



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. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

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

Comitato Scientifico:
Antonio Amatulli (Vimercate)
Luisa Arosio (Voghera)
Emi Bondi (Bergamo)
Camilla Callegari (Varese)
Carlo Fraticelli (Como)
Massimo Clerici (Monza)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Antonio Magnani (Mantova)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Laura Novell (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.

EDITORE:

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

IN PRIMO PIANO

- 4 Quando lo psichiatra rifugge l'Agorà
viene meno al suo dovere?
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 14 Budget di Salute - L'esperienza del
DSMD di Franciacorta
di Materzanini A.
- 21 La prima esperienza di co-programmazione
dei servizi di Salute Mentale in ATS
Città Metropolitana di Milano
di Ferrari R., Arcidiacono E., Cauli G.,
Fornoni C., Mancin R., Salari B.,
Tosoni F. e Rolli F.
- 31 Progetto "Atrieu": un modello integrato
per la gestione delle acuzie psichiatriche
in età evolutiva presso l'Azienda Socio
Sanitaria Territoriale Melegnano e
Martesana
di Di Fauci F., Zordan F., Gariboldi C.,
Masseroni V., Montrasio C., Durbano F.
e Gruppo Lavoro "Atrieu"
- 43 Metodo Snoezelen e stimolazione basale:
un approccio innovativo nella gestione di
pazienti neuropsichiatrici presso l'ASST
Melegnano Martesana
di Di Zordan F., Archetti S., Migliore V.,
Uselli C., Cazzaniga V., Peschetola A.,
Bagnaschi E., Buson N., Buonocore M.,
Montrasio C., Giuliani E. e Durbano F.
- 57 La riabilitazione nella cura: psichiatria
di consultazione e servizio di recupero e
rieducazione funzionale
di Berto E., Manzone M.L., Marchetti M.,
Del Romano E., Gazzani L. e Tonetti G.
- 64 Il tempo della psichiatria, il tempo della
psicoanalisi
di Di Lello C.
- 75 Oltre la crisi: un anno e mezzo di
psicoeducazione in SPDC. Riflessioni su
un'esperienza pilota
di Dordoni A., Calento A., Paletta S.M.
e Cerveri G.
- 80 Intervento di prevenzione del disagio
giovane nelle Scuole Secondarie
Superiori del territorio del DSMD ASST
Melegnano e Martesana
di Sasso E., Carnevali S., Distefano A.,
Giombelli A. F., Racioppi L., Giuliani E.
O. e Durbano F.

- 90 Promozione delle Life Skills e
prevenzione del disagio psichico negli
adolescenti: un modello psico-educativo
scolastico
di Soffientini M., Parinisi L., Malgrati E.
e Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 97 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
L'infermiere musicoterapeuta sul
territorio per la salute mentale
di Capra G.
- 102 CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
AITeRP: una responsabilità
tecnico-scientifica condivisa
Intervista al presidente neo eletto come
dialogo aperto, con chi scrive e con chi legge
di Rossi L., Fossati E. e Scagliarini V.

PSICHIATRIA NARRATIVA

- 108 Disperazione
Un caso di cronaca
di Grasso F.

PSICHIATRIA FORENSE

- 111 Che piccola storia ignobile mi tocca
raccontare
di Marasco M.
- 115 La fine della vita e le persone con
disturbo mentale: si può togliere la
parola?
di Amatulli A.

- 124 Un saluto ad Alberto Giannelli
Fondatore della rivista Psichiatria Oggi
di Mencacci C.

IN COPERTINA: Adolfo Wildt, Parsifal (Il puro folle), 1930
Foto: © Paolobon140, CC BY-SA 4.0

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

Oltre la crisi: un anno e mezzo di psicoeducazione in SPDC. Riflessioni su un'esperienza pilota

*Dordoni A. *, Calento A. *, Paletta S.M. *, Cerveri G. **

ABSTRACT

L'esperienza pilota di un programma di psicoeducazione presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale di Codogno nell'arco di un anno e mezzo è stata analizzata per valutarne la fattibilità e l'impatto clinico. Il progetto, basato sul modello *Illness Management and Recovery*, ha coinvolto pazienti in fase acuta, con l'obiettivo di integrare la gestione farmacologica della crisi con interventi educativi volti a promuovere consapevolezza, partecipazione attiva e capacità di autoregolazione. Le osservazioni cliniche indicano che, in alcuni casi, si è notato un miglioramento dell'insight, una maggiore partecipazione e un potenziamento della consapevolezza precoce dei segnali di allarme, nonché un arricchimento della narrazione personale della malattia. Il gruppo psicoeducativo si è configurato come spazio di apprendimento e trasformazione, valorizzando il confronto tra pari. Sono emerse alcune criticità legate a ripetitività dei contenuti, discontinuità operativa e difficoltà con alcune tipologie di pazienti, che indicano la necessità di ulteriori sviluppi e valutazioni sistematiche. L'esperienza evidenzia che la psicoeducazione in contesti acuti, seppur sfidante, rappresenta un'opportunità concreta per ampliare la cura oltre la crisi, promuovendo un modello integrato e partecipativo.

INTRODUZIONE – UNO SPAZIO POSSIBILE ANCHE NELLA CRISI

La gestione della fase acuta nei disturbi mentali rappresenta storicamente un ambito caratterizzato da interventi mirati principalmente alla stabilizzazione sintomatica e al

contenimento dell'urgenza clinica. Nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dove si affrontano le condizioni più gravi e instabili, la prassi predominante tende a privilegiare la gestione immediata della crisi, focalizzandosi sul controllo farmacologico e sulle misure di sicurezza volte a limitare rischi per il paziente e per l'ambiente.

Tuttavia, negli ultimi decenni, si è sviluppata una riflessione critica che mette in discussione questa visione ristretta, proponendo di ampliare la prospettiva di cura includendo anche elementi di presa in carico multidimensionale e di promozione della partecipazione attiva del paziente. Questo approccio considera la fase acuta non solo come momento di crisi da "spegnere", ma come occasione potenziale per avviare processi di consapevolezza, responsabilizzazione e di costruzione di una narrazione personale che possa sostenere il percorso di recovery.

La psicoeducazione, definita come un intervento integrato che combina informazioni basate su evidenze scientifiche, sviluppo di strategie di coping e lavoro sulle dimensioni emotive e relazionali, rappresenta in questo contesto un valido strumento. Nonostante le robuste evidenze a supporto della sua efficacia nel migliorare l'aderenza terapeutica, ridurre le ricadute e favorire il senso di autoefficacia nei pazienti con gravi disturbi psichiatrici (Pitschel-Walz et al., 2001; Lincoln et al., 2007), la sua applicazione nei reparti per acuti rimane sporadica, soprattutto nel contesto italiano.

Il presente lavoro nasce dal desiderio di esplorare la fattibilità e l'impatto di un programma di psicoeducazione attivato all'interno di un SPDC, affrontando le specifiche sfide di un setting in cui la complessità clinica e organizzativa potrebbe apparire incompatibile con modalità d'intervento di tipo psicoeducativo.

IL PROGETTO – UN INIZIO TRA SLANCIO E CAUTELA

Nel marzo 2024, presso l'SPDC dell'Ospedale di Codogno, è stato avviato un progetto volto all'inserimento di gruppi psicoeducativi rivolti a pazienti in fase acuta di malattia mentale.

L'iniziativa è stata motivata da due esigenze principali: da un lato, l'esigenza clinica di offrire strumenti di cura che integrassero e supportassero l'intervento farmacologico, dall'altro, l'esigenza culturale di promuovere un cambiamento nella percezione e nell'organizzazione della cura in reparto.

L'intervento si è basato sul modello *Illness Management and Recovery* (IMR) (Mueser et al., 2009), un programma strutturato e validato a livello internazionale, concepito per supportare i pazienti nell'acquisizione di conoscenze sulla propria condizione, nel riconoscimento precoce dei segnali di allarme e nello sviluppo di competenze per una gestione più autonoma del proprio percorso terapeutico.

Per garantire l'efficacia e la sostenibilità del programma, è stato realizzato un percorso preliminare di formazione rivolto agli operatori coinvolti, psicologi, infermieri e psichiatri, articolato in due cicli di tre incontri ciascuno. Questo percorso ha affrontato temi fondamentali quali la psicopatologia, il modello biopsicosociale, il paradigma vulnerabilità-stress e le tecniche di conduzione di gruppo, permettendo un allineamento teorico-metodologico e una condivisione degli obiettivi dell'intervento.

MODALITÀ OPERATIVE – QUANDO LA FLESSIBILITÀ DIVENTA METODO

I gruppi psicoeducativi sono stati avviati con cadenza bisettimanale, ciascuno della durata di circa 60 minuti. Ogni sessione è stata condotta da uno psicologo, supportato da un infermiere e, in alcune occasioni, da un medico psichiatra, favorendo un approccio multidisciplinare.

La partecipazione dei pazienti avveniva su base volontaria, ma solo previa valutazione clinica da parte dell'équipe medica, che considerava parametri quali stabilità sintomatica, capacità di partecipazione attiva e assenza di gravi compromissioni cognitive o comportamentali che potessero limitare l'aderenza al gruppo.

La struttura modulare dell'intervento è stata concepita per adattarsi alle caratteristiche mutevoli del reparto e

alle necessità individuali. I moduli fondamentali, ripetuti ciclicamente, includevano:

1. Il modello vulnerabilità-stress, con l'obiettivo di facilitare la comprensione della relazione tra fattori di rischio e insorgenza della crisi;
2. Il riconoscimento dei segnali precoci di crisi, per potenziare la capacità di intervenire tempestivamente;
3. La gestione delle emozioni, in particolare la rabbia, spesso presente in fase acuta;
4. L'approfondimento sugli aspetti relativi all'assunzione dei farmaci, per migliorare l'aderenza e affrontare eventuali resistenze.

In base alla composizione dei gruppi e alla rilevanza clinica, venivano inoltre inseriti moduli dedicati alla psicopatologia specifica del disturbo e al tema dell'uso di sostanze, frequentemente correlato alla cronicità e alla complessità clinica.

OSSERVAZIONI CLINICHE – L'EFFICACIA OLTRE I NUMERI

Sebbene il progetto non abbia ancora previsto una valutazione quantitativa sistematica degli esiti, le osservazioni cliniche condotte nell'arco dell'anno e mezzo di attività hanno evidenziato cambiamenti in diversi ambiti:

1. *Insight*: alcuni pazienti hanno mostrato una maggiore consapevolezza del legame tra eventi stressanti e riaccutizzazione dei sintomi, sviluppando una capacità riflessiva sulla propria condizione che precedentemente era assente o molto limitata.
2. *Partecipazione attiva*: abbiamo osservato un progressivo aumento del coinvolgimento, anche in pazienti inizialmente chiusi o diffidenti. Questi ultimi hanno iniziato a esprimere dubbi, porre domande e condividere esperienze personali, contribuendo così a creare un clima di fiducia.
3. *Attivazione*: la regolarità e la struttura dei gruppi hanno rappresentato un fattore motivante, contrastando la tendenza alla passività e all'isolamento tipica della degenza in SPDC. L'inserimento di momenti

organizzati ha restituito un senso di routine e di partecipazione quotidiana.

4. Consapevolezza precoce: in diversi casi si è assistito a una maggiore capacità da parte dei pazienti di riconoscere e segnalare precocemente i segnali di allarme, favorendo interventi tempestivi e potenzialmente prevenendo aggravamenti.
5. Narrazione della malattia: la possibilità di condividere in gruppo ha permesso ai pazienti di riformulare la propria esperienza patologica, spostando il focus da una narrazione centrata su colpa, stigma o sconfitta verso una prospettiva di gestione attiva e di recupero.

ESEMPIO CLINICO

Una paziente con diagnosi di disturbo paranoideo, inizialmente molto resistente e diffidente, ha chiesto lei di poter partecipare al gruppo, anche sospettosa del fatto che non fosse stata interpellata per poter partecipare. Poi, ha progressivamente aperto il proprio vissuto all'interno del gruppo, arrivando a riconoscere i propri segnali di allarme. Questo ha facilitato un significativo miglioramento della sua autoregolazione emotiva e una possibile maggiore compliance alla cura.

L'APPRENDIMENTO TRA PARI – IL GRUPPO COME SPECCHIO TRASFORMATIVO

Uno degli aspetti più rilevanti e innovativi emersi dall'esperienza riguarda la dimensione orizzontale dell'apprendimento. Al di là della trasmissione di contenuti da parte degli operatori, è stata decisiva la possibilità per i pazienti di riconoscersi e confrontarsi tra pari.

Questo riconoscimento reciproco ha generato uno spazio di scambio umano autentico, in cui i pazienti hanno potuto superare la loro percezione di "utenti" o semplici "ricoverati" per affermarsi come soggetti attivi, pensanti e partecipi del proprio percorso di cura.

Tale dinamica ha attivato talvolta processi metacognitivi importanti: la capacità di pensarsi nel tempo, di confrontare esperienze simili, di anticipare scenari futuri

e di rielaborare la propria identità in una prospettiva di recovery. In questo senso, il gruppo si è configurato come un contesto trasformativo, non solo educativo, in grado di promuovere cambiamenti profondi e duraturi.

CRITICITÀ EMERSE – I LIMITI DI UN'ESPERIENZA PIONIERISTICA

Come ogni esperienza pilota, il progetto ha incontrato alcune criticità.

- Ripetitività: alcuni pazienti con ricoveri frequenti hanno manifestato una diminuzione della motivazione a causa della riproposizione ciclica dei medesimi contenuti. Ciò suggerisce la necessità di diversificare e aggiornare costantemente i moduli per mantenere l'interesse.
- Discontinuità operativa: le emergenze cliniche e la carenza di risorse hanno talvolta compromesso la regolarità degli incontri, limitandone l'efficacia.
- Tipologia di pazienti: si è notato, in alcune tipologie di pazienti, specialmente nei gravi disturbi di personalità e in pazienti con un funzionamento intellettuale limite o deficitario, una difficoltà nell'acquisizione dei concetti che permettono un outcome funzionale.
- Assenza di strumenti valutativi: non è stato implementato un sistema strutturato e sistematico di monitoraggio degli esiti clinici.

PROSPETTIVE – DOVE POSSIAMO ANDARE

Alla luce dell'esperienza maturata, abbiamo individuato alcune direttrici di sviluppo:

- Ampliamento dei moduli tematici: includere temi che rispondano a ulteriori bisogni della popolazione assistita, quali identità personale, sessualità, inserimento lavorativo e gestione dello stress.
- Implementazione di strumenti valutativi: utilizzare scale validate per misurare insight, qualità della vita, consapevolezza emotiva e autoefficacia, al fine di valutare quantitativamente l'impatto del programma.
- Coinvolgimento attivo dei pazienti: promuovere la

partecipazione diretta nella valutazione dell'esperienza, attraverso questionari strutturati e momenti di restituzione narrativa.

- Formazione continua del personale: per integrare l'approccio psicoeducativo nella cultura operativa del reparto e garantirne la sostenibilità nel tempo.

CONCLUSIONI – UNA CURA CHE PUÒ ANCORA PENSARSI

L'introduzione della psicoeducazione in un SPDC rappresenta innanzitutto una sfida culturale. Essa implica la convinzione che, anche nel cuore della crisi acuta, vi sia spazio per la parola, la riflessione e la valorizzazione della soggettività del paziente.

Il progetto dimostra che, se condotto con attenzione, flessibilità e rigore metodologico, anche un intervento breve e modulare può innescare processi profondi di cambiamento, favorendo un passaggio da un modello esclusivamente emergenziale a una cura che integra dimensioni terapeutiche e educative.

La crisi non è dunque solo un vuoto da contenere, ma un varco attraverso cui passare e che può trasformarsi in occasione per iniziare a dare senso e significato al proprio vissuto, riappropriandosi di un percorso di cura integrato e partecipato.

I gruppi psicoeducativi si sono dimostrati spazi di cura che pensano: che ascoltano, strutturano e accolgono. Una cura che, anche in un contesto tradizionalmente percepito come inospitale, può farsi parola, incontro e trasformazione.

AFFERENZA DELL'AUTORE

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST di Lodi

CORRISPONDENZA

Andrea.dordoni@asst-lodi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Dixon LB, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. *Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities*. Psychiatric Services (2010); 61(4):436–440.
2. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. *Effectiveness of psychoeducation for relapse and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis*. Schizophrenia Research (2007); 96:232–245.
3. Lyman DR, Nikkel RE, Workman C. *Consumer and family psychoeducation: implementation and outcomes*. Psychiatric Services (2014); 65(3):416–423.
4. McFarlane WR. *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press; 2002.
5. Moritz S, Klein JP, Lysaker PH, Mehl S. Improving metacognitive and social cognitive skills to counteract psychotic symptoms. *Frontiers in Psychology* (2019); 10:565.
6. Mueser KT, Gingerich S, Salyers MP, McGuire AB, Reyes RT, Cunningham J. *Illness Management and Recovery (IMR)*. Traduzione italiana a cura di Soro G, Boggian I, Merlin S, Mattioli B; revisione traduzione aggiornata al 15 aprile 2021.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

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

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

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

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

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

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



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Bernardo Dell'Oso
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

Antonio Magnani

Massimo Rabboni

Simone Vender