale inteso come riferimento al concetto culturale ed operativo della **Progressive Patient Care (PPC)**, definita come "una forma sia di organizzazione che di atteggiamento nel provvedere ai servizi che riguardano la salute dei pazienti, i quali sono seguiti in un ambiente adeguato alle loro necessità come: Intensive care, Acute care, Long-term care e Home care.

Circa i dipartimenti per l'ordinamento degli Ospedali, già previsti dalla 833 (insieme con l'articolazione in distretti delle UUSLL), questi si affermano in Italia dai primi anni '90, importati in Europa dagli USA allo scopo di superare il frazionamento delle unità cliniche in tante parti fra loro indipendenti per rendere più agevoli le relazioni tra discipline affini e complementari così da valutare assieme i criteri di ammissione dei pazienti, i percorsi assistenziali, le attività ambulatoriali ed il rapporto con le strutture extraospedaliere.

In realtà già precedentemente (L 595/1985), nello stabilire i nuovi principi di programmazione ed organizzazione sanitaria per gli ospedali, erano state individuate le aree funzionali omogenee e, come modalità pratica per l'avvio dei Dipartimenti, introdotto il concetto delle alte specialità, premessa del DM del 1992 sull'elenco delle alte specialità e sui requisiti necessari per ospitarle, da cui è derivato il riconoscimento delle aziende ospedaliere. La remunerazione dei ricoveri per DRG fu adottata in Italia nel 1995, dopo che negli USA (già dal 1983) aveva raggiunto gli obiettivi ricercati di una maggior attenzione sul singolo ricovero (diminuzione della degenza media, del numero dei p.l. per acuti) e della crescita dell'attività "outpatient" (aumento del DH, maggior utilizzo dei servizi territoriali, sia ambulatoriali che residenziali).

Nel 2006 Elio Guzzanti, ideatore e primo direttore di AGENAS, (creata nel 1993 quale supporto del ministero della sanità), già ministro, nonché promotore dell'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere e di queste profondo conoscitore, così descriveva la situazione assistenziale in Italia:

"Ed è a questo punto che si evidenzia il modello dell'ospedale per acuti che, allora come oggi, ma anche nel prossimo futuro, non può vivere in un vuoto assistenziale circostante e non può farsi carico del crescente numero di persone con malattie croniche e/o non autosufficienti, se non quando queste presentino episodi di acuzie o di riacutizzazione, oppure necessitino di procedure diagnostico-terapeutiche o di brevi periodi di riabilitazione intensiva. Occorrono

perciò un nuovo approccio e nuove soluzioni: da un lato configurando gli ospedali strutturalmente, tecnologicamente e soprattutto organizzativamente e culturalmente per un uso appropriato dei posti letto per acuti, ma anche per una maggiore estensione e qualificazione dei servizi di emergenza, delle attività a ciclo diurno e degli ambulatori. Dall'altro lato, è necessario prevedere un'organizzazione territoriale ben articolata, ambulatoriale e residenziale che si faccia carico di risolvere, a livello della comunità, la grande maggioranza dei bisogni assistenziali dei cittadini: dalla prevenzione alla long-term care”.

Con l'aziendalizzazione (1992-1993-1999) è venuta realizzandosi continuamente una politica di “deospedalizzazione” (dismissione di massa di posti letto, chiusura di molte strutture giudicate inadeguate etc...) basata sull'errata competizione ospedale/ territorio in cui l'ospedale come istituzione veniva via via politicamente delegittimato come bene e come servizio contrapponendo ad esso il territorio come strumento per contenerne la funzione, ma soprattutto il costo. Il riferimento di quelle politiche è il DM70, bocciato dai colleghi delle altre specialità, i quali ne richiedono la revisione in senso migliorativo e che gli psichiatri (almeno quelli che lo conoscono) non hanno neppure applicato al meglio delle possibilità che pure offre. Negli anni, intanto, sono avvenute velocissime modificazioni sociali planetarie, causa e strumento di una “rivoluzione” correlata con i travolgenti sviluppi della scienza e della tecnica che hanno spinto il mondo sanitario in un universo tecnologico dove tutto avviene in tempo reale (“compressione spazio-temporale”), poco o non compreso dal mondo istituzionale sanitario, ancorato spesso a concetti ritenuti ormai obsoleti.

Altri fattori inoltre, come pandemia Covid, guerre, crisi energetica, pesante debito pubblico con denaro del PNRR a debito con vincolo progettuale di spesa a scadenza hanno certamente aggravato la crisi.

La situazione è altrettanto ed anche più grave per la Psichiatria / Salute Mentale, nata a nuova vita con la

legge 180, incorporata nella 833, la quale condivide gli stessi fattori critici che riguardano tutto il SSN con in più quelli propri e imprescindibili dalla sua natura e dalla sua storia. Non v'è dubbio che, dopo l'approvazione della legge 833, considerata generalmente una buona legge, per gli psichiatri, dopo quella della 180, giudicata un successo storico straordinario, sono stati fatti degli errori per i quali oggi siamo nelle attuali pessime condizioni.

Per gli psichiatri della SIP è lecito parlare di una “policrisi” in atto, in cui tali fattori stanno facendo da detonatore al disagio mentale, dove pagano il prezzo più alto le categorie fragili: bambini e adolescenti, donne, anziani, fasce sociali svantaggiate.

Gli allarmi di smantellamento che stanno suonando per tutto il SSN per gli psichiatri sono ancora più forti, sia perché, a motivo di quegli errori, siamo in parte già fuori dal SSN, sia perché i nostri argini da tempo erano già stati travolti dall'enorme aumento delle richieste di assistenza soprattutto giovanile.

Alla crisi è correlato il problema prioritario della mancanza di risorse che, allo stato attuale, ad avvenuta approvazione del DEF, fa emergere con chiarezza come l'incidenza PIL (spesa sanitaria già bassa nel nostro paese) sia destinata a contrarsi per il prossimo triennio passando dal 6,6% per il 2023 al 6,2 % per il 2024 e per il 2025 e poi al 6,1 % nel 2026. Altro importante problema è la mancanza di un PSN, vale a dire un'aggiornata programmazione sanitaria integrata che, in modo sinergico, proietti in una visione nazionale il tema dell'organizzazione sanitaria in ambito ospedaliero, distrettuale e preventivo, definendo anche modalità operative, tecniche ed amministrative per assicurare la necessaria integrazione all'interno dei tre ambiti sanitari e poi tra gli stessi e poi ancora con i settori del sociale e della salvaguardia dell'ambiente.

La mancanza di tale programmazione valorizza sempre di più i ruoli dei Ministri del Lavoro e dell'Ambiente nella guida di questo settore indebolendo di contro sempre più quello del Ministero della Salute.

Gli esperti affermano che solo un PSN potrebbe dare

sistematicità, indicare priorità, incentivare sinergie tra i diversi piani settoriali (fra questi è da rilevare l'adozione del Piano Oncologico Nazionale nel gennaio 2023).

A dicembre 2022 il Ministero della Salute ha inviato alle Regioni una proposta di decreto, di concerto con il MEF, in cui viene adottata la metodologia (proposta da AGENAS nel luglio del 2022) per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del SSN. La metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, è importante perché finalizzata alla concessione dell'aumento della spesa per questo di un ulteriore 5% del FSN (in aggiunta all'incremento annuale del 10%) dell'incremento del FSR rispetto all'anno precedente.

La stessa metodologia fa riferimento per il personale in ambito ospedaliero al DM 70 (aprile 2015) e per quello in ambito territoriale (l'assistenza domiciliare integrata - ADI -) al DM 77 (maggio 2022). Nel documento ministeriale (a parte una breve nota di AGENAS in cui si cita il documento sul tema ricevuto il 30 / 8 da un "Gruppo di lavoro Salute Mentale") si precisa che la metodologia è applicata in via sperimentale per gli anni 2022-2023-2024 ed è passibile di interventi correttivi, fermo restando il generale rispetto del principio di equilibrio economico del SSN.

Si sottolinea, inoltre che, a questo scopo, AGENAS provvede ad effettuare il monitoraggio annuale dei risultati raggiunti nel territorio nazionale relazionando al MS ed al MEF sugli esiti per il progressivo consolidamento della metodologia e dei successivi aggiornamenti.

Vale ricordare, a questo punto, che AGENAS (agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) è l'organo tecnico-scientifico del SSN che svolge, tra l'altro, oltre all'attività di ricerca, proprio la valutazione ed il monitoraggio con l'obiettivo di mettere a disposizione di tutti gli stakeholder dei dati scientificamente validati ed utili ad orientare le proprie decisioni terapeutiche, programmatiche, organizzative e politiche.

I suoi principi di riferimento (efficacia, efficienza, appropriatezza, equità, sicurezza...) non prescindono

mai dalla misurabilità ormai irrinunciabile, come ben si dovrebbe sapere, nelle nostre aziende ospedaliere.

La proposta del decreto, dei tetti imposti al fabbisogno di personale, dunque, è importante e strategica, tant'è che tutti i sindacati, tutti gli ordini professionali e tutte le società scientifiche hanno espresso unanimemente la comune rivendicazione di superarli e riaprire alle assunzioni.

Per la Psichiatria / Salute Mentale il decreto apre scenari da analizzare con grande attenzione, data la sua storia e la sua posizione, particolare ed unica all'interno del SSN.

Nel prosieguo di questo lavoro verrà analizzato in dettaglio il documento sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera (DM 70) che quella territoriale (DM 77) con il dovuto raffronto ovviamente, con quelli che lo hanno preceduto al riguardo della nostra disciplina e con la necessaria considerazione che, nel luglio 2023, è stato individuato dal Ministero della Salute un tavolo tecnico per la revisione del DM 70 e del DM 77 che dovrebbe concludere i lavori entro ottobre 2023.

OSPEDALE – (PERSONALE OSPEDALIERO)

Come sottolineato nell'introduzione, la diminuzione delle attività ospedaliere del SSN è un fenomeno consolidato da oltre vent'anni.

Nel 2019, alla vigilia della pandemia, le dimissioni erano scese da 12,9 milioni del 2001 ad 8.5 milioni (-34%). La riduzione di attività risulta ancora più evidente se si considera che nel 2001 la popolazione italiana era di poco più inferiore a quella odierna (57 versus 59 milioni), ma soprattutto contava circa 3 milioni di over 65 in meno che, come noto, sono i principali utenti dei servizi ospedalieri.

La diminuzione complessiva delle attività ospedaliere e la maggiore focalizzazione sulla media ed alta complessità sono venute realizzandosi già a partire dalla riduzione, a livello strutturale, dello standard dei posti letto in rapporto alla popolazione a 3,7/ 1000 ab., fissato con il DM 70 / 2015.

Lo stesso provvedimento, applicando i paradigmi del modello Hub e Spoke, ha fissato un'ampia gamma di

criteri di riferimento: i bacini di utenza delle specialità, il ruolo degli ospedali nella rete di offerte (con particolare riferimento alla reti tempo-dipendenti), la dimensione minima degli ospedali privati accreditati pluri-specialistici, gli indicatori di processo ed esito e alcuni strumenti di raccordo con il territorio (ospedali di comunità).

Con riferimento al DM 70 è stata condotta la riconversione (con contestuale riduzione) di un rilevante numero di piccoli ospedali.

È avvenuta, inoltre, con riguardo ad alcune prestazioni, una notevole concentrazione delle casistiche verso un numero minore di ospedali ed unità operative. La concentrazione delle casistiche è stata incentivata perché, per molte attività ospedaliere, è stata provata un'associazione tra alti volumi erogativi e qualità clinica, a sancire la rilevanza da attribuire al raggiungimento di una massa critica tale da consentire lo sviluppo di una *clinical competence* qualitativamente adeguata a rispondere efficacemente al fabbisogno di salute della popolazione.

Il percorso sembra ben avviato per quanto riguarda alcune prestazioni di alcune specialità, ma le sue velocità e maturità appaiono molto variabili proprio a seconda delle prestazioni e delle specialità analizzate.

Tutto questo interessa la politica, gli amministratori regionali e locali, i professionisti, gli esperti del settore ed alimenta dibattiti ai quali non dovremmo essere estranei perché il sistema non è un monolite e le dinamiche generali tendono a celare le tendenze ben più eterogenee delle singole discipline mediche o dei più rilevanti gruppi di prestazioni all'interno delle stesse.

Il dibattito di politica sanitaria tendeva, già in passato, a tralasciare le peculiarità delle singole discipline ospedaliere, offrendo soluzioni indifferenziate, mentre a livello di reti regionali e locali si sviluppavano soluzioni organizzative diverse a seconda dell'area clinica e del contesto geografico.

L'attenzione alle dinamiche evolutive delle singole specialità è ulteriormente diminuita durante la pandemia Covid 19, periodo particolarmente drammatico che ha

comportato pressioni e cambiamenti sui modelli organizzativi e gestionali delle specialità mediche e chirurgiche. Questi cambiamenti, tuttavia, destinati a permanere o meno, non sono stati quasi mai affrontati in modo sistematicamente utile alla reportistica istituzionale essendo l'attenzione polarizzata solo su aspetti utili nella fase emergenziale ed immediatamente post-emergenziale e gli ultimi dati esaurientemente elaborati per l'analisi del sistema ne permettono una fotografia datata 2018-2019.

Al 2019 la rete ospedaliera italiana è composta da 1277 stabilimenti ospedalieri (rispetto ai 1458 del 2010) ed i posti letto totali del SSN sono 209.157 (rispetto ai 244.310 del 2010), ovvero 14,4 % in meno.

All'interno degli ospedali i 209.157 posti letto sono suddivisi in 13.312 reparti (-1209 rispetto al 2010). Le prime sei specialità per numero di posti letto costituiscono il 55% dei posti letto a livello nazionale e sono Medicina Generale (15%), Recupero e Riabilitazione (11,1%), Chirurgia Generale (10,3%), Ortopedia e Traumatologia (8,5%), Ostetricia e Ginecologia (6,5%) e Cardiologia (4,1%).

Per quanto riguarda le prime venti discipline, queste rappresentano l'85,4% dei posti letto a livello nazionale, mentre le rimanenti 49 si dividono il restante 14,6%.

La Psichiatria figura tra le prime 20. Tra il 2010 ed il 2019 l'offerta complessiva di posti letto si è ridotta per la maggior parte delle discipline, ma in modo tutt'altro che omogeneo. Alcune hanno un aumento dei posti letto complessivi (es. Day Surgery e Day Hospital), altre una riduzione di gran lunga superiore alla media nazionale. Le riduzioni maggiori si osservano tipicamente in aree disciplinari a vocazione generalista (es. Chirurgia Generale) e/o da spinte di tipo epidemiologico (es. Pediatria e Ostetricia e Ginecologia, collegate al calo delle nascite).

Per quanto riguarda i reparti, questi aumentano solo per Recupero e Riabilitazione, Neuro-riabilitazione, Day Surgery e Day Hospital, mentre diminuiscono in modo rilevante per Medicina Generale, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Psichiatria, Geriatria, Pneumo-

logia, Malattie Infettive e Tropicali, Oculistica. I posti letto medi per reparto presentano una certa variabilità interdisciplinare, a fronte di una media nazionale di 15,7 posti letti per reparto.

Tra le prime trenta discipline spiccano i 31,4 p.l. di Recupero e Riabilitazione, i 29,4 di Medicina Generale, i 20,4 di Ostetricia e Ginecologia ed i 23,7 di Geriatria.

La gestione della fase emergenziale e le modalità di risposta alla pressione esercitata nel difficile contesto hanno certamente rappresentato un punto di rottura, imponendo cambiamenti e modifiche ai tradizionali meccanismi di governo dei sistemi sanitari e di funzionamento delle aziende. Questi cambiamenti influiranno sui futuri nuovi assetti organizzativi soprattutto per la vantaggiosa flessibilità dimostrata anche attraverso il rafforzamento del modello Hub e Spoke con l'individuazione degli ospedali nodi delle reti tempo-dipendenti e dedicati al Covid. All'interno delle strutture, poi, le tendenze alla multidisciplinarietà, integrazione multiprofessionale ed alle logiche per intensità di cura pure si sono rafforzate. È da ricordare inoltre, l'intervento ausiliario del privato accreditato, con modalità e pesi diversi da regione a regione.

Per il DM 70, con l'individuazione delle strutture di degenza in rapporto al bacino di utenza (in milioni di abitanti) delle singole discipline, per la Psichiatria il bacino massimo è 0,3 e quello minimo 0,15 (come Cardiologia, Ostetricia e Ginecologia, Terapia Intensiva, Urologia, Pediatria, Neurologia...).

Per quanto riguarda il numero dei SPDC, questi sono previsti a partire dai presidi ospedalieri di I livello, ovvero con bacino di utenza compreso tra 150.000 – 300.000 ab. considerando, tuttavia, che il bacino di utenza delle singole discipline è stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, dalla frequenza della patologia nella popolazione e dalla numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa.

Si può affermare, in base a questo, che la crescente frequenza della nostra disciplina (e della confinante

neuropsichiatria infantile), ampiamente confermata da tutti gli organismi internazionali, in primis l'ONU, e, in Italia, dall'ultimo rapporto sulla Salute Mentale 2022 del Ministero della Salute, ben giustificherebbe un conseguente aumento della futura consistenza di reparti e posti letto.

Appare, tuttavia opportuno sottolineare, a questo proposito, che la disomogeneità dei nostri dipartimenti, in quanto a numero e tipologia di strutture che li compongono, non aiuta certo nei calcoli necessari a stimare i fabbisogni, quando si pensi soprattutto che non tutti comprendono il reparto e non tutti i reparti hanno uno staff medico fisso.

Per quanto riguarda il fabbisogno di reparti, infatti, il calcolo delle strutture eccedenti o carenti dovrebbe innanzitutto cominciare dalla precisa identificazione del numero di reparti totali del SSN (nell'annualità 2020 del Ministero della Salute c'è l'elenco di quelli di tutte le discipline tranne la Psichiatria) e poi dalla valutazione dello scostamento, riguardo alla situazione rilevata, rispetto al valore massimo del bacino minimo (per l'eccedenza) e rispetto al valore minimo del bacino massimo (per la carenza).

Con queste premesse è ragionevolmente ipotizzabile una carenza di SPDC matematicamente determinabile.

In relazione al fabbisogno del personale, nel documento ministeriale, la prima e non sorprendente osservazione da parte di AGENAS è la posizione infelice della Psichiatria che risulta essere la specialità, rispetto a tutte le altre, con il numero massimo di UO sotto il minimo di personale.

Fra le cause riportate dall'agenzia c'è anche quella che le UO psichiatriche, in alcuni contesti analizzati, non erano strutture complesse e certamente non per tutte (quante?) è rispettato il "metabolismo minimo" ovvero il fabbisogno minimo di personale necessario per il funzionamento di un reparto "completo" in cui si svolgono tutte le attività comuni a tutti gli altri e quelle specifiche per noi che consentono (con la misurazione sempre richiesta) di calcolare il personale necessario.

Non è questa la sede per entrare nel dettaglio dei calcoli fatti ed ancora fattibili, ma la dotazione minima di un SPDC, cioè il numero complessivo di **FTE** (lavoratori a tempo pieno) medici può essere ragionevolmente ottenuta sommando il valore minimo di 4 o più (numero fissato, ad es., per la Neurologia, ma determinabile dalla programmazione regionale ospedaliera declinata poi a livello locale, come previsto dal DM 70) + 1 direttore + 3 FTE per la guardia divisionale.

Per i valori massimi del personale, la sua determinazione, per specialità, è data dalle variazioni di produzione erogata ed il fabbisogno provocato da esigenze di produzione è valutato positivamente qualora si attesti all'interno di un range.

È stato, quindi, necessario identificare, per ciascuna disciplina, dei pesi medici che permettono di individuare due valori FTÈ e FTE “, che costituiscono il cd. “margine di tolleranza”. Esso, rappresentato dal limite inf. e sup. della forchetta, raffigura i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità non genera né fabbisogno né surplus di personale. Considerando poi le complessità organizzative e gestionali, è stato ritenuto opportuno confermare la necessità di individuare un “range di pesi medici “rappresentati nell’intervallo fra FTÈ e FTE”.

Per la determinazione del range di personale medico “giustificato dalla produzione” sono stati usati Pesi Medico differenziati per ogni specialità, sulla base dei DRG prodotti da ogni singolo stabilimento. Sempre nel documento ministeriale (pag.39) viene riportato che il criterio del peso appare limitato per 3 discipline: Psichiatria (sic!), Lungodegenza e riabilitazione e recupero funzionale, Terapia intensiva Neonatale per motivi diversi.

- Psichiatria: i dirigenti medici psichiatri, per la peculiarità della disciplina, non sono presenti nella loro totalità in ambito ospedaliero esplicando una parte sostanziale della loro attività direttamente sul territorio. A tal proposito il gruppo di lavoro ha ritenuto di determinare il loro fabbisogno non con il criterio dei pesi bensì con un criterio organizzativo minimo che prevede la presenza di

un SPDC ogni 300.000 ab. e con almeno 5 FTE psichiatri in ciascuno di essi.

La proposta (curiosa) è fatta a fronte dei dati del rapporto SISM 2022 che evidenzia l’aumento degli accessi in PS (con un 72,3% di pazienti rimandati a casa), l’aumento dei ricoveri in ospedale, la diminuzione dei posti letto ospedalieri (9.3 / 100.000 ab. - ultimi nell’Unione Europea!), la diminuzione dei servizi territoriali (dove i medici effettuano l’82,4 % degli interventi in sede), l’aumento delle strutture residenziali.

Ciò significa che gli psichiatri sono costretti a dimettere dal PS, in modo eticamente reprobabile e legalmente rischioso, un certo numero di pazienti acuti anche gravi (quanti ? e, fra questi, quanti adolescenti ?), perdendo una quota di sofferenza che favorisce la cronicità ed il ricorso alla residenzialità (per lo più privata).

Perché non riconoscere la necessità di ulteriori posti letto, ma in reparti che siano decorosamente accoglienti (in Italia si stanno ristrutturando e/o costruendo nuovi ospedali un po' ovunque) e differenziati per età, sesso, patologia, comprendendo, fra questi, anche quelli inviati in urgenza dalla Magistratura?

Non dovrebbe essere troppo difficile attrezzare i reparti per il ricovero dei diversi pazienti che già ora sta avvenendo con modalità quantitativamente e qualitativamente scadenti nella maggior parte dei casi.

Perché autoescludersi dalla valutazione di un nostro peso medico che ci darebbe la possibilità di richiedere ulteriore personale?

Dobbiamo, forse, ammettere che, contrariamente alle altre discipline, noi non contempliamo

“complessità organizzative e gestionali” che giustificano tale valutazione?

I ricoveri degli adolescenti in fase acuta (anche oltre i 18 aa), già invocati nelle linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza nel 2019 e disperatamente richiesti dai familiari rappresentano sicuramente, fra le “complessità organizzative e gestionali” quella ora predominante.

D'altronde anche già lo stesso DM70 prevede che alcune specialità cliniche e, fra queste, la Neuropsichiatria infantile e la Psichiatria possano essere gestite in un'unica struttura organizzativa e che le Regioni possano rimodulare il numero di posti letto sulle basi della domanda di salute, fermo restando il loro numero complessivo.

Certo dobbiamo studiare ed aumentare le nostre capacità di capire la realtà e le nuove domande che da questa emergono per poi cercare le soluzioni migliori senza condizionamento e senza le paure pure comprensibili di fronte alla novità.

Con l'aumento dell'attività degenziale, bisognerebbe poi pensare e realizzare, sempre come da indicazioni del DM 70 e nel numero più alto possibile: **DH terapeutici, DH riabilitativi, OBI, DSA, prestazioni intermedie, attività ambulatoriali.**

- il DH terapeutico rappresenta una sicurezza per i pazienti che devono essere monitorati anche dal punto di vista fisico (per mezzo e grazie al DSA) e per quelli in trattamento con moderne terapie particolari (come esketamina e TRM possibili solo in ambito ospedaliero).
- il DH riabilitativo, come quello per i DNA, consente con il passaggio dal reparto, ove necessario, prima o dopo, di trattare i pazienti non lontano dalle loro case, opzione sempre preferita sia dai pazienti che dai familiari rispetto a quella dei centri sovrazonali.
- l'OBI è un utile ausilio rispetto a occupazione dei posti letto e durata della degenza.
- sull'utilità delle consulenze psichiatriche (fatte bene) per noi e soprattutto per i colleghi degli altri reparti c'è poco da aggiungere.
- gli ambulatori, dentro o fuori dal reparto aprono ad un ventaglio psicopatologico vastissimo anche in fase di emergenza /urgenza, per quanto l'attività ambulatoriale andrebbe organizzata, come per tutte le altre specialità, secondo il metodo RAO (Raggruppamento di Attesa Omogenea per priorità clinica) curato da AGENAS con il coinvolgimento di 85 società scientifiche, MS, ISS, rappresentanti di Regioni e Cittadinanza

attiva **applicato sia in ospedale che sul territorio.**

Tale metodo ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per coloro che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN e per conto del SSN, in base a criteri espliciti. Le indicazioni cliniche, anche se riferite a condizioni che non riguardano l'emergenza, prevedono comunque situazioni non differibili che presuppongono un sospetto di patologia che necessita di una più rapida presa in carico del paziente, rispetto alla categoria "U" (3 giorni di attesa).

Sempre nel documento ministeriale vengono analizzati i metodi per la determinazione del fabbisogno del personale del comparto, distinguendo, come per i medici, le attività di degenza da quelle ambulatoriali. Un dato interessante è la considerazione positiva per le aree della Medicina e della Salute Mentale di poter migliorare il rapporto di 1 infermiere ogni 6 pazienti rispetto a quello di 1 a 8 precedentemente indicato, ma qui si potrebbe richiedere un'ulteriore valorizzazione di 1 ogni 5 pazienti.

Anche il numero dei coordinatori (oggi indicato con 1 ogni 30 p.l.) dovrebbe essere modificato in 1 ogni 20 p.l. quando si considerino, oltre alla degenza, tutte le attività, ambulatoriali e di DH afferenti al reparto.

TERRITORIO – (PERSONALE OPERANTE IN ADI)

La normativa preposta alla regolamentazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) si riflette, a livello regionale, con modelli organizzativi talvolta diversissimi tra di loro.

Le prestazioni specialistiche domiciliari erano già previste dalla L. 833/'78 e nel D.L. 502/'92 l'ADI è indicata tra le funzioni garantite dai distretti sociosanitari. I successivi DPCM del 2001 definiscono le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed inseriscono l'ADI nell'ambito dell'assistenza distrettuale, all'interno dell'assistenza territoriale programmata a domicilio.

I Piani Sanitari Nazionali, a partire dal 2001, confermano al distretto il ruolo di coordinamento di tutte le attività extra-ospedaliere (di assistenza di base e specialistiche, di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e ad elevata integrazione sociosanitaria), esplicitando che “l’uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliare” in quanto “la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione”.

Nel 2008 viene istituito il sistema informativo per l’assistenza domiciliare (SIAD) e nel decreto istitutivo si descrivono anche le modalità di trasmissione dei dati dalle Regioni al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Il Patto per la Salute 2014/2016 prevede il rafforzamento dell’ADI in vari contesti ed i nuovi modelli multiprofessionali ed interdisciplinari (Unità Complessa di Cure Primarie- **UCCP** e Aggregazioni Funzionali Territoriali – **AFT**) per l’assistenza territoriale.

Richiede, inoltre, alle Regioni di provvedere ad adottare / aggiornare progetti di attuazione del “punto unico di accesso” (**PUA**) della valutazione multidimensionale e del piano delle prestazioni personalizzato (**PP**). È previsto che sia il MMG o il PLS ad assumersi la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia (DPCM, 2017).

Nel DPCM del 2017 si parla del **PAI** (Progetto di assistenza individuale) redatto dall’Unità di Valutazione Multidisciplinare (**UVM**) con il coinvolgimento di tutte le componenti dell’offerta assistenziale e con il coordinamento dell’attività clinica affidato al MMG e al PLS, **fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.**

In una serie di documenti di politica sanitaria precedenti il PNRR, vengono definiti i modelli di “strutture intermedie” tra ospedali e reti di cure primarie anticipando quanto poi ribadito e sistematizzato in parte nel PNRR stesso. Le novità del PNRR sono relative al loro inserimento in una logica di reti territoriali integrate in base al modello “Hub e Spoke”, in precedenza applicato prevalentemente nel mondo della ospedalità e nelle reti

tempo dipendenti, oltre, ovviamente, alla quantità e capillarità della loro diffusione nei territori.

Per quanto riguarda il fabbisogno teorico di prestazioni domiciliari, alcune regioni hanno effettuato una stima considerando lo standard previsto dagli adempimenti LEA, individuando il target da raggiungere in termini di numero di anziani ultra 65enni assistiti in ADI.

Tocca ora alle Regioni, (la Liguria lo ha fatto nel dic. 2022), programmare la propria rete territoriale recependo le indicazioni del PNRR e del DM 77/2022, considerando che il nuovo modello del SSN mira ad una sanità più vicina alle persone ed al superamento delle disuguaglianze e che gli standard assistenziali dovranno essere rispettati in ogni regione.

In questa (**ottima**) prospettiva il Distretto Sociosanitario costituisce il perno del sistema nel quale i punti cardine sono:

- La Casa della Comunità (CdC), aperta fino a 24h su 24 per 7/7 gg che dovrebbe essere il luogo privilegiato dell’integrazione sociosanitaria, per la presa in carico (**PIC**) delle persone a maggiore intensità assistenziale. È sede del **lavoro multiprofessionale ed interdisciplinare delle equipe integrate sociosanitarie a carattere strutturale e permanente** che realizzano il PP ed il PAI cui concorrono operatori, servizi sanitari (territorio-ospedale), sanitari e sociali supportati da una forte infrastruttura informatica ed enti istituzionali diversi. Il PP dovrebbe pianificare ed organizzare, in chiave dinamica, l’insieme dei sostegni, formali e non formali, di assistenza, anche ad alta o altissima intensità utili a garantire al beneficiario la migliore condizione di salute, l’accesso e la permanenza al lavoro, la piena partecipazione sociale, l’indipendenza economica ed abitativa. Garantisce, inoltre, la piena esigibilità e, come tale, è un livello essenziale di prestazione (**LEP**), indipendentemente dall’età, dalla gravità della menomazione e dall’intensità o complessità dei sostegni necessari alla persona. L’attività all’interno della CdC prevede un lavoro **interprofessionale e multidisciplinare ed**

interventi coordinati tra MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali – anche nelle loro forme organizzative-, Infermieri di Famiglia e Comunità (**IFoC**), assistenti sociali (sia dei Comuni sia delle ASL) ed altri eventuali professionisti sanitari e sociali afferenti anche ad altre Agenzie / Enti pubblici o privati del territorio. L'attività delle CdC è improntata ad un servizio organizzativo orientato in prevalenza verso un lavoro di equipe interprofessionale secondo il modello organizzativo delle cronicità.

L'obiettivo è quello di garantire:

- l'accesso all'assistenza
 - la prevenzione e promozione della salute anche con il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per gli aspetti di competenza
 - la presa in carico delle cronicità e fragilità secondo un approccio di medicina di iniziativa
 - la valutazione multidimensionale del bisogno della persona
 - la continuità dell'assistenza attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (**salute mentale, consultorio...**)
 - l'attivazione di percorsi di cure multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra diversi servizi; il coinvolgimento nelle iniziative delle associazioni di cittadini, dei parenti, dei caregivers.
- l'Infermiere di Famiglia e Comunità (**IFoC**): è la figura professionale che assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC. In questa svolge attività di:
- collaborazione con i MMG/ PLS per reclutamento e gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e per la definizione e implementazione del progetto di salute, attività di case management ed assistenza ed iniziative non solo individuali ma rivolte anche a gruppi di persone.
- la centrale operativa territoriale (**COT**). È il servizio di back-office che facilita l'attivazione e garantisce la continuità della presa in carico attraverso

una piattaforma comune ed integrata con i principali applicativi di gestione aziendale e di interconnessione con tutti gli enti/ strutture presenti sul territorio, garantendo il coordinamento e raccordo tra i nodi delle diverse reti e i professionisti.

- Centrali operative **116117**. Il numero è indicato nel DM77 come uno dei canali chiamato a diventare progressivamente una delle modalità ordinarie per accedere al SSN in modo non urgente, sia per ottenere informazioni, sia per avere un primo orientamento nei servizi, sia per esigenza di continuità assistenziale, sia per orientarsi ed accedere ai servizi socio- sanitari. I vari protocolli regionali ne dovranno definire specificatamente il funzionamento.
- Unità di continuità assistenziale (**UCA**) questa può essere attivata attraverso la condivisione con MMG per situazioni di particolare complessità clinica assistenziale. È un'equipe mobile distrettuale composta da 1 medico e 1 infermiere eventualmente integrata anche con altre figure sociosanitarie, dotata di un sistema integrato comprendente un'infrastruttura di telemedicina collegata alla COT ed accessibile via internet per garantire teleconsulto attraverso l'interoperabilità della rete degli specialisti collegati. L'UCA è dotata altresì di strumentazione avanzata e dispositivi medici, anche diagnostici, portatili al fine di monitorare le condizioni cliniche dei pazienti. La sede operativa è nella CdC HUB.
- Assistenza domiciliare e Rete Cure Palliative. Per raggiungere gli obiettivi previsti dal PNRR ("casa come principale luogo di cura") si dovrà incrementare il numero dei pazienti in carico alle cure domiciliari, comprese quelle palliative. Tale risultato potrà essere raggiunto con l'inserimento del Servizio di Cure domiciliari e delle Unità di Cure Palliative domiciliari (UCPD) all'interno delle Case di Comunità, valorizzando altresì tutte le altre prestazioni domiciliari svolte dai servizi sociosanitari, quali, ad es., **la salute mentale ed il servizio per i disabili e promuovendo**

l'impiego di strumenti di telemedicina multi – e inter-disciplinare in grado di porre in essere meccanismi di integrazione alle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere e con la messa in campo di nuovi strumenti come la televisita, il teleconsulto e il monitoraggio a distanza utilizzato con la fattiva collaborazione di tutti i servizi presenti nella CdC, dei MMG / PLS, IFoC e medici specialisti territoriali ed ospedalieri. Le cure domiciliari potranno essere esternalizzate e svolte da erogatori autorizzati e accreditati secondo quanto previsto dalla normativa vigente (con richiesta del MMG ed autorizzazione del Distretto che supervisionerà e monitorerà il percorso di PIC).

– **Ospedali di Comunità (OdC)**. Si tratta di strutture sanitarie afferenti all'area territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio /residenzialità sociosanitaria e il ricovero ospedaliero, per ricoveri brevi a bassa e media intensità di cura, rivolti a pazienti con deficit funzionali e /o cronici stabili dal punto di vista clinico provenienti dall'Ospedale, dalle strutture residenziali, sociosanitarie o dal domicilio. Sono i pazienti dimissibili dall'ospedale, ma che non possono rientrare a domicilio per la necessità di cure infermieristiche continue, per mancanza temporanea o non strutturale di una rete di sostegno familiare.

Nel documento ministeriale sul fabbisogno di personale territoriale necessario per la presa in carico del 10% della popolazione over-65 (come previsto dagli obiettivi del PNRR) si premette che l'algoritmo presentato è stato sviluppato a partire dalla stima delle risorse impiegate per le prestazioni erogate nel corso del 2019, a fronte della dotazione di personale presente in quell'anno (vedi indicatori SIAD), senza la quantificazione della suddivisione tra personale dipendente dell'SSN e personale convenzionato. Con questa metodologia è stato possibile individuare, per ora, degli indicatori che rappresentino lo standard minimo per la figura dell'infermiere e del fisioterapista. Nel documento si precisano le fonti e le

figure analizzate sempre utilizzando gli indicatori SIAD del 2019 riguardo agli accessi effettuati da ciascun operatore, il numero degli assistiti presenti nelle diverse regioni italiane (nel corso del 2019), suddivisi sulla base del livello di complessività assistenziale sintetizzato dal Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA). Viene stimato, poi, il numero di abitanti over-65 presenti in ciascuna regione italiana nell'anno 2026 (come previsto dal PNRR) e l'incidenza delle fasce CIA, suddividendo la popolazione in ADI nelle cinque fasce CIA (CIA base, I, II, III e IV livello) sempre come previsto dal PNRR. Si fa riferimento quindi, al tempo (in minuti medi) previsto per ciascuna tipologia di operatore per l'accesso domiciliare sulla base del livello di CIA dell'assistito ed al metodo per la determinazione del personale ospedaliero, richiamando i relativi documenti ufficiali.

L'algoritmo attuale ha permesso di analizzare la dotazione attuale ed obiettivo di personale per le figure professionali maggiormente presenti all'interno dell'indicatore 8 del SIAD:

- MMG (**sostituibile**)
- Infermiere
- Fisioterapista (**sostituibile**)
- OSS

Non è questa la sede per riportare gli ulteriori calcoli fatti per la stima della dotazione attuale, della dotazione obiettivo, dei tempi di spostamento ecc..., ma è opportuno sottolineare che nel corso dei lavori, è emerso che la maggior parte degli accessi domiciliari è concentrata nelle 4 figure professionali sopra riportate, ad eccezione dell'OSS, figura per la quale il gruppo di lavoro ha deciso di non fissare uno standard minimo per la quantificazione del fabbisogno lasciando alle regioni autonomia sul come eventualmente avvalersene.

Standard minimi (x1000 ab. over 65) sono stati, invece, identificati per la figura dell'infermiere (0,9 FTE) e del fisioterapista (0,2 FTE). Il documento conclude con l'affermazione che la metodologia presenta spazi

di miglioramento, in un'ottica di future revisioni, per quanto riguarda:

- tempo medio di accesso, dove gli accessi hanno una diversa valorizzazione oraria
- unicamente sulla base della tipologia di professionista coinvolto e del livello di CIA dell'assistito
- tasso di accesso
- tempo di presa in carico / rivalutazione
- tempo di spostamento, dove si considerano le diverse tipologie di territorio

CONCLUSIONE

L'analisi di tutto quello fin qui esaminato al riguardo dell'assistenza domiciliare, così come è stata considerata a partire dalla 833 fino alle indicazioni del PNRR e del DM 77 credo induca alcune non sorprendenti e ragionevoli riflessioni.

La prima è che la Psichiatria /Salute Mentale non è stata, non è e non può essere autosufficiente.

Stando così le cose nell'organizzazione del SSN, l'assistenza psichiatrica territoriale non può che essere distrettualizzata. Se la Psichiatria è nel Distretto ed il perno dell'assistenza territoriale è il Distretto, la Psichiatria / Salute Mentale, una volta distrettualizzata può e deve aderire al sistema distrettuale anche per quanto concerne l'ADI e la fruizione delle strutture a questa preposte (CdC, COT, IFoC, UCA ecc...), in particolare per i pazienti over 65 anni.

(La loro % è del 28,7% del totale della popolazione in Liguria ed è in crescendo. Quella più bassa nel resto dell'Italia è destinata ad allinearsi entro una quindicina d'anni).

Nella descrizione delle strutture si vedono chiaramente gli spazi di manovra già pronti per gli psichiatri e nel documento ministeriale sono previsti margini di miglioramento e future revisioni. **(Quante volte in passato ci siamo concretamente posti il problema (mai risolto) della valutazione dell'assistenza territoriale nei termini ora allo studio per l'ADI ?).**

Si può fare attenendoci alle regole che le governeranno e spingendo per l'uguaglianza dei nostri pazienti rispetto

agli altri, per quelli soprattutto che possono continuare a stare nella propria casa, ma anche per quelli che sono nelle strutture residenziali.

La programmazione regionale (in Liguria, ci sono ad es., 19 distretti con previsione per ciascuno di un numero di CdC da 1 a 3; ci sono 5 ASL con previsione per ognuna di un numero di COT da 2 a 6 e di OdC da 1 a 4) ed il rispetto dei programmi sono le condizioni fondamentali per la piena auspicabile (!) realizzazione del DM 77.

È questa una grande sfida non solo per noi, ma per tutto il SSN.

L'attivazione degli OdC era già stata messa in dubbio dall'ufficio parlamentare del Bilancio ad aprile 2023, ma sappiamo bene che ci sono altre criticità come le rilevanti differenze regionali di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo (che si riflettono nelle disuguaglianze sull'erogazione dei LEA), per le quali le regioni non si trovano sulla stessa linea di partenza.

C'è poi la grave carenza di personale sanitario, sia medico che infermieristico e, mentre si registra un fabbisogno minimo di 20.000 infermieri di famiglia, si rileva il progressivo calo delle domande per il corso di laurea in Scienze Infermieristiche, laddove queste figure professionali, accanto ai MMG, rappresentano la colonna portante della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77.

Altro ostacolo da superare è quello presente nell'attivazione della telemedicina a causa dell'analfabetismo digitale di professionisti sanitari, pazienti, familiari e caregivers quando c'è la necessità di digitalizzare le infrastrutture del Paese. Il carico amministrativo per Regioni ed Aziende Sanitarie, rappresentato dall'elaborazione dei documenti e dal monitoraggio delle scadenze, con le continue rilevazioni e trasmissione di dati da Aziende a Regioni e da queste al Ministero è un'altra criticità. In più, l'economia di guerra con l'aumento di costi energetici, materie prime e difficoltà di approvvigionamento, hanno motivato il piano di rimodulazione del PNRR proposto dal Governo alla Commissione Europea nel luglio 2023.

La richiesta è quella di ridurre il numero di opere edilizie (CdC, COT, OdC), oltre che di interventi di antisismica. Complessivamente si propone di espungere 414 CdC, 76 COT, 96 OdC e 22 interventi di anti-sismica.

Vengono anche richiesti tre differimenti temporali delle scadenze: 6 mesi per le COT, 12 mesi per il target delle persone assistite in ADI con strumenti di telemedicina e per l'ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero.

Gli Psichiatri hanno davanti molti ostacoli, non solo e soprattutto quello economico, come tutti gli altri medici, ma anche quello culturale (è difficile abbandonare i sogni...) come il dover ragionare assoggettandosi alle regole valide per tutti gli altri colleghi ed il doverci lavorare sopra, minuziosamente, per adattare al meglio al proprio ambito. Proprio ora che il SSN pare giunto al capolinea e che dovremmo unirci agli altri anche per intraprendere azioni per tentare di salvarlo, la nostra barca sta affondando. In questo particolare momento storico dovrebbero essere fissati tutti i tentativi per noi più convenienti e procedere con una partecipazione critica quanto si vuole, ma compatta e scevra da pregiudizi ideologici per non aggravare la nostra delegittimazione sociale, causa ed effetto della nostra debolissima possibilità di interlocuzione con il sistema sanitario ed istituzionale, ma soprattutto, per sopravvivere.

CORRISPONDENZA

rosanna.ceglie@asl5.liguria.it

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute – Decreto 2 aprile 2015, n.70.
Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
2. Ministero della Salute – Decreto 23 maggio 2022, n. 77. *Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*
3. Guzzanti E. *L'Ospedale del futuro: origini, evoluzioni, prospettive*. Vol.97. Roma: Recenti Progressi in Medicina, 2006
4. *Configurazione dell'offerta ospedaliera nazionale*. Rapporto OASI 2021
5. *Fabbisogni e modelli di servizio in trasformazione: il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale*. Rapporto OASI 2022
6. Manuale RAO -AGENAS 2020
7. Cavicci I. *Sanità pubblica addio, il cinismo delle incapacità* Castelvecchi ed. 2023
8. *L'Ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro*. As.I. Qu. A.S. (Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale) Quotidiano Sanità ed. Roma, 2023
9. 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Roma 2023
10. Proposta di Accordo Politico Complessivo sul riparto FSN 2023 (Commissione Salute e Commissione Affari finanziari)
11. Approvazione della “ *Programmazione Regionale Rete Territoriale ai sensi del DM 77*” Regione Liguria, 2022
12. Piano Socio- Sanitario Regionale 2023-2025. Consiglio regionale assemblea legislativa della Liguria
13. Rapporto Salute Mentale – SISM , Anno 2022, Ministero Salute, 2023

Utilizzo di Esketamina in CPS nel trattamento della Depressione Resistente: dati preliminari di efficacia

*De Martino C. *, Porcellana M. *, Concetto M. O. *, Zapparoli A. *, Giori C. *, Lauretta G. *, Marangelli D. *, Nibali L. T. *, Raimondo F. *, Bassetti R. *, Percudani M. **

ABSTRACT

Il Disturbo Depressivo Maggiore (MDD) è una condizione psichiatrica ad alta prevalenza, con un impatto debilitante sulla qualità della vita e una significativa resistenza ai trattamenti standard in circa un terzo dei pazienti, configurandosi come depressione resistente al trattamento (TRD). In questa condizione, l'esketamina intranasale, un antagonista del recettore NMDA, ha dimostrato un rapido effetto antidepressivo, potenzialmente correlato a una modulazione della neurotrasmissione glutamatergica ed a una promozione della plasticità sinaptica. Questo studio preliminare osservazionale prospettico ha esaminato l'efficacia e la tollerabilità dell'esketamina somministrata a pazienti con TRD presso il CPS Ippocrate dell'ASST GOM Niguarda. La coorte di cinque pazienti, sottoposti a una fase di induzione e mantenimento, è stata monitorata con scale cliniche standardizzate (MADRS, HAM-D, HAM-A) per valutare i cambiamenti nei sintomi depressivi ed ansiosi. I risultati hanno mostrato una riduzione significativa dei sintomi nei pazienti che hanno completato il trattamento, supportando l'esketamina come opzione terapeutica efficace per la TRD. Gli eventi avversi riportati, inclusi episodi di dissociazione e ipertensione transitoria, sono stati generalmente di lieve entità e autolimitanti. Nel presente articolo verrà anche descritto il ruolo degli infermieri nella somministrazione di esketamina. L'alleanza terapeutica creata tra

operatori e pazienti ha favorito l'adesione al trattamento e lo sviluppo di un approccio di cura multidimensionale, mirato a migliorare la qualità della vita ed a contrastare l'isolamento sociale tipico della depressione resistente.

INTRODUZIONE

Il disturbo depressivo maggiore (MDD) è una condizione psichiatrica diffusa che incide profondamente sul benessere emotivo, cognitivo e fisico. Colpendo circa il 5% della popolazione mondiale, l'MDD rappresenta una delle principali cause di disabilità a livello globale. Nonostante l'ampia disponibilità di trattamenti farmacologici, circa un terzo dei pazienti non riesce ad ottenere una remissione completa anche dopo diversi tentativi con antidepressivi standard, venendo così classificati come affetti da depressione resistente al trattamento (TRD) (Popova, 2019).

La TRD rappresenta una sfida terapeutica complessa: i pazienti continuano a soffrire di episodi depressivi prolungati, nonostante abbiano ricevuto dosi adeguate di almeno due antidepressivi di classi diverse. Questa condizione non solo peggiora il burden della malattia, ma riduce significativamente la loro qualità di vita e comporta un aumento dei costi sanitari a livello sociale (Jaffe, 2019). Con il crescere della necessità di nuove opzioni terapeutiche, la ricerca si è orientata verso agenti innovativi con effetti antidepressivi rapidi.

L'esketamina, l'enantiomero S della ketamina, agisce come antidepressivo in modo diverso rispetto ai farmaci tradizionali, che solitamente modulano i livelli di serotonina, noradrenalina e dopamina. L'esketamina si concentra invece sulla neurotrasmissione glutamatergica che riveste un ruolo cruciale nella plasticità sinaptica e nei meccanismi associati all'umore ed alla cognizione. Bloccando i recettori N-metil-D-aspartato (NMDA), si riduce l'eccitazione neuronale favorendo il rilascio di glutammato e stimolando la formazione di nuove connessioni sinaptiche in aree cerebrali legate all'umore, come la corteccia prefrontale (Piva, 2021).

Questo meccanismo innovativo è alla base dei suoi rapidi effetti antidepressivi, che si manifestano spesso nel giro di poche ore, a differenza degli antidepressivi tradizionali, che possono richiedere settimane prima di avere un impatto significativo. Inoltre, l'azione dell'esketamina potrebbe contrastare direttamente i deficit neuroplastici osservati nei pazienti con TRD, promuovendo la rigenerazione e la riorganizzazione delle connessioni neuronali compromesse dal disturbo (M. J. Kang et al., 2022).

Esketamina in ambito ambulatoriale: verso un accesso più ampio a trattamenti rapidi per la depressione resistente.

L'approvazione e l'introduzione dell'esketamina come trattamento intranasale, in combinazione ad un antidepressivo orale per la TRD, hanno rappresentato un'importante innovazione nell'ambito delle cure ambulatoriali. A differenza della ketamina somministrata per via endovenosa, che richiede un ambiente ospedaliero per la complessità legata all'infusione, la formulazione intranasale dell'esketamina consente di somministrarla anche in regime extraospedaliero. Questo cambiamento ha implicazioni significative per la sua integrazione nelle cure community-based.

Nonostante la somministrazione in regime ambulatoriale, l'uso dell'esketamina è ancora altamente regolamentato per garantire la sicurezza dei pazienti. Solitamente, l'esketamina viene auto-somministrata sotto la supervisione diretta di un operatore sanitario, viene rivalutata la pressione arteriosa a 40 minuti, ed i pazienti vengono osservati per il rischio di dissociazione, temporanei aumenti della pressione arteriosa e vertigini finché non vengono considerati clinicamente stabili e pronti a lasciare il contesto sanitario (Wajs, 2020). Questo approccio ambulatoriale rende l'esketamina più accessibile rispetto alla ketamina endovenosa, pur mantenendo i necessari protocolli di sicurezza.

Nonostante i vantaggi della terapia ambulatoriale con esketamina, rimangono alcune sfide logistiche e pratiche. I pazienti devono recarsi regolarmente in

CPS due volte alla settimana all'inizio del trattamento, il che può rappresentare un onere in termini di tempo e accessibilità. Inoltre, il trattamento richiede una stretta collaborazione tra psichiatri, personale infermieristico e pazienti per gestire il programma di somministrazione e monitorare gli effetti collaterali. Tuttavia, per coloro che soffrono di TRD ed hanno esaurito altre opzioni terapeutiche, l'esketamina rappresenta un'alternativa rapida ed efficace, ora più facilmente accessibile, anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

MATERIALI E METODI

Disegno dello Studio

Questo studio osservazionale prospettico è stato progettato per valutare preliminarmente l'efficacia e la tollerabilità della somministrazione di esketamina intranasale in pazienti adulti con Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) resistente ai trattamenti in carico al CPS Ippocrate dell'ASST GOM Niguarda.

Il protocollo terapeutico ha previsto una fase di induzione ed una di mantenimento. Durante la fase di induzione, i pazienti hanno ricevuto il trattamento due volte a settimana per un totale di 4 settimane. La dose iniziale variava in base all'età: 56 mg per pazienti fino a 65 anni e 28 mg per pazienti oltre i 65 anni. La fase di mantenimento ha previsto la somministrazione settimanale di 56 mg o 84 mg per le successive 4 settimane, per poi continuare con somministrazioni settimanali o bisettimanali, con frequenza regolata in base alla risposta clinica individuale e alla tollerabilità.

Le somministrazioni sono state effettuate presso l'infermeria del CPS, con monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa e frequenza cardiaca), prima del trattamento, a 40 e 90 minuti per garantire la sicurezza del paziente.

I Partecipanti rispondevano ai seguenti criteri di Inclusione: Diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore resistente al trattamento con punteggi alla HAM-D da moderato (18-24) a grave (>25); mancata risposta ad almeno due antidepressivi di qualsiasi classe nel corso

dell'attuale episodio depressivo, condotti correttamente ovvero a posologia piena e tempo congruo (almeno 4 settimane) senza risposta clinica significativa. Sono stati esclusi: pazienti affetti da disturbo bipolare, psicosi, diagnosi principale attuale di abuso di sostanze, ipertiroidismo non trattato, anamnesi di lesioni cerebrovascolari, encefalopatia, patologie associate ad aumento della pressione intracranica, patologie cardiovascolari o respiratorie clinicamente significative o instabili, insufficienza epatica grave, gravidanza. L'ipertensione arteriosa in trattamento e ben controllata non era un criterio di esclusione.

Da giugno 2024 sono stati reclutati 5 pazienti (2 maschi e 3 femmine) di età compresa tra 29 e 71 anni, segnalati dai rispettivi curanti.

Procedure di Somministrazione e Raccomandazioni di Sicurezza

Prima di ogni somministrazione, i pazienti hanno partecipato a una sessione di valutazione clinica con anamnesi aggiornata e discussione delle modalità di somministrazione e delle precauzioni di sicurezza. Oltre a illustrare gli effetti collaterali comuni dell'esketamina (come dissociazione, vertigini, tachicardia e sonnolenza), il personale clinico ha fornito raccomandazioni specifiche per minimizzare i rischi e ottimizzare la tollerabilità del trattamento (ad esempio: digiuno nelle due ore precedenti la somministrazione, non ingerire liquidi nei 30 minuti precedenti, evitare di guidare veicoli dopo la somministrazione ecc.).

Misure di outcome

L'efficacia del trattamento è stata valutata mediante quattro scale cliniche somministrate prima della fase dell'induzione (T₀) ed a 8 settimane di trattamento (T₁) per monitorare l'andamento dei sintomi depressivi, ansiosi e del funzionamento globale: MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale).

RISULTATI

Dei 5 pazienti reclutati per il trattamento con esketamina intranasale, uno ha interrotto la terapia per soggettiva mancanza di efficacia e riferiti effetti collaterali (agitazione, tachicardia con aumento transitorio della pressione), riducendo a 4 il campione finale per l'analisi. Nel complesso, tutti i pazienti che hanno completato la fase di induzione e sono tuttora in fase di mantenimento hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi nei sintomi depressivi e ansiosi, come documentato dalle scale cliniche (Tabella 1).

Tabella 1: Punteggi medi alle scale HAM-D, HAM-A, MADRS al T₀ ed all'ottava settimana di trattamento (T₁)

	T ₀	T ₁
HAM-D	28,00	12,75
HAM-A	32,25	18,00
MADRS	39,25	18,00

Un paziente ha sperimentato una marcata riduzione dell'ideazione suicidaria già nelle prime settimane di induzione, indicativo di un effetto positivo dell'esketamina sui sintomi depressivi gravi e sulla riduzione del rischio di suicidio, coerente con le osservazioni di studi precedenti su esketamina ed ideazione suicidaria (Sheng-Min Wang, 2021). Una paziente ha manifestato una riduzione evidente dei livelli di ansia e angoscia, con miglioramenti costanti dei punteggi alla scala HAM-A ed un incremento osservato del tono dell'umore, confermato dalla maggiore stabilità psicologica e diminuzione dell'agitazione.

In sintesi, tutti i pazienti hanno mostrato progressi significativi nei punteggi delle scale HAM-D, HAM-A e MADRS, suggerendo un miglioramento clinico generale. Tuttavia, mentre tre pazienti hanno percepito questo miglioramento come significativo, un paziente – con DDP ossessivo in comorbilità - ha riferito una percezione soggettiva meno evidente rispetto a quanto osservato clinicamente.

Questa discrepanza tra percezione soggettiva e valutazione clinica è stata riportata anche in altri studi sull'esketamina, evidenziando come l'interpretazione dei sintomi possa variare in base a caratteristiche individuali e personologiche dell'utente (Hudgens, 2020).

Gli effetti collaterali osservati sono stati generalmente lievi e si sono attenuati nel tempo. Tre pazienti su quattro hanno sperimentato episodi di dissociazione transitoria, descritti principalmente come alterazione della percezione temporale nelle prime due settimane di trattamento, con risoluzione progressiva. Una paziente ha riportato un episodio di ansia marcata con rialzo pressorio transitorio per cui è stata somministrata terapia statim (Lorazepam 1 mg 1 cp) con beneficio.

IL PUNTO DI VISTA DEGLI INFERMIERI

In qualità di infermieri del CPS Ippocrate dell'Asst GOM Niguarda, abbiamo avuto l'opportunità di osservare e partecipare attivamente alla somministrazione dell'esketamina, farmaco significativamente innovativo nel trattamento della depressione resistente.

La somministrazione di esketamina nel nostro CPS è stata avviata nel mese di giugno 2024, coinvolgendo fino ad oggi un totale di 5 pazienti.

Inizialmente tra il personale sanitario si è riscontrata una certa reticenza nei confronti del nuovo farmaco, esprimendo perplessità riguardo alle modalità di approvvigionamento, somministrazione e monitoraggio del paziente dopo la somministrazione. Il timore prevalente era legato al potenziale effetto collaterale di dissociazione del paziente, ma l'assenza di episodi significativi ha gradualmente ridotto queste iniziali preoccupazioni.

Le somministrazioni sono state organizzate presso l'infermeria del CPS con un solo paziente per sessione, a causa della disponibilità limitata a una singola postazione, dovuta a esigenze logistiche. È stata posta molta attenzione nel garantire un setting adeguato, lontano da fonti rumorose e luminose, per contribuire alla sensazione di benessere post-somministrazione.

Durante le prime somministrazioni, i pazienti hanno richiesto una sorveglianza costante, che è apparsa più legata a un bisogno di supporto psicologico e rassicurazione, piuttosto che ad una reale necessità clinica dovuta agli effetti collaterali del farmaco; oltre alla speranza di guarire "al più presto" hanno espresso la paura, il timore di non sapere cosa potesse accadere "Starò meglio? Guarirò dalla depressione? Ci sono altri pazienti a cui viene somministrata?".

Le principali difficoltà sono emerse con i primi effetti percepiti che includevano depersonalizzazione/ derealizzazione (5 su 5), descritta come "sensazione di estraneità" e "le braccia staccate dal resto del corpo", sonnolenza e un forte sapore amaro in bocca (2 su 5); inoltre 2 pazienti su 5 hanno preferito che fosse il personale infermieristico ad occuparsi della somministrazione, rifiutando l'auto somministrazione, malgrado la facilità d'uso del dispositivo e il tentativo di addestramento.

Non sono stati osservati episodi significativi di sedazione post-somministrazione, ad eccezione di un singolo paziente che ha manifestato una lieve tendenza all'assopimento. Nel corso dell'osservazione, non si sono verificati eventi avversi di rilievo; si sono riscontrati solo lievi aumenti della pressione arteriosa, che si sono risolti spontaneamente; solo un caso ha richiesto una terapia statim (Lorazepam 1 mg 1 cp), in quanto l'aumento pressorio era correlato ad una marcata ansietà.

È stato osservato che la maggior parte dei pazienti (4 su 5) ha seguito con attenzione le indicazioni pre-somministrazione, inclusa l'astinenza da cibo e liquidi, il non utilizzo di veicoli e, ove possibile, la presenza di un accompagnatore. Tra questi, 3 pazienti su 5 si sono presentati accompagnati da un familiare, mentre gli altri hanno utilizzato mezzi pubblici.

Tutti i pazienti hanno aderito con favore al programma terapeutico, mostrando un'elevata adesione durante la fase di induzione, seguita da un adattamento più personalizzato nella fase di mantenimento. Inoltre, è stato riferito un maggiore beneficio percepito durante la fase di mantenimento rispetto alla fase di induzione.

Come infermieri, abbiamo un ruolo cruciale nel garantire che i pazienti ricevano non solo un trattamento farmacologico, ma anche un supporto empatico e psico-educazionale che li aiuti nel loro percorso di cura. Con un approccio multidimensionale, che vede il paziente al centro, possiamo migliorare significativamente la qualità della vita di coloro che lottano contro la depressione e tentare di fare la differenza.

La forte alleanza creata con i pazienti permette inoltre di sviluppare successivi programmi riabilitativi atti a contrastare l'isolamento sociale della malattia e/o al mantenimento dei risultati ottenuti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

**ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano*

CORRISPONDENZA

matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it

BIBLIOGRAFIA

1. V. Popova et al. *Efficacy and Safety of Flexibly Dosed Esketamine Nasal Spray Combined With a Newly Initiated Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Double-Blind Active-Controlled Study*. The American journal of psychiatry, 176 6 (2019): 428-438. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19020172>.
2. D. Jaffe et al. *The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study*. BMC Psychiatry, 19 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2222-4>
3. A. Piva et al. *Metaplastic Effects of Ketamine and MK-801 on Glutamate Receptors Expression in Rat Medial Prefrontal Cortex and Hippocampus*. Molecular Neurobiology, 58 (2021): 3443 - 3456. <https://doi.org/10.1007/s12035-021-02352-7>
4. M. J. Kang et al. *The Mechanisms Behind Rapid Antidepressant Effects of Ketamine: A Systematic Review With a Focus on Molecular Neuroplasticity*. Frontiers in Psychiatry, 13 (2022). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.860882>
5. E. Wajs et al. *Esketamine Nasal Spray Plus Oral Antidepressant in Patients With Treatment-Resistant Depression: Assessment of Long-Term Safety in a Phase 3, Open-Label Study (SUSTAIN-2)*. The Journal of clinical psychiatry, 81 3 (2020). <https://doi.org/10.4088/jcp.19m12891>.
6. Sheng-Min Wang et al. *Rapid Onset of Intranasal Esketamine in Patients with Treatment Resistant Depression and Major Depression with Suicide Ideation: A Meta-Analysis*. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 19 (2021): 341 - 354. <https://doi.org/10.9758/cpn.2021.19.2.341>
7. S. Hudgens et al. *Meaningful Change in Depression Symptoms Assessed with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) Among Patients with Treatment Resistant Depression in Two, Randomized, Double-blind, Active-controlled Trials of Esketamine Nasal Spray Combined With*. Journal of affective disorders (2020). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.066>

Tecniche di de-escalation nella prevenzione delle acuzie eteroaggressive: uno studio cross-sectional

Galli M.¹, Marcelli S.¹, Gatti C.²,
Traini T.³, D'Angelo G.¹

ABSTRACT

Introduzione:

Le tecniche di de-escalation consistono in una serie di interventi comunicativi e comportamentali mirati a prevenire l'escalation nelle acuzie eteroaggressive. L'implementazione di tali tecniche si configura come una strategia di prevenzione fondamentale per migliorare le competenze dei professionisti sanitari nella gestione efficace e sicura dei pazienti in condizioni critiche.

Obiettivi:

L'obiettivo dello studio consiste nell'individuare il grado di conoscenze teorico-pratiche delle tecniche di de-escalation degli infermieri afferenti il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC), i Centri di Salute Mentale (CSM) ed i Pronto Soccorso (PS) dell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ascoli Piceno.

Materiali e Metodi:

Lo studio osservazionale monocentrico, condotto tramite la somministrazione di un questionario conoscitivo auto-compilato, ha arruolato gli infermieri dell' SPDC, CSM e PS dell'AST di Ascoli Piceno nel periodo compreso tra il 10 Luglio 2024 e il 1° settembre 2024.

Risultati e Conclusioni:

Dei 92 infermieri inizialmente arruolati, 76 hanno risposto al questionario, con un Response Rate (RR) pari al 82,6%. L'indagine ha evidenziato un campione infermieristico dotato di una buona preparazione accademica, in possesso di un modus operandi competente (66,7%), pur non avendo mai partecipato (28%) a corsi specifici in materia di gestione degli agiti aggressivi. L'esperienza limitata e la scarsa partecipazione a corsi specifici suggeriscono di instaurare una solida partnership con la dirigenza sanitaria affinché si potenzino le competenze dei professionisti sanitari, la qualità assistenziale e la sicurezza nei setting lavorativi, specialmente nei contesti psichiatrici e di emergenza.

Keyword:

Aggressività, Tecniche di de-escalation, Professionisti sanitari, Prevenzione;

L'aggressione nei confronti degli operatori sanitari è un fenomeno così preoccupante ed ubiquitario da rappresentare una significativa sfida per il sistema sanitario. (Magnavita N, 2020) (Cannavò M, 2017) Secondo lo studio CEASE-it, il 32,3% degli infermieri, quasi 130 mila sui 460.000 infermieri iscritti agli ordini in Italia, dichiara di aver subito un episodio di violenza verbale e/o fisica nell'ultima settimana e/o negli ultimi 12 mesi. (Bagnasco, 2022)

Nel 70% dei casi si è trattato di minacce verbali e comportamentali senza contatto fisico, ma nel 30% di minacce verbali e comportamentali con contatto fisico o persino di episodi di violenza con contatto fisico da parte di persone o oggetti. Gli infermieri, in particolare, sono fra i professionisti sanitari più esposti a comportamenti aggressivi da parte di pazienti e familiari tali da compromettere la sicurezza del personale e la qualità delle cure erogate. Tra le caratteristiche che maggiormente possono favorire l'insorgenza degli episodi di violenza da parte dell'assistito e/o accompagnatore sono, nel 54,7% dei casi, una "comunicazione inadeguata con i pazienti", nel 53,8% un "inadeguato numero di pazienti assistiti per singolo infermiere" (staffing inadeguato) e nel 34% dei casi una marcata assenza di competenze per la gestione degli episodi di violenza da parte dei pazienti. Inoltre, lavorare come infermiere nel Dipartimento di Emergenza/Urgenza aumenta di oltre due volte la probabilità di subire violenza rispetto a lavorare in area medica mentre nell'area della salute mentale aumenta di oltre quattro volte la probabilità di subire violenza rispetto ad altri contesti. (Ministero della Salute, 2024)

L'aggressione può manifestarsi sia nella forma verbale sia fisica, e può essere scatenata da molteplici fattori, non sempre legati all'assistenza ma riconducibili alla gestione della relazione assistenziale e della presa in carico come ad esempio le lunghe code di attesa per l'accesso ai servizi da parte dell'utenza, la virale diffusione di una cattiva informazione da parte delle testate giornalistiche, la mancanza di tempo e di pazienza da parte degli utenti,

lo scarso riconoscimento professionale nei confronti degli operatori sanitari ed i sentimenti psicologici di frustrazione degli utenti stessi. (Morphet, 2014)

Questi episodi determinano inevitabilmente sequele emotive e fisiche per i professionisti sanitari.

Ad oggi, purtroppo, non esistono strumenti validati per la misurazione e l'analisi di tale problematica che potrebbe essere gestita attraverso strategie appropriate.

Fra queste, spiccano le tecniche di de-escalation dove già l'etimologia inglese del termine stesso "riduzione della tensione" suggerisce un'ottica preventiva di interventi di desensibilizzazione volti a contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività. Tali tecniche includono una serie di interventi comunicativi e comportamentali che mirano a gestire gli agiti aggressivi ed a prevenire l'escalation della violenza. Tuttavia, affinché tale strategia risulti efficace è indispensabile possedere buone capacità di ascolto, comprensione empatica, capacità di problem solving ed un'ottima padronanza delle proprie emozioni.

L'implementazione efficace di questi interventi, temporalmente appropriata, migliora e riduce l'incidenza dei comportamenti aggressivi, principalmente affrontati nei setting della salute mentale e dell'Emergenza.

Le principali tecniche sono le seguenti:

- *Talk down*: tecnica semplice e intuitiva, che consiste nel diminuire progressivamente il proprio tono di voce, inducendo spontaneamente l'interlocutore ad un'attenuazione del tono di voce, che si adegua inconsapevolmente, dissinnescandone la rabbia.
- *Time out*: modo per invitare il soggetto a riflettere, a riprendere il controllo delle proprie emozioni ed evitare ulteriori situazioni disfunzionali. La persona viene allontanata dalla situazione in cui ha manifestato il comportamento problematico, in modo da essere isolata da qualunque fonte di rinforzo e viene invitata a permanere in un luogo più tranquillo e privo di stimoli, dove potrà restare fino a quando il segnale di un timer indicherà la fine del periodo (*time out*).
- *Ascolto attivo*: improntato all'empatia ed alle capa-

cità di ascolto. Rispetto alle tecniche di ascolto sono importanti alcuni elementi, come l'introdursi (buongiorno/buon pomeriggio/buonasera, io sono..., come si chiama?) ed esplicitare chiaramente con brevi affermazioni cosa si sta vedendo e sentendo (noto che sei/è turbato/arrabbiato..., sono qui per aiutarTi/La/ voglio aiutarTi/La, mi preoccupa per la sua situazione...);

- *Riconoscimento emotivo*: la comprensione e la condivisione di ciò che una persona sente facilitano la risoluzione dell'emozione stessa sia verbalmente (rispecchiamento verbale) sia emotivamente (rispecchiamento emotivo);
- *Tollerare il silenzio che* permette alla persona arrabbiata di riflettere e pensare;
- *Accordarsi su* di un punto con la persona, nonostante i sentimenti di rabbia. Condividerlo ed enfatizzarlo può porre le basi per un'interazione costruttiva;
- *Scusarsi*, in quanto le scuse, se sincere, testimoniano una predisposizione senza pregiudizi ed empatica dell'ascoltatore;
- *Sviluppare un piano e quando tutto risulta inefficace, si opta per un ultimatum*, che una volta dato, deve essere portato a compimento con risolutezza. A tale scopo deve essere "dichiarato" quando le forze in campo sono a pieno vantaggio degli operatori sanitari e, se presente, della forza pubblica. È evidente che si tratta, per le ricadute relazionali con la persona, di una *extrema ratio* che deve essere utilizzata solo in condizioni avverse.

Alla luce di quanto esposto, questo studio si propone di esaminare il grado di conoscenza delle tecniche di de-escalation da parte degli infermieri attraverso la somministrazione di un questionario autocompilato, impostato sulla base della revisione della letteratura nazionale ed internazionale. L'obiettivo generale consiste nel rilevare il livello di formazione del personale e la conoscenza di eventuali procedure in merito ai comportamenti da adottare nelle acuzie eteroaggressive. Specificatamente, si cerca di rilevare l'impatto emotivo e psicologico che gli agiti

aggressivi hanno sugli infermieri, inclusi stress e benessere generale ed individuare i bisogni formativi del personale sanitario riguardo la gestione degli agiti aggressivi.

Lo studio osservazionale monocentrico, condotto tramite la somministrazione di un questionario conoscitivo autocompilato, ha arruolato gli infermieri dell' SPDC, CSM e PS dell'AST di Ascoli Piceno nel periodo compreso tra il 10 Luglio 2024 e il 1° settembre 2024 tramite un campionamento di convenienza, arruolando in modo consecutivo tutti gli operatori sanitari che, durante il periodo di studio, soddisfacevano i criteri di inclusione ed accettavano di partecipare, previa sottoscrizione del consenso informato. Sono stati inclusi tutti gli infermieri delle UU. OO. Servizio di Prevenzione di Diagnosi e Cura (SPDC), Pronto Soccorso (PS) e Centro di Salute Mentale (CSM) dello Stabilimento Ospedaliero "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, e Pronto Soccorso (PS) e Centro di Salute Mentale (CSM) dello Stabilimento Ospedaliero "C&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno. Sono stati esclusi i professionisti sanitari al di fuori dei setting di inclusione durante il periodo di studio e che non appartenevano alla professione infermieristica, nonché tutti i professionisti sanitari che non hanno fornito il consenso informato.

Prima dell'avvio dello studio è stata richiesta autorizzazione al Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'AST di Ascoli Piceno, al Direttore Presidio Unico e ai Direttori delle Unità Operative (UU.OO.) del Dipartimento di Emergenza/Urgenza (DEA), al Direttore Sanitario e ai Direttori delle UU. OO. dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), informandoli circa le modalità e finalità dello studio. Solo dopo il loro consenso, e secondo le indicazioni e modalità da loro fornite, è stato avviato lo studio e sono stati inviati dei questionari agli infermieri del Pronto Soccorso, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro di Salute Mentale degli Stabilimenti Ospedalieri "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. Dettagliatamente, lo studio è stato eseguito nel rispetto

della riservatezza dei dati personali, come previsto dalla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica previste dal Decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997, nonché da quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, ovvero il Regolamento Europeo UE n.679/2016; D, Lgs. N. 101/2018.

La survey è stata espletata tramite la somministrazione di un questionario di tipo esplorativo, tramite la piattaforma web Google Moduli con 19 domande a risposta multipla e due domande a risposta aperta, divise in due sezioni:

1. **Caratteristiche socio-demografiche del professionista sanitario:** età, sesso, formazione professionale di

base, formazione professionale post-base, stabilimento ospedaliero di lavoro, anni di servizio;

2. **Conoscenze teorico-pratiche sulle tecniche di de-esclation e gli agiti aggressivi.**

L'elaborazione dei dati è stata realizzata tramite la realizzazione di un database, costruito con il foglio di calcolo Microsoft Excel® del software Microsoft 365®, riportando un'analisi statistica mediante la strutturazione di tavole di contingenza, calcolando le frequenze relative (n.) e i rispettivi valori percentuali (%) delle variabili categoriche.

Tramite il calcolo del Sample Size Calculator dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato possibile calcolare il numero di risposte necessario per ottenere i

Tabella 1: Anagrafica del campione

Variabili	Opzioni di risposta	Frequenze assolute	Frequenze percentuali
Età	Dai 20 ai 30 anni	n.8	10,5%
	Dai 30 ai 40 anni	n.23	30,3%
	Dai 40 ai 50 anni	n.26	34,2%
	Oltre i 50 anni	n.19	25%
Sesso	Maschi	n.23	30,3%
	Femmina	n.41	53,9%
	Preferisco non specificarlo	n.11	14,5%
	Altro	n.1	1,3%
Formazione professionale di base	Corso professionale triennale	n.25	33,8%
	Laurea triennale	n.49	66,2%
Formazione professionale post-base	Master di I livello	n.21	80,8%
	Laurea specialistica/magistrale	n.10	38,5%
	Master di II livello	n.1	3,8%
	Dottorato di ricerca	n.0	0%
Stabilimento Ospedaliero di lavoro	"C&G Mazzoni" Ascoli Piceno	n.23	30,3%
	"Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto	n.43	56,6%
	Centro di Salute Mentale Ascoli Piceno	n.4	5,3%
	Centro di Salute Mentale San Benedetto del Tronto	n.6	7,9%
Media anni di servizio	16,1 ± 9,5		

risultati che rispecchiano con precisione il campione arruolato. Il totale degli inclusi per la somministrazione del questionario è stato calcolato sommando il numero dei professionisti che lavorano attualmente nelle Unità Operative incluse nello studio, composto da 92 unità. Il Sample Size estratto dal campione infermieri risulta essere di 75 unità statistiche, prevedendo un livello di confidenza del 95% ed un intervallo di confidenza del 5%. Delle 92 unità infermieristiche arruolate, le interviste totali ottenute sono state 76 con un Response Rate (RR) pari all' 82,6%. Nella **Tabella 1** sono riportate tutte le caratteristiche sociodemografiche del campione interessato.

In merito gli anni di esperienza maturati nei setting di salute mentale emerge che il 66,7% dei partecipanti dichiara di avere tra i 0 e i 5 anni di esperienza nell'area psichiatrica, il 10,7% dai 5 ai 10 anni, il 10,7% dai 10 ai 20 anni, il 10,7% dai 20 ai 30 anni, mentre l' 1,3% dai 30 ai 40 anni. Rispetto l'utilità di fare esperienza nei vari Setting, i risultati mostrano che dei 76 rispondenti al questionario il 56,6% ritiene sia molto utile fare esperienza nei vari setting psichiatrici, contro il 3,9% che ritiene sia per nulla utile. Inoltre, la conoscenza dei professionisti infermieri delle scale di valutazione per la gestione e prevenzione degli episodi di aggressività è nulla nel 36,5% del campione. Il 18,6% dichiara di conoscere la *scala Modified Overt Aggression Checklist* (B.V.C), il 67,4% la *scala Modified Overt Aggression Scale* (M.O.A.S). mentre il 25,7% non conosce nessuna delle scale proposte. Relativamente la conoscenza delle fasi del ciclo dell'aggressività, il 17,1% dichiara di non esserne a conoscenza, il 21,1% e il 18,4% afferma di conoscerle in parte contro il 5,3% che sostengono di esserne pienamente a conoscenza. L' 89,3% risponde correttamente riguardo l'individuazione delle strategie comportamentali da attuare durante la fase dell'escalation del ciclo, contro un 1,3%, 5,3% ed un 2,7% che invece risponde erroneamente. Il 28% dichiara di non aver mai partecipato a corsi di formazione sugli agiti aggressivi, il 66,7% dichiara di aver partecipato qualche volta ed il 5,3% ha partecipato spesso a corsi di

formazione. Il 40% afferma che l'azienda non organizza mai appositi corsi di formazione, il 58,7% dichiara che qualche volta l'Azienda ha organizzato appositi corsi formativi contro l' 1,3% ritiene che l'Azienda organizza spesso tali corsi e lo 0% (n=0) per la voce "sempre". Il 6,6% sostiene di conoscere la de-escalation dell'aggressività, contro il 19,7% che dichiara di non conoscerla affatto, il 31,6% ed il 14,5% dichiarano di conoscerla in parte. Il 23,1% afferma di esserne venuto a conoscenza attraverso il sistema accademico universitario, il 16,9% dichiara di conoscere la de-escalation attraverso riviste e/o articoli, l' 1,5% dichiara di aver partecipato a meeting, il 3,1% ne è venuto a conoscenza tramite seminari, il 23,1% ha partecipato a corsi di formazione, contrariamente al 32,3% che non ha selezionato nessuna delle risposte proposte. Il 53,9% dei professionisti riferisce di essere stato a contatto con utenti potenzialmente aggressivi durante la propria attività professionale per la maggior parte del tempo, il 10,5% afferma di essersi trovato a contatto qualche volta contro il 30,3% (n=23) che dichiara di trovarsi sempre con utenti potenzialmente aggressivi. Per quanto riguarda l'aggressione verbale o fisica durante l'esperienza lavorativa, il 13,3% afferma che l'episodio si è presentato raramente, il 36% qualche volta, il 41,3% spesso mentre il 9,3% afferma di essere stato sempre aggredito durante l'esperienza lavorativa. L' 82% conferma di non essersi assentato mai dal lavoro per infortunio o malattia a causa di questi episodi di agiti aggressivi mentre il 17,1% dichiara di essersi assentato qualche volta. Il 28,9% dichiara che il proprio modus operandi lavorativo è stato modificato quasi pienamente, il 23,7% afferma che quest'ultimo è cambiato molto contro il 10,5% che ritiene di non aver cambiato per nulla il modo di lavorare, il 10,5% a volte mentre il 26,3% dichiara di aver cambiato il modo di operare in gran parte. L' 1,3% ed il 6,6% del campione affermano di non essere quasi o per nulla interessati a partecipare a corsi di formazione appropriati all'acquisizione delle strategie comportamentali da attuare nel prevenire e/o

gestire l'agito aggressivo da parte dei dirigenti, a fronte di una percentuale del 32,9% e del 59,2% la quale dichiara di essere abbastanza o molto interessato a parteciparvi. Il 77,6% ritiene attuale e pertinente il tema dell'aggressività nel luogo di lavoro, il 3,9% ed il 18,4% affermano che questa tematica è di grande attualità. A fronte di quanto emerso, però il presente studio presenta alcuni limiti che devono essere considerati nell'interpretazione dei risultati. Il primo limite è rappresentato dal disegno dello studio che, in quanto monocentrico, è incentrato all'interno di un singolo contesto operativo. In secondo luogo, lo studio si espone a dei bias di selezione poiché lo studio ha coinvolto specificatamente il personale sanitario infermieristico afferente al Dipartimento di Emergenza (Pronto Soccorso Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto) e Dipartimento di Salute Mentale. Il terzo limite da evidenziare è legato allo strumento adottato in quanto la somministrazione del questionario si è condotta in modalità autocompilata online, sulla base di un'approfondita revisione della letteratura. Di conseguenza, alcuni aspetti della tematica potrebbero non essere stati pienamente rappresentati, fra cui il livello di formazione in materia e l'influenza delle soft e technical skills del professionista sanitario prima dell'inserimento lavorativo. L'analisi demografica del campione ha confermato una predominanza del genere femminile (53,9%), in linea con i dati nazionali aggiornati al 2023 diffusi dal Ministero della Salute, che evidenziano una prevalenza del genere femminile nella categoria professionale infermieristica ed il 76% delle infermiere coinvolte in episodi di violenza sul lavoro. Anche la distribuzione delle fasce d'età risulta equilibrata, riflettendo una popolazione professionale variegata in termini di esperienza e background formativo.

La maggior parte degli infermieri del campione ha conseguito una laurea triennale, una formazione che garantisce un buon livello di competenze professionali e conoscenze cliniche di base. Un dato rilevante è che l'80,8% ha ottenuto un master di I livello, segnalando un forte impegno nel miglioramento delle competenze,

sebbene nessuno del campione abbia raggiunto il livello di dottorato di ricerca. Questo riflette una tendenza nazionale, dove il numero di infermieri con titoli avanzati rimane limitato rispetto ad altre professioni sanitarie.

Un elemento chiave emerso è l'esperienza lavorativa degli infermieri in ambito psichiatrico. La maggior parte del campione (66,7%) ha meno di cinque anni di esperienza in questo settore. Questo dato potrebbe influire sulla sicurezza percepita e sulle competenze pratiche nella gestione degli episodi di aggressività, come suggerito dalla letteratura recente che sottolinea l'importanza dell'esperienza nella gestione delle crisi nei contesti psichiatrici. Nonostante la scarsa esperienza dei professionisti, il 56,6% degli infermieri ha riportato una valutazione elevata riguardo l'importanza dell'esperienza nel setting psichiatrico; tali dati confermano come la letteratura contribuisca a migliorare le capacità di gestione delle situazioni critiche.

Per quanto riguarda le competenze specifiche nella gestione dell'aggressività, è significativo che il 67,4% degli infermieri riconosca la scala M.O.A.S. (*Modified Overt Aggression Scale*) come strumento ampiamente utilizzato per valutare il rischio di comportamenti violenti nei pazienti psichiatrici. Tuttavia, un 36,5% degli infermieri ha dichiarato di non conoscere alcuna scala di valutazione per la gestione e prevenzione dell'aggressività, suggerendo la necessità di una formazione più estesa e sistematica. Recenti studi indicano che l'uso di scale di valutazione strutturate è cruciale per migliorare la gestione delle crisi e ridurre l'incidenza di episodi aggressivi in ambito clinico. (Badon, 2023)

Nonostante il focus sul tema dell'aggressività sia nei luoghi di lavoro sanitari, i risultati del presente studio rivelano che il 28% degli infermieri non ha mai partecipato a corsi di formazione specifici sulla gestione dell'aggressività e il 40% conferma come l'azienda non organizzi mai tali corsi. Si evidenzia, perciò, una persistente carenza di programmi di formazione sulla gestione dell'aggressività, nonostante le recenti evidenze scientifiche confermino

come l'efficacia degli eventi formativi riduca l'incidenza di atti violenti in ambito sanitario. L'interesse dei partecipanti nell'aderire ai corsi di formazione (59,2%) e la percezione della rilevanza del tema (77,6%) sono predittivi di un crescente bisogno di aggiornamento e di formazione continua.

I risultati della presente indagine mettono in evidenza un quadro complesso della professione infermieristica in ambito psichiatrico, caratterizzato da una formazione adeguata e una diversificazione dell'esperienza lavorativa, ma anche da significative aree di miglioramento. La formazione continua e il supporto istituzionale restano aspetti fondamentali per affrontare con efficacia il fenomeno dell'aggressività, in linea con le raccomandazioni internazionali che sottolineano l'importanza di programmi di formazione costanti e mirati per la gestione delle crisi. Implementare tali programmi potrebbe contribuire in modo significativo alla creazione di ambienti di lavoro più sicuri e di supporto per il personale infermieristico, migliorando non solo la loro sicurezza ma anche la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.

In conclusione, questa survey offre una panoramica dettagliata sulle conoscenze e competenze degli infermieri coinvolti nella gestione dell'aggressività all'interno dei setting psichiatrici e di emergenza dell'AST Ascoli Piceno. I risultati evidenziano un campione infermieristico ben preparato dal punto di vista accademico e con un impegno significativo nella formazione post-base, ma, purtroppo, con evidenti margini di miglioramento soprattutto di carattere tecnico/gestionale. L'esperienza limitata di molti infermieri in ambito psichiatrico e lo scarso numero di corsi di formazione appropriati indicano la necessità di potenziare le opportunità di aggiornamento professionale. Questo gap nella formazione può avere ripercussioni sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza delle cure erogate, rendendo fondamentale il potenziamento dei corsi di aggiornamento. È essenziale che le istituzioni sanitarie promuovano una cultura della sicurezza riconoscendo l'importanza di una formazione professionale

continua volta ad incrementare quantitativamente e qualitativamente situazioni di potenziale aggressività. La sensibilizzazione su questo tema, potenziata dalle technical e soft skills del professionista sanitario, deve diventare una priorità strategica per garantire un setting assistenziale sicuro ed efficace.

A tal proposito, una programmazione formativa pertinente le acuzie eteroaggressive permetterebbe da un lato di migliorare la competenza dei professionisti, e dall'altro consentirebbe di porre in sicurezza gli operatori sanitari, oltretutto incrementare positivamente la qualità assistenziale offerta ai pazienti con ottimi risultati a lungo termine. Grazie a ciò, si potrà garantire una risposta adeguata e competente nell'affrontare la sfida sempre più emergente della gestione dell'aggressività nei setting assistenziali, rispondendo proattivamente alle esigenze attuali della salute mentale.

Si auspica, in futuro, il monitoraggio di sistemi di sorveglianza sanitaria preventivi a tutti i Dipartimenti Ospedalieri e la consecutiva l'implementazione di sistemi validati per la prevenzione delle acuzie eteroaggressive, visto, purtroppo, il carattere ubiquitario ed incalzante del fenomeno nel panorama sanitario.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

¹ *Università Politecnica delle Marche, Ascoli Piceno, Italia;*

² *Azienda Ospedali Riuniti Ancona, Italia;*

³ *Azienda Sanitaria Territoriale AST di Ascoli Piceno;*

CORRISPONDENZA

D'Angelo Gloria

g.dangelo@staff.univpm.it

BIBLIOGRAFIA

1. Magnavita N., Heponiemi T., Chirico F., *Workplace Violence Is Associated With Impaired Work Functioning in Nurses: An Italian Cross-Sectional Study*. Journal of Nursing Scholarship. 2020.
2. Cannavò M., Fusaro N., *La Clinica terapeutica*. 2017. 168(2), e99–e112.
3. Bagnasco A., *Gli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro: protocollo di studio osservazionale analitico multicentrico nazionale*. Studio CEASE-IT. 2022.
4. Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie. *Relazione attività anno 2023*. 11 Marzo 2024.
5. Morphet J., Griffiths D., Plummer V., Innes K., Firhall R., Beattie J. *At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses*. 2014.
6. Badon P., Palumbo C., Saluzzi S., *Assistenza infermieristica in salute mentale*. (2023).

Prima di Basaglia: storia dell'organizzazione giuridica degli interventi psichiatrici di internamento

Novaro C.

ABSTRACT

Il presente articolo si propone di ricostruire la storia dell'organizzazione giuridica degli interventi psichiatrici che portano all'internamento dei malati mentali negli istituti manicomiali. Ci concentreremo principalmente sulla legislazione italiana, ma sarà necessario partire dalla legge sugli alienati promulgata in Francia nel 1838, che funge da modello al resto delle legislazioni europee: essa è considerata la prima legge europea di sicurezza sociale e legalizza le modalità di internamento manicomiale. Rimane in vigore, subendo una serie di modifiche, fino al 1990. Questa legge trova un corrispettivo nelle legge italiana del 14 febbraio del 1904, *Disposizioni sui maniacomi e sugli alienati*, la quale regolamenta l'internamento entro le strutture per malati mentali sul territorio italiano. La analizzeremo per focalizzarci sulla situazione giuridica italiana e comprendere com'è iniziata la storia degli interventi psichiatrici di internamento nel nostro Paese. Le disposizioni del 1904, che traggono ispirazione dalla legge francese, vengono modificate nel 1968, con la legge Mariotti, che apre la strada al ricovero volontario del malato mentale, e vengono definitivamente abbandonate con la legge 180/1978.

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS DEL 1838

Dal gennaio del 1837 al giugno del 1838, a Parigi, si svolge un'ampia discussione sulla politica alienista, che coinvolge i primi psichiatri ed una serie di giuristi e parlamentari (Caire, 2014). Il risultato viene reso noto il 30 giugno del 1838: si tratta della *Loi sur les aliénés*, che

richiede formalmente a ciascun dipartimento di istituire degli asili pubblici e di garantire per essi la fornitura di strutture adeguate (Borri, 2020). La legge è stata definita da Robert Castel (1976) la prima misura legislativa che dota la categoria dei malati mentali di un diritto all'assistenza ed alla cura; da Mario Galzigna (1988) la prima legge europea di sicurezza sociale. Essa istituzionalizza gli stabilimenti destinati agli alienati e legalizza le modalità dell'internamento manicomiale, dividendo le competenze tra il prefetto ed il medico. Questa legge funge da prototipo per le legislazioni psichiatriche europee, perciò essa costituisce il punto di partenza per questo articolo.

La legge è divisa in tre titoli: il primo tratta della costituzione degli stabilimenti per gli alienati, il secondo del collocamento dei malati mentali negli istituti, il terzo di disposizioni generali. All'articolo 1, la legge sancisce che ogni dipartimento dovrà avere uno stabilimento pubblico specificatamente adibito ad accogliere e curare gli alienati; vi potranno essere anche degli stabilimenti privati che accolgono queste persone, se riceveranno l'autorizzazione da parte del Governo, che consiste in una serie di concessioni e obblighi regolati dalla Pubblica Amministrazione. Negli articoli successivi, viene sancito che gli stabilimenti pubblici per alienati saranno posti sotto la direzione dell'autorità pubblica; quelli privati sotto la sorveglianza della stessa autorità. Viene stabilito inoltre che un prefetto debba visitare regolarmente gli stabilimenti e raccogliere le denunce delle persone che vi si trovano ed altre informazioni necessarie a far conoscere la loro situazione. Infine, si specifica che gli alienati non andranno ricoverati negli stessi stabilimenti di altri malati, o almeno saranno collocati in un locale completamente separato.

Il secondo titolo, che si occupa dell'inserimento delle persone malate di mente negli istituti, corrisponde alla parte centrale e più consistente della legge ed è a sua volta diviso in varie sezioni. Ne troviamo una sugli inserimenti volontari ed una sugli inserimenti ordinati dall'autorità pubblica, seguite da una sulle spese e da una sulle disposizioni comuni a tutte le persone ricoverate.

La divisione più importante è quella tra i collocamenti volontari in istituto e quelli ordinati dall'autorità pubblica. Nel primo caso, i funzionari responsabili degli stabilimenti possono accogliere una persona colpita da alienazione mentale se viene fornita loro una domanda di ammissione, da parte di un parente o tutore; un certificato medico che constati lo stato mentale della persona; un documento che ne indichi l'identità. Il certificato medico deve indicare le specificità della malattia da cui è colpita la persona ed esplicitare la necessità di farla trattare in uno stabilimento e di trattenerla in questo luogo. Inoltre, cinque giorni dopo la reclusione, il medico deve redigere un nuovo certificato per confermare o aggiornare le osservazioni iniziali, inviandolo al prefetto. Inoltre, il medico deve tenere un registro per documentare i cambiamenti dello stato mentale di ciascun paziente, le dimissioni ed i decessi. Le dimissioni dall'istituto possono avvenire quando i medici dichiarano, nel loro registro, l'avvenuta guarigione; possono essere prese in considerazione anche prima della dichiarazione di guarigione, se richieste da un parente oppure da un tutore del malato.

Vi è poi la seconda tipologia di internamento, ovvero quella dei collocamenti in istituto disposti dall'autorità pubblica. In questo caso, sono i prefetti ad ordinare il ricovero di una persona il cui stato di malattia mentale è valutato come compromettente per l'ordine pubblico o la sicurezza personale. Questo tipo di ordinanze devono essere motivate ed il pericolo imminente deve essere dimostrato anche in questa circostanza da un certificato medico, oppure da un atto di notorietà.

Nonostante gli attacchi e le critiche che la *Loi sur les aliénés* subirà, essa rimarrà in vigore, con un certo numero di modifiche, fino al 1990. La legge non si interroga più di tanto sul consenso del malato mentale a proposito dell'intervento psichiatrico che egli andrà a subire, in quanto i cosiddetti "collocamenti volontari" sono richiesti dalla famiglia o da delle figure tutrici, e non dal malato stesso. Nel caso dei collocamenti richiesti dall'autorità pubblica poi vengono messi in primo piano l'ordine e la sicurezza.

14 FEBBRAIO 1904: LE PRIME DISPOSIZIONI ITALIANE SUI MANICOMI E SUGLI ALIENATI

Nell'Italia del 1904, la legge n. 36 chiarisce giuridicamente le disposizioni che riguardano i manicomi e le persone considerate "alienate": si tratta della prima legge dell'Italia post-unitaria che affronta il problema dei malati mentali (Ungaretti Dell'Immagine, 2018). Questa legge, detta "manicomiale", viene approvata dal re Vittorio Emanuele e dal governo Giolitti. Analizzandola, notiamo che essa prende una profonda ispirazione dalla legge francese, per quanto sia molto più breve: è composta da 11 articoli, contro i 41 della *Loi sur les aliénés*.

La legge del 1904 è divisa in tre parti: nella prima si tratta della custodia e della cura degli alienati; nella seconda della competenza delle spese, che pertiene alle Province; nella terza della vigilanza sui manicomi e sugli alienati.

All'articolo 1, essa sancisce che le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale devono essere custodite e curate nei manicomi, nel momento in cui risultano pericolose a sé o agli altri e possono essere convenientemente custodite e curate solamente nei manicomi. Questi ultimi comprendono tutti quegli istituti, a prescindere dalla loro denominazione, che si occupino di ricoverare alienati di qualunque genere. Anche nella legislazione italiana, sono previste sia delle case di cura pubbliche che delle case di cura private. La cura in una casa privata può essere consentita dal Tribunale su richiesta del Procuratore del Re, oppure essere autorizzata dal direttore di un manicomio, se egli lo comunica immediatamente al Procuratore del Re e all'Autorità di pubblica sicurezza.

Inoltre, anche qui, come in Francia, sono previste delle ispezioni negli istituti: l'articolo 8 della legge stabilisce che vi sia una vigilanza su manicomi pubblici e privati, affidata al Ministro degli Interni ed ai prefetti.

Il consenso del malato mentale non è preso più in considerazione rispetto a quanto venisse considerato in Francia: anche nella legge italiana del 1904, si nota come siano dei soggetti terzi, e non il malato stesso, a

fare domanda di ammissione dei malati mentali negli istituti. All'articolo 2, la legge stabilisce che l'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere richiesta da parenti, tutori o protutori, e può essere inoltre richiesta da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società. L'ammissione viene autorizzata, in via provvisoria, dal pretore su presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà; in via definitiva dal tribunale in Camera di Consiglio su istanza del pubblico ministero, in base alla relazione del Direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione della durata massima di un mese. Vi è una subordinazione del ricovero in ospedale psichiatrico al provvedimento dell'autorità giudiziaria (Ungaretti Dell'Immagine, 2018).

Inoltre, similmente a come avveniva in Francia, l'Autorità locale di Pubblica Sicurezza può ordinare un ricovero, in caso di urgenza, in base ad un certificato medico – ciò è stabilito sempre dall'articolo 2. I casi di ricovero d'urgenza avvengono abbastanza di frequente; in questi casi, i beni del malato vengono messi sotto custodia provvisoria. Può essere inoltre nominato un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale del paziente. L'internato viene privato dei diritti civili ed il tribunale ne nomina un tutore (Ungaretti Dell'Immagine, 2018). Dunque, il suo consenso all'intervento psichiatrico di internamento, non è considerato agli albori dell'organizzazione giuridica degli istituti psichiatrici.

La legge del 1904 vede un regolamento attuativo nel 1909: si tratta del Regio decreto del 16 agosto 1909 n. 615, che prende il titolo di *Regolamento istituzione dei manicomi* ed è più lungo della legge 36/1904, essendo composto da 93 articoli. Il regolamento specifica le strutture di manicomi pubblici e privati e degli altri luoghi di cura e ricovero per gli alienati; la composizione del personale dei manicomi, che introduce la figura dell'infermiere psichiatrico; le modalità di ammissione degli alienati nei luoghi di cura e di ricovero; le modalità di assistenza, cura e trasferimento degli alienati; le loro dimissioni; la competenza delle spese; la vigilanza sui manicomi e sugli alienati.

Il regolamento del 1909 ribadisce che l'ammissione degli alienati in un manicomio o la cura in una casa privata deve essere richiesta da parenti, tutori, protutori o curatori. Tuttavia, è fondamentale notare che, all'articolo 53, esso sancisce che gli individui maggiorenni che hanno «coscienza del proprio stato di alienazione parziale di mente» possano richiedere di essere ricoverati in un manicomio e che il direttore, in caso di assoluta urgenza e sotto la propria responsabilità, possa riceverli provvisoriamente in osservazione, dandone avviso entro ventiquattr'ore al procuratore del Re. Sembra dunque aprirsi la possibilità di un ricovero volontario del paziente, ma, una volta che egli si reca in manicomio per farsi ricoverare, viene considerato un coatto e si presuppone comunque la sua incapacità di intendere e di volere (Torresini, 2008).

VERSO LA LEGGE 180: LA RIFORMA MARIOTTI

È solo nel 1968 che si prende coscienza del fatto che il malato di mente possa volontariamente decidere di ricoverarsi ed avere consapevolezza della propria malattia (Ungaretti Dell'Immagine, 2018). In quest'anno avviene la prima riforma del sistema manicomiale italiano, ad opera della legge n. 431 del 18 marzo 1968, che tratta delle provvidenze per l'assistenza psichiatrica e che prende sul serio la possibilità del ricovero volontario in ospedale psichiatrico, quindi su richiesta del malato.

Questa legge, detta "legge Mariotti", è composta da 12 articoli, i quali trattano di una serie di questioni fondamentali. Si danno indicazioni sulla struttura interna dell'ospedale psichiatrico, specificando che esso deve essere costituito da una a cinque divisioni e che ciascuna di esse può contenere un massimo di 125 posti-letto, e sul personale dell'ospedale, che deve essere idoneo per un'assistenza sanitaria, specializzata e sociale. Una parte della legge si occupa poi delle spese e dei contributi per gli enti per l'assistenza psichiatrica: la legge prevede un incremento dei finanziamenti statali per questi istituti e per il loro personale.

L'elemento fondamentale, ai fini di questo articolo, è il fatto che la legge Mariotti del 1968 permette il ricovero volontario in ospedale psichiatrico senza che esso sia associato alla perdita dei diritti civili, equiparando i pazienti psichiatrici agli altri malati e l'ospedale psichiatrico a qualsiasi altra struttura ospedaliera. Per quanto concerne la possibilità di assunzione o ricovero volontario, viene ammesso per la prima volta, in modo implicito ma evidente, che anche il paziente psichiatrico possa avere una propria consapevolezza della malattia (Torresini, 2008). All'articolo 4, la legge sancisce che l'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura, su autorizzazione del medico di guardia. In questi casi, non si applicano le norme previste per le ammissioni, la degenza e le dimissioni dei ricoverati di autorità. Inoltre, le dimissioni di pazienti ricoverati di autorità vengono comunicate all'autorità di pubblica sicurezza, mentre ciò non avviene quando il ricovero coatto sia stato convertito in volontario. In tal caso, la comunicazione è strettamente riservata e non può essere divulgata, salvo il caso in cui altre autorità statali ne facciano richiesta per fini istituzionali, in modalità altrettanto riservata.

Inoltre, la riforma Mariotti introduce la creazione dei Centri di igiene mentale – che verranno chiamati Centri di *salute* mentale dopo il 1978. Lo sviluppo di queste istituzioni, insieme al concetto precedente della capacità del paziente di avere consapevolezza della propria malattia, favorisce la possibilità di una collaborazione attiva del paziente con il medico ed i teams territoriali (Torresini, 2008). La riforma avvenuta ad opera della legge Mariotti incontra le sue difficoltà operative ed ha i suoi limiti; dunque, affinché si effettui un vero e proprio cambiamento nell'ambito degli interventi psichiatrici di internamento bisognerà aspettare il 1978, anno in cui viene promulgata la legge 180, passata alla storia come “legge Basaglia” e come la legge che chiude i manicomi. Bisogna dire però che nel 1968 è comunque emersa una serie di aspetti innovativi, che sono stati fondamentali per arrivare alla legge 180/1978.

La legge Basaglia ed i suoi effetti sono ampiamente noti, perciò non ne trattiamo in questo articolo, che abbiamo preferito dedicare a ciò che l'ha preceduta, cercando di tracciare la storia degli interventi psichiatrici di internamento. Ne abbiamo individuato l'origine in territorio francese, con la *Loi sur les aliénés* del 1838, che per la prima volta regola le modalità di internamento nei manicomi. Ci siamo poi spostati nel nostro Paese, dove la legge francese del 1838 ha ispirato quella del 14 febbraio 1904, la quale, sotto il titolo di *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, istituisce le strutture per il trattamento dei malati mentali. Abbiamo notato come, agli albori dell'organizzazione giuridica degli istituti psichiatrici, non vi sia la possibilità per il malato mentale in prima persona di richiedere volontariamente il proprio ricovero. Essa viene vagheggiata nel 1909, ma presa sul serio appena nel 1968, con la legge Mariotti, che – per quanto non abbia avuto gli effetti sortiti dalla legge Basaglia – ha rappresentato un passaggio importante per mettere in risalto il consenso del malato mentale.

AFFERENZA DELL'AUTORE

Università degli Studi di Padova

CORRISPONDENZA

celestino.novaro@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Borri, M. *L'evoluzione del trattamento morale. Da Philippe Pinel a Emil Kraepelin*, in F. Bianchi e G. Silvano (a cura di), *Saggi di storia della salute. Medicina, ospedali e cura fra Medioevo ed età contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 2020.
2. Castel, R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Editions de Minuit, 1976; trad. it. di G. Procacci, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli, 1980.
3. Caire, M. *Psychiatrie et ordre public, de l'Ancien Régime à la Restauration. L'exemple parisien*, «Annales Médico-Psychologiques», 172, 2014, 41-44.
4. Galzigna, M. *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1988.
5. Legge del 14 febbraio 1904, n. 36. *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*.
6. Legge del 18 marzo 1968 n. 431. *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*.
7. Ministère de l'Intérieur et des cultes, *Législation sur les aliénés et les enfants assistés. Tome 1. Aliénés. Recueil de lois, décrets et circulaires ministérielles (1790-1879)*, Paris, Berger-Levrault, 1880.
8. Regio Decreto del 16 agosto 1909 n. 615. *Regolamento istituzione dei manicomi*.
9. Toresini, L. *Dalla legge Mariotti a Basaglia. L'evoluzione dell'assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell'esperienza manicomiale nel decennio 1968-1978*, Storia e regione, 2008.
10. Ungaretti Dell'Immagine, F. *Il trattamento sanitario obbligatorio: uno sguardo verso gli altri Paesi ed una proposta di riforma normativa che renda possibile la cura*, Archivio penale, Fascicolo 3, settembre-dicembre 2018.

Sulle sfide di Franco Basaglia (e le nostre). Riflessioni a cent'anni dalla nascita

Peloso P. F.

Un effetto senz'altro positivo di questo centenario dalla nascita di Franco Basaglia, nel corso del quale gli è stato anche dedicato un francobollo, al di là del rischio di episodicità che è proprio di tutti gli anniversari, è stato quello che si sia ritornati in più luoghi sulla sua figura, il lavoro e gli scritti.

Non che la sua figura fosse del tutto dimenticata, certo, almeno negli ambienti della psichiatria.

Ma di lui si parlava soprattutto come di colui che aveva chiuso gli ospedali psichiatrici, promuovendo così la nascita di una psichiatria territoriale in Italia.

Il che comporta due rischi. Da una parte, quello di fare delle molteplici esperienze antiistituzionali maturate in diversi contesti che hanno portato alla Legge 180 l'opera di un solo uomo, anziché riconoscerne il carattere di opera collettiva, nella quale Basaglia è certo stato il protagonista, ma non è stato solo.

In uno dei tre inediti raccolti recentemente da Marica Setaro (Basaglia, 2024a), lui stesso si schernisce dialogando con Franca Ongaro e Michele Riso a questo riguardo e in un video riproposto in occasione di una giornata di studio all'Università "La Sapienza" dal nipote omonimo esprime la fatica e il rischio di essere individuato come "san Basaglia", colui che porta sulle proprie spalle tutto intero il merito (ma anche la responsabilità) della riforma.

Il secondo rischio, ancora più grave a mio parere, è che il fatto di limitare Basaglia al ruolo del "liberatore dei matti", possa farci perdere tutto ciò che il suo esempio e le sue riflessioni, un "ritorno a Basaglia" quindi (Peloso, 2022), potrebbero dare oggi agli operatori della salute mentale e anche ai pazienti, ai familiari e alla società nel suo complesso.

Sulla biografia professionale di Franco Basaglia ho avuto recentemente occasione di soffermarmi nel corso dell'incontro "Basaglia e le sfide del presente", organizzato dall'associazione "Curiosamente" e da Anna Gardella il 12 ottobre a Lodi. Vi hanno preso parte con me il direttore di quel DSM, Giancarlo Cerveri, che ha presentato i servizi disponibili in quella zona che è stata tra le prime in Italia a dover affrontare il drammatico assalto del Covid, e la neuropsichiatra infantile Daniela Candeloro, la quale ha ripercorso con competenza e precisione mirabili la storia della sua disciplina, della quale noi psichiatri spesso sappiamo troppo poco.

Essa può essere grossolanamente divisa in tre principali periodi: quello che trascorse presso l'Università di Padova, corrispondente all'incirca agli anni Cinquanta; quello che trascorse alla direzione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, corrispondente all'incirca agli anni Sessanta; quello che trascorse alla direzione dell'ospedale psichiatrico di Trieste, nel corso degli anni Settanta.

Il primo decennio corrisponde al periodo "clinico" della sua vita, che può aiutare a riflettere su alcuni problemi centrali della relazione d'aiuto in psichiatria: il problema della corporeità, quello del rapporto tra follia e realtà, quello delle caratteristiche dell'incontro. Il secondo decennio è quello "istituzionale" e può aiutare ancora a riflettere su questioni che tendono a riproporsi in ogni istituzione di cura: il ruolo dei curanti e dei curati, la relazione di potere che tende a stabilirsi tra loro, il nodo della partecipazione del paziente ai processi decisionali che regolano la vita dell'istituzione, la relazione tra cura e custodia nel funzionamento del servizio psichiatrico. Il terzo decennio è quello "territoriale" nel corso del quale Basaglia affronta i temi centrali del lavoro di salute mentale nella società: come sostenere la persona malata nel suo rapporto con l'abitare, il lavoro, il denaro e come esserle accanto con discrezione nei momenti della solitudine e della socialità. E come intervenire in altre istituzioni totali, a partire dal carcere e dai nuovi luoghi di segregazione ed esclusione.

È passata solo una ventina di giorni dall'incontro lodigiano e ho avuto l'opportunità di ritornare, dopo aver affrontato lo stesso tema a Dolo e a Venezia, sull'associazione tra il nome di Basaglia e il tema delle sfide in occasione del XXII Festival della Scienza di Genova, che quest'anno era appunto dedicato al tema della "Sfide" con oltre duecento eventi, uno dei quali, organizzato in collaborazione con la sezione speciale SIP di Storia della Psichiatria, era dedicato al centenario basagliano e aveva per tema: "Franco Basaglia: una vita di sfide".

A moderare Massimo Aliverti, già responsabile dell'SPDC di Cantù, e a intervenire, oltre al sottoscritto, Gerardo Favaretto, già direttore del DSM e Direttore sociale della ULSS di Treviso, il quale ha parlato del periodo padovano di Basaglia e del suo rapporto con la filosofia, e Pietro Pellegrini, direttore del DSMDNPI di Parma, che si è concentrato sull'esperienza di Basaglia a Colorno, propedeutica sotto molti aspetti, dai problemi affrontati al formarsi della nuova équipe, a quella di Trieste. Un'esperienza, questa, arricchita dal rapporto fraterno stabilito già da qualche anno con Mario Tommasini, il quale aveva preceduto sotto molti aspetti il lavoro di deistituzionalizzazione di Basaglia nell'ospedale psichiatrico, ma anche in altre "istituzioni della violenza" (carcere minorile, carcere, brefotrofo, ospizio) e accompagnata dal primo suo collaboratore fin dai tempi padovani, Antonio Slavich (2018).

Il mio intervento alla conferenza ha percorso tutto l'arco della vita di Basaglia, focalizzando il tema della "sfida" da quando, ventenne, osò sfidare il fascismo, a quando la sua "sfida" si concentrò sulla critica dell'istituzione psichiatrica, a quando dovette affrontare il campo molto più largo della critica della società.

La prima sfida che incontriamo ripercorrendo la vita di Basaglia è quella al fascismo e alla guerra: Venezia era sotto occupazione tedesca e un gruppo di ragazzi – con lui erano tra gli altri sua sorella e la sorella di Luigi Nono,

il compositore che rimase sempre uno dei suoi migliori amici – entrò di notte nei due licei classici veneziani, il Foscarini e il Marco Polo, lasciando su tutte le lavagne la scritta "*Morte ai fascisti. Libertà ai popoli*" (Foot, 2014, p. 16).

Mi pare che questa sfida coraggiosa sia importante per comprendere la vita di Basaglia per almeno tre ragioni.

La prima è che essa significa che la sua ripulsa per l'ingiustizia e l'oppressione e il sentimento etico di doverle contrastare in prima persona con coraggio non nascono in lui dall'ingresso in ospedale psichiatrico, ma fanno già parte della sua indole dai tempi dell'adolescenza.

La seconda è che, una volta scoperto, Basaglia viene condotto nel carcere di Santa Maria Maggiore dove fa la sua prima esperienza dell'istituzione totale, non nella veste del direttore ma dell'internato. Il momento nel quale entra corrisponde a quello dello svuotamento dei buglioli, ed è soprattutto attraverso quell'odore che imparerà a riconoscere la deumanizzazione¹.

La sua ripulsa etica non ha quindi un'origine intellettuale, ma è prima di tutto un rigetto corporeo, che passa per il più antico dei sensi, l'olfatto. E quando ritroverà lo stesso odore al momento del primo ingresso in ospedale psichiatrico a Gorizia, e poi quando entrerà molti anni dopo nel gigantesco ospedale psichiatrico di Barbacena, in Brasile, non potrà non riconoscerlo.

La terza ragione è che quest'episodio e il suo violento riproporsi al momento dell'ingresso in ospedale psichiatrico rimandano alla stretta consequenzialità alla spinta etica e politica della resistenza antifascista e della Costituzione che è stata attribuita alla sua lotta antiistituzionale e alla Legge 180 (Babini, 2009; Piccione, 2013).

A Padova Basaglia, che è soprannominato dai colleghi "El filosofo", affronta sfide diverse, di carattere intellettuale: si tratta per lui di interrogarsi, sostenuto dalla lettura di Sartre e dei filosofi e psichiatri della scuola fenomenologica, sui grandi temi dell'esperienza umana:

1. Sul concetto di deumanizzazione cfr. Volpato, 2011

i temi della corporeità, della follia e del delirio nel loro rapporto con la realtà, dell'incontro e della distanza necessaria tra le persone. È interrogandosi intorno a questi temi filosofici e psicopatologici che costruisce la base di quello che sarà poi, a Gorizia, il lavoro di liberazione della persona dall'abbraccio soffocante dell'istituzione (Borgna, 1980; Colucci e Di Vittorio, 2024a; Novello e Gallio, 2024).

Dall'ingresso a Gorizia in poi quella di Basaglia è una vita di sfide continue, ciascuna delle quali ne tira dietro di sé un'altra.

Una sfida all'ideologia e all'istituzione innanzitutto: che devono essere negate e ricostruite ogni giorno perché non si trasformino da elemento evolutivo in elemento di oppressione.

Quando nel '72 Basaglia ebbe il piacere di incontrare ancora una volta Sartre, gli disse di avere apprezzato molto una frase che aveva letto nei suoi scritti: che le ideologie sono strumenti di evoluzione mentre si fanno, e diventano strumenti di oppressione nel momento nel quale sono state fatte, e Sartre convenne a questo con lui (Basaglia e Ongaro Basaglia, 1975, p. 47).

Montare e smontare senza interruzione, insomma, come scrisse un altro dei suoi amici francesi, lo storico Robert Castel.

Una sfida al manicomio per ciò che esso era: la gerarchia pietrificata dei ruoli, la deumanizzazione dell'internato, una gestione della prossemica che duplicava anziché attenuare i problemi al centro della malattia.

Ma la sfida al manicomio era contestualmente sfida alla povertà. Perché la sfida di Basaglia s'inscrive in un'istanza più alta, nella quale in quegli anni in molti erano impegnati: quella di fare di equità e universalismo le parole chiave dell'istituendo servizio sanitario nazionale. E di consentire così a poveri e ricchi di essere, almeno di fronte alla malattia e alla morte, armati degli stessi strumenti.

I passi avanti che sono stati fatti allora, oggi sono particolarmente a rischio e ogni sforzo, per parte nostra, dovremmo fare credo per non retrocedere.

Un'altra sfida è stata quella alla follia: la scommessa cioè che la sua presa sulla persona non sia mai tanto forte da annientarla del tutto, e che le lasci invece la possibilità di essere co-protagonista, magari anche solo in minima parte, della sua cura. Forte della lezione della psichiatria fenomenologica, Basaglia ci invita a non arrenderci di fronte a ciò che può apparire incomprensibile e a sforzarci sempre di non rinunciare all'incontro, che è il momento nel quale gli esseri umani possono costruire, a volte con fatica, la comprensione l'uno dell'altro.

Speculare alla sua sfida alla follia è quella alla paura dell'altro, che può spingere ad allontanarlo, rinchiuderlo, a volte perfino a legarlo, e quest'ultimo è un punto al quale Basaglia tiene particolarmente.

Perché nessuno più della persona legata è lontano dalla libertà e perché non può esserci libertà né riabilitazione dove non c'è impegno, lotta, sforzo, consapevolezza del fatto che ogni minuto che qualcuno trascorre in contenzione è un fallimento della psichiatria come progetto di liberazione e progetto di un incontro, appunto, come ci si può incontrare tra persone.

Quella di Basaglia diventa così anche una sfida ai colleghi psichiatri, e a tutti gli operatori dell'assistenza, perché conoscendolo bene è consapevole che il loro lavoro può essere fatto spesso meglio di come lo fanno, e soprattutto richiede un impegno che va molto oltre la cura come è medicalmente intesa, ed è anche un complessivo farsi carico della persona, della sua situazione, del suo destino. Un essere-per-l'altro nella cura, insomma, che esige lo sforzo di essere per lui l'amico, nel senso spirituale e profondo che a questa condizione attribuisce Binswanger, il portavoce, il sindacalista, tre termini con i quali, nel corso dei suoi scritti, Basaglia (2024b) si riferisce al "nuovo" psichiatra, quello che lui ha avuto in mente e che chiede, a noi psichiatri di oggi, di sforzarci di incarnare. Uno psichiatra quindi che sarà "democratico" non solo perché tale deve essere il suo approccio agli altri componenti dell'équipe e soprattutto al paziente, un approccio nel quale tutti i diritti non stanno da una parte sola, ma

anche perché l'inclusione del paziente nel progetto di una "democrazia", che per essere tale deve essere per tutti, è una delle finalità del suo lavoro.

Così, la sfida di Basaglia diventa anche una sfida alla società, che intende assicurare sul fatto che il "sostegno" di servizi vicini alle persone (Peloso, 2017) può aiutarla ad avere meno paura della stranezza, della follia e a essere più generosa e aperta, inclusiva, nell'accettare chi ne fa la, spesso dolorosa, esperienza. Uscita con i suoi internati dall'ospedale psichiatrico, ne è già consapevole fin da quando scrive *L'istituzione negata* nel 1968, la psichiatria e i suoi malati devono confrontarsi con un'istituzione più grande, la società, con le sue paure, le sue gerarchie, i suoi privilegi, i suoi meccanismi di esclusione e deumanizzazione. I problemi non sono risolti, insomma, ma spesso sono solo delocalizzati in una dimensione più grande e complessa, che tra l'altro li rende meno immediatamente trasparenti.

Da ultimo, possiamo cogliere ancora in quella di Basaglia una sfida implicita ai luoghi e i modi formali del sapere, sia perché ne smaschera il fatto di essere spesso fondati sulla malafede, su una parvenza di sapere che non è autentico sapere, che perché il suo stesso lavoro è la dimostrazione che esiste un sapere "altro" rispetto a quello coltivato nelle sue istituzioni formali, che è quello che nasce nelle pratiche e nel coraggio dell'originalità e dell'esperimento. È un fatto che, da Basaglia in poi, la cultura nella nuova psichiatria italiana si ribalta e non cala più dalle cattedre universitarie sul mondo dell'assistenza, ma nasce nelle pratiche di assistenza dei servizi; con l'università, a parte i rari casi nei quali sceglie di gestire essa stessa servizi, a dover seguire.

Non solo. Anche i libri che Basaglia e il suo gruppo scrivono – emblematici *Che cos'è la psichiatria?* (Basaglia, 1967) e *L'istituzione negata* (Basaglia, 1968) – sono corali, dove oltre alle parole dei membri dell'équipe troviamo quelle dell'infermiere, la suora, e soprattutto i malati. Tanti malati che prendono la parola nella nuova psichiatria, non più oggettivati nella posizione del "caso

clinico", ma in mezzo agli altri, come soggetti della loro parola, un'aria nuova che chi si reca a Trieste anche opoco dopo la sua partenza per Roma respira (Colucci e Di Vittorio, 2024b).

In questo stile diverso, più ancora che nel contenuto, insomma, qualcosa con Basaglia è davvero cambiato, nella concezione della psichiatria e nella società.

Tante sfide sono state necessarie, e molte di esse sono ancora aperte per tutti noi.

Alla sua morte, avvenuta a Venezia il 29 agosto 1980, i principali quotidiani italiani hanno apprezzato soprattutto la genuinità, la radicale onestà di quest'uomo (Peloso, 2023).

Poi a volte la malafede, a volte il timore di quelle che sembravano sfide troppo grandi per essere raccolte, hanno impedito una piena ricezione della sua eredità.

Quest'anno si è ritornati a parlare molto di lui, a leggere di lui; speriamo che non sia stato solo un fuoco di paglia.

AFFERENZA DELL'AUTORE

UO SM Distretto 9 – DSMD dell'ASL n. 3 della Liguria - Genova

CORRISPONDENZA

paolo.peloso@asl3.liguria.it

BIBLIOGRAFIA

1. Basaglia F. *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere* (a cura di M. Setaro). Donzelli, Roma, 2024a.
2. Peloso PF. *Ritorno a Basaglia? La deistituzionalizzazione nella psichiatria di ogni giorno*. Erga, Genova, 2022.
3. Slavich A. *All'ombra dei ciliegi giapponesi*. Gorizia 1961, AlphaBeta Verlag, Merano, 2018.
4. Foot J. La "Repubblica dei matti". *Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Feltrinelli, Milano, 2014.
5. Babini VP. *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*. Il Mulino, Bologna, 2009.
6. Piccione D. *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*. AlphaBetaVerlag, Merano, 2013.
7. Borgna E. *Franco Basaglia e la psichiatria italiana*. *Psichiatria oggi*; 13 (1), 8-10.
8. Colucci M, Di Vittorio P. *Franco Basaglia. Pensiero, pratiche, politica*. Meltemi, Milano, 2024a.
9. Novello M, Gallio G. *Franco Basaglia e la fenomenologia. Ipotesi e materiali di lettura*. Mucchi, Trieste, 2024.
10. Basaglia F, Ongaro Basaglia F. *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come custodi di istituzioni violente*. Einaudi: Torino, 1975.
11. Basaglia F. *Scritti 1953-1980*. Il Saggiatore, Roma, 2024b.
12. Peloso PF. *Dalla sorveglianza al sostegno. Note su pericolosità e controllo in psichiatria*. *Psicoterapia e scienze umane*. 2017; 51: 285-296.
13. Basaglia F (a cura di). *Che cos'è la psichiatria?*. Amm.ne Prov.le, Parma, 1967.
14. Basaglia F (a cura di). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Einaudi, Torino, 1968.
15. Colucci M, Di Vittorio P. *Franco Basaglia. Società, movimenti, istituzioni, follia, corpo*. Feltrinelli, Milano, 2024b.
16. Peloso PF. *Franco Basaglia, un profilo. Dalla critica dell'istituzione psichiatrica alla critica della società*. Carocci, Roma, 2023.
17. Volpato C. *Deumanizzazione. Come si legittima la violenza*. Laterza, Bari-Roma, 2011.

L'esperienza psichedelica. Fenomenologia e dinamica di uno stato di coscienza

Toscano M.

INTRODUZIONE

L'attuale ripresa di interesse per le molecole dotate di azione psichedelica (Belouin and Henningsfield, 2018; Nichols and Walter, 2020; Gründer, 2021; Correl et Al, 2023) pone la necessità di chiarire la natura dell'esperienza psichedelica stessa ed i suoi risvolti potenziali, siano essi positivi o negativi, per la salute mentale. Il termine "psichedelico" indica, letteralmente, la capacità posseduta da queste molecole di rendere "manifesta la mente" lasciando così intravedere significative potenzialità sia terapeutiche che euristiche nell'ambito della ricerca neuroscientifica. Nel corso degli anni '60 Gordon Wasson, il micologo e psiconauta che ha portato in Occidente la psilocibina, riteneva che i ricercatori in questo campo potessero essere così ripartiti: "Siamo tutti divisi in due categorie: quelli che hanno preso il fungo e sono squalificati dalla loro esperienza soggettiva e quelli che non hanno preso il fungo e sono squalificati dalla loro completa ignoranza dell'argomento" (Wakefield, 2018). Questa affermazione, in cui rieccheggia il giudizio negativo della società verso gli psichedelici nel momento conclusivo della parabola discendente dell'LSD, di fatto allude all'*ineffabilità* dell'esperienza psichedelica che legittima a parlarne solo chi l'ha vissuta.

Perché quindi descrivere analiticamente la fenomenologia e la dinamica di questa esperienza? Una prima ragione risiede nell'*unicità e complessità* dell'esperienza stessa come già riconosciuto dagli sperimentatori dell'epoca a cavallo tra l'800 ed il '900. Quando ancora l'unico psichedelico disponibile in Occidente era la Mescalina questi autori ne mettevano in evidenza la profonda diversità rispetto alle esperienze indotte da oppiacei,

cocaina e cannabis (Dixon, 1899). Molto più recentemente la sperimentazione su volontari sani ha fornito una seconda ragione ossia l'esperienza psichedelica è estremamente impattante sul piano emotivo tanto che il 70% circa del campione indagato, nell'oramai storico lavoro di Griffith e Jesse, la colloca tra le cinque esperienze più significative dell'esistenza quando non addirittura al primo posto (Griffiths et al. 2006). Ultima, ma non meno rilevante questione, è il ruolo da attribuire all'esperienza psichedelica nel corso del processo terapeutico o trasformativo che dir si voglia. Resta un dubbio di fondo: l'esperienza psichedelica è realmente indispensabile ai fini del cambiamento? Infatti, come avremo modo di vedere più oltre, sono numerose le prove a favore delle proprietà neuroplastiche degli psichedelici tanto da porsi il quesito se i fenomeni terapeutici e trasformativi che si osservano dipendano dall'aver vissuto l'esperienza in quanto tale oppure possano essere giustificati dalla sola azione biologica di incremento della densità sinaptica, al pari di tante altre molecole già a disposizione dello psichiatra (Olson, 2021).

UN APPROCCIO FENOMENOLOGICO

Trattare di esperienza psichedelica significa addentrarsi nei cosiddetti Stati di Coscienza Alterati (Ludwig, 1966) o, in termini più moderni, *Stati di Coscienza Non Ordinaria* (Timmermann et al, 2023) che accomunano, tra le altre, l'esperienza psichedelica, la meditazione e l'ipnosi. In particolar modo va posto in risalto il concetto di *Peak-Experience* (Esperienza di Picco) che compare negli studi di Abraham Maslow (Maslow 1964) dedicati all'esperienza religiosa. Si tratta di una reazione emotiva che caratterizza l'acme dell'esperienza psichedelica (e non solo) che Maslow descrive così: "Ha il sapore della meraviglia, del sublime, della reverenza, dell'umiltà e della resa che si sperimenta di fronte a qualcosa di grande". A ben vedere questa descrizione è compatibile con ciò che oggi si intende come esperienza mistica od estatica. Proprio per questa commistione di significati si preferisce

conservare, ancora oggi, l'espressione *Esperienza di Picco* pensando che risulti più facile l'accettazione da parte della comunità scientifica (Nutt, 2023).

MISURARE L'ESPERIENZA

Una descrizione quali-quantitativa dell'esperienza psichedelica è possibile sia attraverso metodiche di indagine strumentale che attraverso strumenti "carta e penna". Tra le prime vengono annoverate diverse possibilità che sono fortemente correlate alla disponibilità tecnologica di un determinato periodo storico. Nella cosiddetta "prima ondata" della indagine psichedelica, negli anni '50-'60, la metodica più utilizzata era l'EEG e la quasi totalità degli studi verteva sugli effetti dell'LSD non essendosi ancora affacciate all'orizzonte della ricerca molecole quali la Dimetiltriptamina (DMT) e la psilocibina (Scholkman e Wollenweider, 2022) (FIG.1). Con l'inizio del millennio successivo le metodiche si sono moltiplicate includendo la Magnetoencefalografia (MEG), la Risonanza Magnetica strutturale e funzionale (fMRI), la Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) e la Tomografia ad Emissione di Fotone Singolo (SPECT). Di fatto queste metodiche non hanno la stessa frequenza di impiego per ragioni squisitamente tecniche. Una accoppiata "vincen-

te" è quella che vede l'uso contemporaneo della MEG e della fMRI. La prima è una misura diretta ed in tempo reale dell'attività elettromagnetica cerebrale mentre la seconda è una misura indiretta di tale attività attraverso lo studio del consumo di ossigeno nelle aree indagate. Anche le molecole studiate sono andate espandendosi. Nel corso della seconda ondata infatti l'attività di ricerca si è spostata prevalentemente sull'indagine degli effetti di Psilocibina e di DMT, per gli psichedelici "classici", oltre che su Ketamina.

Tra gli strumenti "carta e penna" il più estensivo e maggiormente impiegato è l'ASC (Dittrich, 1998) - di cui esiste una traduzione in italiano (Pusterla-Longoni, 1983) - in grado di catturare le cinque dimensioni fondamentali (*Primarie*) dell'esperienza psichedelica. Di queste cinque dimensioni primarie tre sono considerate indipendenti dall'agente che provoca l'esperienza stessa (farmaco, meditazione, altro), sempre presenti seppur espresse con intensità variabile. Le altre due dipendono invece dalla natura dell'etiologia e quindi possono manifestarsi o meno (Preller e Wollenweider, 2018) (FIG.2).

Più in dettaglio le tre dimensioni indipendenti dall'etiologia sono rappresentate da complessi esperienziali così sintetizzabili:

Fig. 1 – Tratto da Scholkman e Wollenweider, 2022

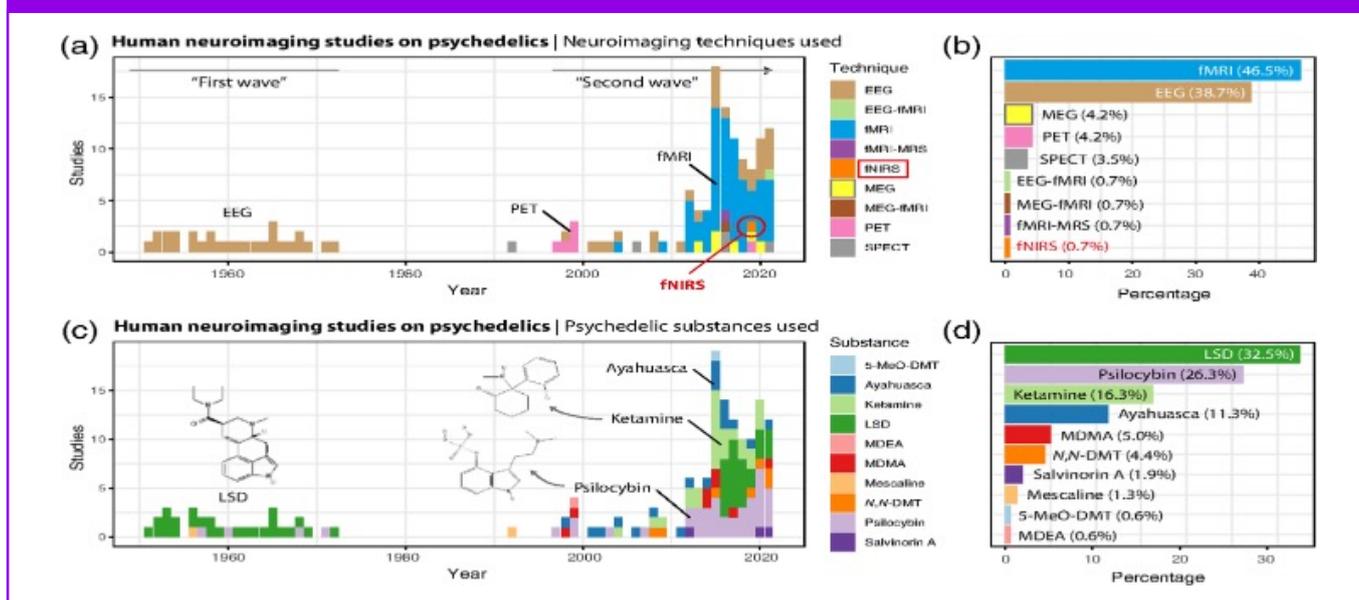
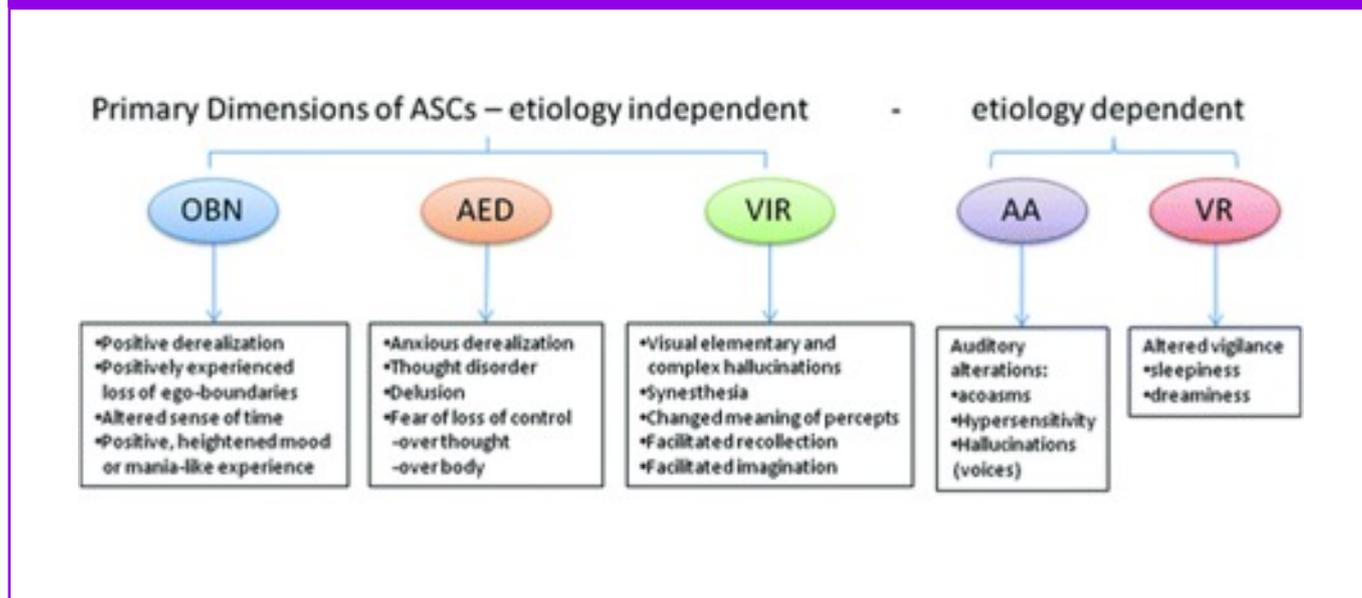


Fig. 2 – Tratto da Preller e Vollenweider, 2018



- *Oceanic boundlessness* (OBN) caratterizzata dalla piacevole esperienza di perdita dei confini dell’Io, dalla distorsione dei parametri spazio-temporali e da un umore sostanzialmente positivo, in qualche caso, maniforme. Questi vissuti corrispondono a ciò che abbiamo chiamato “esperienza di picco”
- *Anxious Ego-dissolution* (AED) che rappresenta invece l’esperienza psichedelica negativa (*bad trip*) e che quindi si contrappone o può subentrare all’iniziale OBN. La dissoluzione dell’io è esperita con forte ansietà, timore di perdita del controllo e possibile comparsa di tematiche deliranti a contenuto persecutorio
- *Visionary restructuring* (VIR) in cui rientrano i fenomeni dispercettivi che un tempo facevano sì che gli psichedelici venissero definiti, tout court, come “allucinogeni”. È un cluster complesso che include sia fenomeni allucinatori visivi veri e propri, più comunemente illusioni, ma anche processi immaginativi che vengono facilitati nella loro comparsa e reinterpretazione.

Le due dimensioni che dipendono invece dalla natura dell’agente sono definite come:

- *Acoustic Alteration* (AA) e comprendono sia fenomeni allucinatori uditivi semplici (Acoasmi) che complessi, oltre ad una generica ipersensibilità agli stimoli. In

questo ambito si può pensare di far rientrare anche fenomeni percettivi integrati tra loro come, ad esempio, la sinestesia (suoni in grado di evocare colori e/o sensazioni tattili e viceversa)

- *Vigilance Reduction* (VR) ossia alterazioni della vigilanza quali sonnolenza o stati oniroidi

Le dimensioni descritte tuttavia non rappresentano ancora appieno la ricchezza e complessità dell’esperienza psichedelica che invece è emersa grazie al successivo contributo di Studerus (Studerus et al, 2010). L’Autore ha definito alcune dimensioni Secondarie dell’esperienza psichedelica tra cui l’*esperienza di unità* (con gli altri esseri viventi, con la natura, con l’universo), l’*insightfulness*, intesa come improvvisa comprensione di aspetti prima misconosciuti dal soggetto (“rivelazione”), il vissuto di grazia (*Bliss*) e la qualità spirituale dell’esperienza (*Spiritual Experience*).

Altri strumenti sono a disposizione in questo campo ma possono essere considerati superati perché “assorbiti” nel questionario di Dittrich - ad esempio il MEQ-30 di Panke - oppure tuttora utilizzabili ma orientati allo studio di specifici aspetti dell’esperienza o ancora semplificati nella loro formulazione in modo da renderli meglio fruibili dal clinico (Strikland, 2024).

LA DINAMICA DELL'ESPERIENZA PSICHEDELICA

L'esperienza psichedelica, nella sua espressione più completa, segue una dinamica relativamente stabile. Ciò non toglie che per sua natura possa variare in maniera molto marcata sia tra individui diversi che all'interno della stessa persona in momenti successivi nonostante l'uso della medesima sostanza. Le variabili che plasmano l'esperienza soggettiva, e che le conferiscono ora carattere positivo ora negativo, sono numerose e diverse per natura. Ricorrendo alla oramai storica distinzione proposta da Timothy Leary tra variabili di Set (inerenti la persona) e di Setting (relative invece al contesto) l'esperienza varia nel tempo in virtù delle relazioni tra queste (TAV. 1).

Tav. 1

SET

Sostanza

Dose

Via di somministrazione

Polimorfismo 5HT2A

Età

Umore pre-seduta

Struttura di personalità

Materiale inconscio

Aspettative

Esperienze pregresse

SETTING

Ambiente fisico

Cultura

Ambiente sociale

Interessi dell'investigatore

Metodi

Istruzioni

L'esperienza psichedelica si struttura in tre momenti successivi che evolvono l'uno nell'altro e la cui durata varia sensibilmente in base alla molecola utilizzata e alla dose

somministrata (FIG. 3). La prima fase è caratterizzata da un crescendo delle manifestazioni psichedeliche (fase incrementale) cui fa seguito un plateau al cui interno si inscrivono fluttuazioni esperienziali che possono culminare nell'esperienza di picco (fase dell'acme).

Tav. 2 – Tratto da Master e Houston, 2000

Perceptual changes

Immagini a colori vividi ed in rapido movimento

Immagini geometriche caleidoscopiche

Scene complesse

Trasformazione ambiente

Trasformazione del corpo

Recollective-psychodynamic level

Rievocazione e attualizzazione di memorie passate

Commistione coscio/inconscio

Symbolic existential level

Riattribuzione dei significati

«Symbolic drama»

«solution» /esperienza trasformativa

Transient peak of self-transcendence

Fusione nella totalità

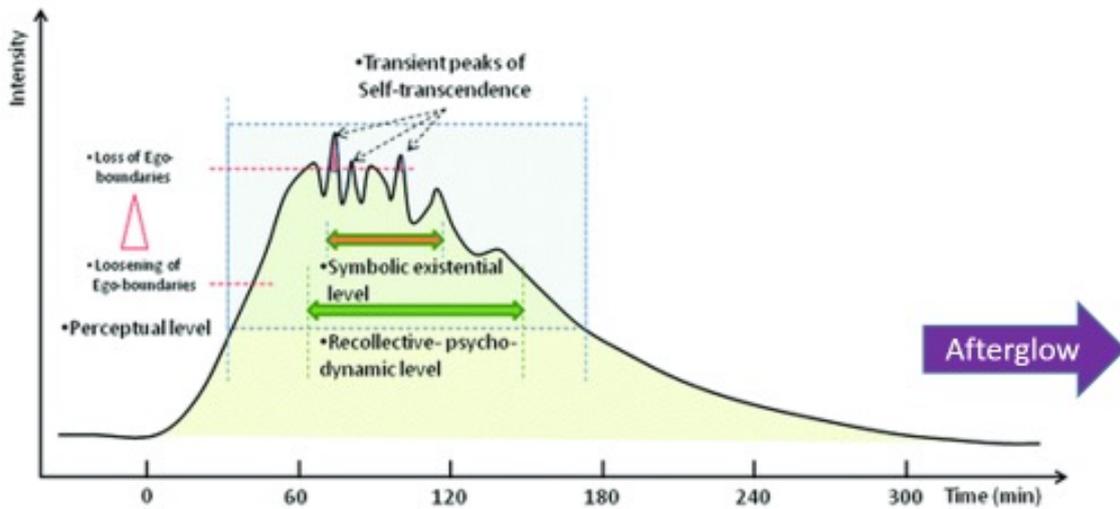
Esperienza della «realtà ultima»

Esperienza del sacro e dell'eterno

Quest'ultima, la più breve delle tre, abbastanza rapidamente cede il passo ad una riduzione progressiva dei sintomi (fase decrementale) sino al loro completo spegnimento. Master e Houston (2000) hanno descritto più dettagliatamente i processi psichici che caratterizzano la fase incrementale ed il plateau, relativi alla fenomenologia dell'Ego ed alla sua progressiva dissoluzione, come un tragitto a tappe che si articola in quattro livelli definiti come: *Perceptual level*, *recollective-psychodynamic level*, *symbolic existential level* e *deep integral level of self-transcendence* (TAV. 2).

Questi processi, una volta interamente esperiti, introducono la persona alla terza fase, nota anche come *Afterglow*,

Fig. 3: Tratto da Preller e Vollenweider, 2018, modificato



che è in assoluto la più duratura potendo protrarsi da alcune ore sino ad un mese circa. Le prime due sono in qualche modo preparatorie della terza in quanto in esse vengono esperiti quei fenomeni prima descritti che poi troveranno il momento di rielaborazione nell'ultima. La terza fase è quella in cui, solitamente con l'ausilio di uno psicoterapeuta appositamente formato, si apprezzano i benefici sul piano della salute e si innescano quei processi trasformativi che portano ad una riattribuzione di significato agli eventi che compongono la biografia del soggetto (Evens et Al, 2023).

Volendo ricondurre l'esperienza psichedelica e concetti psicopatologici propri della tradizione fenomenologica classica potremmo azzardare a considerare l'esperienza psichedelica come un episodio di *Wahanstimmung* chimicamente indotto e temporalmente determinato in cui si *sospendono i significati* consueti e si mette in discussione il mondo *costruito* offrendo alla persona e alla sua guida orizzonti di significato nuovi. I fenomeni allucinatori che accompagnano l'esperienza psichedelica e che hanno portato gli psichiatri degli anni '50-'60 a stabilire l'erronea correlazione tra psicosi ed esperienza psichedelica, non costituiscono il cuore dell'esperienza stessa. Il "mondo sospeso" (Callieri e Di Petta, 2017) dello psiconauta in viaggio non è necessariamente "presagio schizofrenico" ma

occasione di una visione più chiara¹. Per dirla con le parole dell'Autore: "(ogni cosa) diventa, qui, in questo non-luogo senza eguali dell'esperienza umana che è la WS, campo di irruzione dell'indeterminato e sfinestramento sull'infinito" (Callieri e Di Petta, op.cit.). Parole che, a parere di chi scrive, possono applicarsi bene all'esperienza psichedelica, all'esperienza mistica e, in alcuni casi, all'incipiente follia. A conferma del fatto che l'esperienza psichedelica non coincide con quella schizofrenica, a dispetto delle apparenze più superficiali, viene in sostegno la lettura neurobiologica più recente. Mentre la prima è sottesa da un processo di *iperconnessione* tra circuiti cerebrali, la seconda sarebbe invece espressione di una ipo/disconnessione tra questi il cui esito processuale è l'affermarsi di una patologia progressivamente invalidante (Sapienza et Al, 2023).

NOTA 1. Di Petta (op.cit) ricorda come già con Callieri, nel 1962, "per la prima volta, la WS, viene studiata come esperienza modale in sé, separata dalla sua necessaria evoluzione delirante". A parere di chi scrive quindi la WS non è necessariamente caratterizzata da una atmosfera sgradevole e "sinistra" bensì da sentimenti di "pace" e di "grazia" come appunto accade in molte esperienze psichedeliche ben condotte.

ESPERIENZA PSICHEDELICA E PROCESSAZIONE DELL'INFORMAZIONE: IL *PREDICTIVE CODING*

L'indagine neuroscientifica degli ultimi decenni ha consolidato la nozione che il cervello non generi una rappresentazione fotografica della realtà. "La nostra esperienza del mondo non coincide con ciò che quest'ultimo è realmente perché *il nostro cervello non si è evoluto per fare quello*" (Lotto, 2017). Di fatto il cervello ha come finalità evolutiva garantire la sopravvivenza dell'organismo anche a discapito della fedeltà con cui percepisce l'ambiente esterno. Possiamo dire quindi che il cervello non "scatta fotografie" ma effettua previsioni sulla base di un campione selezionato di input interni ed esterni. La maggior parte degli stimoli viene filtrato prima di arrivare alla corteccia cerebrale. La corteccia formula ipotesi sulla natura della situazione stimolo basandosi sugli elementi di cui è già in possesso confrontandoli con quelli in entrata. Carolyn Beans (2024) si esprime in questi termini: "This idea rests on a longstanding cognitive science theory, which holds that the brain's executive control regions, including the prefrontal cortex, create expectations about surroundings and that these expectations dominate our perceptions". Il processo è noto come *predictive coding*. Le previsioni corrette sopravvivono e si "rinforzano", quelle che si dimostrano false si indeboliscono fino a perdersi. In questo modo il cervello garantisce la sopravvivenza dell'organismo forgiandosi, attraverso l'esperienza, come una macchina sempre più veloce e precisa nel fare previsioni. Il prezzo da pagare è la rigidità del sistema di processazione che finisce con il privilegiare gli stimoli "noti" a quelli "ignoti" riconducendo i secondi ai primi. Un esempio tipico è l'illusione ottica nota come "The Hollow Mask". In rete si trovano esempi grafici in movimento molto suggestivi. La questione è semplice. Se guardiamo una maschera dal suo lato posteriore (lato concavo) quasi subito ci appare come se la stessi osservando di fronte, dal lato convesso. La vediamo cioè in rilievo. Questo accade perché il cervello non ha

mai fatto esperienza di volti visti "dall'interno" ma solo frontalmente. Avviene quindi in modo automatico un processo di correzione del dato percettivo "insolito" che riconduce all'esperienza consueta. Nei bambini piccoli, quando il sistema di processazione dell'informazione non è ancora "cristallizzato", e nei soggetti sotto l'effetto di psichedelici l'illusione stenta a manifestarsi. La sintesi quindi è che gli psichedelici alterano il processo di predictive coding permettendo una visione della realtà almeno parzialmente svincolata dalle routines percettive collaudate. Un possibile modello esplicativo considera il cervello come una struttura gerarchicamente organizzata (Friston, 2008) in cui i livelli sovraordinati controllano l'attività di quelli subordinati imponendo loro vincoli alla processazione dell'informazione. Ciascun livello intermedio, dalla periferia alla corteccia, è in grado di formulare ipotesi dipendenti dal contesto sull'informazione che procede dal livello sottostante, ma sempre nei limiti definiti dalle strutture sovraordinate. Si esercita quindi un controllo top-down che si applica al flusso bottom-up delle informazioni in arrivo: "Le ipotesi che generano le migliori previsioni daranno luogo alla percezione" (Pink-Hashkes et al, 2017). All'interno di questi processi l'azione degli psichedelici è duplice: aumentano il flusso di informazioni provenienti dalla periferia (bottom-up) e contemporaneamente "allentano" l'azione di controllo esercitata dai centri superiori (top-down). Vi è poi un terzo elemento che è quello dell'espansione della connettività tra aree cerebrali. Aree che in condizioni normali non comunicano tra loro sotto l'effetto degli psichedelici si scambiano informazioni. Beans sintetizza in questo modo: "The psychedelic theory known as the "relaxed beliefs under psychedelics (REBUS) and the anarchic brain model" [teoria formulata a Carhart-Harris. NdA] posits that a brain under the influence of Psychedelics give less weight to executive control, while allowing more input from elsewhere", ad esempio la corteccia visiva e uditiva. Nei termini della teoria computazionale si può asserire che gli psichedelici aumentano l'*entropia cere-*

brale (Carhart-Harris e Friston, 2019) e questo effetto si otterrebbe allentando il vincolo sulle connessioni che il Default Mode Network esercita nei confronti degli altri network cerebrali. Il DMN è particolarmente attivo quando il soggetto è impegnato in attività autoriflessive e di pianificazione ed il suo influsso si estrinseca in senso inibitorio nei confronti dei network adibiti alla processazione delle percezioni e dell'attività motoria. Gli psichedelici agirebbero inducendo una riduzione di connettività all'interno del Default Mode Network che, una volta "silenziato", permetterebbe agli altri network una maggiore libertà di connessione tra loro, sperimentando relazioni altrimenti inibite. Il fenomeno della sinestesia può essere preso ad esempio di tale libertà o entropia (Gattuso et al, 2023; Delli Pizzi et al, 2023). La conferma più recente di questa modalità di azione degli psichedelici è descritta nello studio di Siegel e colleghi (2024) che hanno dimostrato come alte dosi di Psilocibina (25 mg) desincronizzano il cervello umano. La psilocibina opera una disconnessione del DMN dalle regioni anteriori dell'ippocampo, da cui dipenderebbero il nostro senso del tempo, dello spazio ed il Self, e tale effetto sarebbe perdurante per settimane.

NEUROPLASTICITÀ ED ESPERIENZA PSICHEDELICA

L'insorgenza dell'esperienza psichedelica sembra dipendere prevalentemente dalla stimolazione dei recettori serotoninergici 5HT_{2A}. Il blocco di questi, mediante somministrazione dell'antagonista del recettore Ketanserina, previene o inibisce lo sviluppo dell'esperienza. L'analisi dettagliata delle basi neurobiologiche dell'esperienza psichedelica è questione molto complessa, con numerosi aspetti tuttora irrisolti e comunque oltre gli scopi di questo lavoro (Cameron et al, 2023;). Centrale è tuttavia il tema della possibile relazione tra l'esperienza psichedelica e la spiccata azione neuroplastica esibita da queste molecole. Sono sempre più numerose le evidenze scientifiche di una azione neurogenetica e neuroplastica

degli psichedelici (Li et al, 2018) che si manifesta in tempi molto brevi – anche entro le prime 24 ore dalla somministrazione- e che può perdurare per settimane o mesi (Calder e Hasler, 2023; Siegel et al, 2024). Si tratta della stessa azione attribuita agli antidepressivi classici soltanto in grado di dispiegarsi in modo molto più veloce. Ai fenomeni neuroplastici che si realizzano all'interno della corteccia prefrontale viene attribuito l'effetto terapeutico degli antidepressivi e quindi, per analogia, all'azione degli psichedelici. Il miglioramento della sintomatologia è da attribuirsi all'esperienza stessa oppure dipende primariamente dall'attività neuroplastica? Detto in altri termini, l'esperienza psichedelica è effettivamente necessaria ai fini della risoluzione clinica del sintomo oppure si tratta di un semplice effetto fisiologico di cui si può fare a meno? Sulla questione si confrontano ancora oggi due linee d'opinione. Garcia-Romeu ritiene che l'esperienza sia l'elemento esplicativo del dato clinico, senza la quale non avrebbero luogo quei processi trasformativi e di riattribuzione di significato che abbiamo descritto più sopra e che costituiscono il core dell'azione psicoterapica (Garcia-Romeu et al, 2015). Olson (2021) e Wallach (2023) ritengono invece che l'effetto primario sia quello neuroplastico sebbene concedano comunque alla dimensione esperienziale un ruolo positivo. In tal senso distinguono tra i diversi target del trattamento. Quando la somministrazione dello psichedelico è finalizzata a risolvere un quadro ansio-depressivo o gli effetti protratti di un trauma, l'esperienza di picco potrebbe contribuire e ridefinire il significato degli eventi occorsi ed il rimodellamento delle emozioni ad essi connessi. Se, per contro, si intende trattare una cefalea a grappolo oppure una patologia neurodegenerativa l'elemento neuroplastico sarebbe condizione sufficiente. Questo approccio ha come esito immediato la ininterrotta ricerca di molecole la cui struttura chimica ricorda quella propria degli psichedelici classici ma prive della capacità di indurre l'esperienza psichedelica vera e propria.

CONCLUSIONI

La natura e le caratteristiche fenomenologiche dell'esperienza psichedelica tornano ad essere un tema centrale dell'agire psichiatrico parallelamente al diffondersi dell'interesse verso queste sostanze e alla ripresa della ricerca sperimentale. Gli psichiatri clinici devono essere pronti ad accogliere la sfida che queste sostanze lanciano ad un immediato futuro con la consapevolezza che, per usare le parole di Master e Houston (op. cit), non esistono esperienze psichedeliche "tipiche". È necessario che, per quella che sembra essere una possibilità di svolta nei trattamenti psichiatrici, si coltivi un atteggiamento di apertura e di interesse ma con la cautela che "to be hopeful and optimistic about the psychedelic drugs and their potential use is one thing, to be messianic is another".

AFFERENZA DELL'AUTORE

ASST Rhodense

BIBLIOGRAFIA

1. Beans Carolyn (2024). *If psychedelics heal, how do they do it?* PNAS, Vol. 121, N.2, 1-6.
2. Belouin Sean J., Jack E. Henningfield (2018). *Psychedelics: Where we are now, why we got here, what we must do.* Neuropharmacology; 142: 7-19
3. Calder Abigail, Gregor Hasler (2023). *Towards an understanding of psychedelic-induced neuroplasticity.* Neuropsychopharmacology 48:104-112
4. Callieri Bruno e Gilberto Di Petta (2017). *Il mondo sospeso. Fenomenologia del "presagio schizofrenico".* Edizioni Universitarie Romane
5. Cameron Lindsay, Joseph Benetatos, Vern Lewis, Emma M. Bonniwell, Alaina M. Jaster, Rafael Moliner, Eero Castrén, John D. McCorvy, Mikael Palner, Argel Aguilar-Valles (2023). *Beyond the 5-HT_{2A} Receptor: Classic and Nonclassic Targets in Psychedelic Drug Action.* The Journal of Neuroscience, November 8, 43(45):7472-7482
6. Carhart-Harris, Stefano L. Sensi (2023). *LSD-induced changes in the functional connectivity of distinct thalamic nuclei.* NeuroImage, Volume 283, 1-10
7. Carhart-Harris Robin e Karl Friston (2019). *REBUS and the Anarchic Brain: Toward a Unified Model of the Brain Action of Psychedelics.* Pharmacol Rev 71:316-344.
8. Correl Christoph U. et Al. (2023). *The future of psychopharmacology: a critical appraisal of ongoing phase 2/3 trials, and of some current trends aiming to de-risk trial programmes of novel agents.* World Psychiatry: 22: 48-74
9. Delli Pizzi stefano, Piero Chiacchiaretta, Carlo Sestieri, Antonio Ferretti, Maria Giulia Tullo, Stefania Della Penna, Giovanni Martinotti, Marco Onofri, Leor Roseman, Christopher Timmermann, David J. Nutt, Robin L. Ly Calvin, Alexandra C. Greb, Lindsay P. Cameron, Jonathan M. Wong, Eden V. Barragan, Paige C. Wilson, Kyle F. Burbach, Sina Soltanzadeh Zarandi, Alexander Sood, Michael R. Paddy, Whitney C. Duim, Megan Y. Dennis, A. Kimberley McAllister, Cassandra M. Ori-McKenney, John A. Gray and David E. Olson (2018). *Psychedelics Promote Structural and Functional Neural Plasticity.* Cell Reports 23, 3170-3182.
10. Dixon Walter (1899). *The physiological action of the alkaloids derived from Anhalonium Lewinii.* Journ. Physiol, Vol XXV, 1899
11. Dittrich A (1998). *The Standard Psychometrics assessment of altered states of consciousness (ACSs) in humans.* Pharmacopsychiat. 31, 80-84 (supplement)
12. Evens Ricarda, Marianna Elisa Schmidt, Tomislav Majic e Timo Torsten Schmidt (2023). *The psychedelic afterglow phenomenon: a systematic review of subacute effects of classic serotonergic psychedelics.* Ther. Adv. Psychopharmacol. Vol. 13: 1-20
13. Friston Karl (2008) *Hierarchical Models in the Brain.* PLoS, Comput Biol. 4. (11)
14. Garcia-Romeu R. R. Griffiths, M. W. Johnson (2015), *Psilocybin-occasioned mystical experiences in the treatment of tobacco addiction.* Curr. Drug Abuse Rev. 7, 157-164
15. Gattuso James, Daniel Perkins, Simon Ruffell, Andrew J. Lawrence, Daniel Hoyer, Laura H. Jacobson, Christopher Timmermann, David Castle, Susan L. Rossell, Luke A. Downey, Broc A. Pagni, Nicole L. Galvão-Coelho, David Nutt, Jerome Sarris (2023). *Default Mode Network Modulation by Psychedelics: A Systematic Review.* International Journal of Neuropsychopharmacology, 26, 155-188.
16. Griffiths Roland R, W. A. Richards, U. McCann & R. Jesse (2006). *Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance.* Psychopharmacology. 187:268-283
17. Gründer Gerhard (2021). *Psychedelics: A New Treatment Paradigm in Psychiatry?* Pharmacopsychiatry; 54: 149-150

18. Lotto Beau (2017). *Percezioni. Come il cervello costruisce il mondo*. Bollati Boringhieri.
19. Ludwig Arnold (1966). *Altered States of consciousness*. Arch. Gen. Psychiat, 15, 225-234.
20. Ly Calvin, Alexandra C. Greb, Lindsay P. Cameron, Jonathan M. Wong, Eden V. Barragan, Paige C. Wilson, Kyle F. Burbach, Sina Soltanzadeh Zarandi, Alexander Sood, Michael R. Paddy, Whitney C. Duim, Megan Y. Dennis, A. Kimberley McAllister, Cassandra M. Ori-McKenney, John A. Gray and David E. Olson. *Psychedelics Promote Structural and Functional Neural Plasticity (2018)*. Cell Rep.; 23(11): 3170-3182
21. Maslow Abraham (1964). *Religion, Values and Peak-Experience*. Ohio State University Press
22. Maister R, Houston J (2000). *The varieties of psychedelic experience*. Park Street Press, Rochester
23. Nelson, Luca Vizioli, Damien A. Fair, Eric J. Lenze, Robin Carhart-Harris, Charles L. Raison, Marcus E. Raichle, Abraham Z. Snyder, Ginger E. Nicol & Nico U. F. Dosenbach (2024). *Psilocybin desynchronizes the human brain*. Nature, 632, 131-138
24. Nichols David, Walter Hannes (2021). *The History of Psychedelics in Psychiatry*. Pharmacopsychiatry; 54: 151-166
25. Nutt David (2023). *Psychedelics: The revolutionary drugs that could change your life – a guide from the expert*. Yellow Kite
26. Olson David E. (2021). *The subjective effects of psychedelics may not be necessary for their enduring therapeutic effects*. ACS Pharmacol. Transl. Sci. 4, 563-567)
27. Pink-Hashkes Sarit, van Rooij Iris, Kwiſthout Johan (2017). *Perception is in the Details: A Predictive Coding Account of the Psychedelic Phenomenon*. *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, 39(0)
28. Preller Katrin e Franz Vollenwieder (2018). *Phenomenology, structure and dynamic of psychedelic states, in Behavioral Neurobiology of Psychedelic Drugs*. Halberstadt, Vollenwieder, Nichols Eds., Vol 36, 221-256, Springer
29. Pusterla-Longoni et al. (1983). *Ricerca internazionale sugli stati alterati di coscienza (ISACS). IV Risultati riguardanti il Canton Ticino e L'Italia Settentrionale*. Archivio di psicologia, Neurologia e Psichiatria. 44, 397-422
30. Sapienza Jacopo, Marta Bosia, Marco Spangaro, Francesca Martini, Giulia Agostoni, Federica Cuoco, Federica Cocchi and Roberto Cavallaro (2023). *Schizophrenia and psychedelic state: Dysconnection versus hyper-connection. A perspective on two different models of psychosis stemming from dysfunctional integration processes*. Molecular Psychiatry, 28:59-67
31. Scholkmann Felix, Wollenwieder Franz (2023). *Psychedelics and fNIRS neuroimaging: exploring new opportunities*. Neurophotonics, 10.
32. Siegel Joshua S., Subha Subramanian, Demetrius Perry, Benjamin P. Kay, Evan M. Gordon, Timothy O. Laumann, T. Rick Reneau, Nicholas V. Metcalf, Ravi V. Chacko, Caterina Gratton, Christine Horan, Samuel R. Krimmel, Joshua S. Shimony, Julie A. Schweiger, Dean F. Wong, David A. Bender, Kristen M. Scheidter, Forrest I. Whiting, Jonah A. Padawer-Curry, Russell T. Shinohara, Yong Chen, Julia Moser, Essa Yacoub, Steven M. (2024). *Psilocybin desynchronizes the human brain*. Nature, 632, 131-138
33. Strickland J.C., Albert Garcia-Romeu, and Matthew W. Johnson (2024). *The Mystical Experience Questionnaire 4-Item and Challenging Experience Questionnaire 7-Item*. Psychedelic Medicine Volume 2, Number 1
34. Studerus Erich, Alex Gamma, Franz X. Vollenwieder. *Psychometric Evaluation of the Altered States of Consciousness Rating Scale (OAV)*. PLoS ONE 5(8), 1-19

-
35. Timmermann Christopher et Al. (2023). *A neurophenomenological approach to non-ordinary states of consciousness: hypnosis, meditation, and psychedelics*. Trends in Cognitive Sciences, 27, 2, 139-159.
36. Wakefield Dan (2018). *Gli allucinogeni: giudizio obiettivo di un cronista, in LSD. La droga che dilata la coscienza* (a cura di David Solomon). PGRECO Edizioni
37. Wallach Jason, Andrew B. Cao, Maggie M. Calkins, Andrew J. Heim, Janelle K. Lanham, Emma M. Bonniwell, Joseph J. Hennessey, Hailey A. Bock, Emilie I. Anderson, Alexander M. Sherwood, Hamilton Morris, Robbin de Klein, Adam K. Klein, Bruna Cuccurazzu, James Gamrat, Tilka Fannana, Randy Zauhar, Adam L. Halberstadt, John D. McCorvy(2023). *Identification of 5-HT_{2A} receptor signaling pathways associated with psychedelic potential*. Nat. Commun. 14, 8221



CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

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

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

Il Budget di Salute sostegno alla vita indipendente e all'inclusione sociale della persona con disagio mentale

*Moro Cesare G. *, De Paola T.°*

Il presente lavoro si concentra sull'analisi e la valutazione del modello del "Budget di Salute" nell'ambito della politica socio-sanitaria, che è un modello innovativo costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali.

L'obiettivo principale del "Budget di Salute" è quello di promuovere la solidarietà sociale e di trasformazione, in costi della cura e dell'assistenza in investimenti produttivi per la salute delle persone.

A differenza dei tradizionali interventi nel settore sociosanitario, il modello del "Budget di Salute" si concentra sull'individuo, mirando a potenziare le capacità e il potere contrattuale degli utenti. Attraverso l'accesso

facilitato alla formazione, al lavoro, alla socialità e all'abitare, si mira a favorire l'inclusione sociale e a promuovere il concetto di "Recovery".

Quest'ultimo implica un cambiamento di prospettiva, mettendo l'accento sulle risorse e sui punti di forza dell'individuo anziché focalizzarsi esclusivamente sui deficit da correggere. L'obiettivo è consentire a ogni individuo di riacquistare un'identità e un ruolo che non siano semplicemente quelli di un paziente con disagio mentale.

Il Budget di Salute (BdS), costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, è uno strumento generativo che contribuisce alla realizza-

zione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili¹.

Il modello del BdS si è sviluppato per la prima volta negli Stati Uniti a partire dagli anni '90, ed era considerato come uno strumento flessibile strutturato in base ai bisogni dell'utente e caratterizzato, quindi, dal finanziamento di determinati servizi rivolti ad individui portatori di disabilità.

In Italia si deve al documento della Conferenza Unificata Stato Regioni del 30 giugno 2022 "*Linee programmatiche: progettare il budget di salute con la persona*" l'estensione a tutte le Regioni italiane e, non solo, a quelle che avevano avviato in via sperimentale il progetto.

Il progetto basa le sue fondamenta nel modello bio-psi-co-sociale e mira alla creazione di progetti individualizzati territoriali plasmati sull'individuo e i suoi bisogni, con il costante coinvolgimento della rete sociale (comunità sociale, famiglia, servizi socio-sanitari pubblici e privati). Rappresenta, quindi, un'opportunità di attuare percorsi di sostegno alla salute delle persone fragili attraverso l'integrazione di interventi sociali e sanitari².

Il BdS si configura non come prestazione a sé stante, ma come progetto individuale che coinvolge e trasforma il soggetto stesso, la sua comunità e la centralità della persona e delle sue relazioni, richiedendo servizi efficienti e l'integrazione delle risorse e obiettivi ben definiti³. Attraverso questo strumento, vengono progettati percorsi riabilitativi individuali in determinate aree, quali:

1. **Casa/Habitat sociale:** conseguimento della casa/habitat sociale, in forma singola o mutualmente associata (gruppi di convivenza). Le abitazioni possono

avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone, e si può fornire sostegno attivo temporaneo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso interventi domiciliari.

2. **Affettività sociale:** concrete risposte ai bisogni delle persone nell'area delle relazioni attraverso attività finalizzate alla costruzione di reti amicali/sociali utili alla restituzione di una identità sociale alla persona.
3. **Formazione/lavoro:** come intervento socio-riabilitativo e per la partecipazione attiva alla vita di comunità o come formazione professionale e pratica di un'attività lavorativa supportata, oppure come sostegno alla ricerca e all'accompagnamento al lavoro delle persone in età lavorativa, con finalità emancipate e di acquisizione di reddito.

In relazione ai bisogni dei singoli si verranno a configurare modalità di risposta maggiormente orientate a una o più aree e, in base alla complessità delle problematiche sociosanitarie, si prevedono tre livelli di intensità progettuale (alta, media e bassa) e di investimento attraverso al Budget di Salute.

Tuttavia, le aree non sono di fatto separabili ma strettamente interdipendenti e dovranno sempre essere tenute in considerazione, in forma integrata, nel progetto personalizzato che si sviluppa concretamente ed operativamente nel funzionamento personale e sociale degli individui, ovverosia dei funzionamenti indispensabili per essere a pieno titolo un cittadino.

Elemento centrale del BdS è la co-gestione che consiste in un patto sociale etico tra pubblico e privato, teso ad incentivare un'alleanza tra organizzazioni sociali, sanitarie e terzo settore inteso come insieme di enti di carattere privato che agiscono in diversi ambiti, dall'assistenza alle persone

1. Gruppo Solidarietà., Disponibile all'indirizzo: www.grusol.it/informazioni/25-05-22.PDF

2. www.sogniebisogni.it, Riabilitazione e recovery; Disponibile all'indirizzo: www.sogniebisogni.it/tematiche/budget-di-salute-e-recovery

3. Righetti A., I Budget di Salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche. Laterza, 2013.

con disabilità alla tutela dell'ambiente, dai servizi sanitari e socio-assistenziali all'animazione culturale, a sostegno della persona con un bisogno sociosanitario complesso. La co-gestione deve promuovere, quindi, interventi socio-sanitari per il potenziamento delle risorse presenti.

La metodologia del BdS orienta gli operatori pubblici, privati, gli utenti stessi e i loro contesti, verso il recupero, la valorizzazione e il sostegno di sistemi del benessere comunitario e familiare (Welfare di comunità).

Il **Welfare Community** indica, un modello di politica sociale che, modificando profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla società civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori comunitari della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune⁴.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) rappresenta, pertanto, il dispositivo di programmazione e di definizione degli interventi riabilitativi, a partire dagli specifici bisogni del paziente e dalle risorse presenti, tanto personali quanto contestuali. Costituisce lo strumento concreto, che descrive il processo che va dalla presa in carico della persona, con la definizione dei suoi bisogni, fino alla formulazione di un progetto di intervento, risultato della collaborazione e della comunicazione tra le varie componenti della rete della persona: la famiglia, i diversi servizi sanitari e sociali e la comunità interna come luogo di vita della persona.

È necessario che il PTRI sia individuale, centrato sulla persona, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, e non sull'offerta dei servizi. Deve essere personale, tarato sulle reali abilità e

competenze della persona e condiviso, cioè concordato e in co-progettazione con la Cooperazione Sociale, gli Enti locali, gli utenti e i familiari, il volontariato e gli altri soggetti pubblici e privati del sistema di welfare e della comunità.

Altra premessa importante è che gli interventi riabilitativi del BdS siano integrati e non separati dal trattamento di cura e dal progetto di vita, che non siano considerati attività fine a se stesse e che costituiscano una prassi terapeutica e sociale che pone la persona e il suo benessere al centro del lavoro dell'équipe curante e dei Servizi coinvolti.

Grazie alla diffusione di questo modello, ci troviamo di fronte alla trasformazione delle risposte che i Servizi di Salute Mentale forniscono al portatore di sofferenza psichica: si passa dal finanziamento di "strutture contenitori" al finanziamento dei progetti personalizzati sul territorio.

Il modello del BdS vede l'individuo portatore di sofferenza psichica come una **persona** nella sua interezza, che ha diritto a una valutazione multidimensionale e multiprofessionale: non si parla più di assistenza sanitaria, bensì di promozione della salute e sviluppo economico-sociale⁵.

Dalla revisione della letteratura si può sostenere che **il BdS rappresenta un metodo indispensabile nella riabilitazione psichiatrica**. Attraverso una corretta allocazione delle risorse, il BdS permette di soddisfare le esigenze specifiche di ciascun individuo, **promuovendo l'empowerment e la partecipazione attiva del paziente** nel suo percorso di riabilitazione.

Dall'analisi della letteratura si evidenzia anche la necessità di un **approccio multidisciplinare e collaborativo nella gestione del BdS**⁶.

4. Isole nella Rete., Per un welfare di comunità., Disponibile all'indirizzo: www.ecn.org/diversamente/forum/wel_com.htm#:~:text=Parliamo%20di%20%22comunit%C3%A0%20solidale%22%20o%20di%20welfare%20community,solidariet%C3%A0%2C%20della%20coesione%20sociale%20e%20del%20bene%20comune

5. Convegno Budget di Salute e progetti individualizzati., Esperienze in corso, a cura di ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Milano 2019.

6. Letícia da Silva Schran., Università Federale di Rio Grande do Sul., Escola de Enfermagem., La percezione del team multidisciplinare sulla struttura dei servizi di salute mentale: studio fenomenologico, 2019.

La letteratura sostiene inoltre che, la funzione di Case Manager in campo comunitario, sia culturalmente da attribuire all'Infermiere. La nascita del modello del Case Management in ambito sanitario e socio-sanitario, ha portato all'individuazione del Case Manager nell'Infermiere (ICM). Il profilo professionale ed il codice deontologico dell'Infermiere hanno al loro interno i presupposti teorici perché l'infermiere, con adeguato percorso formativo (Master, Corsi di perfezionamento) possano agire, all'interno dell'équipe di riferimento, la funzione di "referente del percorso di cura". Il recente "Position Statement dell'Infermiere in Salute Mentale e Psichiatria" siglato dalla S.I.S.I.S.M. e dalla FNOPI sostiene tale funzione ribadendo la centralità dell'Infermiere nel prendersi cura, in maniera integrata, dei bisogni della persona. La presenza dell'Infermiere, con modello organizzativo assistenziale di Case Management, in numerosi contesti, dimostra la sua importanza nell'integrazione orizzontale dell'assistenza tra servizi sanitari, servizi sociali e altri settori, nonché l'integrazione verticale tra i servizi sanitari primari, comunitari, ospedalieri e terziari. Il coinvolgimento degli Infermieri di Salute Mentale e Psichiatria, con la loro esperienza e le loro competenze, degli altri membri dell'équipe multiprofessionale e dei familiari/caregivers è fondamentale per garantire una valutazione accurata dei bisogni e la definizione di un'assistenza personalizzata con interventi mirati centrati sul paziente.

Altro dato emerso dalla revisione bibliografica ha riguardato l'efficacia del modello di **assistenza domiciliare** nel contesto del BdS. I risultati evidenziano che l'assistenza domiciliare gestita e coordinata da un Infermiere Case Manager (ICM) può portare a comportamenti positivi per la salute e migliorare l'esito delle malattie croniche.

L'infermiere, nel ruolo di **Home Care Case Management**⁷, svolge un ruolo fondamentale nell'implemen-

tazione del BdS, garantendo una gestione efficace delle cure e una migliore qualità della vita per i pazienti.

Il processo di revisione sistematica ha evidenziato dei limiti dovuti alla scarsità di studi scientifici inerenti la tematica trattata. Tutto ciò dovuto non solo alla difficoltà di confronto tra i diversi Paesi che utilizzano il modello del BdS a causa delle profonde differenze nel Sistema Sanitario di riferimento, ma anche alla limitata ampiezza/numerosità del campione di molti studi, dal disegno prevalentemente qualitativo e dall'assenza di strumenti validati per la misurazione degli esiti. Gli studi inclusi nella ricerca bibliografica effettuata per il presente lavoro contenevano, inoltre, dei campioni non sempre rappresentativi della popolazione considerata e, alcune volte, erano carenti sia di una descrizione completa del fenotipo dei pazienti sia di informazioni sulle risorse economiche impiegate nel BdS. Alla luce di quanto riportato, è possibile formulare alcune considerazioni generali.

I risultati positivi riguardanti le persone affette da disturbi di Salute Mentale che utilizzano il BdS sono stati confermati in termini di scelta e controllo del paziente nel percorso di recupero. L'utilizzo del modello ha dimostrato diversi benefici, tra cui il coinvolgimento attivo del paziente nella messa in atto del PTRI, il coinvolgimento delle parti interessate, l'implicazione del personale sanitario nel processo decisionale (ICM) e un accesso tempestivo e adeguato alle cure. Dalla revisione della letteratura emerge un'alta soddisfazione dei pazienti e dei familiari/caregivers riguardo all'implementazione del modello del BdS. Infatti, si sottolinea come il modello abbia migliorato gli esiti clinici degli utenti, la loro qualità di vita, l'impegno nel lavoro retribuito, le esperienze lavorative e l'indipendenza, influenzando positivamente l'intera famiglia/caregivers e il contesto di supporto. Le evidenze bibliografiche hanno, inoltre, dimostrato che il BdS ha promosso cambiamenti significativi nell'utilizzo delle risorse e nell'adozione di approcci di intervento personalizzati,

7. Lisa Garland-Baird., Facoltà di Infermieristica., Università di Alberta., Edmonton., Alberta., Concettualizzazione del modello di assistenza cronica: implicazioni per la pratica del Case Manager dell'assistenza domiciliare, 2018.

generando dei risparmi sui costi per le famiglie/caregivers e sui Sistemi Sanitari. Alcuni studi hanno presentato delle preoccupazioni sull'applicazione del modello del BdS: alcuni familiari/caregivers hanno riscontrato difficoltà e stress nel gestire le procedure connesse al BdS e hanno percepito una diminuita partecipazione nella cura dei propri cari; alcuni professionisti hanno considerato l'iter amministrativo legato al BdS come un sovraccarico lavorativo⁸. L'introduzione di una sperimentazione e l'utilizzo, su scala nazionale, del BdS rappresenta un incoraggiante passo avanti per la promozione della salute e, soprattutto, per l'aumento dei PTRI per ciascun individuo. L'esperienza territoriale di questi anni potrebbe contribuire alla creazione di un nuovo sistema di welfare a livello comunitario, al fine di arricchire l'offerta di cure adeguate e strumenti di integrazione socio-sanitaria sul territorio⁹.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Coordinatore Aziendale UONPIA DSM-D ASST Bergamo*

Ovest – Presidente S.I.S.I.S.M

° *U.O Formazione e Sviluppo delle Competenze – ASL Roma*

1 F.O Gestione Rete Corsi di Laurea Universitari Professioni

Sanitarie e Sociali- Docente a contratto Sapienza Università di

Roma e Università Sacro cuore; Vicepresidente S.I.S.I.S.M

8. Il Budget di Salute negli indirizzi nazionali - Welforum; Disponibile all'indirizzo: www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali

9. Ibidem

BIBLIOGRAFIA

1. Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 2016.
2. Basaglia F., *L'istituzione negata*, G. Einaudi, Torino, 1968, p 385.
3. Basaglia F., *Psychiatry inside out: selected writings of Franco Basaglia*, Columbia University Press, New York, 1987, p 318.
4. Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano, 2006, p 361.
5. Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano, 2016, p 496.
6. Cintia Nasi., Jaco Fernando Schneider., *Il Centro di Assistenza Psicosociale nella vita quotidiana dei suoi pazienti*. Scuola per Infermieri dell'Università Federale del Rio Grande do Sul, 2009.
7. Congresso italiano di scienze biologiche e morali Roma., *Sanità mentale ed assistenza psichiatrica*. Roma: Accademia italiana di scienze biologiche e morali, 1965, p 294.
8. Convegno Budget di Salute e progetti individualizzati., *Esperienze in corso*, a cura di ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, 2019.
9. Decreto del presidente della Repubblica (DPR) del 7 aprile 1994., *Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996*.
10. Franz A., *The history of psychiatry: An evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present*. Northvale, N.J., J. Aronson, 1995, p 471.
11. Gaia Sampogna., Mario Luciano., *Stile di vita nei pazienti con gravi disturbi mentali: un nuovo obiettivo per gli interventi psicosociali?* Dipartimento di Psichiatria, Università della Campania "L. Vanvitelli", Napoli, 2021.
12. Letícia da Silva Schran., Università Federale di Rio Grande do Sul., Escola de Enfermagem., *La percezione del team multidisciplinare sulla struttura dei servizi di salute mentale: studio fenomenologico*, 2019.
13. Lisa Garland-Baird., Facoltà di Infermieristica., Università di Alberta., Edmonton., Alberta., *Concettualizzazione del modello di assistenza cronica: implicazioni per la pratica del Case Manager dell'assistenza domiciliare*, 2018.
14. M Kageyama., *Validità e affidabilità della Family Empowerment Scale per i caregiver di adulti con problemi di salute mentale*, 2016.
15. Maria Morzycka-Markowska., Chair and Department of Psychiatry., *La deistituzionalizzazione nella psichiatria italiana – il percorso e le conseguenze Parte II. Le conseguenze della deistituzionalizzazione*, Medical University of Warsaw, 2015.
16. Percudani M., Cerati G., Petrovich L., Vita A., *La psichiatria di comunità in Lombardia - Il piano regionale per la salute mentale Lombardo e le sue linee di attuazione*, McGraw-Hill Education, 2004-2012.
17. Righetti A., *I Budget di Salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche*. 2013^{ed}: Laterza.
18. Roccatagliata G., *Storia della psichiatria antica*. Milano: U. Hoepli; 1974, p 351.

SITOGRAFIA

1. Cliccascienze., Case management - cliccascienze; Disponibile all'indirizzo: https://www.cliccascienze.it/scienze-umane-e-management/case-management/?utm_content=cmp-true. (Data ultimo accesso 08/05/2024)
2. Crescita Personale e benessere psicologico., – Crescita Personale.it. *I benefici del lavoro in equipe multidisciplinare* – [crescita-personale.it](https://www.crescita-personale.it/articoli/relazioni/vita-sociale/i-benefici-del-lavoro-in-equipe-multidisciplinare.html); Disponibile all'indirizzo: <https://www.crescita-personale.it/articoli/relazioni/vita-sociale/i-benefici-del-lavoro-in-equipe-multidisciplinare.html>. (Data ultimo accesso 12/05/2024).

3. Focus.it., *Come si curavano le malattie mentali una volta?* – focus.it; 10 ottobre 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://psiche.org/articoli/storia-malattia-mentale/> (Data ultimo accesso 12/04/2024)
4. Gruppo Solidarietà., Disponibile all'indirizzo: <http://www.grusol.it/informazioni/25-05-22.PDF>. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
5. *Il Budget di Salute negli indirizzi nazionali* - Welforum; Disponibile all'indirizzo: <https://www.welforum.it/il-budget-di-salute-negli-indirizzi-nazionali/>. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
6. Il Sole & le Nuvole., *Legge Basaglia: dopo 41 anni resta molto da fare* – Il Sole & le Nuvole. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ilsoleelenuvole.it/legge-basaglia/>. (Data ultimo accesso 18/04/2024)
7. Isole nella Rete., *Per un welfare di comunità.*, Disponibile all'indirizzo: http://www.ecn.org/diversamente/forum/wel_com.htm (Data ultimo accesso 12/05/2023)
8. La costituzione – articolo 32 senato della repubblica <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32> (Data ultimo accesso 13/04/2024).
9. Ministero della Salute., Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
10. Musei Civici Reggio Emilia, la legge del 1904 sui manicomi e gli alienati. Disponibile all'indirizzo: <https://www.musei.re.it/collezioni/museo-di-storia-della-psichiatria/prima-sala-cronologia/la-legge-del-1904-sui-manicomi-e-gli-alienati/>. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
11. Nurse 24.it. *I servizi di salute mentale tra recovery e resilienza*; Disponibile all'indirizzo: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/servizi-salute-mentale-recovery-resilienza.html>. (Data ultimo accesso 29/04/2024)
12. Nurse24.it., Case Manager *Infermiere, importante agente di cambiamento*; Disponibile all'indirizzo: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-case-manager-importante-agente-di-cambiamento.html>. (Data ultimo accesso 23/05/2024)
13. Nurse Times, Disponibile all'indirizzo: <https://nursetimes.org/>. (Data ultimo accesso 07/05/2024)
14. Nurse24.it., Case Manager *Infermiere, importante agente di cambiamento*; Disponibile all'indirizzo: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-case-manager-importante-agente-di-cambiamento.html>. (Data ultimo accesso 12/05/2024)
15. Passaggi Lenti, | *Consigli di viaggi a piedi per un turismo sostenibile*. Legge Basaglia. Come arrivò alla chiusura dei manicomi; Disponibile all'indirizzo: <https://www.passaggilenti.com/legge-basaglia-chiusura-dei-manicomi/>. (Data ultimo accesso 03/04/2024)
16. Psiche.org., *La storia della malattia mentale* – psiche.org. Disponibile all'indirizzo: <https://psiche.org/articoli/storia-malattia-mentale> (Data ultimo accesso 03/04/2024)
17. ReadkonG.com., – “*Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1994-1996*” – Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994; Disponibile all'indirizzo: <https://it.readkong.com/page/progetto-obiettivo-tutela-salute-mentale-1994-1996-3679123>. (Data ultimo accesso 20/04/2024).
18. Sirp – società di riabilitazione psicosociale, Errepiesse – sirp – società italiana di riabilitazione psicosociale; disponibile all'indirizzo: <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/errepiesse/>. (Data ultimo accesso 09/04/2024)
19. Villa Dei Pini, *Diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichiatrici*. Disponibile all'indirizzo: https://villadeipini.com/site/wp-content/uploads/2018/04/Riabilitazione-a-VdP-22_4_18.pdf (Data ultimo accesso 12/05/2024)
20. www.sogniebisogni.it., *Riabilitazione e recovery*; Disponibile all'indirizzo: <https://www.sogniebisogni.it/tematiche/budget-di-salute-e-recovery>. (Data ultimo accesso 06/05/2024)

21. www.psychiatryonline.it, *Empowerment e competenza individuale delle risorse umane in politica sanitaria per la salute mentale* www.psychiatryonline.it Disponibile all'indirizzo: <http://www.psychiatryonline.it/node/1205> (Data ultimo accesso 12/05/2024)

“Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare”

Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato

*Decorato G. *, Scagliarini V.°, Fioletti B. ^*

INTRODUZIONE

L'ultimo decennio è stato caratterizzato da un avvicinamento tra psichiatria di comunità e psichiatria forense che ha generato la creazione di zone d'intersezione delle aree di assistenza e riabilitazione rivolte ai pazienti autori di reato.

Se storicamente, infatti, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e i Dipartimenti di Salute Mentale hanno viaggiato seguendo binari paralleli, il riordino della medicina penitenziaria e il lungo iter legislativo che l'ha interessata, ne hanno modificato profondamente le traiettorie (1.). Dal pari diritto di accesso alle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste dal SSN per i cittadini in stato di libertà (D. Lgs. 230/99), al processo di superamento degli OPG. Iniziato nel 2003 con la sentenza 253 della Corte costituzionale e attuato, in via definitiva, a seguito delle Lg. 9/2012 e 81/2014. La prima legge responsabile, tre le altre disposizioni, della nascita delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) con ambito regionale e all'interno dei DSMD (DM 1/10/2012); la seconda indicativa della priorità della cura in contesti ordinari dei DSMD e del territorio di appartenenza del soggetto, lasciando il ricovero in REMS scelta residuale, “disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla pericolosità sociale” (art3 ter, co. IV DL. 211/11) (2). I DSMD sono quindi chiamati, in risposta all'eterogeneità dei profili giuridici dei pazienti autori di reato, a costituire équipe forensi multiprofessionali, (DGR

5340 DEL 27/6/2016), in grado di lavorare in sinergia con altri attori sia appartenenti al panorama clinico sia a quello di monitoraggio del paziente (magistratura, REMS, comunità, SERT, istituti penitenziari, UEPE, enti locali, forze dell'ordine, avvocati, periti, ADS, ATS) per la realizzazione di programmi di intervento specifici attuabili all'interno di Servizi territoriali, siano REMS o altre strutture residenziali, o in ambito penitenziario (Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale nelle Carceri)(3.4.).

La cultura clinica ed organizzativa attuale dei DSMD è quindi alla ricerca, non con poche difficoltà, di strumenti e traiettorie cliniche rassicuranti, rispetto alla possibilità di percorsi riabilitativi da proporre e costruire ed al rischio di recidività delle condotte reato degli utenti. È noto come quella degli autori di reato sia una popolazione particolare: portatrice di problematiche di tipo personale, medico, relazionale, familiare e sociale e di un pesante bagaglio di esperienze fallimentari, per questo richiedente specifica attenzione, che impone agli operatori dei servizi un cambio di prospettiva nell'accompagnare questi utenti al riscatto del personale percorso di vita.

Sfida non semplice se si considera il pregiudizio diffuso – alimentato da percorsi caratterizzati da cadute» ripetute – per cui qualunque ipotesi terapeutico-riabilitativa per i pazienti psichiatrici autori di reato sia giudicata inutile ed inefficace. Allora cosa possiamo offrire in termini di cura a questi utenti?

I PRESUPPOSTI

Le linee guida del NICE evidenziano l'importanza del coinvolgimento delle persone nelle decisioni riguardanti la propria salute in modo da poter effettuare scelte di cura informate e condivise (Shared Decision Making) (5.).

A livello nazionale le recenti raccomandazioni di Buone pratiche in riabilitazione psicosociale elaborate dalla SIRP (6.) suggeriscono la promozione e il miglioramento degli obiettivi di vita e dei valori personali dei pazienti psichiatrici autori di reato attraverso il modello del Good Lives Model, GLM (Ward et al. 2007) (7.). Il modello, secondo l'approccio recovery, suggerisce che i pazienti per raggiungere il benessere personale debbano possedere capacità e risorse (instrumental good) utili a bypassare i limiti personali e gli svantaggi ambientali e sociali che spesso influiscono sul comportamento del paziente che, nel caso di questa specifica popolazione, si manifesta con una condotta reato.

La formulazione di linee di indirizzo che definiscano in maniera puntuale i bisogni della popolazione di pazienti e le risposte da offrire hanno rappresentato la convinzione iniziale fondante il Modello Spinazzola, modello operativo costruito e implementato nella REMS di Spinazzola Dipartimento di Salute Mentale – ASL Barletta Andria Trani.

Il Modello manualizzato nel volume **“Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato”** (2023) (8.), propone un approccio terapeutico-riabilitativo strutturato e organico dedicato ai pazienti psichiatrici autori di reato. Il modello Spinazzola è frutto di una esperienza quasi decennale e presenta esiti di trattamento riferibili a un arco temporale di sette anni. Gli esiti di trattamento elaborati da un punto di vista epidemiologico sono stati valutati dall'AGENAS all'interno dell'Osservatorio delle buone pratiche 2023 (9.) ed il Modello Spinazzola certificato come **Buona Pratica Sicura** poiché considerato applicabile in tutti i contesti di cura sia ambulatoriali che residenziali che si occupano di pazienti psichiatrici autori di reato.

L'impianto generale del Modello si basa su presupposti di tipo etico che sottendono tanto la cura quanto la dignità nella cura, ciò ha favorito la connessione tra il trattamento terapeutico-riabilitativo intensivo, mirato alla cura delle disabilità gravi conseguenti la malattia mentale, con aspetti che devono occuparsi della caratteristica specificità degli autori di reato.

In particolare, l'etica della cura, in questo caso, prevede il soddisfacimento dei bisogni di assistenza e cura delle persone affette da patologia psichiatrica e autrici di reato, attraverso l'offerta di programmi terapeutici, di supporto, sostegno e di inclusione.

La cura può aiutare a portare il peso dell'interiorità senza che la persona si senta sopraffatta dalla malattia. Il contesto di cura tiene il paziente immerso nel buono (Mortari, 2015) (10.), ed è questo buono a dare l'abbrivio nei pazienti a forme di ricerca personale del benessere percepito, che una volta sperimentato si alimenta in autonomia. Quindi la cura che i pazienti rivolgono a sé stessi necessita di nutrimento, quello che proviene dal ricevere cura dal curante, in una virtuosa relazione circolare alimentata dalla professionalità di ciascun operatore. Come sostiene Siegel (11.) le relazioni plasmano la nostra mente, ed è proprio ciò che accade: l'investimento dell'equipe nei confronti dell'utente fornisce feedback che inducono il paziente a investire, a sua volta, su sé stesso. L'«esigenza di cura» è connessa con il principio di responsabilità che, se coinvolge gli utenti, agevola un lavoro di conoscenza e accettazione. La consapevolezza dell'importanza del rispetto dell'individuo e della tutela dei suoi bisogni di cura guida l'equipe, ma orienta anche gli utenti nell'individuale capacità di appropriarsi o riappropriarsi della propria dignità, cercando eticamente di prendersi cura di sé.

“La dignità intesa come l'esigenza dell'uomo di essere riconosciuto e accettato (Borgna) per il paziente psichiatrico autore di reato è compromessa in quanto a causa del suo disagio vive un rapporto alterato con il mondo e con la sua stessa vita. Questa integrità perduta necessita di attenzione e cura, pensata per il singolo, con uno sguardo rivolto

alla persona, alle sue risorse, piuttosto che ai sintomi. Il recupero deve essere compassionevole e amorevole, e il paziente deve sentirsi protagonista, non vittima. L'accettazione della vulnerabilità umana — e solo la sua piena coscienza — restituisce dignità nella sofferenza e libera dal rischio che l'individuo affetto da malattia psichiatrica si trasformi in peso sociale" (12.).

IL MODELLO SPINAZZOLA

Il Modello oltre i presupposti di base propone un trattamento terapeutico riabilitativo che si sviluppa attraverso un processo evolutivo (**Figura 1**) caratterizzato da una sequenza di steps e dall'adozione di specifici strumenti terapeutici e riabilitativi. Orientato alla guarigione funzionale in termini di miglioramento delle risorse già presenti, acquisizione di nuove abilità, rafforzamento dei punti di forza, aspira alla guarigione personale mediante lo studio che il paziente effettua con il curante su se stesso, sul proprio funzionamento interiore, sulla acquisizione di una identità integrata e relativo alla personale capacità di autodeterminarsi ed effettuare scelte di vita appropriate nell'ottica del recupero di possibilità esistenziali efficaci e migliori.

L'ingresso in struttura rappresenta per il paziente l'ennesimo fallimento della vita ed un episodio in occasione del quale qualcun altro (l'Autorità Giudiziaria), ha deciso al suo posto. Il paziente non accetta aiuto, nega e/o minimizza ogni problematica "Sono qui per uno sbaglio! "Non ho fatto niente!"; rifiuta di collaborare. Di fatto l'incontro con l'equipe mette ordine nel caos, un ordine che viene stabilito dal sistema, fornendo l'occasione per una prima scelta: funzionare diversamente dal passato; attraverso la proposta da parte dell'equipe di uno stile di vita supportato da criteri di adeguatezza relazionale, dall'acquisizione e utilizzo delle autonomie di base e dall'attenzione al benessere. Seguire il criterio per convivere con gli altri mette alla prova, restituisce dignità, quella persa nel momento in cui la libertà è stata negata a causa dell'incapacità di seguire le regole sociali nel momento della commissione del reato. Il criterio pro-

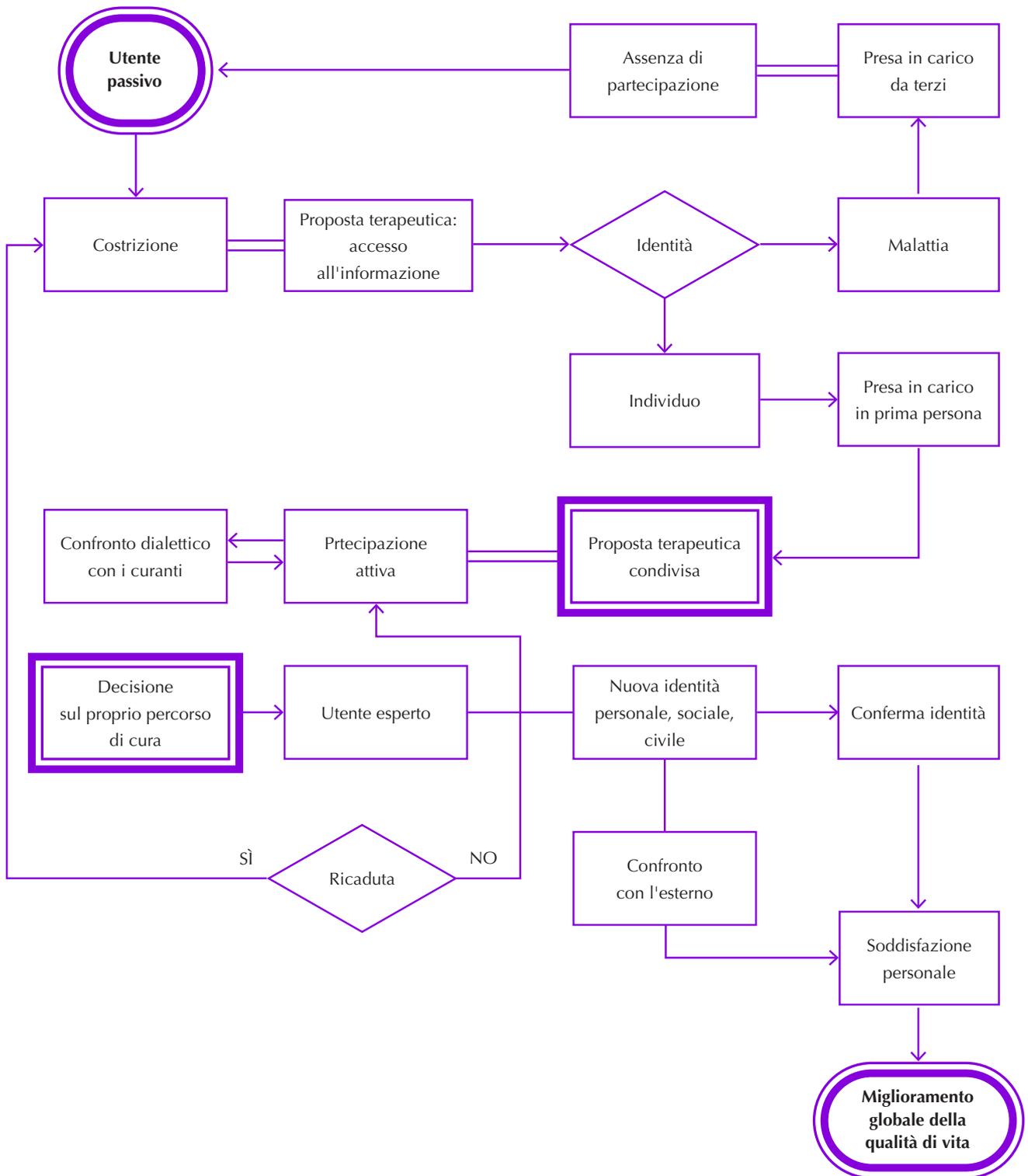
posto definisce gli spazi entro cui ciascun utente muove i suoi passi verso l'autonomia, acquisisce e recupera il senso del tempo, la quotidianità. La possibilità di gestire se stessi, sperimentando nuove modalità passa attraverso l'interiorizzazione di un nuovo stile di vita personale e la costruzione di un'immagine di adeguatezza, con l'obiettivo di incrementare i livelli di funzionamento e di autonomia. In questa fase iniziale, dunque, il paziente effettua un reset sia rispetto a tutto ciò che non ha funzionato o ha funzionato male sia relativamente alle conoscenze scarse, confuse riguardanti se stesso la propria interiorità la patologia e relativa diagnosi, il percorso di cura, la condotta reato, il percorso giudiziario.

All'interno del Modello, l'accesso a tutte queste informazioni costituisce il primo passo terapeutico riabilitativo: la psicoeducativa, ad esempio, consente l'acquisizione e lo scambio di conoscenze partendo dall'analisi della propria esperienza personale (la comparsa dei sintomi, gli eventi scatenanti la patologia, i segni prodromici di una ricaduta, l'impatto della malattia mentale sul percorso di vita) favorendo "l'emancipazione" dell'utente dalla condizione di passività nella quale qualcun altro propone la terapia e decide, il curante, verso una dimensione proattiva.

Il processo di consapevolezza che ne consegue porta a scoprire che prima della malattia esiste la persona, ridimensiona l'autopregiudizio, sentirsi colpevoli del proprio disturbo.

È quindi il momento per l'utente di affrontare un bivio rispetto alla propria identità: identificarsi con la malattia e quindi non partecipare e delegare le scelte relative al proprio percorso di cura a terzi, permanere nella condizione di passività dell'essere assistiti a vita. L'alternativa a tale scelta: smettere di identificarsi con la patologia e cominciare a considerarsi individui dotati di risorse, competenze, non solo di problemi e difficoltà. Allorquando la scelta risulta essere quest'ultima va da sé che venga accettata la proposta di acquisizione di apprendimenti utili a confermare e a rafforzare l'identità

Fig. 1 – Il modello Spinazzola: percorso terapeutico riabilitativo orientato alla recovery dei pazienti psichiatrici autori di reato formulato e adottato presso la REMS di Spinazzola.



delle persone: attraverso la fiducia nell'equipe e l'accettazione del rischio che sottende l'esperienza, l'utente tocca con mano i propri limiti e le proprie risorse, sperimenta la propria capacità di fare, acquisisce consapevolezza di essere capace, sviluppa senso di autoefficacia che motiva ad andare avanti ancora. La modificazione degli aspetti identitari si realizza mediante acquisizione di informazione, consapevolezza ed esperienza. La presa in carico di se stessi in prima persona, è la via d'accesso all'adeguatezza. Gli interventi psicosociali (Social Skills Training, Cognitive Remedation, Problem Solving Training, Psicoeducazione, Dialectic Behaviour Therapy) e psicoterapeutici favorendo l'acquisizione di un bagaglio di apprendimenti preziosi restituisce una immagine di sé integrata.

La malattia mentale è resa maggiormente gestibile il processo di motivazione al cambiamento e quindi al trattamento agevolano il lavoro focalizzato su abilità, obiettivi, aspettative, speranze per il futuro e autoefficacia percepita.

In tal modo si creano le basi per la co-costruzione e condivisione del Programma Riabilitativo Residenziale Individuale in una ottica completamente orientata dall'approccio SDM.

Il coinvolgimento attivo dell'utente favorisce il recupero del controllo sulla gestione della malattia, sulla ripresa del benessere personale, sul diritto di scelta, attraverso il confronto con l'equipe curante, con gli altri utenti e con l'esperienza pregressa. La consapevolezza di funzionare in modo sempre più adeguato, rende l'utente Esperto per Esperienza di sé: egli mette a disposizione degli altri le proprie preziose competenze. La riappropriazione del potere decisionale e della capacità di autodeterminarsi spingono al rafforzamento della nuova identità, alla costruzione del percorso di guarigione personale.

Il percorso si completa e arricchisce mediante i contatti quotidiani con il territorio, in modo che ciascun utente possa conoscere e sperimentare l'ordinario. Il contesto ambientale costituisce il "fattore terapeutico ambientale" (FTA) ed è determinante per la costruzione del benessere (13).

Le esperienze effettuate nel contesto sociale rappresentano occasione di confronto e riscontro personale, di ulteriori acquisizioni, consolidamento e appropriazione delle abilità. Sono occasioni che definiscono meglio per ciascun utente una nuova personale identità. L'obiettivo finale è che ciascuno possa godere di opportunità sociali e dei propri diritti, aspirare a dimensioni esistenziali analoghe a quelle di cui gode chiunque. La progettualità che viene svolta nel contesto territoriale consente di favorire il processo di generalizzazione degli apprendimenti in quanto gli utenti possono esercitare comportamenti opportuni e sperimentare adeguatezza, autonomia e responsabilità, soddisfazione personale e miglioramento della qualità di vita.

Allora in cosa consiste l'efficacia del Modello Spinazzola?

Dall'analisi dei dati ottenuti mediante l'uso di strumenti standardizzati (BPRS; FPS; VGF; MMSE; MOAS; HCR-20; SAPROF) sono emersi degli esiti che confermano la qualità e la tipologia delle scelte terapeutico - riabilitative adottate e dell'offerta di cura formulata ed il raggiungimento dell'obiettivo del trattamento orientato essenzialmente all'aumento della capacità di gestione della malattia e dei sintomi in ciascun paziente. Si registrano, infatti, evidenti variazioni di punteggio nei dati espressi da tutte le scale. Tutto questo ci conduce ad affermare che le condizioni dell'utente migliorano, migliora il funzionamento generale, quello psicosociale, si riduce in maniera importante la frequenza e la gravità degli agiti aggressivi e il rischio di recidiva criminale, aumentano i fattori di protezione di rischio di recidiva criminale, pur permanendo la patologia (la scala BPRS evidenzia oscillazioni ridotte).

Il raggiungimento di questi outcomes trova riscontro nelle numerose esperienze realizzate attraverso le quali gli utenti hanno la possibilità di costruire il proprio percorso di cura, anche in termini di riappropriazione della propria persona, rendersi autori di scelte di vita opportune e scoprire modalità di funzionamento differenti rispetto al passato. Il Progetto "SMILE" (Supporto

Motivazionale all’Inserimento Lavorativo Esterno)(14.), ispirato alla metodologia dell’IPS, coinvolge utenti che scelgono spontaneamente l’ambito lavorativo nel quale sperimentarsi ed il contesto nel quale formarsi. In un caso per esempio la scelta da parte dell’utente ha riguardato l’ambito della ricezione turistica ed è stato individuato un Bistrot del territorio presso il quale l’utente, si è formato nei ruoli di magazziniere e di supporto alla cucina affidato in toto al tutor aziendale. Tale tipologia di progetti della durata di 6 mesi replicabile nel tempo, favorisce il collegamento con il territorio, lo sviluppo di competenze spendibili al rientro nel territorio di provenienza, la ripresa di uno stile di vita adeguato e l’empowerment del paziente, allontana dalla posizione passiva («In futuro andrò a lavorare!») e sviluppa l’autoefficacia necessaria per mantenere costante la motivazione all’impegno e alla progettualità.

Il progetto IESA (15.) ha coinvolto un utente nella progettualità di inserimento eterofamiliare supportato come primo utente psichiatrico autore di reato in Italia.

Di concerto con il Magistrato di Sorveglianza e con l’equipe IESA del DSM della ASL BT, si è avviato un tentativo di inserimento eterofamiliare del tutto sperimentale part-time nella primavera del 2018 che è stato formalizzato come progetto IESA nel gennaio 2019. La sperimentazione si è avviata attraverso la partecipazione dell’utente al pranzo domenicale organizzato dalla famiglia ospitante, nel tempo la relazione tra l’utente e la famiglia si è delineata in modo sempre più significativo. Il progetto dopo 6 anni ormai procede attualmente con risultati eccellenti in termini di benessere da parte dell’utente che si è sentito accolto, supportato incoraggiato tanto da giungere attualmente al un livello di funzionamento veramente apprezzabile. Di questa esperienza è stato prodotto un breve filmato che è possibile ritrovare sul canale ASL BT collegandosi al seguente link: <https://youtu.be/cM2z7EyPJAe>.

Quelle descritte sono solo alcune delle esperienze attraverso le quali gli utenti possono mettere in campo

e sperimentare il proprio ventaglio di competenze, riappropriarsi del loro spazio sociale, recuperare il diritto di cittadinanza inteso come lo «stare» legittimamente nel mondo con gli altri.

“Non voglio pesce tutti i giorni voglio imparare a pescare” è ciò che ha continuato a ripeterci un utente della prima ora, quando, successivamente ad un importante e lungo lavoro di motivazione all’esistenza che abbiamo effettuato per lui e con lui, ha cominciato a crederci, di potercela fare, di poter cambiare, di poter influire sulla propria vita nella direzione della soddisfazione personale e del benessere, nella direzione della recovery, ci è riuscito, adesso sta pescando.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica presso la ASL BT-DSM-REMS di Spinazzola. Docente nel corso di laurea in Tecnica della riabilitazione psichiatrica presso l’Università di Bari, l’Università di Ferrara e l’Università di Padova e nel corso di laurea magistrale in Scienze riabilitative delle professioni sanitarie presso l’Università degli Studi di Bari. È Consigliere Nazionale dell’Associazione Scientifica AITeRP (Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica).*

° *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica presso ASST di Lodi e socio ordinario ATS AITeRP per la sezione Lombardia.*

^ *Membro uscente direttivo nazionale ATS AITeRP, referente GIS per il nazionale ATS AITeRP, formatore e formazione in arteterapia.*

BIBLIOGRAFIA

1. Vita A., Dell'Osso L., Mucci A. Coordinamento editoriale: Fierro L.. *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei Servizi di salute mentale*. Volume 2. Riabilitazione psichiatrica. Giovanni Fioriti Editore Roma. 2018.
2. Cerveri G. *Descrizione del protocollo operativo in tema di misure e di sicurezza per il distretto di Milano e di Brescia: reale applicabilità e problemi aperti. Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale regionali*. *Psichiatría Oggi* anno XXXVII, SPECIALE 2024.
3. Bertini M, D'Apolito E., Guercilena D., Durbano F. *L'esperienza dell'équipe di psichiatría forense dell'ASST Melegnano-Martesana. Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale regionali*. *Psichiatría Oggi* anno XXXVII, SPECIALE 2024.
4. Bavaro I. *Tavola rotonda sulle équipe forensi: dalla teoria all'applicazione pratica. Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale regionali*. *Psichiatría Oggi* anno XXXVII, SPECIALE 2024.
5. NICE guideline Published: 17 June 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng197
6. A cura di Semisa D., Bellomo A., Nigro P., Merlin S., Mucci A. (2022) *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti*. Giovanni Fioriti Editore
7. Ward T., Mann R. E., Gannon T. A. (2007) *The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. Aggression and Violent Behavior*. 12, 87-107
8. Lombardo G., Decorato G. (2023) *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*. Erickson
9. <https://buonepratiche.agenas.it/questionnaire.aspx?id=8660>
10. Mortari L. (2015), *Filosofia della cura*, Milano, Raffaello Cortina
11. Siegel D.J. (2013), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano, Raffaello Cortina
12. Lombardo G., Decorato G. (2023) *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*. p 38-39 Erickson
13. Aluffi G. (2014), *Famiglie che accolgono oltre la psichiatria*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.
14. Lombardo G., Decorato G. (2023) *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*.
15. Lombardo G., Decorato G. (2023) *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*.



PSICHIATRIA NARRATIVA

Gli psichiatri non sanno più ascoltare le storie

Storia di un banale turno del lunedì mattina

di Federico Grasso

Turno di guardia del mattino, attacco alle 8:00. È lunedì, il rientro dal week end porta con sé un reparto a quindici e due consulenze in PS che attendono da oltre ventiquattr'ore di conoscere il proprio destino. Quelle, e un medico del pronto soccorso che aspetta solo di sfogarsi sullo psichiatra di guardia per ogni alcolista o tossicodipendente che di notte è venuto a creare scompiglio al triage.

“Il vostro paziente” esordisce, come fossi andato io o qualche collega a prenderlo dalla strada e a dirgli di andare in PS a smaltire l'intossicazione, o sbronza o trip che dir si voglia.

“A voi noto...” scrive nella richiesta di consulenza per il vecchietto ottantenne seguito da oltre vent'anni con solo 25mg di sertralina e che accede per agitazione notturna, disorientamento e perdita dell'equilibrio.

Mi prendo qualche minuto per domandarmi se accada così anche per le altre specialistiche. Se un cinquantenne che ha avuto due anni prima un infarto e accede in PS per dolore alla gamba riceva la consulenza del cardiologo in quanto “noto alla cardiologia”. Mi riprometto di girare la domanda al collega ansioso del PS che mi ha già richiamato altre due volte, quando l'infermiere entra in studio.

E fu sopraffatto dalla tristezza di fronte all'insania e alla ferocia di cui sono colme tutte le cose del mondo [...]

Leo Perutz, *La terza pallottola*

“Doc, la stanza 6 ha febbre.”

Penso si tratti di una faccenda di intonaco, non me ne intendo di stanze e temperature. Vado a controllare chi sia la stanza 6. Si tratta di qualcuno ricoverato

nel week end, non ho ancora avuto modo di conoscerlo.

Mi informo sui parametri, la storia presa dal diario, da dove arriva quella febbre? Nel frattempo il PS ha già chiamato altre due volte, più una terza per dirmi che si è presentata di nuovo la paziente ansiosa già visitata ieri. Il collega mi urla nell'orecchio. Riattacco, di prima mattina non è piacevole tutto quel frastuono.

Distribuisco esami e terapie per la stanza 6, prima del giro scendo in PS e mi rimbocco le maniche del camice, rigorosamente sporche di caffè. Il tossicodipendente mi accoglie con sufficienza, quasi con rabbia. Anche lui è convinto sia stato io a portarlo di notte nella stanzina delle urgenze. Comincia il gioco delle interpretazioni e traduzioni, del lasciar correre e dello smascherare.

“Sono bipolare.”

Borderline.

“Ho l'ansia, mi prescrive qualcosa?”

Abusa di benzodiazepine.

“La comunità è troppo dura, non fa per me.”

Fuggito per procacciarsi droga, non lo riprenderanno.

Fase due: giro di chiamate tra comunità, genitori e amici del paziente. Mi trasformo in un centralinista, un po' col telefono fisso un po' col cordless, che in PS non prende e devo spostarmi all'esterno. Piove, governo ladro.

In qualche modo me la cavo, i genitori lo riaccolgono in casa. "È depresso" dicono "nessuno lo capisce".

Paziente due: vecchietto. Intanto, però, prescrivo l'ansiolitico all'ansiosa e mi trattengo dal segnarlo anche per il collega del PS che è venuto a cercarmi. Ma non ha altri pazienti da visitare?

TC negativa. Colloquio coi parenti, che non capiscono cosa sia il decadimento cognitivo.

"Saltava i fossi per il lungo fino a ieri!"

Terapia sedativa, consiglio visita geriatrica e assistenza al domicilio.

"Non ce la possiamo permettere" mi rispondono i cinque figli/e con relativi mogli/mariti.

Mentre l'ansiolitico fa il suo corso torno in reparto, è il momento del giro visite. Due minuti per stanza, non posso permettermene di più perché nel frattempo c'è da organizzare la dimissione di stanza 2 e il trasferimento del paziente che viene dalla rianimazione. Ci sarà da lavorare per svezzarlo e reintrodurre gradualmente la terapia. La stanza 6, che ancora non ha faccia, è vuota.

"Ma come?"

"Eh, doc, è andato a fare la lastra al polmone."

Finisco il giro, torno in PS. L'ansia si è risolta e non ho dovuto fare nemmeno una chiamata. Mi sembra di non aver fatto alcun lavoro. Dimetto la paziente, torno in reparto.

È ora di pranzo, poi la riunione, quindi la videochiamata per far conoscere la paziente border alla comunità. E viceversa.

Arriva la fine del turno, passo consegne.

"E chi è stanza 6?" mi chiede il collega.

"Non lo so, ma non ha più la febbre."

A fine del giorno guardo al turno appena trascorso e mi domando quanto di *psichiatrico* io abbia fatto. Mi accorgo di non saperlo, perché non so dare un'interpretazione a ciò che in ambito medico sia ritenuto

prettamente *psichiatrico*. Fare l'assistente sociale è un po' da psichiatra, ce lo raccontiamo anche tra di noi. Gestire l'agitazione nell'anziano come nel tossicodipendente è da psichiatra, per questo ci chiamano alle 2:00 di notte in PS. Impostare una terapia ansiolitica estemporanea, che lo insegnano al quarto anno di medicina, è ugualmente psichiatrico. Gestire la febbre di una stanza è medico, ma il paziente è ricoverato in psichiatria e lo psichiatra è prima di tutto un medico. Il sillogismo vien da sé.

La settimana ha altri giorni oltre al lunedì-turno-del-mattino, ma sono comunque i turni più stancanti quelli che restano maggiormente impressi, che sfiancano come cingessero d'assedio e portano al cinismo, al burn-out, al lavorare al minimo, *che tanto non cambia mai niente*. Ecco dunque che i pazienti diventano stanze e a ognuna si devono dedicare solo due minuti di tempo, perché altrimenti non ce n'è abbastanza per compilare i diari, approvare le terapie, gestire le telefonate, svolgere le riunioni, le consulenze, i parenti. Forse c'è un minuto per il pranzo, ma no: eccallà l'informatore farmaceutico che saluta da dietro la porta a vetri. Ero convinto di aver indossato un camice fuori dall'università, invece mi sono ritrovato a vestire un completo e a portare una ventiquattrore. Il mio studio si è trasformato in un ufficio. L'unica costante è la stampante inceppata.

È tutto qui, allora, questo lavoro? In una visione come quella del lunedì-turno-del-mattino si fatica a trovare una motivazione medica al lavoro, figuriamoci a decifrare cosa specializzi come *psichiatrica* la nostra professione.

Un giorno ero in ospedale. Come paziente, non come medico. Ero dall'altra parte del plexiglass, quello che protegge dal flügge. Aspettavo il mio turno e mi guardavo intorno (sono sempre stato curioso nella vita, mannaggia a me). E d'un tratto ho visto un ragazzo col volto preoccupato, infelice, colmo d'angoscia. I lineamenti erano sconvolti, a tal punto che i neuroni-specchio hanno subito piegato le labbra anche a me. Mi sono domandato cosa lo affliggesse, perché la tristezza lo avesse a tal punto plasmato. Mi sono interrogato sulla sua storia, sull'origine

di quel dolore. E mi sono ricordato che è questo, forse, ciò che davvero, in fondo a tutto il resto, è *psichiatrico*: interrogarsi del dolore altrui, ascoltarlo, farlo proprio per rielaborarlo al posto del paziente, che non ne è in grado.

La medicina è una professione di sacrificio, che lo si voglia o no. Si dedica la vita a svolgere un lavoro in cui si è a contatto con la sofferenza in tutte le sue forme. Ci circondano la rabbia, il pianto, il sangue, gli escrementi, la miseria, la bassezza umana, la violenza e la crudeltà. Siamo testimoni di una realtà fatta di dolore e urla, in cui bisogna riuscire a restare impassibili e fermi, gravati di responsabilità e pressioni, disposti a curare chiunque senza esclusione, pregiudizi, rancori.

La psichiatria entra in questo mondo di sacrificio né più né meno che le altre specialità mediche, ma si arricchisce di un altro dettaglio fondamentale. Lo psichiatra, infatti, può ascoltare le storie dei pazienti, risalire all'origine di quel pianto, quella rabbia, quell'angoscia. Egli ascolta il sangue dei tagli dei border, l'incuria degli psicotici, l'annientamento dell'ossessivo.

Non è facile, e di sicuro richiede tempo. Non sempre si possono ascoltare le storie dei pazienti, di sicuro non in un lunedì-turno-del-mattino. Il lunedì-turno-del-mattino è il momento dell'ufficio e della ventiquattre, in cui si inforca il telefono e si gestiscono posti letto e prescrizioni. Ma non sono le chiamate, le riunioni, le terapie estemporanee a rendere il nostro lavoro *psichiatrico*. Non sono il collega del PS, l'infermiere, il parente. Ciò che è davvero *psichiatrico* è l'aver voglia di ascoltare storie.

Non tutte le storie sono ugualmente avvincenti. Molte sanno di già sentito, molte altre di fasullo, altre ancora sono troppo irreali, che solo l'aloiperidolo può aiutare a ricostruirvi un senso. A volte il paziente non ha nemmeno voglia di raccontarle, a volte grida e picchia e se si perde tempo si finisce a ricevere botte che nessuno dovrebbe mai meritare.

C'è però una cosa che distingue tutte le storie e al contempo le accomuna, ed è il dolore. Il dolore è unico per ciascun paziente, perché ogni persona soffre a modo

suo. Esso assume varie forme e talvolta si allarga a coinvolgere più persone, famiglie intere. Soffre lo psicotico e ancor di più i genitori del ragazzo al primo scompenso. Soffre il depresso e coloro che vengono travolti dalla sua rabbia inespressa. Soffre il disturbo di personalità e le sue relazioni disfunzionali, che si sgretolano prima ancora di essere erette.

La sofferenza, il dolore, la tristezza sono il cuore di ogni storia che rendono la psichiatria degna di essere chiamata tale. Lo psichiatra non è (solo) colui che cura la febbre della stanza 6, che passa la mattina al telefono alla ricerca di un posto letto o che si piega a consulenze illogiche richieste da colleghi ansiosi. È nella sofferenza e nel terrore, nella follia e nella ferocia, nel dolore più intimo che ogni persona si porta dentro che si ritrova il significato di *psichiatrico*.

Forse non sono riuscito ad ascoltare la storia della stanza 6 il lunedì mattina e forse nemmeno ci riuscirò il martedì pomeriggio. Probabilmente anche allora dovrò svolgere un lavoro di assistente sociale, o clinico, o di centralinista, comunque non *psichiatrico*. E probabilmente sarà anche meglio così, dato che potrò velocizzare le dimissioni e liberare più in fretta un posto letto. Ma magari, chissà, il mercoledì riuscirò a ritagliarmi quei venti-trenta minuti, anziché i soliti due, per capire quale storia racchiuda la stanza 6 e quale dolore abbia portato una persona con febbre a farsi ricoverare in un reparto di psichiatria.

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 Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

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

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni