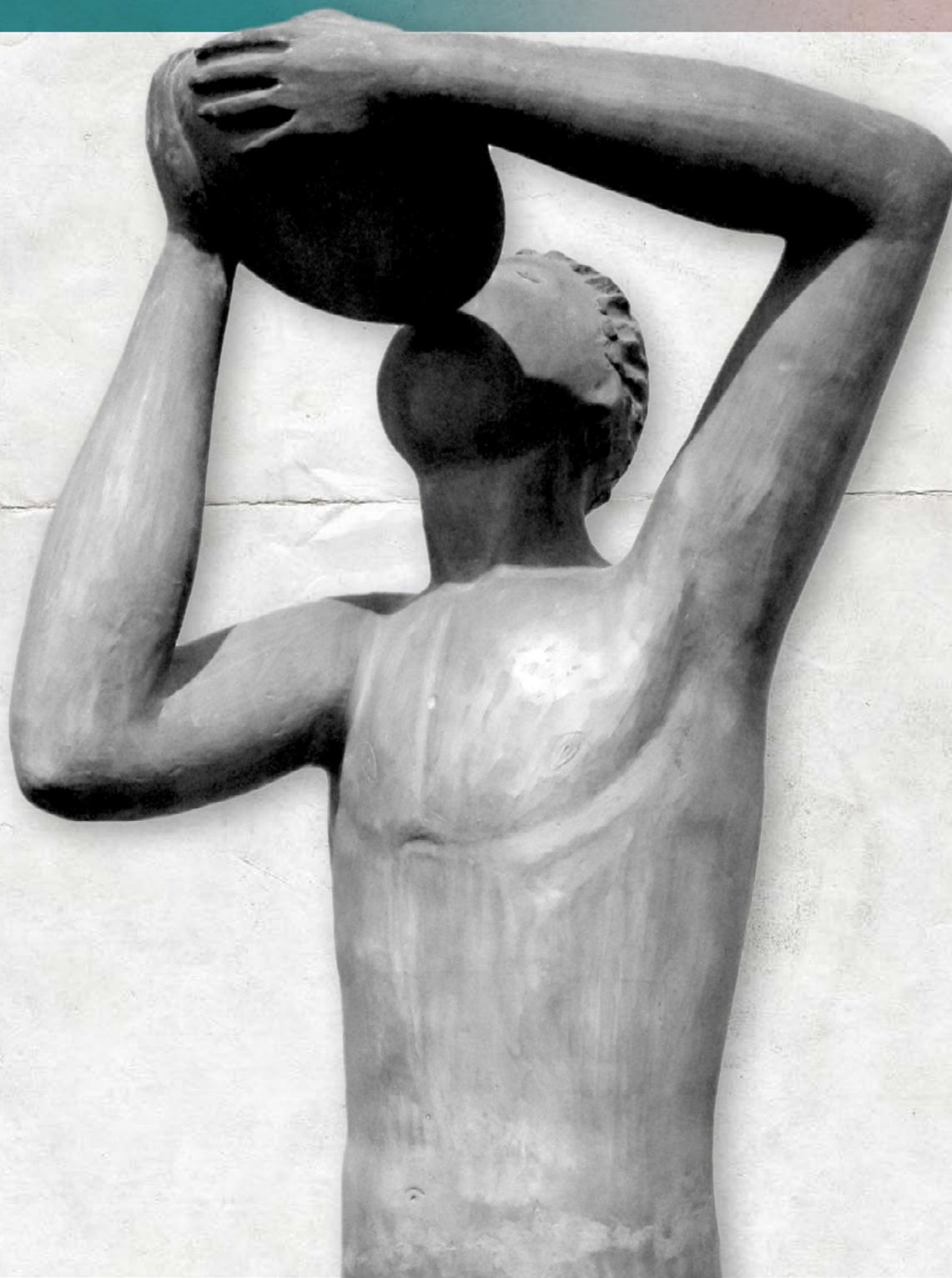




# PSICHIATRIA OGGI

*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 XXXVIII • n. 1 • gennaio–giugno

## PSICHIATRIA OGGI

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

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

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

**Comitato di Direzione:**  
Bernardo Dell'Osso (Milano FBF Sacco)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)

**Comitato Scientifico:**  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Luisa Aroasio (Voghera)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Carlo Fraticelli (Como)  
Massimo Clerici (Monza)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Laura Novel (Bergamo)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)  
Massimo Rabboni (Bergamo)  
Matteo Rocchetti (Pavia)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Virginio Salvi (Crema)  
Gianluigi Tomaselli (Treviglio)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)

**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](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

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

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

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter  
attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

### IN PRIMO PIANO

**4** La sfida della patologia psichiatrica  
dall'adolescenza all'età adulta  
di Cerveri G.

**11** Quando finisce un lungo mandato...  
di Clerici M., Percudani M.

**13** Una riflessione sugli impegni prossimi  
di Dell'Osso B., Migliarese G.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**15** L'assistente sociale di fronte allo stigma  
della malattia mentale: una visione  
professionale  
di D'Alio C., Clerici M.

**38** La bellezza che cura: l'arte come  
strumento terapeutico  
di Falletti A.

**42** Il ruolo delle artiterapie nella pratica  
clinica: integrazione ed efficacia nei  
percorsi di cura  
*L'esperienza del GAT DG Welfare  
Regione Lombardia*  
di Melorio T., Viganò C., Percudani M.

**58** Effetti del trattamento a medio-lungo  
termine con esketamina nella depressione  
resistente  
di Pinto M., Zanetti M., Arienti V.,  
Bonfanti A., Marasco M., Ferrari M.,  
Vercesi M., Fugazza G., Olivari M., Saenz  
M., Pierri G., Cerveri G.

### CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**63** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
**Non solo muri:  
una trasformazione che cura**  
*Descrizione narrativa di un progetto sul  
possibile: luoghi, relazioni e pratiche oltre  
la coercizione*  
di Belotti L., Bonelli L., Cirella L.

**71** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
**Il rischio di soffocamento da ingestione  
di cibo nei pazienti psichiatrici: uno  
studio osservazionale**  
di Camuccio C.A., Stefanelli S.

**83** CONTRIBUTO AITERP  
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA  
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
E PSICOSOCIALE  
**Apprendere dall'esperienza**  
di Fioletti B., Scagliarini V.

### PSICHIATRIA FORENSE

**87** Piccolo portolano sulla liceità o meno di  
interventi coercitivi nei casi di Anoressia  
Mentale grave: note e indicazioni per gli  
interventi sul campo  
di Amatulli A.

### PSICHIATRIA NARRATIVA

**94** Il cinema e la narrazione dei traumi  
collettivi  
*La costruzione della memoria e  
dell'identità di un popolo*  
di Balestrieri B.

**101** Versi formulari in psichiatria  
di Grasso F.

**104** Euphoria: una lettura psicopatologica  
e psicoanalitica  
di Vincenti A.

## La sfida della patologia psichiatria dall'adolescenza all'età adulta

*Giancarlo Cerveri*

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

---

L'importanza di affrontare in modo prioritario l'assistenza per la salute mentale negli adolescenti è fortemente discussa sia nella rappresentazione mediatica che nei luoghi specificamente votati alla cura della salute mentale nelle sue diverse forme ed è sostenuta da diverse motivazioni.

Innanzitutto, la maggior parte dei disturbi psichiatrici insorge prima dei 25 anni (Jones 2013), da questo elemento emerge con chiarezza come una suddivisione su base anagrafica dei luoghi di cura (servizi per minori e per maggiorenni) rischia di confondere l'obiettivo primario di favorire l'accesso all'assistenza e la persistenza dei trattamenti a soggetti che pur nel variare della loro crescita mantengono una continuità di bisogno connessa alla patologia di cui soffrono.

In secondo luogo, i disturbi mentali, in una definizione ampia, che ovviamente deve comprendere le condizioni correlate all'uso di sostanze e/o alcol, contribuiscono ad un'elevatissima quota della disabilità totale osservabile nelle fasce di età 0-24 anni (Erskine et al., 2015), questo dato pone un elemento di sfida non evitabile all'organizzazione dei servizi per la salute mentale. Diviene così prioritario definire un modello che ponga la centralità di una risposta appropriata, continuativa e accogliente come un requisito essenziale alla natura stessa dei servizi preposti a questo tipo di interventi, al fine di assicurare interventi precoci ed efficaci, capaci di intervenire sulla traiettoria evolutiva di ragazze e ragazzi, con la concreta possibilità di ridurre il danno che una patologia mentale non trattata è in grado di produrre.

Infine, è essenziale osservare come troppo spesso i servizi di salute mentale non si limitano ad essere poco capaci di intercettare gli adolescenti con patologia mentale (McGorry et al., 2013) ma molto frequentemente, quei percorsi di cura che pur si avviano, vengono poi interrotti durante il passaggio alla maggiore età nella transizione tra i servizi per minori ed i servizi per adulti. Un dato che trova riscontro in contesti culturali ed organizzativi diversi. Il confronto con altri paesi europei è estremamente utile per definire le possibili aree di miglioramento degli interventi, il primo dato che emerge da tale valutazione è che il modello operativo prevalente al di fuori del nostro paese si fonda su una divisione tra servizi psichiatrici dell'adulto e servizi psichiatrici dell'adolescente, consegnando l'intervento neurologico rivolto ai minori spesso in età precoce ad una neurologia dell'età infantile. Ciò è in contrasto con l'organizzazione del nostro paese che prevede un'integrazione delle risposte psichiatriche e neurologiche nei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sia nelle attività territoriali che ospedaliere. Pur nella differenza dei modelli (Broad et al., 2017), il risultato finale non sembra variare, servizi fondati su una separazione anagrafica degli utenti piuttosto che sul quadro sindromico presentato finiscono inevitabilmente per favorire con frequenza molto elevate interruzioni nei percorsi di cura nel passaggio all'età adulta. Dato che, in questa fase della vita, appare ancor più che in altri momenti, gravido di conseguenze rilevanti e verso cui diventa necessario proporre rimedi.



*Pubertà, Edvard Munch, 1895 / National Museum of Norway*

Uno studio di circa 15 anni fa condotto in UK, ha avuto un impatto seminale nell'aprire una profonda riflessione su questa questione (Singh et al., 2010), che fino ad allora risultava colpevolmente sottoestimata per il fatto che i servizi per minori presentavano un interesse più limitato agli esordi delle patologie psichiatriche ed i servizi per adulti concentravano molta parte delle loro risorse sul tema della cronicità. Solo il progressivo interesse, al pari di altre discipline, verso l'esordio ed il trattamento precoce ha permesso di concentrare l'attenzione sull'adolescenza su come i servizi rispondono ai bisogni connessi alla salute mentale in questa fase della vita. Tornando al lavoro di Singh, il tasso di discontinuità osservato dagli autori durante la fase di transizione si avvicinava al 50%

dei casi. Un adolescente su due interrompeva le cure con l'approssimarsi alla maggiore età. Dati analoghi sono stati osservati in altri paesi europei e si sono mantenuti stabili nel corso degli anni successivi.

Appare così paradossale come nonostante l'importanza attribuita ai trattamenti rivolti ad adolescenti e giovani adulti si sia così modificata nel corso degli ultimi 25 anni, con un importante investimento di risorse, la risposta globale ai problemi sia ancora così insoddisfacente. Non è emerso nessun reale tentativo di modificare un'organizzazione dei servizi costruiti intorno ad una netta separazione della fase pediatrica/adulta, pur sapendo che tale modello introduce invariabilmente discontinuità nell'assistenza proprio laddove essa dovrebbe essere più robusta.

Le criticità di tale sistema possono riassumersi, riprendendo le riflessioni dei ricercatori inglesi, come segue:

1. Nonostante molti utilizzatori dei servizi per minori necessitino un trasferimento ai servizi per gli adulti, una proporzione significativa (tra il 30 ed il 50%) non farà riferimento a questa possibilità.
2. Coloro che hanno diagnosi di Disturbo del Neurosviluppo, Disturbi emotivi comuni o disturbi di personalità emergenti sono coloro a maggior rischio di perdere i contatti in questo iato organizzativo.
3. Coloro che presentano disturbi mentali più severi e continuativi hanno maggiore possibilità di superare la transizione tra servizi, ma anche in questo gruppo il tasso di dispersione risulta molto elevato (circa uno su cinque).
4. Sempre nello stesso studio veniva esplorato in modo qualitativo il punto di vista dei fruitori dei servizi nella fase di transizione e meno del 10% di questi definivano il processo di passaggio come adeguato.

Emerge così la necessità di definire buone pratiche e protocolli efficaci che garantiscano, in questa fase della vita, anche una buona qualità esperienziale per l'utente nel passaggio tra i servizi, come elemento qualificante il contenimento del rischio di dispersione. Una scarsa pianificazione implica una insoddisfacente esecuzione del passaggio che produce inesorabilmente una negativa esperienza nel paziente che favorirà il fenomeno dell'interruzione della cura con tutte le conseguenze personali familiari e sociali ad essa connesse (dal rischio di recidiva alla dispersione scolastica e al danno socio-relazionale).

I dati di outcome legati all'interruzione dei percorsi di cura nella fase della transizione sono fonte di pubblica riflessione e con sempre maggiore evidenza suggeriscono la necessità di un intervento di modifica dell'organizzazione dei luoghi di cura preposti. La soluzione spesso proposta prevede una flessibilità dei servizi e degli operatori tramite percorsi di presa in cura condivisa che costantemente si

scontra con rigidità nell'organizzazione del lavoro, nelle forme registrative e nei criteri accreditativi.

La costruzione di "luoghi di cura come finestre temporali" che possano costituire uno spazio di lavoro comune del personale di servizi diversi trova spesso difficoltà nell'identificare spazi, nel definire le qualità organizzative degli stessi (dobbiamo pensare a luoghi con regole per minori o per adulti?), nel vincere le resistenze a operare insieme di colleghi che provengono da luoghi fisicamente e culturalmente "distinti", ed infine nel definire modelli di registrazione e remunerazione adeguati. La crisi acuta, la necessità di un ricovero ospedaliero sono da considerare delle controindicazioni alla transizione, questa deve essere programmata e realizzata in una fase di relativa stabilità clinica. E' necessario dunque fornire con anticipo al paziente informazioni sul servizio degli adulti, coinvolgere in queste informazioni i genitori, attivare percorsi di presa in carico comuni, il periodo di preparazione deve essere adeguatamente prolungato per permettere la creazione di un solido legame di alleanza nella cura. Secondo alcuni autori potrebbe essere utile preparare un vero e proprio "registro della transizione", completato dall'utente e dal coordinatore del caso con all'interno i dettagli rilevanti del processo, dai numeri di telefono alle date degli appuntamenti con ogni agenzia ed uno spazio dedicato al punto di vista del paziente in merito alla propria esperienza che possa diventare materiale di riflessione con gli operatori del caso. Uno strumento di semplice costruzione il cui impatto sul processo potrebbe essere facilmente valutato.

## **MIGLIORARE IL TRASFERIMENTO DELLE INFORMAZIONI TRA I SERVIZI**

Le attuali dotazioni tecnologiche non permettono ai clinici dei servizi per adulti di accedere ad informazioni di alta qualità sul carico che il paziente ha sul servizio per minori, compresa la frequenza dei contatti con utente,

genitori e scuola. La possibilità di avere accesso alla documentazione clinica elettronica (cartella clinica territoriale dematerializzata) costruita secondo modalità comuni permetterebbe di facilitare risposte più personalizzate ai bisogni di cura. Maitra e Jolley (2000) descrivevano un modello di regolari incontri tra operatori degli adulti e dei minori per valutare insieme i bisogni di cura del paziente e della famiglia. Interventi che richiedono collaborazione tra i servizi e disponibilità di tempo e di personale.

Diviene così rilevante poter condividere tra servizi la definizione dei percorsi di cura al fine di migliorare la continuità degli interventi sul singolo utente ed al contempo di costruire un modello di intervento costruito su basi culturali e tecnico scientifiche simili.

In una ricerca pubblicata nel 2023 dall'evocativo titolo "The black hole of the transition process: dropout of care before transition age in adolescents" gli autori (Reasenes et al.), identificano cinque tipologie di passaggio tra servizi per la salute mentale con il raggiungimento della maggiore età nella realtà dei servizi sanitari spagnoli. Le tipologie indagate rappresentano casi di successo e di criticità, sono sostanzialmente simili a quelle osservabili nella realtà clinica di molti servizi per la salute mentale del nostro paese, esse sono:

1. Soggetti che abbandonano le cure senza essere stati dimessi dal servizio per minori o essere stati presi in carico dal servizio per adulti. Questo gruppo rappresenta quasi il 50% del totale.
2. Soggetti che lasciano il servizio per minori senza formale dimissione ma che entro 6 mesi dal compimento della maggiore età vengono presi in carico dal servizio per gli adulti. Questo gruppo rappresenta il 10% del totale.

Queste due prime categorie rappresentano il "black hole" riportato nel titolo, in cui si perdono più del 50% dei soggetti, questi interrompono verosimilmente le cure

con tutti gli ipotetici danni connessi in termini di ricadute, danno di sofferenza soggettiva e danno ambientale (rete amicale, funzionamento scolastico e relazioni familiari), pur se in una quota minima (il 10% rappresentato dal gruppo 2) tornano entro 6 mesi in cura, probabilmente per una recidiva del quadro psicopatologico con tutti i danni biologici e socio-relazionali connessi ad una recidiva di patologia psichiatrica in una fase così cruciale dell'esistenza.

Proseguendo nel testo dell'articolo vengono descritte le modalità di transizione di successo, suddivise nelle seguenti tipologie:

3. Soggetti che vengono indirizzati correttamente dai servizi per minori a quelli per adulti che rappresentano circa il 30% del totale.
4. Soggetti che rimangono in cura nei servizi per minori con una prosecuzione dell'attività di assistenza (10%)
5. Soggetti inviati ad altri servizi di cura non psichiatrici (5%).

Le motivazioni che possono giustificare un così alto livello di dropout nella transizione tra servizi sono molteplici e vanno dallo scarso riconoscimento da parte dell'adolescente del suo stato di malattia, alla limitata richiesta di aiuto tipica di questa fase della vita. D'altra parte, analizzando le esperienze di frustrazione delle aspettative nell'accesso ai servizi di salute mentale per adulti segnalate dagli utenti in fase di transizione attendono al mancato rispetto dell'autonomia (modalità di proposta di cura eccessivamente assertive), scarsa affinità emozionale esperita con gli operatori (risposta troppo formalizzata e poco empatica) ed infine competenza percepita a volte come sub-optimale possono essere elementi che spingono ad una riflessione rilevante sull'organizzazione e la preparazione del personale di servizi dedicati alla transizione. D'altra parte una chiara percezione dei benefici del trattamento ricevuto e la comprensione dell'importanza della sua continuità sono invece caratteristiche essenziali

capace di amplificare le probabilità di una transizione di successo (De Haan et al., 2013).

Una riflessione specifica va operata infine sul tema dello Stigma, che non coinvolge solo la rappresentazione che attiene molti dei Disturbi Psichiatrici e le persone che ne soffrono ma anche i servizi con cui queste persone vengono in contatto, creando un doppio effetto di allontanamento dalle cure, sia diretto, spingendo cioè i pazienti a non richiedere assistenza, sia indiretto, impedendo agli stessi l'accesso a servizi percepiti come luoghi da cui è meglio tenersi lontani. Questo elemento va affrontato quindi con modalità più ampie, non solo con le tradizionali campagne culturali di lotta alla stigmatizzazione del disturbo psichico, ma anche tramite la formalizzazione di progetti volti a rendere più accattivante il servizio di cura sia nella sua struttura fisica che nella presentazione sui mezzi di diffusione delle informazioni compresi social network per poter esercitare un effetto sulla popolazione in fase di transizione. Politiche informative di questo genere dovrebbero essere messe al centro dell'attenzione del Ministero della Salute, l'effetto ricercato deve necessariamente coinvolgere tutto il territorio nazionale e per certi versi potrebbe essere esteso all'intera Unione Europea..

Soffermandoci invece sui casi in cui la transizione all'età adulta avviene in continuità di cure, sappiamo che la proporzione di questi soggetti varia nei paesi europei dal 25 al 49% (Signorini et al 2018) una forbice molto ampia che dipende in modo stringente dalle modalità con cui i servizi sono pensati per favorire un accompagnamento del minore alla cura nell'età adulta. Questa peculiarità rende difficile confrontare i risultati di dropout ottenuti nei diversi contesti organizzativi.

Esiste poi un gruppo di soggetti a cui viene garantita una continuità di presa in carico da parte dei servizi rivolti ai minori che probabilmente risponde all'esigenza, quando possibile, di rendere flessibile dal punto di vista anagrafico il passaggio, preferendo una scelta di trasfe-

rimento dettata dall'opportunità clinica, sono questi i soggetti che permeangono in cura ai servizi per minori fino ad oltre 20 anni. Verosimilmente il passaggio viene in questi casi costruito con tempi e modalità più organizzate intorno ai bisogni di cura e assistenza.

## I FATTORI CONDIZIONANTI LA PERDITA DI CONTINUITÀ DELLE CURE

Riprendendo I dati riportati nella ricerca di Renesesn e coll. del 2023 si osserva che i soggetti a maggior rischio di dropout durante la fase di transizione all'età adulta avevano le seguenti caratteristiche:

- scarso numero di contatti con i servizi per minori
- nessun trattamento farmacologico
- nessuna diagnosi registrata.

D'altro canto un maggiore contatto con i servizi risulta un fattore che protegge dalla discontinuità di cure, ciò spinge sulla necessità di sviluppare strategie per coinvolgere gli adolescenti fin dai più precoci momenti di cura ad attuare percorsi di presa in carico adeguati senza rimandare a fasi più tardive risposte di questo genere.

La diagnosi di Psicosi, Disturbo Bipolare, Disturbo dell'alimentazione, Ritardo Mentale e Disturbo del Neurosviluppo (con la curiosa eccezione di ADHD) correlano con una maggiore stabilità nel percorso di cura. Questo dato spinge a pensare che soggetti con minore severità clinica siano più esposti al dropout. Un dato solo apparentemente rassicurante in quanto spesso adolescenti con sintomi sottosoglia di durata limitata e non classificabili come una sindrome psichiatrica rappresentano i soggetti codificati come "stato mentale a rischio", una condizione potenzialmente grave nel suo outcome di medio e lungo periodo e sulla cui traiettoria risulterebbe essenziale investire in termini di risorse di cura (McGorry 2018).

Adolescenti, dunque, con condizioni poco definite da un punto di vista psicopatologico, con scarsa coscienza di malattia e poca adesione ai trattamenti, questo è l'iden-

tikit del paziente che con maggiore probabilità si perderà nel passaggio dai servizi per minori a quelli per adulti.

Si tratta di un gruppo numeroso su cui è essenziale elaborare risposte adeguate che coinvolgano pazienti, genitori e personale dei servizi di salute mentale. Risposte che affrontino il tema dell'informazione e prevenzione da effettuare nei servizi per minori e nelle scuole. Azioni volte a migliorare l'adesione sia in termini di qualità che di quantità degli interventi ed infine azioni che stimolino modalità condivise tra servizi nella gestione di tutte le fasi di cura, dall'acuzie al trattamento di lungo periodo.

Si tratta cioè di ripensare ad un attività di ordine Dipartimentale che coinvolga diverse professionalità ponendo al centro l'area critica dell'adolescenza con un focus sull'implementazione della possibilità di cura nel complesso passaggio all'età adulta, capace di declinarsi con modalità ampie e diversificate ma unite da una visione che tenga insieme l'intero ventaglio dei disturbi psichiatrici di possibile espressione in questa fase della vita, l'intero spettro della gravità degli stessi e l'integrazione con tutti gli interventi di prevenzione e trattamento compresi quelli che riguardano le dipendenze da sostanze e comportamentali.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze  
ASST Lodi*

CORRISPONDENZE:

*[giancarlo.cerveri@asst-lodi.it](mailto:giancarlo.cerveri@asst-lodi.it)*

## BIBLIOGRAFIA

1. Jones P (2013) *Adult mental health disorders and the age at onset*. Br J Psychiatry Suppl 54:s5–s10
2. Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA, Scott JG (2015) *A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth*. Psychol Med 45(7):1551–1563. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>
3. McGorry PBT, Birchwood M (2013) *Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK*. Br J Psychiatry 202(S54):S30–S35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119214>
4. Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N, Charach A (2017) *Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis*. BMC Psychiatry 17(1):380. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1>
5. Singh SP, Paul M, Ford T, et al. *Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study*. British Journal of Psychiatry. 2010;197(4):305–312. doi:10.1192/bjp.bp.109.075135
6. Maitra, B, Jolley, A. *Liaison between child and adult psychiatric services*. In *Family Matters: Interface Between Child and Adult Mental Health* (eds Reder, P, McClure, M, Jolley, A): 285–302. Routledge, 2000
7. Renesesn B, Escudero A, Tur N, Agüera-Ortiz L., et al., *The black hole of the transition process: dropout of care before transition age in adolescents European Child & Adolescent Psychiatry* (2023) 32:1285–1295.
8. De Haan AM, Boon AE, de Jong JT, Hoeve M, Vermeiren RR (2013) *A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care*. Clin Psychol Rev 33(5):698–711.
9. Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, Dieleman G, Dodig-Curk-ovic K, Franic T, Gerritsen SE, Griffin J, Maras A, McNicholas F, O'Hara L, Purper-Ouakil D, Paul M, Russet F, Santosh P, Schulze U, Street C, Tremmery S, Tuomainen H, Verhulst F, Warwick J, de Girolamo G, Milestone Consortium (2018) *The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey*. Eur Child Adolesc Psychiatry 27(4):501–511.
10. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. *Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry*. World Psychiatry. 2018 Jun;17(2):133–142.

## Quando finisce un lungo mandato...

*Massimo Clerici e Mauro Percudani*

PRESIDENTI SIP-LO

---

Il Congresso SIP-Lo – svoltosi a Crema il 18 giugno 2025 – non ha rappresentato soltanto il momento consueto di culmine degli eventi di formazione scientifica e clinica annuali organizzati dalla Società Lombarda di Psichiatria, ma ha costituito un passaggio di fase molto importante per la nostra Sezione. Come sempre, abbiamo potuto contare sulla presenza di molti colleghi, una buona parte di essi anche giovani e, nello stesso tempo, rappresentativi di altre professionalità impegnate nei nostri Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze: è stata proprio questa presenza di psichiatri più giovani a marcare, anche simbolicamente, il passaggio di consegne avvenuto tra i due Presidenti che, per oltre sette anni, si sono fatti carico – assieme al Direttivo SIP-Lo – delle esigenze della nostra Sessione ed un nuovo gruppo. Dal momento dell'Assemblea di chiusura dell'evento, SIP-Lo è infatti “scivolata” generazionalmente ad un consistente gruppo di nuovi colleghi, buona parte dei quali esprimono, appunto, un indubbio ringiovanimento della Sezione stessa.

Lo sottolineiamo con affetto e con la consapevolezza che – a partire dai due nuovi Presidenti, Gianni Migliarese e Bernardo dell'Osso e dall'intero Direttivo rinnovato – tale passaggio sarà, come sempre lo è stato, di sicura continuità dal punto di vista dell'approccio alla vita societaria e delle sue evoluzioni in ambito clinico, organizzativo e scientifico: tale passaggio rappresenta però anche un indubbio cambiamento rispetto al bisogno di portare nuove energie e nuovi punti di vista in relazione ad un Sistema, quello dei Servizi di Salute Mentale, che negli anni sta cambiando molto rapidamente e offre sfide stimolanti soprattutto alle più recenti generazioni

di psichiatri che sono entrate nei nostri Servizi.

Fare un bilancio di quanto è stato fatto, a questo punto, ci sembra necessario. Fin dal Congresso che si è svolto presso l'Università Bicocca a Milano nel 2018 abbiamo avviato una intensa attività di promozione delle attività della SIP-Lo, con il coinvolgimento dei soci attivi e dei colleghi che hanno manifestato interesse a collaborare con la Società. Gli incontri del Consiglio Direttivo, fin da allora, sono stati aperti a tutti i soci e nel 2019 sono stati avviati i primi gruppi di lavoro sulle tematiche della riorganizzazione dei servizi territoriali, dei percorsi di cura per la popolazione giovanile, sulla residenzialità psichiatrica, sui percorsi da dedicare ai pazienti autori di reato e sull'emergenza-urgenza psichiatrica. I gruppi di lavoro hanno visto una significativa partecipazione dei soci. I documenti prodotti dai gruppi di lavoro sono stati presentati al Convegno SIP-Lo di Lodi nel 2019 e successivamente pubblicati come position paper della SIP-Lo su Psichiatria Oggi nel 2020. Al Congresso SIP-Lo di Rho del 2022 i soci iscritti erano raddoppiati dai 69 del 2018 a 120 del 2022. Nel lavoro dei 3 anni successivi sono da ricordare le giornate scientifiche di Pavia nel 2023 e di Milano nel 2024, la revisione dello Statuto, approvato nel 2023, e ora allineato allo Statuto della SIP Nazionale, la partecipazione con simposi regionali agli eventi congressuali della SIP nazionale. Nel 2024 e 2025 la riattivazione di nuovi gruppi di lavoro istituiti con l'obiettivo di aggiornare la posizione della SIP-Lo sulle tematiche già oggetto di approfondimento in passato e l'aggiunta del tema della collaborazione psichiatria – servizi per le dipendenze nei casi di comorbidità, ha rappresentato l'occasione per nuove adesioni ed una rinnovata partecipazione dei

soci alle attività. I gruppi di lavoro sono ora in fase di conclusione, hanno visto il contributo di oltre 70 soci e prodotto nuovi documenti che saranno pubblicati per rappresentare la posizione della SIP-Lo in vista del nuovo Congresso Nazionale di Bari all'inizio di novembre del 2025. Al congresso di Crema di poche settimane fa, il numero di iscritti ha superato per la prima volta la quota di 200 soci e la SIP-Lo ha confermato una vocazione di leadership in ambito nazionale anche coinvolgendo nel dibattito congressuale altre sezioni regionali della SIP, oltre che società scientifiche rappresentative di altri ambiti disciplinari e professionali nell'area della salute mentale. Questi sette anni di lavoro lasciano ai nuovi presidenti e al nuovo consiglio direttivo una Società arricchita dal punto di vista delle risorse e delle energie, rinforzata dal punto di vista istituzionale e con tante speranze di crescita ulteriore sul piano professionale, formativo e di interlocuzione con le istituzioni per rinforzare il tema della salute mentale nella società

Abbiamo costruito tanto in questi anni e la stretta collaborazione tra SIP-Lo e CPPL – in ambito regionale – e tra SIP-Lo e SIP – a livello nazionale – è l'espressione di una forza societaria che non ha mai mancato dal 1988 ad oggi: quella forza che ci ha permesso di esprimere idee e, soprattutto, di mantenere un'unità di intenti e di proposte che è indicativa di un modello di lavoro vincente e che – anche in momenti difficili come quello del COVID – ha potuto offrire agli psichiatri lombardi ed agli operatori di più diversa professionalità di tutti i nostri Servizi un punto di incontro e di scambio vitale.

Abbiamo dato tanto tutti – siamo sufficientemente orgogliosi per dirlo e non affatto presuntuosi – perché i risultati si sono visti sia nella crescita numerica progressiva dei Soci, sia nella qualità dei “prodotti” realizzati, in primis i Gruppi di Lavoro sulle più differenti tematiche; lo vogliamo sottolineare come Presidenti perché rimane la soddisfazione di aver visto la SIP-Lo riconosciuta a

livello nazionale come leadership e con la capacità – da non sottovalutare mai – di esprimere, proprio a livello nazionale, Presidenti, vice-Presidenti e membri del Direttivo sia quello elettivo, che a livello di sezioni Regionali e Speciali.

Ci attendiamo molto, quindi, dal nuovo Direttivo recentemente eletto e ci attendiamo di continuare nel solco del lavoro fatto da chi ci ha preceduto per quasi quarant'anni. In questo senso il ricordo del lavoro istitutivo e costitutivo di quelli che vogliamo chiamare “padri” o “maestri” – a partire da Alberto Giannelli – non può essere dimenticato e, soprattutto per i più giovani, deve essere parte fondamentale del senso di una comunità che rappresenta la psichiatria lombarda ma che sappia essere sempre di stimolo e di traino per quella nazionale.

## Società Italiana di Psichiatria Sezione Lombarda: Una riflessione sugli impegni prossimi

*Bernardo Dell'Osso e Giovanni Migliarese*

PRESIDENTI SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA SEZIONE LOMBARDA

---

Nel corso del Congresso della sezione Lombarda della società Italiana di Psichiatria, che si è svolto a Crema lo scorso 18 giugno, sono state rinnovate le cariche societarie e definito il direttivo che guiderà le azioni della sezione nei prossimi 3 anni.

La proposta approvata all'unanimità dall'assemblea vuole essere una scelta che garantisce continuità all'ottimo triennio precedente e che, allo stesso tempo, possa favorire un progressivo rinnovamento, rendendo SIP-Lo sempre più la casa degli psichiatri lombardi, spazio di confronto costruttivo e di proposte utili nel dialogo con le istituzioni. La continuità appare piacevolmente necessaria per proseguire il lavoro effettuato dalla presidenza di Massimo Clerici e Mauro Percudani, che ha visto la nostra sezione partecipare in modo rilevante alla vita della Società nazionale, sia con gruppi di lavoro particolarmente attivi che con la rappresentanza numerosa di membri nel consiglio direttivo, oltre che con l'espressione del primo presidente donna in 150 anni di vita della società stessa, Emi Bondi.

La vitalità di questi anni ha portato gli psichiatri lombardi a mostrare sempre più interesse e a partecipare attivamente alla vita societaria. Tale interesse è sancito dall'incremento graduale delle iscrizioni: ad oggi, con 215 soci, la nostra sezione appare una tra quelle numericamente più rappresentative su tutto il territorio nazionale.

Date queste premesse è pertanto compito particolarmente complesso e sfidante quello di assumere la presidenza della sezione.

Crediamo di poter dire, senza timore di essere smentiti in futuro, che affronteremo questo compito con passione

e con impegno, puntando sul dialogo e la condivisione, accogliendo le sollecitazioni con curiosità e spirito critico, collaborando assieme per tutto il mandato con l'obiettivo di fornire proposte e soluzioni utili agli operatori della salute mentale. Riteniamo, nondimeno, utile condividere alcune linee programmatiche in quest'occasione.

La prima riguarda il desiderio di rendere la sezione sempre più visibile sul territorio, spazio di riferimento degli psichiatri lombardi sia per tematiche cliniche che per proposte organizzative. La SIP-Lo merita di essere una casa grande, dove siano accolti psichiatri con formazione e sensibilità diverse, che lavorano affrontando criticità in contesti differenti. Uno spazio dove sia stimolato il confronto con le altre società scientifiche della psichiatria e delle specialità affini, tra cui la neuropsichiatria infantile e le dipendenze, favorendo i punti di contatto e riconoscendone, al contempo, le differenze e le specificità con una particolare attenzione alla centralità dell'utente nei percorsi di cura. Un luogo dove possono incontrarsi esperienze diverse, dove i più giovani possano trovare il confronto con chi ha più esperienza e dove colleghi più maturi possano essere stimolati dalle proposte dei più giovani.

Una realtà che possa produrre documenti di riferimento da portare in diversi contesti nell'indispensabile confronto con la politica e con le istituzioni.

Concretamente sarà nostra attenzione proseguire il confronto su tematiche specifiche attraverso i gruppi di lavoro, mantenendo quelli già avviati ma rimanendo attenti alle tematiche emergenti al fine di proporre di nuovi e sempre aggiornati.

# IN PRIMO PIANO

Favorire il confronto istituzionale sul territorio lombardo e l'interazione con il coordinamento dei primari in vista della stesura del nuovo piano di azione regionale per la salute mentale. Portare le nostre riflessioni (e i documenti da esse scaturiti) all'attenzione della SIP nazionale al fine di poter incidere sul dibattito in merito al nuovo piano di azione nazionale per la salute mentale.

Supportare i rappresentanti dei giovani a ricreare un gruppo di colleghi specializzandi e neo-specialisti forte, che possano partecipare attivamente alla vita della società, proporre temi di interesse ed eventi a loro specificatamente rivolti.

Coordinare le attività di formazione anche grazie al rapporto con l'università.

Mantenere l'integrazione tra le diverse professionalità coinvolte nella cura dei disturbi psichici grazie anche alla collaborazione in eventi formativi di diversa natura: convegni, congressi, giornate di formazione ecc.

Ci sono molte cose da fare e avremo bisogno di tutti i soci, non solo di chi è stato eletto nel direttivo. Verranno pertanto mantenute le assemblee allargate dei soci accanto alle periodiche riunioni del direttivo, al fine di accogliere proposte e sollecitazioni.

Grazie ancora per la fiducia.



## L'assistente sociale di fronte allo stigma della malattia mentale: una visione professionale

*D'Alio C., Clerici M.\**

*In collaborazione con*

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE VALLE OLONA

- *della Torre C. – CPS Gallarate*
- *Stevenazzi M. – CPS Busto Arsizio*
- *Cozzi R. – CPS Saronno*
- *Fortina R. – CPS Somma Lombardo*
- *Centomo R. – CPS Busto Arsizio*

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE OVEST MILANESE

- *Castiglioni A.M. – CPS Magenta*
- *Palmieri S. – CPS Cuggiono*
- *Zanzottera S. – CPS Parabiago*
- *Assistente Sociale – CPS Abbiategrasso*
- *Assistente Sociale – CPS Legnano*

### ABSTRACT

Tra i tabù ancora fortemente radicati nella società contemporanea, la malattia mentale occupa una posizione di particolare rilievo. Al fine di promuovere una comunità più inclusiva e solidale, si rende necessario un ampio intervento di sensibilizzazione e di diffusione delle conoscenze in materia di salute mentale. La presenza di un disturbo mentale espone infatti chi ne è affetto allo stigma, con conseguenze significative su diversi ambiti della vita quotidiana, tra cui la dimensione personale, relazionale e lavorativa.

Nello scenario sopra descritto, il ruolo del Servizio Sociale all'interno delle più diverse professionalità che compongono le équipes del DSM risulta decisivo per la finestra di osservazione sulla dimensione psicosociale della patologia che lo caratterizza e la mission integrativa del suo ruolo nel network rivolto al trattamento ed alla riabilitazione. Il contributo presentato, frutto della collaborazione sul campo di un gruppo di assistenti sociali dei Servizi di Salute Mentale lombardi – come evidenziato dallo studio condotto sia su un campione di popolazione italiana di età compresa tra i 18 e i 65 anni che sulla specifica componente degli assistenti sociali – offre non solo un panorama della “chiave di lettura” data al fenomeno stigma, ma anche dati quantitativi, frutto della rilevazione di opinioni condotta, su quali possano essere gli obiettivi a breve e a lungo periodo di questi operatori a favore dei pazienti e delle famiglie di cui si occupano nei più diversi Servizi del DSM.

I disturbi mentali rappresentano oggi una delle principali sfide della salute pubblica a livello globale e, malgrado i progressi nella comprensione di tali patologie e del loro trattamento, la stigmatizzazione rimane una barriera significativa per chi ne soffre e un fenomeno di portata considerevole all'interno della nostra Società dove si mantiene spesso occultato in quanto perlopiù considerato ancora un tabù: una migliore comprensione del fenomeno risulta essenziale per poterlo affrontare e, nel contempo, migliorare la qualità di vita degli individui interessati promuovendo una società più inclusiva e solidale.

Ad oggi, il termine stigma può essere accostato alla nozione di “minorazione” e comportare perdita di status sociale e condizione di discriminazione derivanti da stereotipi negativi: lo stigma è, dunque, un insieme di pensieri,

credenze, atteggiamenti e comportamenti negativi che inducono paura, rifiuto e pregiudizio nei confronti di chi soffre di disturbi mentali (Link et al., 2004) sostenendo una rappresentazione sociale distorta della malattia psichica che continua a rimanere ben radicata (Messina et al., 2021). Questo modello interpretativo orienta costantemente, purtroppo, anche la comunicazione sociale ed influenza le relazioni che i pazienti hanno con il mondo esterno sostenendosi sia sulla credenza che sulla conoscenza. La prima è costituita da rappresentazioni comuni molto forti, radicate e difficili da intaccare, tanto da non lasciare spazio al pensiero individuale; la seconda è certamente più modificabile dal pensiero critico individuale, ma rimane spesso condizionata – nel tempo – dal fallimento o dal successo dopo tale applicazione.

Ogni Società determina quali siano gli attributi che sanciscono l'appartenenza a "categorie" e quali strumenti possano essere utilizzati per suddividere le persone nelle medesime; ciò permette di definire l'identità sociale di ogni singolo e, nel momento in cui una persona possiede un attributo meno desiderabile che lo rende differente dai membri della categoria alla quale dovrebbe appartenere, costui viene giudicato con attributi negativi tali da determinare vissuti di profondo isolamento, di limitazione e di mancanza. Non tutti gli attributi indesiderabili rappresentano uno stigma ma solo quelli che risultano in contrasto con lo stereotipo che una Società ha di come un certo tipo di individui dovrebbe essere: in altre parole, lo stigma è un genere particolare di rapporto tra lo stereotipo e l'attributo. Un gruppo sociale può focalizzarsi soltanto su una specifica caratteristica di quell'individuo, alienandolo dalla Società di appartenenza e spezzando il carattere positivo degli altri suoi attributi (Goffman, 2003): in questo caso, l'individuo ha uno stigma, ovvero una differenza non desiderata rispetto a quanto il gruppo si attendeva. Le persone creano inevitabilmente una teoria dello stigma, ovvero un'ideologia che possa spiegare l'inferiorità ed il pericolo che la persona, cui è attribuito, rappresenta.

Goffman (2003) arrivò alla conclusione che lo stigma e la sua gestione rappresentano un processo evolutivo sociale molto complesso che si verifica in ogni luogo all'interno del quale si vengono a creare possibilità di incontro tra individui e dove avviene la formazione dell'identità delle singole persone tra stereotipi e attributi.

Negli anni, la letteratura ha indicato distinte tipologie di stigma nell'ambito della salute mentale, ciascuna con caratteristiche ed implicazioni specifiche: tra di esse si distinguono il public stigma, la *discriminazione istituzionale*, lo *stigma iatrogeno*, il *self stigma*, lo *stigma felt* o *enacted*, l'*experienced stigma*, il *courtesy stigma*, lo *spiritual stigma* e, infine, la *label avoidance*. Secondo Corrigan e Watson (2002), il *public stigma* si riferisce alle credenze, ai pregiudizi e alle discriminazioni che un individuo subisce da parte della Società in virtù del fatto che ha una vulnerabilità psichica. L'insieme delle istituzioni e delle leggi che discriminano queste persone danno luogo alla *discriminazione istituzionale*, detta anche *strutturale*, cioè allo stigma vero e proprio. Questo tipo di discriminazione può essere involontaria o intenzionale: nel primo caso, sono incluse tutte le regolamentazioni che determinano una riduzione delle opportunità in modo non consapevole (citando un esempio tangibile, gli scarsi investimenti economici destinati all'area della salute mentale); per discriminazione intenzionale si intendono le politiche e le pratiche istituzionali che svantaggiano sistematicamente determinati gruppi, limitando i loro diritti ed impedendo loro di accedere equamente a risorse e opportunità (Corrigan et al., 2005, citato in Caslini & Clerici, 2021). Pingani et al. (2021) descrivono un sottotipo di discriminazione strutturale: lo *stigma iatrogeno*. Esso consiste nell'insieme di atteggiamenti negativi dei professionisti che lavorano all'interno dei Servizi di salute mentale nei confronti delle persone in carico. Codeste attitudini rendono meno efficaci i trattamenti messi in atto quotidianamente in quanto rinforzano la tendenza all'autoisolamento dei destinatari dei medesimi. I professionisti sopra descritti

tendono ad emarginare le persone portatrici di diagnosi con modalità non molto differenti da quelle messe in atto dalla popolazione generale. Alla base di questa tipologia di stigma vi è il concetto di mentalismo; quest'ultimo descrive la condizione di oppressione e di permanente disparità che si viene a creare tra il gruppo dominante di professionisti (senza diagnosi) ed il gruppo minoritario di individui (con diagnosi) (Ferrara, 2010; Pingani et al., 2021). Nella pratica, lo *stigma iatrogeno* si traduce nel rinforzare l'identità deprezzata delle persone portatrici di vulnerabilità rivolgendosi ad esse con espressioni offensive e messaggi demoralizzanti: non si riconoscono i miglioramenti presenti e si considera irrealistica l'idea che queste persone possano mantenere la propria indipendenza vivendo dignitosamente e fruendo delle medesime opportunità concesse agli altri cittadini. Lo *stigma iatrogeno* influisce purtroppo su alcuni elementi del processo di *recovery*, quali l'efficacia personale e l'autoestima che rappresentano i pilastri della ricostruzione del senso di sé. La partecipazione della persona alle proposte di cura viene dunque frenata dal convincimento di non saper compiere azioni influenti per la propria vita. L'*auto-stigma* – detto anche *stigma interiorizzato* o *self stigma* – è il risultato del processo consequenziale in cui la persona conosce gli stereotipi diffusi nella società, concorda con essi e li interiorizza; ciò può causare auto-esclusione e una riduzione dell'*empowerment*, dell'autoestima e dell'auto-efficacia tanto da non far sentire il soggetto all'altezza del compito che dovrebbe sostenere (Pingani et al., 2021; Carozza, 2021). Un potente rinforzo del *self stigma* è caratterizzato ancora dallo *stigma iatrogeno* in quanto quest'ultimo ostacola il miglioramento della qualità della vita ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati dal soggetto (Pingani et al., 2021). Secondo Corrigan e Watson (2002), sia il *public stigma* che il *self stigma* possono essere analizzati attraverso tre componenti: gli stereotipi, i pregiudizi e la discriminazione. Gli stereotipi sono strutture di conoscenza sociale, ossia concetti collettivamente condivisi riguardo al gruppo di

persone portatrici di diagnosi psichiatrica. Tra quelli maggiormente diffusi vi sono: la pericolosità dovuta al fatto di essere persone imprevedibili e, pertanto, possibili autori di violenze; la colpa di mancare di integrità personale e, di conseguenza, la responsabilità della propria condizione patologica nonché, infine, l'incompetenza nel raggiungimento di standard di vita dignitosi. Gli stereotipi sopra descritti permettono di formare rapidamente pregiudizi, impressioni e aspettative sugli individui appartenenti a questo gruppo, senza aver avuto un contatto con loro. I comportamenti discriminatori di cui costoro sono vittime costringono queste persone a subire una perdita di opportunità, atti di coercizione e vissuti di segregazione (Carozza, 2021). Lo *stigma sentito o percepito*, definito anche *felt or perceived stigma*, allude alle credenze personali dei soggetti con disagio psichico di essere vittime di stigmatizzazione; molti si aspettano di essere stigmatizzati anche se – in precedenza – non ne hanno mai subito le conseguenze. Questa tipologia di stigma riguarda anche la paura anticipata che lo stigma si possa dispiegare in determinate situazioni. Con l'*experienced stigma* vengono intese, invece, le limitazioni reali di cui è vittima una persona che ha una psicopatologia (Pingani et al., 2021). Goffman (2003) descrisse una particolare tipologia di stigma: il *courtesy stigma*. Quest'ultimo si riferisce alla discriminazione indirizzata "di riflesso" nei confronti delle persone più prossime all'individuo che ha una patologia psichica quali i familiari e la rete amicale, portando ad evitare l'interazione reciproca o ad interrompere i legami, qualora fossero già presenti (citato in Pingani et al., 2021). In molti casi solo alcuni membri della famiglia sono a conoscenza della condizione di malattia del soggetto e contribuiscono a mantenere nascosto il segreto per paura di avere, a loro volta, ripercussioni sociali negative. Lo *spiritual stigma*, invece, è l'insieme delle credenze errate che associano i comportamenti immorali e non etici, messi in atto dalla persona, alla presenza della malattia mentale (Pingani et al., 2021). Infine, la *label avoidance*

si manifesta nella paura di essere stigmatizzati nel momento in cui si accede ai Servizi di salute mentale a causa di una diagnosi fortemente stigmatizzante e, di conseguenza, nel rifiuto dei trattamenti farmacologici, sociali e psicologici di cui si può beneficiare. L'occultamento della malattia può determinare, quindi, un aggravamento della condizione dovuta alla tardiva messa in atto del trattamento e di interventi a stampo preventivo (Carozza, 2021). Le tipologie di stigma sopra descritte sono spesso interconnesse: ad esempio, il *public stigma* può essere rafforzato dallo stigma strutturale attraverso politiche discriminatorie oppure l'*auto-stigma* può essere alimentato dalle esperienze di emarginazione e discriminazione subite nella vita quotidiana. La comprensione di queste correlazioni è cruciale per sviluppare interventi efficaci – nel sociale e non solo – che mirino a ridurre l'impatto negativo dello stigma all'interno della Società. Nel momento in cui una persona – accettata culturalmente dalla Società di appartenenza – entra in presenza fisica con una persona stigmatizzata, entrambe le parti diventano vulnerabili e sono costrette ad affrontare le cause e gli effetti dello stigma. Spesso la persona disapprovata dalla sua comunità prova insicurezza rispetto a come verrà identificata ed accolta dalla Società in senso lato; questa incertezza nasce dal fatto che non sa a quale delle "categorie" verrà assegnata e come verrà definita dalle altre persone. Ciò insinua nell'individuo una sensazione dolorosa di imbarazzo, umiliazione e vergogna in merito alla preoccupazione di ciò che gli altri possano pensare di lui, arrivando a considerare l'interazione con le categorie ritenute normali come una violazione della propria intimità (Goffman, 2003).

La stigmatizzazione cambia il modo di prendere in considerazione una persona tanto da arrivare a considerarla una "non persona", dove ogni forma di manchevolezza o trascuratezza – anche se occasionali – possono essere interpretate come espressione diretta della stigmatizzazione stessa. Goffman (2003) ha sottolineato come la persona, spesso, provi maggiore disagio per le sue vecchie conoscenze rispetto a quelle intraprese dopo essere

stato stigmatizzato: infatti, le persone che costituivano le sue relazioni passate sono rimaste "immobili" all'idea che avevano di lui, riportando difficoltà nella presa di coscienza ed accettazione della malattia. L'individuo, a questo punto, non mancherà di provare ambivalenza nel momento in cui accetta – per la prima volta – la propria condizione di malato e comprende di non essere trattato come le persone che appartengono alle categorie riconosciute come "normali", gruppi ai quali pensava di appartenere fino a quel momento. Pur sentendosi parte di quella categoria, vedrà assegnati attributi con i quali avrà difficoltà ad identificarsi e che metteranno in discussione la sua percezione di appartenenza al gruppo primigenio. Lo stigma è quindi una condizione rilevante e tangibile che riguarda sia la popolazione generale che il singolo; essa ha ricadute su molteplici livelli come, ad esempio, quello economico, politico e sociale. In aggiunta, esercita anche una grande influenza nei diversi campi della vita: ad esempio, viene preclusa la possibilità di aver accesso ad alloggi sicuri oppure, in ambito lavorativo, i datori preferiscono assegnare il posto di lavoro ad una persona "sana". Il fenomeno dello stigma ha poi importanti ripercussioni sulla salute della persona vittimizzata: avere una malattia mentale costituisce una delle barriere principali che ostacolano l'accesso ai Servizi di cura (Pingani et al., 2021). Nello specifico, a livello sanitario è visibilmente presente una discriminazione nei confronti delle persone con patologia psichiatrica in quanto spesso non viene offerto loro lo stesso livello di prestazioni assistenziali erogate ai cosiddetti individui "sani" (Corrigan & Watson, 2002). Ciò testimonia il fatto che i professionisti della salute sono soggetti agli stessi livelli di stigma della popolazione generale (Corrigan et al., 2005, citato in Caslini & Clerici, 2021). Vi sono, altresì, effetti paralleli sull'interazione sociale dove, spesso, si crede che l'individuo stigmatizzato abbia tenuto appositamente nascosta quella sua vera identità che lo va a differenziare da tutti gli altri. Alla base della relazione con la persona "dissomigliante" si crea la con-

vinzione negativa che, nel momento in cui si interagisce, si debba sempre tenere presente la “disgrazia” che le è stata inflitta. In questo modo si costruisce e/o rafforza la condizione di malato e la persona sana ha difficoltà ad evitare di fare allusioni alla patologia dell’interlocutore malato. All’interno della relazione ci si affida quindi a categorizzazioni inadatte ed entrambe le parti non si sentono a proprio agio. Alcune esperienze vissute da chi è portatore di una malattia mentale sono traumatiche, stressanti e umilianti e portano gli interlocutori (“sano” e “malato”) ad interrompere o evitare situazioni che precedentemente erano state importanti nella loro vita, come le relazioni sociali o le esperienze lavorative (Caslini & Clerici, 2021). L’individuo stigmatizzato presuppone allora che la propria diversità sia già conosciuta ed immediatamente evidente; ciò è dato dal fatto che ha interiorizzato i criteri della Società di appartenenza ed è diventato consapevole delle sue mancanze come giudicate dagli altri. Questa presa di consapevolezza fa maturare nella persona la convinzione di non riuscire più ad essere ciò che dovrebbe: l’individuo ne prova vergogna perché non possiede gli attributi richiesti dalla categoria e, nel contempo, percepisce il suo attributo negativo come un marchio infamante che causa odio verso di sé, autodisprezzo e chiusura (Goffman, 2003).

Le persone che rientrano nella categoria del “malato mentale” sono propense a riunirsi in piccoli gruppi sociali dove tutti i membri appartengono alla stessa categoria. Si va, così, a deformare progressivamente l’identità sociale e individuale della persona che viene tagliata fuori dalla Società, fino a diventare una persona screditata costretta a fronteggiare quel mondo che la scarta e la respinge. L’espressione “identità sociale” si riferisce all’insieme di caratteristiche che permettono la categorizzazione dell’individuo in un determinato gruppo sociale e la sua consapevolezza di appartenervi mentre la locuzione “identità personale o individuale” allude all’insieme delle peculiarità dell’individuo e alla percezione che egli ha di esse. Entrambe le identità si influenzano reciprocamente

(Tajfel, 1999; Goffman, 2003) perché chi appartiene ad una stessa categoria tende ad avere le medesime esperienze conoscitive ed un cambiamento della concezione di sé simile in quanto costretto a sviluppare, in modo analogo, le fasi del proprio adattamento. Lo sforzo che la persona mette in atto con il fine di occultare lo stigma – o di ridurne la portata – diventa parte dell’identità personale della persona stessa; in molteplici casi, la persona vive una “doppia vita” all’interno della quale racconta due biografie diverse della propria esistenza e malattia. La persona con disagio psichico lotta in continuazione per sottrarsi al dilemma che è alla base della stigmatizzazione: non si definisce diversa dagli altri esseri umani ma, parallelamente, sé stessa e l’intera comunità la definiscono come diversa e separata dagli altri. Ad oggi, pertanto, non è solo la gravità della malattia a determinare le condizioni di vita soggettive e oggettive di queste persone ma anche il grado della loro accettazione all’interno della famiglia e della Società di appartenenza (Ministero della Salute, 2020). Per il motivo sopra descritto, la lotta contro lo stigma è un compito complesso che richiede l’intervento di molteplici attori su diversi livelli operativi (Lasalvia & Tansella, 2008) all’interno di reti che permettano di coltivare un ambiente “ospitale” nei confronti della vulnerabilità e che permetta agli individui di sentirsi sicuri di condividere la propria malattia nel momento in cui questo viene ritenuto opportuno (Frush, 2017).

2. Per trascendere l’etichetta della diagnosi, sfidare e cambiare le condizioni strutturali che contribuiscono a perpetuare l’emarginazione e per generare sviluppi positivi in determinate situazioni a livello individuale, familiare, grupppale, comunitario o sociale risulta essenziale, tra gli altri, l’intervento del Servizio Sociale. Le iniziative di cambiamento sociale riconoscono l’importanza dell’azione umana nel promuovere i diritti fondamentali e la giustizia economica, ambientale e sociale attraverso l’attuazione di interventi olistici che hanno come focus sia gli aspetti biologici e psicologici che quelli sociali e spirituali della persona.

La crescita di una coscienza critica da parte degli operatori, attraverso la riflessione sulle pratiche di emarginazione e sul proprio sistema valoriale – simultanea ad uno sviluppo di strategie per affrontare gli ostacoli strutturali e personali dello stigma – è al centro di una pratica emancipatoria avente come obiettivi la coesione e la progressione sociale, nonché la promozione dell’*empowerment* (Sicora, 2005).

Nel corso del tempo, la figura dell’assistente sociale in ambito psichiatrico ha acquisito sempre maggiore importanza grazie ad una presa di coscienza del fatto che il disagio psichico è accompagnato e strettamente connesso al disagio sociale. Su questo punto, Campanini (2020) ha affermato che è impossibile pensare di fronteggiare e occuparsi solo dell’aspetto medico-psichiatrico senza mettere in atto azioni destinate all’ambiente in cui la persona è immersa. Ad oggi, l’assistente sociale dovrebbe ricoprire un ruolo cardine all’interno dei Servizi di salute mentale in quanto “cerniera” tra il mondo della malattia e quello della salute, tra il mondo sanitario e quello sociale: tutto ciò grazie ad una professionalità che agevola la messa in atto di azioni che tendono verso l’autodeterminazione ed il benessere della persona stessa (Civenti & Cocchi, 1994; Spinelli, 1996).

All’interno dell’*équipe* multidisciplinare della salute mentale, l’assistente sociale fornisce una modalità di lettura della vulnerabilità basata sulla promozione di risorse e potenzialità, sia della persona, che del contesto all’interno del quale essa è inserita: una lente di osservazione differente rispetto a quella di stampo medico delle altre figure professionali quali, ad esempio, infermieri e psichiatri che operano secondo finalità di cura e assistenza combinate (Civenti & Cocchi, 1994; 1997). L’assistente sociale opera attivamente nel processo di *recovery* del malato creando contesti socio-professionali in cui le persone cercano di superare il trauma della malattia e le conseguenze dei trattamenti e mal-trattamenti attraverso la *cozzcostruzione* di relazioni significative e di una rete di sostegno nella società (Bruschetta et al., 2016). Tra le principali funzioni svolte dall’assistente sociale vi sono l’ascolto della persona, il riconoscimento delle sue risorse e potenzialità e la mediazione con il malato avente la finalità

di informarlo affinché eserciti il diritto di utilizzo delle medesime. Vi è poi la mobilitazione ed il continuo lavoro creativo di promozione, verifica e modifica dei progetti costruiti e concordati (Civenti & Cocchi, 1997). Il lavoro creativo del professionista si traduce proprio nell’operare con le reti di reciprocità presenti nell’ambiente sociale e di integrarle con altri Servizi secondo il modello teorico operativo della prospettiva relazionale di rete (Spinelli, 1996; Sanfelici, 2017).

La chiusura degli ospedali psichiatrici, a seguito dei movimenti di deistituzionalizzazione degli anni Ottanta, ha richiesto un accompagnamento e un riadattamento nella comunità delle persone che avevano una patologia psichiatrica (CROAS, 2021): è nato così il modello del “*case management*” comunitario, una forma di lavoro sociale che riesce a coniugare sia l’intervento rivolto alla persona con malattia che quello verso le sue figure più prossime e la comunità di appartenenza. Questo modello permette di fronteggiare sia il *courtesy stigma* che la *label avoidance*, lo *stigma iatrogeno* e le conseguenze del percorso di psichiatizzazione: ossia gli effetti di deresponsabilizzazione ed emarginazione che l’appartenenza al “circuit” psichiatrico rischia di provocare nei confronti delle persone che ha in carico. La finalità è quella di lavorare sul rinforzo e sullo sviluppo delle competenze ed abilità del soggetto affinché si trasmetta al suo vivere quotidiano; pertanto, l’integrazione sociale non si fonda sul concetto di malattia mentale e sulla sua guarigione ma sul riadattamento e la ricollocazione dell’individuo (Guay, 1997). Il tipo di lavoro sociale sopra descritto si costruisce sulle nozioni di normalizzazione e di evoluzione dove la persona malata viene concepita al pari di tutte le altre e con gli stessi bisogni, in particolare quello di essere riconosciuta come essere umano e di ricoprire un posto all’interno della società, sia a livello relazionale che occupazionale. Negli ultimi anni, questo tipo di lavoro sociale ha acquisito una crescente rilevanza, sia a livello nazionale che in regione Lombardia (CROAS, 2021). Nello specifico, gli interventi promossi perseguono tre obiettivi: il primo riguarda la stesura di un piano di accompagnamento di cui

può beneficiare il diretto interessato per integrarsi nella vita sociale; il secondo è il sostegno e l'informazione destinata ai familiari e a chi è prossimo alla persona; infine, il terzo è la formazione di una cittadinanza che accolga e permetta la reintegrazione del malato. Per quanto riguarda gli interventi che l'assistente sociale attua verso la famiglia, l'avvicinamento al Servizio è fondamentale soprattutto quando quest'ultima tende ad isolarsi (in particolare nei momenti di scompenso del congiunto). A seguito della creazione di una relazione di fiducia e della stipula di un accordo condiviso riguardante gli obiettivi da raggiungere, l'operatore deve supportare genitori/familiari a rendere operativa una separazione "costruttiva" tra lo stesso nucleo e la persona con disagio, nella maggior parte dei casi tra la madre e il figlio. Il termine "costruttiva" rimanda al modo in cui viene messa in atto la separazione, ovvero porgendo attenzione a non minare l'autoestima delle persone coinvolte. La finalità principale di questo allontanamento è quella di costruire nuove reti extra-familiari per il soggetto ed alleggerire l'emotività familiare espressa. Tale azione ricopre un ruolo cardine in questo tipo di lavoro sociale in quanto ne rappresenta il punto di partenza affinché l'individuo si reinserisca nella comunità. In aggiunta, i familiari vengono informati e coinvolti nelle strategie di ri-adattamento, nonché supportati nel riconnettersi all'ambito sociale di appartenenza del quale si sono privati e nel fronteggiare il loro vissuto grazie al confronto con altre persone che hanno avuto esperienze simili (Guay, 1997). Nello specifico, l'operatore (*case manager*) è l'agente di tale reinserimento sociale e mette in atto interventi di *counseling* per informare la famiglia, accompagnarla ed orientarla nella sua quotidianità; esercita anche attività di *tutoring* lungo tutta la sua presa in carico, parallele a valutazioni multidimensionali ed all'elaborazione di un piano personalizzato. All'interno di quest'ultimo sono previste attività di monitoraggio delle singole azioni messe in campo insieme ad attività di raccordo e coordinamento della rete dei Servizi sul territorio.

Non di meno, l'assistente sociale ricopre un ruolo di mediazione e continua relazione con il sistema locale, le reti

ambientali e l'associazionismo familiare, se esistente (CRO-AS, 2021) stimolando ed incoraggiando l'utente e la famiglia ad assumersi le proprie responsabilità e creando anche opportunità di collegamento con la popolazione "sana" (Guay, 1997). Oggi, il Servizio Sociale è chiamato a partecipare ai dibattiti sulla giustizia sociale, sull'inclusione e sulla partecipazione sociale (Allegri, 2015). L'assistente sociale supporta la comunità a sviluppare il proprio *empowerment* e ad accogliere la persona che ha un disagio psichico, sia a livello formale che informale, così come la sua famiglia di appartenenza: nel primo caso, il professionista si interfaccia con le persone sul territorio come, ad esempio, i datori di lavoro o i responsabili di un servizio commerciale affinché permettano alla persona con disagio psichico di frequentare gli ambienti comuni e di relazionarsi con gli altri cittadini. A livello informale, l'operatore si impegna quotidianamente a sensibilizzare la popolazione affinché quest'ultima sia a conoscenza del proprio ruolo e di quello dei Servizi di salute mentale affinché questi ultimi vengano considerati facilmente accessibili e disponibili ad accogliere i bisogni delle persone (Guay, 1997). Per mettere in pratica quanto fino ad ora descritto, occorre esercitare un lavoro di comunità che consenta di "democratizzare" gli interventi e di umanizzare i Servizi con l'obiettivo di promuovere il benessere e migliorare la qualità della vita (Campanini, 2020). In quest'ottica, è centrale la conoscenza del territorio, lo sviluppo di una capacità di dialogo, reciprocità e collaborazione con le risorse e i soggetti presenti sul territorio stesso (Campanini, 2020). Allegri (2015) ha definito il Servizio Sociale di comunità come un approccio adottato dal Servizio Sociale stesso che ha la finalità di contribuire allo sviluppo di una comunità locale consapevole grazie alla promozione e alla progettazione di differenti iniziative. All'interno dell'area della salute mentale, gli assistenti sociali utilizzano diverse strategie per contrastare i percorsi che alimentano la stigmatizzazione. Tra le principali vi è il lavoro di sensibilizzazione della comunità attraverso le campagne educative, la promozione di gruppi di auto-mutuo-aiuto e l'intervento diretto nelle scuole e nei luoghi di lavoro per diffondere una maggiore

comprensione della malattia e per far riflettere sulla relazione presente tra la vulnerabilità – con i suoi rischi connessi – e uno stato di buona salute fisica, psichica e sociale. L’obiettivo ultimo è quello di sensibilizzare i cittadini sul senso di comunità per promuovere la loro partecipazione alla costruzione del benessere sociale. Il problema individuale della stigmatizzazione della malattia mentale viene, così, “allargato” e considerato un tema sociale che deve essere affrontato dall’intera comunità grazie alla conoscenza, all’inclusione e all’interazione con le persone che sono portatrici di disagio psichico. Leggere e comprendere le persone con la finalità di valorizzare le loro capacità e risorse, anche nelle circostanze in cui le mancanze sembrano ricoprire un ruolo preponderante, è possibile solo se l’assistente sociale rivolge la propria attenzione ai processi ed ai contesti sociali all’interno dei quali le problematiche individuali si dispiegano (Fargion, 2013). Questo sguardo del Servizio Sociale contemporaneo è rivolto agli individui e alla loro società di appartenenza permettendo – in tal modo – di comprenderne le storie, i punti di vista ed i vissuti. Prestare attenzione alle variabili strutturali permette di connettere la situazione problematica della persona malata e della sua famiglia alle dimensioni e dinamiche della società stessa. Questa capacità di connessione caratterizza l’agire professionale e permette di cogliere i modi in cui le persone con malattia mentale vengono discriminate e le pratiche che producono tale discriminazione. In questo modo, si colgono anche i limiti dell’operatività del singolo professionista e delle responsabilità delle Istituzioni. In aggiunta, l’attenzione al contesto consente all’operatore di muoversi verso differenti direzioni; la prima riguarda il lavoro con il singolo, ovvero aiuta a non confondere le cause con gli effetti della disuguaglianza e a prender coscienza del fatto che la discriminazione ha un effetto distruttivo sul modo di concepirsi e sui rapporti interpersonali. Pensare le persone nel loro contesto permette di conoscere le storie di impotenza, di esclusione e di comprenderne gli stati emotivi, i comportamenti e le reazioni quali, ad esempio, la passività e la frustrazione. La seconda direzione verso la quale questo approccio permette all’assistente sociale di

operare riguarda la collaborazione con le risorse sociali affinché si riducano al minimo gli squilibri di potere presenti. La pratica operativa sopra descritta prende il nome di pratica “anti-oppressiva” o “anti-discriminatoria” del Servizio Sociale (in UK: “*Anti-Oppressive Practice*” (AOP). È necessario che il professionista la adotti in quanto ha lo scopo di contrastare lo svantaggio degli individui e dei gruppi che sono maggiormente a rischio di stigma (Allegri, 2015). Questa pratica ha anche la finalità di promuovere un cambiamento socioculturale, mettendo in discussione lo *status quo* delle dinamiche sociali, attraverso la modifica degli atteggiamenti svalutanti e negativi perpetrati dalla Società e dai Servizi nei confronti delle persone (Allegri, 2015), nonché di liberare questa professione dall’utilizzo di formule autoritarie, paternalistiche e discriminanti (Allegri & Sanfelici, 2023). Le società contemporanee tendono ad essere caratterizzate da una mancanza di conoscenza e di riflessione sulla realtà a causa dello stato di sostanziale passività che le caratterizza (Allegri, 2015). I professionisti che adottano questa pratica mettono in atto una continua riflessione critica su come i modi del loro agire si formano, interagiscono e si interfacciano con i riferimenti valoriali e culturali diffusi nella Società e insiti nella propria persona; parallelamente, mantengono il focus sul significato politico dell’agire sociale affinché venga innescata una metamorfosi nelle pratiche promotrici di oppressione e svantaggio (Allegri & Sanfelici, 2023). L’essere un “professionista riflessivo” – mimando Schön (1993, citato in Sicora, 2005) – consiste nell’esercitare una costante attività di riflessione sulla pratica e di auto-miglioramento che consente di connettere le conoscenze teoriche alle competenze pratiche. Per contrastare lo *stigma iatrogeno*, nella quotidianità, è importante partire dall’analisi della documentazione prodotta nei Servizi di salute mentale con la finalità di cogliere le scelte prese e le discriminazioni perpetuate dagli stessi operatori, delle quali costoro sono spesso inconsapevoli. In aggiunta, risulta essenziale mettere in discussione le consuetudini, i principi e i valori alla base del Servizio e dell’organizzazione di

appartenenza con il fine di far emergere le disfunzioni. La riflessività responsabilizza l'operatore e valorizza la sua professionalità nel produrre innovazione e cambiamento in un'ottica meno stigmatizzante per la persona con vulnerabilità psichica. Ad oggi, la traduzione nella pratica di quanto sopra descritto risulta difficoltosa a causa del ritmo considerevole di lavoro presente nei Servizi e della mancata creazione di spazi appositi di riflessività da parte dell'organizzazione stessa (Fazzi, 2015). Pertanto, il termine riflessività esprime la consapevolezza che il mandato professionale si basi sulla trifocalità e sul fatto che essa implichi l'assunzione di un ruolo propositivo, ricoperto con capacità strategica e competenza, e fondato su argomentazioni documentate che dimostrino i problemi da fronteggiare, i rischi insiti nel trascurarli e le risorse impiegate. Il fondamento di questo approccio (Allegrì & Sanfelici, 2023) è basato sulla restituzione del potere alle persone e implica il mantenimento del focus sulla natura asimmetrica delle relazioni professionali e la promozione dell'*agency* dei singoli.

Per tradurre nella pratica professionale questo approccio, la Dichiarazione Internazionale di Servizio Sociale (IASSW, 2014) e la Dichiarazione Internazionale dei Principi Etici del Servizio Sociale (IASSW, 2018) invitano gli operatori ad andare oltre il divario tra la dimensione micro e quella macro attraverso un Servizio Sociale *relationship-based* dove viene data importanza sia alla dimensione strutturale che allo sviluppo di una relazione di fiducia con la persona. L'ottica trifocale – che mantiene un focus sui livelli micro, meso e macro – deve sapersi congiungere con un approccio partecipativo e orientato al contrasto di variabili strutturali ingiuste. All'interno del percorso di accompagnamento, la partecipazione autentica delle persone si traduce in una reale inclusione nel momento in cui il professionista prende in considerazione la prospettiva e la percezione dei singoli sulle conseguenze delle ingiustizie nella loro vita, riconoscendo la loro sofferenza e le loro capacità di resistenza ad esse nella co-valutazione e co-progettazione degli interventi. Sempre a livello micro, il professionista si adopera per promuovere

le condizioni affinché l'individuo possa condurre dignitosamente la sua vita – quali, ad esempio, la possibilità di accesso a cure adeguate – e, parallelamente, supporta la persona nel fronteggiare gli ostacoli che impediscono la sua realizzazione (Allegrì & Sanfelici, 2023). Affinché il lavoro sociale sia anti-oppressivo, l'assistente sociale deve pertanto costruire partecipazione, ovvero adottare un approccio in cui le persone, gli operatori dei Servizi di salute mentale e tutti gli attori coinvolti e motivati lavorino in sinergia per identificare i problemi da affrontare e concordare in che modo farlo. Secondo quest'ottica, il lavoro sociale diventa un processo co-costruito che si evolve grazie a più attori (Raineri & Calcaterra, 2017). Risulta, quindi, fondamentale partire dal contesto micro per sviluppare interventi partecipati ed emancipatori che modifichino il livello intermedio; quest'ultimo è caratterizzato dalle organizzazioni che dovrebbero promuovere l'inclusione. Solo successivamente, si riesce ad agire sul livello macro con la de-costruzione dei concetti stigmatizzanti che sono alla base della discriminazione (Allegrì & Sanfelici, 2023). In conclusione, l'operato del Servizio Sociale è cruciale sia per l'accompagnamento ed il supporto alle singole persone con patologie psichiatriche che per contrastare lo stigma della malattia mentale in senso lato. L'assistente sociale contribuisce a migliorare la qualità di vita del singolo e permette lo sviluppo di una società più consapevole attraverso la promozione della cultura dell'inclusione e della comprensione affinché si riducano le barriere sociali e migliori la qualità di vita delle persone coinvolte. La strada per arginare la stigmatizzazione della malattia è ancora molto lunga: questa professione ricopre un ruolo favorito all'interno del processo di rinnovamento ma, nonostante ciò, risulta necessario che il sistema di welfare supporti e finanzia gli interventi necessari con il fine di ampliare il loro impatto positivo. Solo grazie ad una partecipazione collettiva su più livelli si potrà avere una comunità inclusiva.

3. In questa cornice teorica ed operativa è stato condotta un'indagine il cui obiettivo era quello di favorire una riflessione su come viene percepito, rappresentato

e affrontato il fenomeno della stigmatizzazione della malattia mentale nella componente specialistica dei professionisti assistenti sociali e in un campione di popolazione risiedente nel territorio italiano di età compresa tra i 18 e 65 anni. Nel dettaglio, tale indagine è stata declinata in due sezioni; la prima – di approccio quantitativo – si proponeva di ottenere dati sulle credenze stigmatizzanti nei confronti della malattia mentale ed indagare i correlati socio-demografici dello stigma, le associazioni con credenze di attribuzione causale e con il livello di conoscenza esperienziale della problematica. Il contesto all'interno del quale è stata condotta la prima sezione della ricerca è un pezzo di territorio italiano e ad essa hanno partecipato trecentonovanta persone attraverso un'adesione su base volontaria. Il campione

è stato selezionato attraverso un campionamento non probabilistico a valanga (Corbetta, 2014) contattando i propri conoscenti tramite le piattaforme social – nello specifico attraverso “Whatsapp” – con la finalità di invitarli alla compilazione dello strumento<sup>1</sup>, accessibile tramite il link inoltrato, ed alla sua diffusione.

Per quanto riguarda una sintetica analisi dei risultati:

- alla domanda a) **“Quanto pensi di essere informato sul tema della salute mentale?”**, il 46,9% del campione (183 persone) ha risposto **“Abbastanza”**, il 37,5% (146 persone) ha risposto **“Poco”** mentre il 15,6% (61 persone) ha risposto **“Molto”**.
- alla domanda b) **“Che cos'è la malattia mentale?”**, 12 partecipanti (3% del campione) hanno espressamente dichiarato di non saper rispondere. Nonostante il nu-

1. Lo strumento di rilevazione utilizzato è stato un questionario flessibile anonimo caratterizzato sia da risposte aperte che standardizzate - intitolato “Indagine sulla malattia mentale” - e finalizzato alla rilevazione sia di opinioni soggettive sulla tematica che di dati oggettivi in merito alla diffusione delle credenze stigmatizzanti all'interno di un quadro rappresentativo della situazione sociale. La struttura del questionario (creata su “Google Moduli”, un'applicazione destinata alla creazione di sondaggi), deriva dalle false informazioni diffuse nella nostra società illustrate all'interno dello scritto intitolato “Fatti e Cifre contro lo stigma” del Ministero della Salute (2020) e da una rielaborazione dello strumento di indagine (il questionario multi-item SAB-BN - *Stigmatizing attitudes and beliefs about bulimia nervosa*; McLean, 2014, citato in Caslini e Clerici, 2021), utilizzato in una ricerca sui disturbi del comportamento alimentare condotta da Caslini e Clerici (2021), tradotto dagli autori in lingua italiana e adattato per l'anoressia nervosa. I fattori selezionati per l'attribuzione causale sono stati estrapolati da studi precedentemente pubblicati (Stewart et al., 2004; Hollyday et al., 2005; Ebnetter et al., 2011, citati in Caslini & Clerici, 2021). Le risposte alle domande chiuse prevedevano una rielaborazione della Scala Likert in: **“Assolutamente d'accordo”**, **“Abbastanza d'accordo”**, **“Abbastanza in disaccordo”** e **“Assolutamente in disaccordo”**. Le impostazioni del questionario hanno previsto la compilazione obbligatoria di tutti i campi - eccetto due - con un tempo di compilazione medio previsto intorno ai 15 minuti circa. Sono pervenute in totale trecentonovanta risposte (390), di cui il 100% sono state ritenute valide in quanto questionari completi (la rilevazione dei risultati è avvenuta da aprile a giugno 2024 e i dati - trattati in forma anonima - sono stati analizzati ed elaborati a seguire). Tra i soggetti partecipanti, 289 (74,1%). Il 55,1% del campione (215 persone) è collocato tra i 50 e i 65 anni di età, il 23,1% (90 persone) ha una fascia di età compresa tra i 35 e i 49, mentre il 21,8% (85 persone) si colloca tra i 18 e i 34 anni. 321 partecipanti (82,3%) proviene dal Nord d'Italia, 44 (11,3%) dal Sud d'Italia e 25 (6,4%) dal Centro Italia. Il 95,6% (373 persone) ha dichiarato di essere eterosessuale, il 2,6% (10 persone) bisessuale, l'1,3% (5 persone) omosessuale e lo 0,5% (2 persone) ha dichiarato di avere un orientamento differente da quelli sopra esplicitati. Il 60% del campione (234 persone) dichiara di avere un credo religioso, prevalentemente cristiano cattolico, mentre il rimanente è risultato non credente. Il 36,7% (143 persone) del campione ha conseguito una laurea magistrale, il 34,1% (133 persone) ha il diploma di scuola secondaria di secondo grado, il 9,5% (37 persone) ha conseguito una laurea triennale, il 6,9% (27 persone) ha conseguito un master, l'altro 6,9% (27 persone) ha un diploma di scuola secondaria di primo grado, il 3,8% (15 persone) ha conseguito un dottorato di ricerca, mentre il 2,1% (8 persone) ha il diploma di scuola primaria. 235 partecipanti (60,3%) lavorano full-time, 50 (12,8%) lavorano part-time, 37 (9,6%) sono studenti, 21 (5,4%) sono pensionati e la restante parte, in ordine decrescente, risultano essere: magistrati, casalinghi o liberi professionisti, disoccupati, titolari di azienda, dottorandi, medici, imprenditori e dirigenti (0,3%). Rispetto alla fascia di reddito di appartenenza, il 69% (269 persone) ha riferito di appartenere alla fascia di reddito media, il 19% (74 persone) alla fascia di reddito alta e il 12% (47 persone) alla fascia di reddito bassa. Il 12,8% del campione (50 persone) ha espresso che, nel corso della vita, gli è stato diagnosticato un disturbo mentale: 25 persone soffrono/hanno sofferto di disturbi dell'umore, in particolare di disturbo depressivo maggiore, di depressione ricorrente e disturbo bipolare mentre 18 persone di disturbi d'ansia: nello specifico, prevalentemente, di attacchi di panico e disturbo d'ansia generalizzato. La restante parte ha dichiarato di avere una diagnosi di disturbo del comportamento alimentare (anoressia nervosa), disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti e disturbo borderline di personalità.

mero considerevole di persone che hanno dichiarato di essere “*Abbastanza*” e “*Molto*” informate sull’argomento solo le 4 (1,1%) seguenti spiegazioni si sono avvicinate maggiormente alla definizione sancita dal DSM 5-TR:

- “*È uno stato di malessere mentale (e quindi può intaccare la sfera relazionale, emotiva, cognitiva e anche motoria), che rende difficile l’adattamento della persona al contesto sociale*”
- “*Significativi problemi nel pensiero, nella regolazione delle emozioni, o nel comportamento di una persona, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici o dello sviluppo che compongono il funzionamento mentale*”
- “*È una malattia che influenza l’intera vita della persona colpita, sia a livello di relazione con sé stessi che con gli altri. Oltre alla sfera psicologica può colpire anche quella fisica e avere ripercussioni in vari ambiti*”
- “*È un disturbo che parte dalla dimensione psichica dell’uomo e ha dei riscontri psico-fisici di varia natura.*”

La restante parte ha fornito spiegazioni incomplete ed errate o discriminanti e stigmatizzanti:

- Nel primo caso sono state un esempio le seguenti risposte: “*Stress*”, “*Per me è lo stress che subiamo non trovando lavoro e lo Stato non aiuta abbastanza*”, “*Un trauma, un disturbo della personalità*”, “*Problemi al cervello*”, “*Un disturbo sociale*”, “*Confusione*”, “*Una problematica cerebrale*”, “*Una forma di demenza che avanza con l’età*”, “*Difficoltà a trovare equilibrio in sé stessi e anche problema di funzionamento organico in alcuni casi*”, “*Non dormire la notte*”.
- Nel secondo caso, vi sono state risposte come: “*Credo che siano traumi che nel percorso della vita non sono mai stati portati a una cura e ovviamente ci vuole anche la predisposizione alla guarigione*”, “*Soggetto privo di identità*”, “*Quando la mente va da sé*”, “*Pazzia*”, “*Un malessere*”, “*Non avere lucidità*”, “*È*

*un problema inconscio tanto profondo da non volerlo capire o accettare*”, “*È una malattia subdola*”, “*Uno stato di confusione, forse di verità*”, “*Una cosa con la quale non so confrontarmi e che fortunatamente non ho*”, “*Una devianza dall’«ordinario» funzionamento della mente*”, “*Comportamenti diversi dagli altri*”, “*Chi non è 100*”, “*Vivere in un mondo a sé*”, “*La perdita dell’io*”, “*Un problema*”, “*Una fregatura*”, “*Una delle mie più grandi paure. Un universo sconosciuto, terribile ed affascinante al contempo*”, “*Essere in balia degli altri, non avere più una dignità*”, “*Una cosa dalla quale non si esce mai*”, “*Tutto ciò che induce comportamenti «fuori di testa» ... problemi con la realizzazione della realtà che ci circonda*”, “*Una malattia tra le più brutte perché è difficile da diagnosticare e curare*”.

Diversi partecipanti – anche se in notevole minoranza – nel dare una definizione hanno sottolineato, come affermato dal Ministero della Salute (2020), la scarsa informazione che necessita di sensibilizzazione e divulgazione all’interno dell’intera Società con espressioni quali, ad esempio:

“*Una problematica che colpisce sempre più persone e di cui purtroppo si sa troppo poco*”, “*...Bisognerebbe parlarne di più perché, in questo modo, molte più persone potrebbero essere aiutate.*” e “*Purtroppo è ancora un tabù per molti*”.

La tematica inerente la scarsa informazione ha trovato conferma anche all’interno della seconda sezione (le interviste; vedi a seguire) dove il 90% del campione degli assistenti sociali (9/10 intervistati) hanno ribadito come – a loro avviso – la popolazione generale non abbia una corretta informazione che permetta di superare la discriminazione e favorire l’inclusione delle persone che soffrono di una malattia mentale. 3/10 assistenti sociali hanno precisato invece come, nonostante la disinformazione presente, si avvertano sensazioni positive a riguardo in quanto si apprezza, nelle nuove generazioni, una maggiore permeabilità ed accettazione delle diversità e

della sofferenza che si esplicita in anomalie del comportamento. Contrariamente, i dati rilevati dal questionario non confermano le sensazioni positive sopra citate, come verrà indicato successivamente.

All'interno del questionario sono state poi indagate anche delle sotto-scale in merito ad alcune credenze e tendenze stigmatizzanti; nella *Tabella 1* – a seguire – vengono presentati i risultati.

Grazie a questa analisi, si può affermare come non vi siano forti credenze stigmatizzanti nella popolazione oggetto dell'indagine, nonostante sia presente una scarsa informazione. Nessun partecipante ritiene che avere un disagio psichico possa condurre a dei vantaggi; solo il 3,3% del campione (13 persone) crede che chi ha un disagio psichico sia colpevole della sua condizione, il 3,6% (14 persone) reputa che il malato sia inaffidabile e il 2,6% (10 persone) che sia pericoloso. Dati più rilevanti (6,7% ossia 26 persone) sono visibili nella credenza che il malato debba lavorare sul proprio auto-controllo, in

quanto deficitario, e nella tendenza discriminante in ambito lavorativo dove il 4,9% del campione (19 soggetti) non assumerebbe una persona affetta da una patologia psichiatrica sostenendo che abbia un rendimento lavorativo inferiore rispetto alla media. Solo l'1,5% del campione (6 persone) concorda in maniera assoluta che la malattia mentale sia incurabile. Il 23,3% (91 soggetti) ha dichiarato di essere “*abbastanza d'accordo*” sul fatto che la persona malata sia pericolosa e il 24,1% (94 persone) che sia inaffidabile. Il 34,1% (133 individui) si ritiene “*abbastanza d'accordo*” rispetto all'idea che il malato sia meno prestazionale a livello lavorativo. 154 persone (39,5%) si sono mostrate “*abbastanza d'accordo*” sulla credenza che abbia una carenza di auto-controllo. Infine, il 51,8% (202 persone) ha dichiarato di essere “*abbastanza d'accordo*” ad entrare in contatto e relazionarsi con una persona che ha un disagio psichico e solo il 19,2% (75 soggetti) proverebbe vergogna nel farlo. La disamina delle differenze demografiche rispetto alle tendenze

Tab. 1

Principali item indagati	Livello di accordo / disaccordo			
	assolutamente d'accordo	abbastanza d'accordo	abbastanza in disaccordo	assolutamente in disaccordo
Serietà della malattia al pari di una malattia fisica	83,8% (327)	8,7% (34)	1,3% (5)	6,2% (24)
Vantaggi della malattia	0% (0)	1,5% (6)	12,8% (51)	85,7% (333)
Colpevolezza	3,3% (13)	8,7% (34)	25,1% (98)	62,9% (245)
Inaffidabilità	3,6% (14)	24,1% (94)	46,4% (181)	25,9% (101)
Pericolosità	2,6% (10)	23,3% (91)	53,3% (208)	20,8% (81)
Mancanza di auto-controllo	6,7% (26)	39,5% (154)	32,3% (126)	21,5% (84)
Forma di ricerca di attenzione	1,8% (7)	7,4% (29)	28,5% (111)	62,3% (243)
Rendimento lavorativo inferiore	4,1% (16)	34,1% (133)	44,6% (174)	17,2% (67)
Discriminazione lavorativa: mancata assunzione	4,9% (19)	16,4% (64)	51% (199)	27,7% (108)
Vergogna sociale nel contatto	3,6% (14)	19,2% (75)	51,8% (202)	25,4% (99)
Contatto con malato	25,4% (99)	51,8% (202)	19,2% (75)	3,6% (14)
Incurabilità	1,5% (6)	15,6% (61)	45,5% (177)	37,4% (146)

stigmatizzanti rivela comportamenti piuttosto uniformi per le categorie 18-34, 35-49, 50-65: nello specifico, si rileva una differenza secondo la quale le persone di genere femminile risultano meno stigmatizzanti di quelle di genere maschile (questi risultati trovano riscontro nelle ricerche di Corrigan, Watson, 2007, citati in Caslini & Clerici, 2021 e Hogberg et al., 2012, citati in *Ibidem*, le quali hanno affermato come le donne siano meno inclini ai giudizi negativi sulla malattia mentale).

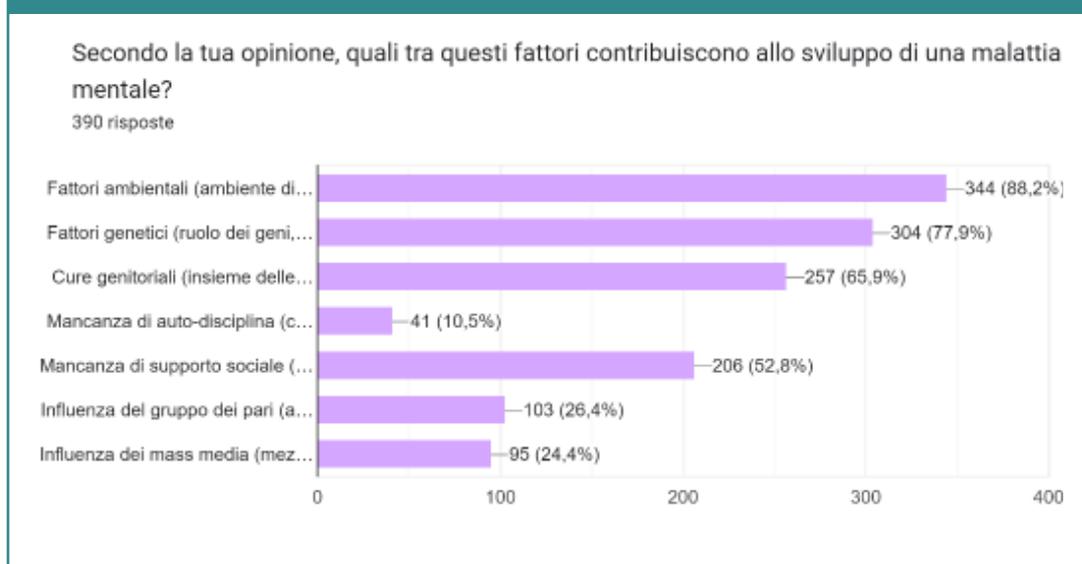
Dall'indagine è emerso anche come lo stigma risulti maggiormente presente nella fascia d'età 18-35, seguita dalla fascia 50-65; ciò in accordo con autori come Lauber et al. (2004, citati in *Ibidem*) e Reavley et al. (2012, citati in *Ibidem*) che hanno mostrato come le fasce d'età più giovani nutrano un maggior desiderio di distanza sociale e tendano anche ad attribuire una maggiore responsabilità personale ai soggetti portatori del disturbo. Il grado di scolarità si è rivelato un fattore protettivo dalla discriminazione e dal desiderio di distanza sociale nei confronti di chi è affetto da disturbo mentale, in quanto maggiore è il livello di istruzione minore è la propensione ad avere atteggiamenti di tipo stigmatizzante come si evince dagli studi di Crisp et al. (2005, citato in *Ibidem*), Arvaniti et al. (2009, citati in *Ibidem*), Ebrahimi et al. (2012, citati in *Ibidem*) e Hogberg et al. (2012, citati in *Ibidem*). Inoltre, dall'indagine si deduce come la strategia del contatto sembri risultare efficace per contrastare la discriminazione nei confronti delle persone che hanno una patologia psichiatrica: l'89,2% (348 persone) ha dichiarato di cono-

scere qualcuno che ne è affetto; questi ultimi risultano essere "conoscenti" per il 44,3% (173 persone) e "amici" per il 36,8% (143 persone). Anche questi risultati trovano conferma negli studi di Corrigan et al., 2001, Corrigan, 2003 (citati in Caslini & Clerici, 2021), Corrigan e Penn (1999, citato in Carozza, 2021) e Ferrara (2010) che dimostrano come il contatto con la persona affetta da malattia psichica conduca a cambiamenti significativi nella percezione della pericolosità e della responsabilità personale di chi ne è affetto, ma anche nei confronti dell'idea di una prognosi infausta e dell'evitamento nelle relazioni sociali.

Sempre per quanto riguarda l'analisi dei risultati:

- alla domanda c) "Secondo la tua opinione, quali tra questi fattori contribuiscono allo sviluppo di una malattia mentale?", la distribuzione delle credenze di attribuzione causale – *Figura 1* – mostra come l'88,2% del campione (344 persone) attribuisca un ruolo principale o fondamentale nello sviluppo della malattia ai fattori ambientali (ambiente di vita, familiare, sociale ed educativo), seguito dal 77,9% (304 persone) per i fattori genetici (ruolo dei geni ed ereditarietà), il 65,9% (257 persone) per le cure genitoriali (insieme delle dinamiche familiari), il 52,8% (206 persone)

Fig. 1 – Rappresentazione grafica delle credenze di attribuzione causale nello sviluppo del disagio psichico. Campione totale: 390



per la mancanza di supporto sociale (intesa come rete allargata oltre il nucleo familiare). Per il 26,4% (103 persone) un fattore decisivo è l'influenza del gruppo dei pari (amici e colleghi), mentre per il 24,4% (95 persone) lo è l'influenza dei mass media, ovvero il ruolo dei mezzi di informazione nella diffusione di stereotipi e pregiudizi in materia. Infine, solo il 10,5% (41 persone) attribuiscono la causa della malattia alla mancanza di auto-disciplina (intesa come mancanza di controllo e del rispetto delle norme sociali). Risulta significativo riflettere come l'importanza attribuita al ruolo dei fattori ambientali e genetici preannunci una riduzione del livello di stigma in quanto essi sono percepiti come meno controllabili e maggiormente in grado di far emergere empatia. Al contrario, il peso attribuito alla mancanza di auto-disciplina ne aumenta il livello in accordo alla letteratura (Bannatyne e Abel, 2015, citato in Caslini & Clerici, 2021 per quanto riguarda le credenze stigmatizzanti nei confronti dei disturbi del comportamento alimentare, anoressia nervosa e bulimia nervosa).

La seconda sezione dell'indagine – di approccio qualitativo – ha perseguito la finalità di indagare la conoscenza del fenomeno da parte degli assistenti sociali e il loro ruolo di contrasto sia a livello personale che nella pratica professionale: gli intervistati sono stati reperiti in

alcune delle articolazioni territoriali del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD)<sup>2</sup>

Per conoscere la rappresentazione del fenomeno oggetto di studio, è stato chiesto agli intervistati di riflettere su quali fossero le prime parole che evocassero in ognuno il concetto di stigmatizzazione. La parola "pregiudizio" è stata la più ripetuta (7/10 assistenti sociali), seguita da "discriminazione" (6/10 assistenti sociali), "paura" (6/10 assistenti sociali) e da "etichetta" (4/10 assistenti sociali), "evitamento" (4/10 assistenti sociali), "marchio" (3/10 assistenti sociali) e "isolamento" (3/10 assistenti sociali). Le restanti parole quali, ad esempio, "cicatrice", "nomea", "rifiuto", "discredito", "angolo" sono state citate una sola volta. Ciascuna di queste parole allude alla condanna che sono costrette a vivere le persone vittime di questo fenomeno. È stato chiesto, agli interlocutori, di dare un'attuale definizione del fenomeno della stigmatizzazione: il 100% del campione (10/10 intervistati) ha dato risposte esaurienti come quella riportata a seguire:

*“La stigmatizzazione della malattia mentale è quell’insieme di pregiudizi e stereotipi socialmente condivisi rispetto a quello che si pensa in merito alla malattia mentale. Nell’immaginario comune il «paziente psichiatrico standard» viene dipinto come una persona da cui stare alla larga perché imprevedibile, a volte anche pericolosa e violenta, che è dissociata dalla realtà. Questa immagine è un insieme di luoghi comuni che non tiene in*

---

2. I Centri Psico-Sociali (CPS) sono quelli istituiti presso le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) Valle Olona e Ovest Milanese. Nello specifico, la ricerca è stata condotta nei presidi di Busto Arsizio, Saronno, Somma Lombardo e Gallarate per l'ASST Valle Olona e in quelli di Cuggiono, Parabiago, Abbiategrasso, Legnano e Magenta per l'ASST Ovest Milanese selezionando un campione di dieci assistenti sociali attraverso il campionamento non probabilistico a scelta ragionata (Corbetta, 2014). Il criterio utilizzato per la selezione è stato il seguente: essere un'assistente sociale che opera nei CPS delle ASST di riferimento. Nello specifico sono state intervistate cinque assistenti sociali (5) che operano nell'ASST Valle Olona e altre cinque (5) appartenenti ai CPS dell'ASST Ovest Milanese. Il contatto con le prime è avvenuto telefonicamente oppure tramite e-mail con la finalità di presentare lo studio illustrandone gli obiettivi e richiedendo formalmente la partecipazione alla ricerca. Con le seconde, quanto sopra esplicitato è stato anticipato da un confronto in presenza al termine della riunione sulla residenzialità calendarizzata dal DSMD dell'ASST Ovest Milanese. Lo strumento di rilevazione utilizzato - l'intervista strutturata - ha permesso di tutelare la libertà di espressione dell'intervistato cogliendo le sue categorie mentali, le sue interpretazioni, le sue percezioni e i motivi delle sue azioni (Corbetta, 2014). La struttura dell'intervista è stata elaborata grazie ad una riflessione sugli item, raggruppati per domini, comunemente utilizzati negli strumenti per la valutazione dello stigma (Caslini e Clerici, 2021) e sull'obiettivo di co-costruire trasformazioni sociali inclusive dell'Agenda Globale 2020-2030 delle professioni sociali (Campanini & Sanfelici, 2022). Il tempo di somministrazione è stato di circa un'ora per ciascuna intervista.

*considerazione il fatto che la malattia mentale ha differenti sfaccettature e si può manifestare con sintomatologia differente. Tale immagine ha come diretta conseguenza anche un determinato comportamento, alimentato da sentimenti di vergogna, paura e incomprensione, da parte delle persone che, in diverse occasioni, interagiscono con persone affette da patologie psichiatriche”.*

Tra le tipologie di stigma citate dagli intervistati le più ricorrenti sono l'auto-stigma (5/10 AS intervistati), accompagnato dallo stigma sociale (5/10 intervistati) e dallo stigma istituzionale (3/10 intervistati) come visibile dalle seguenti testimonianze:

*“Può risultare complicato il lavoro sociale con persone che hanno interiorizzato lo stigma perché faticano ad essere promotori di cambiamento a causa della loro stessa applicazione delle convinzioni negative diffuse”.*

*“Lo stigma sociale è quotidianamente visibile nell'esclusione del soggetto portatore di vulnerabilità dalle realtà sociali del territorio di appartenenza”.*

*“Di frequente, lo stigma istituzionale si esplicita in leggi o normative/interpretazioni come la seguente: in ATS (Agenzia di Tutela della Salute) non è stato possibile attivare progetti attingendo a fondi del “Dopo di Noi” per persone con solo patologia psichica nonostante i requisiti prevedessero esclusivamente presenza di handicap gravissimo accertato ai sensi della Legge 104 articolo 3, comma 3”.*

Solo il 10% del campione (1/10 intervistati) non è riuscito a fornire una risposta alla domanda che indagava la conoscenza dei professionisti in merito alle tipologie prevalenti di stigma pronunciando la seguente risposta: *“Non comprendo la domanda quindi non me la sento di dare una risposta”.*

Al contrario degli esiti prodotti dal questionario, dalle interviste condotte nei Centri Psico-Sociali, sono emersi risultati sostanzialmente sfavorevoli in merito ai temi indagati; nello specifico, 10/10 assistenti sociali (100% del campione) hanno dichiarato che la maggior parte delle persone prese in carico presso ciascun Servizio sono vittime di stigmatizzazione nel contesto all'interno

del quale vivono. Questo dato è stato confermato in numerosi studi – focalizzati soprattutto su depressione maggiore, schizofrenia e disturbo bipolare – che hanno evidenziato il grado di stigma che continua ad affiancare le patologie psichiatriche (Angermeyer, Dietrich, 2006, citati in Caslini & Clerici, 2021; Angermeyer et al., 2013, citati in *Ibidem*). Gli atteggiamenti stigmatizzanti sono presenti e diffusi nella Società come hanno affermato anche altri autori quali, ad esempio, Griffiths et al. (2006, citati in *Ibidem*).

Le implicazioni connesse al problema dello stigma sembrano generare effetti sul piano personale, sociale e della salute pubblica; in particolar modo vengono coinvolti i rapporti interpersonali, la mobilità, l'occupazione, l'accesso alle cure, l'istruzione, il tempo libero e la partecipazione sociale. Nella pratica professionale, la figura dell'assistente sociale entra quotidianamente in contatto con le aree sopra citate divenendo – in tal modo – una testimone privilegiata delle conseguenze dello stigma sulle persone. 4/10 partecipanti (40% del campione) hanno riportato come, spesso, alcune persone faticano ad accedere a cure di qualsiasi tipo – come riscontrato negli studi di Corrigan e Watson (2002) – in quanto la patologia psichiatrica viene percepita in maniera totalizzante e viene semplificata la sintomatologia espressa. La persona viene ritenuta pigra e indolente come dimostrato dalla seguente dichiarazione:

*“Quando un soggetto psichiatrico si reca in Pronto Soccorso per un problema fisico accade che quest'ultimo viene sottovalutato proprio a causa della patologia psichiatrica da cui è affetto che risulta come prevalente”.*

6/10 assistenti sociali hanno esplicitato come l'area del funzionamento umano all'interno della quale si hanno maggiori ripercussioni sia quella lavorativa, come riportato di seguito:

*“Nel contesto lavorativo, prima ancora di conoscere la persona, emerge timore e rifiuto; in seguito, quando la persona viene meglio conosciuta ed emergono capacità e risorse, lo stigma può venir meno...”.*

“...Ci è capitato, in diversi casi, che all'ultimo momento non si conclude un'assunzione senza specificare una motivazione, per cui si può ipotizzare che la patologia del soggetto ha influito su tale decisione”.

Questi dati trovano conferma in diversi studi quali, ad esempio, quelli di Spinelli (1996) e nel rapporto intitolato: “*Mental Health at Work Report 2017. National Employee Mental Wellbeing Survey Findings*” (Organizzazione Internazionale del Lavoro – ILO, 2017). Quest'ultimo ha evidenziato come, all'interno delle aziende degli Stati membri dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), meno del 25% dei manager riceva una formazione in materia di salute mentale per i propri lavoratori e che il 15% dei dipendenti che hanno deciso di dichiarare di avere un problema di salute mentale sono stati penalizzati attraverso procedure disciplinari, declassamenti e licenziamenti. Nello specifico, il 50% del campione indagato in questa indagine (5/10 partecipanti) ha precisato come la stigmatizzazione – di frequente – venga messa in atto dai Servizi e dagli operatori stessi che, al contrario, dovrebbero favorire l'inclusione delle persone con patologie psichiche. Quanto rilevato è stato confermato dagli studi sullo *Stigma iatrogeno* di Baranzini (2005, citato in Barbona & Camuccio, 2021), Ferrara (2010) e Pingani et al. (2021). Questa tipologia di stigma è presente nei professionisti che operano all'interno dei Servizi di salute mentale, ma anche in molti operatori che lavorano nel sociale, come si evince dai seguenti esempi:

“Di frequente, si percepisce la «fragilità» dei contesti e degli enti esterni ad accogliere le persone con una diagnosi psichiatrica. Un esempio pratico: il Servizio di Integrazione Lavorativa (SIL) richiede che il CPS dia delle garanzie nel momento in cui la persona viene segnalata da un servizio che non sia il CPS”.

“Un esempio: una persona presa in carico al servizio ha intrapreso un percorso con il Centro per l'Impiego (CDI) e la collega di quel servizio mi ha contattata per chiedermi

se fosse opportuno che desse alla persona informazioni in merito alla Legge 68. Credo che la professionista del CDI abbia avuto paura che un suo intervento «sbagliato» potesse scatenare «qualcosa» all'interno della persona”.

“Il soggetto con una diagnosi psichiatrica, magari anche solo in anamnesi, fatica ad essere accettato in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) e in una Struttura riabilitativa; in caso di rinnovo della patente vengono continuamente richieste certificazioni specialistiche, anche se magari ha solo dichiarato, in una breve fase della vita, di avere assunto un ansiolitico...”.

“Mi è capitato più volte di accompagnare fisicamente i malati agli Sportelli territoriali per poter accedere ai loro diritti in quanto l'operatore, a volte anche il collega, chiedevano la presenza dell'assistente sociale o dello psichiatra quale garante della non violenza della persona o comunque come «traduttore»”.

3/10 intervistati (30% del campione) hanno dichiarato che il Servizio all'interno del quale lavorano ha favorito pratiche discriminatorie o stigmatizzanti nella “gestione di situazioni complesse” o “in presenza di importanti problematiche sociali in parte anche connesse alla patologia mentale” non considerando i desideri della persona, la sua centralità nella progettazione dell'intervento e “rapportandosi con atteggiamenti buonistici nei suoi confronti, ignorando la sua intelligenza o le abilità residue e avendo come riferimenti norme e diagnosi spesso utilizzate come semplificazione di realtà umane molto più complesse”. Quest'ultimo operatore ha sottolineato la necessità di lavorare all'interno di un setting adeguato affinché venga garantita la privacy del soggetto come disciplinato dall'articolo 32<sup>3</sup> del Codice Deontologico della professione (CNOAS, 2023).

Come evidente in letteratura, l'attuale fenomeno della stigmatizzazione della malattia mentale ha origini nel nostro passato; 10/10 intervistati (100% del campione) hanno esplicitato come l'istituzione totale del manicomio

3. Art. 32, Codice Deontologico, TITOLO IV, Capo II - Principi generali della professione: vedi bibliografia.

– definito spesso “*contenitore della diversità*” – abbia contribuito a diffondere all’interno della collettività la non comprensione e l’evitamento dei malati, come mostra la seguente testimonianza:

*“Per tanto tempo si è pensato che il modo di occuparsi del malato mentale fosse legato al tenerlo fuori dal contesto sociale per un discorso di sicurezza e controllo sociale, prima di tutto, e poi per la cura; questo ha influito nel diffondere l’idea che tali persone non fossero adatte a vivere nella società in quanto pericolose e quindi da ghettizzare”.*

All’interno di 10/10 interviste (100% del campione) è emerso il ruolo preponderante del Servizio Sociale per il contrasto al fenomeno indagato, dove gli obiettivi dell’agire sociale sono: “*sviluppare una maggiore accettazione della malattia mentale*”, “*favorire l’inclusione e il dialogo*”, “*creare opportunità*” e “*svolgere un lavoro politico*”; queste sono state le locuzioni maggiormente citate dagli interlocutori. “*Lavorare in psichiatria mi ha permesso di avere una mente aperta e flessibile al di là del mio sistema valoriale*”: è con questa frase che un’intervistata ha risposto alla domanda che indagava l’entrata in contatto con situazioni o soggetti che portano il professionista a scontrarsi con stereotipi e pregiudizi insiti nella sua persona o tematiche poco affini al suo sistema valoriale. Quanto sopra descritto rappresenta una delle sfide più affascinanti che deve affrontare l’assistente sociale che lavora nei Servizi di salute mentale: la continua presa di coscienza del proprio sistema valoriale e la riflessione sulla pratica professionale. 10/10 partecipanti (100% del campione) hanno dichiarato di avere/avere avuto dei pregiudizi o essersi scontrati con situazioni che hanno smosso i propri valori. Le strategie attuate nella pratica – che accomunano la maggior parte dei professionisti – sono le seguenti: “*leggere il comportamento o l’atteggiamento secondo un inquadramento diagnostico*”, “*confrontarsi con le altre colleghe o con i membri dell’équipe*”, “*partecipare alla supervisione*”, “*attuare un ascolto attivo e non giudicante*” o “*pensare la persona come capace di autodeterminarsi*”. Tali strategie

hanno la finalità di prendere coscienza del pregiudizio ed arginare il giudizio. I dati rilevati trovano conferma negli studi di Schön (1993, citato in Sicora, 2005) e Riva (2010) in merito all’importanza della riflessività critica del professionista, mentre in relazione al Codice Deontologico della professione (CNOAS, 2023) – circa la rilevanza del confronto interprofessionale – la seguente testimonianza cita:

*“Alcune volte, i professionisti del servizio (tra cui io) ragioniamo sul «pregiudizio» che si può creare rispetto ad una situazione; sono condizioni che però si superano in équipe nel confronto con gli altri operatori”.*

Vi sono studi di diversi autori quali, ad esempio, Civenti e Cocchi (1994; 1997) o Luppi et al. (2018) che evidenziano il ruolo imprescindibile dell’équipe all’interno dei Servizi di salute mentale. In materia di supervisione, la Legge n. 234 del 2021 ha introdotto la supervisione del personale dei Servizi sociali come Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS). Quest’ultima rappresenta uno strumento di supporto all’agire dell’operatore mediante una riflessione guidata sulla problematica dello stigma ed il confronto di gruppo sulla complessità dell’operatività che coinvolge il professionista. Il processo sopra descritto permette di avere un accompagnamento nel pensiero e di ricollocare l’azione secondo uno spirito critico e di ricerca grazie all’analisi sia della metodologia utilizzata che della dimensione emotiva (Pesaresi, 2024). Risulta interessante portare alla luce come, in diversi momenti delle interviste, 5/10 assistenti sociali (50% del campione) abbiano espresso una indicazione in merito alla loro volontà di voler dedicare un tempo maggiore alla riflessione, ma questo desiderio è costretto a scontrarsi con la carenza di risorse destinate a questo ambito, con l’elevata mole di lavoro che caratterizza i Servizi socio-sanitari (Sicora, 2005; Fazzi, 2015) e con la tendenza alla burocratizzazione degli interventi che causano la trasformazione del professionista in un operatore dal profilo burocratico (Fargion, 2013) come si evince dalle testimonianze a seguire:

*“...Questo perché c’è molto turn-over nei servizi e, inoltre, perché gli aspetti amministrativi e burocratici del lavoro territoriale in psichiatria sono massivi. Credo, tuttavia, che la complessità inequivocabile del sistema del pubblico sia un ostacolo alla riflessione e all’approfondimento di aspetti della cura e della riabilitazione del soggetto. Con la persona con patologia psichiatrica la relazione di aiuto si svolge longitudinalmente nel tempo; oggi invece trovo una mentalità più prestazionale e veloce e, quindi, si fatica ad intraprendere percorsi di questo tipo”.*

*“Io credo che gli operatori della salute mentale si trovino ad affrontare situazioni molto complesse e frustranti, con carenze di risorse e di momenti di pensiero e confronto; quindi, nell’ottica della semplificazione, si tende a ragionare per macrocategorie. Queste «macrocategorie» possono essere la famiglia, le regole di sistema dei servizi della psichiatria, le diagnosi e in questo modo non si lascia spazio all’ascolto e alla valutazione effettiva dei bisogni della persona malata”.*

Solo 2/10 assistenti sociali (20% del campione) hanno dichiarato che i professionisti che operano nei Servizi di salute mentale hanno una corretta formazione che permette loro di superare la discriminazione e favorire l’inclusione delle persone che ne soffrono. I restanti partecipanti (80% del campione), invece, hanno esplicitato come la scarsa formazione ed informazione lasci, in tal modo, prevalere i “fattori personali nella lettura della realtà” ed i pregiudizi associati. I professionisti tendono ad estendere questi ultimi anche alla famiglia del soggetto; lo dimostrano 6/10 testimonianze, dove è stato affermato che – in determinate situazioni – risulta difficoltoso riuscire a vedere nelle persone e nelle loro famiglie le risorse per promuovere percorsi di miglioramento del loro stato perché, spesso, il sistema famiglia viene considerato – a priori – una con-causa delle problematiche della persona che ha una malattia mentale. Nello specifico, l’estensione della stigmatizzazione anche al nucleo familiare del soggetto “si riconosce nei modi di dire e negli atteggiamenti”: “...Quante volte ci è capitato di

*dire: «...eh con una famiglia così...»”. I dati rilevati trovano conferma negli studi di Goffman (citato in Pingani et al., 2021) in merito al courtesy stigma. Fontana (1997) ha affermato che il Servizio Sociale nell’ambito della salute mentale deve porsi l’obiettivo di individuare strategie e modelli operativi che consentano di contrastare la stigmatizzazione e i processi di cronicizzazione istituzionale della sofferenza psichica. I risultati di questa indagine ne danno riscontro: nello specifico, 8/10 interlocutori (80% del campione) hanno espresso che non hanno un unico modello teorico-operativo ma fanno riferimento prevalentemente a più modelli, tra cui al “lavoro di rete”, al “modello sistemico-relazionale” e all’ “approccio centrato sulla persona”, come qui dichiarato:*

*“Risulta essere di fondamentale importanza conoscere il contesto in cui la persona è inserita, le dinamiche presenti e come queste influiscono sul funzionamento della persona. Lavorare con la rete (primaria e secondaria) della persona può incidere in modo importante sul benessere del soggetto, favorendo una buona riuscita del percorso di cura, rappresentando, anche per i servizi, una risorsa”.*

*“Spesso si crede che, se all’interno di una famiglia sia presente una persona con una diagnosi psichiatrica allora tutta la famiglia diventa automaticamente «pazza». Gli operatori che operano in questo campo dovrebbero avere le competenze per andare oltre il retaggio culturale diffuso ed analizzare le dinamiche disfunzionali presenti all’interno del nucleo del malato in un’ottica sistemica”.*

*“Coinvolgo la persona in ogni processo del progetto che la riguarda, che viene definito con la stessa e successivamente coi familiari (ove consentito). Dapprima conoscendola approfonditamente per capire quale è il suo schema valoriale e quali sono le sue aspettative e, successivamente, riflettendo con lei sulle possibili risorse da attivare e sui possibili interventi da mettere in atto”.*

Con la finalità di tradurre in pratica gli assunti alla base di questi modelli ed operare attraverso un Servizio Sociale “Anti-Opressivo” (Allegrì & Sanfelici, 2023), il professionista agisce secondo un’ottica trifocale (Gui,

2008; Campanini, 2013; Allegri, 2015), come dimostrato dagli intervistati. Nello specifico, 10/10 interlocutori (100% del campione) hanno esplicitato come tendano a concentrarsi maggiormente sul lavoro a livello micro, ovvero nel lavoro con le persone in termini di *“attenzione al tempo dedicato”*, alla *“chiarezza delle informazioni fornite”* e al *“rispetto della privacy e della sua autodeterminazione”* come sancito dal Codice della professione (CNOAS, 2023). Un assistente sociale ha affermato, inoltre, che cerca di arginare la patologizzazione della malattia attraverso la messa in atto di un ascolto empatico e di un atteggiamento normalizzante:

*“Per tradurre nella pratica la giustizia sociale e l’inclusione, ad esempio, rifletto con la persona sui percorsi positivi e sull’impegno impiegato nell’affrontare il disagio mentale e il bisogno di far parte di una comunità. Evidenziando anche che alcuni aspetti del disagio (ansia, depressione, difficoltà relazionali, ecc.) possono far parte della vita di tutti, in momenti di difficoltà”.*

L’attenzione alla persona e la sua messa al centro si traduce, ad esempio, nel:

*“Favorire percorsi individualizzati e condivisi con il soggetto dove gli obiettivi vengono individuati congiuntamente e non calati dall’alto dal servizio”.*

*“Favorire la sua autodeterminazione nel processo di aiuto, sostenendola nel superamento degli ostacoli che spesso sono generati dalle amministrazioni”.*

*“Aumentare la capacità dell’individuo di essere protagonista della sua vita e di potersi esprimere come persona, accedendo a servizi, diritti e opportunità di socialità. Quindi nel pratico, due esempi: è anti-oppressivo, per me, aiutare una persona a fare la SPID perché questo nuovo sistema di autenticazione digitale crea un divario tra le persone; è anti-oppressivo organizzare un incontro tra AUSER (Associazione per l’Autogestione dei Servizi e la Solidarietà) e un gruppo di persone affinché questa associazione possa presentare quali corsi per il tempo libero sono da loro organizzati”.*

È risultato interessante come 3/10 assistenti sociali

(30% del campione) abbiano portato alla luce l’importanza dell’utilizzo di un linguaggio anti-oppressivo e non stigmatizzante grazie ad una profonda riflessione sulla terminologia impiegata: quest’ultima dovrebbe essere messa in atto con qualsiasi persona, indipendentemente dal fatto che abbia una vulnerabilità psichica. Quanto sopra esplicitato è determinato dal fatto che il linguaggio è un modo attraverso il quale ogni assistente sociale esprime il suo operato ed è un elemento che può fare discriminare (Carofiglio, 2021).

Il professionista non può prescindere dal contesto sociale all’interno del quale è inserita la persona; a livello intermedio, il contrasto al fenomeno dello stigma avviene attraverso un lavoro di rete, di sensibilizzazione, di informazione, di “normalizzazione” e di advocacy, come dimostrato da alcune testimonianze:

*“Ogni azione che viene svolta può avere un valore psicoeducativo; quindi, credo sia importante per l’assistente sociale avere l’intenzione di svolgere un lavoro politico. Dal colloquio con il volontario dei trasporti, all’incontro con il Patronato, alla rete con il Sindaco, alla mail con l’INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) e molte altre occasioni sono opportunità per far passare all’interlocutore che la persona che viene supportata dal CPS è un soggetto di diritto, con idee e desideri”.*

*“Nel mio piccolo cerco, su singole situazioni, di spiegare ad altri professionisti perché alle persone con patologie mentali debbano essere garantiti gli stessi diritti di altri cittadini/residenti”.*

*“Nella nostra esperienza di servizio ci sono state delle occasioni: ad esempio, la partecipazione a manifestazioni culturali/socializzanti, il sostegno all’attivazione di un’associazione di persone con patologie psichiche inserita nel territorio e la collaborazione col terzo settore che hanno permesso di favorire dei percorsi di inclusione nella società”.*

Solo 3/10 intervistati (30% del campione) hanno dichiarato di avere difficoltà a tradurre – nella pratica – i processi di revisione sulle buone pratiche all’interno della propria organizzazione di appartenenza a causa di

un'insufficienza di tempo a disposizione per dedicarsi al fronteggiamento di queste problematiche e per il fatto che l'unico problema percepito nel Servizio risulta la carenza del personale socio-sanitario (in particolare quello medico). Infine, 10/10 assistenti sociali (100% del campione) hanno sottolineato l'importanza dell'azione anche di altri professionisti nel ricoprire un ruolo chiave di contrasto al fenomeno indagato come riporta la testimonianza a seguire:

*“È necessario un lavoro continuativo di manutenzione della rete e delle reciproche informazioni rispettando i vari contesti lavorativi e obiettivi di ogni ente”.*

Nello specifico, le figure professionali maggiormente citate e che è opportuno risultino coinvolte sono le seguenti: “psichiatri”, “psicologi”, “tecnici della riabilitazione psichiatrica”, “educatori”, “infermieri”, “operatori socio-sanitari” ma anche tutte le “associazioni di familiari e di persone con malattia” ed i rispettivi “volontari”. Il 50% del campione (5/10 intervistati) ha esplicitato la rilevanza del ruolo degli enti pubblici e delle istituzioni affinché venga attuato un lavoro sinergico di contrasto attraverso uno stanziamento di fondi per la progettualità a favore dei giovani e della popolazione. 4/10 assistenti sociali hanno dichiarato come risultino necessari interventi rivolti alla popolazione giovanile soprattutto all'interno delle scuole, come ha affermato l'interlocutore che segue:

*“È importante la formazione scolastica superiore per sensibilizzare gli alunni al tema della salute mentale e dello stigma presente. Negli anni passati il nostro servizio ha partecipato a dei progetti di sensibilizzazione nelle scuole e nei periodi a seguire era stato riscontrato un leggero incremento degli accessi al servizio anche solo per avere maggiori informazioni in materia”.*

4. In conclusione, è possibile affermare come il livello di opinioni stigmatizzanti verso il disturbo mentale tra la popolazione indagata risulti in generale basso. I dati

rilevati da questa indagine forniscono informazioni importanti sui gruppi target cui rivolgersi per la costruzione di interventi preventivi e anti-stigma con la finalità di aumentare le conoscenze in materia e sensibilizzare alla richiesta dei trattamenti. I risultati del questionario rivolto alla popolazione sono risultati però divergenti da quelli ottenuti nelle interviste agli assistenti sociali che hanno testimoniato, invece, la presenza di stigma nei confronti di chi è portatore di una vulnerabilità psichica. In relazione alle opinioni degli AS, non sono state rilevate discrepanze sostanziali tra i due differenti ambiti territoriali (ASST Ovest Milanese e ASST Valle Olona) in termini di informazione, conoscenza del fenomeno indagato e strategie di fronteggiamento. In più, gli esiti sono risultati omogenei con la tematica indagata in letteratura cogliendo il carattere inscindibile della disciplina teorica e pratica che caratterizza il lavoro sociale (Fontana, 1997; Canevini & Neve, 2017; articolo 4<sup>a</sup> del Codice Deontologico; CNOAS, 2023).

Risulta inevitabile, pertanto, considerare l'Assistente Sociale come un soggetto sociale portatore di strutture di senso ed immerso in una realtà densa di rappresentazioni sociali che, a loro volta, influenzano il suo modo di pensare e la pratica professionale (Fontana, 1997). Ne deriva, quindi, la necessità che questo operatore sviluppi una riflessività nei confronti di sé stesso sia come professionista che come teorico della professione. Fino a quando – all'interno dell'immaginario collettivo – la persona portatrice di sofferenza psichica verrà descritta attraverso stereotipi e pregiudizi, continuerà a rimanere elevato il rischio di perpetuare discriminazioni, esclusione e abbandono a suo carico. In tal senso, la categorizzazione e l'etichettamento – se non superati – rischiano di escludere definitivamente tali soggetti dal riconoscimento dei loro diritti e, conseguentemente, dall'accesso a diritti umani, sociali, politici e civili che sono stati formalmente riconquistati a seguito della chiusura dell'istituzione ma-

4. Art. 4, Codice Deontologico, TITOLO II - Principi generali della professione: vedi bibliografia.

nicomiale. La percezione di queste persone esclusivamente come “malati mentali” – piuttosto che come “cittadini” – influisce ancora notevolmente nella pratica del lavoro sociale, in particolare nella creazione di una relazione di fiducia, nel reperimento e nell’attivazione delle risorse necessarie nel processo di accompagnamento e nel rapporto con la rete sociale e istituzionale di riferimento. Per le motivazioni sopra descritte, la lotta contro lo stigma ricopre un ruolo di notevole importanza nella realtà del lavoro sociale svolto nell’ambito della salute mentale e non solo (Agrimi & Mencacci, 2003). Dall’indagine è emersa anche la necessità di un’azione congiunta attraverso la creazione di una vera e propria rete di attori che si impegnino nella continua diffusione di informazioni e sensibilizzazione sul territorio, rivolta soprattutto alle fasce più giovani della popolazione. Sembra opportuno, allora, citare in conclusione una frase – spesso pronunciata nell’ambito dei CPS lombardi con la finalità di responsabilizzare i professionisti che vi operano – che si declina in questo modo: “*Avere avuto contatti con la psichiatria in anamnesi non è diverso dall’aver avuto un’influenza, o dalla frattura di un osso. A volte le persone si rivolgono alla psichiatria per un problema momentaneo, che poi viene risolto, o per un problema più complesso che però può benissimo essere controllato e gestito. La stessa persona può avere problemi relazionali, comportamentali, lavorativi, legali o di altro tipo che non hanno nulla a che fare con il motivo di accesso alla psichiatria. Spesso, però, chi viene a sapere che la persona ha avuto accesso alla psichiatria, la considererà per sempre un «paziente psichiatrico» e questo non è corretto*”. Affinché quanto testé affermato sia modificabile concretamente nella pratica, risulta imprescindibile creare consapevolezza, investire in Servizi più accessibili e di qualità migliore, avere maggiori risposte a livello legislativo e politico, mettere in atto interventi di sensibilizzazione e divulgazione, nonché tutelare diritti e autodeterminazione delle persone direttamente interessate dal problema. Risulta necessario, altresì, che il professionista rimanga sempre

vigile sulla possibilità di riproduzione, trasmissione e perpetuazione – nella pratica quotidiana – di tutti i codici sociali e delle strutture di rilevanza cui egli stesso fa riferimento in maniera più o meno consapevole. Su questo scenario, solo un lavoro auto-riflessivo (Fontana, 1997) colloca il contributo del Servizio Sociale all’interno di un progetto di implementazione delle politiche sociali che possa arrivare ad interessare sia il livello normativo che quello operativo: forse sul piano normativo vi sono oggi ancora scarse indicazioni per i professionisti, ma l’operare attraverso la sensibilizzazione e mediante interventi sul territorio permette l’apertura verso nuovi scenari di programmazione all’interno dei quali declinare valori, principi e ruolo dell’agire professionale (Civenti & Cocchi, 1997). L’alfabetizzazione in materia di salute mentale (Jorm et al., 1997, citato in Caslini & Clerici, 2021; Jorm, 2012, citato in Ibidem) è dunque il vero e proprio ampliamento del concetto di “cultura della salute” e risulta fondamentale nella richiesta d’aiuto ai Servizi, sia a livello sociale che sanitario, da parte delle persone con il più ampio e diversificato livello di vulnerabilità. L’alfabetizzazione in materia di salute mentale concerne, infatti, non solo la conoscenza e le credenze relative ai disturbi mentali ma, nello specifico, il riconoscimento, la gestione e l’informazione complessiva sui fattori di rischio, sulle disponibilità di trattamenti o sui pregiudizi che possono condurre ad esperienze di discriminazione e stigmatizzazione auspicando una costante e, possibilmente, duratura opera di messa al centro della persona sul e con il territorio.

---

AFFERENZA DELL' AUTORE

\* *Università degli Studi Milano Bicocca*

CORRISPONDENZA

*giusi\_figliano@asst-pavia.it*

## BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

1. Agrimi, E. & Mencacci, C. (2003), *Vademecum per operatori della salute mentale. La schizofrenia*, Roma: CIC Edizioni Internazionali.
2. Allegri, E. & Sanfelici, M. (2023), "La prospettiva anti-oppressiva nel servizio sociale: esercizi di applicazione", *La Rivista di Servizio Sociale*, vol. 1, pp. 10-21.
3. Allegri, E. (2015), *Il servizio sociale di comunità*, Roma: Carocci Faber.
4. Associazione Internazionale delle Scuole di Servizio Sociale - IASSW (2018), *Dichiarazione dei Principi Etici del Servizio Sociale mondiale* (trad. it. Carlo Soregotti), <<https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2019/03/Italian-version-of-Ethical-principles-in-Global-SW-2018.pdf>> (Ultima consultazione: 04/06/2024).
5. Associazione Internazionale delle Scuole di Servizio Sociale e Federazione Internazionale degli Assistenti Sociali (2014), *Definizione internazionale di Servizio Sociale* (trad. it. Alessandro Sicora), <[https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw\\_13127-9.pdf](https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_13127-9.pdf)> (Ultima consultazione: 04/06/2024).
6. Barbona, A. & Camuccio C.A. (2021), "La valutazione dello stigma implicito ed esplicito nei professionisti della salute mentale e negli studenti di infermieristica", *Journal of Health Care Education in Practice*, vol. 3, pp. 53-62.
7. Bruschetta, S., Frasca, A. & Barone, R. (2016), "Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented", *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 13, pp. 1-12.
8. Campanini, A. (2013), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Roma: Carocci Faber.
9. Campanini, A. (a cura di) (2020), *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Roma: Carocci Faber.
10. Campanini, A. & Sanfelici, M. (2022), "L'Agenda Globale delle professioni sociali", in *Promuovere le relazioni umane e la giustizia sociale. Contributi all'International Conference Social Work Education and Social Development*, pp. 9-18 (a cura di A. Campanini e M. Sanfelici), Milano: Franco Angeli.
11. Canevini, M. & Neve, E. (2017), *Etica e deontologia del servizio sociale*, Roma: Carocci Faber.
12. Carofiglio, G. (2021), *La nuova manomissione delle parole*, Milano: Feltrinelli.
13. Carozza, P. (2021), "Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità", *Journal of Health Care Education in Practice*, vol. 3, pp. 15-26.
14. Caslini, M. & Clerici, M. (2021), *Stigma e salute mentale*, Università degli Studi di Milano-Bicocca.
15. Civenti, G. & Cocchi, A. (1994), *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, Roma: NIS.
16. Civenti, G. & Cocchi, A. (1997), "Lo spazio dell'assistente sociale nei servizi di salute mentale", in *La salute mentale e il servizio sociale*, pp. 145-155 (a cura di L. Sanicola, 1997), Napoli: Liguori.
17. Consiglio Nazionale Ordine degli Assistenti Sociali - CNOAS (2023), *Codice Deontologico dell'Assistente Sociale*, Roma.
18. Consiglio Regionale della Lombardia Ordine degli Assistenti Sociali - CROAS (2021), *Il servizio sociale professionale in sanità e la funzione di case management*, Milano.
19. Corbetta, P. (2014), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Milano: Il Mulino.
20. Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002), "Understanding the impact of stigma on people with mental illness", *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, vol. 1, pp. 16-20.
21. Fargion, S. (2013), *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*, Roma: Carocci Faber.
22. Fazzi, L. (2015), *Servizio sociale riflessivo. Metodi e tecniche per gli assistenti sociali*, Milano: Franco Angeli.
23. Ferrara, M. (2010), "Sulla particolarità dello stigma legato alla malattia mentale", *Io infermiere*, vol. 1, pp. 23-26.
24. Fontana, E.M. (1997), "Il disagio psichico: problemi di interpretazione per il servizio sociale", in *La salute mentale e il servizio sociale*, pp. 32-44 (a cura di L. Sanicola, 1997), Napoli: Liguori.
25. Frush, B.W. (2017), "To Those <Out There>", *Jama-Journal of the American Medical Association*, vol. 318, pp. 1107-1108.

26. Goffman, E. (2003), *Stigma: l'identità negata*, (a cura di C. Marutti), Verona: Ombre Corte.
27. Guay, J. (1997), "Il modello di «case management» comunitario", in *La salute mentale e il servizio sociale*, pp. 193-221 (a cura di L. Sanicola, 1997), Napoli: Liguori.
28. Gui, L. (2008), "Tre committenti per un mandato", in *Il servizio sociale trifocale*, pp. 169-186 (a cura di F. Lazzari, 2008), Milano: Franco Angeli.
29. Lasalvia, A. & Tansella, M. (2008), "Combattere la discriminazione e lo stigma verso le persone con disturbi", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 17, pp. 1-9.
30. Legge 30 Dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (Pubblicata in *Gazzetta Ufficiale* 31 Dicembre 2021, n. 310).
31. Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C. & Collins, P.Y. (2004), "Measuring mental illness stigma", *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, pp. 511-541.
32. Luppi, M., Bregantini, A., Maiocchi, A. & Mariani, L. (a cura di) (2018), *Sguardi sul servizio sociale. Esperienze e luoghi di una professione che cambia*, Milano: Franco Angeli.
33. Messina, M., Capparelli, T., Giannetti, C., Scia, S. & Langella, C. (2021), "Rappresentazione sociale della malattia mentale: una breve review sul ruolo dei mass media", *Phenomena Journal*, vol. 4, pp.19-28.
34. Ministero della Salute (2020), *Fatti e Cifre contro lo stigma*, Roma: Pierrestampa.
35. Organizzazione Internazionale del Lavoro - ILO (2017), *Mental Health at Work Report 2017. National Employee Mental Wellbeing Survey Findings*, Ginevra.
36. Pesaresi, F. (2024), LEPS: La supervisione del personale dei servizi sociali, *Welforum* <<https://www.welforum.it/leps-la-supervisione-del-personale-dei-servizi-sociali/>> (Ultima consultazione: 19/07/2024).
37. Pingani, L., Reali, G. & Carozza, P. (2021), *Lo stigma associato alla malattia mentale: Tipologie, conseguenze e strategie per contrastarlo*, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 145, pp. 133-158.
38. Raineri, M., Calcaterra, V. (2017), "Riconoscere e contrastare le discriminazioni nel lavoro sui casi. Per un social work anti-oppressivo", *Lavoro Sociale*, vol. 17, pp. 95-112.
39. Riva, V. (2010), "L'uso consapevole di sé", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, vol. 1, pp. 16-18.
40. Sanfelici, M. (2017), *I modelli del servizio sociale. Dalla teoria all'intervento*, Roma: Carocci Faber.
41. Sicora, A. (2005), *L'assistente sociale «riflessivo»*, Lecce: Pensa Multimedia.
42. Spinelli, E. (1996), *Se il matto non sparisce...Dalla dipendenza all'interdipendenza nel lavoro dei servizi*, Milano: Franco Angeli.
43. Tajfel, H. (1999), *Gruppi Umani e Categorie Sociali*, Bologna: Il Mulino.

# La bellezza che cura: l'arte come strumento terapeutico

Falletti A.

## ABSTRACT

L'arteterapia è una forma di psicoterapia che utilizza attività creative come pittura, disegno, e scultura per promuovere la guarigione e il benessere mentale. Questo articolo esplora come l'arte, come strumento terapeutico, possa essere un mezzo efficace per il trattamento di disturbi psicologici come ansia, depressione e stress post-traumatico. In particolare, viene analizzato il valore dell'arteterapia nel contesto delle sfide psicologiche che la pandemia ha imposto a livello globale. Viene inoltre esaminato il ruolo dei caregiver creativi, che attraverso tecniche artistiche e di supporto emotivo, contribuiscono alla riabilitazione e alla crescita del paziente.

## INTRODUZIONE

La bellezza, come affermano poeti, filosofi e artisti, è una cura per l'anima. Fin dall'antichità, l'arte ha rappresentato un veicolo privilegiato per l'espressione dell'interiorità umana, e oggi più che mai viene riconosciuta come strumento terapeutico capace di accompagnare i percorsi di cura e di crescita emotiva. In particolare, il counselling e l'arteterapia si configurano come due approcci complementari che, integrando l'ascolto empatico e l'espressione creativa, possono sostenere il processo riabilitativo di chi affronta difficoltà psicologiche e relazionali.

## CHE COS'È IL COUNSELLING

Il counselling è una relazione d'aiuto che si fonda sull'ascolto attivo, sulla relazione empatica e sul supporto alla persona nel prendere consapevolezza delle proprie risorse interiori. Nato in ambito anglosassone, si è sviluppato come tecnica non direttiva in grado di accompagnare

individui o gruppi nel superamento di momenti critici, nella gestione delle emozioni e nella rielaborazione delle esperienze traumatiche.

## TECNICHE E PRATICHE DEL COUNSELLING NEGLI APPROCCI DI CURA

Le principali tecniche utilizzate nel counselling includono l'ascolto riflessivo, la riformulazione, il chiarimento e l'uso delle domande aperte. Tali strumenti si rivelano efficaci nel favorire una maggiore consapevolezza e nella costruzione di nuove modalità di pensiero e comportamento. Nei contesti sanitari e sociali, il counselling assume un ruolo fondamentale nel lavoro integrato con altri professionisti della cura.

## IL MAL DI VIVERE DEL POST-PANDEMIA: ANSIA E DEPRESSIONE

La crisi pandemica ha acuito stati d'ansia, depressione, isolamento e fragilità psicologica. Il "mal di vivere" che ne è derivato ha generato un bisogno diffuso di sostegno psicologico. In questo scenario, sia il counselling che l'arteterapia si sono dimostrati strumenti efficaci per aiutare le persone a ritrovare un equilibrio psico-emotivo.

## L'IMPORTANZA DEL CAREGIVER CREATIVO NEL PROCESSO RIABILITATIVO

La figura del caregiver creativo, capace di coniugare empatia e competenze espressive, risulta fondamentale nei contesti riabilitativi. Il caregiver non è solo colui che assiste, ma colui che crea uno spazio di senso, relazionale e simbolico, in cui la persona può esplorare la propria interiorità e rafforzare le proprie risorse.

Il ruolo dei caregiver creativi, che utilizzano l'arte e altre forme di espressione come supporto terapeutico, è diventato sempre più significativo nel processo di riabilitazione. Questi professionisti non solo si occupano del supporto pratico e fisico, ma contribuiscono a stimolare la resilienza psicologica dei pazienti. Le tecniche creative aiutano i pazienti a trovare nuovi modi per affrontare le difficoltà, a sviluppare maggiore

autoestima e a superare i traumi emotivi. Il caregiver creativo, utilizzando strumenti come la musicoterapia, l'arte visiva e la narrazione, aiuta a ridurre l'isolamento e a promuovere il benessere emotivo e fisico.

### **L'ARTETERAPIA: SIGNIFICATO, SCOPI E TECNICHE**

L'arteterapia è una pratica terapeutica che utilizza mezzi espressivi come pittura, disegno, scultura, fotografia e scrittura per stimolare la comunicazione e l'elaborazione emotiva. Tra gli scopi principali troviamo: facilitare l'espressione di emozioni difficili, favorire il benessere psicologico, promuovere l'autoconsapevolezza e facilitare il cambiamento. Il setting arteterapico prevede un ambiente protetto e non giudicante in cui la creatività può essere messa al servizio della cura.

### **L'ARTE COME STRUMENTO DI GUARIGIONE**

L'arte ha sempre avuto una valenza culturale e sociale nell'evoluzione dell'uomo, fungendo da veicolo di espressione, comunicazione e conoscenza. Più recentemente, l'arte è diventata un valido strumento terapeutico, utilizzato per promuovere il benessere psicologico ed emotivo. L'arteterapia si fonda sull'idea che l'espressione artistica possa aiutare gli individui a esplorare e comprendere meglio le proprie emozioni, ridurre lo stress e migliorare la qualità della vita. Diversi studi hanno dimostrato che il processo creativo attraverso l'arte può essere particolarmente utile nel trattamento di disturbi come depressione, ansia, disturbi post-traumatici e altre problematiche psicologiche.

L'arteterapia si fonda sulla creazione di uno spazio sicuro in cui il paziente può esprimere emozioni difficili da verbalizzare. Il lavoro con i colori, le forme, i suoni e i materiali offre un canale alternativo per esternare sentimenti complessi. Durante una sessione di arteterapia, l'individuo ha la possibilità di esplorare se stesso in modo profondo, e il terapeuta lo guida attraverso il processo per aiutarlo a riflettere su ciò che emerge. I benefici di tale approccio

sono documentati dalla ricerca scientifica: l'arte stimola il rilascio di endorfine, promuove la consapevolezza emotiva e la riflessione, oltre a ridurre l'ansia.

### **ARTETERAPIA E LA PANDEMIA**

I cambiamenti portati dalla pandemia di COVID-19 hanno avuto un impatto negativo sulla salute mentale di milioni di persone in tutto il mondo. Ansia, depressione e stress post-traumatico sono diventati disturbi prevalenti, amplificati dalla solitudine, dalle incertezze economiche e dalle limitazioni sociali imposte dal distanziamento. In questo contesto, l'arteterapia si è rivelata uno strumento utile per affrontare il dolore psicologico post-pandemico, offrendo un'opportunità di espressione e comprensione dei propri sentimenti di smarrimento e solitudine.

### **L'ARTETERAPIA NEI PERCORSI DI RESILIENZA**

L'arteterapia si inserisce efficacemente nei percorsi di resilienza, intesa come la capacità di affrontare e superare le avversità. L'atto creativo permette una rielaborazione simbolica dell'esperienza traumatica e rafforza la percezione del sé come soggetto attivo e capace di trasformazione. In situazioni di disagio psichico, disabilità o sofferenza profonda, l'arte può rappresentare un ponte tra mondo interno e mondo esterno.

### **FOLLIA E ARTE: L'ART BRUT E LA SUA IMPORTANZA CLINICA ED ESPRESSIVA**

L'Art Brut, concetto elaborato da Jean Dubuffet, comprende le opere di artisti outsider, spesso segnati da esperienze psichiatriche o sociali marginali. Questa produzione, libera da condizionamenti culturali e accademici, rappresenta una forma autentica e potente di espressione del mondo interiore. In ambito clinico, l'Art Brut viene valorizzato sia come strumento diagnostico sia come testimonianza dell'irriducibile creatività della mente umana, anche nella follia.

---

## **L'ESPERIENZA TRIESTINA NEL PROCESSO RIABILITATIVO**

Il modello di Trieste, fondato da Franco Basaglia, ha rappresentato una rivoluzione nel trattamento del disagio psichico, basata sull'apertura dei manicomi, sull'autonomia dell'utente e sull'inclusione sociale. In questo contesto, l'arte è stata usata come strumento di riappropriazione del sé e come pratica comunitaria per restituire voce, identità e dignità alla persona.

## **L'ESPERIENZA DELLE MICROAREE**

Le microaree triestine rappresentano un esempio virtuoso di prossimità terapeutica, dove operatori, cittadini e pazienti collaborano nella costruzione di una rete sociale di cura. L'arte, in questi contesti, diventa linguaggio comune, laboratorio di relazioni, mezzo per rigenerare legami sociali e identità personali.

## **CONCLUSIONI: LA BELLEZZA CHE CURA**

La bellezza, intesa sia in senso estetico sia simbolico, può essere un potente agente terapeutico. La dualità tra ordine apollineo e caos dionisiaco, come descritto da Nietzsche, testimonia la molteplicità delle vie con cui l'arte può toccare, smuovere e guarire. La sinergia tra counselling e arteterapia si configura così come una risposta integrata al malessere contemporaneo, capace di sostenere la resilienza e la fioritura dell'individuo.

## **RINGRAZIAMENTI**

Ringrazio le équipes multidisciplinari che ogni giorno integrano pratiche di cura con sensibilità estetica e umana.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE

*DSM asugi giuliana – isontina*

CORRISPONDENZA

*[falletti67@gmail.com](mailto:falletti67@gmail.com)*

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Brown, F., *L'arteterapia nel trattamento dei disturbi psichiatrici*. Psychiatric Journal, 2015; 39: 58-63.
2. 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.
3. Dubuffet J., *Asphyxiante culture*. Paris: Gallimard, 1968.
4. Basaglia F., *L'istituzione negata*. Torino: Einaudi, 1968.
5. Baumgarten A.G., *Aesthetica*. Frankfurt: Officina, 1750.
6. Johnson, S., *Art therapy and its applications*. Art in Psychotherapy, 2019; 27(4): 46-52.
7. Nietzsche F., *La nascita della tragedia*. Milano: Adelphi, 1972.
8. Matarazzo, M., *La psicoterapia creativa: teoria e pratica*. Rivista di Psicoterapia, 2007; 15: 25-33.
9. Platone, *Simposio*. Trad. Giovanni Reale. Milano: Bompiani, 2000.

# Il ruolo delle artiterapie nella pratica clinica: integrazione ed efficacia nei percorsi di cura.

*L'esperienza del GAT DG Welfare Regione Lombardia.*

*Melorio T. \*, Viganò C. °^, Percudani M. \**

## KEYWORDS

Arts therapies; Assessment; Rating scales; Psychotherapy; Psychiatric rehabilitation.

## ABSTRACT

Regione Lombardia (RL) ha costituito un Gruppo di Approfondimento Tecnico di studio (GAT) sulle ArtiTerapie composto da arte terapeuti di tutte le discipline artistiche (pittura, musica, teatro, danza, scrittura), operatori e clinici delle ASST regionali con l'obiettivo di evidenziare le caratteristiche salienti delle attività di Arti Terapie (AT) nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), valutare l'efficacia dell'integrazione delle AT nei percorsi di cura psichiatrici, identificare le "buone pratiche" e sviluppare indicatori di esito per avviare una ricerca multicentrica con una metodologia comune sull'efficacia delle AT nella cura e nella riabilitazione psichiatrica. Il lavoro del GAT ha portato i partecipanti alla condivisione della definizione di AT come "una relazione che cura in un processo di trasformazione attraverso i linguaggi dell'arte, includendo il contributo di tutte le arti (immagine, danza, musica, teatro, poesia)" e alla definizione delle buone pratiche e delle modalità di integrazione delle AT con gli altri interventi terapeutici e riabilitativi volti al raggiungimento del benessere del paziente, sia da un punto di vista oggettivo che soggettivo. Il GAT si è dimostrato un vero e proprio Gruppo Pilota in grado di organizzare eventi e convegni formativi, produrre dati sull'utilità dell'impiego delle AT nei pazienti con disturbi psichiatrici trovando indicatori

a partire dall'osservazione fenomenologica condivisa dei percorsi di AT e avviando una ricerca multicentrica per la misurazione d'esito delle AT nei pazienti dei DSMD lombardi afferenti al GAT.

## INTRODUZIONE

Nel panorama odierno dei Dipartimenti di Salute Mentale è sempre attuale il bisogno di punti di vista nuovi di fronte all'esperienza della malattia, dove il più delle volte il dolore non ha una corrispondente rappresentazione mentale così come siamo abituati a pensarla e vi è una evidente difficoltà nell'interazione umana fondata sul codice verbale. Spesso, infatti, ci si scontra con l'insuccesso di terapie farmacologiche e psicosociali pluritestate che ci spinge alla definizione di *paziente/i difficile/i* semplicemente perché non abbiamo trovato il canale di comunicazione adatto per lui/loro (Melorio, 2019). L'uso delle Artiterapie (AT) si fondano sulla potenzialità delle arti di farci accedere a dimensioni dell'esperienza difficilmente contattabili con le sole parole, di dare loro forma e colore e di tradurle in un codice condivisibile, di arricchire il percorso di cura di forti valenze psicoeducative, antropologiche e culturali favorendo un processo per cui la persona comincia a riconoscere una soggettività, impara ad avere un suo ruolo e soprattutto a riconoscerlo nell'interazione con gli altri. L'opportunità che le arti terapie (AT) offrono negli interventi di cura in psichiatria può diventare il paradigma necessario per valorizzare esperienze che si avvalgono dell'arte e del suo specifico linguaggio per arricchire e migliorare l'efficacia dei percorsi di cura e riabilitazione (Volpe, 2021; Viganò et al 2019).

In generale così come l'arte porta ricchezza all'uomo, oggi appare importante ripescare nella pratica clinica la dimensione umana per dare strumenti perché i pazienti possano rappresentarsi davvero al di là del linguaggio verbale.

Negli ultimi decenni le moderne neuroscienze hanno posto l'attenzione sulla centralità del corpo, dell'azione/movimento, delle memorie implicite e delle emozioni nello sviluppo della vita psichica e delle relazioni.

Un approccio alle AT basato sulle neuroscienze può offrire opportunità per migliorare la comprensione dei processi neurali alla base della complessa interazione tra percezione, cognizione, emozione e comportamento che si manifesta nel processo di AT (Strang, 2024) dato che la pratica del “fare arte insieme” si basa proprio su questi elementi lavorando sulle dimensioni corporee e implicite della vita mentale, promuovendone un’integrazione e una possibile mentalizzazione.

Le AT sono discipline caratterizzate da molteplici aspetti: dall’uso di linguaggi nuovi (persi ritrovati trasformati), allo stimolo di esperienze corporee e cognitive mediate dall’arte, dalla creazione mediata di una relazione terapeutica, basata anche sul rispecchiamento empatico con il conduttore, con il gruppo e con prodotto, al riconoscimento della propria soggettività, del proprio ruolo, dall’equilibrio delicato tra procedure tecniche e libertà espressiva, quindi tra libertà e contenimento, tra improvvisazione e costruzione, tra il setting artistico e le dinamiche intrapsichiche e relazionali sollecitate della realizzazione del prodotto artistico (Melorio, 2019).

In Italia esiste una importante tradizione di uso delle AT nei servizi psichiatrici, con una diffusione stimata al 13 % in una survey condotta dalla Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (Viganò et al 2023). Le AT sono molto diffuse nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSMD) lombardi, come emerso da una indagine condotta nel 2019 che sarà descritta di seguito (Viganò et al 2019) e il panorama dei laboratori attivi si presenta come una costellazione di varie metodologie che pur nella loro diversità, contribuiscono a creare un grande patrimonio di esperienze terapeutiche, riabilitative con forti valenze di inclusione sociale per pazienti che trovano in queste attività una concreta possibilità di recupero e valorizzazione delle proprie risorse. D’altro canto la presenza e l’attività degli atelier/laboratori di AT è spesso caratterizzata da precarietà e non continuità, per molteplici motivi primo tra tutti il non riconoscimento ufficiale della figura professionale degli arti terapeuti e la conseguente necessità/ difficoltà / impossibilità di contare su finanziamenti duraturi per

arruolare queste figure professionali, che compromette la continuità dei progetti artistico-terapeutici.

Per tutti questi motivi si è pensato di portare all’attenzione della DG Welfare di Regione Lombardia la realtà delle esperienze di AT nei DSMD, con le loro potenzialità e criticità, e nel 2017 è stato finalmente attivato un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT), promosso da DG Welfare di Regione Lombardia, che sotto il coordinamento di Teresa Melorio si è dato come obiettivi utilizzare al meglio le attività espressive artistiche nei percorsi di cura, con indicazioni, prescrizioni e modalità che siano allo stesso livello rispetto agli altri interventi terapeutici (farmacoterapia, psicoterapia, tecniche riabilitative) partendo dall’assunto che l’arteterapia è somministrazione di cura. Il GAT è composto da referenti clinici e ATerapisti di 17 ASST lombarde su 27 presenti in Regione (*figura 1*) e negli ultimi 8 anni ha lavorato per definire la valenza terapeutica specifica e il ruolo delle AT nel progetto integrato di cura in psichiatria, definire le buone pratiche e l’integrazione delle AT nei percorsi di cura, valutare le modalità di valorizzazione e registrazione delle attività di AT, identificare indicatori di esito, fattori di cambiamento e indici di miglioramento specifici per tutte le AT e infine formulare un protocollo di ricerca (*figura 2*).

Obiettivo a lungo termine che si è posto il GAT è la creazione di un dialogo con le istituzioni per il riconoscimento della utilità clinica delle AT e il loro inserimento in maniera continuativa nei percorsi di cura.

**Fig. 1 – Dipartimenti di salute mentale e dipendenze Lombardi partecipanti al GAT 2024**

ASST GOM Niguarda, ASST Fatebenefratelli Sacco Milano, ASST Nord Milano, ASST Monza San Gerardo, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo, ASST Bergamo Ovest, ASST Valtellina Alto Lario, ASST Brianza, ASST Lariana, ASST Valle Olona, ASST RHODENSE, ASST Settelaghi, ASST Franciacorta, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Crema, ASST Mantova, ASST Valcamonica, ASST CREMONA, IRCCS Ospedale San Raffaele Turro

Fig. 2 – Obiettivi GAT Arti Terapie DG Welfare Regione Lombardia -2017-2025

- Censimento delle attività di AT presenti nei DSMD lombardi tramite un questionario/intervista
- Creazione di una cornice culturale che permettesse a clinici e arte terapisti di conoscersi e confrontarsi sulle indicazioni e sui risultati clinici delle AT
- Definizione, promozione e diffusione delle buone pratiche delle AT nei DSMD lombardi e costruzione di un percorso comune e condiviso per una integrazione degli interventi nei percorsi di cura
- Elaborazione di indicatori di esito e costruzione della scala SMPA (Scheda di Monitoraggio del Percorso nelle Artiterapie)
- Avvio di uno Studio Multicentrico per la misurazione di esito delle artiterapie in Riabilitazione Psichiatrica in Regione Lombardia
- Organizzazione di corsi di formazione accreditati sull'uso AT nei percorsi di cura

## LA CORNICE CULTURALE

Da un'indagine preliminare svolta dal GAT nel 2018 erano emerse alcune criticità riguardo la non omogeneità dell'interpretazione delle AT da parte degli operatori e in molti laboratori venivano proposte attività con caratteristiche prevalentemente ludiche o occupazionali che non potevano essere incluse nelle AT, condotte da operatori senza una formazione specifica.

Il lavoro del GAT in questi anni ha portato alla definizione di una definizione chiara delle AT e delle buone pratiche ed è stato delimitato un recinto culturale e metodologico più preciso. Abbiamo definito l'Arteterapia *come una relazione che cura in un processo di trasformazione attraverso i linguaggi dell'arte. Si parla di linguaggi poiché il termine "arte terapia" è comprensivo del contributo di tutte arti. Le AT attivano modalità di relazione e di conoscenza implicite possono essere a tutti gli effetti interventi ristrutturanti poiché promuovono la ricostruzione della persona nel suo benessere psichico, relazionale e sociale attraverso i linguaggi dell'arte.* Il focus è sui processi trasformativi attivati dalla sensorialità (dimensione estetica) come valore aggiunto ai processi di cura già integrati con chimica e parola. Il termine "este-

tico" viene inteso nel suo valore culturale ed umano di *"aisthesis" ovvero di conoscenza attraverso l'uso dei sensi.* *Fare Arte Insieme* vuol dire percorrere con il paziente una strada per esprimere e ri-conoscere quel mondo interno, i cui molteplici contraddittori e ambivalenti significati non riescono ad essere esauriti in parole, o per cui non si trovano più parole condivisibili, attraverso uno specifico linguaggio artistico che abbia un elevato spessore rappresentazionale, comunicativo e riorganizzativo per lo sviluppo di una possibile mentalizzazione (Melorio 2019).

## LE BUONE PRATICHE

Il gruppo di lavoro del GAT ha identificato buone pratiche nelle arti terapie nei DSMD attraverso alcuni elementi che le contraddistinguono nella pratica clinica:

- gli interventi di AT possono essere definiti "leggeri" da un lato perché *demedicalizzano e socializzano* il percorso di cura, dall'altro perché i costi delle attività sono relativamente contenuti riguardo a personale, materiali e spazi. L'intervento è demedicalizzato perché intercetta la persona anziché la sua patologia ed è socializzante perché prevede realizzazione di opere che sono condivise con l'arte terapeuta, con il gruppo, con i curanti, con il pubblico.
- *l'intervento deve essere competente*, per cui è necessaria una formazione ed un'esperienza specifica, soprattutto se si opera nei DSMD. Dal sondaggio svolto dal GAT si è osservata la presenza di almeno 3 tipi di figure: diplomati in scuole di arteterapia con tirocini in strutture pubbliche; artisti esperti d'arte con esperienza relazionale sul campo cooptati dalle equipe dei DSMD; operatori dipendenti delle strutture che hanno svolto corsi specifici (di cui sopra) e che quindi mettono in campo anche le nuove competenze artistiche acquisite. La norma UNI 11592 del 2015 interviene proprio per definire le conoscenze, le abilità e le competenze di queste figure professionali e stabilisce i requisiti essenziali di conoscenza, abilità e competenza per i professionisti delle AT acquisiti in un percorso formativo garantito da una

- scuola triennale, con almeno 1.200 ore di formazione.
- *l'attività di arteterapia è un lavoro di relazione e di equipe*: nei contesti dei DSMD le AT non devono essere pensate come interventi isolati, ma devono essere integrate con le proprie specifiche competenze nel percorso di cura. L'obiettivo nel servizio pubblico è la riabilitazione e il benessere generale della persona e questo obiettivo lo si può raggiungere se ognuno fa la sua parte coordinandosi con il servizio con la necessaria attenzione alle problematiche relazionali interne ed esterne sia del paziente che dell'equipe.
  - *le equipe curanti devono aprirsi alle buone pratiche delle AT*, quindi, trarre giovamento da ciò che di nuovo le AT possono portare nel “guardare” il paziente. I laboratori di AT possono essere luoghi privilegiati, spesso più frequentati dai pazienti rispetto ad altri servizi del DSMD proprio perché demedicalizzati, e per questo possono essere osservatori preziosi per cogliere precocemente i cambiamenti dei pazienti sia in senso evolutivo sia per coglierne i primi segnali di crisi.
  - il metodo è molto importante, può essere spiegato e appreso: possono esserci modelli, stili e modalità differenti nel condurre attività di arteterapia, purché siano chiari ed espliciti e vengano applicati in modo costante. Questa è una condizione essenziale per un'efficacia delle AT. Considerando i diversi assunti teorici di provenienza, le buone pratiche delle AT richiedono una **metodologia** che potremmo esplicitare come segue: il setting AT (l'atelier) è un luogo dove si favorisce la strutturazione di una relazione; è importante conoscere come materiali, strumenti e tecniche vengono utilizzati e che obiettivi ci si pone; è importante definire il funzionamento dell'attività nel contesto più generale della cura: descrizione del processo terapeutico, riunioni di equipe, terapia farmacologica, psicoterapia, interventi riabilitativi, ecc.

Il paziente si trova al centro di una rete forte e integrata composta da tutti gli operatori che intervengono nel suo percorso terapeutico. Ne consegue che le buone pratiche

in arte terapia si integrano con le buone pratiche della cura e della riabilitazione psichiatrica.

## LIVELLI DI APPROFONDIMENTO DEL GAT (2017-2025)

Un primo livello di approfondimento è stato il *censimento* delle AT presenti nei vari servizi e la conoscenza dei modelli di riferimento di ciascuno di essi mettendo in luce le caratteristiche delle attività, i punti di forza e le criticità. Appariva importante non solo conoscere e mettere in rete le attività di arte terapia esistenti, ma anche iniziare un percorso culturale che portasse a condividere un linguaggio comune, una definizione chiara e condivisa delle AT e la definizione delle competenze specifiche della figura professionale degli arti terapeuti, delle metodologie e dei modelli di riferimento. Questa indagine conoscitiva a campionamento volontario è stata condotta nel 2019 coinvolgendo i Dipartimenti di Salute Mentale della Lombardia cui è stato sottoposto questionario appositamente elaborato dal GAT per indagare la tipologia dei laboratori espressivi (sede, struttura, frequenza, utenza) la qualifica, l'occupazione e la formazione dei titolari, la metodologia del lavoro in equipe e l'eventuale utilizzo di strumenti di valutazione (Viganò et al. 2019).

Il primo risultato degno di nota è stata la buona adesione dei servizi, maggiore rispetto alle precedenti indagini condotte in Regione. Sono stati raccolti 208 file di cui 185 utilizzabili. I dati sono stati analizzati e confrontati per tipologia di arte-terapia (arti visive, musicoterapia, danza-terapia, teatroterapia). La tecnica espressiva più diffusa in Regione è l'Arteterapia (50%) seguita dalla Musicoterapia (21,6%), dalla Drammaterapia (17,8%) e dalla Danza Movimento-terapia (10%). Le tecniche sono svolte soprattutto nei centri diurni (46%), seguite da strutture residenziali, ma non mancano esperienze nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

Dato significativo la formazione specifica dei conduttori delle AT: 1/3 dei terapeuti aveva una formazione specifica con attestato di una Scuola di Arti Terapie di almeno tre

anni, un terzo erano esclusivamente artisti e circa un terzo avevano una doppia formazione.

Un ultimo dato su cui si potrebbe riflettere è la tipologia di contratto che hanno i conduttori di AT. La maggior parte degli arti terapeuti è esterna al personale del DSMD ed è assunta da cooperative (come dipendenti o come consulenti) con percentuali variabili dal 41% al 55%. Un terzo circa è invece un consulente diretto dell'Ente Pubblico e solo in percentuali molto basse (da 6 a 16%) è un dipendente dell'Ente pubblico oppure è un volontario (da 0 a 12%). Questo dato rende molto "mobile" e precaria la figura del conduttore di AT e di fatto la maggior parte degli arti terapeuti che hanno partecipato alla survey dichiara una anzianità nella Struttura in cui stanno lavorando che non supera i 5 anni.

Un secondo livello di approfondimento è stato individuare le *modalità di inserimento delle arti terapie nei percorsi personalizzati di cura* ed elaborare strategie efficaci di integrazione delle AT nei progetti terapeutici individuali (indicazioni e prescrizione, modalità di integrazione con gli altri interventi terapeutici, documentazione clinica e relativa moduliistica).

Sempre nel censimento 2019 era emerso che solo la metà dei terapeuti dei gruppi espressivi conosceva nel dettaglio le finalità del progetto riabilitativo del paziente nel gruppo e meno della metà eseguiva un colloquio preliminare prima dell'inserimento in gruppo di un nuovo paziente e si confrontava regolarmente con il team. Non si sono evidenziate differenze importanti tra le quattro ambientazioni artistiche.

Il GAT si è impegnato a lavorare principalmente su alcune aree critiche emerse dall'indagine che riguardano la *relazione dei conduttori delle AT con le equipe dei servizi, le modalità di presa in carico dei nuovi pazienti e le modalità di valutazione degli esiti*. Il primo aspetto appare migliorabile proponendo protocolli agevoli che implementino le modalità di integrazione fra le diverse figure terapeutiche che collaborano al progetto di cura del singolo paziente con verifiche periodiche. Una buona pratica clinica che

risponda alla necessità costante in riabilitazione del "fare rete" in un'ottica di recovery dovrebbe prevedere adeguati protocolli di invio alle AT comprendenti una adeguata informazione e condivisione degli obiettivi con tutti i membri dell'equipe curante compreso il conduttore della AT e un coinvolgimento attivo del paziente nella scelta dell'attività.

Altro aspetto saliente è stato la necessità di aumentare la "cultura della valutazione d'esito", come segnalato da diversi autori in letteratura (Bond G.R. & Drake R.E. 2016), con strumenti adatti, esportandola dai setting ristretti della ricerca per portarla nei servizi. In letteratura esistono strumenti validati per ogni singola AT, molto eterogenei e spesso troppo specifici e difficili da usare nella pratica quotidiana dei servizi territoriali, anche se è noto e condiviso da molti che la valutazione del processo è un'ottima azione per prevenire la "cronicizzazione" (Fava E. et al 2003, Vita A. et al 2016) ma nei servizi manca ancora una cultura in tal senso ed andrebbe incrementata.

Si arriva così al terzo livello di approfondimento che è stato sviluppato dal GAT finalizzato alla necessità di individuare indicatori che potessero condurre alla valutazione degli esiti dei percorsi di AT, partendo dalla analisi di strumenti già utilizzati nelle varie realtà per metterli a confronto, uniformarli e implementarli.

L'eterogeneità dei modelli applicati, degli indicatori usati e della costruzione degli RCT presenti in letteratura sul tema è il punto critico della ricerca nelle AT, che ricade sulle possibili indicazioni all'uso delle AT nella clinica. L'efficacia della AT in psichiatria, sebbene documentata in letteratura, a tutt'oggi non raggiunge livelli di significatività tale per cui le AT possano essere "fortemente raccomandate" (Grade A) nei progetti di cura dei pazienti psichiatrici ma solo "devono essere prese in considerazione" (Grade B) come emerge nel lavoro prodotto da SIRP con le *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti* (Semisa et al 2022).

Il quarto livello di approfondimento del GAT ha portato alla stesura di un *protocollo di ricerca multicentrica e*

all'avvio di uno studio con una metodologia condivisa che mettesse in evidenza gli esiti a medio e lungo termine delle AT, monitorando sia l'obiettività del percorso terapeutico, sia la soggettività dei pazienti.

### **LA RICERCA DEGLI INDICATORI DI ESITO NELLE ARTI TERAPIE: LA COSTRUZIONE DELLA SMPA- SCHEDE DI MONITORAGGIO DEI PERCORSI DI ARTI TERAPIE.**

Il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ha sottolineato l'importanza di fornire terapie psicologiche, come le AT, insieme ai farmaci per assistere gli individui con psicosi e schizofrenia nel loro percorso di recupero (NICE, 2014). Tuttavia, le evidenze (Crawford et al., 2010; Hanevik et al., 2013) non consentono ancora di definire il ruolo e l'impatto delle AT nel trattamento psichiatrico (Hu et al., 2021).

I motivi possono essere ascrivibili sia a problemi inerenti alla metodologia delle ricerche sia alla mancanza di adeguati strumenti di valutazione validi per misurare gli esiti delle AT.

I vari strumenti creati sono generalmente pensati su misura per un solo tipo di arteterapia e non riescono a coprire tutti i domini interessati (psicopatologici e funzionamento) (Chiang et al., 2019). Di conseguenza, per misurare efficacemente l'impatto delle AT e dimostrare il loro ruolo nell'alleviare il disagio psicologico, si ritiene necessario sviluppare nuovi strumenti di valutazione (Priebe, 2021).

In letteratura si evidenzia un filone di ricerca sulla soddisfazione degli utenti coinvolti nei programmi di arteterapia, cui sono seguiti studi randomizzati e controllati su diverse tipologie di pazienti psichiatrici e non solo, come pazienti con disturbi psicotici, affettivi, da abuso di sostanze e correlati a traumi (Aalbers et al., 2017). Sono state utilizzate misure di esito multiple ma non sempre specifiche per indagare tutte le dimensioni su cui agiscono queste tecniche. Gli arteterapisti hanno sviluppato scale e metodi specifici per ciascun tipo di AT per misurare i deficit di base nella loro pratica quotidiana. Ad esempio, gli arteterapisti possono utilizzare elementi formali dell'espressione visiva come

colore, forma e dimensione come un modo per aiutare a determinare il funzionamento cognitivo ed emotivo dei clienti (Betts, 2006); i musicoterapisti possono utilizzare la produzione del suono musicale come intensità, pulsazione ritmica, struttura armonica, melodia (Raglio et al. 2017) mentre per la danzaterapia il sistema di analisi del movimento Laban può essere un metodo utile per la descrizione delle dinamiche e dei ritmi del movimento umano evoluzioni (Federman, 2011).

Queste valutazioni sono molto specifiche, spesso non direttamente traducibili in linguaggio clinico (Priebe 2021; Melorio 2022) e non valutano tutti gli ambiti psicopatologici (Chiang et al. 2019); d'altro canto, molte valutazioni psichiatriche potrebbero non essere gli strumenti più appropriati per cogliere ciò che di specifico può essere utile nelle AT (Attard & Larkin 2016; Chiang et al. 2019) per cui una descrizione più dettagliata del cambiamento e un linguaggio comune possono promuovere la comunicazione con medici e ricercatori che non hanno familiarità con le AT. Chiarire e determinare il meccanismo del cambiamento in arteterapia è fondamentale per comprendere e comunicare il risultato dell'arteterapia, nonché per la ricerca futura sull'arteterapia (Springham, N., & Brooker, J. 2013). Springham (Springham, 2016) sostiene che la ricerca futura trarrebbe beneficio dall'uso di un linguaggio più chiaro, mentre Kelly (Kelly et al. 2015) chiede un linguaggio più semplice per condurre un programma più robusto di valutazione dell'arteterapia.

Havsteen-Franklin et al. (2017) sostengono che un linguaggio condiviso sulle azioni degli AT nel lavoro clinico aiuterebbe a dare un senso agli studi osservazionali: ne consegue che dovrebbero essere sviluppati nuovi strumenti di valutazione, in aggiunta alle scale di valutazione psichiatriche consolidate, al fine di misurare con precisione tutti i benefici delle AT (Chiang et al 2019). Inoltre, pur esistendo fattori comuni tra tutte le AT (M. De Witte et al. 2021), non esiste in letteratura uno strumento trasversale che le valuti, validato e applicabile nel real world.

La sfida che si pone oggi la ricerca nelle AT è trovare un metodo e uno sguardo che risponda alla complessità dell'intervento che si vuole andare a valutare comprendendone il processo che porta ai risultati effettivi; mettere in atto quindi ricerche che siano eseguite con rigore scientifico e che allo stesso tempo siano calate nel processo specifico che contraddistingue le AT (Melorio 2022).

L'ampia variazione nel modo in cui il cambiamento viene descritto nella letteratura sull'arteterapia solleva le seguenti domande:

- Quale è il contributo specifico delle arti terapie nel portare un miglioramento nei pazienti?
- Come inserirla nei percorsi di cura e come documentare e dimostrare i cambiamenti nel percorso arte terapeutico?
- Come possono essere compresi e comunicati i risultati dell'arteterapia in ambito clinico e nella ricerca?
- Una descrizione più differenziata del cambiamento e un linguaggio comune sul cambiamento possono promuovere la comunicazione con persone che non hanno familiarità con l'arteterapia, nella clinica e nella ricerca?

Tutte le arti possono essere concettualizzate come attività sanitarie multimodali che coinvolgono l'immaginazione, l'estetica, l'attivazione sensoriale, l'evocazione emotiva, l'interazione sociale, il significato dell'esperienza soggettiva e le AT potrebbero collocarsi in una sorta di *area intermedia tra psicoterapia e riabilitazione*, condividendone alcuni fattori aspecifici e portando delle specificità comuni a tutte le arti terapie (Melorio 2022).

Le domande che ci siamo posti nel GAT sono state:

- Quale è il contributo specifico delle AT nel portare un miglioramento in questi ambiti?
- Se le AT possono portare uno sguardo diverso nella clinica, come è possibile comunicare questo sguardo ai clinici? Come inserirle nei percorsi di cura e come documentare e dimostrare i cambiamenti nel percorso arte terapeutico?

Un'interessante e recente review (M. De Witte et al.

2021) ha evidenziato che tutte le AT condividono fattori aspecifici comuni alle psicoterapie, fattori aspecifici comuni alla recovery, fattori specifici comuni a tutte le AT come di seguito elencati:

- *Fattori aspecifici comuni con la psicoterapia*

- L'arteterapia si svolge nella sicurezza dell'ambiente dello studio (setting)
- funziona nel contesto di una forte alleanza terapeutica
- Gli arteterapeuti lavorano nel qui e ora per facilitare l'espressione e il chiarimento di pensieri e sentimenti
- L'arte terapia è motivante perché offre opportunità di approfondire la comprensione, l'insight e incoraggia lo sviluppo e la padronanza di abilità cognitive ed emotive

- *Fattori specifici delle arti terapie comuni a tutte le discipline artistiche*

- agency: capacità di far accadere le cose, di intervenire sulla realtà, di esercitare un potere causale. Il senso di competenza e realizzazione legata al fare e avere scelte artistiche è strettamente legato alla motivazione, all'autoefficacia e a un senso di vitalità/vitalizzazione.
- embodiment: consapevolezza del corpo a sostegno dell'insight facendo affidamento sulle sensazioni corporee come fonte di informazione. L'arte ancora prima di essere linguaggio è azione e sensorialità ed è quindi attivatrice di quel pensare di base connotato dal suo essere extra riflessivo.
- comunicazione interpersonale implicita: attraverso la sintonizzazione non verbale e la sincronicità artistica.
- creatività: apertura a nuove e più adattive possibilità attraverso un'esplorazione attiva simile al gioco, testando e provando nuovi modi di essere.
- estetica relazionale: relazione triangolare che si crea tra i pazienti, i prodotti artistici e gli arti terapeuti in cui l'arte serve come mezzo per un feedback sensoriale/non verbale e verbale.

- piacere artistico e la aspetto ludico che possono infondere speranza e ottimismo.
  - esperienza della bellezza è intesa come potenziale fonte di piacere.
  - modulazione del tempo e dello spazio (stato di flusso): lavorare nel qui-e-ora così come a volte nel là-e-allora, permette di trascendere le limitazioni di tempo e luogo all'interno di uno spazio creativo che facilita il potenziale di cambiamento e crescita usando l'immaginazione.
  - espressione non verbale: permette di esternare in maniera protetta tutte le esperienze interne, anche quelle con caratteristiche impegnative, e di articolarle con mezzi visivi, sonori, cinesetici, poetici.
- *Fattori aspecifici comuni con la riabilitazione psicosociale*
- Centralità della persona e sulle sue parti sane
  - Attenzione alle potenzialità dell'utente
  - Co-costruzione di un progetto
  - Sentirsi parte di una comunità sociale e culturale, riconquistare cittadinanza e ruolo sociale
  - Possibilità di condurre una vita soddisfacente senza necessariamente eliminare la malattia, ma piuttosto favorendo una gestione efficace della stessa.

Gli arti terapeutisti tendono a vedere il ruolo delle arti come interconnesso e a sottolineare l'importanza della creatività come primaria all'interno del processo, scavalcando la divisione in discipline artistiche separate. Il focus di tutte le AT è sui processi trasformativi attivati dalla sensorialità e dalla fisicità (Melorio 2019) e il processo di trasformazione in AT implica un cambiamento che comprende molti aspetti: cognitivi, affettivi, relazionali, comportamentali, espressivi, parallelamente al miglioramento o nonostante la stazionarietà della patologia in atto. (Karkou & Sanderson, 2006; Melorio, 2019; Fancourt & Finn, 2019; Viganò et al., 2019).

Partendo da queste premesse, il Gruppo di Lavoro GAT si è dato l'obiettivo di costruire uno strumento di valutazione del processo di cambiamento attivato dalle

AT che fosse trasversale alle diverse AT, finalizzato alla conduzione di una ricerca osservazionale qualitativa su ciò che effettivamente accade in tutti gli ambiti delle AT e su come le arti sono utilizzate nel processo di superamento del disagio psichico (Priebe, 2021).

Per riuscire a leggere ciò che accade nel laboratorio e individuare gli strumenti da utilizzare per condividerlo con i clinici ci siamo chiesti: che cosa tra quello che accade normalmente nel processo di AT può servire da risposta? La vera sfida è stata quindi fare domande sulla base delle risposte che le AT erano in grado di fornire senza forzarle in procedure che potessero snaturare la qualità degli interventi (Melorio 2022).

Lo strumento di valutazione si è sviluppato a partire da una scheda trasversale di sintesi dell'incontro concepita dagli operatori delle Botteghe d'Arte del MAPP che fanno capo al DSMD di Niguarda (Bacchi et al. 2019) successivamente integrato con le osservazioni dei partecipanti al GAT e con le riflessioni emerse durante il convegno del GAT del novembre 2019 (Atti del Convegno Linguaggi dell'arte e processi di trasformazione. Le buone pratiche delle arti terapie nei DSMD lombardi 2019). Dall'analisi dettagliata dei dati emersi sono state individuate categorie generali e comuni per i modi in cui i terapeutisti dell'arte, della musica, del teatro, del movimento-danza, delle parole descrivono i possibili cambiamenti riscontrabili nei pazienti nella loro pratica clinica in accordo con i dati della letteratura (Havsteen-Franklin 2017). Successivamente nel 2022 un gruppo di lavoro afferente al GAT costituito da psichiatri, psicologi, arteterapisti, musicoterapisti, teatroterapisti e danzaterapisti, supportato da esperti metodologi esterni, ha realizzato la stesura condivisa della scheda definitiva SMPA accompagnata da un manuale di istruzioni che descrive tutti gli items in essa contenuti affinché la scala fosse interpretabile e compilabile in maniera omogenea. Per realizzare questo obiettivo le spiegazioni di ogni item sono state raccolte separatamente da quattro esperti e sono state successivamente sottoposte alla valutazione e

al confronto collettivo del gruppo per arrivare alla stesura finale e condivisa del manuale.

La scheda è ideata per essere compilata dagli arti terapisti conduttore dell'attività al di fuori degli incontri, all'inizio del percorso e a intervalli di follow up per registrare il cambiamento.

La scheda comprende quattro aree specifiche di valutazione: Area cognitiva, 11 item (es. di item: "Capacità di comprensione"); Area relazionale, 8 item (es. di item: "Capacità di relazionarsi con l'arte terapeuta"); Area espressiva, 10 item (es. di item: "Capacità di esprimere i desideri"); Area psicoducativa, 7 item (es. di item: "Capacità di realizzare un progetto"); e un'ultima sezione di Valutazione Globale che ha compreso Partecipazione, 14 item (es. di item: Capacità di verbalizzare cosa si pensa o si prova), Clima, 8 item (es. di item: "Commenti positivi").

Tutti gli item della scala prevedono una risposta su scala Likert da 6 punti (0=non valutabile, 1=mai, 2=raramente, 3=qualche volta, 4=spesso, 5=quasi sempre, 6=sempre).

La validità di questa scala è stata dimostrata con una valutazione della consistenza interna della scala applicata su un campione di pazienti afferenti a centri territoriali di riferimento del GAT. Per la validazione sono stati analizzati i dati di 101 schede, per avere un adeguato livello di confidenza dei parametri statistici stimati. Le analisi compiute hanno dimostrato una coerenza interna e indici di attendibilità statistica elevati (Melorio et al. 2025 in press).

La validità di contenuto è il risultato di un processo di elaborazione degli item formulati da parte di esperti del settore che descrivono le osservazioni che gli arti terapisti comunemente fanno sui pazienti durante le attività. La scheda è stata concepita come uno strumento per la valutazione dei cambiamenti nell'ambito delle attività di arti terapie di ciascun paziente nell'arco del tempo e può fornire nella pratica clinica dati da utilizzare da tutti i membri dell'équipe coinvolti nel progetto di cura con pazienti affetti da patologie psichiatriche maggiori, adoperando un linguaggio condiviso. Inoltre, essendo un'unica scala validata per tutte le AT, la SMPA può essere utilizzata

trasversalmente e correlata con altre dimensioni che possono essere indagate attraverso diversi protocolli di ricerca.

### **LA VALUTAZIONE D'ESITO DELLE AT INSERITE NEI PROGETTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI IN PSICHIATRIA NEI DSMD LOMBARDI.**

Ulteriore step del lavoro del GAT è stato predisporre ed applicare un protocollo di studio multicentrico per la misurazione d'esito delle arti terapie applicate nei servizi psichiatrici territoriali.

Il protocollo affianca alla SMPA una batteria testale complessa che comprende test validati, per analizzare tutte le dimensioni coinvolte dalle AT: funzionamento globale, cognitivtà, benessere soggettivo, recovery, funzionamento psicopatologico, con un follow up nel medio 6 mesi e nel lungo termine (18 mesi). È stata inoltre prevista la valutazione dell'impatto delle diverse discipline (arteterapia, musicoterapia, danzavimentoterapia e teatroterapia) sugli stessi domini.

Lo studio multicentrico osservazionale è in corso dal 2024 ed ha previsto l'arruolamento di pazienti dai 18 ai 65 anni in carico a servizi psichiatrici territoriali dei DSMD lombardi, che iniziavano un percorso di arti-terapie ad integrazione del loro progetto terapeutico riabilitativo (PTR). Sono stati inclusi pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico, depressivo e bipolare, disturbi di personalità gravi. Requisito fondamentale per inclusione nello studio è che i pazienti fossero stabilizzati da almeno 3 mesi dal punto di vista clinico, terapeutico e del progetto riabilitativo (PTR) per non aumentare le variabili confondenti (Nibbio et al. 2020, Tang et al. 2019). Altro elemento specifico per questo studio è che i pazienti non avessero già effettuato un percorso di AT negli ultimi 12 mesi.

I test usati nel protocollo e la flow chart dello studio sono riportati nella *figura 3*. Aspetto peculiare dello studio è la valutazione multiprofessionale (*figura 4*) riproponendo un modus operandi della riabilitazione psicosociale (buone pratiche, Raccomandazioni SIPR 2022).

I centri arruolati sono stati i servizi territoriali afferenti ai DSMD lombardi (CPS, CD, CPA, CRA, etc.) che

Fig. 3 – Flow chart dello studio

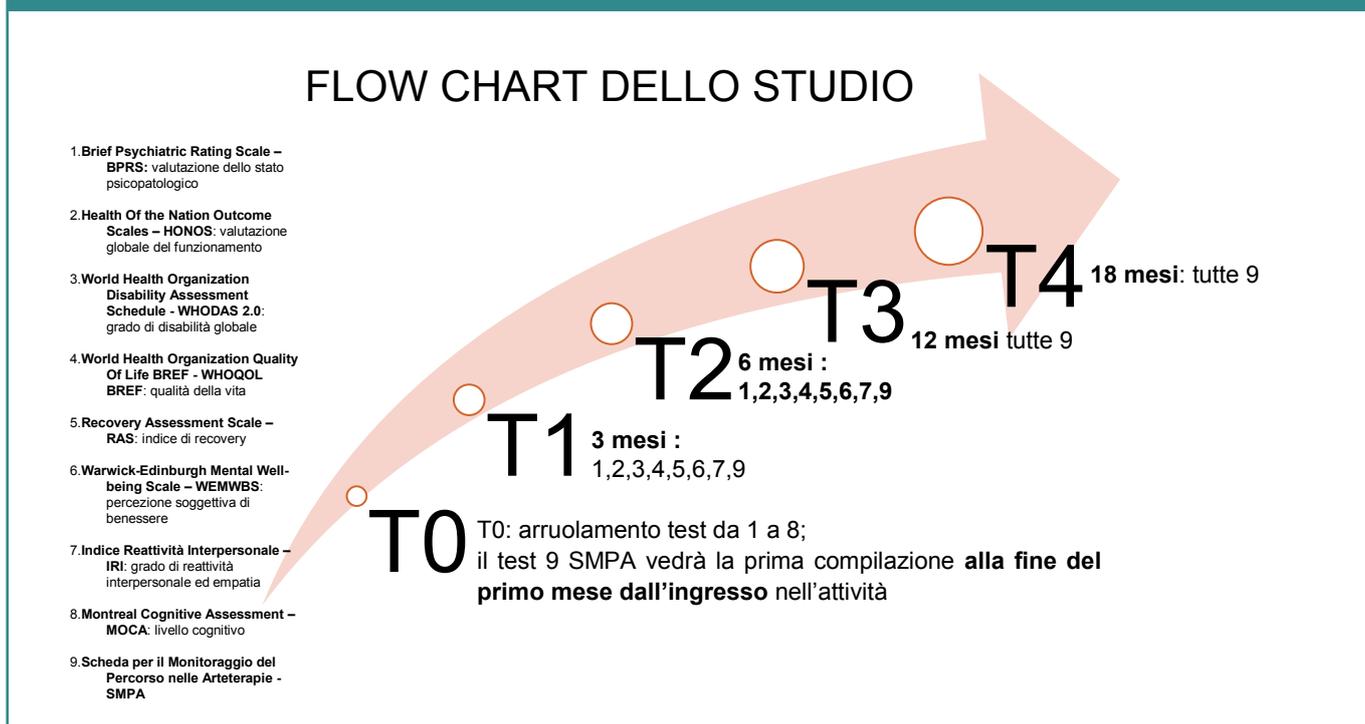
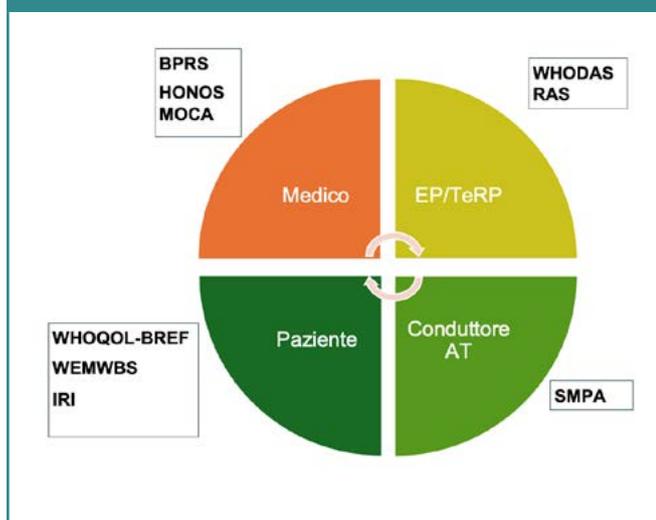


Fig. 4 – Valutazione multiprofessionale



avevano al loro interno gruppi di arte-terapia strutturati e condotti da operatori formati secondo criteri del GAT (Melorio 2019). I laboratori selezionati per lo studio avevano le seguenti caratteristiche:

1. Il laboratorio /gruppo/ era inserito in un servizio territoriale del DSMD di afferenza (CD, CRA o CRM, CPS).
2. Il laboratorio/gruppo era condotto dallo stesso operatore da almeno 1 anno.

3. Il conduttore aveva una formazione di almeno 3 anni nella disciplina che esercitava.
4. Il conduttore utilizzava una metodologia specifica e una pianificazione di obiettivi da raggiungere (PTR) raccordandosi con l'equipe terapeutica di riferimento.
5. Nel laboratorio/gruppo potevano essere reclutati in media 5 o più nuovi pazienti ogni anno in carico allo psichiatra del servizio.

I dati vengono raccolti anonimizzati in un database globale preliminarmente predisposto e disponibile online su un foglio excel Google a tutti i centri partecipanti. Per la SMPA è stata predisposta la compilazione online. Il database online raccoglie anche i dati relativi alle variabili sociodemografiche, cliniche, compresi numeri ricoveri, terapie, tipo di interventi compresi nel PTR di ogni paziente e dati di eventuale drop out (motivazione).

I risultati preliminari dello studio, a 6 mesi dall'inizio sono stati presentati al XIV Congresso Nazionale Società Italiana Riabilitazione Psicosociale (SIRP) tenutosi il 18-20 ottobre 2024 *L'integrazione dei trattamenti per i*

Fig. 5 – Attività di formazione del GAT

## Convegni e corsi di formazione

***“L’Arteterapia nei percorsi di cura. Modelli strategie di integrazione, indicatori di risultato”***  
30 maggio 2018 Milano MAPP Museo d’Arte Paolo Pini

***“Linguaggi dell’arte e processi di trasformazione. Le buone pratiche delle Artiterapie nei DSMD Lombardi”***  
20 novembre 2019 Milano Aula Magna ASST GOM Niguarda  
[http://www.errepiesse.it/archivio\\_files/Errepiesse20%20numero.pdf](http://www.errepiesse.it/archivio_files/Errepiesse20%20numero.pdf)

***“Il valore delle Arti terapie nella salute mentale: evidenze cliniche, esperienze e progetti di ricerca”***  
2 Febbraio 2022 Webinar

***“Le artiterapie nella pratica clinica: una ricerca multicentrica promossa dal DG Welfare Regione Lombardia”***  
6 ottobre 2022 Milano MAPP Museo d’Arte Paolo Pini

***“Arte come cura. Le attività espressive artistiche nei luoghi di cura: esprimere, ri-scoprire, ri-creare”***  
8 maggio 2024 - 23 ottobre 2024 Milano MAPP Museo d’Arte Paolo Pini

***“L’arteterapia nei processi di cura in psichiatria”,***  
10 ottobre 2024 Sondrio

***L’integrazione dei trattamenti per i disturbi mentali gravi: Percorsi evidence-based per favorire la recovery – Simposio L’uso delle arti terapie: quali esiti?***  
XIV CONGRESSO NAZIONALE SIRP 19 ottobre 2024 Napoli

***“Raccomandazioni di buone pratiche in Riabilitazione Psicosociale per adulti. Applicazioni pratiche”***  
SIRPLO 15 novembre 2024 Milano

***“Laboratorio musicale esperienziale per i dipendenti della ASST GOM Niguarda nell’ambito delle politiche aziendali del WELLBEING”*** FORMAZIONE SUL CAMPO Partecipazione a gruppi di miglioramento  
25 febbraio- 17 giugno 2025 Milano MAPP Museo d’Arte Paolo Pini

***“Arte come cura. Le attività espressive artistiche nei luoghi di cura: esprimere, ri-scoprire, ri-creare”***  
5 marzo 2025 Milano MAPP Museo d’Arte Paolo Pini

*disturbi mentali gravi: percorsi evidence based per favorire la recovery, nel Simposio 18: L’uso delle arti terapie in psichiatria: quali esiti?* e nella sessione poster. È in preparazione la pubblicazione dei dati aggiornati.

### OBIETTIVO FORMAZIONE

L’informazione/formazione del personale sanitario sull’efficacia terapeutica delle Arti terapie costituisce uno degli obiettivi del GAT con l’organizzazione di eventi patrocinati dalla DG Welfare di Regione Lombardia e la partecipazione a congressi scientifici nazionali e regionali (figura 5).

Gli eventi formativi accreditati ECM sono stati rivolti a quanti operano in campo educativo, riabilitativo, assistenziale e terapeutico nell’ambito sia dell’ASST

GOM Niguarda sia di altre ASST: medici, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica e a quanti volessero sperimentare ed approfondire l’utilità delle pratiche espressive artistiche nella prevenzione del disagio, nella tutela della salute e nel benessere.

Gli obiettivi formativi sono stati: acquisizione degli strumenti teorici, metodologici, scientifici e pratici dell’utilizzo delle pratiche espressive artistiche in ambito clinico, acquisizione teorica ed esperienza pratica del processo creativo nelle varie tecniche espressive, coinvolgimento personale dei partecipanti allo scopo di sostenere la motivazione e la consapevolezza delle proprie risorse da mettere in gioco nel luogo di lavoro.

## CONCLUSIONI

Il Gruppo di Approfondimento Tecnico Artiterapie si è dimostrato un vero e proprio Gruppo Pilota in grado di organizzare eventi formativi e convegni, produrre dati sull'utilità dell'impiego delle AT nei pazienti con disturbi psichiatrici trovando indicatori a partire dall'osservazione fenomenologica condivisa dei percorsi di AT e avviando una ricerca multicentrica per la misurazione d'esito delle AT in riabilitazione psichiatrica nei pazienti dei DSMD lombardi afferenti al GAT.

Il lavoro svolto in questi anni non è concluso perché l'obiettivo finale prefissato è molto ambizioso: dare una *collocazione istituzionale chiara*, nell'ambito dei percorsi di cura, alle tante attività espressive artistiche che sono molto presenti nei servizi di salute mentale e che sono sostenute da un sempre crescente riscontro scientifico per i benefici che hanno sui pazienti, ma che spesso sono poco valorizzate e molto penalizzate per una condizione di precarietà nella continuità terapeutica.

La maggiore problematicità che si ravvisa è lavorare senza delle risorse certe: nei servizi non vi sono operatori strutturati esperti in queste tecniche e destinare fondi per queste attività è spesso una procedura complessa e farraginoso che rende spesso difficile poter ricorrere a consulenti esterni bravi e competenti che arricchiscono il lavoro di tutta l'equipe curante.

Le proposte emerse da un recente sondaggio ci suggeriscono che rispetto al tema delle risorse si potrebbe far riferimento a qualche esempio di buon funzionamento per proporlo come *modus operandi* a tutte le ASST. Ad esempio, si potrebbe procedere verso un processo di semplificazione degli aspetti burocratici amministrativi che regolano queste attività, pensando all'inserimento della fornitura degli arti terapeuti nei capitolati delle gare d'appalto per cooperative che possano garantire la collaborazione continuativa di queste figure nei nostri servizi. Potrebbe essere importante stabilire nelle ASST un fondo dedicato a sostenere queste attività, al di là delle disponibilità volontaristiche, in maniera concordata con

Regione Lombardia. Questa procedura potrebbe rientrare nelle buone pratiche.

Infine, in Italia le figure degli arti terapeuti non sono ancora formalmente riconosciute come professioni sanitarie, ma la norma UNI 11592:2015 "*Attività professionali non regolamentate – Figure professionali operanti nel campo delle Arti Terapie – Requisiti di conoscenza, abilità e competenza*" pubblicata nell'ottobre 2015, definisce i requisiti di conoscenza, abilità e competenza per l'esercizio della professione delle diverse Arti Terapie. Sarebbe auspicabile che Regione Lombardia promuovesse un percorso a livello ministeriale per sviluppare il tema del riconoscimento delle AT da parte del Ministero della salute come prestazioni terapeutiche riabilitative che rientrano tra quelle erogate dal Servizio sanitario nazionale.

## RINGRAZIAMENTI

*GAT Arti Terapie DG Welfare Regione Lombardia - Unità organizzativa Rete territoriale Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria.*

COORDINATORE: Teresa Melorio,

COMPONENTI: Enza Baccei, Giorgio Bedoni, Cristina Bellazzecca, Giulia Benecchi, Vanna Berlincioni, Silvia Bertoletti, Anibi Lara Bez, Fabiola Bongiolatti, Donata Brasca, Cristina Catania, Federica Cocchi, Anna Tabata Cominetti, Stefania Compagnoni, Giovanna Crespi, Laura Crippa, Arianna Damato, Antonella De Bari, Claudio Di Lello, Agata Di Stefano, Nori Donarini, Franco Duranti, Nicola Dusi, Sofia Faccincani, Cristina Farina, Mario Ferrari, Barbara Fioletti, Nadia Galimberti, Angelica Gaslini, Francesca Gelpi, Carla Gilardi, Giuliana Giordano, Benedetta Grasso, Gaia Marchesi, Elena Martinelli, Rodolfo Mazzoncini, Arianna Mercandelli Astori, Katri Mingardi, Andrea Mittero, Valentina Monastera, Alessandra Mosca, Antonella Mundo, Giorgia Mutti, Cecilia, Vita Ninni, Cecilia Ostoni, Pidone Maria Carmela, Elda Prolinci, Paolo Giuseppe Risaro, Carolina Ronchi, Stefania Rota, Luigi Rubino, Valeria Scarpani, Marina Scarpatò, Valentina Selini, Francesco

---

Semeraro, Elena Somaschini, Marco Toscano, Caterina Viganò, Daniela Zarro.

ESPERTI PER LO SVILUPPO DELLA SCHEDA SMPA:

Melorio Teresa, Baccei Enza, Ronchi Carolina, Mittero Andrea (ARCA ONLUS-ASST Niguarda Milano)

Bellazzecca Cristina, Crespi Giovanna, De Bari Antonella (IRCCS San Gerardo dei Tintori Monza);

Zarro Daniela (ASST Monza)

Fioletti Barbara, Mosca Alessandra (ASST Spedali Civili di Brescia)

Valentina Monastra (ASST Crema)

Mundo Antonella, Prolinci Elda (ASST Lariana)

Caterina Viganò, Roberto Truzoli (Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Università degli studi di Milano).

---

AFFERENZA DEGLI AUTORE

\* *ASST Niguarda Metropolitan Hospital of Milan, Italy*

° *Biomedical and Clinical Science Dept – University of Milan, Italy*

^ *Psichiatria 2, ASST Fatebenefratelli Sacco Milano*

CORRISPONDENZA

**Dott. Teresa Melorio**

*Department of Mental Health and Addiction Niguarda Hospital,*

*Via Ippocrate 45 Milan 20154 Milan, Italy*

+39 02 64445325

[teresa.melorio@ospedaleniguarda.it](mailto:teresa.melorio@ospedaleniguarda.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Aalbers S., Fusar-Poli L., Freeman R., Spreen M., Ket J., Vink A., Maratos A., Crawford M., Chen X., Gold C. (2017). *Music therapy for depression*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Nov 16;11(11):CD004517. doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub3.
2. Attard A. & Larkin M. (2016). *Art therapy for people with psychosis: a narrative review of the literature*. The Lancet. Psychiatry, 3(11), 1067–1078. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30146-8).
3. Baccei E., Melorio T., Mittero A., Ronchi C.: *Sintesi dell'Incontro di Arteterapia : Presentazione della scheda di sintesi dell'incontro di arteterapia in uso presso le Botteghe d'Arte dell'ASST GOM Niguarda di Milano*, in Errepiesse 2019, anno XIII, numero speciale dicembre, pp.66-71. [www.errepiesse.it](http://www.errepiesse.it)
4. Betts, D J (2006). *Art Therapy assessments and rating instruments: Do they measure up? The Arts in Psychotherapy*. 33: 422-434, <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.08.001>
5. Bond G.R. and R.E. Drake (2016) *New directions for psychiatric rehabilitation in USA Epidemiology and psychiatric science* Cambridge University Press, <https://doi.org/10.1017/S2045796016000834>.
6. Chiang, M., Reid-Varley, W. B. & Fan, X. (2019). *Creative art therapy for mental illness*. Psychiatry research, 275, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.025>
7. Crawford M.J., Killapsy H., Kalaitzaki E., Barrett B., Byford S., Patterson S., Soteriosu T., O'Neill F., Clayton K., Maratos A., Barnes R.T., Osborn D., Johnson T., King M., Tyrer P., Waller D. (2010): *The MATISSE Study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia*. BMC Psychiatry 2010; 10-65 doi: 10.1186/1471-244X-10-65.
8. De Witte, M., Orkibi H., Zarate, R., Karkou V., Sajjani N., Malhotra, B., Hung Ho, R.T., Kaimal, G., Baker, F. A & Koch, S. C. (2021): *From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review*. Frontiers in psychology July | Volume 12 | Article 678397 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678397>
9. Fava E., Viganò C., G. Ba (2003). *L'assessment in G. Ba Strumenti e tecniche della riabilitazione Psichiatrica e psicosociale* Francoangeli Eds Milano, pp 104- 122, 2003.
10. Federman, D. J. (2011). *Kinaesthetic change in the professional development of Dance Movement Therapy trainees*. Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 6 (3), 195–214. <https://doi.org/10.1080/17432979.2010.545190>
11. Fancourt D. & Finn S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Nordic Journal of Arts, Culture and Health. 2: 77-83. WHO Regional Office for Europe; 2019. ISBN-13: 978-92-890-5455-3
12. Gilroy A. (2006) *Art Therapy, research and evidence based practice*. Goldsmiths College, University of London, UK London, Sage.
13. Hanevik H., Hestad K., Lien L., StubeTeglbjaerg H., Danbolt L.H., (2013) *Expressive art therapy for psychosis: a multiple case study*. The Art in Psychotherapy 2013 (40) 312-321 <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.011>
14. Havsteen-Franklin D, Jovanovic N, Reed N, Charles M, Lucas C (2017). *Developing a shared language within arts psychotherapies: A personal construct psychology approach to understanding clinical change*. The Arts in Psychotherapy. 55:103-110; <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.aip.2017.05.002>
15. Hu, J., Zhang, J., Hu, L., Yu, H. and Xu, J. (2021) *Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders*. Front. Psychol. 12:686005. doi:

- 10.3389/fpsyg.2021.686005
16. Karkou V. & Sanderson P. (eds.). (2006). *Arts Therapies: A Research-Based Map of the Field*. Edinburgh: Elsevier.
17. Kelly S., Davies, L., Harrop D., McClimens A., Peplow D., & Pollard, N. (2015). *Reviewing art therapy research: A constructive critique. (Project Report)*. Sheffield: Sheffield Hallam University. Retrieved from. <http://shura.sh.ac.uk/11359/>
18. Melorio T. (2019) *Il cosa, il come, il dove dell'arte in Psichiatria. Atti del Convegno Linguaggi dell'arte e processi di trasformazione. Le buone pratiche delle arti terapie nei DSMD lombardi*. Online in Errepiesse anno XIII-n°3-Dic.2019 pag 4-18. [www.errepiesse.it](http://www.errepiesse.it)
19. Melorio T. (2022) *Il valore delle Arti terapie nella salute mentale: evidenze cliniche, esperienze e progetti di ricerca* 2 Febbraio 2022, Webinar in Niguarda for mental health, Milano.
20. Melorio T., Viganò C., Truzoli R., Casati L., Macellaro M., Grassi P. Nicotra E. (2025) *Validation of the Arts Therapies Process Monitoring Scale in psychiatric settings*, ACT NERV SUPER REDIV 2025 in press
21. Nibbio G., Barlati S., Cacciani P., Corsini P., Mosca A., Ceraso A., Deste G., Vita A. Evidence-Based *Integrated Intervention in Patients with Schizophrenia: A Pilot Study of Feasibility and Effectiveness in a Real-World Rehabilitation Setting*. Int J Environ Res Public Health. 2020 May 12;17(10):3352. doi: 10.3390/ijerph17103352. PMID: 32408561; PMCID: PMC7277196.
22. NICE, (2014) *National Institute for Health and Clinical Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: the NICE guideline on treatment and management*. NICE Clinical Guideline 178. London: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
23. Priebe S. (2021) *Foreword in Arts Therapies in Psychiatric Rehabilitation* ISBN 978-3-030-76207-0 ISBN 978-3-030-76208-7 (eBook) <https://doi.org/10.1007/978-3-030-76208-7>
24. Raglio A., Gnesi M., Monti M. C., Oasi O., Gianotti M., Attardo L., Gontero G., Morotti L., Boffelli S., Imbriani C., Montomoli C., & Imbriani M. (2017). *The Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS): Validation of a new tool for music therapy process evaluation*. Clinical Psychology & Psychotherapy, 24(6), 01547–01561. <https://doi.org/10.1002/cpp.2115>
25. Semisa D., Bellomo A., Nigro P., Merlin S., Mucci A. (a cura di) *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti* Eds Giovanni Fioriti, Roma, 2022, ISBN 978-88-3625-067-7, pp 50-79.
26. Springham, N. (2016). *Description as social construction in UK art therapy research*. International Journal of Art Therapy, 21(3), 104–115. <http://dx.doi.org/10.1080/17454832.2016.1220399>
27. Strang C.E. (2024). *Art therapy and neuroscience: evidence, limits and myths*. Frontiers Psychol. 15:1484481 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1484481>
28. Tang S.X., Seelaus K.H., Moore T.M., Taylor J., Moog C., O'Connor D., Burkholder M., Kohler C.G., Grant P.M., Eliash D., Calkins M.E., Gur R.E., Gur R.C. *Theatre improvisation training to promote social cognition: A novel recovery-oriented intervention for youths at clinical risk for psychosis*. Early Interv Psychiatry. 2020 Apr;14(2):163-171. doi: 10.1111/eip.12834. Epub 2019 Jun 9. PMID: 31177635; PMCID: PMC7446755.
29. Viganò C., Wenk M., Melorio T. e GAT Artiterapie (2019) *Indagine sulle attività espressive condotte nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze della Regione Lombardia: i risultati* Relazione presentata al convegno Linguaggi dell'Arte e processi di trasformazione. Le buone pratiche delle

- 
- Arti terapie nei DSMD Lombardi Milano, 20  
Novembre 2020, online su Errepiesse, Anno XIII,  
n°3, dicembre 2019.
30. Viganò C., Wenk M., Ferrara L., Magnotti R.,  
Borsani S. (2019) *The state of the Art of Art Therapy  
in psychiatry: reflections on international evidences  
and Italian experiences* J. Complement Med Alter  
Healthcare 2019 8;10(5): 555796 [https://doi.  
org/10.19080/JCMAH.2019.10.555796](https://doi.org/10.19080/JCMAH.2019.10.555796).
31. Viganò, C., Ariu C., Barbieri D., Goffredi A.,  
Ferrara L., Rea f., Barlati S., Vita A and SIRP Survey  
Group.( 2023) *Psychiatric rehabilitation patterns in  
Italy: results from the Italian Society of Psychosocial  
Rehabilitation (SIRP) Survey* Frontiers in  
Psychiatry 14.1130811; doi: 10.3389/  
fpsyt.2023.1130811
32. Vita A., Corrivetti G., Semisa D., Viganò C. (2016).  
*Psychosocial Rehabilitation in Italy today.*  
International Journal of Mental Health , 45(1):15-23  
doi: 10.1080/00207411.2015.1119375
33. Volpe U (a cura di) *Visual Art Therapy in psychiatry  
Rehabilitation* (2021) pringer Nature Switzerland,  
2021. - ISBN 9783030762070. - pp. 3-19  
[10.1007/978-3-030-76208-7\_1]

## Effetti del trattamento a medio-lungo termine con esketamina nella depressione resistente

*Pinto M., Zanetti M., Arienti V., Bonfanti A., Marasco M., Ferrari M., Vercesi M., Fugazza G., Olivari M., Saenz M., Pierrri G., Cerveri G.*

### ABSTRACT

Esketamina è un neuromodulatore glutammatergico approvato per la depressione resistente al trattamento (TRD), in grado di produrre un rapido miglioramento sintomatologico se associato a terapia antidepressiva orale. Sebbene l'efficacia a breve termine sia ben documentata, i dati sugli effetti a lungo termine risultano più limitati. Questa revisione integra i risultati di studi clinici di fase III (SUSTAIN-1, -2, -3; ASPIRE I–II; TRANSFORM) e dello studio osservazionale multicentrico REAL-ESK condotto in centri italiani di salute mentale.

I dati indicano che il proseguimento del trattamento oltre la fase di induzione riduce significativamente il rischio di ricaduta: SUSTAIN-1 ha mostrato una riduzione del 51–70% rispetto al placebo. I dati di SUSTAIN-2 e -3 confermano l'efficacia antidepressiva sostenuta e la buona tollerabilità fino a 48 settimane e oltre 4 anni. I trial ASPIRE hanno evidenziato una riduzione precoce dell'ideazione suicidaria, sebbene non mantenuta nel tempo. Lo studio REAL-ESK (N=116) ha riportato tassi di risposta/remissione del 76,2% a 6 mesi, con il 54% dei responders che ha sospeso la terapia entro 12 mesi per miglioramento clinico.

Fattori predittivi di efficacia includono la risposta precoce e la minore gravità dei sintomi depressivi/ansiosi al baseline. Non sono emerse sindromi da astinenza/sospensione dopo trattamenti prolungati. Non sembrano tuttavia essere presenti effetti significativi sulla suicidalità.

Questi risultati supportano la sicurezza ed efficacia a lungo termine della esketamina intranasale nella TRD, sottolineando il suo ruolo nella prevenzione delle ricadute. Studi futuri dovranno chiarire durata ottimale del trattamento a lungo termine e predittori di risposta.

### INTRODUZIONE

Esketamina è l'unico agente farmacologico con proprietà neuromodulatrici glutammatergiche approvato dalla US Food and Drug Administration (FDA) e dalla European Medicines Agency (EMA) nel 2019, e dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) nel 2021, col fine di migliorare gli effetti degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) o degli inibitori della ricaptazione della noradrenalina e della serotonina (SNRI) in pazienti affetti da Depressione resistente al trattamento [3]. L'esketamina intranasale (Spravato) è raccomandata per pazienti adulti con diagnosi di Disturbo Depressivo maggiore che non abbiano risposto ad almeno due antidepressivi, e che stiano vivendo un episodio depressivo attuale di moderata o severa intensità [3]. Esketamina (enantiomero S di ketamina racemica) attraverso l'antagonismo del recettore NMDA produce un aumento transitorio del rilascio di glutammato, con conseguente aumento della stimolazione del recettore dell'acido  $\alpha$ -amino-3-idrossi-5-metil-4-isoxazolepropionico (AMPA) e del segnale neurotrofico. L'effetto finale è il ripristino della funzione sinaptica nelle regioni cerebrali coinvolte nella regolazione di umore e comportamento emotivo. Ciò, in aggiunta alla ridotta stimolazione delle regioni cerebrali coinvolte nell'anedonia, potrebbe contribuire alla risposta rapida (nell'arco di ore/giorni). [Di Vincenzo et al., 2024].

Recenti metanalisi hanno confermato la rapidità e l'efficacia di esketamina in pazienti con depressione resistente (Papakostas et al, 2020) o con imminente rischio suicidario (Fedgchin et al, 2019; Popova et al., 2019), malgrado un tasso significativo di pazienti interrompa il trattamento per riferita scarsa tollerabilità (Zheng et al., 2020). Benchè molti studi si focalizzino sull'efficacia di

esketamina sul breve termine, vale a dire la fase di induzione di 4 settimane, le conoscenze sugli effetti a lungo termine sono scarse [4].

Scopo di questo lavoro è esplorare la letteratura disponibile sugli effetti a lungo termine di esketamina intranasale in pazienti con depressione resistente dopo le 4 settimane di induzione.

## MATERIALI E METODI

Gli articoli revisionati hanno analizzato i risultati di studi clinici di fase III che valutavano a breve e lungo termine l'efficacia e la tollerabilità di esketamina intranasale, nonché la riduzione del rischio suicidario.

Sono inoltre stati valutati i risultati di REAL-ESK, uno studio osservazionale retrospettivo e multicentrico che ha arruolato 116 pazienti affetti da depressione resistente in vari Centri di salute Mentale italiani ai quali è stata somministrata esketamina intranasale in aggiunta alla terapia antidepressiva orale. I pazienti sono stati sottoposti ad assessment a 3, 6 e 12 mesi dall'inizio della somministrazione.

Il miglioramento dei sintomi è stato valutato con i punteggi alla scala MADRS, BECK-BDI a 21 items, HAM-A.

## RISULTATI

I trials di fase acuta suggeriscono che la combinazione di esketamina intranasale e antidepressivo orale è più efficace del placebo al giorno 28, mentre i dati sull'effetto a lungo termine sono controversi.

Una revisione sistematica del 2021 [4] ha analizzato la letteratura disponibile sugli effetti di esketamina intranasale sul lungo termine: dai dati disponibili si evince che continuare il trattamento con esketamina anche dopo la fase di induzione può essere efficace nella prevenzione delle ricadute, mentre restano controversi i risultati rispetto agli effetti prolungati nel ridurre il rischio suicidario dopo l'interruzione del trattamento. Tra i trials analizzati, SUSTAIN-1 è un maintenance trial che ha valutato non solo l'efficacia di esketamina intranasale +

antidepressivo orale sul lungo termine rispetto a placebo, ma anche gli effetti dopo due settimane di interruzione del trattamento in pazienti con risposta o remissione stabile durante il trattamento (16 settimane). Sono stati arruolati 297 pazienti che avessero ottenuto una riduzione almeno del 50% dei punteggi alla MADRS rispetto al baseline (responders). Tra i pazienti con remissione stabile (MADRS < 10), il 26,7% del gruppo in trattamento con esketamina ha avuto ricadute rispetto al 45,3% del gruppo placebo; tra i responders il tasso di ricadute era del 25,8% nel gruppo esketamina contro il 57,6% del gruppo placebo. Ciò suggerisce che il trattamento continuato con esketamina in aggiunta ad un antidepressivo orale riduce il rischio di ricadute del 51% in pazienti con remissione e del 70% in pazienti con risposta [8].

SUSTAIN-2 è stato condotto su 802 pazienti: i responders alla fine dell'induzione hanno proseguito il trattamento per una fase di mantenimento di 48 settimane con dosaggi di 28, 56 o 84 mg, e gli effetti sono stati valutati in un follow up di 4 settimane dopo la sospensione del trattamento. La riduzione dei sintomi depressivi riscontrata durante le prime 4 settimane è stata mantenuta durante tutto l'anno di trattamento, sostenendo così l'ipotesi di sicurezza e tollerabilità di esketamina intranasale in aggiunta ad antidepressivo orale nei pazienti con depressione resistente al trattamento. Benchè i tassi di remissione e risposta suggeriscano che il trattamento a lungo termine dia effettivamente un miglioramento dei sintomi, tra i maggiori limiti di questo studio vi è l'assenza di un gruppo di controllo. Un'analisi di un sottogruppo 78 di pazienti asiatici (33 di Taiwan; 26 della Korea; 19 della Malaysia) sempre all'interno di SUSTAIN-2 conferma sostanzialmente i risultati di sicurezza ed efficacia, senza evidenze di rischi di abuso nel trattamento a lungo termine [10].

SUSTAIN-3 (studio di fase III open-label multicentrico) ha arruolato 1148 pazienti che hanno ricevuto somministrazioni fino a 4,5 anni. Quasi tutti gli effetti avversi riportati in termini di sedazione e dissociazione si sono risolti entro la giornata di somministrazione [5].

In media i partecipanti hanno mostrato un miglioramento nei sintomi depressivi e altri parametri di efficacia (PHQ-9) durante la fase di induzione, miglioramento che è stato confermato durante la fase di ottimizzazione/mantenimento. La maggior parte dei partecipanti ha ricevuto dosaggi di 56 o 84mg settimanalmente o ad intervalli maggiori per mantenere la stabilità clinica. Il tasso di remissione (punteggi alla MADRS < 10) del 46,1% ha dimostrato che il trattamento a lungo termine con esketamina ha determinato un miglioramento dei sintomi depressivi in una sostanziale proporzione del campione di pazienti resistenti al trattamento [5].

Diverse revisioni [3,4,8] hanno considerato analisi post hoc dei dati di ASPIRE-I e II. ASPIRE-I è uno studio di fase III multicentrico doppio cieco in cui 266 pazienti con episodio depressivo severo e ideazione suicidaria attiva sono stati randomizzati con 84mg di esketamina intranasale o placebo due volte a settimana per 4 settimane in aggiunta a terapia antidepressiva orale appena iniziata. Mentre effetti positivi sui sintomi depressivi sono stati osservati nel gruppo esketamina, non ci sono state significative differenze rispetto al rischio suicidario. ASPIRE-II è un trial randomizzato in cui 230 pazienti sono stati trattati con esketamina 84mg o placebo due volte a settimana e monitorati per 4 settimane. Si è notata una riduzione dei sintomi depressivi (scoring più bassi alla MADRS), ma anche una riduzione del rischio suicidario nei pazienti del gruppo esketamina come riscontrato ai punteggi della Clinical Global Impression-Severity of Suicidality-Revised. Tali risultati erano più evidenti a poche ore dal trattamento, suggerendo che la riduzione dei pensieri suicidari data da esketamina non sembra significativa sul lungo termine [8].

I dati di TRANSFORM 1,2 e 3 (studi di fase III randomizzati a doppio cieco e multicentrici) sono stati revisionati da Fountoulakis et al e Vasiliu [8, 3]. I pazienti arruolati erano rispettivamente 346, 227, 128 e sono stati trattati con dosaggi variabili di esketamina + AD orale vs placebo. Le analisi combinate dei tre studi hanno trovato

un tasso di remitters maggiore nel gruppo trattato con esketamina. Tuttavia, la generalizzabilità di tali risultati è limitata da bias potenziali, il principale dei quali è il fatto che i pazienti inclusi in buona parte dei trials non sono rappresentativi dei pazienti che accedono ai servizi di salute mentale: in diversi trials clinici, ad esempio, sono stati esclusi pazienti con significative comorbidità psichiatriche o mediche o con dipendenza da sostanze [5].

REAL-ESK [6,7] è invece uno studio osservazionale retrospettivo e multicentrico che ha arruolato 116 pazienti affetti da depressione resistente in vari Centri di salute Mentale italiani ai quali è stata somministrata esketamina intranasale in aggiunta alla terapia antidepressiva orale. I pazienti sono stati sottoposti ad assessment a T<sub>0</sub>, dopo 6 mesi (T<sub>1</sub>) e dopo 12 mesi (T<sub>2</sub>); i pazienti considerati responders presentavano una generale riduzione dei punteggi alla MADRS del 50% rispetto al baseline, mentre la remissione era definita a punteggi < 10. Le caratteristiche dei pazienti arruolati comprendevano varie comorbidità psichiatriche (PDs, PTSD, OCD, anoressia nervosa, abuso di sostanze, disforia di genere e disturbo dello spettro autistico).

Del campione totale, il tasso di pazienti che hanno mostrato un miglioramento significativo a 6 mesi era elevato (76,2%), rispetto al 26,5% del tasso di risposta/remissione in pazienti trattati con approcci psicofarmacologici tradizionali.

Nell'arco dei primi 6 mesi dall'inizio del trattamento solo il 7,7% ha interrotto il trattamento per scarsa efficacia e solo il 2,6% per effetti avversi, in linea con i risultati osservati a 3 mesi. Interessante risulta l'elevato tasso di interruzione del trattamento tra 6 e 12 mesi: in questo periodo il 54% dei responders/remitters a T<sub>1</sub> ha sospeso il trattamento per miglioramento clinico; il 13% per inefficacia; il 2,4% per insorgenza di effetti avversi (generalmente sedazione/dissociazione). Dei 15 pazienti non responders a 6 mesi, 4 hanno manifestato risposta positiva a 12 mesi, confermando l'impressione che in alcuni pazienti esketamina intranasale mostra maggiore efficacia

se il trattamento viene proseguito. Un'altra osservazione degna di nota è che la severità di depressione e ansia in termini di intensità dei sintomi, durata dell'episodio e impatto sul funzionamento dei pazienti sembra essere negativamente correlato alla probabilità di miglioramento con esketamina intranasale, soprattutto in una prospettiva a breve termine [6].

Rispetto agli effetti sull'ideazione suicidaria le opinioni sono contrastanti: alcune metanalisi evidenziano come l'efficacia di esketamina come add-on agli antidepressivi orali sia modesta nel trattamento della depressione resistente e assente sull'ideazione suicidaria [8].

## **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

I dati raccolti negli studi revisionati supportano l'ipotesi di sicurezza e tollerabilità del trattamento con esketamina intranasale sul medio-lungo termine, con risultati osservati di efficacia maggiore a quella riscontrata in pazienti per i quali l'augmentation era rappresentata da antipsicotici atipici (quetiapina, olanzapina) o stabilizzatori dell'umore (lamotrigina, pregabalin, litio). È stato inoltre osservato, nei pazienti trattati per 12 mesi o più, un effetto

indipendente di esketamina sull'ansia, con progressiva riduzione dei punteggi alla HAM-A [6]. In trials clinici randomizzati [9] è stato osservato che i pazienti che hanno raggiunto un miglioramento clinico stabile sono andati incontro ad un minor numero di ricadute continuando il trattamento con esketamina + antidepressivo per os rispetto ai pazienti trattati con placebo.

Determinanti in termini predittivi possono risultare, quindi, le caratteristiche e la storia clinica dei pazienti arruolati per la somministrazione: la risposta clinica tardiva (dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento) di un certo gruppo di pazienti può essere correlata con le caratteristiche osservate al baseline in termini di gravità, durata e caratteristiche dell'episodio depressivo.

Il tasso di ricadute nei pazienti che hanno interrotto il trattamento rappresenta invece una tematica da approfondire, così come controversi risultano i dati e le opinioni rispetto ad una effettiva riduzione del rischio suicidario. Non sono emerse evidenze di frequenti sindromi astinenziali dopo la sospensione di esketamina in pazienti che avevano proseguito il trattamento fino a 12 mesi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sina Nikayin, MD<sup>1</sup>; Taeho Greg Rhee, PhD<sup>1</sup>; Maria Elena Cunningham, BS<sup>2</sup>; et al, *Evaluation of the Trajectory of Depression Severity With Ketamine and Esketamine Treatment in a Clinical Setting*, JAMA Psychiatry, July 2022.
2. Wajis E. et al., *Esketamine nasal spray plus oral antidepressant in patients with treatment-resistant Depression: assesment of Long-term safety in a Phase 3, open label study (SUSTAIN-2)*, J Clin Psychiatry 81:3, may/june 2020.
3. Vasiliu O, *Esketamine for treatment-resistant depression: A review of clinical evidence (Reviwe)*, Experimental and therapeutic Medicine 25:1111, January 2023.
4. Capuzzi E. et al, *Long-Term efficacy of intranasal Esketamine in treatment-resistant major Depression: A systematic reviw*, Int. J. Mol. Sci. 22,9338, 2021.
5. Zaki N. et al, *Long-term safety and maintenance of response with esketamine nasal spray in participants with treatment-resistant depression: interim results of the SUSTAIN-3 Study*, American College of Neuropsychopharmacology, March 2023.
6. Rosso G. et al, *Esketamine treatment trajectory of patients with treatment-resistant depression in the Mid and Long-term Run: data from REAL-ESK Study group*, Current Neuropharmacology, 23, 612-619, 2025.
7. Martinotti G. et al, *Real-world experience of esketamine use to manage treatment-resistant depression: a multicentric study on safety and effectiveness (REAL-ESK study)*, Journal of Affective disorders, <http://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.043>, 2022.
8. Fountoulakis K. Et al., *Esketamine Treatment for Depression in Adults: a PRISMA Systematic Review and Meta-Analysis*, *ajp in Advance* (doi: 10.1176/appi.ajp.20240515).
9. Daly Ella J et al., *Efficacy of Esketamine nasal spray plus oral antidepressant treatment for relapse prevention in patients with treatment-resistant depression – a randomized clinical trial*, JAMA Psychiatry 2019;76(9):893-903, June 2019.
10. Hong Jin J et al., *Long-term Safety and Efficacy of Esketamine Nasal Spray Plus an Oral Antidepressant in Patients with Treatment-resistant Depression– an Asian Sub-group Analysis from the SUSTAIN-2 Study*, Clin Psychopharmacol Neurosci. 2022 Feb 28;20(1):70–86. doi: 10.9758/cpn.2022.20.1.70



# CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E AREE PROFESSIONALI

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

SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

## Non solo muri: una trasformazione che cura

*Descrizione narrativa di un progetto sul possibile:*

*luoghi, relazioni e pratiche oltre la coercizione*

*Belotti L.<sup>\*</sup>, Bonelli L.<sup>°</sup>, Cirella L.<sup>^</sup>*

### ABSTRACT

Il progetto avviato nel luglio 2023 presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) della Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico di Milano ha accompagnato la riduzione della contenzione meccanica attraverso un lavoro integrato sugli spazi, le relazioni e i vissuti. A partire da un episodio critico, è stato attivato un processo partecipato che ha trasformato simbolicamente e fisicamente gli ambienti del reparto, con il coinvolgimento diretto di operatori e persone ricoverate. Interventi artistici, osservazione qualitativa e co-progettazione hanno reso i luoghi più leggibili, accoglienti e relazionali, contribuendo a una maggiore modulazione spontanea dei comportamenti e a un senso condiviso di cura. L'esperienza mostra come

interventi a basso impatto economico, se radicati nel contesto e sostenuti dalla corresponsabilità, possano favorire un'assistenza più etica e rispettosa, riducendo il ricorso a pratiche coercitive e sostenendo il benessere di chi cura e di chi è curato.

### CONTESTO E AVVIO DEL PROGETTO

#### Luglio – dicembre 2023

Nel luglio 2023, in attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) XI/7661/2022 e in coerenza con le Linee della Regione Lombardia 2018–2021, ha preso avvio presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) della Fondazione IRCCS Ca' Granda

Ospedale Maggiore Policlinico di Milano un progetto di accompagnamento alla riduzione dell'uso della contenzione meccanica. L'iniziativa si colloca nel solco del Piano nazionale per la salute mentale, in linea con le indicazioni regionali che definiscono la contenzione come misura residuale, eccezionale e temporanea.

Nel quadro attuativo della stessa DGR, e in coerenza con gli obiettivi del bando SP-92-2023 promosso dalla Fondazione – finalizzato alla riduzione della contenzione meccanica, al rafforzamento della resilienza degli operatori e allo sviluppo di pratiche assistenziali più efficaci nei reparti psichiatrici – il progetto ha previsto, come risorse aggiuntive, l'inserimento in reparto di due professioniste in regime di libera professione. Un'Infermiera e una Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica hanno lavorato a stretto contatto tra loro e con l'équipe già in servizio, condividendo osservazioni, attività quotidiane e interventi a carattere assistenziale e riabilitativo.

In un contesto regionale segnato da assetti professionali eterogenei, questa configurazione operativa ha permesso di sperimentare un approccio fondato sulla stretta integrazione tra profili diversi, unendo competenze cliniche, educative, riabilitative e relazionali. Il riconoscimento formale delle rispettive figure, come sancito nei Codici Deontologici aggiornati e nei documenti di indirizzo professionale – tra cui il recente **Position Statement dell'Infermiere di Salute Mentale e Psichiatria** – promosso dalla Società Scientifica Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM) con la collaborazione della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e pubblicato il 31 Maggio 2024 – **fornisce un quadro utile per valorizzare percorsi nati dalle specificità organizzative dei singoli contesti e fondati sulla collaborazione multiprofessionale.**

È stato un episodio critico a fornire il punto di partenza per ragionare su come tradurre gli obiettivi del progetto in azioni concrete. Durante un momento di forte tensione, il vetro della stanza del personale infermieristico è stato danneggiato con un pugno e, in attesa della sostituzione,

è stato applicato un pannello provvisorio in compensato. A partire da questo elemento, inizialmente destinato alla sola messa in sicurezza, è stata proposta – da parte nostra – un'attività pittorica semi-guidata, con la possibilità di partecipazione aperta.

All'attività hanno aderito spontaneamente diverse persone ricoverate e operatori. Anche la persona autrice del gesto iniziale ha scelto di prendere parte al laboratorio, contribuendo attivamente alla realizzazione del pannello. Questo ha rappresentato un momento significativo di riconciliazione con quanto era accaduto in precedenza – sia per i degenti sia per la persona autrice del gesto – poiché ha permesso un abbassamento della tensione emotiva generale.

L'attività collettiva – un collage di frasi, scritte, immagini e tracce personali – ha rappresentato il primo esempio tangibile di intervento a carattere relazionale e ambientale, contribuendo ad avviare un processo di cambiamento condiviso. Da lì sono emerse altre attività pittoriche, sviluppate su grandi cartelloni nel lungo corridoio e nella stanza comune. Sebbene amovibili, queste installazioni hanno acquisito un forte valore affettivo per pazienti e operatori, contribuendo a rendere lo spazio più personale, meno anonimo, meno alienante. Il corridoio, prima uniforme e monocromatico, ha cominciato così a raccontare storie.

Questa prima esperienza ha segnato l'avvio di una fase di ascolto e osservazione più strutturata. Incontri informali, momenti di confronto tra pari e sopralluoghi quotidiani hanno permesso di raccogliere bisogni, criticità e risorse, con particolare attenzione ai vissuti. È stata effettuata una mappatura qualitativa degli spazi comuni, e si è consolidata una visione dell'ambiente non come semplice sfondo, ma come co-agente nelle dinamiche relazionali e nei percorsi di cura (Shantell, 2006).

L'obiettivo era comprendere la quotidianità del reparto e le pratiche in atto, per sostenere un approccio alla cura fondato sulla relazione, sulla qualità degli ambienti e sulla prevenzione degli agiti aggressivi.

## PROROGA E CONSOLIDAMENTO DEL LAVORO DI CO-PROGETTAZIONE

### Gennaio – dicembre 2024

Con la proroga annuale del progetto, a partire da gennaio 2024 ha preso avvio un percorso di progettazione condivisa più strutturato, che ha coinvolto in modo attivo sia gli operatori sia le persone ricoverate. Sono stati organizzati momenti di confronto dedicati alla trasformazione degli spazi, in cui l'osservazione condivisa ha permesso di individuare le aree con maggior potenziale di attivazione. Attraverso un monitoraggio qualitativo sono emerse le modalità d'uso e le funzioni – formali e informali – attribuite a ciascun ambiente (Bardone, 2017).

Questa analisi ha dato avvio a un processo progettuale più consapevole, finalizzato a valorizzare quegli elementi dello spazio che già favorivano la relazione o contribuivano alla regolazione emotiva.

Due spazi sono emersi come prioritari: la sala colloqui e la stanza fumatori, con particolare attenzione a quest'ultima. Per evitare approcci astratti o calati dall'alto, si è partiti da una domanda semplice e concreta: "Che cosa rappresenta per te la stanza fumatori?".

Le risposte – raccolte in forma orale o scritta e successivamente condivise in équipe – hanno restituito un quadro ricco e complesso:

- ritrovo, aggregazione, amicizia
- solitudine, isolamento
- calma, calmarsi
- estraniamento dal reparto
- colloquio privato con infermieri, terapisti, OSS
- conversazioni segrete
- sfogo delle frustrazioni
- fumo e basta
- sedersi per terra
- guardare fuori
- non essere visti
- ricordi di precedenti ricoveri.

Questa raccolta ha evidenziato il ruolo della stanza fumatori come spazio ad alta densità simbolica: un luogo di transizione e tregua, ma anche di memoria, solitudine, relazione. Non si trattava solo di un luogo per fumare, ma di uno spazio carico di significati emotivi e relazionali, spesso anche ambivalenti. Proprio questa complessità ha reso evidente la necessità di un intervento accurato, capace di accogliere senza semplificare.

A ottobre si è proceduto con la raccolta dei materiali necessari, molti dei quali ottenuti tramite reti informali di conoscenza. Il coinvolgimento del personale ha rafforzato il senso di appartenenza e corresponsabilità (Chryssikou, 2014).

L'idea progettuale non è nata per decorare, ma per restituire dignità e valore all'esperienza che si sedimenta in quello spazio. Il paesaggio murale proposto – con montagne stilizzate, cielo e nuvole – è stato pensato come uno sfondo neutro e accogliente, capace di lasciare spazio a nuove tracce nel tempo. Le superfici scrivibili, introdotte come risposta al bisogno di espressione, rappresentano una forma di contenimento simbolico: permettono di "scrivere senza rovinare", di lasciare segni senza danneggiare. L'intervento non ha cercato di addomesticare lo spazio, ma di renderlo più leggibile, curato e riconoscibile per chi lo attraversa.

Anche la sala colloqui è stata oggetto di trasformazione: riorganizzata in modo essenziale e accogliente, con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità e ridurre l'uso promiscuo. Sulle pareti sono state tracciate linee colorate che convergono verso il centro, suggerendo visivamente un punto d'incontro e di sospensione del giudizio. Le scelte cromatiche sono state discusse in gruppo e le pareti sono state lasciate in parte libere, per evitare stimoli intrusivi e permettere alle parole di emergere in uno spazio accogliente e non predefinito.

Sulla scia delle trasformazioni già avviate, si è poi formalizzata un'ulteriore proposta di intervento, stavolta dedicata al corridoio del reparto. Questo spazio, lungo e monocromatico, era stato fino a quel momento

attraversato più che abitato. Privo di riferimenti visivi, risultava spesso fonte di disorientamento, soprattutto per chi arrivava per la prima volta in SPDC.

La proposta di rifacimento è nata da una riflessione condivisa: se il corridoio è il luogo del passaggio, allora può anche essere il luogo dell'orientamento e dell'accompagnamento. In linea con gli interventi già realizzati, è stata pensata una suddivisione in tre sezioni cromatiche, ciascuna caratterizzata da una tonalità tenue e da piccoli riferimenti grafici – pittogrammi, frecce, simboli – in grado di facilitare la lettura spaziale e la continuità narrativa, e migliorare l'orientamento (Ulrich, 2008).

Gran parte dell'intervento è stato realizzato grazie alla partecipazione attiva di operatori e pazienti. La trasformazione degli spazi ha cercato di creare un equilibrio tra contenimento e apertura, tra funzione clinica e dimensione relazionale, in linea con quanto descritto in letteratura sui benefici ambientali nei contesti psichiatrici (Ulrich, 2008; Shattell, 2006).

### **Dicembre 2024 – febbraio 2025**

Il monitoraggio informale condotto nei mesi successivi ha evidenziato un uso più consapevole degli spazi da parte delle persone ricoverate. In particolare, nella stanza fumatori si è osservata una crescente attenzione all'ordine e alla pulizia: le pareti decorate e scrivibili sono rimaste a lungo intatte, senza segni o danneggiamenti.

Questo comportamento ha confermato una delle ipotesi centrali del progetto: che uno spazio pensato non solo per accogliere, ma per farlo con cura – e senza imporre divieti rigidi dall'alto – possa essere vissuto con maggiore rispetto e favorire una modulazione spontanea dei comportamenti. Anche la letteratura sottolinea come un ambiente curato tenda a essere maggiormente preservato e considerato, rispetto a uno trascurato (Bardone, 2017; Ulrich, 2008).

Un esempio concreto si è verificato all'inizio di febbraio, a quasi due mesi dalla fine della riqualificazione: una paziente già nota ai servizi ha ripreso a scrivere sui

muri, riattivando una dinamica espressiva che si è rapidamente estesa ad altre persone. Questa volta, tuttavia, le scritte sono rimaste all'interno delle superfici predisposte e scrivibili, come se lo spazio stesso, attraverso i suoi margini visivi e simbolici, avesse definito un limite condiviso. Come già evidenziato dall'architetto Giancarlo De Carlo, “esiste un rapporto estremamente intenso tra lo spazio fisico e chi lo abita”: progettare spazi di cura richiede attenzione non solo a criteri funzionali, ma anche psicologici ed estetici. In tale prospettiva, il passaggio da un ambiente “di cura” a uno “che cura” rappresenta un cambio di paradigma fondamentale per la salute mentale.

Questo episodio ha confermato una delle ipotesi centrali del progetto: che la qualità dello spazio possa influenzare il comportamento e generare un'autoregolazione spontanea, senza necessità di divieti espliciti.

Questi cambiamenti non sono stati il semplice risultato di una riflessione teorica, ma sono nati anche da un lavoro concreto e condiviso: abbiamo contribuito in prima persona alla tinteggiatura, alla riorganizzazione degli arredi e alla raccolta dei materiali – grazie anche al supporto di colleghi e conoscenti. Questo coinvolgimento diretto ha accompagnato tutte le fasi del progetto, rafforzando il senso di corresponsabilità e partecipazione attiva. Non si è trattato solo di un cambiamento estetico, ma di un gesto concreto di cura: rendere lo spazio realmente attraversabile, generativo, e capace di trasformare anche i limiti fisici in occasioni di relazione.

Il progetto si era aperto con una fase di osservazione partecipata condotta direttamente da noi, con l'obiettivo di comprendere le dinamiche spaziali e relazionali del reparto. A distanza di mesi, sono stati gli stessi fruitori del reparto a restituire uno sguardo sugli ambienti trasformati, offrendo letture dense di significato. Tra queste, il commento di una paziente riferendosi alla stanza fumatori: “Avete ridato dignità a questo luogo”.

## UN ACCENNO AI DATI E L'IMPORTANZA DELLA LETTURA QUALITATIVA

Nel quinquennio 2020–2024, il ricorso alla contenzione meccanica nel nostro SPDC ha mostrato un andamento variabile in rapporto al numero complessivo di ricoveri. Il periodo di riferimento include la fase più acuta dell'emergenza COVID-19, che ha influito significativamente sull'accessibilità ai servizi, sull'organizzazione interna e sulle dinamiche relazionali nei reparti. A partire dal 2021 si è osservato un progressivo incremento dei ricoveri ma, nonostante ciò, l'incidenza delle contenzioni è rimasta sostanzialmente stabile.

Il progetto di trasformazione avviato nel luglio 2023 si è inserito in un contesto di ripresa e riorganizzazione. Sebbene non sia possibile attribuire effetti diretti agli interventi realizzati, si evidenzia la necessità di valorizzare i dati a disposizione tra l'anno precedente all'avvio del progetto e quello di avvio effettivo. Il confronto tra il 2022 e il 2023 restituisce alcuni segnali di cambiamento: la percentuale di episodi di contenzione sul totale dei ricoveri si è ridotta di circa il 2,4%, mentre l'indice di contenzione individuale – ovvero il numero medio di episodi per persona contenuta – è passato da 2,4 a 1,55, con una riduzione di circa 35%. Pur restando costante la quota complessiva di pazienti contenuti, si osserva una diminuzione degli episodi ripetuti e una maggiore modulazione del contenimento.

L'intervento, inoltre, si è sviluppato in un contesto segnato da forti vincoli strutturali: il reparto opera con una disponibilità di 15 posti letto, pari a un rapporto di 1 ogni 15.000 abitanti, a causa della sede provvisoria attualmente in uso. La riduzione degli spazi ha limitato le possibilità di differenziazione funzionale e di organizzazione ambientale, aspetti che, come evidenziano Shattell (2006) e Ulrich et al. (2008), influenzano direttamente la regolazione emotiva, la percezione di sicurezza e la frequenza dei comportamenti disorganizzati. A ciò si aggiunge l'insufficiente disponibilità di posti letto nelle REMS, che comporta il prolungato ricovero in SPDC

dei pazienti autori di reato. Questa condizione incide direttamente sulla disponibilità effettiva di posti letto per la popolazione generale e contribuisce ad aumentare la pressione assistenziale sul reparto.

Infine, un dato interessante riguarda il momento e il luogo di attivazione della misura coercitiva: il 50% delle contenzioni viene avviato già in Pronto Soccorso, prima dell'ingresso effettivo in reparto. Si tratta spesso di pazienti con quadri clinici complessi, legati all'abuso di sostanze o alla presenza di tratti antisociali, meno o per nulla responsabili alle terapie farmacologiche disponibili. Alla luce di questi elementi, si conferma l'importanza di un monitoraggio del fenomeno che non si limiti ai soli indicatori numerici, ma includa anche osservazioni qualitative e riflessioni contestuali sulle condizioni relazionali e ambientali in cui la contenzione si attiva.

## PRENDERSI CURA DI CHI CURA ATTRAVERSO LO SPAZIO: UN ATTO ETICO

Durante le diverse fasi del progetto, è emersa con chiarezza la necessità di prendersi cura anche di chi, quotidianamente, lavora e abita il reparto in veste professionale. In un contesto psichiatrico ad alta intensità, l'ambiente assume un ruolo attivo: può sostenere, alleggerire o, al contrario, amplificare la complessità del lavoro clinico e relazionale.

Gli interventi realizzati hanno riguardato sia la qualità dell'accoglienza per le persone ricoverate, sia le condizioni operative dell'équipe. Spazi più ordinati, coerenti e leggibili hanno favorito un maggiore senso di appartenenza, promuovendo coinvolgimento e corresponsabilità.

Migliorare l'abitabilità, la funzionalità e la riconoscibilità degli ambienti di lavoro ha rappresentato una scelta coerente con i principi etici e deontologici che guidano la nostra pratica. In un reparto dove il carico emotivo è elevato e la complessità organizzativa è quotidiana, la qualità dello spazio influisce direttamente sulla tenuta delle pratiche cliniche e sulla possibilità di garantire continuità e appropriatezza nella presa in carico.

Questa impostazione trova riscontro nei codici deontologici dei profili professionali coinvolti. L'articolo 15 del Codice Deontologico FNOPI (2025), dedicato alla "cura dei curanti", richiama il ruolo attivo dell'infermiere nel promuovere ambienti collaborativi e relazioni di sostegno reciproco. Analogamente, la Parte II del Codice Deontologico del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, agli articoli 10 e 11, sottolinea la responsabilità verso l'équipe e i modelli organizzativi, incoraggiando azioni orientate al benessere collettivo e alla prevenzione del disagio lavorativo.

Il progetto ha cercato di tradurre questi principi in scelte concrete, riconoscendo il valore di uno spazio trasformato anche per chi cura. In un reparto dove è richiesta una resilienza quotidiana, lasciare un segno visibile – una parete scrivibile, un ambiente ordinato – ha significato prendersi cura anche dell'équipe. Un benessere che può riflettersi in pratiche più umane, condivise e sostenibili (Bardone, 2017; Vaaler, 2006).

## CONCLUSIONI

Nel corso del progetto non sono mancate le difficoltà. Una delle sfide principali è stata rendere evidente, anche all'interno del team multiprofessionale, il legame tra gesti apparentemente semplici – come tenere in mano un pennello o segnare delle linee su un muro – e le competenze professionali che li sostengono. In un contesto ad alta intensità clinica, questi interventi rischiano talvolta di essere percepiti come marginali. È stato necessario affermare, con delicatezza ma decisione, che anche questi gesti sono atti di cura, profondamente coerenti con il mandato delle nostre professioni e con gli obiettivi istituzionali di salute mentale. Rappresentano una visione della cura orientata alla persona, integrata e multidisciplinare, in cui ogni azione contribuisce alla coerenza di un progetto più ampio.

L'intervento realizzato, seppur circoscritto, si è radicato nella quotidianità della cura psichiatrica, cercando di attivare risorse già presenti per promuovere un cambia-

mento concreto. La riduzione della contenzione meccanica non si ottiene attraverso singole azioni prescrittive, ma attraverso un lavoro continuo, interprofessionale e multilivello, capace di connettere dimensioni cliniche, organizzative, relazionali e ambientali.

L'esperienza maturata mostra come anche interventi a basso impatto economico, se fondati su un ascolto attento del contesto e sulla partecipazione attiva degli operatori, possano generare significative trasformazioni. Prendersi cura degli ambienti, rafforzare la coerenza simbolica e sostenere il benessere di chi lavora nel reparto non sono elementi accessori, ma componenti essenziali per costruire condizioni più favorevoli alla cura. Investire su questi aspetti significa ridurre il rischio del ricorso a pratiche coercitive, promuovendo un'assistenza più rispettosa, efficace e orientata alla persona.

Guardando al futuro, riteniamo fondamentale che le professioni sanitarie, oltre alla dimensione operativa, rivendichino sempre più il tempo di documentare, analizzare e valorizzare i percorsi realizzati. Raccogliere dati, narrazioni ed evidenze è parte integrante del processo di cura: restituisce senso all'agire quotidiano e ne consolida l'efficacia. Allo stesso modo, auspichiamo che chi abita quotidianamente il reparto venga coinvolto fin dalle fasi iniziali nei processi di progettazione degli ambienti. Reparti come l'SPDC richiedono riflessioni che vadano oltre la sola struttura logistica e organizzativa, per tradursi in scelte che rispettino la complessità, la relazione e il potenziale degli spazi di cura.

## RINGRAZIAMENTI

Desideriamo esprimere la nostra gratitudine a tutto il personale del SPDC della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano per la disponibilità, l'ascolto e la partecipazione attiva durante le diverse fasi del progetto. Un riconoscimento speciale è rivolto alle persone ricoverate che, in forma anonima e volontaria, hanno contribuito alla co-costruzione di ambienti più accoglienti e significativi. La realizzazione

---

del percorso è stata resa possibile anche grazie al supporto operativo di colleghi e conoscenti che hanno messo generosamente a disposizione tempo, materiali e competenze. Un sentito apprezzamento va all'Ufficio Tecnico della Fondazione per la collaborazione e il contributo concreto alla realizzazione degli interventi.

Non possiamo che sottolineare infine i contributi alla realizzazione dell'articolo, da parte della dott.ssa Elena Panciera – per l'attenta revisione editoriale – e del Direttivo del SISISM, per averne reso possibile la diffusione.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Tecnica della riabilitazione psichiatrica, SPDC Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

° *Infermiera, SPDC Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

^ *Responsabile Infermieristica Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

## BIBLIOGRAFIA

1. Bardone L, Marigo L, Calabrò A. *Come l'ambiente e i luoghi nei servizi di psichiatria possono cambiare la percezione e la relazione tra paziente e infermiere*. L'Infermiere. 2017;(2).
2. Chrysikou E. *Architecture for Psychiatric Environments and Therapeutic Spaces*. IOS Press; 2014.
3. Federazione nazionale degli Ordini TSRM e PSTRP, *Codice deontologico dei tecnici della riabilitazione psichiatrica*. 2025
4. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, FNOPI, *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*. 2025.
5. FNOPI – Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. *Position Statement dell'infermiere di salute mentale e psichiatria. In collaborazione con la Società Scientifica Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale (SISISM)*. Maggio 2024
6. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. *Protocollo PT.05.270 – Contenzione del paziente psichiatrico*. Rev. 8, 2024.
7. Goffman E. *Asylums*. Anchor Books; 1961.
8. Ittelson WH. *An Introduction to Environmental Psychology*. Holt, Rinehart & Winston; 1974.
9. Regione Lombardia. *Delibera Giunta Regionale XI/7661 del 28/12/2022*.
10. Regione Lombardia. *Linee di indirizzo per la riduzione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e NPIA*, 2018-2021.
11. Shattell MM. *Exploration of the Meanings of Space and Place in Acute Psychiatric Care*. Issues Ment Health Nurs. 2006;27(6):699-707.
12. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo HB, Choi YS, Quan x, Joseph A. *A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design*. HERD. 2008;1(3):61-125.
13. Vaaler AE, Morken G, Linaker OM. *Effects of Different Interior Decorations in the Seclusion Area of a Psychiatric Acute Ward*. Nord J Psychiatry. 2006;60(3):213-7.

# Il rischio di soffocamento da ingestione di cibo nei pazienti psichiatrici: uno studio osservazionale

Camuccio C.A.\*; Stefenelli S.°

## ABSTRACT

**Introduzione:** Il soffocamento durante l'ingestione di cibo o bevande, noto anche come sindrome coronarica da caffè, rappresenta una delle principali cause di morte tra i pazienti psichiatrici. Tuttavia, questo fenomeno è scarsamente descritto nella letteratura: non ci sono dati epidemiologici precisi, ma è emerso che le principali cause di soffocamento in questa popolazione sono la disfagia bradi cinetica e la Fast Eating Syndrome. È stato inoltre dimostrato che l'adozione di semplici misure precauzionali da parte dei professionisti sanitari può ridurre il numero di incidenti.

**Obiettivo:** Stimare il rischio di soffocamento nei pazienti psichiatrici ricoverati nelle diverse strutture del Dipartimento di Salute Mentale attraverso due parametri: Indice di Rischio di Disfagia e osservazione della presenza di Fast Eating Syndrome.

**Materiali e Metodi:** È stato condotto uno studio osservazionale durante i pasti che ha coinvolto 51 pazienti: sono stati registrati i tempi e le modalità di assunzione del pasto ed è stato compilato simultaneamente l'Indice di Rischio di Disfagia. I risultati sono stati poi sintetizzati e trascritti in un dataset, seguito dall'analisi statistica.

**Risultati:** È emerso che un rischio medio/alto di disfagia è presente nel 27,5% dei casi, soprattutto nei pazienti di sesso femminile di età compresa tra i 60 e i 73 anni, con diagnosi di disturbo dell'umore e precedenti incidenti di soffocamento. La Fast Eating Syndrome, invece, ha riportato una percentuale del 24% e, rispetto al rischio di disfagia, è più prevalente negli uomini di età compresa tra i 51 e i 59

anni. I risultati ottenuti in SPDC e CTRP sono stati confrontati, ma non sono state trovate differenze significative. Gli elementi più frequenti e statisticamente significativi per il rischio di disfagia sono stati la presenza di edentulia o protesi dentarie incongruenti, la collaborazione limitata e la velocità eccessiva o lentezza.

**Conclusioni:** Lo studio ha dimostrato la presenza di una considerevole percentuale di rischio di soffocamento e di Fast Eating Syndrome nella popolazione psichiatrica. Pertanto, la mera osservazione dei pazienti durante i pasti da parte dei professionisti sanitari non è sufficiente; è necessaria un'assistenza infermieristica più complessa, di natura relazionale ed educativa che comprenda valutazione, prevenzione e trattamento di segni/sintomi o comportamenti scorretti.

**Parole chiave:** sindrome coronarica da caffè, pazienti psichiatrici, disfagia, disturbi della deglutizione, Fast Eating Syndrome

## INTRODUZIONE

Il soffocamento durante l'ingestione di cibo o bevande, noto come caffè coronary syndrome (Pathak 2016), è una delle principali cause di morte nei pazienti psichiatrici, rappresentando circa il 10% delle morti accidentali. Lo studio di Ruschena et al. (2003) ha rilevato che gli adulti con schizofrenia hanno un rischio 30 volte maggiore di soffocamento rispetto alla popolazione generale, mentre coloro con patologie mentali organiche hanno un rischio 43 volte maggiore.

Il termine *café coronary syndrome* è stato coniato da Haugen nel 1963 per descrivere la morte improvvisa durante un pasto, causata dall'occlusione delle vie aeree superiori da cibo. Negli Stati Uniti, il fenomeno è stato inizialmente attribuito a sindrome coronarica acuta, ma uno studio di 121 casi ha dimostrato che la causa era l'occlusione delle vie aeree da bolo alimentare. Wick, Gilbert e Byard (2006) hanno trovato che oltre il 60% delle vittime di soffocamento da cibo aveva una storia di malattie cerebrali o disturbi psichiatrici, dovuti a disfagia, comportamenti alimentari anomali e impulsività. Gli psicofarmaci sedativi/ipnotici e la scarsa dentizione aumentano il rischio.

Uno studio italiano (Fioritti, Giaccotto & Melega, 1997) ha identificato la disfagia bradicinetica e la *fast eating* come principali cause di incidenti gravi o fatali. In 31 incidenti, un episodio di polmonite è stato fatale, 5 casi hanno richiesto rianimazione o la manovra di Heimlich, e 4 ricoveri in terapia intensiva. Un altro studio (Hwang S. J. et al., 2010) ha suggerito che l'età media dei pazienti con episodi di soffocamento è di 59,7 anni, più alta rispetto ai degenti generali (44,4 anni), e che gli uomini hanno 3 volte più probabilità di soffocare rispetto alle donne. La maggior parte degli incidenti si verifica durante la colazione, probabilmente a causa degli effetti residui degli ipnotici.

Nei pazienti psichiatrici, la frequenza della disfagia varia tra il 9% e il 46%, differenze notevoli a causa dell'eterogeneità delle definizioni diagnostiche e degli studi. La misurazione della disfagia è complessa per difficoltà cognitive e comunicative che impediscono il consenso a procedure diagnostiche come la Videofluoromanometria (VFM). Regan, Sowman e Walsh (2006) hanno trovato che il 32% dei pazienti psichiatrici soffre di problemi di deglutizione, con una maggiore incidenza nei reparti per acuti (35%) rispetto alle comunità terapeutiche (27%). Le difficoltà di deglutizione secondo gli autori sono associate all'incremento di farmaci antipsicotici durante le fasi acute e alla polifarmacoterapia.

Secondo Bazemore et al. (1991), la disfagia bradicinetica era presente nel 25% dei pazienti esaminati. La

corretta formazione del bolo alimentare dipende da una masticazione efficiente e dalla quantità di saliva, che può essere ridotta dai farmaci antimuscarinici, causando xerostomia e difficoltà di deglutizione. I farmaci neurolettici, usati per trattare la schizofrenia, sono associati a sindromi extrapiramidali che influenzano le fasi orale e faringea della deglutizione. Altri fattori di rischio includono età, comorbidità, mobilità limitata, fumo e alcol.

La *Fast Eating Syndrome* (FES), comune nei pazienti psichiatrici cronici, è caratterizzata da velocità e impulsività nell'assunzione del pasto, scarsa masticazione e ingestione di grossi boli. Questa cattiva abitudine può essere indotta ed aggravata dalle routine ospedaliere che prevedono pasti rapidi.

Le difficoltà di deglutizione indotte da psicofarmaci sono comuni, con il 75% dei pazienti con sintomatologia extrapiramidale che mostra aspirazione e altre complicanze. Una revisione di Cicala et al. (2019) ha esaminato la disfagia indotta da antipsicotici e le sue complicazioni, come soffocamento e polmonite. Gli antipsicotici sono un fattore di rischio significativo per la disfagia, soprattutto nei pazienti con disabilità intellettiva e demenza. Inoltre gli antipsicotici atipici, nonostante abbiano meno effetti collaterali, non hanno eliminato la disfagia. Sempre Cicala et al. (2019) ha evidenziato dismotilità esofagea in pazienti trattati con clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo e paliperidone. Anche l'uso di benzodiazepine o altri sedativi può inibire il riflesso faringeo, causando paralisi della faringe. (Cicala et al., 2019).

Una revisione sistematica di Lu et al. (2017) ha evidenziato che il soffocamento è evitabile e ribadisce i principi sopra citati: l'identificazione e il trattamento dei fattori di rischio (ad esempio la scarsa dentizione), l'educazione in caso di cattive abitudini alimentari, le eventuali modificazioni alla dieta, la registrazione degli effetti collaterali indotti dai farmaci antipsicotici, la necessità di allertare i caregivers dell'alto rischio di soffocamento nelle persone con patologia mentale e la formazione sulle manovre di emergenza.

Un recente studio di Guthrie et al. (2023) ha evidenziato che la disfagia e il soffocamento sono altamente prevalenti negli adulti con disturbi di salute mentale con sono frequenti fenomeni di diagnostic shadowing e di minore attenzione alle comorbidità, ma ha evidenziato anche come la ricerca sulla loro esperienza personale è scarsa. L'inclusione dei pazienti nel riconoscimento, valutazione e trattamento delle difficoltà durante i pasti è fondamentale. Questi dati recenti sottolineano l'importanza di un approccio inclusivo e multidisciplinare nella gestione della disfagia nei pazienti psichiatrici, per migliorare la loro qualità di vita e ridurre il rischio di complicazioni gravi.

L'obiettivo di questo studio è di stimare il rischio di soffocamento nei pazienti psichiatrici ricoverati nelle diverse strutture di un Dipartimento di Salute Mentale attraverso due parametri (Indice di Rischio di Disfagia e osservazione della presenza di Fast Eating Syndrome).

## MATERIALI E METODI

**Design dello studio.** Lo studio di natura osservazionale è stato condotto nel Dipartimento di Salute Mentale di una ULSS della regione Veneto, includendo il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e una Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP).

I dati sono stati raccolti tramite osservazione diretta dei pazienti durante i pasti (prevalentemente pranzo in pochi casi cena). Sono stati annotati i tempi e le modalità di assunzione del pasto (ad esempio, scarsa masticazione, ingestione di bocconi molto grandi) e compilato l'Indice di Rischio di Disfagia (IRD). I risultati sono stati sintetizzati e trascritti in un dataset, utilizzato per l'analisi statistica.

**Setting e campione.** Le valutazioni sono state svolte in SPDC e in una CTRP. In queste due strutture i pasti vengono generalmente distribuiti e assunti in una sala mensa. La ricercatrice SS ha osservato tre pazienti al giorno, estratti casualmente all'inizio della mattinata. Il giorno successivo, venivano osservati altri pazienti, fino ad esaurimento dei ricoverati. In caso di dimissione, si dava priorità alla valutazione.

**Criteri di eleggibilità:**

- Inclusione.
  - Pazienti che mangiavano in sala pranzo,
  - dalla terza giornata di ricovero,
  - che esprimevano consenso formale.
- Esclusione.
  - Rifiuto di partecipazione,
  - età inferiore ai 18 anni e superiore ai 76 anni (Regan et al., 2006),
  - diagnosi di demenza o psicosi organica,
  - condizioni psicopatologiche tali da rendere l'osservazione non appropriata (secondo indicazioni della équipe curante),
  - assunzione dei pasti in camera,
  - rifiuto del cibo.

**Strumenti di ricerca.** È stata utilizzata la scala IRD - Indice di Rischio di Disfagia (Gaio et al., 2021), composta da 15 item con valori variabili tra 0,5 e 2 punti. Il punteggio totale in ventesimi inquadra il paziente in quattro categorie di rischio: basso, medio, alto o disfagia vera e propria. L'osservazione durante i pasti è fondamentale per verificare la presenza di disturbi comportamentali, posturali, necessità di aiuto nell'assunzione, eccessiva velocità o lentezza. Informazioni aggiuntive sono state raccolte dalle cartelle cliniche e dagli operatori sanitari riguardo pregressi episodi di occlusione delle vie aeree da cibo o polmoniti ab ingestis.

**Valutazione della Fast Eating Syndrome:** Non esiste un test di screening specifico in letteratura; tuttavia, il comportamento è osservabile e catalogabile secondo indicazioni di letteratura.

**Dataset.** Per ogni paziente sono stati riportati i seguenti dati: numero progressivo, sesso, età, diagnosi psichiatrica di dimissione, presenza di comorbidità, terapia farmacologica, punteggio della scala IRD, presenza di Fast Eating Syndrome, incidenti precedentemente registrati, e note descrittive.

**Procedura e raccolta dati.** Ottenuta l'approvazione del progetto e le autorizzazioni dalla Direzione Sanitaria della ULSS, l'osservazione dei pazienti è durata due mesi in SPDC

e meno di un mese in CTRP. La raccolta dei dati ha garantito l'anonimato dei pazienti e ha coinvolto il personale sanitario delle strutture psichiatriche. La ricercatrice ha partecipato alle attività di distribuzione dei pasti e assistenza ai pazienti, osservando i pasti in modo non invasivo.

**Elaborazione dei dati.** I dati raccolti sono stati elaborati utilizzando il programma Excel effettuando analisi statistica descrittiva. È stato anche utilizzato il test Chi Quadro di Pearson, accettando un livello di significatività statistica  $\leq 0,05$ .

## RISULTATI

### Analisi ambientale

In SPDC erano soprattutto gli operatori socio-sanitari (OSS) a seguire i pazienti durante i pasti, rimanendo all'interno della sala mensa ad osservare ed eventualmente ad intervenire, mentre gli infermieri si occupavano di altre attività assistenziali.

In SPDC in generale, la mattinata era così strutturata: alle h 8.00 si ha la distribuzione della colazione, al termine della quale è data una sigaretta ai fumatori che ne facessero richiesta; dalle h 8.30 alle 9.30, si svolgeva attività di psico-educazione, la cui partecipazione era volontaria; alle h 10.00 è data un'altra sigaretta ed eventualmente un'uscita all'interno dell'area ospedaliera della durata massima di 20 minuti; infine, alle h 12.00, è previsto il pranzo, con successiva consegna di una sigaretta.

In CTRP invece, infermieri e OSS erano soliti sedersi ai tavoli con i pazienti per consumare insieme i pasti (pasto terapeutico); la giornata era scandita da diverse e molteplici attività, con orari più flessibili e una distribuzione delle sigarette più frequente.

### Campione

Il campione totale è di 51 pazienti, 34 pazienti del SPDC 17 della CTRP. In SPDC abbiamo 61 ricoverati nel periodo di rilevazione; due non erano eleggibili poiché avevano più di 76 anni e due non hanno partecipato in

quanto affetti da demenza. Il campione potenziale era dunque di 57 pazienti e il tasso di rispondenza è stato del 59,6%. Per quanto riguarda invece la CTRP il tasso di rispondenza è stato del 100%, ossia di 17 degenti.

Tab. 1 – Campione generale

	Frequenze	Percentuali	Tasso rispondenza
SPDC	34	67%	59,6%
CTRP	17	33%	100%
Tot.	51	100%	

Il campione è composto da 28 uomini e 23 donne e la maggior parte degli utenti (35%) ha un'età tra i 31 e i 50 anni; l'età media dei pazienti osservati è stata infatti di 46,5 anni.

Il 62,7% soffre di disturbi psicotici, il 21,6% di disturbi dell'umore, l'11,8% di disturbi della personalità, il restante 2%, di patologie che non rientrano nelle 3 macro-gruppi principali sopracitati.

Inoltre, il 43% soffre di altre comorbidità; tuttavia data l'eterogeneità di queste ultime, non è stata possibile una suddivisione in classi e un'eventuale aggregazione di tali dati.

I pazienti osservati assumono in media 2,9 psicofarmaci al giorno e il 34% dai 4 ai 6. In particolare, per il 31% si tratta di antipsicotici atipici, per il 27% di benzodiazepine (BDZ) e per il 17% di antipsicotici tipici (*Tabella 3*). Alla terapia farmacologica specifica, si aggiunge un 25% di degenti che assume anche altri farmaci per patologie di natura organica, soprattutto antiipertensivi e ipolipemizzanti.

Per tutti i pazienti inoltre è stata verificata, tramite consultazione della documentazione clinica o testimonianze dirette degli operatori sanitari, la presenza di incidenti precedentemente registrati, seguendo la definizione data da Balzmore et al. nel 1991, ovvero "un episodio acuto nel quale il paziente tossisce incessantemente o subisce un cambiamento di colore (con l'incapacità di parlare o tossire efficacemente) durante l'ingestione di cibo o bevande. Il cibo liquido o solido deve essere espulso affinché termini l'evento".

Tab. 2 – Caratteristiche socio anagrafiche e cliniche del campione

		Frequenze	Percentuali
<b>Genere</b>	M	28	55%
	F	23	45%
<b>Età</b>	18 - 30	8	16%
	31 - 50	18	35%
	51 - 59	15	29%
	60 - 73	10	20%
<b>Diagnosi</b>	Disturbi dell'umore	11	21,6%
	Disturbi di personalità	6	11,8%
	Disturbi psicotici	32	62,7%
	Altro*	2	3,9%
<b>Comorbidità</b>	Sì	22	43%
	No	29	57%
<b>N. psicofarmaci assunti al giorno</b>	1	7	14%
	2	13	25%
	3	14	27%
	4	11	22%
	5	4	8%
	6	2	4%
<b>Terapia non psichiatrica</b>	Sì	13	25,5%
	No	38	74,5%
Incidenti precedentem e registrati	Sì	7	14%
	No	44	86%

È risultato che il 14% dei degenti ha riportato uno o più incidenti in passato; tuttavia questo dato si presta a sottovalutazioni considerando la scarsa rilevazione e successiva registrazione degli incidenti da parte dei sanitari.

Infine, per quanto riguarda gli utenti osservati in SPDC, la degenza media è stata di circa 16 giorni. Analisi del rischio di disfagia

Dalle osservazioni è emerso che il grado di rischio basso, con punteggi da 0 a 5,5, è stato presente nel 72,5% dei pazienti. Il grado di rischio medio (da 6 a 10,5) e alto (da 11 a 17) hanno avuto percentuali rispettivamente del 21,6% e del 5,9% (grafico 3). Non sono stati riscontrati punteggi tra 18 e 20, rappresentativi di disfagia vera e pro-

pria. Il range dei valori della scala IRD è stato da 0 a 12,5, con una media di 4,3, una mediana di 3,5 e una moda di 2.

Tab. 4 – Grado di rischio secondo scala IRD

Grado di rischio	Frequenze	Percentuali
Basso (da 0 a 5,5)	37	72,5%
Medio (da 6 a 10,5)	11	21,6%
Alto (da 11 a 17)	3	5,9%

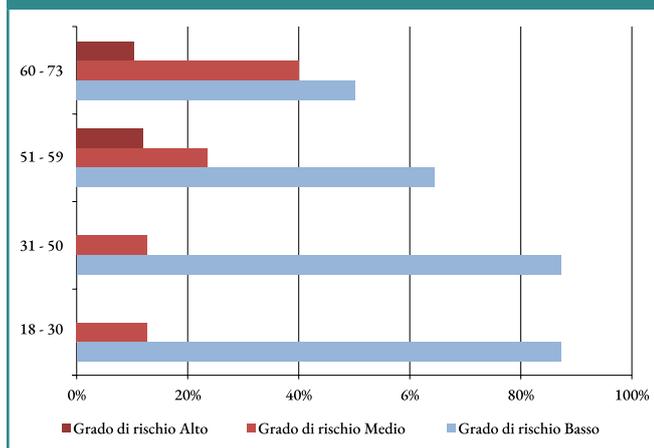
In particolare, il rischio medio/alto ha mostrato una maggiore prevalenza nel sesso femminile (43%) rispetto al sesso maschile (14%); questi valori sono risultati sta-

Tab. 3 – Classi di psicofarmaci in terapia

	Classi di psicofarmaci	Frequenze	Percentuali
<b>Stabilizzatori dell'umore</b>	Ionici	5	4%
	Antiepilettici	8	6%
<b>Antipsicotici</b>	Antipsicotici di 1 <sup>a</sup> generazione	22	17%
	Antipsicotici di 1 <sup>a</sup> gen. long-acting	4	3%
	Antipsicotici atipici	39	31%
	Antipsicotici atipici long-acting	2	2%
<b>Benzodiazepine</b>	BDZ	34	27%
<b>Antidepressivi</b>	Antidepressivi (NaSSA, SSRI, ..)	10	8%
	Antidepressivi triciclici	2	2%

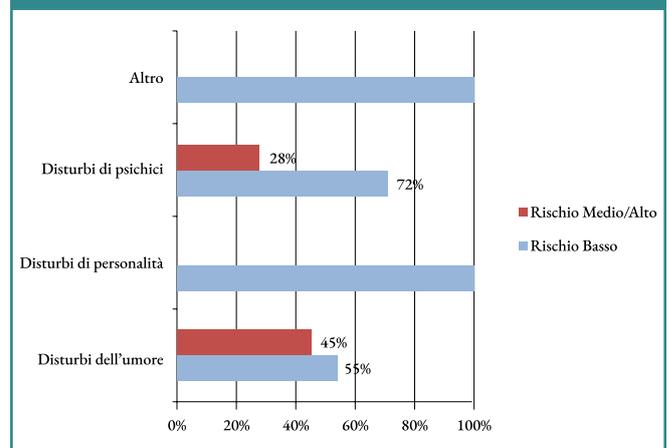
tisticamente significativi ( $p < 0,05$ ). In relazione all'età, la fascia più a rischio medio/alto è stata quella tra i 60 e i 73 anni (50%), mentre le fasce d'età tra i 18 e i 30 anni e tra i 31 e i 50 anni hanno mostrato un rischio del 13%.

Fig. 1 – Percentuali di rischio per fasce di età



Per quanto riguarda le diagnosi psichiatriche, i pazienti con disturbo dell'umore hanno mostrato un rischio medio/alto del 45%, seguiti da quelli con disturbi psicotici (28%). I pazienti con disturbi dell'umore hanno avuto un punteggio medio di 5,8, mentre quelli con disturbi psicotici di 4,3, con coefficienti di variabilità (CV) pres-

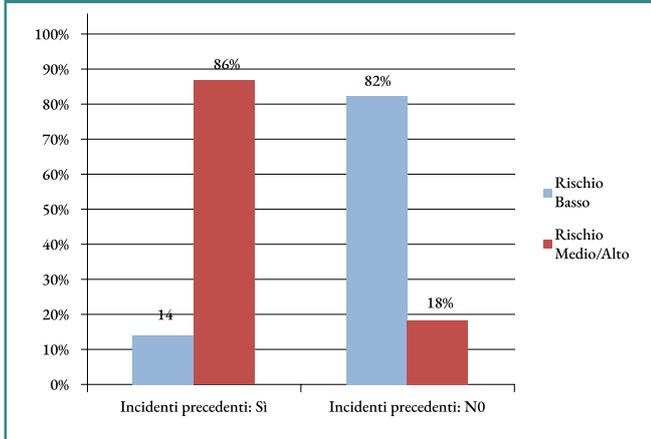
Fig. 2 – Percentuali di rischio in base alla diagnosi psichiatrica



soché analoghi (66% vs 67%). Gli utenti con disturbi di personalità o altre diagnosi hanno riportato punteggi esclusivamente bassi, in particolare tra 0 e 3,5.

Infine, il rischio di disfagia in rapporto agli incidenti precedentemente registrati ha mostrato un considerevole aumento nei pazienti che hanno riportato episodi di mancato soffocamento rispetto a coloro che non ne hanno mai registrati, rispettivamente 86% vs 18% di rischio medio/alto, questa relazione è risultata statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

**Fig. 3 – Percentuali di rischio in base a incidenti precedenti**

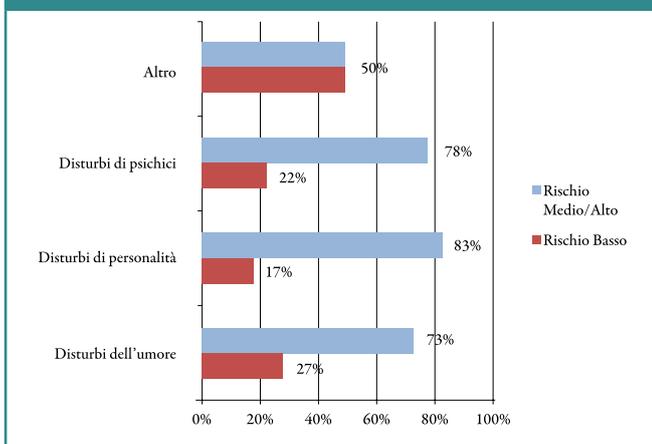


### Analisi della Fast Eating Syndrome

La Fast Eating Syndrome (FES) è stata riscontrata nel 2,4% degli utenti. I comportamenti esemplificativi di FES più frequenti sono stati:

- Assunzione estremamente veloce del pasto: ad esempio, il paziente termina il pasto in 5-6 minuti e si alza dal tavolo.
- Assunzione veloce del cibo con bocconi molto grandi.
- Presenza di tosse durante il pasto.
- Necessità di essere richiamato più volte.
- Ingordigia e voracità: ad esempio, il paziente mangia una pesca in soli quattro pezzi.
- Scarsa masticazione e deglutizione veloce.

**Fig. 4 – Presenza di FES in relazione con la diagnosi psichiatrica**



In relazione al sesso, la FES è stata presente nel 17% delle donne e nel 29% degli uomini. Per quanto riguarda le fasce d'età, i pazienti più colpiti sono stati quelli tra i 51 e i 59 anni (35%), seguiti da quelli tra i 60 e i 73 anni (20%). In relazione alle diagnosi psichiatriche, i pazienti con disturbi dell'umore hanno riportato una percentuale del 27%, i pazienti con disturbi psicotici hanno mostrato una prevalenza del 22%, seguiti da quelli con disturbi di personalità (17%).

Infine, gli utenti con precedenti incidenti hanno avuto una prevalenza di FES del 57%, rispetto al 18% di coloro che non hanno riportato episodi antecedenti. È importante sottolineare che la relazione tra presenza di FES e incidenti precedentemente registrati è risultata statisticamente significativa ( $p = 0,023$ ).

### Confronto tra SPDC e CTRP

Nel confronto tra i due campioni, è emersa una maggiore presenza femminile in SPDC rispetto alla CTRP (53% vs 29%), con una conseguente presenza maschile rispettivamente del 47% e del 71%. L'età media dei pazienti in SPDC era di 43,9 anni, con la maggior parte dei pazienti (32,4%) nella fascia di età tra i 31 e i 50 anni. In CTRP, l'età media era di 51,6 anni, con la fascia di età più consistente tra i 51 e i 59 anni (41,2%), e un range di età dai 32 ai 65 anni (Tabella 5).

Per quanto riguarda le diagnosi psichiatriche, la totalità degli utenti osservati in CTRP presentava disturbi psicotici. Nel reparto per acuti (SPDC), il 44% dei pazienti aveva disturbi psicotici, il 32% disturbi dell'umore, il 18% disturbi di personalità e il restante 6% altre diagnosi psichiatriche.

In relazione al rischio di disfagia, i pazienti ricoverati in SPDC hanno mostrato un rischio medio/alto leggermente inferiore rispetto alle altre strutture, rispettivamente del 26,5% e del 29,4%.

Per quanto riguarda la Fast Eating Syndrome (FES), la differenza è stata più marcata: in SPDC è stata presente nel 20,6% dei pazienti, mentre in CTRP nel 29,4%. Tuttavia, in entrambi i casi, l'associazione tra disfagia o FES e la struttura di ricovero non è risultata statisticamente significativa ( $p = 0,82$  vs  $p = 0,48$ ).

Tab. 5 – Confronto dati socio anagrafici e clinici fra SPDC e CTRP

	Sesso		Età				Diagnosi psichiatriche				
	M	F	18-30	31-50	51-59	60-73	Dist. dell'umore	Dist. di personalità	Dist. psicotici	Altro	
<b>SPDC</b>	n*	16	18	8	11	10	5	11	6	15	2
	%	47	53	23,5	32,4	29,4	14,7	32	18	44	6
	Media	/		43,9				/			
	Median a	/		45,5				/			
	Moda	/		31				/			
	CV*	/		33%				/			
<b>CTR</b>	n*	12	5	0	5	7	5	0	0	17	0
	%	71	29	0	29,4	41,2	29,4	0	0	100	0
	Media	/		51,6				/			
	Median a	/		55				/			
	Moda	/		45 e 61				/			
	CV	/		20%				/			

### Analisi scala IRD

La scala IRD, utilizzata per valutare il rischio di disfagia, è composta da 15 item, ciascuno con un punteggio variabile da 0,5 a 2 punti. I risultati hanno mostrato che gli item più frequenti, in ordine decrescente, sono:

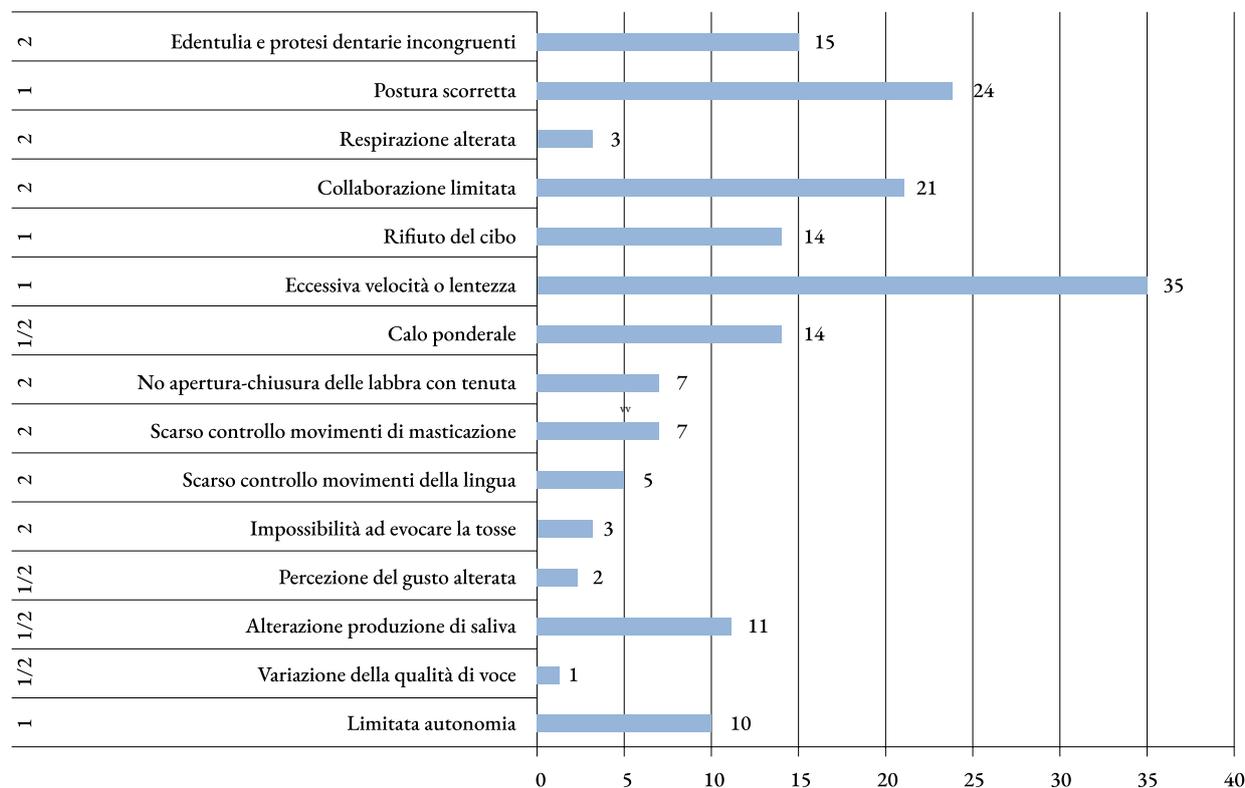
- Eccessiva velocità o lentezza nell'assunzione del cibo (n = 35/51): ad esempio, il paziente termina il pasto in 5 minuti o, al contrario, tiene il boccone in bocca per circa 10 secondi prima di deglutirlo.
- Postura scorretta (n = 24/51): ad esempio, il paziente fatica a mantenere una postura eretta e tende a inclinarsi all'indietro o iperestende il capo mentre beve.
- Collaborazione limitata (n = 21/51): dovuta a difficoltà di comprensione verbale e contestuale, come nel caso di pazienti deliranti, con allucinazioni uditive o particolarmente soporosi.
- Edentulia o protesi dentarie incongruenti (n = 15/51).
- Rifiuto del cibo e calo ponderale (entrambi 14/51).
- Alterazione nella produzione di saliva (n = 11/51).

Questi sei item sono stati associati al rischio di disfagia, rivelando che il 47% dei pazienti con edentulia o protesi den-

tarie incongruenti presenta un rischio medio/alto, rispetto al 19% di coloro con dentatura sana o protesi adeguate, con una relazione statisticamente significativa ( $p = 0,047$ ). La postura scorretta è stata riscontrata nel 47% degli utenti, di cui il 58% ha un rischio di disfagia medio/alto. Al contrario, tra coloro con postura corretta (42%), l'indice di rischio è risultato basso. La collaborazione limitata, riscontrata nel 41% dei pazienti, è risultata significativamente associata all'IRD ( $p < 0,01$ ), con il 52% dei pazienti con difficoltà di collaborazione che ha registrato un indice di rischio medio/alto. Il rifiuto del cibo è stato osservato nel 27% degli utenti, con un rischio medio/alto del 36%, rispetto al 25% di coloro che non presentano tale comportamento.

La relazione tra IRD e velocità anomala nell'assunzione del cibo è risultata statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ), con un rischio medio/alto presente solo nei pazienti con velocità non corretta (40% vs 0%). Il calo ponderale, registrato nel 27% dei degenti, ha visto una percentuale di rischio medio/alto del 36%. Infine, il 43% dei pazienti con alterazione nella produzione di saliva ha mostrato un IRD più alto, con questa problematica riscontrata nel 22% degli utenti.

Fig. 4 – Frequenza dei singoli item della scala IRD



## DISCUSSIONE

In questo studio, il campione, seppur limitato nel numero, tende a confermare alcuni dati relativi ai fattori di rischio anche recentemente riportati in letteratura (Wang et al., 2024; Guthrie et al., 2023; Cicala et al., 2019, Aldridge & Taylor, 2012).

Ad esempio, il nostro studio ha osservato una percentuale più alta nel sesso femminile rispetto a quello maschile ( $p = 0,02$ ) e questi dati trovano riscontro nello studio retrospettivo su incidenti fatali di soffocamento di Wick et al. (2005), che mostra che il 52% delle vittime era di sesso femminile, mentre il 48% di sesso maschile.

In riferimento alla diagnosi psichiatrica, vi sono discordanze tra i vari articoli in letteratura spesso gli articoli in letteratura non discriminano efficacemente fra le differenti diagnosi (Guthrie et al., 2023; Aldridge & Taylor, 2012), ma in generale i pazienti più a rischio di disfagia e/o soffocamento risultano essere quelli con schizofrenia e disturbo bipolare, dati che in questo studio vengono

parzialmente confermati vedendo percentuali del 45% per i disturbi dell'umore e del 28% per i disturbi psicotici.

Per quanto riguarda le fasce d'età, il rischio maggiore è stato riscontrato tra i 60 e i 73 anni, con un incremento del rischio all'aumentare dell'età. Questo può essere giustificato da una maggiore assunzione di terapia negli anni, l'instaurarsi di comorbidità e un fisiologico decadimento fisico e cognitivo.

Il dato sulla presenza o meno di incidenti precedenti è stato difficile da reperire e poco attendibile, poiché non sempre veniva rilevato e riportato in documentazione clinica con accuratezza. Questo può essere giustificato dal fatto che, soprattutto in SPDC, erano principalmente gli OSS ad occuparsi della distribuzione delle pietanze e a monitorare i pazienti durante il pasto, ma in ogni caso possiamo ipotizzare una sottovalutazione del fenomeno da parte del personale sanitario, ipotesi che trova riscontro anche nelle revisione di Guthrie et al. (2023) e nello studio di prevalenza di Regan et al. (2006).

Per quanto riguarda la Fast Eating Syndrome (FES), riscontrata nel 24% dei degenti, è stata osservata una percentuale maggiore negli uomini rispetto alle donne, nei pazienti con età compresa tra i 51 e i 59 anni e in quelli con diagnosi di disturbo dell'umore. Non è stato possibile confermare tali dati consultando la letteratura, poiché non sono stati condotti studi specifici sulla FES. Tuttavia, la problematica del mangiare troppo velocemente si è rivelata considerevole nel nostro studio. La FES comunque appare come un fenomeno sotto-stimato sia dai clinici che dalla letteratura perlomeno riferita al paziente psichiatrico adulto: difatti troviamo accenni solo in studi dei primi anni '90 dello scorso secolo (Bazemore et al., 1991) anche se il fast eating viene spesso citato come comportamento a rischio (Mötteli et al., 2023; Guthrie et al., 2023).

Tale sottovalutazione potrebbe portare a comportamenti clinico/organizzativi che danno priorità alla sorveglianza "organica" o "post" piuttosto che alla prevenzione o educazione; ovvero controllare il paziente pronti ad intervenire nel caso di soffocamento piuttosto che adottare comportamenti organizzativi che non possono che essere a valenza relazionale ed educativa verso il paziente per modificarne i comportamenti a rischio.

Dal confronto tra SPDC e CTRP è emersa una percentuale di rischio di disfagia medio/alto rispettivamente del 26,5% e del 29,4%. Nonostante in letteratura sia stata riscontrata una più alta prevalenza di difficoltà di deglutizione nei reparti per acuti (Regan et al., 2006), le percentuali si discostano di poco. Questo può essere interpretato per cui nelle strutture in cui è stata condotta l'indagine, i pazienti in CTRP erano più anziani (età media di 51,6 anni rispetto ai 43,9 anni in SPDC), affetti da disturbi psicotici e probabilmente esposti per una più ampia esposizione temporale agli psicofarmaci, nonostante in quel momento dosaggi farmacologici inferiori rispetto al reparto acuti. Questo dato appare interessante e meriterebbe ulteriori approfondimenti di letteratura. Anche la FES è stata presente in percentuale maggiore in comunità rispetto al reparto per acuti (29,4% vs 20,6%).

Per quanto riguarda gli item della scala IRD, quelli risultati statisticamente significativi sono stati l'edentulia o la presenza di protesi dentarie incongruenti ( $p = 0,047$ ), la collaborazione limitata dalla difficoltà di comprensione verbale e contestuale ( $p < 0,01$ ) e l'eccessiva velocità o lentezza nell'assunzione del cibo ( $p < 0,01$ ), item questo che è stato inoltre il più frequente a conferma che il fast eating è molto frequente come fattore di rischio.

Aquila et al. (2018), sostengono che una diagnosi e trattamento precoci di edentulia e alterazione della salivazione (altro segno registrato tramite la scala IRD, presente nel 22% degli utenti), attraverso un'opportuna igiene orale e un controllo della xerostomia, possano portare a una significativa riduzione della morte per asfissia da cibo negli adulti.

Tra i possibili limiti dello studio troviamo sicuramente una bassa numerosità campionaria che unita al fatto che lo studio sia monocentrico non ci permette di poter generalizzare i risultati. Inoltre, non è stato possibile valutare l'esposizione psicofarmacologica, in particolare ai neurolettici, dei pazienti; comunque, non si può stabilire una relazione di causa-effetto tra rischio di disfagia e classe farmacologica, dosaggio o interazione con altri farmaci, data la difficoltà nell'aggregazione di tali dati.

## CONCLUSIONI

Lo studio ha mostrato la presenza di una considerevole percentuale di utenti con rischio di disfagia e di Fast Eating Syndrome (FES), sia nel reparto per acuti, sia nelle comunità terapeutiche e nei centri diurni. Nonostante i limiti dello studio, i risultati contribuiscono alla conoscenza di un tema ancora poco esplorato, evidenziando la complessità del rischio di soffocamento nell'ambito della salute mentale a causa della presenza di molteplici variabili che non sono riconducibili solo ad ambiti farmacologici o di comorbilità, ma anche a fattori relazionali, comportamentali ed ambientali.

Appare comunque chiaro che non è sufficiente la sola osservazione dei pazienti durante i pasti da parte degli

---

operatori socio sanitari. È necessaria un'assistenza infermieristica più complessa, che comprenda interventi di valutazione (attraverso strumenti di screening specifici per la psichiatria), prevenzione e trattamento di segni/sintomi o comportamenti scorretti, talvolta insiti nella patologia psichiatrica, come ad esempio la compulsività nell'alimentarsi. Obiettivi assistenziali e clinici da perseguire tramite l'uso di interventi relazionali ed educativi ma anche utilizzando la socialità naturale del pasto come momento assistenziale e terapeutico.

Certo, emerge la necessità di addestrare il personale sui principi di primo soccorso per le vittime di incidenti di soffocamento, di redigere protocolli per la prevenzione di questi incidenti e di collaborare con un team multidisciplinare (Fioritti et al., 1997), ma anche di rendere, soprattutto in Spdc, il momento del pasto un momento relazionale terapeutico, e non solo di controllo delle complicanze.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Imembro SISISM, IOV Istituto Oncologico Veneto IRCCS*

° *Aulss 4 Veneto Orientale*

#### CORRISPONDENZA

*alberto.camuccio@iov.veneto.it*

*silvia.stefenelli@ulss4.veneto.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. Aldridge, K. J., & Taylor, N. F. (2012). *Dysphagia is a common and serious problem for adults with mental illness: a systematic review*. *Dysphagia*, 27(1), 124-137.
2. Aquila, I., Gratteri, S., Sacco, M. A., Nuzzolese, E., Fineschi, V., Frati, P., & Ricci, P. (2018). *Could the screening for correct oral health reduce the impact of death due to bolus asphyxia in adult patients? A forensic case report*. *Medical Hypotheses*.
3. Chen, C. F., Chen, Y. F., Chan, C. H., Lan, T. H., & Loh, E. W. (2015). *Common factors associated with choking in psychiatric patients*. *The Journal of Nursing Research*.
4. Cicala, G., Barbieri, M. A., Spina, E., & de Leon, J. (2019). *A comprehensive review of swallowing difficulties and dysphagia associated with antipsychotics in adults*. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 12(3), 219-234.
5. Fioritti, A., Giaccotto, L., & Melega, V. (1997). *Choking incidents among psychiatric patients: retrospective analysis of thirty-one cases from the west Bologna psychiatric wards*. *Can J Psychiatry*.
6. Gaio, F., Principe, A., & Soravia, C. (2021). *Ottimizzazione dei valori soglia e verifica della ripetibilità del test Indice di Rischio di Disfagia (IRD)*. *Logopedia e Comunicazione*, 17(3).
7. Guthrie, S., Baker, J., Cahill, J., & Hemsley, B. (2023). *Mealtime difficulties in adults with mental health conditions: an integrative review*. *Journal of Mental Health*, 32(2), 504-516.
8. Hwang S.J., Tsai S.J., Chen I.J., Hsu F.C., Li C., Kao K.P.; *Choking incidents among psychiatric inpatients: a retrospective study in Chutung Veterans General Hospital*. *J Chin Med Assoc*, 2010
9. Lu, Q. F., Ma, Q., Rithwan, S., Ng, H. C., Lee, S. L., Lee, K. M., Krishnan, K., & Xie, H. (2017). *Risk factors and nursing strategies to manage choking in adults with mental illness: a systematic review protocol*. The Joanna Briggs Institute.
10. Mötteli, S., Provaznikova, B., Vetter, S., Jäger, M., Seifritz, E., & Hotzy, F. (2023). *Examining nutrition knowledge, skills, and eating behaviours in people with severe mental illness: A cross-sectional comparison among psychiatric inpatients, outpatients, and healthy adults*. *Nutrients*, 15(9), 2136.
11. Pathak, A. K. (2016). *Autopsy detection of café-coronary syndrome in a psychiatric patient*. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, 38(3), 376-377.
12. Regan, J., Sowman, R., & Walsh, I. (2006). *Prevalence of dysphagia in acute and community mental health settings*. *Dysphagia*, 21, 95-101.
13. Ruschena, D., Mullen, P. E., Palmer, S., Burgess, P., Cordner, S. M., Drummer, O. H., Wallace, C., & Barry-Walsh, J. (2003). *Choking deaths: the role of antipsychotic medication*. *British Journal of Psychiatry*. Wick, R., Gilbert, J. D., & Byard, R. W. (2006). *Café coronary syndrome-fatal choking on food: an autopsy approach*. *Journal of Clinical Forensic Medicine*.
14. Wang, J., Gao, C., Fu, C., & Li, K. (2024). *Dysphagia in schizophrenia: pathological mechanisms and treatment recommendations*. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1448623.

# Apprendere dall'esperienza

*Fioletti B. \*, Scagliarini V.°*

## ABSTRACT

In questo lavoro, l'ATS Associazione Italiana Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica ha voluto proporre una riflessione sull'apprendimento per esperienza, processo fondamentale sia nel percorso di formazione continua dei professionisti che nella pratica riabilitativa con gli utenti dei Servizi afferenti ai dipartimenti di salute mentale. Secondariamente, l'attenzione viene posta sulle molteplici sfumature dell'arte terapia, che opportunamente integrata all'interno del percorso terapeutico riabilitativo, così come descritto ampiamente in letteratura, contribuisce a migliorare il livello di funzionamento degli utenti che vi aderiscono e più in generale, la qualità di vita percepita.

## INTRODUZIONE

Il titolo dell'articolo si ispira al testo di Bion (1) pubblicazione a me cara, letta successivamente alla mia analisi bioniana, a conclusione della formazione come Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e l'inizio dell'attività professionale. Testo articolato che cerca di entrare nella complessa iterazione tra vissuto emotivo e possibilità di pensare l'esperienza esperita.

“Come formatore sostengo sempre l'importanza di un percorso personale terapeutico come elemento fondante di un pensare professionalizzante, questo per recuperare i vissuti emotivi legati ai percorsi di cura e riabilitativi svolti nei Servizi.

Questa modalità di pensare al proprio operare, con la coloritura data dalle emozioni, si è integrata, negli ultimi

anni, anche nella dimensione della scrittura, attraverso la collaborazione con la rivista “Psichiatria oggi” afferma Barbara Fioletti.

Gli articoli di gruppo, pubblicati nella sezione dedicata alla raccolta dei contributi di altre società (2-8), ci hanno obbligato, in questi anni, ad esercitare il nostro pensiero riabilitativo e ci hanno condotto “tra i sentieri oscuri” del tradurre in un messaggio comprensibile la nostra pratica quotidiana.

Si è reso evidente come le realtà vissute da più colleghi, fino ad allora apparentemente confrontabili e simili, conducevano in verità a dibattiti intricati.

Ci siamo riscoperti, così, professionisti, figli di una medesima formazione, ma persone con approcci completamente diversi. Nell'esercizio della propria professione, infatti, si intreccia in modo profondo il proprio vissuto emotivo, e si aggiungono le tematiche delle formazioni successive che ogni professionista costruisce in base alle proprie inclinazioni e ai propri interessi.

L'esperienza di scrittura condivisa, intesa non solo come semplice incontro di individualità, porta con sé momenti di confronto, crescita, miglioramento, gratitudine, ma anche vissuti di grande frustrazione. Tale stato, talvolta spiacevole, ha saputo trasformarsi nello slancio produttivo che ha permesso ad alcuni di noi di dedicarsi ad una pubblicazione autonoma e indipendente, come quella appunto di Barbara Fioletti. (9).

## ESPERIENZE DI ARTETERAPIA, ARTE TERAPIA E ART THERAPY.

L'opera stampata su carta, come prodotto finito, ha rappresentato lo spazio transizionale, protetto, contenitivo, privo di giudizio, in cui poter riversare il lavoro di venticinque anni di conduzione di esperienze di arteterapia, arte terapia e *art therapy*, all'interno delle diverse realtà territoriali appartenenti alle strutture complesse di Psichiatria, e la possibilità di prendere consapevolezza di significati molteplici della stessa esperienza.

Il titolo "Arteterapia, arte terapia e art therapy" nasce dai diversi stimoli attinti a formazioni, convegni, collaborazioni trasversali nel mondo dell'arteterapia con orientamenti diversi, come cita appunto anche Umberto Volpe in "Art therapies in Psychiatric Rehabilitation": "there is a range of arts therapies which in practise are provided in very different ways" (10). Caterina Viganò e Roberta Magnotti nello stesso testo definiscono: "Visual Art Therapy are a group of therapeutic techniques that use different creative and artistic media as its primary mode of expression and communication" (10).

Nel convegno "Le raccomandazioni di buone pratiche in Riabilitazione Psicosociale per adulti: dalle evidenze alle applicazioni nei servizi lombardi", del 15 novembre 2024, svoltosi all'Università degli Studi di Milano, Teresa Melorio dice: "Il processo creativo artistico viene utilizzato nel progetto terapeutico; facilita l'accesso al mondo simbolico in maniera implicita; facilita l'esplicitazione dei vissuti emotivi; facilita la relazione attraverso il medium artistico; sostiene e rinforza la struttura dell'Io; ha funzioni pedagogiche e di sostegno delle capacità cognitive; ha funzioni ludico risocializzanti". Dall'intervento di Melorio sul tema "La ricerca di indicatori di esito in arte terapie: l'esperienza del Gruppo di lavoro del Tavolo Tecnico DG Welfare Regione Lombardia" emerge che l'arteterapia è l'intervento più diffuso presente nei DSMD lombardi, il 44,7 è costituito, infatti, da gruppi di arteterapia.

Date queste premesse teoriche Barbara è riuscita quindi a trovare, nella propria pubblicazione, un senso diverso

al proprio peregrinare nei Servizi residenziali e ambulatoriali, dove ha proposto percorsi individuali, gruppi di arte terapia, laboratori espressivi, scontrandosi con limiti e potenzialità di strutture intrappolate nelle sigle definite dai Progetti Obiettivi per la Tutela della salute mentale: CRT, CRM, CRA, CD, CPS.

Agli inesperti del settore, forse, sembrerà di stare a giocare ad un nuovo gioco di parole in cui vince chi compone quella più corta!

Per questa avventura, a dir il vero, avrebbe desiderato avere qualcuno che si affiancasse come compagno di viaggio. Qualcuno con cui condividere l'entusiasmo di una nuova rotta, la curiosità, la meraviglia della scoperta e i carichi della fatica. Forse, l'idea di utilizzare una composizione più strutturata e più lunga di un articolo scientifico, ha spaventato.

Perché se si lavora da tanti anni in un Servizio, non ci si sente di scrivere qualcosa in merito a quello che viene fatto ogni giorno? Perché non ci si sente di condividere un viaggio che richiede, inevitabilmente, di sapersi mettere in discussione, di mettere in gioco il proprio sapere anche a favore di naviganti meno esperti? Perché non ci si sente di rischiare?

Proprio da qui si è di fatto aperta un'ulteriore considerazione, forse un poco sfidante, che da un piano più generale poggia lo sguardo del professionista su uno in particolare: quanto la pratica riabilitativa rischia di venire inamidata dalle evidenze scientifiche o dalle stime matematiche?

Vengono seguite indicazioni di manuali, procedure di interventi standardizzati perché, giustamente, in quanto professionisti siamo chiamati a non improvvisare, a documentarci e, soprattutto, a mantenere aggiornata la propria formazione (10).

A fronte, però, della diffusa cultura della medicina basata sulle prove di efficacia (e per fortuna che nell'ambito della formazione professionale, si insiste molto su tutti questi aspetti), forse, un prezzo da pagare potrebbe essere quello di non sentirsi mai adeguati nell'esprimere un proprio parere professionale personale, di non avere mai l'ambi-

zione di proporre un nuovo manuale, una nuova tecnica, una deviazione dalla media.

A fronte di tutte queste perplessità, la monografia, "Esperienze di arteterapia, arte terapia, art therapy.", non si è strutturata nella forma del manuale tecnico o metodologico.

"L'ho immaginato come una sorta di diario di bordo che tracciasse una linea sensata di un navigare, in acque mosse da correnti diverse, così come capita spesso all'interno dei molteplici Servizi che afferiscono a un dipartimento di Salute mentale: sempre diretti verso una linea, a seconda del territorio in cui si sono costituiti, sia esso un territorio fisico o un territorio ideologico. A volte dediti alle terapie farmacologiche, a volte seguaci delle psicoterapie o dell'ultimo manuale di psicoeducazione. Etc.", commenta l'autrice.

Non è stato facile ricominciare ogni volta: la professione di tecnico della riabilitazione psichiatrica, a cui appartiene un saper fare preciso, deve necessariamente saper rispondere anche all'orientamento del contesto, all'interno del quale, quel saper fare si realizza e concretizza. Così, ogni volta, il professionista deve saper giocare le proprie carte, tecniche e metodologiche, in una partita il cui esito non è mai scontato: sempre in relazione alle carte giocate delle differenti professionalità, che con lui costituiscono le équipes, e a quelle rilanciate dalle persone che, in un territorio di cura, si incontrano. Il diario di bordo raccoglie, pertanto, una serie di considerazioni personali, a cui si aggiungono le voci delle persone che hanno attraversato gruppi di arte terapia.

Se si considera la produzione nel suo insieme, proprio come gli articoli condivisi attraverso questa stessa rivista, anche il testo è stato composto raccogliendo più voci, voci diverse o medesime ma in tempi distanti tra loro, con la differenza che a quella di chi è esperto per formazione e professione si è armonizzata quella di chi è esperto, ma per esperienza diretta.

Persone, con un percorso di arte terapia pluriennale, sono state invitate ad esprimere un parere su quanto esperito. Tra le pagine compaiono, quindi, immagini di

vita e di esperienze di ragazzi, uomini e donne che hanno vissuto l'arte terapia come parte integrante del proprio percorso di cura.

Sebbene, come in tutti i grandi viaggi, affianco al diario di bordo non siano venute meno cartina e bussola (le narrazioni personali si accompagnano a una schematizzazione dei servizi appartenenti alle strutture complesse di psichiatria, afferenti ai dipartimenti di salute mentale e dipendenze, con l'intento di guidare il lettore, anche quello meno esperto), il tema principe resta sempre e comunque quello dell'arte terapia.

Arteterapia e arte terapia, scritte in unione a intendere la loro possibilità di intersecarsi nel territorio di cura o separatamente a sottolineare il pari peso che le discipline rivestono all'interno dell'ambito riabilitativo, paritetiche all'*art therapy*, nei paesi anglosassoni (11).

Dalle esperienze narrate attraverso i prodotti artistici, che ogni volta definiscono un tratto, una forma, alla fine del testo è come se "unendo i trattini" si fosse formata un'unica grande immagine, come accade quando d'estate ci si dedica alla settimana enigmistica.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Tecnica della riabilitazione psichiatrica, SPDC Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

° *Responsabile Infermieristica Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

#### CORRISPONDENZA

[lodovica.bonelli@policlinico.mi.it](mailto:lodovica.bonelli@policlinico.mi.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Bion W. R. Traduzione Micati L., Zecca L.. *Apprendere dall'esperienza*. Astrolabio Ubaldini Editore. 2019.
2. Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F. *La riabilitazione psichiatrica ai tempi del COVID 19. Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi*. *Psichiatria Oggi* XXXIV, 2, 2021.
3. Fioletti B., Casella N., Scagliarini V. Stato dell'arte e storia della professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. *Psichiatria Oggi* XXXV, 1, 2022.
4. Fossati E.M., Pagella D.M.G., Scagliarini V. AITeRP. *Da associazione professionale maggiormente rappresentativa ad associazione tecnico scientifica (ATS)*. *Psichiatria Oggi* XXXV, 2, 2022.
5. Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V. *The world forgetting, by the world forgot. Un passo indietro...tre in avanti. Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa*. *Psichiatria Oggi* XXXVI, 1, 2023.
6. Fioletti B., Casella N., Scagliarini V. *Quesiti aperti sugli esordi del disagio psichico. Passaggio da UONPIA a UOP-DSMD*. *Psichiatria Oggi* XXXVI, 2, 2023.
7. Fioletti B., Fossati E.M., Scagliarini V. *Bildungsroman: ATS AITeRP cresce*. *Psichiatria Oggi* XXXVII, 1, 2024.
8. Decorato G., Scagliarini V., Fioletti B. *“Non voglio pesce tutti i giorni. Voglio imparare a pescare”. Il modello Spinazzola per i pazienti psichiatrici autori di reato*. *Psichiatria Oggi* XXXVII, 2, 2024.
9. Fioletti B. *Esperienze di arteterapia, arte terapia, art therapy*. Liberedizioni. 2024.
10. Volpe U. *Arts Therapies in Psychiatric rehabilitation*. Springer. 2021
11. 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.



# PSICHIATRIA FORENSE

## Piccolo portolano sulla liceità o meno di interventi coercitivi nei casi di Anoressia Mentale grave: note e indicazioni per gli interventi sul campo

di Antonio Amatulli\*

### ABSTRACT

**L'**Anoressia Mentale grave, soprattutto nelle situazioni di sopravvenuto pericolo per la sopravvivenza, pone gravi problemi clinici, etici e giuridici. La volontà della paziente e i suoi diritti all'autodeterminazione e al dissenso rispetto alle cure (anche salvavita) mettono in gravi difficoltà i clinici, tra i doveri di intervento e di rispetto della volontà dell'interessata. I trattamenti coercitivi risultano, alla fine, necessari, ma rispetto ai diversi gradi di liceità il dibattito è ampio. Certamente, il TSO non è in grado, nonostante spesso venga evocato come risoluzione del problema acuto, di risolvere il momento critico, in quanto permette solamente il trattamento psichiatrico, senza rendere lecito, o non punibile, qualsiasi altro intervento coercitivo. Così, tra doveri di intervento e diritti privatissimi relativamente al consenso, altre strade possono (devono?) essere percorse, tra legittimità, divieti, doveri, diritti, cercando di rispettare le volontà individuali e nel contempo evitare esiti drammatici per tutti.

L'Anoressia Nervosa (AN) è una condizione psichiatrica grave e complessa che richiede un intervento tempestivo, multidisciplinare e specializzato, dove un inquadramento diagnostico il più veloce e accurato possibile, l'approfondita valutazione medico-nutrizionale e un trattamento farmacologico, psicoeducativo e psicoterapeutico mirati sono fondamentali per ridurre il rischio di cronicizzazione e morte.

L'anoressia mentale ha un esordio tipico tra i 12 e i 25 anni, con un picco nella tarda adolescenza.

La prevalenza nella popolazione generale femminile è di circa 0,3-0,6%, ma può salire fino all'1-2% tra le adolescenti, mentre nei maschi varia dallo 0,1 allo 0,3%, seppure tali valori possano essere sotto stimati dal confondimento generato da comportamenti altrimenti definiti (es., eccesso di esercizio fisico, ortoressia, vigoressia). L'incidenza annuale nelle giovani è stimata tra gli 8 e i 10 nuovi casi per 100.000 abitanti, con il dato di ulteriore preoccupazione rappresentato dal tendenziale aumento e dal progressivo anticiparsi dell'età di insorgenza (10-12 anni). Molto elevata la comorbilità psichiatrica, che arriva al 50-70% dei

casi, comprendendo sintomi ansiosi, depressivi, disturbi dell'umore, disturbi ossessivo-compulsivi.

Ma è il pericolo di morte che rende l'AN un disturbo psichico di particolare gravità: si tratta, nello specifico, della patologia psichica a più alto pericolo per la vita (Chesney E., et al., 2014), con tassi di mortalità stimata del 5-8%, da 5 a 10 volte più alta rispetto alla popolazione generale; un quinto circa dei decessi per AN avvengono per suicidio, il resto per le complicanze mediche della patologia.

Per tutte queste ragioni, ma soprattutto in relazione ai pericoli per la stessa sopravvivenza, questo disturbo alimentare pone drammaticamente il problema della necessità (Takimoto Y., 2022) e contemporaneamente della liceità di trattamenti in assenza del consenso dell'interessata (Ferracuti S. e Mandarelli E., 2021; Milano W. et al., 2017); e rispetto a essi, in sovrappiù, ci si trova talvolta di fronte a forti perplessità sulla reale competenza delle pazienti a esprimere un valido dissenso.

Qui sorvolando sulle posizioni che ritengono il consenso una funzione rispetto alla quale dovrebbe essere eseguita una valutazione di fatto psicométrica di competenza reale (incrinando alla radice il ruolo garantista e liberale dei principi convenzionali, giuridici e legali che fondano la libertà individuale relativamente agli atti della vita e ai diritti personalissimi, e contemporaneamente togliendo al medico curante il ruolo di gestione del consenso, in Italia stabilita per legge) (Elzackers I.F. et al., 2016; Elzackers I.F. et al., 2018), convenzioni internazionali, principi etici e deontologici e lo stesso diritto positivo italiano definiscono il consenso della persona ai trattamenti sanitari che la concernono una linea di non ritorno della liceità e del fondamento degli stessi. Inoltre, un approccio basato sui diritti individuali deve rispettare il diritto alla capacità giuridica, che comprende sia l'attesa legittimazione (la capacità di *detenere* diritti) sia la condizione legale (la capacità di *esercitare* tali diritti) (Newton-Howes G. e Gordon S., 2022).

Possiamo in breve dare una idea (parziale) del corpus di norme, definito così, *latu sensu*, per praticità, che in-

tervengono rispetto al tema: Codice Civile art. 2 (1942), Costituzione Italiana (1948) artt. 2-13-32, Convenzione di Oviedo (1997), Dichiarazione di Barcellona (1998), Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 1999, Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 2000, Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000), Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (2006), Codice di Deontologia medica (2014), Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 2017, Legge n. 219 del 2017; e infine vastissima giurisprudenza sia di merito che di legittimità. Praticamente ai due estremi temporali sono i limiti più netti e radicali che di fatto impediscono interventi coercitivi nei confronti della nostra giovane anoressica in pericolose condizioni fisiche: la Costituzione, che, oltre a definire la salute come diritto primo e irrinunciabile che permette poi di godere di tutti gli altri diritti fondamentali dell'individuo, incardina a una doppia riserva di legge e di giurisdizione la libertà individuale, che è libertà anche del corpo; e poi la legge n. 219 del 2017 sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento, che disciplina, nel diritto positivo, il consenso alle cure, chiarendo, se mai non fosse stato chiaro prima, che esso è il fondamento dell'atto medico ma anche il suo limite invalicabile, al punto di affermare, alla lettera, che il medico è esente da ogni forma di responsabilità civile e penale se il paziente, rifiutato consapevolmente il trattamento consigliato e proposto, va incontro a una prognosi infausta. Questo è il primo corno della questione: la scelta libera e consapevole della paziente (a rifiutare le cure, in qualunque condizione essa si trovi) (Szmukler G., 2019).

Andati oltre, ormai, al primo principio bioetico della beneficiabilità, e da tempo entrati nell'era del principio dell'autonomia e del diritto all'autodeterminazione, il Giuramento di Ippocrate, da noi pronunciato anni fa e pressoché superato dalla medicina dei diritti dei pazienti, comunque risuona, e risuona nella (possibile) convinzione che la vita possa avere anche una componente di importanza per sé, e che la nostra giovane anoressica debba essere aiutata comunque. Si tratta, cioè, del secondo corno del

dilemma: fare (tutto) quello che serve per salvare una vita (S. Antonio da Firenze: “se un malato rifiuta la medicina il medico può curarlo contro la sua volontà, così come una persona deve essere trascinata fuori, contro la sua volontà, da una casa che sta crollando” – Amundsen D., 1978).

D’altro canto, in Italia la Legge 833/78 prevede e disciplina il Trattamento Sanitario obbligatorio per malattia mentale, e lo Stato definisce altri obblighi sanitari di legge (vaccinazioni obbligatorie, isolamento per malattie infettive, trattamento delle malattie veneree in fase contagiosa, accertamento sanitario obbligatorio per l’imputato di delitto sessuale). In più il Documento di Regione Lombardia che regola gli Accertamenti e i Trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (2018) espressamente precisa che la AN rientra a tutti gli effetti nel novero delle medesime, essendo la restrizione alimentare volontaria espressione di un preciso malesere psichico sottostante. Spesso il problema è definito concluso qui, ma bisogna andare oltre, per esattamente definire i differenti gradi e spazi di liceità secondo l’ordinamento vigente.

Prima di esaminare, però (seguendo sempre ciò che il legislatore impone circa il “chi” e il “come” – *i casi e i modi* – integrando così la riserva di legge), cosa implica per la nostra giovane anoressica il TSO, e cosa quest’ultimo in realtà rende lecito e cosa no, è interessante domandarci le possibili ragioni etiche e le ricadute clinico-relazionali di interventi coercitivi in situazioni che, comunque, dureranno nel tempo, al contrario della coercizione che deve estrinsecarsi sempre entro limiti di tempo ridotti. Di fatto non esiste una solidità scientifica che tematizzi in modo univoco un effetto a lungo termine negativo oppure il contrario rispetto agli effetti che la coercizione determina nel rapporto terapeutico (Tan J.O.A., et al., 2010; Mac Donald B. et al., 2023; Schreyer C.C. et al., 2016; Carney T. et al., 2019; Ward A. et al., 2015; Westmoreland P. et al., 2017; Fuller S.J. et al., 2024). La portata intuitiva dei vissuti negativi conseguenti a trattamenti forzati (e sarà qui poi importante dettagliare

quali, nello specifico, con i loro differenti livelli di accessibilità e accettabilità) si scontra con il rilievo empirico che ciò può anche non avvenire. Ci sono quindi evidenze poco chiare rispetto agli effetti negativi a lungo termine dei trattamenti coercitivi, che invece, e qui il consenso è largo, devono essere limitati ai casi di serio e attuale pericolo per la salute fisica e per la vita.

Parrebbe pleonastico ricordare, a questo punto, ma è meglio tornarci sopra, come il Codice civile assai presto (all’art. 2) stabilisca che alla maggiore età si acquisisce la capacità di agire. Così, le persone maggiorenni *fino a prova contraria* agiscono e sono in grado di agire le proprie capacità di consenso o dissenso. E, anche questo è meglio rammentarlo, ciò vale fino a che sia, nel caso, (solo) un giudice che intervenga a limitarle o, in casi estremi, ad annullarle. La malattia direttamente non inficia né limita la capacità legale di agire del soggetto. E tornando alla nostra giovane anoressica, neanche la grave sottovalutazione del proprio stato di salute fisica o dell’importanza dei trattamenti, oppure la dimensione onnipotente talvolta di quantità o qualità psicotiche, o anche la stessa possibile gravità dei sintomi, possono di per loro legittimare trattamenti senza il suo consenso.

Chiarite tutte le forme di garanzia di cui godiamo rispetto alla nostra autodeterminazione nell’ambito della salute, la giovane anoressica che tende a non alimentarsi e per questo a deperire fisicamente, arrivando all’immediato pericolo per la vita, ci impone di afferrare convintamente anche la parte concreta, radicale e drammatica del confronto con il bene vita altrui (il secondo corno di cui prima, forse). Certamente, la lettera della legge 219/2017 esprime l’indicazione a valutare con estrema attenzione la portata e la validità del dissenso della ragazza rispetto a cure salvavita, e a verificare la possibilità da una parte di interventi alternativi e dall’altra parte di un inesausto processo di acquisizione del consenso (possibile); e che fatto tutto questo, con esito negativo e in presenza di un esame psichico che riporti in generale al piano del reale, imporrebbe, sempre la L. 219/2017, l’accompagnamento

non altrimenti attivo anche a esiti infausti. Ma la portata dei temi etici che involgono l'AN (Minuti A. et al., 2023; Rolf C. e Cook-Cottone C., 2024), il suo essere al centro di valori confliggenti che meritano quindi una attenta analisi del reciproco bilanciamento, e non da ultimo il ruolo di portolano (pratico, praticissimo) a uso dell'operatore sanitario in così grave difficoltà che unilateralmente questo intervento si è arrogato, fanno propendere per una linea maggiormente concreta e/o interventista che, ben consapevole del grande tema e diritto dell'autodeterminazione, vuole affrontare le criticità abbracciando in modo completo la complessità, anche quando sede di contrasti e conflitti di principi diversi, senza atteggiamenti difensivi e soprattutto alla fine deresponsabilizzanti mascherati da formale rispetto di limiti imposti. C'è in questo senso da aggiungere che, nel verso opposto, la posizione di garanzia in capo al medico obbliga a mettere in atto tutto quanto possibile (e possibile per legge, la quale non tutto permette, come abbiamo visto sopra) per evitare danni ai beni giuridici rilevanti (nel nostro campo, la salute e la vita) dell'assistito.

La nostra giovane anoressica, che continua a manifestare una grave restrizione dell'apporto di cibo nonostante tutti gli interventi competenti e appropriati messi in atto (e questo punto è fondamentale: l'attuazione delle corrette regole cautelari secondo le *leges artis*), ha un andamento ingravescente delle condizioni fisiche, e sempre più allarmante. Consideriamo quindi, il primo intervento coercitivo possibile: il Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale (con le dovute cautele e peculiarità se minorenni) nei termini previsti dalla legge, e la paziente viene quindi ricoverata coattivamente in SPDC (qui si riporta la lettera dell'art 34 della legge, dove si specifica il luogo di effettuazione del ricovero obbligatorio: "il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale". Così, la legge non prevede un trattamento di ricovero obbligatorio per malattia mentale in reparti

diversi dall'SPDC medesimo). La ragazza è ricoverata, si spera con l'accordo dei vari caregivers, e deve essere immediatamente trattata anche dal punto di vista fisico. Deve aumentare l'apporto di cibo, non deve correre inesausta avanti e indietro per perdere calorie, non deve vomitare dopo il pasto, ecc. Ancora la solita domanda che ci dobbiamo porre: cosa possiamo (nel senso di liceità) fare? Certamente possiamo somministrare le terapie psichiatriche: ansiolitici per l'ansia, l'angoscia, il sonno, fino ad antidepressivi piuttosto che antipsicotici per la dimensione onnipotente/delirante. E possiamo anche applicare quella *brevis et modica vis* che l'ordinamento considera lecita per mettere in atto i dovuti interventi di cura e assistenza nei confronti dei consociati, ancorché parzialmente riluttanti (Corte di cassazione, sentenza n. 119 del 1998). Ma la nostra giovane paziente, assunte le terapie prescritte, non si fa convincere, nonostante i ripetuti, e documentati, tentativi di persuasione, anche, doverosamente, indirizzati ad alternative poco o punto coercitive (alimentazione per prima); fa ossessivamente esercizi di ginnastica, mette in atto comportamenti di eliminazione e gli esami sono molto peggiorati. Anche se è in regime di TSO ogni terapia "non psichiatrica" che la ragazza rifiuta non può essere somministrata. Come esempio: non può essere "sondinata" contro la sua volontà. Vale solo la pena ricordare che è la stessa Corte di cassazione a specificare che, anche in TSO, il paziente è portatore di specifici diritti legati alla sfera strettamente personale e intima (Cassazione penale, Sezione III, Sentenza n. 509 del 11.1.2023) i quali devono essere poi fattivamente garantiti come agibili dal controllo giurisdizionale, che per altro dovrebbe sempre prevedere la tempestiva informazione sullo stato giuridico agli interessati eventuali e un contraddittorio effettivo (Cassazione civile, Sezione I, Ordinanza interlocutoria n. 24124 del 10.9.2024). Che cosa, quindi, può fare il medico in questa situazione, e in punta di diritto (lecitamente), prima che la paziente possa morire? E bilanciando in modo oggettivamente ragionevole (perché sarà il temperamento di esigenze e

obblighi confliggenti, insieme all'esame della modalità con la quale è stato definito, la base per un eventuale giudizio nel merito) di opposti obblighi e necessità (salvaguardia di diritti, doveri di intervento)? E tenendo presente che comunque un consenso dato non elimina di per sé la responsabilità del sanitario?

Il gravissimo (pericolo di decesso) e attuale deterioramento organico, valori ematochimici e di ECG particolarmente critici e allarmanti, in quello specifico momento potranno (dovranno?) indurre il sanitario a intraprendere trattamenti salvavita coercitivi contro il consenso, come inserire un sondino naso-gastrico (SNG) per procedere alla nutrizione enterale forzata e, nel caso, contenere la paziente per il tempo strettamente necessario. È però assolutamente obbligatorio avere in precedenza tentato tutte le vie trattamentali relative al caso concreto previste dal sapere scientifico attuale non obbligatorie o coercitive, parallelamente a tutti gli sforzi informativi nei confronti dell'interessata e dei suoi familiari, nonché avere esplorato tutti i passaggi relativi all'acquisizione del consenso ai trattamenti più invasivi e al momento assolutamente necessari; il tutto scrupolosamente riportato nella cartella clinica. Si può prevedere che, in sede di eventuale giudizio, venga riconosciuta nei confronti degli atti coercitivi (e vietati dall'ordinamento) l'esimente ex art. 54 c.p., sempre che risultino soddisfatti tutti i criteri che il Codice penale richiede per non punire il fatto di reato messo in atto dal medico: *pericolo grave e imminente* per la incolumità del soggetto, necessità di salvataggio, assenza di alternative meno coercitive, proporzione fatto-pericolo. Ma qui poi starà il punto: appena (proporzione fatto-pericolo) l'intervento (quell'intervento) coercitivo modifica in modo anche parzialmente positivo lo stato medico della ragazza determinando l'uscita dalla condizione di *pericolo grave e imminente* l'esimente non opera più, e si ritorna alla situazione precedente. Tolto il sondino (applicato contro la volontà, ma - competenza, conoscenza, responsabilità) non è possibile "pianificare" interventi coercitivi per stabilizzare la situazione o per migliorarla, o anche

solo per non farla regredire nuovamente, e se la paziente ritorna a essere oppositiva, seppure sempre in regime di TSO, nulla è possibile fare. Tutto questo in un sistema che ha progressivamente costruito un insieme organico di diritti che pongono il singolo nella condizione di maggiore signoria possibile rispetto a sé stesso, al proprio corpo e alla propria salute. Di fatto, quindi, essendo la scriminante ex art 54 c.p. assolutamente indipendente dalla condizione di obbligatorietà o meno del ricovero ospedaliero, il TSO ha un senso e una indicazione, chiara nei termini di legge, esclusivamente per il conseguente trattamento obbligato dei sintomi psichici.

Ma poniamo che la nostra giovane anoressica sia ancora nel nostro reparto, sempre in condizioni critiche, un primo intervento di SNG ha cessato i suoi benefici, l'ECG è divenuto nelle ultime ore ancora molto critico e la ragazza continua a negare il consenso ad alimentarsi e alle cure necessarie, il pericolo per la sopravvivenza è evidente, e i genitori, allarmati e agitati, ci chiedono di intervenire assolutamente, in un modo o nell'altro... Una volta esplorati senza successo i tentativi di trasferimento in altri reparti, come la medicina o la rianimazione (cosa che può avvenire, spesso assai ardua di fatto; è importante in questi casi coinvolgere la Direzione Medica di Presidio, sia per non "fare una guerra" da soli, sia perché l'ultima cosa che la medesima desidererà è un serio pericolo di decesso nella Psichiatria del proprio ospedale...), si potrà o seguire ancora il criterio della necessità urgente oppure, prendendo il toro per (la seconda del) le corna, chiamare il magistrato di turno per la Procura competente. Infatti, questo breve vademecum (forse più un portolano, come detto, a scansare scogli pericolosi e secche fatali per raggiungere incolumi il porto) ha lo scopo di aiutare lo psichiatra a tutelare anche sé stesso dalle doglianze che potrebbero poi essergli mosse per azioni che doveva compiere e non ha compiuto, o che doveva compiere diversamente: con tutta l'attenzione ai diritti dei terzi, il medico ha anche la necessità di lavorare con almeno accettabili livelli di serenità personale. E quindi, in casi emergenziali può

essere suggerito di contattare il magistrato, cui esporre il caso. Questi, sentiti i termini della questione, facilmente, in relazione ai suoi compiti di (possibile) intervento su singole questioni urgenti, suggerirà (orderà) di *fare tutto il possibile* per salvare la vita della ragazza. Consapevoli che per ottemperare a un obbligo di legge non tutto è comunque lecito, il fine non giustifica i mezzi, si metterà in atto ciò che è stato suggerito, impostando un ulteriore intervento coercitivo salvavita.

Così, dopo avere bene preso atto del complesso sistema di tutela del grande fascio dei diritti individuali in termini di salute, di consenso alle cure, e perché no di riservatezza e di diritti privatissimi, lo psichiatra può essere in grado di affrontare i momenti più gravi che, si è chiarito, non hanno una soluzione sempre univoca e percorribile, ma che devono essere gestiti attraverso la capacità di definire, momento per momento, l'importanza relativa e reciproca dei pesi implicati nel bilanciamento (dovuto) in atto, nel susseguirsi dei diritti di accettare o rifiutare e dei doveri di intervento.

In conclusione, detto che il rischio (fisico e giuridico) non si potrà mai azzerare (pena interventi drammaticamente e continuativamente costringenti che, oltre a ledere la dignità dell'interessata, sono vietati dall'ordinamento), quali sono "i fattori di protezione" per il sanitario implicato in casi e momenti così drammatici? La competenza clinica per prima (corretto inquadramento clinico e adeguati interventi terapeutici, calibrati in rapporto allo stato funzionale più o meno acuto – competenza che l'ordinamento richiede per situazioni che possono rientrare nei normali sviluppi dei quadri clinici considerati), la competenza relazionale (muoversi nella rete di familiari e dei più diversificati stakeholders, rete tanto più instabile, impulsiva e imprevedibile quanto più la situazione clinica diventa critica; muoversi nella rete istituzionale, ospedaliera, tra paure, rifiuti, deleghe, chiusure, rinvii), la competenza giuridica (conoscenza dei diritti individuali della persona, dei doveri di intervento in capo al sistema sanitario – comprese le caratteristiche

della posizione di garanzia che incombe sull'operatore, del quadro legislativo, giuridico e convenzionale collegato al merito della questione). E, ma non ultima, la competenza nel documentare correttamente nella cartella clinica i passaggi assistenziali/terapeutici e tutto quanto è stato messo in atto, da dove emerga sempre con chiarezza il percorso argomentativo effettuato con i relativi passaggi logici, e scrivendo *ciò che un giorno si potrà desiderare disperatamente di avere scritto*, e rendendo la valutazione e il piano di trattamento forti.

Quindi, da una parte una solida condizione emotiva, ad affrontare le relative tempeste anche relazionali che si scatenano nelle situazioni che si sono descritte, e dall'altra parte una competenza, allargata, che permette di mettere in atto le "buone pratiche clinico-assistenziali" che il legislatore (L. 24/2017, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"), alla fine, definisce essere l'argine ultimo al di là delle linee guida, non sempre "adatte al caso concreto" e anzi, secondo varia giurisprudenza di legittimità, in certe situazioni, obbligate a non essere messe in pratica (Corte di cassazione, sentenza 40316 del 2024). Al termine di questo viaggio nella (possibile) notte, il consiglio a che situazioni critiche come quelle esposte non siano affrontate in solitudine, ma richiedendo una condivisione di pensieri e scelte coinvolgendo altri colleghi, che aiutano a sentire meno il peso, altrimenti schiacciante, del pericolo della morte e delle decisioni (fatali) da prendere o da non prendere.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

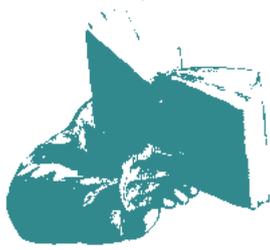
\* *Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze  
ASST Brianza*

#### CORRISPONDENZA

*antonio.amatulli@asst-brianza.it*

## BIBLIOGRAFIA

1. Chesney E., Goodwin G.M., Fazel S., *Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders*. World Psychiatry, 2014, Jun 13(2)
2. Takimoto Y., *Indications for involuntary hospitalization for refusal of treatment in severe anorexia nervosa: a survey of physicians and mental health care review board members in Japan*. J. Eat. Disorders, 2022, November 21,10(1); 176
3. Ferracuti S., Mandarelli G., *Problematiche psichiatrico-forensi nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*. NOOS, 2:2021
4. Milano W., Cotugno A., Dalle Grave R., Gentile M.G., Gravina G., Renna C., Salvo P., Todisco P., Donini L.M., *Il trattamento sanitario obbligatorio come salvavita in presenza di disturbi dell'alimentazione: una scelta complessa*. Riv. Psichiatria, 2017, 52(5):180
5. Elzakkers I.F., Danner U.N., Hoek H.W., van Elburg A.A., *Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study*. B. J. Psych. Open 2016; 2 (2); 147-153
6. Elzakkers I.F., Danner U.N., Grisso T., Hoek H.W., van Elburg A.A., *Assessment of mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: A comparison of clinical judgment and MacCAT-T and consequences for clinical practice*. Int. J. Law Psychiatry, 2018; 58 (); 27-35
7. Newton-Howes G., Gordon S., *The need for a rights-based approach to acute models of care*. World Psychiatry, 2022, 21 (2):45
8. Szmukler G., "Capacity", "best interest", "will and preferences" and the UN Convention on the rights of Persons with Disabilities. World Psychiatry, 2019, 18 (1):34
9. Amundsen D., *The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots*. In Hastings Center Report, 1978, pag. 8, 23-30
10. Tan J.O.A., Stewart A., Fitzpatrick R., Hope T., *Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion*. Int. J. Law Psychiatry, 2010; 33 (1); 13-19
11. Mac Donald B., Guðafsson S.A., Bulik C.M., Clausen L., *Living and leaving a life of coercion: a qualitative interview study of patients with anorexia nervosa and multiple involuntary treatment events*. J. Eat. Disord. 2023; 11 (1); 40
12. Schreyer C.C., Coughlin J.W., Makhzoumi S.H., Redgrave G.W., Hansen J.L., Guarda A.S., *Perceived coercion in inpatients with Anorexia nervosa: Associations with illness severity and hospital course*. Int. J. Eat. Disord. 2016; 49 (4); 407-12
13. Carney J., Yager S., Maguire S.W., Touyz S.W., *Involuntary treatment and quality of life*. Psychiatr. Clin. North Am. 2019; 42(2):299-307
14. Ward A., Ramsay R., Russell G., *Follow-up mortality study of compulsorily treated patients with anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2015;48(7):860-5
15. Westmoreland P., Johnson C., Stafford M. *Involuntary treatment of patients with life-threatening anorexia nervosa*. J. Am. Acad. Psychiatry Law 2017;45(4):419-25
16. Fuller S.J., Tan G., Nicholls D., *Nasogastric tube feeding under physical restraint: comprehensive audit and case series across in-patient mental health units in England*. B.J. Psychiatr. Bull. 2024, 48(3):163-167
17. Minuti A., Bianchi S., Pula G., Perlangeli A., Tardani M., Cuzzucoli L., Pastorino L., Menculini G., Moretti P., *Coercion and Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: a Systematic Review on Legal and Ethical Issue*. Psychiatr. Danub. 2023; 35 (Suppl 2); 206-216
18. Rolf C. e Cook-Cottone C., *Assisted death in eating disorders: a systematic review of cases and clinical rationales*. Front. Psychiatry, 2024, vol. 15



# PSICHIATRIA NARRATIVA

## Il cinema e la narrazione dei traumi collettivi

*La costruzione della memoria e dell'identità di un popolo*

*di Matteo Balestrieri \**

### ABSTRACT

**I**l presente articolo esplora il ruolo del cinema nella rappresentazione dei traumi collettivi, analizzando come la narrazione filmica contribuisca alla costruzione della memoria culturale e dell'identità collettiva. Attraverso un inquadramento teorico, e un'analisi della cinematografia riguardante tre grandi traumi collettivi (la Shoah, gli "anni di piombo" in Italia, l'ecatombe in mare nel corso dell'immigrazione dall'Africa), si evidenzia la funzione civile, simbolica e politica del cinema nella trasmissione e nell'elaborazione del dolore collettivo.

La narrazione cinematografica, grazie alla capacità di fondere linguaggi visivo, sonoro e verbale, è uno dei mezzi più potenti per raccontare e reinterpretare i traumi collettivi. Quando la memoria storica è messa in crisi dal passare del tempo e dal sovrapporsi frenetico di nuovi fatti e informazioni, il cinema si propone come un mediatore privilegiato della memoria, contribuendo a definire – o ridefinire – l'identità collettiva di un popolo.

Questo è tanto più vero quando ciò che avviene ha caratteristiche traumatiche per una intera comunità, in particolare quando questa percepisce di aver vissuto un evento capace di produrre uno strappo irreversibile nel sistema di significati condivisi. Tale frattura lascia segni indelebili nella coscienza sociale e genera una necessità di rielaborazione che spesso passa per la costruzione di nuove narrazioni identitarie (Alexander, 2004).

### TRAUMA, MEMORIA E IDENTITÀ COLLETTIVI

Secondo la sociologia culturale, il trauma ha carattere collettivo non solo quando colpisce ogni singolo membro di un gruppo in modo uniforme, ma è soprattutto percepito come parte integrante dell'identità collettiva, attraverso un processo che definisce le vittime, gli offensori e le responsabilità morali e materiali. Il trauma collettivo, pertanto, non coinvolge necessariamente ogni singolo individuo della collettività, ma agisce come struttura di senso che si impone nella coscienza

del gruppo, alterando profondamente la percezione di sé e del proprio passato. Esso può essere analizzato come un processo sociologico complesso, nel quale si costruisce un quadro interpretativo dell'offesa, si definiscono i confini tra vittime e responsabili e si determinano le conseguenze morali, politiche e materiali dell'evento traumatico.

Questa rappresentazione condivisa non è spontanea, ma frutto di dinamiche sociali e simboliche: ciò che viene ricordato – e ciò che viene dimenticato – partecipa attivamente alla costruzione del senso storico, costituendo quella che viene definita “memoria collettiva”. Il concetto di memoria collettiva, elaborato dal sociologo Maurice Halbwachs (1950), si contrappone alla memoria individuale per la sua natura socialmente costruita e trasmessa. Essa rappresenta l'insieme di ricordi condivisi, selezionati e rielaborati da un gruppo sociale in funzione del proprio presente e della propria identità. Utilizzando una terminologia più dettagliata, esiste una “memoria sociale” composta da memorie collettive di più gruppi, riflettendo invece una molteplicità di narrazioni, talvolta conflittuali o in competizione, come nel caso di eventi storici che ancora dividono l'opinione pubblica. A un livello ancora più profondo si colloca la “memoria culturale”, legata alla tradizione storica di un popolo, associata a simboli, riti, pratiche e tradizioni di lungo periodo (Assmann, 2011).

Queste diverse forme di memoria, non sono sempre armoniche. Possono entrare in conflitto e competizione per affermare una visione egemonica del passato, specialmente nei contesti post-traumatici in cui si gioca la legittimazione politica o morale delle memorie. A rendere il quadro ancora più complesso è il ruolo dell'oblio, che non si configura come semplice rimozione, bensì come selezione attiva del ricordo (Ricœur, 2003). L'oblio può essere inteso come un meccanismo funzionale alla costruzione della memoria collettiva: ciò che viene dimenticato non scompare del tutto, ma resta spesso latente e può riemergere in specifici contesti storico-politici.

Un esempio emblematico di tale dinamica è costituito dalla narrazione nazionale italiana relativa al periodo

coloniale e bellico. L'immagine diffusa degli *Italiani brava gente* si è imposta nell'immaginario collettivo anche grazie all'oblio strategico dei crimini di guerra commessi in Libia e in Etiopia, come i campi di concentramento e l'uso di gas chimici sotto il comando del generale Rodolfo Graziani (Del Boca, 2005). Questi eventi sono stati rimossi da una certa memoria pubblica ufficiale, tanto da produrre pratiche memoriali censurabili, come il monumento in onore e memoria di Graziani eretto nel paese di Affile, con il contributo della regione Lazio.

## IL CINEMA COME MEDIATORE DELLA MEMORIA

Il cinema occupa una posizione privilegiata all'interno della costruzione della memoria collettiva. In quanto arte del racconto audiovisivo, si distingue per la sua capacità di trasformare eventi storici in narrazioni simboliche. Non restituisce la verità dei fatti, ma ne propone una interpretazione soggettiva e stilisticamente mediata (Balestrieri, 2010). Come ha evidenziato Dominick LaCapra (2014), la narrazione cinematografica consente di elaborare il trauma combinando immedesimazione e distanza critica.

Contrariamente a una visione gerarchica dei linguaggi, il film di finzione non è meno affidabile del documentario: entrambi sono costruzioni registiche, frutto di scelte stilistiche, narrative e ideologiche. Esse sono in grado di evocare il trauma in modo diretto o metaforico, coinvolgendo emotivamente lo spettatore e facilitando processi di identificazione. Per agire efficacemente sulla memoria collettiva, la finzione cinematografica deve tuttavia possedere una elevata qualità artistica e raggiungere una ricezione diffusa, diventando così un “evento culturale” capace di sedimentarsi nell'immaginario collettivo.

Inoltre, nella società ipermediale contemporanea, il cinema non agisce isolatamente, ma viene rafforzato da altri canali come la televisione, le piattaforme digitali, i social media e i blog dedicati, dando origine a quella che potremmo definire una memoria cinematografica condivisa (<https://www.spreaker.com/podcast/cinema>

[e-psichiatria-la-serie--5992626; https://www.psychiatryonline.it/rubriche/mente-ad-arte/](https://www.psychiatryonline.it/rubriche/mente-ad-arte/)).

## TRE ESEMPI DI NARRAZIONE FILMICA DI TRAUMI COLLETTIVI

### La Shoah e i campi di concentramento

La Shoah rappresenta uno dei traumi fondativi dell'identità europea contemporanea. Il cinema ha svolto un ruolo cruciale nel rendere visibile l'indicibile, dapprima attraverso documentari come *Notte e Nebbia* (Alain Resnais, 1956), poi tramite opere di finzione capaci di incidere profondamente sulla sensibilità collettiva. Un elenco dei film che trattano ciò che è avvenuto nei campi di concentramento nazisti è presente in *Tabella 1*.

Tab. 1 – Elenco di film che trattano della Shoa

**Il diario di Anna Frank** (1959), di George Stevens

**La scelta di Sophie** (1982), di Alan J. Pakula

**Schindler's list** (1993), di Steven Spielberg

**Jona che visse nella balena** (1993), di Roberto Faenza

**La vita è bella** (1997), di Roberto Benigni

**Un treno per vivere** (1998), di Radu Mihăileanu

**Il pianista** (2002), di Roman Polanski

**Il bambino con il pigiama a righe** (2008), di Mark Herman

**The Reader – A voce alta** (2008), di Stephen Daldry

**Il figlio di Saul** (2015), di László Nemes

**La zona di interesse** (2024), di Jonathan Glazer

Tra questi, *La vita è bella* (Roberto Benigni, 1997) è un esempio emblematico: pur nella sua stilizzazione favolistica, il film riesce a trasmettere l'orrore della deportazione attraverso la lente dell'amore paterno e della speranza, suscitando una partecipazione empatica diffusa e duratura. Altre opere, come *Il figlio di Saul* (László Nemes, 2015), adottano linguaggi più radicali, immergendo lo spettatore nel disorientamento sensoriale dei campi, rendendo il trauma non solo rappresentato, ma quasi fisicamente esperito.

Particolarmente interessante è il film *La zona di interesse* (Jonathan Glazer, 2024) perché riferendosi ad avvenimenti realmente accaduti induce riflessioni sulla 'banalità del male' (vedi *Box 1*). Il film ha vinto l'Oscar per il miglior film straniero nel 2024.

### Gli anni di piombo e le conseguenze sulla società

Il secondo trauma collettivo su cui mi soffermo è quello degli "anni di piombo" in Italia, periodo di terrorismo, stragi, repressione e ambiguità istituzionale. Il ricordo doloroso di quegli anni è ancora vivo in chi li ha vissuti, non solo in prima persona, ma anche come memoria collettiva e sociale.

È un'epoca che ha segnato profondamente la società italiana e che anche se appare lontana nel tempo, in realtà è ancora attuale sia perché i familiari degli uccisi ne pagano ancora le conseguenze, che per il fatto che numerosi «protagonisti» sono tra noi, chi in carcere, chi in libertà, chi pentito e chi in fuga all'estero. È bene inoltre ricordare che su alcuni di quegli avvenimenti delittuosi non si è fatta ancora piena luce, così che sembra esistere un'omertà che renderà difficile arrivare ad una verità, anche per il coinvolgimento di altri Paesi (ad esempio Francia, Sud-America) che hanno nascosto brigatisti e altri autori di omicidi.

Questo passato recente è stato per lungo tempo oggetto di rimozione o narrazione frammentaria, a causa anche delle sue implicazioni ideologiche. Il cinema italiano ha cercato di colmare questo vuoto, con opere che si sono soffermate su aspetti diversi di quella stagione tragica (*Tabella 2*), con una lettura critica che ha riportato alla luce una memoria difficile ma necessaria.

Tab. 2 – Elenco di film che trattano della Shoa

**Maledetti vi amerò** (1980), di Marco Tullio Giordana

**Colpire al cuore** (1982), di Gianni Amelio

**Segreti segreti** (1985), di Giuseppe Bertolucci

**Il caso Moro** (1986), di Giuseppe Ferrara

**Una fredda mattina di maggio** (1990), di Vittorio Sindoni

**Il caso Dozier** (1993), di Carlo Lizzani

**La seconda volta** (1995), di Mimmo Calopresti

Tab. 2 – Elenco di film che trattano della Shoa

<b>Riconciliati</b> (2001), di Rosalia Polizzi
<b>La meglio gioventù</b> (2003), di Marco Tullio Giordana
<b>Buongiorno, notte</b> (2003) di Marco Bellocchio
<b>Piazza delle Cinque Lune</b> (2003), di Renzo Martinelli
<b>Guido che sfidò le Brigate Rosse</b> (2007), di Giuseppe Ferrara
<b>La prima linea</b> (2009), di Renato De Maria
<b>Il sorteggio</b> (2010), di Giacomo Campiotti
<b>Romanzo di una strage</b> (2012), di Marco Tullio Giordana
<b>Gli anni spezzati</b> (2014), di Graziano Diana
<b>Dopo la guerra</b> (2017), di Annarita Zambrano
<b>Padrenostro</b> (2020), di Claudio Noce
<b>Ero in guerra ma non lo sapevo</b> (2022), di Fabio Resinaro
<b>Esterno notte</b> (2022), di Marco Bellocchio

Volendo tracciare una possibile catalogazione, i numerosi film si potrebbero raggruppare in quattro grosse tematiche: i racconti degli attentati e delle stragi, le storie di chi ha sfidato il terrorismo, l'omicidio di Aldo Moro, ed infine le vite successive dei terroristi.

Il rapimento e l'omicidio di Aldo Moro nel 1978 da parte delle Brigate Rosse è indubbiamente l'avvenimento culmine di quella stagione ed è stato oggetto di due film di stampo diverso del regista Marco Bellocchio (vedi *Box 2*).

### L'immigrazione e le tragedie del Mediterraneo

Il terzo trauma collettivo è quello attualissimo dell'immigrazione via mare, con le migliaia di morti nel Mediterraneo centrale tra Africa e Italia (in media più di 2000 annegati per anno). Spesso vissute come eventi lontani o numeri astratti, queste tragedie faticano a entrare nel corpus della memoria pubblica europea, mentre riguardano la politica e le scelte attuali e future delle nostre società.

Diversi film testimoniano queste tragedie con stili che vanno da quelli più dichiaratamente leggeri ad altri molto realistici nella loro tragicità (*Tabella 3*).

Tab.3 – Elenco di film che trattano delle tragedie in mare in seguito alla immigrazione nel Mediterraneo centrale

<b>Terraferma</b> (2011), di Emanuele Crialese
<b>Lampedusa - Dall'orizzonte in poi</b> (2016), miniserie TV di Marco Pontecorvo
<b>Fuocoammare</b> (2016), di Gianfranco Rosi
<b>L'ordine delle cose</b> (2017), di Andrea Segre
<b>Nour</b> (2019), di Maurizio Zaccaro
<b>Tolo Tolo</b> (2020), di Checco Zalone
<b>L'urlo</b> (2021), di Michelangelo Severgnini
<b>Io capitano</b> (2023), di Matteo Garrone

Film come *Fuocoammare* (Gianfranco Rosi, 2016) – premiato con l'Orso d'Oro – documentano con sobrietà la convivenza quotidiana tra i cittadini di Lampedusa e i migranti in arrivo, creando una narrazione che rompe la distanza e stimola la riflessione morale. Altri film, come *Terraferma* (Emanuele Crialese, 2011), affrontano la questione migratoria nel registro della finzione, ponendo interrogativi sull'identità, l'accoglienza e la giustizia. *Io capitano* (Matteo Garrone, 2023), candidato nella cinquina finale degli Oscar 2024 per il miglior film straniero, è la testimonianza di una storia vera raccontata tra realismo e momenti di sogno salvifico (*Box 3*). Il 26 marzo 2025 è andato in onda su Rai1 ed ha fatto registrare quasi 6 milioni di spettatori (circa il 30% di share), a testimonianza certa di un interesse per l'opera in sé, ma sperabilmente anche per il desiderio di non dimenticare ciò che sta avvenendo nei nostri mari.

### Box 1 – Il film *La zona di interesse* (2024), di Jonathan Glazer

Il film rievoca sullo schermo la storia, realmente accaduta, di una famigliola tedesca il cui 'capofamiglia' Rudolf Höß (interpretato da Christian Friedel) è comandante del campo di sterminio di Auschwitz, la moglie Hedwig è un'arrivista piccolo borghese (interpretata da Sandra Hüller) che si dedica con passione al giardino posto al di là del muro del campo di concentramento di Auschwitz, mentre i tre piccoli figli scorrazzano innocenti intorno. Vi sono poi vari lavoratori più o meno costretti a prestare la loro opera, tra i quali una servetta obbligata all'ubbidienza assoluta – compreso il piacere di Höß – pena la riduzione in cenere. Ad un certo punto arriva la madre di Hedwig, la quale però dopo poco fugge perché intuiamo che non sia in grado di resistere ai suoni mortiferi, tragici e martellanti che provengono al di là dal muro di cinta del lager.

Nel film emergono con maestria e grande nitidezza le psicologie di Rudolf e di Hedwig, indifferenti per diversi motivi alla tragedia che si svolge a pochi metri di distanza (il primo per ubbidienza agli ordini, la seconda per vantaggio personale).

Il regista ha utilizzato un linguaggio *in sottrazione*, caratterizzato da assenze più che presenze: non si vedono mai scene crude, le vicende sono sempre accennate e mai esplicitate, come il rapporto sessuale tra Höß e la servetta (o quello tra Hedwig e un lavorante), gli incubi della piccola figlia (che paradossalmente il padre cerca di calmare raccontando di come viene bruciata la strega cattiva di Hansel e Gretel!), il messaggio che la madre fuggendo lascia a sua figlia Hedwig, il cui contenuto noi possiamo solo intuire, per finire con l'assenza di spiegazioni per la scena finale, dove Höß ha conati di vomito, forse significando così il rifiuto da parte del corpo di ciò che accade, in presenza di una mente che è capace solo di pensieri di obbedienza.

Ciò che viene mostrato, pur filtrato dalla sceneggiatura, corrisponde a ciò che accadde nella realtà dei fatti: Rudolf Höß fu impiccato a fine guerra senza aver manifestato alcun pentimento.

### Box 2– Le due prospettive di Bellocchio sul rapimento di Aldo Moro

Marco Bellocchio ha diretto due film sul caso Moro, il secondo a distanza di circa 20 anni dal primo. I due film nascono da un approccio molto diverso. La prospettiva di *Buongiorno, notte* (2003) racconta il sequestro dal punto di vista dei brigatisti, in particolare di una giovane terrorista (Chiara, alter ego della carceriera Anna Laura Braghetti, dal cui libro il film si è ispirato). È un racconto molto intimo, quasi claustrofobico, tutto chiuso nell'appartamento dove Moro è tenuto prigioniero. Al contrario *Esterno notte* (2022) offre una vista dall'esterno, è un racconto corale, con tanti punti di vista: la famiglia Moro, i politici, il Vaticano, il Papa, le Brigate Rosse, l'opinione pubblica. Si capisce come il sequestro abbia sconvolto tutta l'Italia.

Il formato di *Buongiorno, notte* è quello classico di un film di circa 1h40min, mentre *Esterno notte* è nato come serie TV di 6 episodi, poi montato anche come film in due parti per il cinema. Il tono di *Buongiorno, notte* è poetico, visionario, malinconico, con un finale "onirico" in cui si immagina che Moro venga liberato (cosa mai avvenuta). Al contrario *Esterno notte* ha carattere storico, politico e drammatico. Molto fedele ai fatti reali, ogni episodio è dedicato a un protagonista diverso, quasi come tanti "pezzi" di un mosaico. Infine, la figura di Aldo Moro in *Buongiorno, notte* è silenziosa, dolente, quasi una presenza spirituale, mentre in *Esterno notte* Moro è protagonista attivo (interpretato da Fabrizio Gifuni in modo straordinario), con ampio spazio ai suoi discorsi, ai suoi pensieri, ai suoi dialoghi.

In breve, *Buongiorno, notte* propone uno sguardo soggettivo ed emotivo, mentre *Esterno notte* fornisce una ricostruzione ampia, politica e corale.

### Box 3– Il film *Io capitano* (2024), di Matteo Garrone

Il film racconta l'odissea di due ragazzi di 16 anni nel loro viaggio dal Senegal verso l'Italia, attraverso il deserto libico e il Mediterraneo. Il primo trauma è quello del distacco dalla madre e dai fratelli, fatto di nascosto per non essere ostacolati, ma poi oggetto di pentimento e rimpianto. La parte più difficile è l'attraversamento della Libia, dove i due vengono derubati, incarcerati, picchiati e sono testimoni di torture e uccisioni. Il Mediterraneo invece, anche se affrontato con paura e in condizioni di grande precarietà su una barca precaria e sovraffollata, si dimostra benevolo ed è il percorso finale del viaggio.

I pregi del film sono quelli di ripercorrere l'intero percorso della migrazione, dai dubbi, le aspirazioni e la disinformazione iniziali, lungo tutto il percorso violento e di sfruttamento in Libia, fino all'imbarco e la traversata del Mediterraneo.

Si tratta di una storia vera tratta dal racconto delle vicende personali di un immigrato che ora lavora in Italia a favore dei propri simili e che ha affermato che se pur il film si conclude con l'arrivo sulle coste siciliane, ciò che è poi successo realmente in Italia meriterebbe un film a parte.

La storia, pur cruda, riesce a valorizzare l'ingenuità e la sensibilità del giovane protagonista, aprendo a momenti di rêverie e di poesia, come quando il ragazzo immagina o sogna di poter rivedere la madre o salvare una sventurata donna che nella realtà muore nella traversata del deserto.

## CONCLUSIONI

Il cinema, nel suo intreccio di estetica e politica, di emozione e riflessione, svolge un ruolo imprescindibile nel processo di elaborazione e trasmissione dei traumi personali e collettivi (Balestrieri, 2019). Le immagini che produce entrano a far parte della memoria culturale e sociale, orientando il modo in cui un popolo guarda al proprio passato.

Fare film su eventi traumatici non è solo un atto artistico, ma un gesto sociale e culturale, che contribuisce a definire ciò che una collettività sceglie di ricordare. In questo senso, la memoria cinematografica diventa parte integrante della memoria collettiva.

Come ha osservato Stanley Kubrick, "fare cinema non è fotografare la realtà, ma fotografare la fotografia della realtà". Bernardo Bertolucci ha aggiunto: "Ricorderemo il mondo attraverso il cinema". In questa duplice tensione tra rappresentazione e rielaborazione, il cinema continua ad alimentare il ricordo condiviso, a dare forma al lutto collettivo e a consolidare l'identità dei popoli.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE

\* *Professore Ordinario di Psichiatria*

*Università degli Studi di Udine*

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Assmann, Aleida. *La memoria culturale. Scrittura, ricordo e identità politica nelle società complesse*, Roma: Carocci, 2011.
2. Balestrieri, Matteo. *Vero come la Finzione: La Psicopatologia al Cinema Vol. 1 e Vol. 2*, Milano: Springer, 2010.
3. Balestrieri, Matteo. *Psicologia delle relazioni umane. Teoria, clinica e narrazioni cinematografiche*. Milano: Franco Angeli, 2019.
4. Del Boca, Angelo. *Italiani, brava gente?* Vicenza: Neri Pozza Editore, 2005.
5. Halbwachs, Maurice. *La memoria collettiva (1950)*, Milano: Unicopli, 1997.
6. LaCapra, Dominick. *Scrivere tra storia e memoria*. Intervista su trauma e narrazione, a cura di S. Giustini, Roma: Donzelli, 2014.
7. Ricœur, Paul. *La memoria, la storia, l'oblio*, Milano: Raffaello Cortina, 2003.
8. <https://www.youtube.com/watch?v=zCFe5vCjDnM>

# Versi formulari in psichiatria

di Federico Grasso

**P**er Omero era il *verso formulare*, un modo di esprimersi caratterizzato da ripetizioni di epiteti, topoi, espressioni fisse. Così, per esempio, Achille è *il Pelide*, l'aurora ha le dita rosate e nei poemi epici non può mancare un'intera sezione dedicata a un catalogo – di navi, di eroi. Duplice era la funzione del verso formulare: aiutare gli aedi a ricordare i lunghi canti dell'epica e venire in soccorso al pubblico nel memorizzare personaggi e contesto.

Ecco, a volte ho come l'impressione che i versi formulari esistano anche nella vita di tutti i giorni, lavoro compreso: si tratta di situazioni ricorrenti, frasi, circostanze, che si ritrovano sempre uguali e permettono – almeno un poco – di giocare all'indovino e predire l'immediato futuro. In psichiatria, nello specifico, la ripetizione garantisce un certo margine di preveggenza, un senso di déjà-vu e, come per gli aedi e il pubblico insieme, fornisce una sorta di scorciatoia mnemonica sul come muoversi, cosa fare, cosa aspettarsi. È utile, in altri termini, perché permette di prepararsi a quanto ci si trova davanti contrastando l'incertezza dell'ignoto. Al contempo, però, non si può non negare un certo grado di frustrazione per l'impressione indiretta – ma immediata – per cui nulla cambia e tutto sia destinato a ripetersi sempre uguale a se stesso.

*Giunge in pronto soccorso accompagnato dalle forze dell'ordine*

Già chiaro a tutti: non vedremo le forze dell'ordine nemmeno col binocolo. Carabinieri o vigili che siano, si saranno dileguati non appena il paziente avrà varcato la soglia

*[...] ogni evento vissuto non può che tradursi in queste due forme d'esistere, lirismo e ironia, perché la terza sarebbe la disperazione, e a quella non saprei porre rimedio.*

Le ferrovie del Messico  
di Gian Marco Griffi

del triage. E non importa che lo stesso sia agitato, aggressivo, sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Se non c'è un ASO o un TSO ci sentiremo rispondere dalle FFOO: noi non interveniamo. A nulla vale la domanda sul perché allora siano intervenuti prima, se già non c'erano ASO o TSO, né varrà la pena precisare che il paziente è ancora agitato esattamente come quando sono intervenuti la prima volta, dunque lo stato di necessità sussiste ancora. Oppure, e a volte è persino peggio, il paziente è tranquillo, adeguato, a modo. E non c'è verso di capire perché, allora, siano intervenute le forze dell'ordine. Una cosa resta certa: se il paziente giunge accompagnato dalle forze dell'ordine, raccogliere l'anamnesi sarà l'impresa più difficile.

*E se lei lo dimette e poi succede qualcosa, dottore? Lei si assume la responsabilità*

Capita di sentirselo dire, e dalle fonti più imprevedibili. Di solito a pronunciarla è il parente – uno dei numerosissimi, almeno fino alla quarta generazione, che nemmeno ai pranzi di Natale – presente in pronto soccorso, magari lo stesso che avrebbe anche *convinto il paziente a farsi ricoverare* – frase, anche questa, assai frequente, di solito espressa con fierezza e trascurando di rispettare il nesso temporale e logico per cui prima di agire di testa propria si dovrebbe effettuare una valutazione medica, oltre che specialistica. Talvolta, però, la stessa espressione viene pronunciata da qualche collega nella variante, molto meno allusiva: *se non lo ricoveri da te e succede qualcosa, poi finiamo tutti nei casini*. Non è ben chiaro quali siano questi casini, né che

cosa di preciso debba succedere perché quelli si verifichino, sebbene la fantasia, sollecitata dalla paura, risolve spesso il non detto. In entrambi i casi si tratta, ma è evidente, di minacce non molto dissimili dalla frase di manzoniana memoria *verrà un giorno!*

Lavorare in queste condizioni è difficile, riuscire a prendere una decisione dettata dalla clinica, e non dalla paura, talvolta di più. La frase suddetta costringe dunque a rallentare, prendere un bel respiro, riflettere attentamente sulla situazione presente e, solitamente, armarsi di pazienza e ritagliarsi del tempo per intavolare un dialogo quanto più costruttivo possibile col parente – o il collega – oltre che col paziente, per condurlo a più miti consigli.

#### *Dovete fargli un TSO*

Secondo la popolazione – familiari, assistenti sociali, forze dell'ordine di vario grado, ma anche clinici non psichiatri e, a volte, pure per alcuni psichiatri – le persone suscettibili di TSO sono, in ordine sparso: anziani ultraottantenni polipatologici affetti da demenza senile di grado severo; soggetti senza fissa dimora che non parlano italiano; tossicodipendenti violenti che estorcono soldi ai genitori; alcolisti che in fase di ebbrezza sfasciano case, macchine, oggetti; pazienti che vivono ai margini della società o in condizioni di indigenza – il famoso ricovero *sociale*, che talvolta viene proposto nella variante *obbligatoria* e, cosa ancora più grave, senza che la proposta in sé desti il minimo disagio in colui che la pone, come non si trattasse, di fatto, di complottare un semi-sequestro di persona.

Di solito, davanti a un verso formulare di tale potenza – l'imperativo *dovete* seguito da un acronimo che rappresenta l'eccezionalità della psichiatria rispetto ad altre specialistiche – rispondo ripetendo il mantra dei tre criteri del TSO, giusto per essere sicuro non siano mutati nel frattempo:

1. Condizione psichiatrica acuta non differibile
2. Rifiuto delle terapie in assenza di critica
3. Necessità di ricovero in assenza di altre soluzioni

Li ripeto più volte, cercando di trovare *aggressività o pericolo per sé o gli altri* tra i criteri, dato che così spesso la richiesta di intervenire in TSO è associata a motivi di ordine pubblico. Dopo aver escluso che tale eventualità sia contemplata, abbasso il capo e, a ulteriore sicurezza, controllo se al posto del camice non mi sia per caso comparsa un'uniforme.

#### *Questo è un reparto, non un carcere*

E qua gli aedi siamo noi psichiatri. Lo ripetiamo spesso: al parente che ci raccomanda, con fare furbescamente complice, di stare attenti che il paziente – che con tanta fatica *si è convinto a farsi ricoverare* – non tenti la *fuga*; alle forze dell'ordine – sì, ricorrono spesso, spiace più a me che a loro – che ci domandano come abbia fatto il paziente in TSO ad allontanarsi e perché non fosse chiuso a chiave in camera (sic). Di fronte a queste rimostranze, noi ripetiamo il solito verso: *questo è un reparto, non un carcere*. Lo diciamo e lo ripetiamo, certo, ma poi parliamo anche di *fughe*, ci scandalizziamo se una porta non viene chiusa a chiave, alle finestre apponiamo le sbarre, al momento del ricovero parliamo di spoglio, perquisizione, consegna degli effetti personali. Cellulare? Sì, ma senza internet né caricatore. Sigarette? Soldi? Dobbiamo gestirli noi, tu non sei in grado. Togliti le stringhe, gli accendini. Non avrai lamette, spero? Altri lacci? Lo shampoo non ti serve, teniamo tutto noi. Per l'ora d'aria c'è la sala fumo, e se fai il bravo ti accompagno cinque minuti alle macchinette.

Diciamo che non è un carcere – o un *manicomio* – e poi nella lista dei ricoveri troviamo: autori di reato in attesa di REMS, ritardi mentali aggressivi, pazienti antisociali, tossicodipendenti con più denunce che voglia di smettere. Diciamo che non è un carcere, lo ripetiamo e ripetiamo fino a dirlo con l'afflato di un aedo stanco, che ha ripetuto così a lungo lo stesso verso formulare da averlo ormai a noia e perduto il significato. Lo ripetiamo a noi stessi, ai colleghi, ai parenti, ai pazienti, alle forze dell'ordine, ai servizi sociali. Magari, prima o poi, a furia di ripeterlo, ci convinceremo tutti.

*Voi non potete dimetterlo*

Variante, in chiusura, del sopraccitato *voi dovete ricoverarlo*. A pensar male, la frase svilisce il lascito di Basaglia, quello per cui si dovrebbe lavorare per il reintegro e reinserimento in società del paziente psichiatrico. Che poi, a dirla tutta, se il paziente psichiatrico fosse solo lo psicotico, il bipolare o il depresso, il lavoro di ricovero e reintegro sociale non sarebbe nemmeno tra i più complessi. Il vero problema è che ormai – ma in fondo non è mai davvero cambiata la storia – il paziente psichiatrico è tutto e il contrario di tutto. La diagnosi psichiatrica si estende a coprire il disturbo personologico antisociale in famiglie altamente disfunzionali; il non-ancora-carcerato-che-non-si-sa-dove-mettere; il senza fissa dimora; il decadimento cognitivo; il ritardo mentale. Lo psichiatrico, in altri termini, è colui che la società stessa – a motivo o meno – non desidera, ripudia, fa ricoverare in un reparto – giacché non è un carcere, né un manicomio, quindi l'opinione pubblica non ne subisce offesa – e poi si sorprende quando giunge il momento della dimissione. *Ma come? Lo dimettete? Io non sono in grado di gestirlo.*

Storpiando un celebre motto: fatto *il reintegro sociale, s'ha da fare la società*. Quanto è lo psichiatrico a dover essere reintegrato, e quanto bisogna lavorare sulla società perché lo accetti? E chi è davvero psichiatrico? Lo decide lo psichiatra o la società? Perché nel primo caso si può parlare di giudizio clinico, ma nel secondo – e spesso, troppo spesso è il secondo – si deve ancora parlare di stigma, controllo, confino, manicomio. Solo che ora il manicomio non esiste più. E non importano tutte le belle parole che si usano per nascondere – *ospedale, reparto, responsabilità* – ricoverare per motivi di deriva sociale o per gestione dell'aggressività tout court è segno di una mancanza all'interno della società di strutture vicarianti i luoghi di confino per persone a metà tra i criminali e gli psichiatrici. È segno di qualcosa che non ha funzionato a dovere, dell'uso improprio di un servizio – quello di psichiatria nella fattispecie – in sostituzione a una soluzione che, di fatto, non c'è. Prima era il manicomio, quello che custodiva e *non dimetteva*. E ora?

Tanti altri sarebbero i versi formulari che esistono nella psichiatria, troppi per poterli elencare. A volte mi trovo a recitarli io pure. Mi sorprende a ripeterli e ad *agirli* passivamente, quasi senza accorgermene: do per scontato che il paziente giunto con le forze dell'ordine sia psichiatrico a prescindere; so che non avrò dialogo, se già mezzo comune ha deciso che il paziente debba ritenersi *da ricovero*; ci saranno innumerevoli difficoltà dettate da motivi di ordine pubblico nella dimissione del paziente con denunce al seguito.

Come detto al principio, a volte mi sento un veggente: basta una frase, un dettaglio, e già prevedo il decorso clinico del soggetto, la strada che prenderà, quanti giorni durerà il ricovero, in quale comunità finirà. E, a volte, finisco per agire così, meccanicamente, come ingranaggio di un sistema più grande e complesso, che non capisco e – forse – nemmeno voglio capire del tutto.

In altri momenti, però, mi dico di provare a pensare fuori dallo schema, a rompere questo sistema fatto di versi formulari, frasi fatte, situazioni ripetute. Mi dico di provare a lavorare in un'altra direzione, così da far inceppare il macchinario, sorprendere, lasciare sbigottiti. Non lo faccio per un mio tornaconto personale – anzi, spesso mi trovo a lavorare al doppio della fatica. Lavoro avendo in mente la clinica, i sintomi, quello per cui ho studiato, non ciò che la società mi spinge a fare. Ripeto i criteri del TSO a chi vuole farmi apporre una firma di troppo, insisto coi parenti perché capiscano cosa sia un reparto di psichiatria e cosa lo differenzi da un carcere e da un manicomio, lavoro affinché io sia tutelato nel mio lavoro, chiamando le forze dell'ordine quando qualcuno mi minaccia, come farebbe chiunque altro in qualunque altro contesto – e come ci si aspetterebbe si facesse sempre.

A volte serve un ingranaggio che salta, un calcolo che non torna, una finestra che la signora delle pulizie ha scordato aperta e da cui un paziente riesce ad allontanarsi – non *fuggire* – perché ci si accorga che il sistema per come lo conosciamo non funziona, è sbagliato, necessita di un cambiamento.

Altrimenti si finisce così: con versi formulari, ripetizioni meccaniche, espressioni mandate a memoria.

E si perde l'epica.

---

# Euphoria: una lettura psicopatologica e psicoanalitica

di Alessio Vincenti\*

---

## ABSTRACT

**L'**articolo analizza la serie televisiva Euphoria di Sam Levinson come un laboratorio esistenziale per esplorare la psicopatologia adolescenziale contemporanea attraverso una lente psicodinamica e fenomenologica. La serie viene presentata come un'esplorazione cruda e stilizzata della vita di un gruppo di adolescenti che affrontano temi complessi come dipendenze, problemi identitari, relazioni tossiche e traumi familiari.

L'autore si concentra su alcuni personaggi chiave, analizzando le loro dinamiche psicologiche e psicopatologiche.

In conclusione, Euphoria non si limita a rappresentare il disagio adolescenziale, ma svela come le patologie genitoriali si ripercuotano sui figli attraverso dinamiche inconsce e traumi non elaborati. L'estetica visiva e sonora della serie (colori neon, musiche oniriche) è parte integrante della narrazione, simulando stati dissociativi e riflettendo la scissione tra interiorità ed esteriorità. La serie è vista come una critica a una società che patologizza i giovani senza offrire un reale sostegno, e come una profonda interrogazione sulla possibilità di relazioni autentiche e di autenticità in un mondo iperconnesso ma disincarnato, in cui l'identità è costantemente negoziata tra caos e ricerca di significato.

## INTRODUZIONE

Euphoria è una serie drammatica statunitense creata da Sam Levinson, trasmessa da HBO a partire dal 2019. È un adattamento di una omonima serie israeliana creata da Ron Leshem, Daphna Levin e altri, trasmessa nel

2012. Sam Levinson ha sviluppato la trama rielaborando temi e personaggi dell'originale, ma con un approccio più visivo, crudo e focalizzato sul contesto sociale contemporaneo americano. Euphoria esplora la vita di un gruppo di adolescenti alle prese con temi complessi come identità, dipendenze, relazioni conflittuali e le pressioni sociali tipiche dell'età. La protagonista, Rue Bennett (interpretata da Zendaya), è una ragazza con disturbo bipolare e problemi di tossicodipendenza che affronta il difficile percorso di riconnettersi al mondo dopo un percorso di riabilitazione. Attorno a lei ruotano personaggi come Jules (Hunter Schafer), una ragazza transgender in cerca di riconoscimento; Nate (Jacob Elordi), un atleta con una personalità ambigua; Cassie (Sydney Sweeney), vulnerabile e alla ricerca d'amore; Kat Hernandez (Barbie Ferreira) che non accetta il suo corpo e sviluppa una crescente sicurezza in se stessa attraverso l'esplorazione della sua sessualità e identità online; Maddy (Alexa Demie), coinvolta in dinamiche relazionali tossiche.

La serie si distingue per uno stile visivo audace, colonne sonore evocative e un approccio brutale ma poetico alla narrazione.

Euphoria offre un'esplorazione viscerale dell'adolescenza contemporanea, vista attraverso un prisma crudo e introspettivo, intrecciando immagini iperstilizzate con narrazioni intrise di traumi, dipendenze e conflitti identitari.

La serie non si limita a esplorare il disagio adolescenziale, ma rivela come le patologie dei genitori si riverbe-

rino sui figli attraverso dinamiche inconse, proiezioni e traumi non elaborati.

Esponendo i corpi dei personaggi, approfondendo la percezione del tempo e le relazioni con l'Altro, la serie disvela non solo sintomi psicopatologici, ma l'essenza vissuta del malessere in un'epoca iperconnessa e alienata.

La serie esplora l'intersezione caotica tra disturbi mentali e aspettative sociali a un'età nella quale spesso i genitori si trasformano improvvisamente in figure quasi irrilevanti: da individui che hanno tutte le risposte a individui che non capiscono nulla.

Evidenziando il crollo della figura genitoriale da guida a entità distante e incomprensibile, Euphoria rappresenta un ritratto provocatorio e introspettivo della generazione Z.

## I PERSONAGGI

### Rue Bennet

Rue Bennett, affetta da disturbo bipolare e dipendenza da oppioidi secondo il DSM-5 (APA, 2013), incarna la tensione tra autodistruzione e ricerca di significato. La sua disregolazione emotiva, con agiti impulsivi, propensione al rischio e drastiche oscillazioni del tono dell'umore, riflette tratti borderline di personalità, sebbene il fulcro diagnostico, in un'ottica categoriale, resti la comorbidità disturbo bipolare-dipendenza. Rue oscilla tra intorpidimento e iperstimolazione, nella sua fuga dal dolore per la morte del padre e dalle pressioni dell'esistenza.

La negazione della dipendenza ("Posso smettere in qualsiasi momento") maschera una disperazione esistenziale più profonda, collegata al lutto irrisolto per la morte del padre e alla pressione del Super-Io (Freud, 1917).

L'esperienza frammentata del tempo di Rue oscilla tra la dilatazione depressiva, dove il tempo si diluisce in un presente stagnante, un "eterno ritorno" della colpa (Nietzsche, 1883) e l'accelerazione maniacale, una fuga caotica, dove il futuro è negato e l'unico orizzonte temporale è l'immediatezza dello sballo. Nella fuga dall'"essere-per-la-morte" (Heidegger, 1927) il tempo di Rue è sospeso.

Gli oppioidi rappresentano un oggetto ambivalente, intimo ed estraneo che "addomestica" il mondo, trasformandolo in un "non-luogo" rassicurante, alterando la percezione corporea: il corpo media la realtà (Merleau-Ponty, 1945) ma Rue vive in un "corpo fantasma", dissociato dal dolore esistenziale. La sua costante ansia riflette il terrore heideggeriano del Dasein di fronte alla mortalità, sedato chimicamente a costo di annullare l'autenticità.

I monologhi di Rue rivelano non solo i sintomi e l'importanza della narrazione del paziente (Karl Jaspers, 1913) ma la disperazione esistenziale che li accompagna e i "limiti della comprensione". Rue, nella sua lotta contro la dipendenza, incarna questa esperienza al limite: gesti banali diventano ostacoli insormontabili, mentre il mondo perde la sua familiarità. La "perdita dell'evidenza naturale" (Blankenburg, 1971) si manifesta nell'alienazione di Rue dal quotidiano, mentre le allucinazioni durante le crisi maniacali e l'astinenza richiamano i sintomi di primo rango (Schneider, 1959), sebbene in Euphoria se ne percepisca la genesi multifattoriale (dipendenza e/o psicosi).

L'ineffabilità del dolore di Rue (Wittgenstein, 1921) si disvela in metafore visive, che trascendono il linguaggio verbale, riflettendo l'impossibilità di comunicare pienamente l'esperienza soggettiva.

Freud interpreta la dipendenza come sintomo di un lutto irrisolto: gli oppioidi simboleggiano un ritorno all'utero, fuga dalle richieste del Super-Io.

Leslie, madre di Rue, manifesta i sintomi di un lutto complicato, caratterizzato da difficoltà ad accettare la morte del marito e iperinvestimento nel ruolo di "salvatrice" di Rue. Il suo controllo ossessivo sulla figlia (terapie, farmaci) nasconde una rabbia repressa verso la propria impotenza.

Il lutto non elaborato di Leslie, diventa generatore di invidia inconscia verso la figlia, che "sfugge" al dolore, sedandolo con gli oppioidi (Klein, 1957). Il legame simbiotico tra le due riproduce quanto teorizzato ne *La nascita psicologica del bambino* (Mahler, 1975), con Rue

usata come "oggetto transizionale" (Winnicott, 1971) per gestire l'angoscia materna. Donald Winnicott, con il concetto di "madre sufficientemente buona", illumina il rapporto tra Rue e sua madre. L'incapacità di quest'ultima di fornire un "ambiente holding" stabile potrebbe aver spinto Rue a cercare conforto nelle droghe, utilizzate come "oggetti transizionali" per regolare emozioni intollerabili, riflettendo la lotta tra "vero Sé" e "falso Sé" o meglio, il caos dissociativo generato dagli stati multipli del Sé (Bromberg, 1998).

Il "segreto familiare" (Abraham, 1987) emerge nella sua forza distruttiva, al contempo centrifuga e centripeta che alimenta la dipendenza di Rue.

La morte non verbalizzata del padre diventa trauma transgenerazionale (Atlas, 2022), ereditato da Rue come "sintomo", diventando il dolore che la madre non può elaborare.

L'ipercontrollo di Leslie riflette un attaccamento ansioso-preoccupato (Ainsworth, 1978), mentre la famiglia Bennet è schiacciata dal peso del perdono mancato (Mucci, 2014).

Rue incarna l'"assurdo" camusiano (Camus, 1942): come il mito di Sisifo, Rue oscilla tra la ricerca di senso e la tentazione del nichilismo, trascinata in un ciclo di autodistruzione che riflette la lotta contro l'indifferenza dell'universo. La sua voce narrativa, carica di disillusione, ricorda i monologhi esistenziali di *Infinite Jest* (Foster Wallace, 1996), riflettendo la fuga dalla "coscienza iperattiva" del dolore moderno.

Risuonano nel viaggio allucinatorio di Rue, che sfiora la morte per overdose e cerca significato nell'assenza di un padre defunto, la libertà e l'isolamento dei personaggi. Nonostante le connessioni superficiali, riaffiora il terrore esistenziale dell'inautenticità.

Nella difficile costruzione relazionale del Sé, l'identità di Rue è plasmata dal legame con Jules, mentre la sua sobrietà vacilla con l'instabilità del rapporto (Mitchell, 2002).

Le composizioni musicali di Labrinth, con il suo onirismo psichedelico, come *All For Us* (cantata da Zendaya), creano un ponte tra realtà e allucinazione. Nella scena del

finale della prima stagione, Rue, in overdose, danza in strada al ritmo ipnotico del brano, mentre il coro ripete: "All for us, we'll be the God of our own lives". Il contrasto tra il testo ("tutto per noi") e l'autodistruzione di Rue rivela l'ambivalenza tra il desiderio di controllo e la resa alla dipendenza. Nel finale della seconda stagione, Rue cammina verso un'incerta redenzione mentre risuona *Forever* (sempre di Labrinth): "Maybe I'll be better when I'm older / Maybe I'll live past twenty". La voce al contempo potente e fragile di Labrinth e gli archi dilatati trasformano la scena in un rito di passaggio: la speranza, sebbene fragile, diventa un atto di resistenza alla morte emotiva (Yalom, 1980).

Nella sequenza iniziale nell'episodio pilota, con Rue appena nata, immersa in un liquido amniotico digitale (effetti CGI), la regia trasforma oniricamente la nascita in una metafora della dipendenza, anticipando il legame tra trauma e ricerca di fuga.

A un certo punto, nell'Episodio 4 della prima stagione, Rue dice "I don't need drugs. I am drugs.", esprimendo l'identificazione totale con la sostanza, sintomo della dissociazione dell'Io tipica della dipendenza, un'annullamento del Sé autentico e una fusione con l'oggetto-droga come difesa dal lutto.

### **Nate Jacobs**

L'aggressività, la manipolazione e l'ossessione per il controllo di Nate Jacobs rivelano tratti riconducibili al disturbo narcisistico di personalità e a tendenze antisociali. La sua facciata ipermascolina maschera desideri omoerotici repressi, esacerbati dalla scoperta della collezione di pornografia del padre, Cal, incentrata su donne transgender. Questa dinamica si radica in una vergogna tossica (Scheleser, 1913) e in una frammentazione dell'identità, dove la violenza diventa un meccanismo di difesa contro la vulnerabilità (Kohut, 1971).

La sua violenza non è solo sintomo di narcisismo patologico, ma un tentativo disperato di affermare un "Sé" che sente minacciato.

La psiche di Nate è ossessionata dalla doppia vita del padre, Cal, la cui omosessualità repressa genera un conflitto edipico (Freud, 1905): Nate emula e disprezza simultaneamente la mascolinità frammentata di Cal, proiettando il proprio disprezzo interiore attraverso la violenza. La patologia di Nate, dunque, si configura come eredità transgenerazionale del trauma (Atlas, 2022), dove i segreti sessuali del padre si trasformano in un “fantasma” che permea la sua identità (Abraham, 1987); dove Nate diventa il depositario dell’odio verso il desiderio omoerotico.

Nate vive imprigionato nella sua inautenticità, in un corpo addestrato alla performance, nella sua iper mascolinità, espressa attraverso il football e il controllo fisico.

La scoperta della doppia vita di Cal – tra omosessualità repressa e feticismo – distrugge il suo orizzonte di senso, trasformando la vergogna in un’emozione totalizzante (Scheler, 1913). Questo sentimento lo spinge a dominare Jules e Maddy, riducendole a oggetti e rifiutando qualsiasi reciprocità emotiva (Benjamin, 1988).

La violenza di Nate nasce dalla rimozione delle pulsioni omoerotiche e dalla costruzione di un Super-Io ipernormativo (Lacan, 1966), che irrigidisce la sua identità in una caricatura tossica di virilità. Il suo “essere-nel-mondo” è un circolo vizioso di negazione.

Il padre di Nate, presenta un disturbo da comportamento sessuale compulsivo caratterizzato da voyeurismo e rapporti anonimi con donne trans. La sua omosessualità repressa, associata ad Alessitimia, riflette una scissione freudiana (Freud, 1915) tra l’immagine pubblica di padre esemplare e le pulsioni proibite.

Le videocassette di Cal – registrate con Maddy – sono un’eredità simbolica per Nate: la sessualità è associata a violenza e controllo.

La crisi narcisistica di Nate nasce dall’impossibilità di elaborare l’ambivalenza paterna, replicando così una cultura patriarcale che demonizza la vulnerabilità.

Nate nell’ Episodio 7 della prima Stagione dice: “If you don’t control your emotions, your emotions will

control you”, rivelando un Super-Io ipernormativo che nega il desiderio. (Lacan, 1966).

Nella sua “posizione schizo-paranoide” (Klein, 1946) Nate tende a scindere le figure femminili (idealizzazione di Maddy, svalutazione di Cassie) e ad agire aggressività derivante da relazioni oggettuali primarie disturbate, legate alla figura paterna autoritaria.

Il narcisismo di Nate è frutto di una carenza di “oggetti-Sé idealizzanti” (Heinz Kohut, 1971) che lo spinge a cercare controllo attraverso la manipolazione. I suoi rapporti con Maddy e Jules negano il riconoscimento intersoggettivo, riducendo l’altro a mero oggetto (Benjamin, 1988).

La figura di Nate richiama i tormenti morali dei personaggi di Dostoevskij: come Raskolnikov in *Delitto e castigo* (1866), è lacerato da colpa e ambizione, mentre la sua sessualità repressa riecheggia l’auto annientamento di Stavrogin ne *I demoni* (1872). La sua crudeltà riflette inoltre le derive tossiche della mascolinità descritte in *Le correzioni* (Franzen, 2001), dove il conformismo familiare genera dinamiche distruttive.

Nate Jacobs è lo specchio di una società che reprime la vulnerabilità e glorifica maschere di identità maschiline, al contempo ipertrofiche e fragili.

### Jules Vaughn

Il percorso di Jules come adolescente transgender si intreccia con tratti borderline, manifestati attraverso relazioni intense, autolesionismo e instabilità identitaria. I suoi incontri sessuali compulsivi e l’idealizzazione di Rue riflettono una ricerca di approvazione esterna e una paura dell’abbandono, tipiche della disregolazione emotiva borderline. Dal punto di vista psicopatologico, gli episodi di autolesionismo simboleggiano sia una rivendicazione dell’autonomia corporea (Butler, 1990) sia un bisogno di connessione in un mondo che la percepisce come “Altro” (Lacan, 1949).

Per Jules, la transizione di genere rappresenta un’esperienza fenomenologica radicale in cui il corpo non

è un dato biologico ma un progetto in divenire (Butler, 1990). Le cicatrici da autolesionismo, oltre a essere sintomi di impulsività borderline, diventano segni di un dialogo conflittuale con la carne. Ogni taglio è un atto ambiguo: riafferma il controllo su un corpo storicamente negato (ad esempio durante la transizione o attraverso gli sguardi giudicanti) ma tradisce anche una disperazione esistenziale, un “grido muto” per il riconoscimento al di là degli stereotipi (Schneider, 1959). Questa tensione risuona con la volontà nietzschiana di “diventare ciò che si è” (Nietzsche, 1883), lotta per l’autodefinizione in un contesto sociale opprimente.

Il padre di Jules, sebbene affettuoso, rivela difficoltà nel gestire la transizione della figlia, oscillando tra sostegno e passività. Questo dinamismo riflette un disturbo dell’attaccamento (Bowlby, 1969), dove l’amore paterno è condizionato a una performance di “normalità”.

Il riconoscimento dell’identità di genere richiede un rispecchiamento autentico (Jessica Benjamin, 1988), che il padre non offre, fallendo nel fornire un holding sufficiente (Winnicott, 1965). Questa carenza spinge Jules a cercare validazione in relazioni rischiose, come quella con Cal, riproducendo una “confusione delle lingue” tra bisogni emotivi e dinamiche adulte (Ferenczi, 1932).

La relazione con Rue rivela una doppia alienazione: Jules cerca nell’amore una conferma del proprio valore, ma si riduce al ruolo di “salvatrice”, riproducendo dinamiche di dipendenza. La fuga in treno nella prima stagione, accompagnata da *When The Party’s Over* di Billie Eilish, incarna questo conflitto: le parole “Don’t you know I’m no good for you?” riflettono la paura di Jules di ferire Rue, mentre il vuoto sonoro simboleggia l’assenza di un riconoscimento reciproco. Lo spazio online, dove Jules si esibisce, è un’estensione del suo corpo vissuto, un luogo di fluidità identitaria ma anche di oggettivazione (Lacan, 1949).

Le scene in cui Jules si osserva o si taglia davanti allo specchio simboleggiano un’identità spezzata. Questa frammentazione dei confini identitari (Scharfetter, 2005) appare evidente nella ricerca di coerenza di

Jules tra genere e sessualità. La rappresentazione della sua identità fluida interroga i “sintomi patoplastici” (Schneider, 1959), ossia manifestazioni psicopatologiche modellate dal contesto culturale, come l’iperconnessione e la pressione alla performance.

L’introspezione di Jules evoca l’opera di Emily Dickinson, in particolare la tensione tra identità e claustrofobia sociale (“I’m Nobody! Who are you?”). Allo stesso modo, Wisława Szymborska, nella poesia *Vietato*, esplora il conflitto tra desiderio e limiti, tema centrale nella relazione di Jules con il corpo e con Rue. Le sequenze oniriche della serie, come le fantasie di Jules durante la fuga, possono essere interpretate attraverso il concetto di “terzo analitico” (Ogden, 1994), spazi transizionali dove emergono verità inconse.

La transizione di Jules si interseca con lo stadio dello specchio (Lacan, 1949), dove l’identità si costruisce attraverso lo sguardo dell’Altro. La sua persona online, idealizzata e curata, riflette l’alienazione imposta dall’“ordine simbolico”, in cui le norme sociali plasmano l’autopercezione. La dichiarazione “I only feel real when I’m with strangers” (Stagione 1, Episodio 3) incarna il paradosso lacaniano: la ricerca di riconoscimento attraverso lo sguardo esterno, che però frammenta l’identità anziché consolidarla.

Jules Vaughn emerge come figura emblematica di una generazione sospesa tra autenticità e aspettative di performance.

Identità, corpo e relazioni diventano campi di battaglia dove si negoziano riconoscimento, trauma e desiderio, in un equilibrio precario tra autodistruzione e autodeterminazione.

### **Cassie Howard**

Cassie interiorizza lo sguardo maschile, vivendo il proprio corpo come strumento di desiderio altrui (Sartre, 1943). Questa dinamica riflette una “ontologia spezzata”: senza la convalida maschile, la sua esistenza perde consistenza, trasformando l’ipersessualità in un tentativo disperato

di colmare un vuoto di senso. La scena in cui danza nuda davanti a Nate esemplifica questo paradosso: il corpo, simulacro di libertà, diventa invece veicolo di sottomissione, replicando strutture di potere patriarcali. La gravidanza e l'aborto acuiscono la crisi temporale di Cassie: il rifiuto della maternità (futuro) la condanna a un presente stagnante, dominato dall'autodenigrazione.

L'assenza del padre configura un "trauma cumulativo" (Khan, 1963), radice della dipendenza affettiva di Cassie, che riproduce inconsciamente il complesso di Elettra (Jung, 1913), cercando negli uomini una figura paterna idealizzata. La teoria dell'"oggetto cattivo" (Fairbairn, 1943) spiega perché si leghi a partner abusivi: l'amore si confonde col dolore, riattualizzando il rifiuto originario. Il corpo, trasformato in feticcio, diventa strumento per riempire il vuoto esistenziale, mentre la "coazione a ripetere" (Freud, 1920) la incatena a dinamiche autodistruttive.

Cassie sublima le paure di abbandono in ossessione romantica, utilizzando la sessualità come maschera protettiva. La dissociazione (Bromberg, 2007) le permette di frammentare l'identità per adattarsi alle aspettative maschili, mentre i cicli di idealizzazione/svalutazione nei rapporti (per esempio con Nate) rispecchiano dinamiche di attaccamento disfunzionali. L'urlo "Sono la stronza di cui ti avvertivano!" (Stagione 2, Episodio "The Next Episode"), filmato con un piano sequenza claustrofobico, trasforma il suo crollo in spettacolo, enfatizzando il conflitto tra caos interiore e performatività sociale.

La percezione ossessiva del proprio corpo, analizzata attraverso la lente dell'embodiment (Merleau-Ponty, 1945), rivela come Cassie negozi la sua identità in un contesto iper-sessualizzato. La scena del party di Capodanno, accompagnata dal brano *A palé* di Rosalía, simbolizza questa lotta: i bassi ossessivi e le urla distorte riflettono il panico di Cassie dopo la diffusione del video sessuale. La ripetizione di "A palé" (espressione spagnola per "fare qualcosa di nascosto") ironizza sulla sua esposizione forzata, trasformando il trauma privato in spettacolo pubblico.

La frase "All I wanted was to be loved. Is that such a horrible thing?" (Stagione 2, Episodio 5) incarna la vulnerabilità di Cassie, eco di tratti istrionici e della ricerca disperata di riparazione psichica. Questo grido ricorda i versi di Wisława Szymborska in *Possibilità*, dove scelte autolesioniste diventano atti di sopravvivenza. Parallelamente, il suo idealismo romantico riecheggia il Werther di Goethe, figura la cui fragilità emotiva si scontra con un mondo incapace di comprenderla.

Cassie Howard incarna il paradosso di un'identità costruita sull'assenza: il vuoto lasciato dal padre, la dipendenza da oggetti cattivi, e la riduzione del corpo a merce di scambio rivelano una lotta disperata per esistere. La sua esperienza corporea e relazionale diventa metafora di un'epoca in cui l'autenticità è sostituita dalla performance, e l'amore si confonde con la distruzione.

### **Kat Hernandez**

Kat Hernandez, inizialmente insicura per il suo corpo, trova nel diventare una cam girl, una forma di potere illusorio. Fenomenologicamente, la webcam trasforma il suo corpo in merce: mentre crede di controllare lo sguardo altrui ("sono una dea dominatrice"), in realtà diventa schiava della propria immagine. La sua esperienza riflette il paradosso della società digitale: le parti di sé più autenticamente fragili si dissolvono nel soddisfare le aspettative altrui e l'identità si frammenta in avatar (Turkle, 2011).

La sua adozione di un alter ego BDSM è un tentativo di riscrivere la narrazione del proprio corpo – da oggetto di bullismo a soggetto di desiderio – ma finisce per replicare le stesse logiche di sfruttamento che intendeva sovvertire. Infatti, il mondo digitale diventa un luogo sia di liberazione che di reclusione: Kat mercifica la propria identità confondendo l'empowerment con l'auto-oggettivazione.

I genitori di Kat, ritratti come distanti e giudicanti, incarnano una dinamica di negazione verso i suoi problemi di autostima. La loro indifferenza alimenta la sua dissociazione (van der Kolk, 2005), spingendola a cercare potere nel

cyberspazio. Kat interiorizza il Super-Io genitoriale (Freud, 1923) come voce critica interiorizzata, e contro di essa reagisce costruendo un falso Sé (Winnicott, 1960) dominatore online. Il suo rapporto con il web riflette un acting out della rabbia verso genitori emotivamente non disponibili.

Kat Hernandez trasforma il disagio corporeo in fantasia online, incarnando la fuga dalla realtà tipica dei personaggi de *Il grande quaderno* (Agota Kristof, 1986), dove il trauma si sublima in finzione. La sua ossessione per l'approvazione digitale riecheggia nelle pagine di *Freedom* (Franzen, 2010): la cultura consumistica riduce la soggettività a merce di scambio.

### **Maddy Perez**

La relazione violenta con Nate evidenzia schemi istrionici e di codipendenza, dove l'amore si confonde con il possesso. Entrambi i personaggi esemplificano come le norme patriarcali patologizzano la femminilità, riducendo le donne a oggetti di desiderio o violenza. Questa dinamica sottolinea la rappresentazione femminile nei media e come la violenza di genere sia spesso normalizzata all'interno delle relazioni romantiche.

Non a caso Jean-Paul Sartre parlava di "mala fede" come rifiuto della libertà (Sartre, 1943): Rue, nella sua dipendenza, evade dalla responsabilità di autodefinirsi, mentre Maddy adotta maschere sociali per sfuggire all'angoscia dell'autenticità. Maddy vive un costante conflitto tra il desiderio di essere amata e la necessità di mantenere la propria identità, riflettendo le difficoltà che molti adolescenti affrontano nell'equilibrio tra il bisogno di sentirsi amati e l'autodeterminazione.

*Watercolor Eyes* di Lana Del Rey, scritta per la serie, accompagna i flashback della relazione tra Nate e Maddy. Il verso "I'm a different kind of woman, when I'm with you I'm someone else" sintetizza la dinamica sadomasochistica della coppia: Maddy annulla il proprio io per aderire all'immagine idealizzata da Nate, mentre la melodia sognante maschera la violenza sottostante. Questa canzone diventa un potente simbolo del conflitto

interno di Maddy, intrappolata tra il desiderio di amore e la realtà di una relazione distruttiva.

Maddy Perez dichiara: "Love is the one thing we're allowed to be chaotic" (Stagione 2, Episodio 8). Questo riflette un'importante dimensione psicologica, in cui razionalizza la codipendenza e la tolleranza all'abuso come "normalità". Maddy riproduce la coazione a ripetere (Freud, 1920), dove l'amore diventa una riedizione del trauma, incarnato dalla violenza di Nate. Questa ripetizione evidenzia la difficoltà di sfuggire a schemi relazionali tossici, che continuano a perpetuarsi in assenza di un intervento consapevole e trasformativo.

Il personaggio di Maddy Perez rispecchia le complessità legate al femminile nella società contemporanea, mettendo in evidenza come le relazioni patologiche possano riflettere disfunzioni più ampie e come la ricerca di identità possa essere distorta dalla violenza e dalla manipolazione.

### **Conclusioni**

Euphoria riflette la psicopatologia adolescenziale, mostrando come desideri inconsci e traumi familiari plasmino i comportamenti (Klein, 1946), (Bollas, 1989). L'estetica onirica (feste con luci al neon, primi piani claustrofobici) incarna stati dissociativi e critica una società che patologizza i giovani senza offrire sostegno. La serie trascende il sensazionalismo, diventando metafora della ricerca di identità in un'epoca frammentata, in dialogo con le riflessioni sulla crisi esistenziale (Jaspers, 1913) e sulla lotta per il significato (Nietzsche, 1883).

I personaggi cercano di emergere come esseri umani in un mondo dove l'intersoggettività è in crisi: l'identità è mediata dagli schermi e l'Altro è percepito come minaccia. Da un punto di vista fenomenologico, una possibile guarigione richiederebbe un ripensamento radicale del rapporto con il mondo (Merleau-Ponty, 1945): autenticità, vulnerabilità condivisa e un tempo non ridotto a fuga o prigionia (Heidegger, 1927). Euphoria interroga così la possibilità di relazioni autentiche in una società iperconnessa ma disincarnata.

---

I genitori, vittime di traumi irrisolti, perpetuano dinamiche tossiche attraverso identificazioni proiettive (Klein, 1946) e segreti. Senza elaborare il passato, i personaggi restano imprigionati in una “grammatica dell’anima” (Bollas, 1989), dove il sintomo diventa l’unico linguaggio possibile. La serie evidenzia come la psicopatologia sia eredità transgenerazionale, legata a dinamiche di potere non riconosciute.

La colonna sonora, tra brani contemporanei, altri più datati e composizioni originali di Labrinth, agisce come specchio sonoro di psicosi e desideri inarticolati, dove il suono si fa sintomo. I testi ambigui e le atmosfere ipermodulate riflettono l’incapacità di elaborare il dolore in un’epoca sovrastimolata, trasformando la musica in un “linguaggio universale” (Sartre, 1943) che supera i limiti del dialogo.

Le scelte tecniche (colori tossici, movimenti di camera nervosi) costruiscono un’esperienza sinestetica del disagio psichico.

La fotografia, con cromie al neon e saturazione, simula un iperreale distopico, metafora della scissione tra interiorità e realtà esterna (Scharfetter, 1980).

La forma diventa contenuto, il corpo paesaggio inquietante, rendendo visibili le pieghe più oscure delle relazioni familiari e tra pari degli adolescenti contemporanei.

Euphoria, come una sorta di laboratorio esistenziale, decodifica le fragilità della mente, fa luce sulla ricerca di autenticità in un mondo frammentato, trasforma la crisi adolescenziale in allegoria universale della condizione umana, sospesa tra caos e bellezza.

---

AFFERENZA DELL’AUTORE

\* *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano*

## BIBLIOGRAFIA

1. APA (American Psychiatric Association). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (DSM-5)
2. Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia*. In *Opere* (Vol. 8, pp. 285-308). Bollati Boringhieri. (Edizione italiana)
3. Nietzsche, F. (1883). *Così parlò Zarathustra*. Adelphi. (Edizione italiana)
4. Heidegger, M. (1927). *Essere e tempo*. Longanesi. (Edizione italiana)
5. Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Bompiani. (Edizione italiana)
6. Jaspers, K. (1913). *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico Editore. (Edizione italiana)
7. Blankenburg, W. (1971). *La perdita dell'evidenza naturale: un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie paucisintomatiche*. Raffaello Cortina Editore. (Edizione italiana)
8. Schneider, K. (1959). *Psicopatologia clinica*. Piccin Editore. (Edizione italiana)
9. Wittgenstein, L. (1921). *Tractatus logico-philosophicus*. Einaudi. (Edizione italiana)
10. Klein, M. (1957). *Invidia e gratitudine*. Martinelli. (Edizione italiana)
11. Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Boringhieri. (Edizione italiana)
12. Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando Editore. (Edizione italiana)
13. Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. W. W. Norton & Company.
14. Abraham, N., & Torok, M. (1987). *The shell and the kernel: Renewals of psychoanalysis*. University of Chicago Press
15. Atlas, G. (2022). *Emotional Inheritance: A Therapist, Her Patients, and the Legacy of Trauma*. Little, Brown Company
16. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
17. Mucci, C. (2014). *Trauma e perdono: Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*. Raffaello Cortina Editore.
18. Camus, A. (1942). *Il mito di Sisifo*. Bompiani. (Edizione italiana)
19. Foster Wallace, D. (1996). *Infinite Jest*. Einaudi. (Edizione italiana)
20. Yalom, I. D. (1980). *Psicoterapia esistenziale*. Neri Pozza (Edizione italiana)
21. Mitchell, S. A. (2002). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.
22. Scheler, M. (1913). *Il risentimento nella edificazione delle morali*. Franco Angeli. (Edizione italiana)
23. Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Bollati Boringhieri. (Edizione italiana)
24. Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In *Opere* (Vol. 6, pp. 43-145). Bollati Boringhieri. (Edizione italiana)
25. Benjamin, J. (1988). *The bonds of love: Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination*. Pantheon Books.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

### NORME EDITORIALI

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

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

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

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

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

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



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Bernardo Dell'Osso  
Giovanni Migliarese

#### **Segretario:**

Virginio Salvi  
Vice-Segretario:  
Lara Malvini

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli  
Consiglieri eletti:  
Antonio Amatulli  
Stefano Barlati  
Giorgio Bianconi  
Debora Bussolotti  
Paolo Cacciani  
Camilla Callegari  
Annabella Di Giorgio  
Federico Durbano  
Gianmarco Giobbio  
Alessandro Grecchi  
Carla Morganti  
Giovanna Molinari  
Silvia Paletta  
Gianpaolo Perna  
Paolo Risaro  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Laura Fusar Poli  
Federico Grasso

#### **Membri di diritto:**

Emi Bondi  
Massimo Clerici  
Carlo Fraticelli  
Giancarlo Cerveri  
Claudio Mencacci  
Mauro Percudani  
Antonio Vita

#### **Consiglieri Permanenti:**

Giuseppe Biffi  
Alberto Giannelli  
Antonio Magnani  
Massimo Rabboni  
Simone Vender